

Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal – EDEP

INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES



Documento de Difusión

Las Evaluaciones de Diseño y Ejecución Presupuestal en el PpR

Las Evaluaciones de Diseño y Ejecución Presupuestal (EDEP) son una de las cuatro herramientas del Presupuesto por Resultados (PpR). Su objetivo es analizar el diseño, la gestión y desempeño (eficiencia, eficacia y calidad) de intervenciones públicas, con la finalidad de que las entidades responsables adopten las mejoras propuestas. Desde el año 2010 se identifica un listado de intervenciones a evaluar en la Ley Anual de Presupuesto Público.

Cada EDEP es encargada a un equipo de evaluadores independientes, que genera recomendaciones para la mejora del desempeño. Posteriormente, sobre la base de esas recomendaciones, el MEF con el sector evaluado negocian la firma de compromisos de mejora de desempeño. Dichos compromisos son sujeto de seguimiento a fin de velar por la implementación de las mejoras en la gestión de la intervención evaluada.

La Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal de la Intervención Pública “CRED y Municipios Saludables” fue realizada por un panel independiente de expertos integrado por Oscar Castillo Velásquez y Ricardo Zúñiga Cárdenas. Los juicios contenidos en el documento no reflejan necesariamente la visión del MEF.

El presente documento de síntesis tiene por objetivo difundir los resultados del informe final de la EDEP Programa Presupuestal CRED y Municipios Saludables. El informe final puede ser descargado de: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/eval_indep/2015_CRED_mun_saludable.pdf

CONTENIDO

1 ANTECEDENTES	5
1.1 Objetivo de la evaluación	5
1.2 Resultados de la intervención pública evaluada	5
1.3 Gasto de la intervención pública evaluada	6
1.4 Diagnóstico	7
2 DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA	8
2.1 Población objetivo	8
2.2 Actores participantes	8
2.3 Los resultados e indicadores	9
2.4 Principales actividades	10
3 PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN	11
3.1 Estructura organizacional y mecanismos de coordinación	11
3.2 Problemas en el proceso de implementación	12
3.3 Seguimiento y evaluación	12
4 PRESUPUESTO Y RESULTADOS	13
4.1 Criterios de asignación del presupuesto	13
4.2 Eficiencia de la intervención pública evaluada	14
4.3 Problemas en la ejecución del gasto	14
4.4 Desempeño de la intervención pública evaluada en cuanto a sus productos y resultados	14
5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	16
5.1 Diseño de la intervención pública evaluada	16
5.2 Procesos de implementación	17
5.3 Presupuesto y resultados	18

INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA (IPE) CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES

El Control del Crecimiento y Desarrollo Infantil (CRED) es un paquete de intervenciones ofrecidas en los establecimientos básicos de salud y representa un producto crítico para la prevención de la desnutrición crónica infantil y la preservación del potencial del desarrollo de los niños y niñas en la etapa de la infancia.

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 pobreza (EDEP, página 11).

Con el objetivo de reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), en el año 2008 se inició la implementación del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN). El PAN contiene 12 productos entre los cuales destacan dos: “Niño con CRED completo según edad” y “Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación”. El presente documento es un resumen del informe final de la Evaluación del Diseño y Ejecución Presupuestal (EDEP) “CRED y Municipios Saludables” publicada en junio del 2015.

Este documento se divide en cinco secciones. La primera sección detalla los antecedentes y objetivos de los productos CRED y Municipios Saludables dentro del marco del PAN. Las siguientes tres secciones exponen el diseño de los productos evaluados, sus procesos de implementación, y los presupuestos y resultados obtenidos. La última sección presenta las conclusiones y recomendaciones preparadas por el equipo evaluador.

ANTECEDENTES

En el 2007, año previo a la implementación del PAN, se estimó que el 28.5% de los niños y niñas menores de 5 años sufría de DCI. La prevalencia de este problema estaba estrechamente relacionada a las características sociodemográficas de la población, especialmente a sus condiciones en educación, pobreza y ruralidad. Se encontró que el 5.3% de los niños y niñas dentro del quintil superior de riqueza se encontraba en una situación de DCI, (EDEP, página 12). Es en este contexto que se introdujo el PAN como una de las políticas prioritarias en el país para la reducción y prevención de la DCI.

Esta sección describe los objetivos de la EDEP y de las intervenciones, los gastos de sus productos y el diagnóstico de la evaluación.

