



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
**SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN**

**EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA DE LA EJECUCIÓN
PRESUPUESTAL DEL PROGRAMA ARTICULADO
NUTRICIONAL, EN APURÍMAC, PERIODO 2012-2019**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

AUTORA:

YADA SUSAN HUARACA PASTOR

ASESORA:

DRA. LUCERO CAHUANA HURTADO

LIMA-PERÚ

2023

JURADO DE TESIS

Dr. Pedro Marchena Reátegui

PRESIDENTE

Mg. Sergio Luis Cherres Juárez

SECRETARIO

Mg. José María Díaz Mayorga

VOCAL

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por siempre estar presente en cada etapa de mi vida brindándome su amor infinito, fortaleciéndome en cada adversidad y poniendo en mi camino a personas extraordinarias.

A mi asesora, la Dra. Lucero Cahuana, por orientarme durante el desarrollo de este trabajo de investigación. Sus enseñanzas, recomendaciones y dedicación me impulsaron a crecer tanto personal como profesionalmente.

A mis padres, Roberto y Natividad, por inculcarme desde pequeña valores que me han llevado a cumplir esta gran meta. Son mi razón de orgullo y motivación para superarme cada día.

A mis hermanos, Fredy y Nelson, por brindarme su apoyo incondicional durante mi formación académica alentándome en mis peores momentos y brindándome consejos para enfrentar mis miedos.

A mi querida Universidad Peruana Cayetano Heredia, así como a mis docentes de la carrera de Administración en Salud por bríndame la mejor educación bajo el enfoque de “gestionar salud y promover bienestar”.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico con mucho cariño a mis padres, Roberto y Natividad, por ser personas valientes que a pesar de todas las adversidades nos cuidaron de la mejor manera posible a mis hermanos y a mí.

A las madres apurimeñas que a diario se esfuerzan por sacar adelante a su familia; son mujeres guerreras que para mantener felices y saludables a sus hijos realizan grandes sacrificios.

A los niños porque merecen vivir una infancia plena donde desarrollen todas sus capacidades y habilidades.

EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL, EN APURÍMAC, PERIODO 2012-2019

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	www.minsa.gob.pe Fuente de Internet	3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
3	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	www.mef.gob.pe Fuente de Internet	1%
6	tesis.pucp.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	docplayer.es Fuente de Internet	1%

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2 ESTADO DEL CONOCIMIENTO	4
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	6
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	6
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL	8
2.1 ANTECEDENTES.....	8
2.2 PRESUPUESTO POR RESULTADOS	10
2.3 PROGRAMA PRESUPUESTAL	11
2.4 EVALUACIÓN DE PROGRAMA PRESUPUESTAL.....	12
2.5 EVALUACIÓN DE EFICIENCIA DE UN PP	13
2.6 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL.....	14
2.7 DEPARTAMENTO DE APURÍMAC.....	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	20
3.1 DISEÑO DE ESTUDIO.....	20
3.2 POBLACIÓN.....	23
3.3 RECOLECCIÓN DE DATOS	23
3.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	25
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	26
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	27
4.1 ASPECTOS GENERALES	27

4.2	LOGRO DE PRODUCTOS DEL PAN	30
4.3	EFICIENCIA EN EL COSTO DEL PAN	37
4.4	EFICIENCIA GLOBAL DEL PAN.....	44
4.5	ASPECTOS RELACIONADOS A LA EJECUCIÓN DEL PAN.....	46
4.6	DISCUSIÓN	55
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		61
5.1	CONCLUSIONES	61
5.2	RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS.....		64
APÉNDICE.....		70

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Tasa de DCI, según ámbito geográfico, 2009 - 2019	15
Tabla 2: Unidades ejecutoras del departamento de Apurímac	19
Tabla 3: Productos del PAN agrupados en componentes	24
Tabla 4: Ejecución presupuestal por componente y productos en Apurímac, periodo 2012-2019	29
Tabla 5. Matriz de aspectos que influyeron en el PAN en Apurímac.....	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Evolución de la DCI y del presupuesto per cápita por niño menor de 5 años del PAN en el Perú.....	3
Figura 2: Tipos de evaluación relacionados al marco lógico de los Programas Presupuestales.....	13
Figura 3: Modelo conceptual de las causas de la DCI adaptado al Perú.....	16
Figura 4: Marco Lógico del Programa Articulado Nutricional	17
Figura 5: Eficiencia global	22
Figura 6: Ejecución Presupuestal por unidad ejecutora de Apurímac, periodo 2012-2019	27
Figura 7: Logro de productos del componente 1	30
Figura 8: Logro de productos del componente 2	32
Figura 9: Logro de productos del componente 3.....	33
Figura 10: Logro de productos del componente 4.....	35
Figura 11: Logro de productos del componente 5.....	36
Figura 12: Eficiencia en el costo del componente 1	37
Figura 13: Eficiencia en el costo del componente 2.....	39
Figura 14: Eficiencia en el costo del componente 3.....	40
Figura 15: Eficiencia en el costo del componente 4.....	42
Figura 16: Eficiencia en el costo del componente 5.....	43
Figura 17: Eficiencia global en Apurímac y a nivel nacional, periodo 2012-2019.....	45

RESUMEN

El Programa Articulado Nutricional (PAN) es una política pública que busca reducir la Desnutrición Crónica Infantil (DCI). La prevalencia nacional de esta enfermedad ha disminuido en los últimos años; sin embargo, persisten diferencias en su distribución regional. Los departamentos con mayor población rural presentan altas tasas como es el caso de Apurímac que su prevalencia se encuentra por encima del promedio nacional. **Objetivo:** Evaluar la eficiencia de la ejecución presupuestal del PAN, en Apurímac, periodo 2012-2019. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de evaluación descriptivo y retrospectivo en el que se midió 4 indicadores (eficiencia en el logro de los productos, eficiencia en el costo, eficiencia global y aspectos que influyeron en el PAN). **Resultados:** Se encontró que, en Apurímac durante el 2012 al 2019, el PAN no logró brindar los productos de acuerdo con lo planeado (baja eficiencia en el logro) y el gasto unitario ejecutado fue superior al presupuesto unitario programado (baja eficiencia en el costo) en la mayoría de los productos y años de evaluación. Lo que conllevó a una baja eficiencia global en todos los productos, excepto en *Atención de IRA (Infección Respiratoria Aguda) con complicaciones*. **Conclusión:** Este bajo desempeño estuvo relacionado con la desarticulación intersectorial e intergubernamental, la alta rotación de los directivos, el desinterés y la falta de conocimiento de los padres sobre la DCI, limitada oferta de servicios de salud con enfoque intercultural y falta de recursos para realizar actividades extramurales.

Palabras clave: Eficiencia, ejecución presupuestal, programa articulado nutricional, desnutrición crónica infantil

ABSTRACT

The Articulated Nutritional Program (ANP) is a public policy that seeks to reduce chronic childhood malnutrition. The national prevalence of this disease has decreased in recent years. However, differences persist in their regional distribution. The departments with the largest rural population have high rates, such as Apurímac, where its prevalence is above the national average. **Objective:** Evaluate the efficiency of the budget execution of the ANP, in Apurímac, period 2012-2019. **Materials and methods:** A descriptive and retrospective evaluation study was carried out in which 4 indicators were measured (efficiency in product achievement, cost efficiency, global efficiency and aspects that influenced the ANP). **Results:** It was found that, in Apurímac during 2012 to 2019, the ANP did not manage to provide the products according to plan (low efficiency in achievement) and the unit expenditure executed was higher than the programmed unit budget (low efficiency in cost) in most products and evaluation years. Which led to low overall efficiency in all products, except for *Care of ARI (Acute respiratory infection) with complications*. **Conclusion:** This poor performance was related to the intersectoral and intergovernmental disarticulation, the high turnover of managers, the disinterest and lack of knowledge of parents about chronic malnutrition, limited offer of health services with an intercultural approach and lack of resources to carry out extramural activities.

Keywords: Efficiency, budget execution, articulated nutritional program, child chronic malnutrition

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Entre los diferentes instrumentos de política pública, el presupuesto del Estado es uno de los más importantes para cerrar brechas sociales. Mediante una asignación estratégica de recursos permite promover e impulsar el desarrollo económico y social del país, así como mejorar la calidad de vida de la población (1).

Por décadas, la administración del presupuesto público del Perú estaba basada en una asignación tradicional donde las decisiones presupuestarias giraban en torno a los insumos, mas no en los resultados (2). Esto dio lugar a limitantes que no solo dificultaba la gestión presupuestaria, sino que generaba una débil relación entre el gobierno y la ciudadanía (3).

Teniendo eso en consideración, el Estado Peruano realizó reformas en la gestión financiera mediante la introducción del Presupuesto por Resultados (PpR) en 2007 (4). Esta estrategia de gestión pública, a diferencia del presupuesto tradicional, vincula la entrega de recursos en función de los resultados obtenidos a favor de la población (1). Asimismo, prioriza el gasto público en Programas Presupuestales (PP) que tienen bases científicas y cuentan con objetivos definidos y medibles (4).

Uno de los primeros programas en salud creados bajo este sistema es el PAN, mismo que tiene como propósito disminuir la prevalencia de la DCI en menores de cinco años. Esta afección es una cuestión de salud pública que no solo limita el crecimiento respecto a la edad, sino que afecta en el desarrollo físico, emocional e intelectual de los niños (5). En el largo plazo, reduce la productividad de las personas lo que perjudica al progreso de las familias y del país (5).

Los continentes más afectados por la DCI son África, Asia Meridional y Oceanía, mientras que Europa Oriental, Asia Central y América Latina obtuvieron importantes avances en los últimos años (6). En el caso de Latinoamérica, la tasa pasó de 18% a 11.3% durante 20 años (7). Entre los países que destacan en la mejora de este indicador se encuentra Perú, pues la prevalencia ha disminuido alrededor de 60% desde 1990 (8).

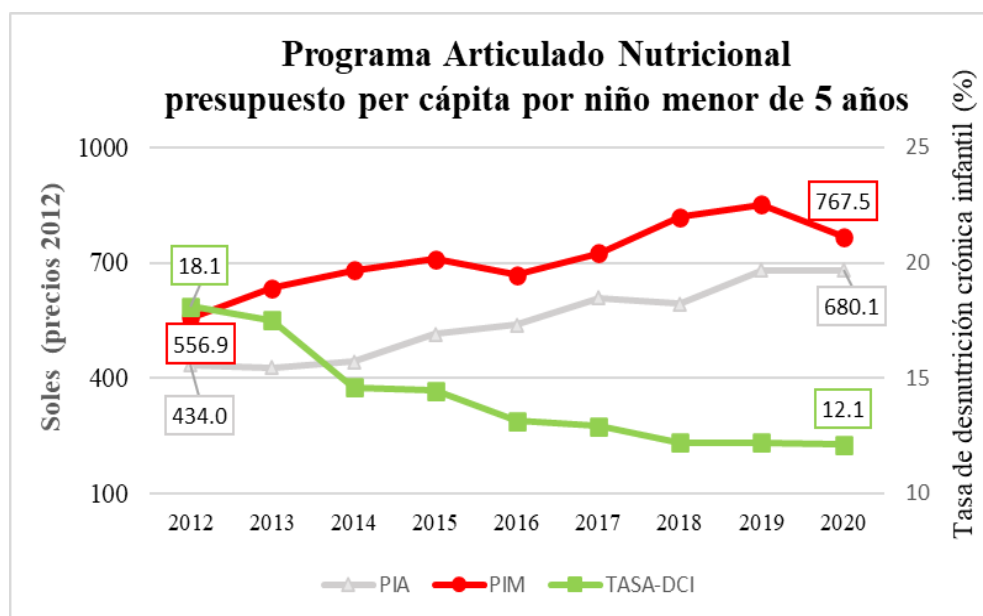
La prevalencia nacional disminuyó en seis puntos porcentuales, entre el 2012 al 2020, pasando de 18.1% a 12.1% respectivamente (9). No obstante, persisten diferencias en su distribución regional; puesto que los departamentos pertenecientes a la sierra y selva presentan mayor número de casos. Ejemplo de ello, es la alta tasa reportada en Huancavelica (31.5), Loreto (25.2), Cajamarca (24.4), Huánuco (19.2), Ayacucho (18.1), Pasco (18) y Apurímac (17.5) (9).

Un caso que cobra relevancia para ser analizado es Apurímac; debido a que su prevalencia se encontró con 5.4 puntos porcentuales por encima del promedio nacional. Además, esta enfermedad es una de las primeras causas de morbilidad en los niños de esta región y afecta principalmente a los que habitan en zonas rurales (10). Por cada 100 menores de cinco años, aproximadamente 20 niños del área rural padecieron de DCI en comparación de los 10 del área urbana (11).

Asimismo, en este departamento la distribución de la DCI no fue uniforme. Abancay, la capital, tuvo una prevalencia de 13.8%, que representó alrededor de la mitad a la encontrada en Cotabambas (27.1%), Antabamba (26.1%) y otras provincias (10). Estos reflejaría un posible problema de gestión regional, que debería enfocarse en la atención de la DCI en lugares donde más se necesita.

Invertir en el desarrollo de la primera infancia genera retribuciones que son mayores al importe inicial (12). Para financiar las intervenciones destinadas a combatir las causas directas e indirectas de la desnutrición, el PAN recibe un presupuesto anual el cual es el más alto entre los nueve PPs del Ministerio de Salud (MINSA). En el 2019, se le asignó alrededor del 30% del total del Presupuesto Institucional Modificado (PIM) del sector salud.

Figura 1: Evolución de la DCI y del presupuesto per cápita por niño menor de 5 años del PAN en el Perú



Nota: Adaptado de la base de datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS) y Portal de Transparencia del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)

El presupuesto per cápita por niño menor de cinco años fue incrementando entre el 2012 al 2020, pasando de S/. 556.90 a S/. 732.00 (precios 2012) respectivamente. No obstante, el porcentaje de DCI no disminuyó como se había proyectado. Según el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la DCI en el Perú: 2017-2021 (13), se esperaba obtener una tasa de desnutrición de 8.1% para el 2020. Pero

lo reportado fue mayor en cuatro puntos porcentuales a nivel nacional (12.1%); mientras que en Apurímac llegó a ser casi el doble (17.5%).

La diferencia entre la prevalencia de DCI real en comparación con la proyectada, sumado al incremento continuo del gasto nos conduce a cuestionar el desempeño del PAN. En ese sentido, para determinar si los recursos asignados fueron usados de manera eficiente, se propuso realizar una evaluación, debido a que es una herramienta útil que no solo contribuye con la rendición de cuentas, sino que permite identificar oportunidades de mejora y genera información favorable para la toma de decisiones.

1.2 ESTADO DEL CONOCIMIENTO

Luego de realizarse una revisión sistemática de la literatura, acerca de temas relacionados al PAN, en los últimos diez años, se identificó 12 investigaciones que son pertinentes como antecedentes para el presente estudio.

Dos de ellos fueron evaluaciones de diseño y ejecución del programa llevadas a cabo a nivel nacional. Una abarcó a los productos relacionados con Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) durante el 2008 al 2012 (14). Mientras que la segunda se centró en el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y municipios saludables, periodo 2008-2014 (15). En ambos estudios también se reportó sobre la eficiencia en el costo.

Otros dos se enfocaron en determinar el impacto del PAN en la disminución de la prevalencia de DCI a nivel nacional desde 2008 al 2016 (16) y en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Callao del 2009 al 2015 (17). En el quinto, se analizó los productos CRED y vacunas completas tras los cambios que hubo en el 2012 (18). Y en el sexto, se

realizó una evaluación de la calidad del gasto del PAN en las Unidades Ejecutoras (UE) de Cusco en 2015 (19).

Adicionalmente, respecto a los aspectos que influyeron en el desempeño del PAN, se encontró cinco estudios. De los cuales, en el séptimo, se analizó los saberes y las prácticas de los progenitores, así como las competencias de los profesionales de la Microred de salud de Cochabamba-Cajamarca en 2019 (20). En el octavo, se examinó las capacidades institucionales que favorecieron o dificultaron el cumplimiento del programa en la DIRESA Callao (21). En el noveno, se abordó sobre la toma de decisiones en la implementación del PAN desde el 2008 al 2018 (22). En el décimo, se buscó establecer una relación entre las competencias gerenciales con las metas físicas y presupuestales del PAN, en Arequipa, periodo 2016-2017 (23). El onceavo, se enfocó en las competencias del personal que favorecieron u obstaculizaron la promoción de la salud en el centro de Llapapuquio-Apurímac (24). El último, trató sobre el trabajo articulado para reducir la DCI y anemia en Ayacucho (25).

Cabe mencionar que no se identificó evaluaciones de eficiencia de la ejecución presupuestal del PAN, sino de otras intervenciones como el Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (26) y el Programa de Salud Materno Neonatal (27). Por ello, ante la ausencia de estudios previos, se planteó evaluar la eficiencia de la ejecución presupuestal del PAN, en Apurímac, durante el periodo 2012-2019. Se eligió este departamento debido a la escasez de evaluaciones del programa, a pesar de que es una de las regiones con mayor prevalencia de DCI, como se mencionó anteriormente. Y se optó por el periodo 2012 al 2019 porque estos años presentaron características similares, descartándose desde el 2008 al 2011 (estudio piloto) y del 2020 al 2022 (expuesto a cambios por la pandemia por Covid-19).

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Considerando lo antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de eficiencia de la ejecución presupuestal del PAN, en Apurímac, en el periodo 2012 al 2019? Y de acuerdo con lo observado en esta región, ¿Se logra cumplir con la entrega de productos planeados? ¿Se logra ejecutar eficientemente el presupuesto programado por producto? ¿La combinación entre el logro de productos y la ejecución del presupuesto del PAN fue la esperada? ¿Se parece lo logrado por Apurímac al promedio nacional? Finalmente, ¿Cuáles fueron los aspectos internos y externos que influyeron en la ejecución del PAN?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la eficiencia de la ejecución presupuestal del PAN, en Apurímac, periodo 2012 al 2019.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el logro de productos del PAN, en el departamento de Apurímac, periodo 2012 al 2019.
- Medir la eficiencia en el costo del PAN, en el departamento de Apurímac, periodo 2012 al 2019.
- Determinar la eficiencia global del PAN, en el departamento de Apurímac, periodo 2012 al 2019.
- Identificar los aspectos que influyen en la ejecución presupuestal del PAN, en el departamento de Apurímac, periodo 2012 al 2019.

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Reducir la DCI es importante para generar el óptimo desarrollo físico, psicológico y conductual de los niños, así como para contribuir con el bienestar y aumentar la productividad de las personas (5). Por tal motivo, el PAN desarrolló una serie de estrategias de intervención con el fin de combatir las causas directas e indirectas de esta enfermedad (5).