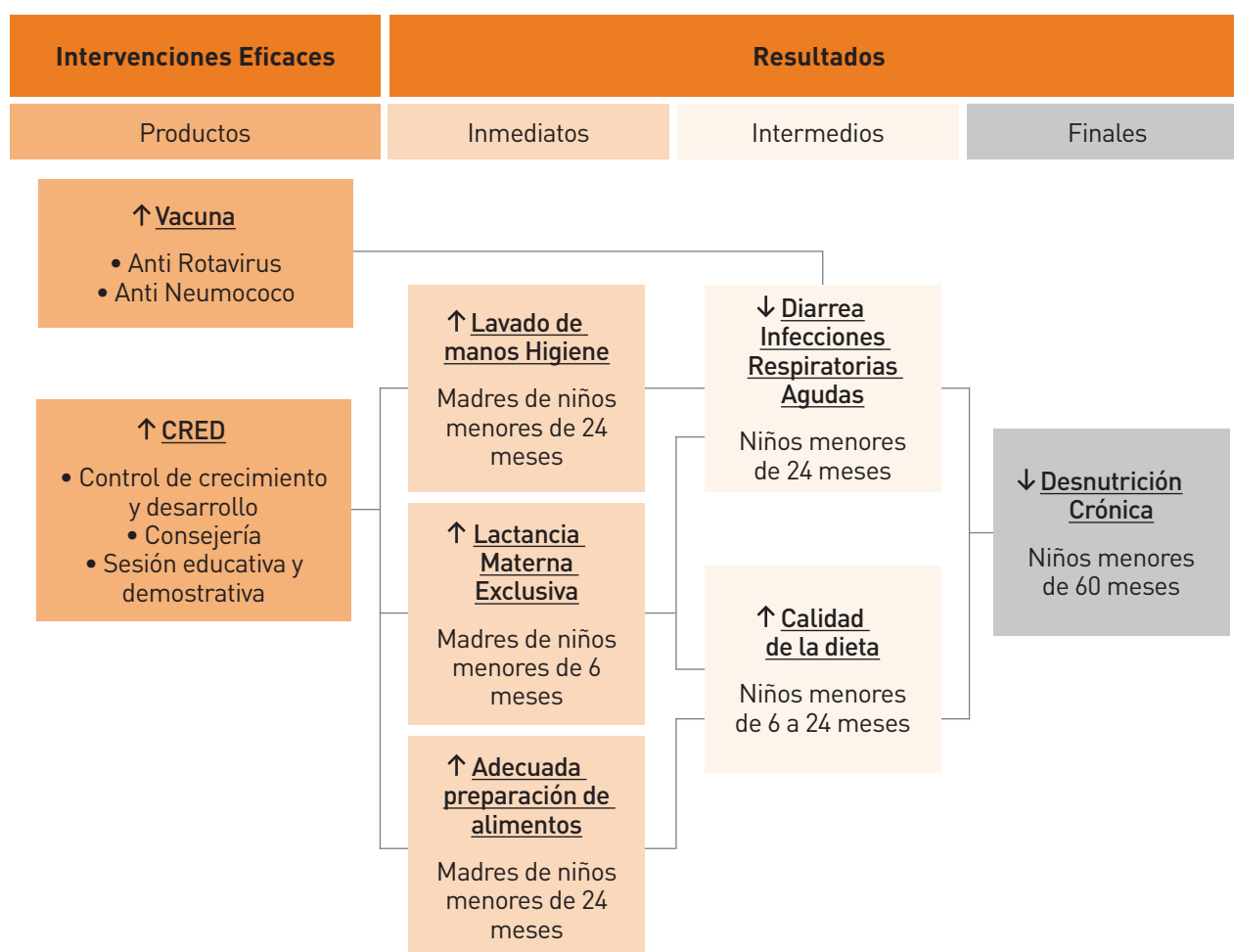
1.1 Objetivo de la evaluación

El objetivo de la EDEP fue evaluar y determinar si el diseño de las acciones vinculadas a los productos evaluados es el más apropiado para la obtención de resultados, a partir de la identificación de los servicios que proveen y su relación con los resultados esperados. Asimismo, la EDEP busca evaluar la eficacia y eficiencia de la implementación de los productos y los resultados obtenidos. La EDEP evalúa los dos productos: Niños con CRED completo según edad” (en adelante, CRED) y “Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación” (en adelante, Municipios Saludables) realizadas en los años 2012 y 2014.

1.2 Resultados de la intervención pública evaluada

El PAN¹ tiene como resultado final la “Disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad”. Para alcanzar dicho resultado, “plantea el modelo prescriptivo, el cual 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” (EDEP, página 14).

1. El PAN se diseñó bajo la metodología de la programación presupuestaria estratégica que considera tres niveles de resultado (Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2008).



Fuente: Anexo 2

1.3 Gasto de los productos evaluados

Entre los años 2009 y 2014 el presupuesto institucional de apertura (PIA) del CRED incrementó de S/. 20.1 millones a S/. 191.3 millones. Igualmente, hubo un aumento del 565% del presupuesto institucional modificado (PIM) y el presupuesto ejecutado alcanzó el 96% (2014); muy por encima de la ejecución en el 2009 (53%).

CUADRO 1: PIA, PIM Y PRESUPUESTO EJECUTADO DEL PRODUCTO CRED (2009-2014)

AÑO	Presupuesto Inicial de Apertura (PIA)	Presupuesto Inicial Modificado (PIM)	Presupuesto 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: EDER, página 38

La ejecución del PIM por parte de los gobiernos regionales fue en promedio mayor al 60% en el 2012, destacando Loreto (97%), Piura (96%) y Puno (96%), mientras que las de menor ejecución fueron Tacna (63%), Huancavelica

(71%) y Madre de Dios (77%). En el 2013, Callao (100%), Tumbes (98%) y Moquegua (98%) lideraron el grupo, mientras Cajamarca, Huancavelica y Ayacucho tuvieron las ejecuciones más bajas (79%).

En el caso de Municipios Saludables, este producto también experimentó un constante aumento de su presupuesto entre los años 2009 y 2014; el PIA se amplió de S/. 3.8 millones a S/. 25.3 millones y el PIM de S/. 7.6 a S/. 64.3 millones.