Para financiar este programa presupuestal, se hizo uso de los recursos del Estado que provienen principalmente de las recaudaciones de impuestos (3); por lo que resulta indispensable que la población conozca sobre cómo se utilizó el dinero público. En ese sentido, el presente estudio contribuirá a la vigilancia, transparencia y rendición de cuenta del manejo del gasto público en función del logro de productos y resultados del programa a favor de la población apurimeña.

Asimismo, mediante la investigación se podrá identificar oportunidades de mejora a través del reconocimiento de los aspectos que limitan la eficiencia de la ejecución del programa. A partir de ello, el MINSA, MEF, Unidades Ejecutoras (UEs) y los tomadores de decisiones podrán evaluar la posibilidad de realizar modificaciones, ajustes y/o correcciones de las estrategias de intervención regional o de la política pública nacional con la finalidad de lograr mejores resultados.

En el ámbito científico, contribuirá a la generación de nuevo conocimiento, debido a que no existe estudios previos relacionados al tema en Apurímac como a nivel nacional. Además, la metodología usada será útil para futuras investigaciones que evalúen la eficiencia de un programa presupuestal, ya sea del área de la salud o de otro sector.

CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES

Castillo (14) realizó una evaluación de diseño y ejecución de los productos relacionados a IRAs y EDAs entre el 2008 al 2012. En este trabajo se identificó que hubo debilidad en la articulación territorial entre los gobiernos regionales y locales, ya que este último generalmente no participaba en las actividades para la promoción de los servicios. En cuanto a la programación, el autor señaló que las metas físicas no estaban directamente relacionadas con el tamaño poblacional y cambian cada año sin guardar relación con los datos del periodo anterior, a pesar de que es un criterio que está establecido en las definiciones operacionales y criterios de programación del PAN.

Castillo y Zúñiga (15) evaluaron el diseño y ejecución presupuestal de los productos CRED y Municipios Saludables durante el 2008 al 2014. En esta investigación, los autores identificaron que el programa JUNTOS (Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres) tuvo un rol importante para el incremento de la cobertura del CRED. No obstante, las acciones de este producto no estaban coordinadas para obtener un mayor beneficio. Adicionalmente, indicaron que la demora e ineficiencia en el proceso de adquisición de equipos y medicamentos para el CRED se debe a la lenta capacidad de respuesta relacionadas a temas administrativos de algunas instituciones y a los pocos o inexistentes proveedores locales.

Tafur (16), en su investigación sobre el impacto del PAN en la reducción de la DCI durante el 2008 al 2016, concluyó que la prevalencia nacional de esta enfermedad disminuyó significativamente desde la implementación del programa. Además, los indicadores de CRED, suplementación de hierro y lactancia materna incrementaron durante el periodo de análisis. Mientras que el producto *Niños con vacunas completas*

tuvo una tendencia regresiva, lo que pudo deberse a la pérdida de rectoría del MINSA, dificultades en la logística de insumos y problemas con el personal de salud.

Shajian et al., (17) señalaron que el impacto del PAN no fue positivo en la reducción de la DCI en la DIRESA Callao durante el 2009 al 2015. Además, identificaron factores que afectaron al programa. El primero fue el presupuesto inoportuno a causa de la deficiente interacción entre el MEF y la DIRESA Callao. Segundo, las dificultades en la implementación y logística del programa. Tercero, insuficientes recursos de los establecimientos de salud y limitada cooperación externa. Por último, la educación, cultura y migración de la población que influye en la práctica del cuidado del menor.

Jaillita (18) realizó un análisis del PAN en el 2012 y encontró que el programa consiguió reducir el número de casos de DCI a nivel nacional, pese a que hubo desarticulación entre los sectores que ejecutaron acciones relacionados a la salud nutricional. A su vez, identificó que los productos CRED y vacunas completas tuvieron una relación negativa con la DCI, lo que significa que los niños que cumplieron con su esquema de vacunación y/o con sus controles tuvieron menor riesgo de padecer esta enfermedad.

Siguiendo la línea argumental, Espitia (19) realizó una evaluación de la calidad del gasto del PAN, en Cusco, en el 2015. Su principal hallazgo fue que la calidad de gasto fue positiva, debido a que se logró cumplir con el objetivo final que fue reducir la DCI en la región durante este periodo. No obstante, encontró una desproporción entre la adecuada ejecución presupuestal y el inadecuado cumplimiento de metas físicas en todos los productos.

Otro estudio realizado por Roncal (20), sobre los factores que influyen en la ejecución del PAN en la Microred de salud Cochabamba-Cajamarca, identificó que se

desarrolló más actividades intramurales (dentro de los establecimientos de salud) que extramurales (fuera de los establecimientos de salud). Ello limitó el monitoreo y evaluación de las prácticas impartidas en el programa. En relación a las familias, observó que participan en las sesiones demostrativas principalmente cuando les brindan alimentos, pero no ponían en práctica los temas impartidos en el programa a pesar de que tenían conocimiento. Respecto a los profesionales de la salud, indicó que sus niveles de conocimientos sobre la nutrición infantil fueron limitados, tuvieron dificultades en las evaluaciones aplicando los estándares antropométricos y algunas veces no llenaron correctamente los registros de CRED e historias clínicas.

Para finalizar, Ambía (24) analizó las competencias del personal asistencial del puesto de salud de Llupapuquio para la promoción de la salud en el marco del PAN. Entre sus hallazgos más relevantes se encontraron, primero que el personal desconoce sobre la ejecución del programa. Segundo, los profesionales en salud no terminan de comprender que la población rural tiene otra manera de entender el proceso de salud-enfermedad según su cosmovisión. Tercero, existe limitaciones para el trabajo extramural debido a la falta de recursos humanos, dificultad de acceso a comunidades alejadas y desconocimiento del quechua. Cuarto, las atenciones son poco cordiales y carentes de sensibilidad lo que repercute en el acceso de las madres y niños a los servicios de salud. Quinto, bajo nivel de conocimiento de los profesionales en salud para desarrollar acciones de promoción y prevención.

2.2 PRESUPUESTO POR RESULTADOS

El PpR es una estrategia de gestión pública que busca asignar recursos en función del logro de productos y resultados que son favorables para la población (28). En las instituciones del Estado, contribuye a la mejora de la calidad del gasto público, ya que

brinda información relevante para la toma de decisiones y contribuye con la eficiencia y eficacia de los recursos mediante la priorización de bienes y servicios que tienen un impacto positivo en la población (28).

2.3 PROGRAMA PRESUPUESTAL

El PP es un instrumento que permite a las instituciones públicas programar acciones de forma integral y articulada para proveer productos (bienes o servicios) que estén orientados a alcanzar un resultado específico y así contribuir con el cumplimiento de los objetivos vinculados a las políticas públicas (29). En la implementación de los PPs existe una articulación territorial. El diseño está bajo la responsabilidad del gobierno nacional. No obstante, los gobiernos regionales y locales participan brindando información y validando los modelos operacionales. En cuanto a la ejecución, los tres niveles son responsables de llevar a cabo las intervenciones y brindar los productos asociados a un programa (29).

En la ejecución del gasto público de un PP, se siguen una serie de procesos en los cuales se establece un nivel inicial de presupuesto basado en costos unitarios y una estimación de las necesidades a cubrir (Presupuesto Institucional de Apertura-PIA), revisiones de este en el año fiscal (Presupuesto Institucional Modificado - PIM), y los montos que son aprobados para pago, que van desde el compromiso del mismo (comprometido), aprobación (devengado) y giro (girado) (30).

Los PPs cuentan con los siguientes componentes:

- a. Producto:** Son los bienes o servicios que se otorga de manera articulada a la población beneficiaria para mejorar sus condiciones (29).

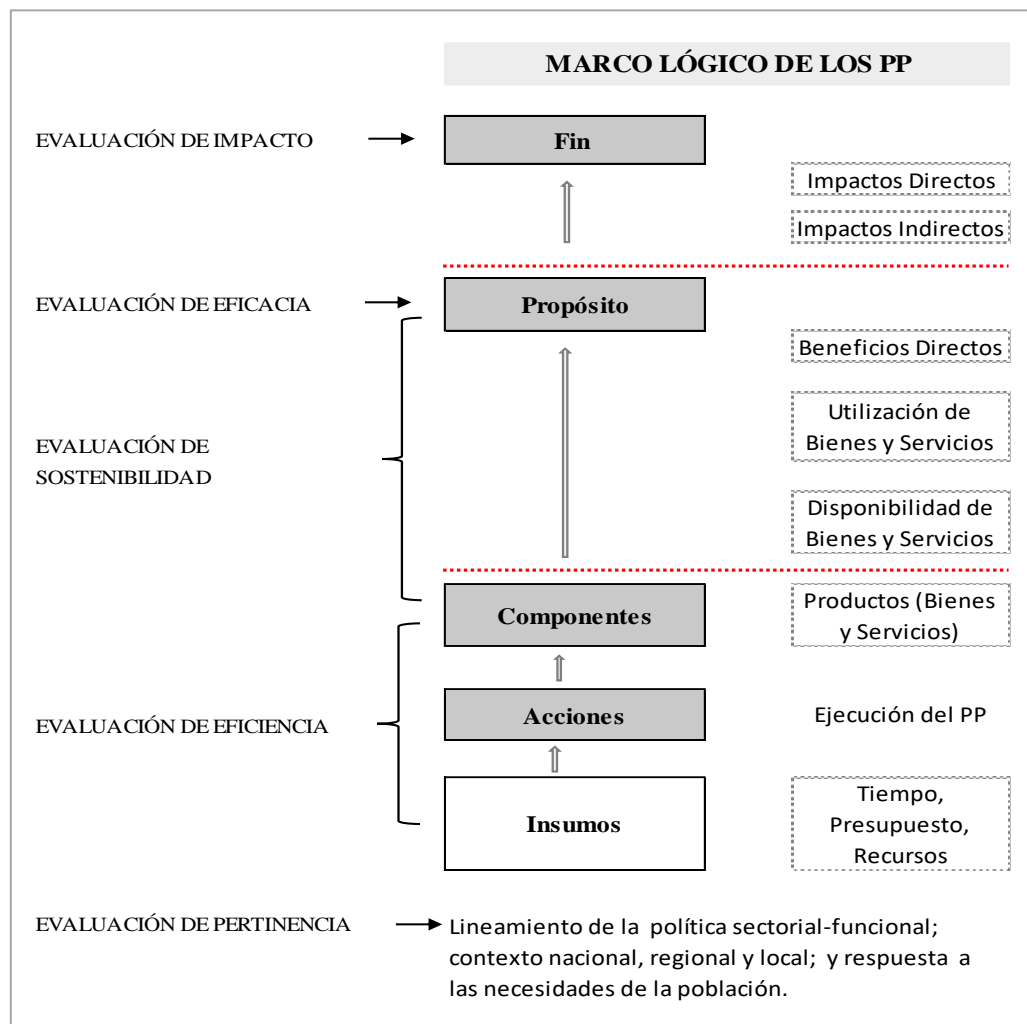
- b. Acciones comunes:** Son los gastos administrativos que no se le pueden atribuir a un solo producto porque están comprendidos en las acciones de gestión, seguimiento y monitoreo del programa presupuestal (29).
- c. Proyecto de inversión pública:** Son las intervenciones que usan recursos públicos durante un tiempo limitado con la finalidad de construir, mejorar o ampliar unidades productoras; así como para entregar bienes o servicios a la población (29).
- d. Actividad:** Es una acción relevante y presupuestable en base a una relación de bienes y servicios. Una actividad junto con otras aseguran el cumplimiento de un producto (29).
- e. Indicador:** Es una herramienta que mide el grado de cumplimiento de las actividades, productos y resultados de un programa (29).
- f. Meta:** Es el valor numérico planeado del indicador de producción de proyectos, productos y actividades (meta física) y resultados específicos (meta del indicador de desempeño) (29).

2.4 EVALUACIÓN DE PROGRAMA PRESUPUESTAL

La evaluación es el análisis sistemático y objetivo de una política, programa, proyecto o intervención que está en curso o concluido. El objetivo de la evaluación presupuestal es verificar el nivel de cumplimiento de las metas proyectadas para cada año fiscal (31). Existen cuatro tipos de evaluaciones que están relacionadas con el marco lógico de los PPs (Ver Figura 2). La primera es la evaluación de impacto que determina los cambios en el largo plazo. Segundo, la evaluación de eficacia que analiza si se alcanzó el objetivo central. Tercero, la evaluación de eficiencia que determina el logro de las metas con los recursos asignados. Cuarto, la evaluación de sostenibilidad que hace

referencia a la entrega de los productos durante la vida útil del proyecto. Finalmente, la evaluación de pertinencia que señala en qué medida los objetivos son coherentes con las necesidades de la población.

Figura 2: Tipos de evaluación relacionados al marco lógico de los Programas Presupuestales



Nota: Pautas generales para la Evaluación Ex Post de Proyectos de Inversión Pública elaborada por JICA y MEF (31)

2.5 EVALUACIÓN DE EFICIENCIA DE UN PP

Un programa presupuestal es evaluado como eficiente cuando genera productos de calidad usando la misma o menor cantidad de recursos asignados (31). Este tipo de evaluación consta de cinco criterios:

- a. **Logro de los productos:** Es una comparación entre las metas de los productos que fueron planeados en la fase de programación con las que se llegaron a entregarse al final de un periodo (31).
- b. **Eficiencia en el tiempo:** Es una comparación entre el tiempo previsto en la etapa de preinversión con el tiempo real empleado al ejecutar cada producto o proyecto (31).
- c. **Eficiencia en el costo:** Es un análisis de comparación entre los costos previstos de los productos en la etapa de programación versus los gastos ejecutados durante un periodo (31).
- d. **Eficiencia global:** Es la evaluación general de la eficiencia de un programa en base al nivel del logro de los productos, eficiencia en el tiempo y eficiencia en el costo (31).
- e. **Problemas de ejecución:** Son aspectos que limitan la adecuada programación o ejecución de los productos y afectan a la eficiencia del programa (31).

2.6 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

El PAN es una política pública que fue creada en el 2008, bajo la estrategia del PpR. Su objetivo es reducir la desnutrición en menores de cinco años para lo cual realiza intervenciones articuladas entre ministerios, siendo el ente rector el MINSA. Además, está alineada al Plan Bicentenario Nacional 2012-2020 y al segundo Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) “Hambre Cero”.

En el diagnóstico situacional del programa, se identificó como problema específico “alta prevalencia de DCI en niños menores de cinco años”. Esta enfermedad irreversible afecta a la talla respecto a la edad y se va adquiriendo dentro de los primeros

24 meses. Los menores que habitan en el área rural tienen mayor probabilidad de adquirirla (5) (Ver Tabla 1).

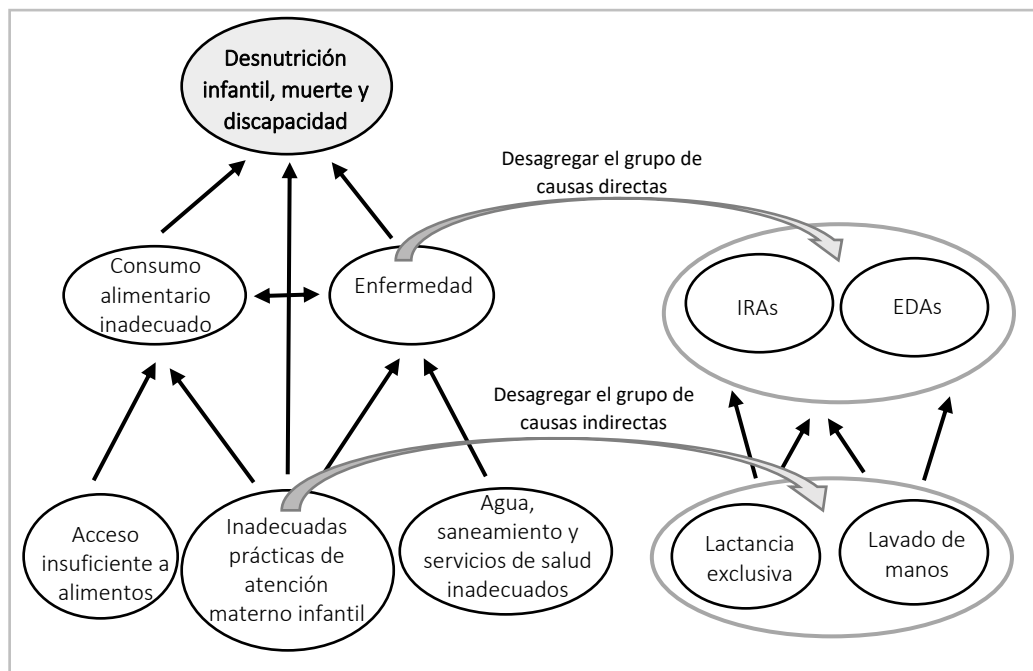
Tabla 1: Tasa de DCI, según ámbito geográfico, 2009 - 2019

Ámbito geográfico	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019
Total	23.8	23.2	19.5	18.1	17.5	14.4	13.1	12.9	12.2	12,2
Área de residencia										
Urbana	14.2	14.1	10.1	10.5	10.3	9.2	7.9	8.2	7.3	7,6
Rural	40.3	38.8	37.0	31.9	32.3	27.7	26.5	25.3	25.7	24,5
Dominio de residencia										
Lima Metropolitana	7.5	8.6	6.8	4.1	4.1	5.4	5.1	5.1	4.7	4,9
Resto Costa	13	15	10	11,9	12.5	10.8	8.1	9.0	7.3	7,5
Sierra	38	34	31	29	28.7	22.7	21.2	21.3	21.1	20,3
Selva	28.1	29	28	22	24.1	20.3	19.8	18.0	17.2	17,7

Nota: Adaptado de los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (9)

Para explicar las causas de la DCI, se hizo una búsqueda de modelos conceptuales y se seleccionó uno que posteriormente fue adecuado según las condiciones geográficas, características poblacionales y la cultura del país (5). Las causas directas identificadas fueron el inadecuado consumo de alimentos y las afecciones que están comprendidas por IRAs y EDAs. De estas se desprenden las causas indirectas que son el acceso insuficiente a alimentos, inapropiadas prácticas de lactancia materna y lavado de manos, e inadecuado acceso al agua, saneamiento y servicios de salud (Ver Figura 3).