CUADRO 2: PIA, PIM Y PRESUPUESTO EJECUTADO DEL PRODUCTO MUNICIPIOS SALUDABLES (2009-2014)

AÑO	Presupuesto Inicial de Apertura (PIA)	Presupuesto Inicial Modificado (PIM)	Presupuesto Ejecutado (PE)	% PE/PIM
2009	3,791,889	7,555,043	5,081,462	67.3
2010	4,387,660	6,581,142	5,923,254	90.0
2011	6,795,020	8,112,683	7,411,654	91.4
2012	17,557,258	178,887,214	44,985,563	25.1
2013	23,583,641	78,891,227	41,622,081	52.8
2014	25,275,852	64,278,190	47,642,395	74.1

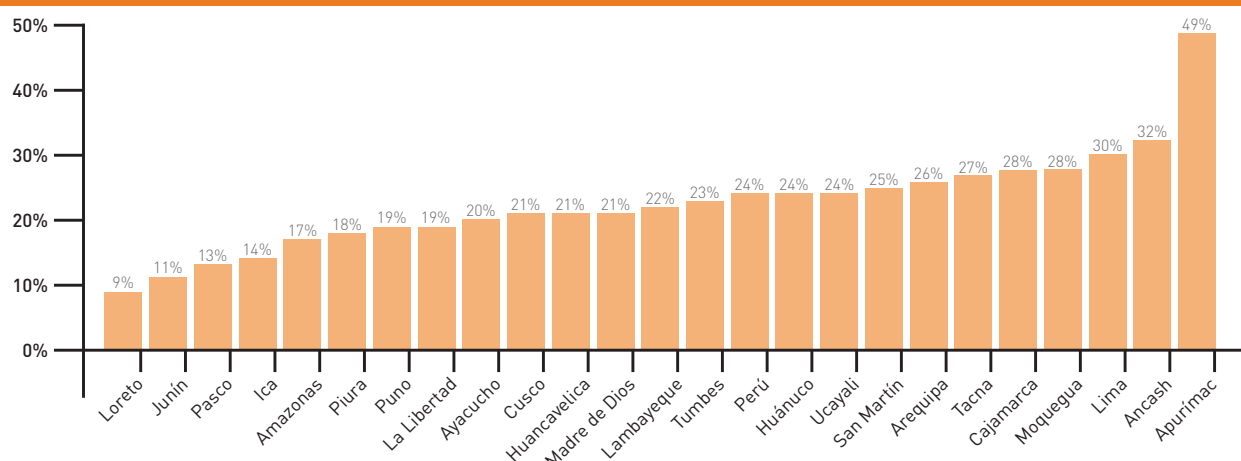
Fuente: EDEP

1.4 Diagnóstico

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el 2007 sólo el 24% de los niños y niñas menores de 3 años de edad tenían CRED completo para la edad. La cobertura de CRED es menor si la madre tiene bajo nivel educativo, la familia pertenece al quintil inferior de bienestar y si el niño reside en la selva.

Asimismo, se constató una gran diferencia en la cobertura del CRED según departamento, siendo Lima (30%), Ancash (32%) y Apurímac (49%) los departamentos con mayor cobertura, y Loreto (9%), Junín (11%), Pasco (13%) los de menor performance.

GRÁFICO 1: COBERTURA DEL CRED COMPLETO EN MENORES DE 3 AÑOS DE EDAD POR DEPARTAMENTO (2007)



Fuente: EDEP, página 45

Según la literatura especializada, el producto CRED es un buen vehículo para promover el resultado inmediato “Madres que adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación del menor de 36 meses” ya que permite evaluar el estado nutricional de los niños y niñas atendidos en los establecimientos de salud y desarrollar durante la atención la consejería necesaria para orientar el adecuado cuidado y la alimentación infantil. En el caso del producto Municipios Saludables, si bien la literatura es limitada, hay evidencia sobre el efecto del trabajo a nivel comunitario en la promoción de prácticas saludables.

DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

Esta sección presenta los criterios de focalización de la población objetivo de los productos evaluados y los actores a cargo de su ejecución. Luego, identifica los indicadores que guiaron las tareas de monitoreo y evaluación de la IPE y describe los productos y subproductos observados en la EDEP.

2.1 Población objetivo

Hasta el año 2013, los modelos operacionales del CRED consideraban como población objetivo a las niñas y niños menores de 3 años de edad en situación de pobreza y pobreza extrema. Para cuantificar esta población se utilizó el padrón nominal de niños y niñas menores de 6 años basado en la inscripción de los niños y niñas en el Registro Nacional de Identidad (RENIEC). Asimismo, se empleó la información de la población asegurada al régimen del Seguro Integral de Salud (SIS) y la lista de beneficiarios del Programa JUNTOS.

**CUADRO 3: POBLACION DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 36 MESES DE EDAD
VALORES Y METAS (2003-2013)**

Población	Valores				Metas/Proyecciones	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Potencial	1,780,733	1,774,984	1,765,923	1,735,884	1,721,324	1,709,070
Objetivo	747,907	745,493	741,687	729,071	722,956	717,809
Atenciones	1,617,519	1,797,288	1,793,269	1,749,600	-	-

Fuente: EDEP, página 25

2.2 Actores participantes

El Jefe del Instituto Nacional de Salud (INS) es el Responsable Técnico del PAN mientras que la Coordinación Técnica está en manos del Director del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN).

El órgano técnico encargado de la normativa para la atención integral de salud a nivel nacional es la Dirección General de Salud de las Personas. Asimismo, la Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud (DAIS) supervisa y evalúa la atención brindada en los establecimientos de salud (EES). Dentro de la DAIS, la unidad Etapa de Vida Niño regula la atención de salud a la población de los niños y niñas menores de 10 años de edad, y por lo tanto, supervisa la implementación del CRED y de la mayoría de los productos del PAN. El producto Municipios Saludables en cambio está a cargo de la Dirección de Participación Comunitaria de la Dirección General de Promoción de la Salud del MINSA.

En cuanto a la coordinación regional y local del PAN, ésta recae sobre la Dirección o Gerencia Regional de Salud (DIRESA/GERESA) y las unidades ejecutoras (Red de Salud, hospitales o la sede de la DIRESA o Dirección de Salud

(DISA) las cuales programan las metas físicas y financieras de los productos en coordinación con las redes y microrredes de salud. De igual manera, los EESS juegan un rol crucial al ser las unidades responsables de entregar los productos a la población objetivo.

Finalmente, a nivel de los gobiernos regionales, la coordinación del PAN está a cargo del Gerente de Planificación y Presupuesto quien administra la logística del PP. En el caso de los gobiernos locales, si bien éstos tienen una participación directa en la implementación del producto Municipios Saludables, no participan en la implementación del CRED.

2.3 Los resultados e indicadores de la intervención

Los indicadores de los productos analizados en la EDEP fueron definidos por el MINSA y se presentan en el siguiente cuadro:

CUADRO 4: 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) 	Sistema de Información de Consulta Externa (HIS) del MINSA
	DESEMPEÑO <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. 	Encuesta Demográfica y de Salud ENDES
Municipios Saludables	PRODUCCIÓN FÍSICA <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. 	Sistema de Información de Consulta Externa (HIS) del MINSA
	DESEMPEÑO <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de Municipios con Comité Multisectorial y Concejo Municipal capacitados para promover prácticas y generación de entornos saludables en alimentación y nutrición infantil. 	Sistema de Información de Consulta Externa (HIS) del MINSA

La ENDES es una de las principales fuentes de información para el seguimiento de los indicadores de desempeño, específicamente de los indicadores del CRED. Sin embargo, al momento de la evaluación se encontró que esta encuesta recogía los datos de todos los niños y niñas menores de tres años de edad, incluyendo datos de proveedores privados, mientras que el PAN se limitaba a atender a la población de los EESS del sector público de salud. Además, la información no estaba desagregada a nivel de DISAS, redes o EESS.

Otra limitación significativa fue la falta de integración funcional entre los sistemas de consulta HIS, Sistema Integrado de Aseguramiento del SIS (SIASIS) y Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN), y los subsistemas administrativos del MEF (SIGA y SIAF). Si bien el sistema HIS genera información de los niños y niñas con CRED completo para la edad, ésta no está disponible de manera regular², demostrando la falta de demanda por información. También se verificó que el HIS y la encuesta ENDES no generaban información sobre el producto Municipios Saludables aunque el MINSA los señalaba como principal fuente de información para los indicadores de producción y desempeño de este producto.

La EDEP también encontró problemas relacionados a los indicadores de desempeño del CRED. Según la ENDES, en el periodo 2009-2014 la proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad (indicador

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

de desempeño 1) aumentó de 27.7% a 52.4%. Aunque este indicador reflejaba la cobertura del producto, no determinaba la presencia de una relación directa con el resultado inmediato que se planteó para este producto (“Madres que adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación del menor de 36 meses”). Ante esta situación, la EDEP recomendó agregar indicadores como la proporción de madres de niñas y niños menores de 3 años con prácticas alimentarias y de lavado de manos apropiadas.

Finalmente, en el periodo observado la proporción de niños de 6 a menos de 36 meses de edad que recibió un suplemento de hierro (indicador de desempeño 2) incrementó de 14.1% a 24.5%. Al focalizarse en la prevalencia de anemia, este indicador ignoraba otras dimensiones que son parte de una evaluación integral de la alimentación y nutrición de los niños. Ante esta situación, la EDEP propuso reformular el indicador a “Proporción de niños de seis a 36 meses con alimentación apropiada”.

2.4 Principales actividades

En el año 2013, los modelos operacionales del PAN establecían que el CRED estaba compuesto por aquellas *“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”* (EDEP, página 16).

El CRED es ejecutado en los establecimientos de salud (EESS) aunque también puede ofrecerse fuera si es que se tienen las condiciones físicas y el equipo necesario. El paquete de actividades toma en promedio 45 minutos e incluye los siguientes subproductos:

- **Visita domiciliaria de seguimiento:** Actividad que implica el desplazamiento del personal al domicilio de las niñas o niños para desarrollar acciones de seguimiento y acompañamiento a la familia del menor con el objetivo de fortalecer las prácticas de cuidado integral del niño (lactancia materna, lavado de manos, higiene, identificación de signos de peligro, afecto, estimulación, etc.).
- **Dosaje de hemoglobina:** Obtención y procesamiento de una muestra de sangre para identificar los niveles de hemoglobina.
- **Test de Graham:** Obtención y procesamiento de una muestra de frotis perianal para descartar *Enterobius vermicularis* (oxiuros).
- **Examen seriado de heces:** Obtención y procesamiento de tres muestras de heces para descartar Parasitosis intestinal, Fasciolosis y Paragonimiosis.
- **Niño menor de un año con CRED.**
- **Niño de un año con CRED.**
- **Niño de dos años con CRED.**

Según los modelos operacionales del MINSA, el producto Municipios Saludables alude a *“aquella Municipalidad que tiene su Concejo 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”* (EDEP, página 17).

Con el fin de sensibilizar espacios públicos de decisión en el desarrollo de prácticas saludables, Municipios Saludables contiene dos subproductos³: los **Concejos Municipales** y los **Comités Multisectoriales** capacitados para promover el cuidado infantil a través de reuniones y talleres de abogacía, técnicas y capacitaciones en temas relacionados a la promoción de la salud.

Durante el desarrollo de la EDEP los subproductos de los productos observados demostraron tener deficiencias que dificultaban su debido seguimiento como la falta de fuentes de información disponible para el monitoreo del CRED y la ausencia de una propuesta operacional para Municipios Saludables que facilitara la implementación efectiva de los Concejos y Comités Municipales en el contexto territorial.

3. Solo el sector Salud define el subproducto (producto intermedio) para la programación en el módulo SIGA.

PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN

Esta sección describe las relaciones interinstitucionales y la estructura organizacional del PAN, y resalta las principales barreras que dificultan la implementación de los dos productos observados así como los vacíos en el sistema de seguimiento y evaluación que impiden el correcto monitoreo de avances.