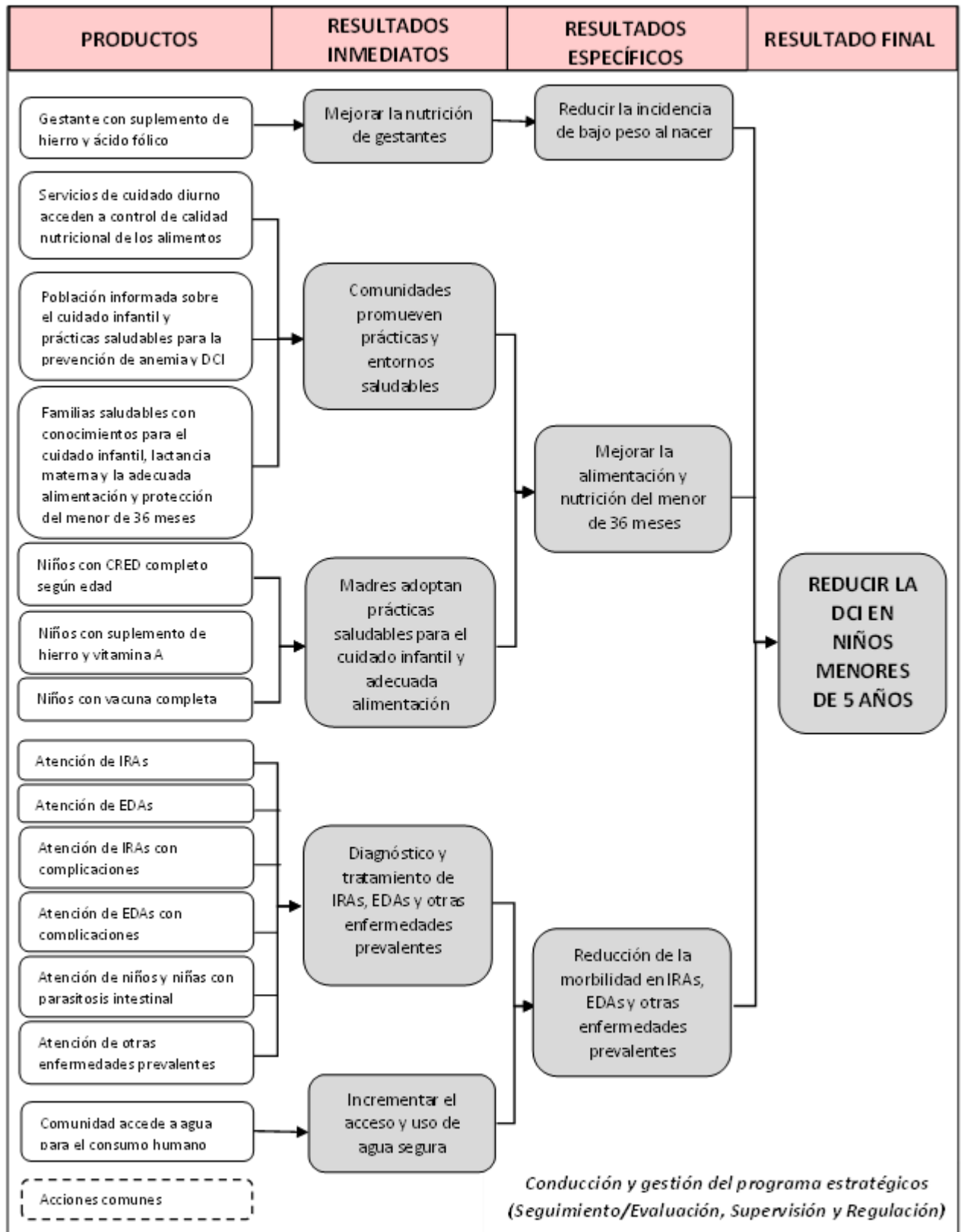
Figura 3: Modelo conceptual de las causas de la DCI adaptado al Perú



Nota: Tomado del Anexo 2. Contenidos mínimos del PAN (5)

En el diseño del PAN, se realizó un análisis de medios y alternativas de intervención, de las cuales fueron seleccionadas las que científicamente tuvieron eficacia en contrarrestar la DCI. Posteriormente, tuvieron una transición para transformarse en productos y/o actividades (5). Todo este análisis está simplificado en una matriz de marco lógico (Ver Apéndice 1). En este se enlista a los productos y actividades del PAN que deben proveerse a la población objetivo para que se logren los resultados inmediatos y específicos, mismos que finalmente contribuirán a alcanzar el resultado final. Para fines de este estudio, se elaboró un modelo lógico del PAN (Ver Figura 4) a partir de la matriz mostrada en el Apéndice 1.

Figura 4: Marco Lógico del Programa Articulado Nutricional



Nota: Adaptado de la matriz lógica del Anexo 2. Contenidos mínimos del PAN (5)

2.7 DEPARTAMENTO DE APURÍMAC

Apurímac está ubicado al sur del Perú, cuenta con siete provincias: Abancay (capital), Andahuaylas, Chincheros, Cotabambas, Grau, Antabamba, y Aymaraes. La principal actividad económica es la construcción, seguida por la agricultura, ganadería, caza, minería, entre otros (32). Según el Censo Nacional 2017, existe aproximadamente 405 759 habitantes, de los cuales 54.2% viven en zonas rurales y el 46.8 % en áreas urbanas (10). Las provincias más pobladas son Andahuaylas (35%) y Abancay (27%). Solo el 8.7% del total de la población son menores de cinco años (10).

Uno de los principales problemas en salud que enfrenta este departamento es la DCI, con una prevalencia de 17.5% en 2020 (9). Esta situación está asociada a la pobreza, exclusión, embarazo adolescente, baja escolaridad de la madre y prácticas inadecuadas en la crianza del niño, entre otros (10). Para atender sus necesidades de salud, la población de esta región cuenta con 563 establecimientos, de los cuales cerca del 74% (417) son públicos pertenecientes principalmente al gobierno regional (400) (10). La mayor cantidad de centros de salud son del primer nivel de atención, solo se cuenta con 9 establecimientos del segundo nivel (10).

Con respecto a los recursos humanos en salud, hubo 6 077 trabajadores en el 2017; de estos el 84% fueron asistenciales y el resto pertenecieron al área administrativa y de servicios (10). La mayor cantidad de profesionales de la salud estuvo conformada por los técnicos de enfermería (1 362) y enfermeros (1 354), seguido por los médicos (779) y obstetras (601) (10). Las unidades ejecutoras de esta región que se encargan de gestionar los recursos del PAN pertenecen al gobierno nacional (SIS, DARES y PRONAA), al gobierno regional (11 unidades ejecutoras en salud) y al gobierno local (municipalidades) como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2: Unidades ejecutoras del departamento de Apurímac

Código	Unidad Ejecutora	Nivel de Gobierno
135	Seguro Integral de Salud (SIS)	Nacional
004-1345	Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud (DARES)	Nacional
002-1425	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA)*	Nacional
400-755	Dirección Regional de Salud Apurímac	Regional
401-756	DISA Apurímac II	Regional
402-1037	Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega	Regional
403-1038	Hospital Subregional de Andahuaylas	Regional
404-1497	Red de Salud Virgen Cocharcas	Regional
405-1498	Red de Salud Abancay	Regional
406-1499	Red de Salud Grau	Regional
407-1500	Red de Salud Cotabambas	Regional
408-1501	Red de Salud Antabamba	Regional
409-1502	Red de Salud Aymaraes	Regional
No aplica	Municipalidades**	Local

*Unidad Ejecutora que existió hasta el 2012, después fue sustituido por el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, misma que forma parte del MIDIS.

**Se consideró a las municipalidades provinciales y distritales del departamento de Apurímac que participaron en la entrega de las actividades “Familias saludables con conocimiento para el cuidado infantil”, y “Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano”.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de evaluación observacional, descriptivo, y retrospectivo, siguiendo una metodología basada en las Pautas para la Evaluación Ex Post de Proyectos (31) que es promovida por el MEF y la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA). Esta guía plantea cinco criterios para evaluar la eficiencia de un programa, a continuación de detallará cada uno:

- a. **Logro de productos:** Es la razón entre los productos ejecutados (avance físico) y los productos programados (meta física) de un año X (31), como se muestra en la siguiente fórmula:

Fórmula 1. Logro de producto

$$Nivel\ de\ ejecución(N.E.)_i = \frac{\sum_1^{14} Productos\ ejecutados_j}{\sum_1^{14} Productos\ programados_j}$$

Donde:
i = Producto (1= producto1, ... ,14 = producto14)
j = Unidades ejecutoras (1=EU1, ... ,14=EU14)

Nota: Adaptado de las Pautas Generales para la Evaluación Ex Post de Proyectos de Inversión Pública elaborada por JICA y MEF (31)

La eficiencia en el logro del producto se determina según:

$$Nivel\ de\ ejecución \begin{cases} \geq 1 \rightarrow eficiente\ en\ el\ logro\ de\ producto \\ < 1 \rightarrow no\ eficiente\ en\ el\ logro\ de\ producto \end{cases}$$

- b. **Eficiencia en el tiempo de ejecución:** Es la razón entre el tiempo proyectado versus el tiempo que se empleó para la ejecución de los productos (31), como se indica a continuación:

Fórmula 3. Eficiencia en el tiempo

$$Eficiencia\ en\ el\ tiempo_i = N.E._i \times \frac{\sum_1^{14} Periodo\ planeado_j}{\sum_1^{14} Periodo\ Real_j}$$

Donde:

i = Producto (1=producto1, ..., 14=producto14)

j = Unidades ejecutoras (1=EU1, ..., 14=EU14)

Nota: Adaptado de las Pautas Generales para la Evaluación Ex Post de Proyectos de Inversión Pública elaborada por JICA y MEF (31)

La eficiencia en el tiempo se establece de acuerdo a:

$$Eficiencia\ en\ el\ tiempo \begin{cases} \geq 1 \rightarrow eficiente\ en\ el\ tiempo \\ < 1 \rightarrow no\ eficiente\ en\ el\ tiempo \end{cases}$$

Cabe señalar que no se determinó la eficiencia en el tiempo, debido a que el otorgamiento de cada producto se planea para un año fiscal y dentro de ese periodo se ejecuta las intervenciones del programa, por lo que el tiempo proyectado y real fue considerado equivalente en esta investigación.

- c. Eficiencia en el costo del producto:** Es la razón entre el presupuesto programado (PIM) y el gasto ejecutado (devengado) por producto multiplicado por el nivel de ejecución como se muestra en la Fórmula 3.

Fórmula 6. Eficiencia en el Costo

$$Eficiencia\ en\ el\ costo_i = N.E._i \times \frac{\sum_1^{14} Presupuesto\ planeado_j}{\sum_1^{14} Gasto\ ejecutado_j}$$

Donde:

i = Producto (1=producto1, ..., 14=producto14)

j = Unidades ejecutoras (1=EU1, ..., 14=EU14)

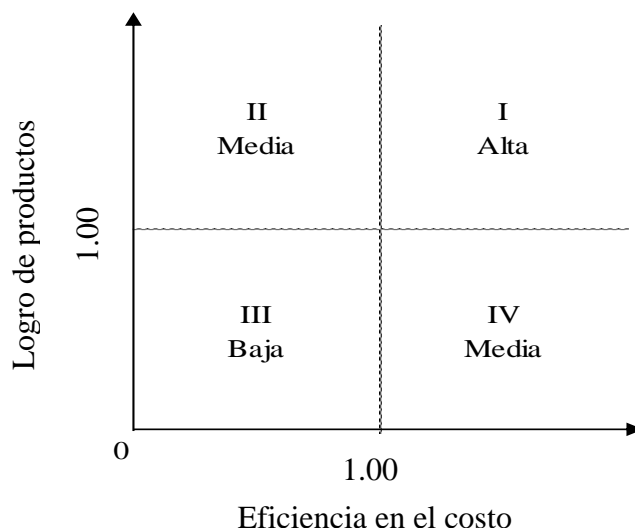
Nota: Adaptado de las Pautas Generales para la Evaluación Ex Post de Proyectos de Inversión Pública elaborada por JICA y MEF (31)

La eficiencia en el costo se establece como se muestra a continuación:

$$\text{Eficiencia en el costo} \quad \left\{ \begin{array}{l} \geq 1 \rightarrow \text{eficiente en el costo} \\ < 1 \rightarrow \text{no eficiente en el costo} \end{array} \right.$$

- d. **Eficiencia global.** Es la eficiencia general del programa tomándose en cuenta el logro de productos y la eficiencia en el costo (31). Operacionalmente se define como la intersección entre las variables mencionadas usando el siguiente plano cartesiano:

Figura 5: Eficiencia global



Nota: Adaptado de las Pautas Generales para la Evaluación Ex Post de Proyectos de Inversión Pública elaborada por JICA v MEF (31)

La eficiencia global se determina de acuerdo con la ubicación del punto de intersección entre el logro de productos y la eficiencia en el costo. Si este se encontró en el I cuadrante, se determinó como eficiencia alta, si estuvo en el II o IV fue eficiencia media, y si se ubicó en el III se calificó como eficiencia baja.

- e. **Problemas principales.** Es el análisis de aspectos que posiblemente limitaron la ejecución del PAN. Además, se identificó los aspectos facilitadores que probablemente contribuyeron en el desarrollo del programa.

3.2 POBLACIÓN

La población estuvo constituida por las 14 unidades ejecutoras del departamento de Apurímac que pertenecen al gobierno nacional, regional y local (Ver Tabla 3). Es preciso resaltar que no se calculó una muestra debido a que se evaluó a todas las unidades ejecutoras de la región, ya que es un programa con articulación territorial donde participan todos los niveles de gobierno.

3.3 RECOLECCIÓN DE DATOS

El PAN estuvo compuesto por 27 productos en el 2012, luego se redujeron a 15 para el 2019 (Ver Apéndice 2). Por ello, en la presente evaluación, solo se recolectaron datos de 14 productos que se mantuvieron en el tiempo. A excepción de *Acciones comunes* porque no es una intervención que directamente contribuya con el cumplimiento de los objetivos del programa.

Con relación al producto *Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses* se consideró para el análisis solo a la actividad *Familias con niños menores de 36 meses desarrollan prácticas saludables* debido a que esta intervención se brindó desde el 2012 al 2019, a diferencia de las otras dos que fueron incluidas a partir del 2018.

Con respecto al producto *Comunidad accede a agua para el consumo humano* se identificó que estuvo compuesta por dos actividades *Vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano* y *Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano*. Estas serán evaluadas por separado, ya que cada una tiene un indicador diferente y fueron considerados como productos distintos hasta el 2014.

En cuanto a *Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos* tuvo otro nombre antes del 2014; sin embargo, para fines de esta investigación se utilizará solo esta denominación.

Luego de definir los productos y/o actividades de estudio; se procedió a clasificarlos en cinco componentes (Ver Tabla 3) de acuerdo con los resultados específicos e intermedios propuestos en la matriz lógica del PAN (Ver Figura 4).

Tabla 3: Productos del PAN agrupados en componentes

N°	PRODUCTOS		COMPONENTES
1	Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico		Componente 1 Mejorar la nutrición de las gestantes
2	Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos		Componente 2 Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses
3	Población informada sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de anemia y desnutrición crónica infantil		
4	Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses		
5	Niños con vacuna completa		Componente 3 Hogares adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación
6	Niños con CRED completo según edad		
7	Niños con suplemento de hierro y vitamina A		
8	Atención de IRAs		Componente 4 Reducción de la morbilidad en IRAs, EDAs y otras enfermedades prevalentes
9	Atención de EDAs		
10	Atención de IRAs con complicaciones		
11	Atención de EDAs con complicaciones		
12	Atención de otras enfermedades prevalentes		
13	Atención de niños con parasitosis intestinal		
14-A	Comunidad accede a agua para el consumo humano	Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano	Componente 5 Incrementar el acceso y uso de agua segura
14-B		Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano	
15	Acciones Comunes		No aplica

En función de los productos y componentes mostrados en la Tabla 3, se procedió a la recolección de datos del Portal de Transparencia Económica del MEF. De esta página se extrajo la información sobre el número de productos programados (metas físicas), productos ejecutados (avance físico), presupuesto programado (PIM) y gasto ejecutado (devengado) de los 14 productos del PAN que se brindaron en las unidades ejecutoras de Apurímac y a nivel nacional desde el 2012 al 2019.

Para la identificación de los posibles aspectos que influyeron en el programa, se recurrió a fuentes secundarias como investigaciones, evaluaciones, reportes e informes presentados por el MINSA, MIDIS, MEF, Banco Mundial, UNICEF, UE y/o profesionales que indagaron sobre temas relacionados al PAN en la región de Apurímac. Además, se extrajo información de normas, resoluciones, documentos técnicos y ordenanzas elaboradas por instituciones estatales; así como también de noticias publicadas en el portal web de las unidades ejecutoras y de medios locales.

3.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que se obtuvieron fueron ordenados en tablas que se elaboraron en el programa MS Excel. Luego, se siguieron los siguientes pasos. En el primer paso, se determinó el logro de productos (objetivo 1) realizándose una comparación entre las metas físicas planeadas y ejecutadas por producto/año utilizando la fórmula 1.

En el segundo paso, se halló el nivel de la eficiencia en el costo (objetivo 2) para lo cual los valores monetarios se ajustaron a precios de 2012 para que sean comparados en el tiempo. Tras ello, se calculó la razón entre el presupuesto unitario programado (PIM/cantidad de meta física) y el gasto unitario ejecutado (devengado/cantidad de avance físico); o también se puede utilizar la fórmula 3, ya que ambas opciones generan el mismo resultado.

Es importante mencionar que la información del objetivo 1 y 2 no solo se generó para la región de Apurímac, sino también para el nivel nacional para contar con un punto de referencia. Posteriormente, los resultados fueron presentados en gráficos de líneas y se determinó el nivel de eficiencia de acuerdo con la interpretación de la fórmula 1 o 3.

En el tercer paso, para determinar la eficiencia global del PAN (Objetivo 3) se realizó la suma de los resultados del logro de producto y eficiencia en el costo desde el 2012 al 2019 de cada producto tanto de Apurímac como del nivel nacional. Luego, en un plano cartesiano se ubicó los valores obtenidos y de acuerdo con el punto de intersección se determinó si la eficiencia fue alta, media o baja (Ver Figura 5).

Por último, se analizó el contenido de los documentos obtenidos y se seleccionó la información acerca de los aspectos políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ambientales e institucionales que posiblemente influyeron en el desempeño del PAN. Posteriormente, esta información se organizó en una matriz que permitió distinguir a los aspectos internos y externos.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

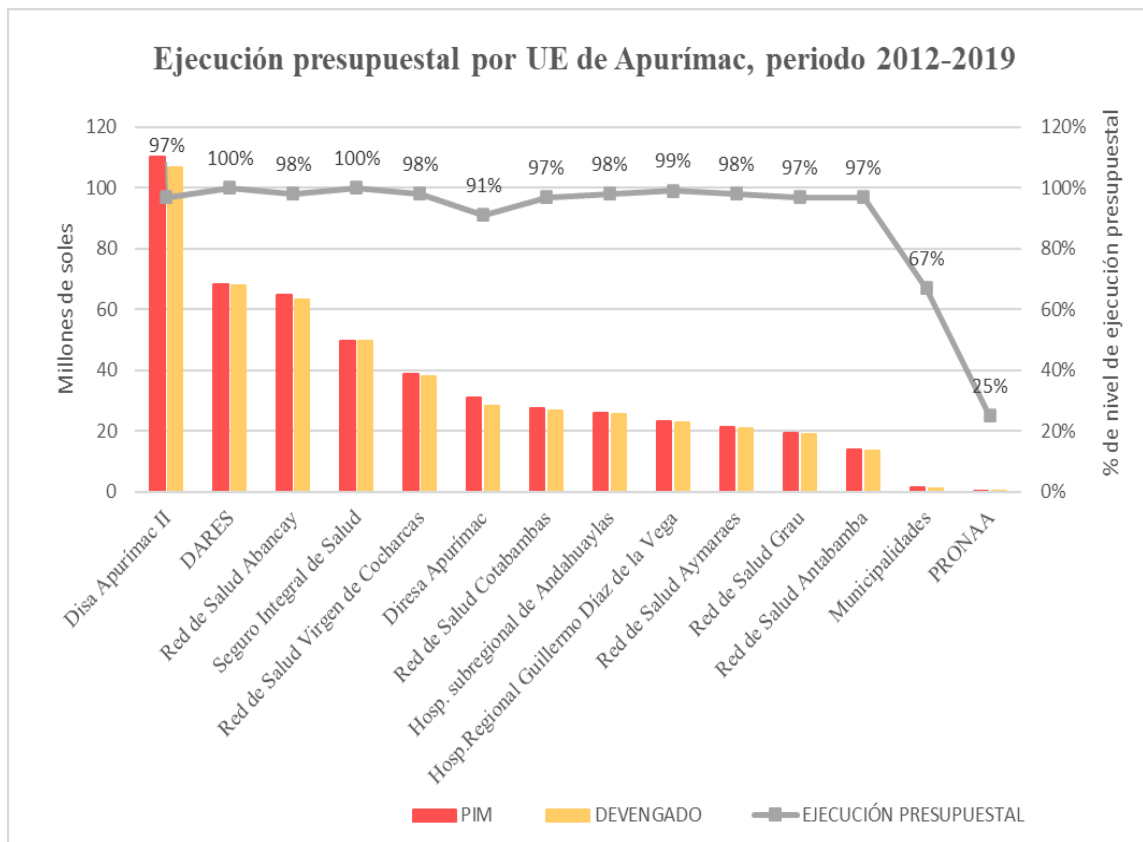
La presente investigación, antes de su ejecución, obtuvo la aprobación de la Dirección Universitaria de Investigación, Ciencia y Tecnología (DUICT) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Asimismo, el estudio no generó ningún riesgo a las personas, ya que los datos que se requirieron fueron obtenidos de fuentes secundarias como la Consulta Amigable del MEF e investigaciones, normas, informes, reportes, evaluaciones y noticias sobre el PAN. Cabe mencionar que los datos no fueron tergiversados y la base de datos que se usó y procesó se encuentra disponible en https://drive.google.com/file/d/1hMLjz4PYMf4011SiX4D_cfF18-dqDAEw/view?usp=sharing

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 ASPECTOS GENERALES

Como se observa en la Figura 6, durante todo el periodo de estudio, la UE que tuvo mayor asignación presupuestal (PIM) fue la DISA Apurímac II con un 22% del total del presupuesto del PAN, seguida de DARES (13%) y la Red de Salud de Abancay (13%). En cuanto al nivel de ejecución presupuestal las instituciones que ejecutaron el 100% de su presupuesto fueron el SIS y DARES; mientras que las demás lograron entre el 91% a 98%, excepto las municipalidades 67% y el PRONAA 25%. Es importante mencionar que este último, tuvo participación en el programa en el 2012, después fue reemplazado por el programa Qali Warma que es parte del MIDIS.

Figura 6: Ejecución Presupuestal por unidad ejecutora de Apurímac, periodo 2012-2019



En la Tabla 4, se muestra que el componente *Hogares adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación* obtuvo la mayor cantidad de PIM equivalente al 55% del total del presupuesto del PAN de Apurímac durante el 2012 al 2019. Entre sus productos se encuentra *Niños con vacuna completa* y *Niños con CRED completo* según edad que recibieron más de la quinta parte del presupuesto. Seguido por el componente *Reducir la mortalidad por IRAs, EDAs y otras enfermedades prevalentes* con alrededor del 30% del total del presupuesto entre el 2012 al 2019. Los tres componentes restantes, recibieron un presupuesto programado (PIM) que no superó el 5%.

Respecto a la ejecución presupuestal, de los 14 productos solo 2 lograron ejecutar el 100% de su presupuesto, estas intervenciones fueron *Niños con CRED completo según edad* y *Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional*. Mientras que, los otros productos ejecutaron entre el 90% y 99%.

Tabla 4: Ejecución presupuestal por componente y productos en Apurímac, periodo 2012-2019

COMPONENTES /PRODUCTOS	PIM	DEVENGADO	NE
1. Hogares adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación	S/ 272,511,604	S/ 269,010,569	99%
Niños con vacuna completa	S/133,131,268	S/ 131,692,012	99%
Niños con CRED completo según edad	S/ 99,457,274	S/ 99,555,389	100%
Niños con suplemento de hierro y vitamina A	S/ 39,923,062	S/ 37,763,168	95%
2. Reducir la mortalidad por IRA, EDA y otras enfermedades prevalentes	S/ 149,406,943	S/ 144,261,600	97%
Atención de IRAs con complicaciones	S/ 41,931,181	S/ 41,591,111	99%
Atención de EDAs	S/ 40,741,879	S/ 37,052,596	91%
Atención de EDAs con complicaciones	S/ 24,866,142	S/ 24,571,927	99%
Atención de IRAs	S/ 20,044,585	S/ 19,561,988	98%
Atención de niños con parasitosis intestinal	S/ 13,415,865	S/ 13,141,310	98%
Atención de otras enfermedades prevalentes	S/ 8,407,291	S/ 8,342,668	99%
3. Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses	S/ 26,531,659	S/ 25,694,641	97%
Familias con conocimientos para el cuidado infantil	S/ 16,325,214	S/ 15,522,452	95%
Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional	S/ 9,254,622	S/ 9,225,171	100%
Población informada sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de anemia y DCI	S/ 951,823	S/ 947,018	100%
4. Comunidad accede a agua para el consumo humano	S/ 25,018,650	S/ 23,086,147	92%
Vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano	S/ 17,162,324	S/ 15,732,742	92%
Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano	S/ 7,856,326	S/ 7,353,405	94%
5. Reducir la incidencia de bajo peso al nacer	S/ 19,426,339	S/ 18,789,926	97%
Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico	S/ 19,426,339	S/ 18,789,926	97%

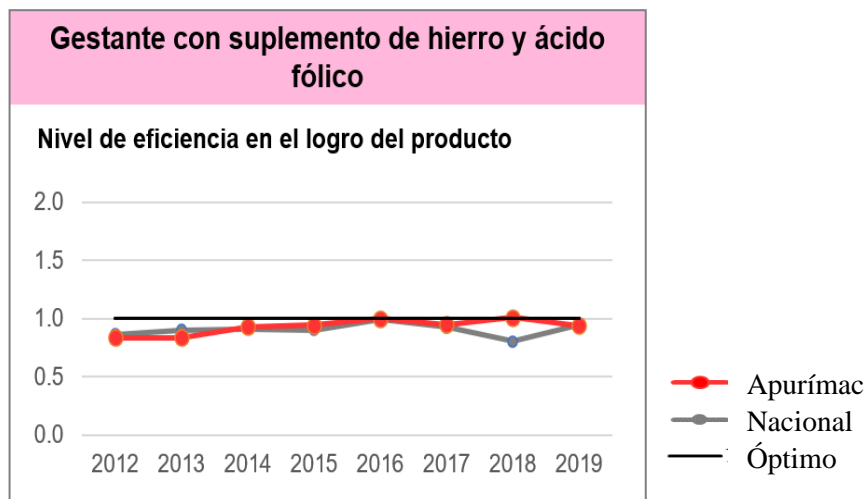
* No se incluyó los datos de los productos que no forman parte de la investigación, solo las que están en la relación de la Tabla 3. Asimismo, los montos son nominales.

4.2 LOGRO DE PRODUCTOS DEL PAN

En Apurímac, el nivel de eficiencia en el logro de productos del PAN estuvo por debajo del punto óptimo en la mayoría de los productos y años. Es decir, no logró brindar los productos de acuerdo con lo planeado (Ver Apéndice 3), ya que solo cuatro de las 14 intervenciones del PAN lograron la meta en tres de los ocho periodos de evaluación. A continuación, se presentarán a detalle los resultados encontrados por cada componente.

Componente 1: Reducir la incidencia de bajo peso al nacer. La Figura 7 muestra que, en la región Apurímac, la intervención *Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico* solo pudo alcanzar la eficiencia en el logro de productos en los años 2016 y 2018. En el resto de periodos, los niveles de ejecución fluctuaron entre 0.84 a 0.95. Por otro lado, el comportamiento de la eficiencia del logro del producto de Apurímac fue similar al del nivel nacional, a excepción del 2018.

Figura 7: Logro de productos del componente 1



Componente 2: Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.

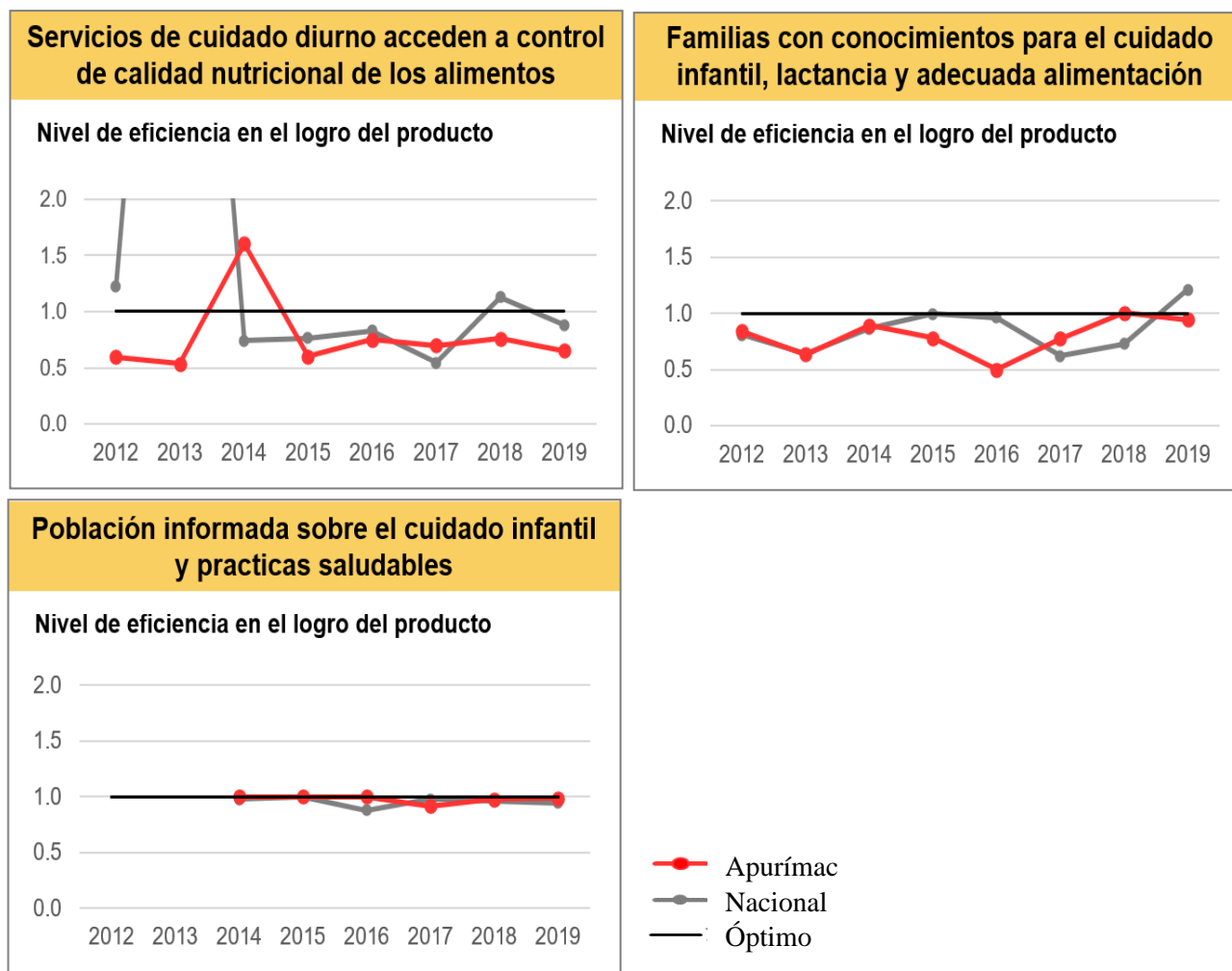
Como se observa en la Figura 8, en la región Apurímac, únicamente la intervención *Población informada sobre el cuidado infantil y prácticas saludables* fue eficiente en el logro del producto en tres periodos (2014, 2015 y 2016). Y en el resto de años, los niveles de ejecución del producto estuvieron cerca de la meta, entre 0.92 a 0.98.

Las otras dos intervenciones alcanzaron la eficiencia en el logro de productos en un solo periodo. En el caso de *Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos* superó la meta en el 2014. Mientras que, en los demás años de evaluación, los niveles de ejecución del producto se mantuvieron por debajo de 0.75.

En cuanto a *Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses* logró la meta en el 2018. En el resto del periodo, los niveles de ejecución del producto fluctuaron entre 0.50 a 0.99.

Referente al nivel nacional, se encontró que los tres productos de este componente presentaron bajos niveles de ejecución en la mayoría de los años de evaluación. Solo la intervención *Población informada sobre el cuidado infantil y prácticas saludables* tuvo un comportamiento similar al de Apurímac.

Figura 8: Logro de productos del componente 2



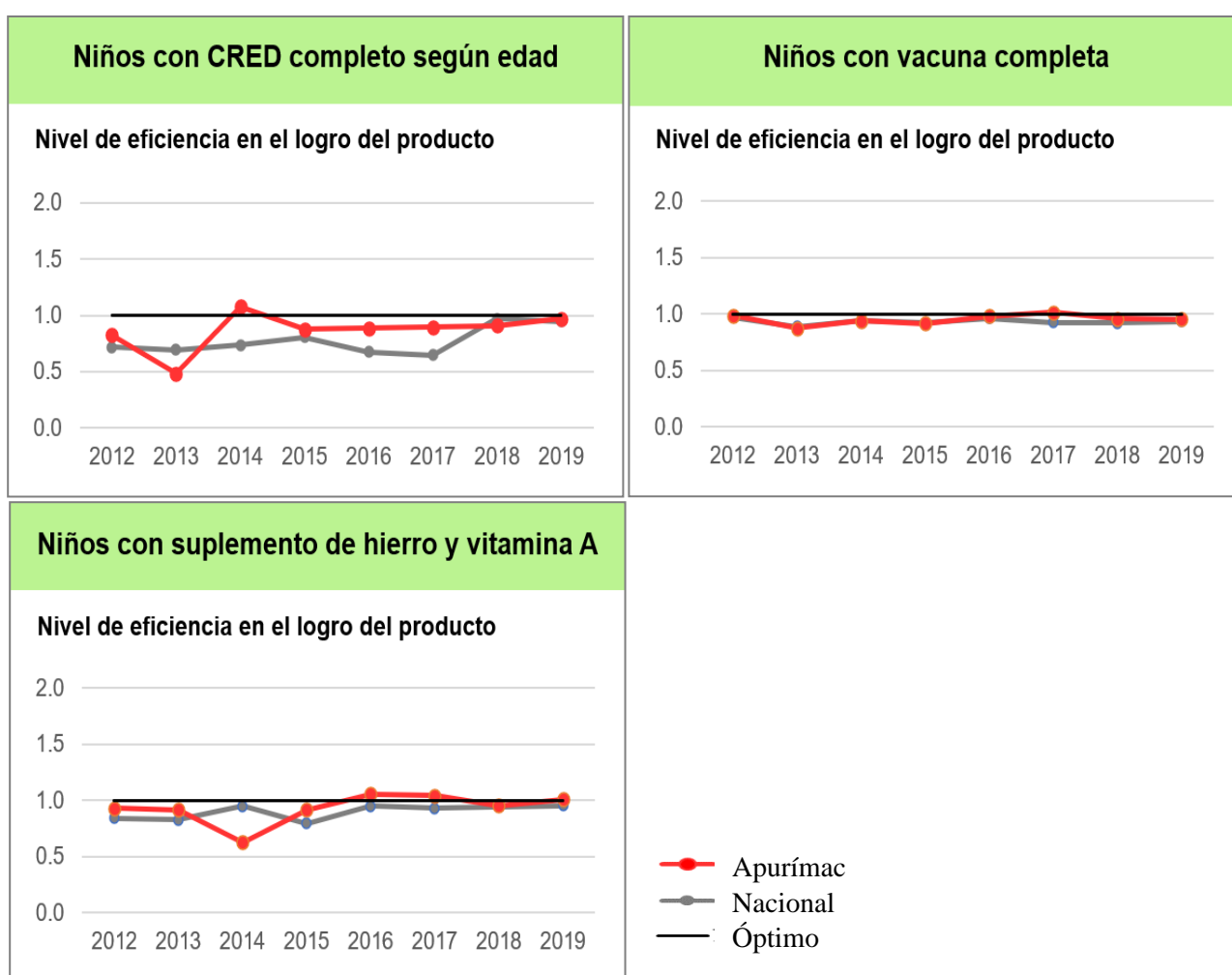
Componente 3: Hogares adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación. De acuerdo con la Figura 9, en Apurímac, solo la intervención *Niños con suplemento de hierro y vitamina A* fue eficiente en el logro de productos en tres años (2016, 2017 y 2019). En los demás periodos, los niveles de ejecución del producto estuvieron entre 0.90 a 0.95, excepto en el 2014 donde se obtuvo 0.64.

Los productos *Niños con vacuna completa* y *Niños con CRED completo* cumplieron la meta en un solo periodo (2014 y 2017 respectivamente). No obstante, en los demás años, la primera intervención mencionada presentó niveles de ejecución

cercanos a la meta entre 0.87 a 0.98. Mientras que, la segunda intervención obtuvo valores entre 0.83 a 0.94, excepto en el 2013 que llegó a 0.49.

Con relación al comportamiento del nivel nacional, se puede apreciar que hubo similitudes con Apurímac, excepto en el producto relacionado al CRED que presentó valores inferiores al de esta región.