3.1 Estructura organizacional y mecanismos de coordinación

El MINSA creó la Comisión Técnica del 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 designó como Responsable Técnico del PAN al Jefe del INS. Como parte de sus obligaciones, el Responsable Técnico del PAN proporciona las metas físicas y financieras del PP, brinda asistencia técnica a las dependencias del MINSA y elabora las propuestas del proyecto de presupuesto y del plan de trabajo para la articulación territorial del PP.

El siguiente cuadro resume las relaciones interinstitucionales en el sector salud para la implementación del PAN:

CUADRO 5: RELACIONES DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Institución	Tipo de Relación
INS	Responsable del seguimiento de indicadores nutricionales mediante el del SIEN y VIN.
SIS	Reembolsa a los EESS los gastos por atenciones CRED. El MINSA ejerce la rectoría en aspectos normativos, técnicos y programáticos, pero la implementación corresponde a la DIRESA/GERESA.
Gobiernos regionales (DIRESAS/GERESAS)	Son responsables de la atención primaria en su ámbito territorial según la Ley de Descentralización y 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.
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 (SIS, INS, MINSA, gobiernos regionales y gobiernos locales) en el contexto del PAN.

3.2 Problemas en el proceso de implementación

- Se encontró la presencia de un doble criterio al momento de definir la población potencial del CRED. Mientras que el PAN contemplaba atender a los niños y niñas menores de 36 meses pertenecientes a la población pobre y extremadamente pobre, en los EESS la atención del CRED se guiaba por las normas de atención del CRED del MINSA según las cuales se debía atender a toda la población menor de 5 años de edad. Consecuentemente, la programación de las metas físicas y presupuestarias del producto se vieron afectadas.
- Si bien la estructura organizacional para la atención del CRED respondía a la normatividad de los PP, ésta no se implementó como modelo de gestión para resultados debido a la falta de instrumentos para el monitoreo y la poca claridad sobre cuáles eran las entidades responsables de los resultados y la rendición de cuentas.
- Las entidades a cargo de ejecutar el CRED y brindar el producto final a la población objetivo carecía de las herramientas necesarias para efectuar la evaluación nutricional de los niños y niñas. Según la Encuesta a Establecimientos de Salud en la Atención del Control de Crecimiento y Desarrollo (ENCRED), para el año 2014, sólo el 71% y 75% de los centros de salud y puestos de salud tenían tallímetro, y el 76% y 68% de los Centros y Puestos de Salud contaban con balanza pediátrica.
- Los EESS no registraron los equipos antropométricos en el sistema SIGA Patrimonio, ocasionando que las adquisiciones de los equipos se realizara sin la información necesaria para una adecuada programación.
- El modelo prevalente de atención intramuros absorbió toda la capacidad de atención del personal de salud, limitando el trabajo educativo y de seguimiento en la comunidad.
- Según la ENCREC, el 83% de los centros de salud y 90% de puestos de salud brindaba orientación y/o consejería sobre alimentación complementaria. Sin embargo, las DIRESAS y DISAS solo financiaron el 39% y el 31% de estas actividades en los centros y puestos de salud, respectivamente. El resto de los costos fue absorbido por los participantes, el personal de salud y las municipalidades.
- Según la ENCREC, en el 2013 se reportó que solo el 61% de los EESS brindaba orientación y/o consejería nutricional. Asimismo, se obtuvieron bajos porcentajes en el cumplimiento de otras actividades como la suplementación de micronutrientes (46%), el descarte de anemia (10%) y la desparasitación profiláctica (5%).
- Las reuniones y talleres de abogacía definidos en los dos subproductos (Concejo Municipal capacitado para promover el cuidado infantil y Comité Multisectorial capacitado para promover el cuidado infantil) del producto Municipios Saludables publicaban las actividades del producto Municipios Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal.

3.3 Seguimiento y evaluación

Normativamente, las entidades a nivel nacional y regional involucradas en el PAN debían realizar de manera continua y sistemática el seguimiento de los indicadores de desempeño y los resultados de los productos CRED y Municipios Saludables, mientras los pliegos y unidades ejecutoras debían realizar un seguimiento trimestral de los indicadores de disponibilidad de insumos y el cumplimiento de subproductos. Sin embargo, durante el desarrollo de la EDEP no se encontró evidencia de actividades de seguimiento y evaluación por parte del MINSA, DIRESAS o niveles inferiores. Tampoco se pudo acceder a informes elaborados por las unidades responsables.

Otra significativa limitación fue la falta de integración de los sistemas de información HIS, SIASIS y SIEN, y de los subsistemas administrativos del MEF (SIGA y SIAF). Esta desarticulación impidió procesar de manera oportuna los indicadores de desempeño y desarrollar el seguimiento de las metas físicas del CRED. Asimismo, el padrón nominal para el seguimiento longitudinal de niños y niñas menores de 3 años atendidos por CRED no era utilizado pese a que el 40% de los EESS contaba con esta herramienta.

Los frecuentes cambios en los códigos de procesamiento de los indicadores relacionados al CRED en el HIS modifican los valores de los indicadores, lo que dificulta el análisis de la información reportada. Además, no se cumple con la generación de los reportes periódicos de seguimiento y evaluación del PAN por parte del MINSA y las DIRESAS/GERESAS. Ante estos problemas, la EDEP concluyó que hasta el 2015 el sistema de monitoreo y evaluación del PAN no tenía la capacidad de generar y analizar información de manera oportuna para la toma de decisiones sobre los productos ofrecidos.

PRESUPUESTO Y RESULTADOS

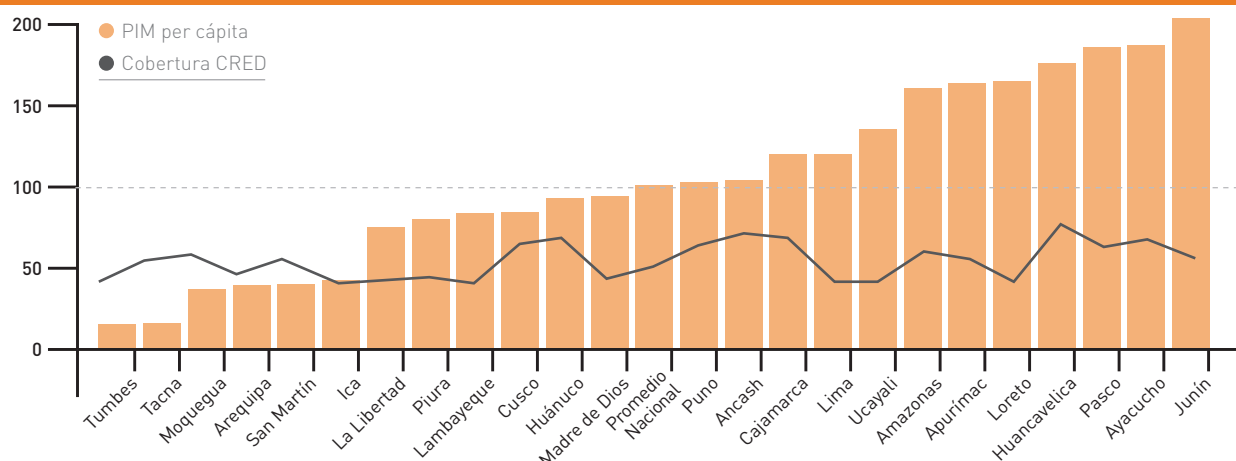
4.1 Criterios de asignación del presupuesto

Hasta el 2011 los recursos del PAN se asignaban al pliego MINSA, quien posteriormente los transfería a los pliegos regionales. Desde el 2012 la asignación se realiza directamente a las unidades ejecutoras de los gobiernos regionales, con excepción del SIS que recibe los recursos del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y los transfiere a los gobiernos regionales.

Durante el periodo 2009-2014, el PIA del CRED aumentó casi cuatro veces (396%) de S/. 20.1 millones a S/. 191.3 millones, representando el 17% del presupuesto del PAN para el año 2014. Por su parte, el presupuesto para Municipios Saludables aumentó de S/. 3.8 millones a S/. 25.3 millones.

El equipo evaluador también observó que la asignación del PIM per cápita de niños y niñas menores de 36 meses entre los pliegos de los gobiernos regionales fue muy heterogénea y que no guardaba relación con la tasa de DCI de cada departamento. Así, se encontró que departamentos con baja asignación presupuestaria como Tumbes y Tacna tenían la misma cobertura del CRED que en los departamentos con altas asignaciones en el PIM como Loreto y Ucayali (ver Gráfico 2).

GRÁFICO 2: PIM PER CÁPITA ASIGNADO AL PRODUCTO CRED VS COBERTURA DE CRED (2012)



Fuente: EDEP, página 72

4.2 Eficiencia de la intervención pública evaluada

El equipo evaluador no pudo determinar los costos de los productos del PP por falta de información de los costos administrativos e indirectos que pertenecían al clasificador presupuestal “acciones comunes” y que incluían todos los productos del PAN. Por este motivo, sólo se pudo 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. A través de este cálculo, la EDEP constató que entre los años 2010 y 2013 hubo un crecimiento promedio del 58% del gasto unitario. Este gasto nuevamente fue heterogéneo entre departamentos. Un ejemplo de este problema es el caso de Piura donde el gasto unitario del CRED para el año 2013 fue de S/. 15, muy por debajo del gasto para Amazonas (S/. 3,833).

CUADRO 6: GASTO UNITARIO POR OBTENCIÓN DEL PRODUCTO CRED, 2010-2013

	Pasco	Cusco	Ucayali	Piura	Puna	Cajamarca	Loreto	La Libertad	Ancash	Lima	Ayacucho	Huánuco	Nacional	Junín	Apurímac	San Martín	Lambayeque	Tacna	Callao	Arequipa	Huancavelica	Madre de Dios	Amazonas	Tumbes	Ica	Moquegua
2010	410	334	104	176	194	269	658	51	135	12	198	156	146	137	222	90	134	-	100	62	107	110	217	11	3	7
2011	59	329	63	34	165	147	103	90	132	20	68	111	138	15	242	225	344	353	178	215	131	3,034	-	53	414	150
2012	123	347	97	46	187	118	1,209	123	125	38	135	129	177	56	320	331	283	350	339	243	241	3,449	-	52	611	265
2013	136	199	82	15	59	118	394	38	-	14	323	346	353	350	568	308	606	1,755	526	380	767	1,219	3,883	1,531	656	2,292

Fuente: EDEP, página 44

4.3 Problemas en la ejecución del gasto

Los principales problemas en la ejecución del gasto encontrados en la evaluación fueron los siguientes:

- El monto del PIM asignado por meta física del producto CRED se incrementó en promedio 840% en el periodo 2009-2014, sin una justificación programática para este aumento de recursos.
- 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.
- La programación física y presupuestaria de los productos evaluados del PAN son tareas excesivamente detalladas y complejas que resultan en un desfase entre los montos programados y la asignación del MEF a las DIREAS.
- 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.
- Los operadores en los distintos niveles del PAN no tenían acceso a la base de datos analítica del SIAF ni del SIGA PpR, entorpeciendo la programación y ejecución del gasto (EDEP, página 81).