Figura 9: Logro de productos del componente 3

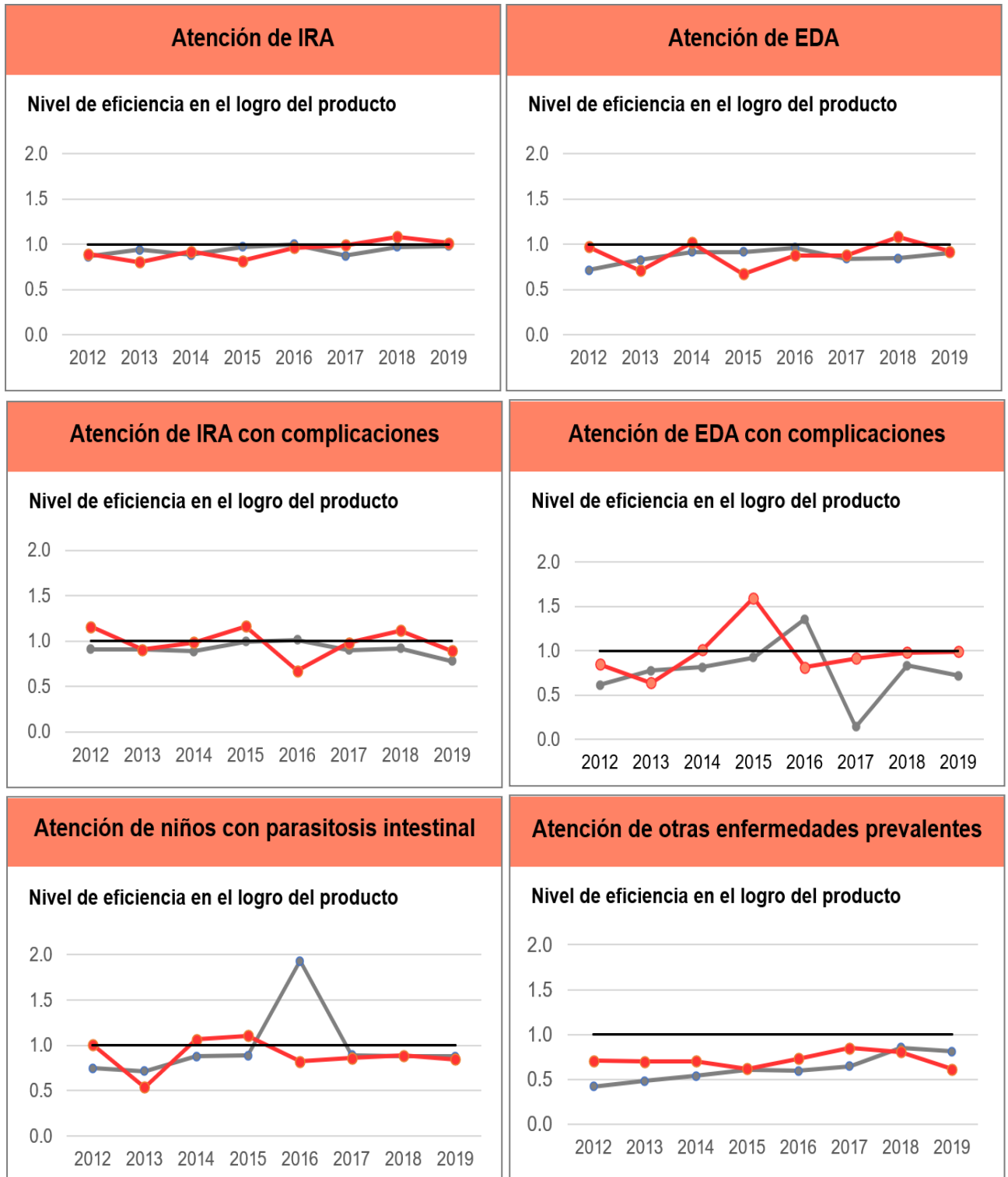


Componente 4: Reducción de la morbilidad en IRAs, EDAs y otras enfermedades prevalentes. Como se ilustra en la Figura 10, en la región de Apurímac, hubo dos intervenciones que fueron eficientes en el logro de productos en tres periodos. El primero fue *Atención de niños con IRAs con complicaciones* que logró la meta en el 2012, 2015 y 2018. El segundo *Atención de niños con parasitosis intestinal* cumplió con la meta en 2012, 2014 y 2015.

Otras tres intervenciones alcanzaron la eficiencia en el logro de productos en dos periodos: *Atención de niños con IRAs* en 2018 y 2019; *Atención de niños con EDAs* en 2014 y 2018; y *Atención de niños con EDAs con complicaciones* en 2014 y 2015. Mientras que la intervención *Atención de otras enfermedades prevalentes* no fue eficiente en el logro de productos en todo el periodo de evaluación. Los niveles de ejecución de este producto fluctuaron entre 0.61 y 0.85.

Con respecto al nivel nacional, los niveles de ejecución de todos los productos fueron diferentes al de Apurímac. Sin embargo, esta región presentó mejores resultados en la mayoría de los años.

Figura 10: Logro de productos del componente 4

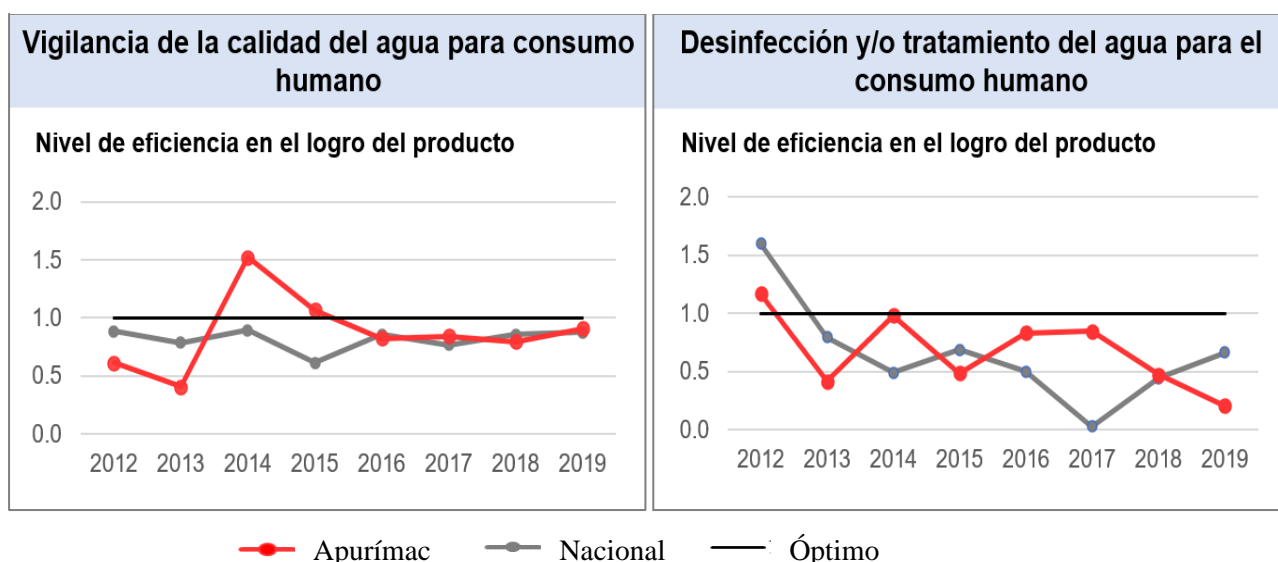


● Apurímac ● Nacional — Óptimo

Componente 5: Acceso y uso de agua segura. El comportamiento en ambas actividades relacionado a este componente es fluctuante en el tiempo de evaluación y en la mayoría de años no alcanzaron la eficiencia en el logro de productos. La actividad *Vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano* superó la meta en 2014 y 2015. En el resto de periodos, los niveles de ejecución estuvieron por debajo de 0.90, incluso en el 2012 obtuvo 0.61.

En cuanto a *Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano* solo logró la meta en el primer año de evaluación. En los siguientes los niveles de ejecución fueron bajando de 0.98 hasta llegar a 0.20 en el 2019. Comparándolo con los datos nacionales, Apurímac presenta mejores resultados en la actividad relacionado con la vigilancia de la calidad de agua; lo contrario ocurre con la otra actividad de este producto.

Figura 11: Logro de productos del componente 5

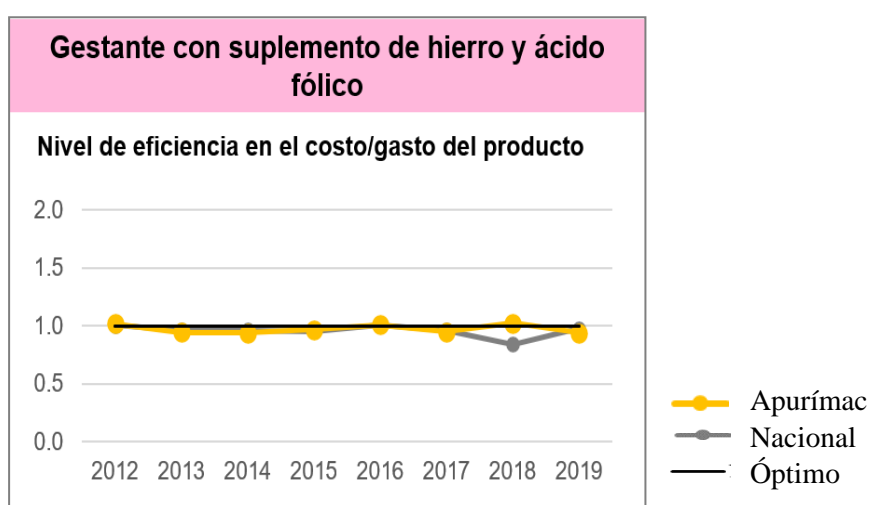


4.3 EFICIENCIA EN EL COSTO DEL PAN

En Apurímac, los gastos unitarios ejecutados fueron superiores a los presupuestos unitarios programados en la mayoría de los productos analizados del PAN (Ver Apéndice 4), lo cual significa que se utilizó más recursos económicos de lo previsto. El producto que tuvo mayor eficiencia en el costo fue *Niños con suplemento de hierro y vitamina A*, ya que logró la meta en seis de los ocho periodos. Mientras que, los demás productos no superaron los tres años. Seguidamente, se presentará a detalle los resultados encontrados para cada componente.

Componente 1: Reducir la incidencia de bajo peso al nacer. Como se observa en la Figura 12, en el departamento de Apurímac, la intervención *Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico* logró la eficiencia en el costo en tres periodos (2012, 2016 y 2018). Los 5 periodos restantes estuvieron cerca de la meta entre 0.94 y 0.97. Además, el comportamiento del nivel nacional fue similar al del departamento de Apurímac, excepto en el año 2018.

Figura 12: Eficiencia en el costo del componente 1



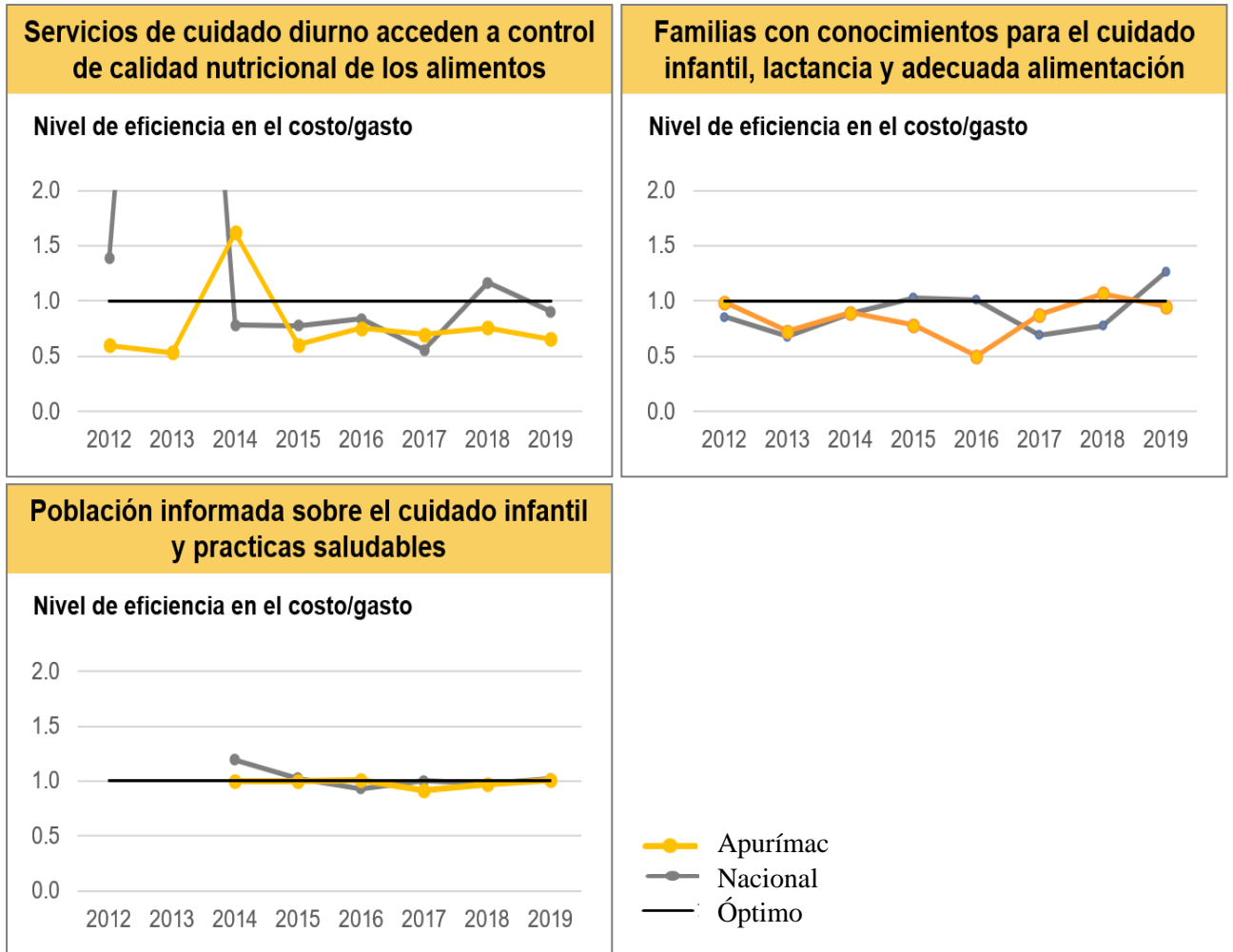
Componente 2: Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.

Como se puede apreciar en la Figura 13, en el departamento de Apurímac, la intervención *Población informada sobre el cuidado infantil y prácticas saludables* fue el único producto que logró la eficiencia en el costo en 4 años (2014, 2015, 2016 y 2019). En los otros periodos, los valores estuvieron cerca a la meta entre 0.92 y 0.97.

Las otras dos intervenciones lograron la eficiencia en el costo en solo un año. En cuanto a *Familias con conocimiento para el cuidado infantil, lactancia y adecuada alimentación* alcanzó la meta en 2018. Sin embargo, en el 2012 y 2019 estuvo cerca al punto óptimo (0.99 y 0.95 respectivamente). En los otros cinco años de estudio los valores fluctuaron entre 0.50 a 0.90. Con respecto a *Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos* superó la meta en el 2014, llegando a 1.62. Mientras que, en los demás periodos los valores no superaron 0.76.

Al comparar con el promedio nacional, se encontró que los valores de Apurímac fueron superiores en la intervención *Familias con conocimiento sobre el cuidado, lactancia y alimentación de los niños*. Los otros dos productos presentaron comportamientos similares en la mayoría de años.

Figura 13: Eficiencia en el costo del componente 2

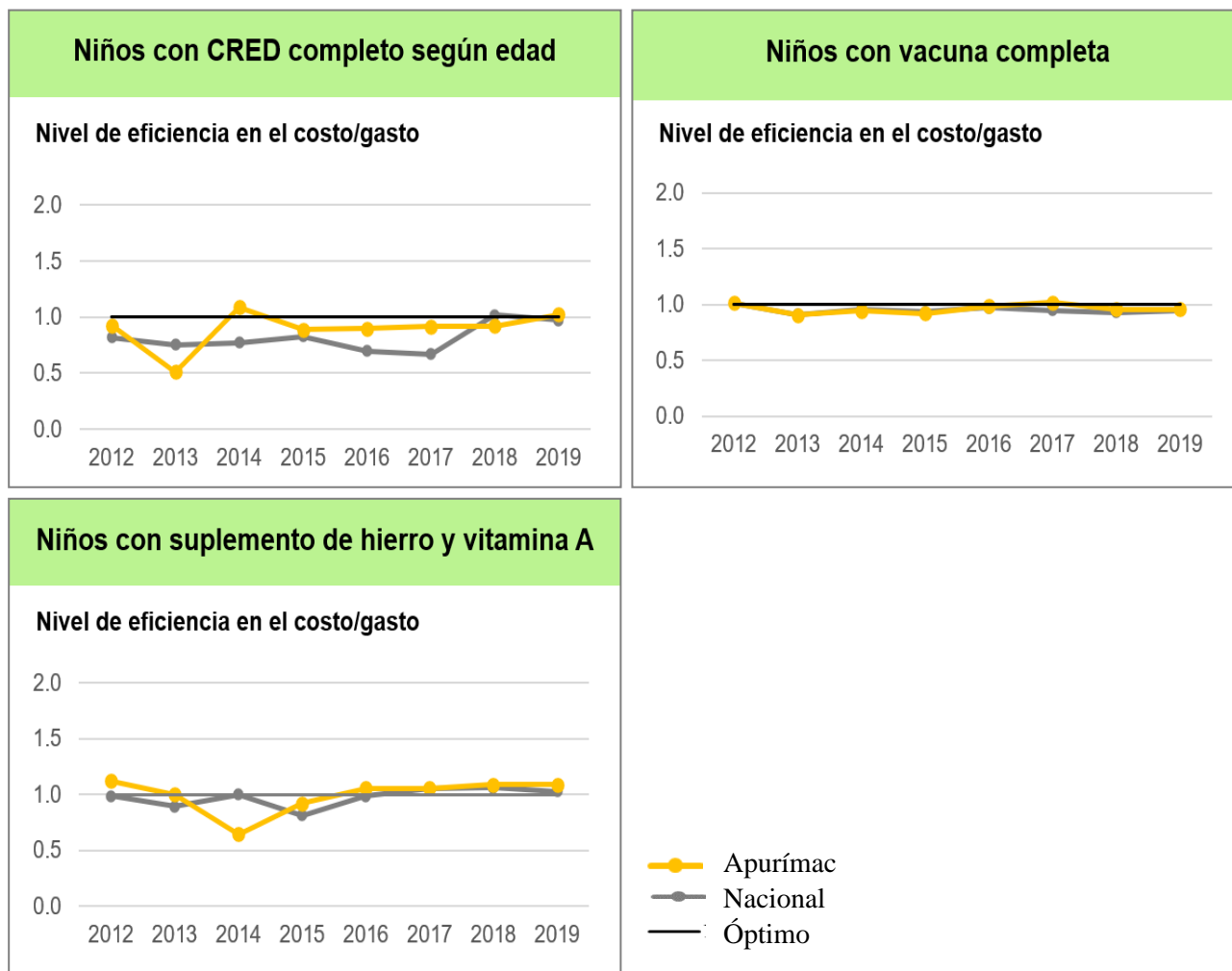


Componente 3: Hogares adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación. De acuerdo con la Figura 14, en el departamento de Apurímac, la intervención *Niños con suplemento de hierro y vitamina A* alcanzó la eficiencia en seis periodos, excepto en el 2014 y 2015 que obtuvo 0.64 y 0.92 respectivamente. Con respecto a *Niños con vacunas completas* únicamente logró la eficiencia en el costo en dos periodos (2012 y 2017). No obstante, en los demás periodos estuvo muy cerca de alcanzar la meta, obteniendo valores entre 0.87 a 0.98.

En cuanto a *Niños con CRED completo según edad* fue eficiente en el costo en un solo periodo (2014). En el resto de años, los valores fluctuaron entre 0.51 a 0.92. Por otra

parte, el comportamiento de estos tres productos, en Apurímac, fue similar al del nivel nacional; excepto en *Niños con CRED completo* que presentó valores superiores en la mayoría de años.

Figura 14: Eficiencia en el costo del componente 3

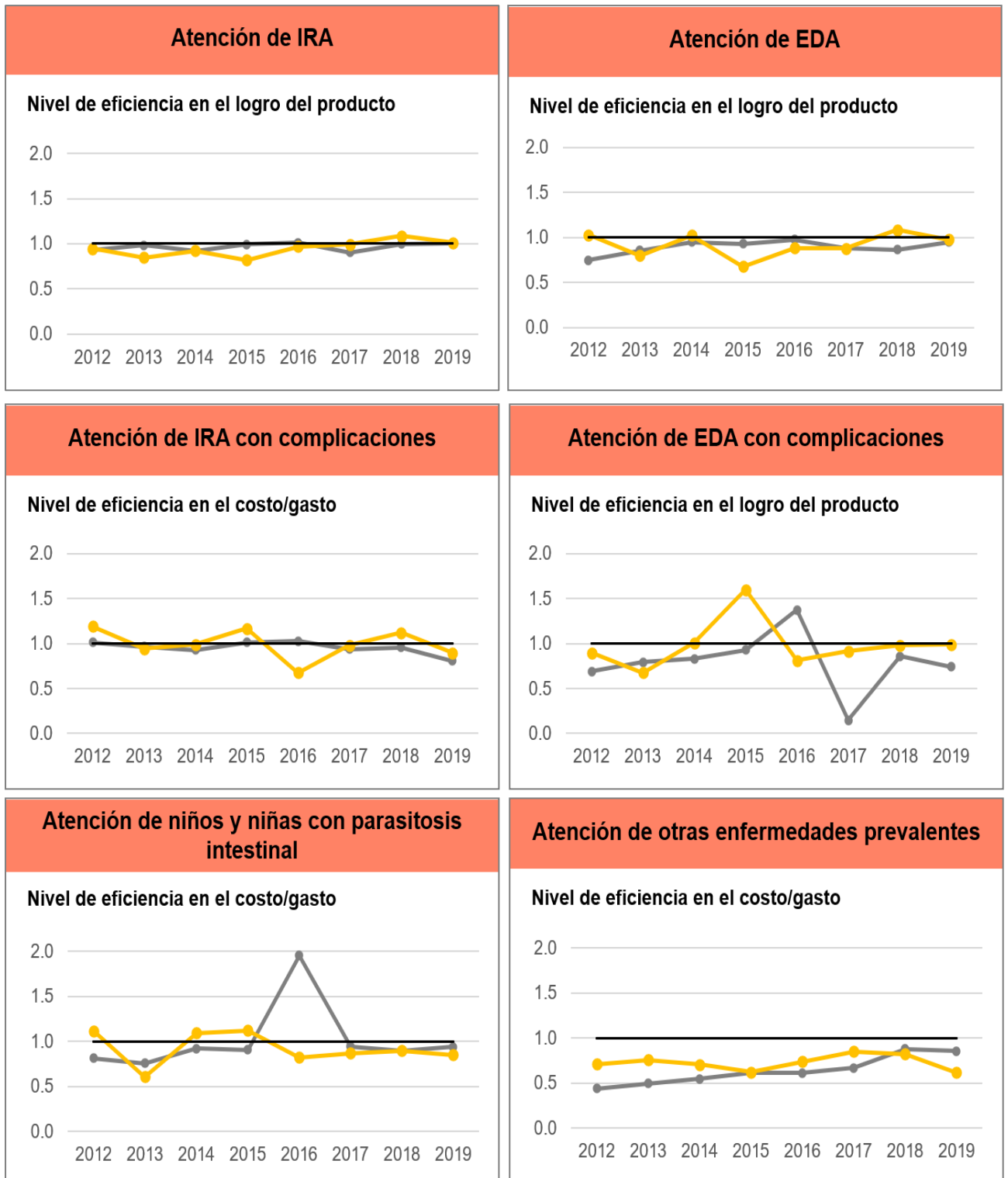


Componente 4: Reducción de la morbilidad en IRAs, EDAs y otras enfermedades prevalentes. Como se observa en la Figura 15, en el departamento de Apurímac, hubo tres intervenciones que fueron eficientes en el costo durante tres periodos. El primero, *Atención de niños con EDAs* que alcanzó la meta en 2012, 2014 y 2018. El segundo, *Atención de niños con IRAs con complicaciones* que logró la meta en 2012, 2015 y 2018. El tercero, *Atención de niños con parasitosis intestinal* que obtuvo la meta en 2012, 2014 y 2015.

Otras dos intervenciones lograron la eficiencia en el costo en dos periodos. En cuanto a *Atención de niños con IRAs* alcanzó la meta en 2018 y 2019. En el resto de años, los valores estuvieron fluctuando entre 0.82 a 0.99. Con respecto a *Atención de niños con EDAs con complicaciones* cumplió con la meta en 2014 y 2015.

La única intervención que no logró la eficiencia en el costo en ningún periodo fue *Atención de niños con otras enfermedades prevalentes* que presentó valores por debajo de 0.85. Al comparar con el nivel nacional, se encontró que el comportamiento de los seis productos fueron diferentes al de Apurímac.

Figura 15: Eficiencia en el costo del componente 4

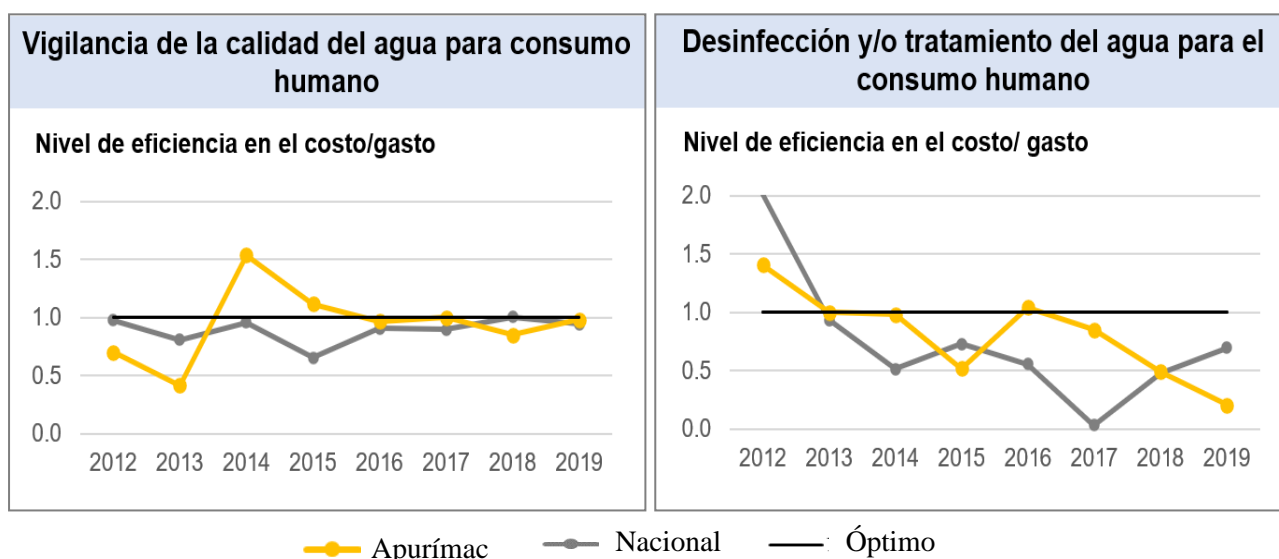


—●— Apurímac —●— Nacional — Óptimo

Componente 5: Incrementar el acceso y uso de agua segura. Como se muestra en la Figura 16, en el departamento de Apurímac, la actividad *Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano* logró la eficiencia en el costo en tres periodos 2014, 2015 y 2017. Mientras que *Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano* alcanzó la meta en 2012 y 2016.

Por otro lado, en estas intervenciones, los resultados de Apurímac no fueron similares al del nivel nacional. Los valores que presentó este departamento estuvieron por encima del promedio peruano en la mayoría de años.

Figura 16: Eficiencia en el costo del componente 5

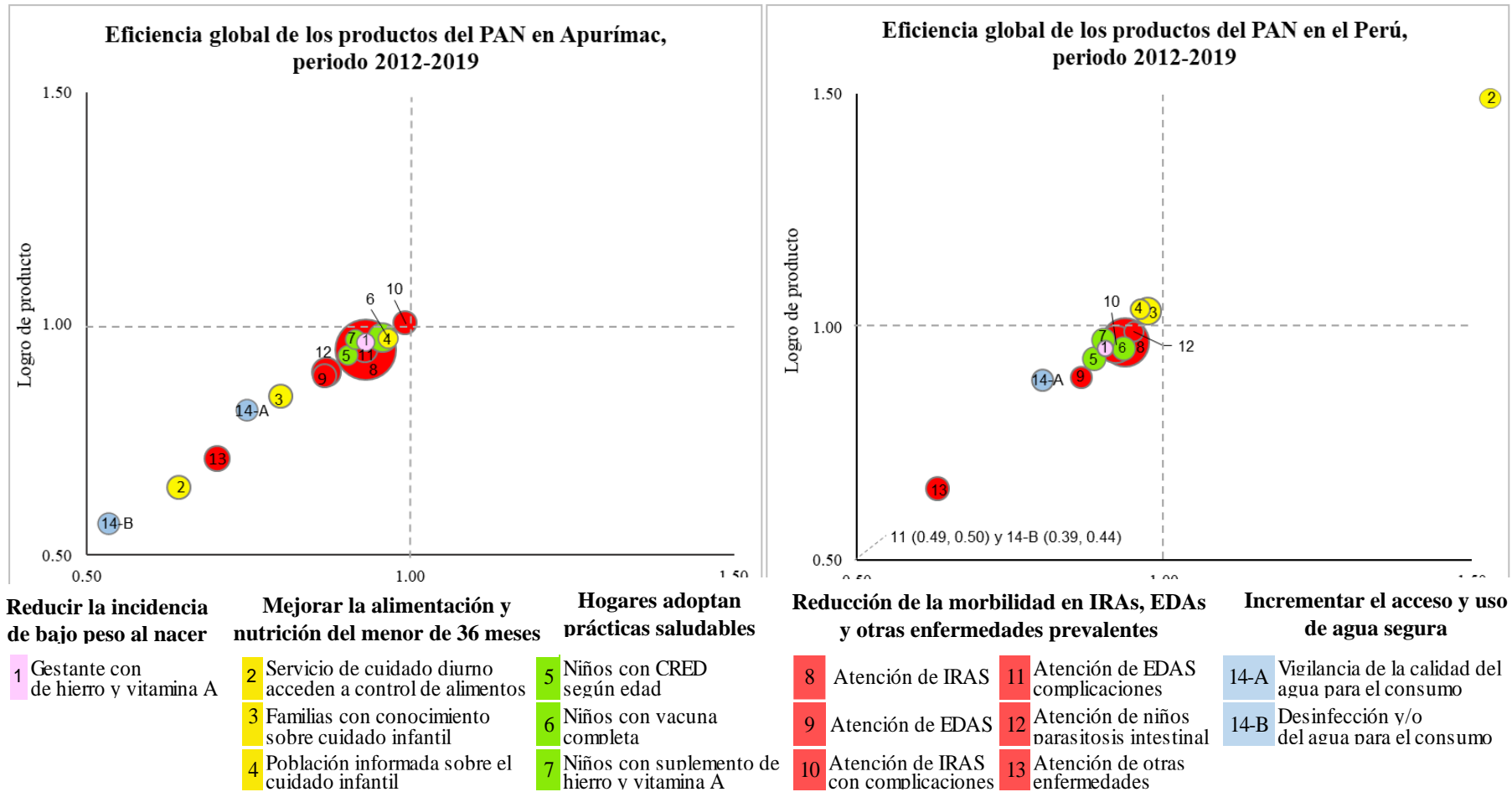


4.4 EFICIENCIA GLOBAL DEL PAN

De acuerdo con la Figura 17, durante el periodo de evaluación 2012-2019, todos los productos del PAN en Apurímac presentaron un nivel de eficiencia bajo, excepto *Atención de IRAs con complicaciones* que tuvo una eficiencia media estando muy cerca de alcanzar la eficiencia alta u óptima. A pesar de la baja eficiencia, hay comportamientos asociados a los componentes que llaman la atención:

- Primero, los productos relacionados a los componentes *Mejorar la alimentación del menor de 36 meses* y *Hogares adoptan prácticas saludables* estuvieron cerca de lograr la eficiencia. Este comportamiento es similar al del nivel nacional.
- Segundo, los tres productos relacionados a *Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses* tuvieron una baja eficiencia en Apurímac, mientras que a nivel nacional uno de ellos alcanzó la eficiencia alta y los otros dos lograron la eficiencia media.
- Tercero, en el componente *Reducción de la morbilidad en IRAs, EDAs y otras enfermedades prevalentes* hubo un producto *Atención de IRAs con complicaciones* que logró la eficiencia media en Apurímac, pero esto no sucedió a nivel nacional. Otra diferencia se observa en *Atención de IRAs con complicaciones*, puesto que la región evaluada presentó un mejor desempeño estando más cerca de lograr la eficiencia óptima.
- Finalmente, el componente *Incrementar el acceso y uso de agua segura* estuvo más alejado de alcanzar la eficiencia tanto en Apurímac como a nivel nacional.

Figura 17: Eficiencia global en Apurímac y a nivel nacional, periodo 2012-2019



4.5 ASPECTOS RELACIONADOS A LA EJECUCIÓN DEL PAN

Tras la revisión de documentos, se identificó una serie de aspectos que posiblemente influyeron en la ejecución del PAN en el departamento de Apurímac. A continuación, se describe cada uno de ellos y se presenta de manera resumida en una matriz (Ver Tabla 5).

a. Aspectos políticos. La baja ejecución de los productos del PAN puede ser explicada por la inestabilidad política del país. Durante el 2012 al 2019, hubo 3 presidentes y 9 ministros de salud (Ver Apéndice 5), lo que implica cambios y modificaciones en la línea de trabajo del programa a nivel nacional. A ello se suma la alta rotación de directores de las UEs de salud de Apurímac que pudo haber alterado la continuación de algunos procesos.

No obstante, se debe reconocer que el compromiso asumido por los gobiernos contribuyó a la continuidad de las intervenciones dirigidas al desarrollo infantil (33). En el marco de la agenda internacional, se acordó cumplir con el segundo ODS que plantea como meta erradicar el hambre y la malnutrición en todas sus formas para el año 2030. Mientras que, a nivel nacional, en el Plan Bicentenario se propuso como una de las prioridades erradicar la DCI y a su vez se estableció como objetivo específico la seguridad alimentaria enfocada en la nutrición adecuada de los niños y gestantes (34).

Sumado a ello, el MINSA presentó el primer “Plan Nacional para la Reducción de la DCI y la Prevención de la Anemia en el País, 2014-2016” (13); posteriormente publicó el “Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y DCI en el Perú: 2017-2021” (35) donde estableció 15 actividades prioritarias. La finalidad de ambos fue dirigir y fortalecer las acciones institucionales para lograr los objetivos

propuestos, así como generar herramientas de seguimiento y evaluación de las intervenciones (15 y 35).

En esa línea, el MIDIS presentó el “Plan sectorial para contribuir con la reducción de la DCI y Anemia en menores de 36 meses, 2017 – 2021” (36) en el que se promovió la implementación de 13 intervenciones sincronizados con los “Lineamientos Primero la Infancia”¹ y con las actividades prioritarias del último plan propuesto por el MINSA. Aunque este documento no aludía directamente al PAN, las acciones de fortalecimiento de la articulación intergubernamental, de los programas sociales, así como de los mecanismos de incentivos posiblemente contribuyeron al logro de productos de los componentes 2 y 3.

No quedándose atrás, el Gobierno Regional (GORE) de Apurímac también priorizó el bienestar de los menores y presentó el “Plan Regional de Lucha Contra la Anemia y Desnutrición Crónica Infantil – Allin Kawsanapaq” (37) e incluso municipios locales también se sumaron. Ejemplo de ello, es el “Plan Multisectorial para la superación de la desnutrición y la anemia en Ocobamba 2015-2018”. Esta iniciativa tuvo resultados favorecedores, pues en ese distrito la DCI se redujo de 29.3% a 26% entre 2014 a 2015; lo que fue reconocido y galardonado por un premio de buenas prácticas de gestión en 2016 (38).

En el 2013, se publicó el Decreto Legislativo N° 1164 que establece disposiciones para incorporar a más personas al SIS, entre ellas a las mujeres embarazadas y a los niños menores de cinco años que no contaban con ningún seguro (39). Esta ampliación de la cobertura poblacional pudo contribuir a incrementar la participación y el número de

¹ Es un documento elaborado por MIDIS donde se establecen lineamientos que garanticen el Desarrollo Infantil Temprano

atenciones en salud en la región (33); principalmente, de los productos relacionados a los componentes *Hogares adoptan prácticas saludables* y *Reducción de la morbilidad en IRAs, EDAs y otras enfermedades prevalentes*.