4.4 Desempeño de la intervención pública en cuanto a sus productos y resultados

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 (ver Cuadro 7). En lo que refiere a la 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. La recuperación del riesgo nutricional por deficiente crecimiento en estatura es 3.4% a nivel nacional.

CUADRO 7: META FÍSICA PROGRAMADA Y RESULTADOS ALCANZADOS DE CONTROL CRED (2010-2013)

Productos	Unidad de Medida	2010	2011	2012	2013
Meta Programada	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%

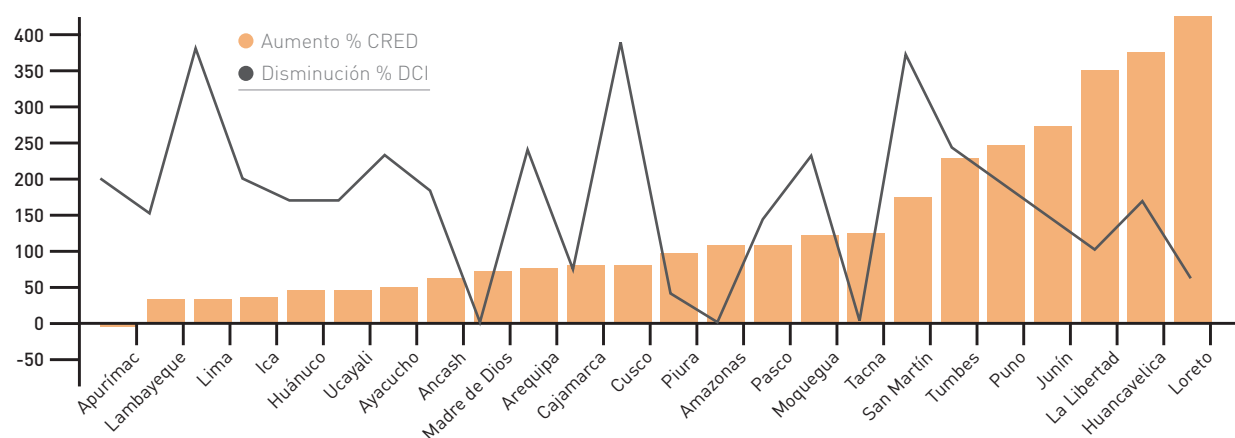
En cuanto a la recuperación de la desnutrición, la tasa promedio nacional de recuperación de las niñas y niños detectados con desnutrición crónica infantil durante el CRED en el 2012 es de solo 1.7%. Ningún departamento en el país alcanza el 10% de recuperación de la población infantil diagnosticada como desnutrida, lo que podría responder a la falta de disponibilidad de la suplementación alimentaria.

En relación a las brechas socioeconómicas, éstas se fueron cerrando progresivamente. La cobertura del CRED en niños y niñas con madres sin nivel educativo aumentó de 22% (2007) a 52% (2013). De igual manera, entre los años 2007 y 2014 la cobertura de los niños y niñas del quintil inferior aumentó de 22 a 61 puntos, logrando reducir significativamente la brecha en cobertura que tenía este grupo a comparación de los niños y niñas del segundo quintil (50 puntos) y el quintil superior (55 puntos).

En cuanto a la cobertura por departamentos, ésta aumentó en todos los casos con grandes diferencias entre departamentos. Se observaron casos como Junín, Loreto y Pasco que experimentaron un incremento de 409%, 367% y 346% respectivamente, mientras que en Apurímac la cobertura apenas aumentó en un 16% entre los años 2007 y 2013.

Ahora bien, el CRED también ha enfrentado obstáculos importantes en su desempeño. Si bien se logró aumentar la cobertura de niños y niñas con CRED completo, se observó un alto porcentaje de deserción para completar los controles establecidos en los criterios de programación del CRED. Otro problema crítico fue la falta de correspondencia entre el aumento de la cobertura del CRED y la disminución de la DCI. Como se observa en el Gráfico 3, entre los años 2009 y 2013 se dieron casos extremos como Apurímac donde se experimentó una importante disminución de la DCI (-25%) pese a que la cobertura del CRED se redujo en un 3%. Por el contrario, en el caso de Loreto, hubo un significativo aumento de la cobertura del CRED (+47%) aunque la DCI sólo se redujo en 11%.

GRÁFICO 3: EVOLUCIÓN % DE LA COBERTURA CRED Y DESNUTRICIÓN INFANTIL (2009-2013)



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los productos CRED y Municipios Saludables son elementos claves del PAN que se dirigen a disminuir la prevalencia de DCI en el país a través de un paquete de servicios para los niños y niñas en riesgo nutricional o desnutridos, y la promoción de prácticas para mejorar el cuidado de la salud a nivel del hogar y la comunidad.

5.1 Diseño de la intervención pública evaluada

Problema 1:

El Modelo Lógico del PAN no incluye la recuperación del riesgo nutricional y la desnutrición detectada durante la atención CRED.

Recomendación:

Revisar el Modelo Lógico del PAN e incluir la recuperación nutricional como resultado inmediato de la atención CRED.

Problema 2:

Tres de los siete subproductos del CRED están operacionalmente vinculados a otros productos del PAN, lo que dificulta su implementación integrada al CRED.

Recomendación:

Integrar los subproductos Dosaje de hemoglobina, Test de Graham y Examen seriado de heces, en los productos “Atención de niños con parasitosis intestinal” y “Niños con suplemento de hierro y vitamina A”.

Problema 3:

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.

Recomendación:

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.

Problema 4:

El producto “alimentación complementaria” del PAN que incluía la entrega de la papilla durante la atención del CRED fue eliminado en el año 2012.