Adicionalmente, la interacción con el programa JUNTOS fue una estrategia significativa para aumentar la demanda de los servicios de salud; dado que la entrega de bonos condicionó a las madres beneficiarias a que cumplan con el control de crecimiento y desarrollo (CRED) de sus hijos (40). Sin embargo, esto no fue suficiente para que este producto alcance ser eficiente en el cumplimiento de las metas programadas. Según el MIDIS (41), el porcentaje de niños menores de 36 meses con CRED según edad, ha ido disminuyendo de 56% a 47% entre el 2012 al 2019.

b. Aspectos económicos. La situación de pobreza o pobreza extrema de los hogares se considera como uno de los factores que aumenta el riesgo de padecer DCI, ya que incrementa la dificultad de adquisición de productos nutricionales (42). A su vez este aspecto pudo haber limitado el logro de las metas de los productos del programa, debido a que las familias al no contar con los recursos económicos se les podría haber complicado el acceso a los establecimientos de salud.

Aunque, se debe reconocer que la incidencia de pobreza y pobreza extrema fueron disminuyendo en 26 y 15 puntos porcentuales respectivamente, durante el periodo de evaluación (41). Lo que pudo significar que los niños menores de cinco años tuvieran mayores posibilidades de participar en las intervenciones de salud y más aún si pertenecen a las familias beneficiarias de otros programas sociales.

Por otro lado, un aspecto que posiblemente facilitó la ejecución del PAN, en la región, es el incremento del PIM de S/. 82,713,581 a S/. 120,019,916 entre el 2012 al 2019 respectivamente. Esto permitió una mayor inversión principalmente en los

componentes *Hogares adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación y Reducción de la morbilidad en IRAs, EDAs y otras enfermedades prevalentes.*

Del mismo modo, se contribuyó con la gestión y entrega de los productos a través de los incentivos monetarios mediante el Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional (EUROPAN)² que realizaba desembolsos según el cumplimiento de los procesos administrativos y el nivel de logro de los productos relacionados al CRED y vacunas (33). Asimismo, el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED)³ pudo haber motivado al gobierno regional a cumplir con la provisión de servicios destinados a las mujeres embarazadas y niños (33). Por ejemplo, el GORE Apurímac, en el 2014, se comprometió a distribuir multimicronutrientes en los centros de salud priorizados, llegando a cumplir con el 97% de su objetivo (43).

c. Aspectos sociales. Entre los aspectos que probablemente limitó la ejecución del programa se encuentra el poco interés de la población respecto a la DCI, debido a que no existe síntomas drásticos y hay poca sensibilización y/o conocimiento sobre las consecuencias de esta enfermedad (44). Las madres que no son primerizas son más reacias al cambio de conducta respecto a la alimentación, puesto que les cuesta aceptar recomendaciones sobre el cuidado de sus hijos (44). Lo que pudo complicar el cumplimiento de las metas del componente *Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.*

El conocimiento y la valoración de la medicina tradicional, en Apurímac, también pudo haber obstaculizado la ejecución de los productos del componente 4. La población

² EUROPAN fue implementado en 20 distritos de Apurímac desde 2010 al 2013.

³ FED implementado a partir del 2014 a nivel nacional y en Apurímac.

antes de someterse a tratamientos a base de medicamentos, prefieren usar sus conocimientos para tratar infecciones respiratorias, infecciones digestivas, deficiencias nutricionales, parasitosis, entre otros (45). En ese contexto, la participación e involucramiento de los agentes comunitarios en salud y de los líderes comunales en las actividades del programa fueron fundamentales, ya que influyeron en el cambio de actitud de los padres. Se capacitó a los agentes comunitarios para que realicen visitas domiciliarias con el objetivo de fomentar la alimentación nutritiva y la adopción de prácticas saludables como la vacunación, suplementación complementaria, entre otros (46). De esta manera se contribuyó en acortar las brechas de acceso y recepción de los productos del PAN.

Por otro lado, se debe reconocer que esta región es una de las que presenta mayores conflictos sociales a nivel nacional (47). Estas manifestaciones acatadas por la población y por los profesionales de la salud pudieran generar problemas en el acceso a los establecimientos de salud. Ya que se reduce la oferta por la falta de personal y la población se ve restringida a acudir a los centros médicos durante las protestas.

Adicionalmente, las migraciones internas de la región podrían haber alterado las estimaciones de la población objetivo. En los últimos años, la población migró a Apurímac, debido a la actividad minera de la región, generando así el incremento de población en ciudades pequeñas (48).

d. Aspectos tecnológicos. La implementación del Padrón Nominal permitió conocer a la población objetivo y facilitó la determinación de las metas, ya que fue la fuente principal para establecer los criterios de programación de los productos del PAN. Debido a que es una plataforma digital actualizada por el RENIEC, programas sociales y municipalidades, que brinda información más precisa de cada niño menor de seis años; a

comparación de antes donde las cantidades se obtenían en base a las aproximaciones del INEI (49).

Otro instrumento utilizado fue el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) donde se recolectan información de los menores de cinco años y de las madres gestantes que acudieron a establecimientos de salud. Los indicadores que reportaron fueron desnutrición crónica, desnutrición aguda, desnutrición global, sobrepeso y obesidad. Esto permitió generar información oportuna a nivel local, distrital y provincial, así como por redes, micro redes y unidades ejecutoras para la planificación de intervenciones (50).

Otro sistema que orientó a las UE en la planificación financiera fue el SIGA, permitiendo la realización del cuadro de necesidades de las intervenciones del programa, mismo que contribuyó a la proyección de las metas. Mientras que, el SIAF al integrar todas las etapas del gasto público, proporcionó información para la planificación, ejecución y monitoreo de las finanzas públicas (4).

e. Aspectos ambientales. Apurímac es un departamento que presenta precipitaciones intensas entre los meses de setiembre a abril, lo que generó desbordes de ríos, huaicos e inundaciones en diversas provincias y distritos de la región (51). Ello pudo ocasionar el incremento de número de casos de IRAs, EDAs y parasitosis en los niños, y a su vez pudo haber obstaculizado el acceso a los establecimientos de salud.

f. Aspectos institucionales. La poca disposición del personal en salud pudo afectar el desarrollo de las actividades extramurales de *Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses*. Por un lado, la alta demanda en los

establecimientos de salud y la falta de movilidad para desplazarse limitó al personal a realizar las visitas domiciliarias (44).

Por otro lado, el desconocimiento del quechua por parte de los profesionales de salud dificultó la comunicación con las madres quechua hablantes, puesto que las atenciones y consejerías en salud fueron principalmente en castellano; a pesar de que el 69,7% de la población tiene como idioma materno el quechua (14). En la investigación de Ambia (24), los profesionales entrevistados indicaron que no hablaban en quechua y un expresidente comunal mencionó que a veces a las madres no les atendían oportunamente porque no entendían su idioma.

Sumado a ello, se identificó que el 100% de hospitales y el 75% de establecimientos de salud del primer nivel de atención presentaron recursos físicos inadecuados en Apurímac (52). Esto limitó el acceso a los servicios de salud de los niños; a pesar de que la mayor parte de ellos estaban asegurados al SIS (52). Además, hubo un alto tiempo de espera de aproximadamente cuatro horas para la atención de CRED y vacunación; por lo que las madres tuvieron que acudir a las citas desde muy temprano (24). Estas situaciones provocan insatisfacción en la población apurimeña.

Tabla 5. Matriz de aspectos que influyeron en el PAN en Apurímac

	INTERNOS	EXTERNOS
FACILITADORES	<p>Aspectos Políticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprobación del “Plan Regional de Lucha Contra la Anemia y Desnutrición Crónica Infantil – Allin Kawsanapaq” con el objetivo de garantizar el desarrollo de los niños y gestantes (37). • Elaboración del “Plan Multisectorial para la superación de la desnutrición y la anemia en Ocobamba 2015-2018” que generó resultados positivos en este distrito (38). <p>Aspectos Económicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento del presupuesto en Apurímac, lo que permitió mayor inversión en las intervenciones dirigidas a reducir la DCI. • Incentivos monetarios como EUROPLAN y FED que contribuyeron al cumplimiento de las metas de los productos del PAN (33). <p>Aspectos Sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las visitas domiciliarias de los agentes comunitarios y líderes comunales para fomentar a los padres para que adopten prácticas saludables (46). <p>Aspectos Tecnológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementación de sistemas como el Padrón Nominal y el SIEN que permitió obtener información sobre la población objetivo y facilitó la programación de las metas físicas y financieras (49 y 50). • Uso de los sistemas SIGA y SIAF que contribuyeron con la gestión del programa permitiendo la planificación financiera, monitoreo de la ejecución presupuestal, entre otros (4). 	<p>Aspectos Políticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • El compromiso asumido por los presidentes garantizó la continuidad de las intervenciones dirigidas a reducir la DCI (33). • En el Plan Bicentenario, se estableció como una de las prioridades en salud la reducción de la DCI, lo que influyó a diversos sectores y niveles de gobierno a programar acciones para combatir esta enfermedad (34). • El acuerdo para cumplir con los ODS, entre ellos se encuentra el segundo objetivo que busca erradicar el hambre y la malnutrición en todas sus formas para el año 2030. • Aprobación de tres planes nacionales (Uno a cargo del MIDIS y los otros dos elaborados por el MINSA). La finalidad de estos documentos fue establecer intervenciones prioritarias para reducir la DCI y fortalecer las acciones institucionales (13,35 y 36). • Aprobación del Decreto Legislativo N° 1164 para ampliar la cobertura poblacional del SIS de los niños menores de cinco años y de las madres gestantes (39). • Estrategia de condicionar a las madres beneficiarias del programa JUNTOS para que lleven a sus hijos a sus controles y vacunas (40).

LIMITADORES	<p>Aspectos Sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poco interés de la población respecto a la DCI debido al desconocimiento de las consecuencias (44). • El conocimiento y la valoración de la medicina tradicional para tratar IRAs, EDAs y otras enfermedades (45). <p>Aspectos Institucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta rotación de directores de las UE en salud de Apurímac lo que podría haber dificultado la continuación de algunos procesos. • Dificultad de los profesionales de salud para comunicarse con los padres por desconocimiento del quechua (44). • Los recursos físicos fueron inadecuados en los establecimientos del primer nivel de atención y de los hospitales (52). • Construcción inconclusa del hospital de Andahuaylas cuya obra empezó en el 2013, pero por presunta corrupción continúa paralizado (53). • Demanda insatisfecha por la falta de recursos humanos y poca disposición de los profesionales de salud para realizar actividades extramurales (44). • Alto tiempo de espera para la atención médica, control de crecimiento e inyección de vacunas (24). 	<p>Aspectos Políticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad política del país, hubo 3 presidentes y 9 ministros de salud entre el 2012 al 2019. <p>Aspectos Económicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • La situación de pobreza o pobreza extrema de los hogares que fue un factor causal de DCI (41). <p>Aspectos Sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los conflictos sociales de la población y profesionales de salud que posiblemente limitó el acceso a los servicios médicos. • Migración a pequeñas ciudades debido a la actividad minera lo que generó incremento de población en algunas localidades (48). <p>Aspectos Ambientales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las precipitaciones, desbordes de ríos, inundaciones y huaicos que pudo obstaculizar el tránsito hacia los centros de salud (51)
-------------	--	--

4.6 DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación ponen en manifiesto que el desempeño del PAN, en Apurímac durante el 2012 al 2019, no fue el esperado. Debido a que no se logró cumplir con las metas físicas planeadas y el gasto unitario ejecutado fue superior al programado en la mayoría de los productos y años de evaluación. En consecuencia, la eficiencia global fue baja en todos sus productos, excepto en *Atención de IRAs con complicaciones* que presentó una eficiencia media.

En cuanto a eficiencia en el logro de productos, solo cuatro de las 14 intervenciones del PAN lograron la meta en tres de los ocho periodos de evaluación, a pesar de que las unidades ejecutoras de la región participaron en la programación de las metas físicas. Este hallazgo fue similar al estudio de Espitia (19) que encontró que en Cusco todos los productos tuvieron un inadecuado cumplimiento de las metas físicas, aun cuando se ejecutó adecuadamente el presupuesto en 2015. No obstante, los estudios de Tafur y Jaillita (16 y 18) determinaron que, aunque las coberturas de algunas intervenciones fueron bajas, el PAN impacto positivamente en la reducción de la prevalencia de la DCI a nivel nacional.

Con respecto a la eficiencia en el costo, se encontró que *Niños con suplemento de hierro y vitamina A* logró la meta en seis de los ocho periodos. Mientras que, los demás productos no superaron los tres años. Esto se debe a que los gastos unitarios fueron elevados, debido a que se entregó menos cantidad de productos ejecutándose más del 90% del presupuesto asignado a la región de Apurímac. Este resultado guarda relación con lo reportado por Castillo (14) quien en su evaluación de los productos relacionados a IRAs y EDAs determinó que la baja eficiencia en estas intervenciones fue causada por las variaciones en las asignaciones presupuestarias y en el número de atenciones, incluso

señaló que se pudo haber incurrido en menores gastos unitarios tras encontrar que los costos de los tarifarios del MINSA y SISOL fueron inferiores llegando a existir diferencias de hasta 1 000 veces.

Adicionalmente, los hallazgos reflejaron que el presupuesto y el gasto unitario de todos los productos fueron fluctuantes en el tiempo y diferentes entre las unidades ejecutoras de Apurímac. Lo mismo ocurrió a nivel nacional, donde las asignaciones presupuestarias fueron inequitativas entre los departamentos a pesar de las altas tasas de DCI de algunas regiones (15). Según Castillo (14) estas diferencias se deben a la falta de correlación entre el presupuesto con la cantidad de población infantil, situación de pobreza y condición nutricional de los menores. Es importante resaltar que no considerar estos factores en la programación del PAN puede conducir a una producción ineficiente de los servicios del programa.

Llama la atención que algunas de las UEs llegaron a ejecutar el presupuesto de un producto/año; mas no realizaron ninguna actividad programada. Ejemplo de ello, es la Red de Salud Grau que presentó como cantidad ejecutada 0 en la mayoría de los productos durante el 2013, a pesar de que utilizó más del 90% del PIM. Lo que resulta perjudicial para el PAN porque se incurrió en gastos que no garantizaron el cumplimiento de las metas. Por el contrario, también se identificó a los productos *Vigilancia de la calidad del agua* y *Atención de niños con EDA con complicaciones* que brindaron cantidades mucho mayores a lo programado (eficiencia en el costo > 1.5) en el 2014 y 2015 respectivamente.

Los bajos niveles de eficiencia global obtenidos en Apurímac se atribuyen a una serie de aspectos que van desde el ámbito político hasta el institucional. Si bien otros autores (17, 20, 21 y 24) presentaron de forma diferente sus clasificaciones, los resultados coincidieron con que la alta rotación de funcionarios, las dificultades en los procesos

logísticos, el desconocimiento del personal sobre el manejo del programa y la poca disponibilidad de recursos humanos fueron aspectos que limitaron la ejecución del PAN. Es más, se identificó que las actividades extramurales de los productos del componente 2 y 3 presentaron mayores complicaciones, debido a que se requiere más esfuerzos y recursos para realizar las intervenciones en los hogares.

Cabe resaltar que gran parte de los obstáculos partieron del poco involucramiento de las familias. Se reconoció que la cosmovisión andina arraigada en la población desvió las atenciones médicas de IRAs, EDAs y parasitosis hacia cuidados en el hogar con medicina natural, lo que posiblemente generó baja eficiencia en el cumplimiento de metas físicas de estos productos. Castillo (14) reportó resultados similares, sin embargo, no consideró este aspecto como un limitante; posiblemente, porque su evaluación se realizó a nivel nacional y la creencia en la medicina tradicional es propia de las regiones de la sierra y selva como es el caso de Apurímac.

Sumado a ello, el desconocimiento de los padres sobre las consecuencias de la DCI hizo que les resten importancia a las intervenciones del PAN. En la investigación de Roncal (21) indicó que las familias de una micro red de Cajamarca tuvieron conocimientos de las prácticas saludables, pero no lo ejecutan en sus hogares. Mientras que, Ambía (24) señaló que las madres de Lluipapuquio-Apurímac se vieron desanimadas y desmotivadas para llevar a sus hijos a sus controles por las barreras del idioma, cultura y la poca cordialidad del personal de salud. Esto revela que no es suficiente brindar los productos, sino que se debería mejorar los servicios adecuándolos al contexto local para afianzar lazos de confianza con la población y fomentar su participación.

En Apurímac, se reconoció al programa JUNTOS como un aspecto que contribuyó al logro de metas de los productos del componente 3 *Hogares adoptan prácticas*

saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación. No obstante, Castillo y colaboradores (15) señalaron que estos vínculos no fueron aprovechados adecuadamente, lo que se evidenció en las bajas coberturas de niños con CRED y vacunas completas. Asimismo, Ambía (24) refirió que las lideresas de este programa se enfocaron en recordar a las madres sobre los compromisos que asumieron y en realizar visitas domiciliarias, mismo que provocó incomodidades. Es decir, las condiciones del programa JUNTOS buscaron impulsar el uso de los servicios, pero las acciones no generaron los resultados esperados.

Por otro lado, es importante resaltar que la baja eficiencia regional encontrada en los tres productos del componente 2 *Mejorar la nutrición y alimentación del menor de 36 meses* no coinciden con los resultados del nivel nacional, puesto que el producto *Servicio de cuidado diurno acceden a control de alimentos* obtuvo una alta eficiencia a causa de que una unidad ejecutora de Puno (Red de Salud de San Román) registró 1 000 veces más reportes técnicos de lo que había planeado en el 2013⁴. Los otros dos productos alcanzaron la eficiencia media, lo que reflejaría la vulnerabilidad en la producción de estos servicios en Apurímac sobre todo de aquellas intervenciones que requieren el trabajo extramural.

Los aspectos que limitaron el desempeño del PAN no solo pudieron afectar a la eficiencia en el logro de productos, también pudieron haber alterado la calidad de estos. Sin embargo, este criterio no fue considerado en este estudio debido a la metodología de evaluación. Lo cual representa una brecha de conocimiento importante que debe ser

⁴ En el Portal de Transparencia del MEF, se registra que la meta física es 59 reportes técnicos y el avance físico es 59 000. Posiblemente hubo un error en la digitación de este último dato porque no hay concordancia con los criterios de programación.

abordada en futuras investigaciones para comprender si los productos brindados fueron de calidad y aceptados por la población objetivo.

También, es esencial hacer énfasis en la naturaleza del programa que, como su nombre lo indica, debe articular las acciones de diferentes sectores y niveles de gobierno en pro de disminuir la prevalencia de la DCI. Sin embargo, tal como lo menciona Jaillitia (18), Fernández (25) y la Defensoría del Pueblo (54), el rol articulador se vio quebrantado dado que los ministerios, que desarrollaron algún tipo de actividad relacionada con la salud nutricional, plantearon acciones sin integrar sus intervenciones debido a que se gestionaron bajo objetivos sectoriales. Además, la migración de algunos productos en el 2012 generó que el PAN se concentre en el ámbito de salud dejando de lado su característica principal (18).