Recomendación:

Revisar la pertinencia de incluir un producto de alimentación suplementaria (o fortificación de alimentos) para enfrentar la inseguridad alimentaria familiar en los niños y niñas en extrema pobreza detectados en riesgo.

5.2 Procesos de implementación

Problema 1:

El foco en la población de niños y niñas en pobreza no está considerado en los criterios de programación para el año 2015.

Recomendación:

Mantener el foco del CRED en la población de niños y niñas en pobreza y pobreza extrema.

Problema 2:

La recuperación de los niños y niñas diagnosticados en riesgo es de 3.36% y de desnutrición es de 1.68% como promedio nacional.

Recomendación:

Fortalecer el foco de la atención en la recuperación de los niños y niñas detectados por el CRED en riesgo nutricional o desnutrición.

Problema 3:

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.

Recomendación:

Fortalecer la capacidad de gestión del CRED mediante la programación trimestral y seguimiento y reporte periódico del cumplimiento de las metas físicas.

Problema 4:

Cerca de la mitad de los niños y niñas que inician el CRED no completa el número de controles establecido por el modelo operacional.

Recomendación:

Identificar estrategias operativas para cumplir los controles establecidos y evitar la deserción en los EESS.

Problema 5:

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.

Recomendación:

Revisar y adaptar las normas y flujogramas hacia la recuperación nutricional de los niños y niñas detectados en riesgo.

Problema 6:

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 DCI.

Recomendación:

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.

Problema 7:

Un porcentaje significativo de EESS carecen de equipo antropométrico.

Recomendación:

Proporcionar las especificaciones técnicas de los equipos antropométricos.

Problema 8:

La información sobre equipos antropométricos en el SIGA Patrimonio es muy deficiente, lo que dificulta la planificación para cubrir las brechas.

Recomendación:

Promover el uso de los sistemas SIGA Logístico y SIGA Patrimonio y mantener actualizada la información del equipo antropométrico.

Problema 9:

Las actividades reuniones y talleres del producto Municipios Saludables, duplican las del producto Municipios Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva.

Recomendación:

Efectuar una programación integrada de estos productos y desarrollar directivas para una programación integrada de los productos Municipios Saludables y Municipios Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva.

5.3 Presupuesto y resultados

Problema 1:

La asignación presupuestal al CRED analizada según el per cápita entre departamentos muestra grandes aumentos en el periodo 2009-2014 y diferencias de hasta 20 veces.

Recomendación:

Establecer el criterio de asignación per cápita para los productos CRED y Municipios Saludables, ajustada según las características de las unidades ejecutoras.

Problema 2:

El gasto unitario por atención CRED es muy alto, con grandes variaciones internas entre departamentos, lo que muestra baja eficiencia en la ejecución.

Recomendación:

Aplicar el monitoreo del gasto unitario por producto CRED y Municipios Saludables en todas las DIRESAS/GERESAS y considerar una auditoría del gasto efectuado.

Problema 3:

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.

Recomendación:

Cambiar la calificación de los subproductos CRED a actividades para incluirlos en la programación física y presupuestaria del SIGA.

Problema 4:

La específica Contrato Administrativo de Servicios tiene un alto porcentaje de asignación y es utilizada parcialmente para contratar personal que no cumple funciones vinculadas al CRED.

Recomendación:

Revisar y monitorear la contratación y uso efectivo de recursos humanos en la modalidad CAS en los productos CRED y Municipios Saludables.

Problema 5:

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.

Recomendación:

Colocar la información de la base de datos analítica del SIGA/SIAF en formato amigable para acceso libre de los diferentes usuarios.

Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal - EDEP Intervención Pública Evaluada CRED Y Municipios Saludables

Proyecto: “Fortalecimiento del Sistema Nacional Presupuestario en los tres niveles de gobierno” – II Etapa

Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)

Jirón Junín 319, Cercado de Lima, Lima, Perú

www.mef.gob.pe

Programa de Cooperación al Desarrollo Económico de la Secretaría de Estado para Asuntos Económicos de Suiza-SECO

Avenida Salaverry 3240, San Isidro, Lima

Teléfono: (511) 264-0305

www.cooperacionsuizaenperu.org.pe/seco

www.seco-cooperation.admin.ch

**Cooperación Alemana, implementada por la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
Programa Reforma del Estado orientada a la Ciudadanía (Buena Gobernanza)**

Avenida Los Incas 172, piso 7, El Olivar, San Isidro, Lima, Perú

www.buenagobernanza.org.pe

Responsables de la contribución

MEF:

Rodolfo Acuña, Director General de la Dirección General de Presupuesto Público (DGPP-MEF)

Cooperación Suiza-SECO:

Martin Peter, Director de la Cooperación Suiza – SECO en Perú

Cooperación Alemana:

Hartmut Paulsen, Director del Programa Reforma del Estado orientada a la Ciudadanía (Buena Gobernanza)

Elaboración de contenidos:

Dirección de Calidad del Gasto Público de la DGPP - MEF

Coordinación, supervisión y edición de contenidos:

Dirección de Calidad del Gasto Público de la DGPP - MEF

Programa Reforma del Estado orientada a la Ciudadanía (Buena Gobernanza)

Adecuación didáctica de contenidos, diseño y diagramación:

Enrique Mendizabal

Impresión:

1000 ejemplares, 1era edición

xxxx de 2016

Fotos de carátula:

1) Enrique Mendizabal, 2) Ministerio de Salud (MINSA)

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú:

Nº 2016-xxxx

Cooperación Alemana al Desarrollo-Agencia de la GIZ en el Perú

Prolongación Arenales 801, Miraflores

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación, bajo la condición de que se cite la fuente.



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
Dirección General de Presupuesto Público

www.mef.gob.pe | Jr. Junín N° 319 Lima Cercado | (511) 311-5930