Aunado a lo anterior, la poca interacción entre los niveles de gobierno reflejó la fragilidad en la articulación territorial. Los gobiernos locales tuvieron limitadas participaciones en las actividades del programa y su relación con el nivel nacional fue esporádica, estando de intermedio el gobierno regional con el que tampoco hubo mucha coordinación (14). En las unidades ejecutoras, también hubo desarticulación, pues cada dirección ejecutiva desarrolló las actividades de acuerdo con sus propios criterios o según las indicaciones de cada dirección del nivel central (24). De forma que se desaprovechó las oportunidades de trabajo conjunto, multidisciplinario y multisectorial, lo que probablemente redujo las posibilidades de lograr la eficacia y eficiencia en los programas destinados al desarrollo infantil temprano.

Limitaciones. Como en todo trabajo de investigación, se identificaron algunas limitaciones que fueron abordadas. En primer lugar, respecto a los datos del presupuesto y metas físicas, el desglose de estos estuvo limitado a lo que reporta el Portal de

Transferencia del MEF. Por lo que, se buscó el mayor detalle posible de la información para alcanzar los objetivos planteados y complementar los análisis.

En segundo lugar, las fuentes secundarias seleccionadas para la identificación de los aspectos que influyen en el PAN pudieron presentar sesgo de reporte generado por la percepción de la persona o del equipo que lo elaboró. Para reducir este efecto y contrastar la información, se realizó una búsqueda exhaustiva de informes nacionales y otros documentos que aborden sobre la ejecución del PAN. No obstante, se sugiere que para futuras investigaciones se realicen entrevistas y se consideren los últimos acontecimientos como la pandemia por COVID 19 y la crisis política del Perú.

Por último, se debe reconocer que los resultados que se produzcan a partir de este estudio no podrán ser extrapolables a otras regiones, debido a que cada departamento tiene características y realidad diferente. Sin embargo, otras regiones podrían reconocer aspectos o elementos a tener en cuenta para realizar sus respectivas evaluaciones.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

El PAN en Apurímac no fue eficiente en el logro de productos en sus cinco componentes en el periodo estudiado (2012-2019). Esto coincide con lo observado a nivel nacional. Solo cuatro de las 14 intervenciones en dicha región (Población informada sobre el cuidado infantil, Niños con suplemento de hierro y vitamina A, Atención de IRAs con complicaciones y Atención de niños con parasitosis intestinal) lograron un desempeño adecuado en tres de los ocho años analizados.

La eficiencia en el costo entre el 2012 y 2019 fue baja en todos los componentes del PAN, tanto en Apurímac, como a nivel nacional. El producto que alcanzó la eficiencia en el costo, en seis de los ocho periodos, fue Niños con suplemento de hierro y vitamina A. Mientras que, los demás productos no superaron los tres años.

En términos de la eficiencia global, se puede concluir que la producción de servicios por el PAN en Apurímac durante el periodo 2012 al 2019 fue baja. Solo la producción de Atención de IRAs con complicaciones obtuvo una eficiencia media, estando muy cerca de alcanzar una eficiencia alta. Este resultado fue diferente a lo registrado en el nivel nacional.

De acuerdo con la revisión documental, el bajo desempeño del PAN en Apurímac estaría relacionada con la limitada articulación intersectorial e intergubernamental, la alta rotación de los directores responsables del PAN a nivel regional y nacional, la demanda insatisfecha de la población por falta de personal en las redes, la dificultad para realizar actividades extramurales, el poco interés expresado por los padres sobre la DCI, el uso de la medicina tradicional para tratar algunas dolencias cubiertas por el programa, y la

dificultad de las madres quechua hablantes para entender la explicación del personal en salud.

Por otra parte, aspectos que contribuyeron al logro de productos en Apurímac fueron los incentivos monetarios como el EUROSPAN y FED que fomentaron el cumplimiento de las metas físicas, el programa JUNTOS que condicionó a las madres beneficiarias a llevar a sus hijos a los establecimientos de salud para sus vacunas y controles, y el incremento de la cobertura poblacional del SIS para el acceso gratuito a los centros médicos de las gestantes y niños.

5.2 RECOMENDACIONES

Fortalecer el trabajo articulado intersectorial e intergubernamental entre el MINSA, MIDIS, SIS, GORE, Gobiernos Locales y otros para que coordinadamente diseñen, programen y ejecuten productos de acuerdo con las características propias de cada región, lo cual permitirá optimizar el uso de los recursos, mayor involucramiento de la población objetivo y promoción de soluciones sostenibles.

A las unidades ejecutoras, monitorear constantemente que el avance de la ejecución presupuestal tenga concordancia con el nivel de cumplimiento de las metas físicas de los productos para evitar o detectar oportunamente gastos innecesarios que no contribuyen con la eficiencia del programa.

Realizar evaluaciones periódicas de los productos para identificar oportunidades de mejora con el fin de realizar cambios pertinentes que contribuyan con el cumplimiento de las metas físicas y que permitan alcanzar el óptimo nivel de eficiencia durante la ejecución. Además, se sugiere que los hallazgos sean publicados en los portales web para que la comunidad académica y la población tenga fácil acceso a ellos.

A los establecimientos de salud, capacitar constantemente a los agentes comunitarios para que participen activamente en las actividades extramurales sensibilizando a los padres y haciendo seguimiento de los menores. De esta manera, se podría acortar la brecha de las visitas domiciliarias y se captaría a más niños para que acudan a los centros médicos por su control CRED y vacunación completa.

A los profesionales de la salud, informarse sobre las prácticas culturales de la población objetivo para que brinden atenciones con enfoque cultural acordes a esas características identificadas; a su vez en las intervenciones deben apoyarse de los agentes comunitarios para tener mayor alcance con los niños y sus familias, principalmente cuando se requiera hacer uso del idioma nativo.

A la comunidad académica, realizar evaluaciones de eficiencia del nuevo programa Productos Específicos de Desarrollo Infantil Temprano (PEDIT), el cual está siendo ejecutado actualmente en base a los productos del PAN, tanto en Apurímac como en otras regiones. Esto con la finalidad de conocer la eficiencia de este programa tras los cambios realizados.

REFERENCIAS

- (1) Córdova F. El Presupuesto por Resultados: Un instrumento innovativo de gestión pública [Internet]. Piura: CEPAL; 2007 [citado 08 de abril del 2022]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/mirovelasco/presupuestoporresultados-f-cordova>
- (2) Dirección Nacional del Presupuesto Público. Presupuesto por Resultados. Conceptos y líneas de acción [Internet]. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas; 2007 [citado 08 de abril del 2022]. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/conceptos_lineas_accion.pdf
- (3) Albarado B, Morón E. Perú, hacia un Presupuesto por Resultados: Afianzando la transparencia y rendición de cuentas [Internet]. Lima: Universidad del Pacífico; 2011 [citado 10 de abril del 2022]. Disponible en: http://srvnetappseg.up.edu.pe/siswebciup/Files/DD0811%20-%20Alvarado_Moron.pdf
- (4) Dale E, Prieto L, Seinfeld J, et al. Presupuesto por resultados de salud: Características, logros y retos clave en el Perú [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [citado 10 de abril del 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/343862090_PRESUPUESTO_POR_RESULTADOS_DE_SALUD_CARACTERISTICAS_LOGROS_Y_RETOS_CLAVE_EN_EL_PERU
- (5) Ministerio de Salud. Anexo 2 Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional Contenidos Mínimos. [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [citado el 10 de abril del 2022]. Disponible en: https://www.MINSA.gob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEXO2_1.pdf
- (6) FAO, FIDA, OMS, PMA, UNICEF. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2017 [Internet]. Fomentando la resiliencia en aras de la paz y la seguridad alimentaria. Roma: FAO; 2017 [citado 10 de abril del 2022]. Disponible en: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2017/09/SOFI2017_InBrief_ES_PRINT.pdf
- (7) Olarte V. Nuevo informe de la ONU: El hambre en América Latina y el Caribe aumentó en 13,8 millones de personas en solo un año [Internet]. UNICEF; 2021 [citado el 08 de enero del 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/nuevo-informe-de-la-onu-el-hambre-en-america-latina-y-el-caribe-aumento>
- (8) Palma A. Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe [Internet]. CEPAL; 2018 [citado el 08 de enero del 2023]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>
- (9) Instituto Nacional Estadística e Informática. Tasa de desnutrición crónica de niños/as menores de 5 años, según ámbito geográfico, 2009-2020. [Internet]. [citado el 15 de enero del 2023]. Disponible en: https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/indices_tematicos/10-desnutricion.xlsx
- (10) Alegría S, Huaraca M, Quintana C, et al. Análisis de la situación de salud, Apurímac 2017 [Internet]. Abancay: Dirección Regional de Salud Apurímac; 2018

[citado el 16 abril del 2022]. Disponible en: <http://diresaapurimac.gob.pe/media/attachments/2018/09/07/asis2017.pdf>

(11) Instituto Nacional Estadística e Informática. Capítulo 9 Nutrición. Apurímac Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2020 [Internet]. Lima: INEI; 2021. p. 55-70. [citado el 16 abril del 2022]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/departamentales/Endes03/pdf/Cap09.pdf>

(12) Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. ¿Por qué es importante el Desarrollo Infantil Temprano? [Internet]. [citado el 16 abril del 2022]. Disponible en: <https://www.MIDIS.gob.pe/index.php/por-que-es-importante-el-desarrollo-infantil-temprano/#:~:text=Primera%20infancia%3A%20la%20mejor%20inversión,mayores%20Ingresos%20a%20las%20familias.>

(13) Ministerio de Salud. Documento técnico plan para la reducción y control de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021 [Internet]. Lima: MINSA; 2017. [citado el 10 abril del 2020]. Disponible en: <http://bvs.MINSA.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>

(14) Castillo O. Consultoría para la evaluación del diseño y ejecución de presupuestos públicos – Atención De Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) [Internet]. Lima: MEF; 2013 [citado el 12 abril del 2022]. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/eval_indep/2013_IRAS_EDAS.pdf

(15) Castillo O, Zúñiga R. Evaluación de diseño y ejecución presupuestal de la intervención pública “ CRED y Municipios Saludables ” [Internet]. Lima: MEF; 2015 [citado el 12 abril del 2022]. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/eval_indep/2015_CRED_mun_saludable.pdf

(16) Tafur Y. Impacto del programa articulado nutricional en la desnutrición crónica infantil a nivel nacional, según la encuesta demográfica de salud familiar, 2008-2016 [Tesis para obtener el título de enfermería especialista en salud pública con mención en crecimiento y desarrollo]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2018. 57 p.

(17) Shajian K, Garay J, Carreño R. Programa Articulado Nutricional y su impacto en la desnutrición crónica en menores de cinco años Dirección Regional de Salud Callao, 2009-2015. Horiz. Med. 2020 [citado el 20 de noviembre de 2022] ; 20 (1): 20-29. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000100020&lng=es.

(18) Jaillita S. Análisis del Programa Articulado Nutricional en el año 2012 a través de los productos Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo y vacunas completas [Tesis para optar el título profesional de economista]. Lima: Universidad Peruana De Ciencias Aplicadas; 2014. 143 p.

(19) Espitia F. Calidad del gasto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional, región de salud Cusco – 2015 [Tesis para optar el Grado Académico de Doctora en

Ciencias: Salud Colectiva]. Cusco: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018. 226 p.

(20) Roncal L. Análisis de los Factores que influyen en la ejecución del Programa Articulado Nutricional que se implementa a través de la Microred de salud Cochabamba, provincia de Chota, región Cajamarca, 2019 [Tesis para optar el grado de magíster en gerencia social con mención en gerencia de programas y proyectos de desarrollo]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2019. 160 p.

(21) Peve A, Quintanilla D. Análisis de las capacidades institucionales que influyen en el cumplimiento del Programa Articulado Nutricional. Estudio de caso de la Dirección Regional de Salud Callao [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Gestión con mención en Gestión Pública presentada]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2021. 168 p.

(22) Castillo R. Toma de decisiones en la implementación del Programa Articulado Nutricional como Política Social desde el 2008 al 2018 [Tesis para optar el título de licenciado en nutrición]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021. 132 p.

(23) Mamani N. Relación de las competencias gerenciales de los gerentes de las comunidades locales de administración de salud con las metas físicas y de presupuesto de los productos de los Programas Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal, Arequipa 2016 – 2017 [Tesis para optar el grado académico de maestro en ciencias: economía, con mención en gestión y políticas públicas]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, 2019. 105 p.

(24) Ambía M. Análisis del perfil de competencias del personal de salud para la aplicación del enfoque de promoción de la salud, en el marco del Programa Estratégico Articulado Nutricional del puesto de salud de Lliupapuquio, provincia de Andahuaylas [Tesis para obtener el grado de magíster en gerencia social]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2015. 105 p.

(25) Fernández A. Análisis de la gestión articulada orientada a reducir la desnutrición crónica y la anemia infantil, distrito de Sancos – Ayacucho (enero 2015 – abril 2016) [Trabajo de investigación para obtener el grado de magíster en gestión pública]. Lima: Universidad del Pacífico; 2017. 96 p.

(26) Ruiz J. Evaluación de la eficiencia del programa de apoyo a la reforma del sector salud II Perú, 2009-2015 [Proyecto de titulación para obtener el grado de magíster en salud pública]. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2016. 56 p.

(27) Martínez M. Evaluación de eficiencia de la ejecución presupuestal del Programa Salud Materno Neonatal en la región Piura, periodo 2012-2019 [Tesis para obtener el grado de licenciado en administración en salud]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022. 97 p.

(28) Ministerio de Economía y Finanzas. Presupuesto por Resultados [Internet]. [citado el 4 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/ique-es-ppr>

- (29) Directiva N° 002-2016-EF/50.01. Resolución Directoral N° 024-2016-EF/50.01. Directiva para los Programas Presupuestales en el marco del Presupuesto por Resultados [Internet]. Lima: El Peruano; 2016. [Citado el 26 de abril del 2022]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1447338-1>
- (30) Directiva N° 005-2010-EF/76.01 para la Ejecución Presupuestaria - Modificada por Resolución Directoral N° 027-2014-EF/50.01 [Internet]. Lima: El Peruano; 2014. [Citado el 26 de abril del 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/229326-005-2010-ef-76-01-de-ejecucion-presupuestaria-modificada-por-r-d>
- (31) Agencia de Cooperación Internacional Japón, Ministerio de Economía y Finanzas. Pautas Generales para la Evaluación Ex Post de Proyectos de Inversión Pública [Internet]. 2012 [citado el 18 de abril del 2022]. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/Evaluacion_ExPost/Instrumentos_Metodologicos/PAUTAS_GENERALES_EVAL_EX_POST.pdf
- (32) Gobierno Regional de Apurímac. Plan de Desarrollo Regional Concertado Apurímac 2017-2021[Internet]. Abancay: GORE Apurímac; 2016. [citado el 18 de febrero del 2023]. Disponible en: http://sigrid.cenepred.gob.pe/sigridv3/storage/biblioteca//4569_plan-de-desarrollo-regional-concertado-apurimac-2017-2021.pdf
- (33) Marini A, Rokx C, Gallagher P. Dando la talla El éxito del Perú en la lucha contra la desnutrición crónica [Internet]. Washington: Banco Mundial; 2017. [citado el 18 de febrero del 2023]. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/891441505495680959/pdf/FINAL-Peru-Nutrition-Book-in-Spanish-Oct-11.pdf>
- (34) Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. Plan Bicentenario: el Perú hacia el 2021 [Internet]. Lima: CEPLAN; 2011. [citado el 20 de febrero del 2023]. Disponible en https://www.ceplan.gob.pe/documentos_/plan-bicentenario-el-peru-hacia-el-2021/
- (35) Instituto Nacional de Salud, . Documento Técnico Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, Periodo 2014 – 2016 [Internet]. Lima: MINSA, INS; 2014. [citado el 16 de abril del 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3514.pdf>
- (36) Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Plan sectorial para contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil y anemia en niñas y niños menores de 36 meses, 2017 – 2021 [Internet]. Lima: MIDIS; 2017. [citado el 16 de abril del 2023]. Disponible en https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/305277/RM_112_2017MIDIS.pdf?v=1554388494
- (37) Ordenanza Regional N° 006-2019-GR-Apurímac/CR. Plan regional de lucha contra la anemia y desnutrición crónica infantil en Apurímac-Allin Kawsanapaq 2019 [Internet]. Abancay. GORE Apurímac; 2019. [citado el 16 de abril del 2023]. Disponible en: <https://app.regionapurimac.gob.pe/transparencia/wp->

<content/uploads/2019/06/ORDENANZA%20REGIONAL%20N%20006-2019-GR-APURIMAC.CR.pdf>

(38) Coloma G. Apurímac: Municipio de Ocobamba es premiado por reducir anemia y desnutrición infantil [Internet]. Info región; 2016. [citado el 18 de abril del 2023]. Disponible en: <https://www.inforegion.pe/227526/apurimac-municipio-de-ocobamba-es-premiado-por-reducir-anemia-y-desnutricion-infantil/>

(39) Decreto Legislativo N° 1164. Decreto legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del seguro integral de salud en materia de afiliación régimen de financiamiento subsidiado [Internet]. Lima: El Peruano; 2013. [Citado el 26 de abril del 2023]. Disponible en: <https://busquEDAs.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-establece-disposiciones-para-la-exte-decreto-legislativo-n-1164-1025182-4/>

(40) Segovia G. Estudio de evaluación: efectos del programa JUNTOS en la economía local de las zonas rurales a cinco años de intervención en las regiones Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Huánuco [Internet]. Lima: Internacional Health Group. [Citado el 26 de abril del 2023]. Disponible en: <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Efectos-del-Programa-Juntos-en-la-economia-local-de-las-zonas-rurales.pdf>

(41) Dirección General de Seguimiento y Evaluación-DGSE-MIDIS. Reporte regional de indicadores sociales del departamento de Apurímac [Internet]. Lima: MIDIS, 2023. [Citado el 28 de abril del 2023]. Disponible en: <https://sdv.MIDIS.gob.pe/redinforma/Upload/regional/Apurimac.pdf>

(42) Anticona M, Chaña C, Medina R, et al. Determinantes sociales de la desnutrición crónica infantil en el Perú. Rev. Perú. Epidemiol. [Internet]. 2014 [Citado el 28 de abril de 2023]; 18(supl.1): 1-7. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-754669#:~:text=Los%20determinantes%20que%20implicaron%20el,OR%3D1%2C9>

(43) Andina. Ponen en marcha Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados en Apurímac [Internet]. Abancay: Editora Perú; 2014. [Citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-ponen-marcha-fondo-estimulo-al-desempeno-y-logro-resultados-apurimac-510981.aspx>

(44) Baltazar G, Escate J, Yepes L. Línea de base de desnutrición y condiciones de vida de los niños menores de 5 años de los distritos de Talavera, San Jerónimo y Andahuaylas, provincia de Andahuaylas, departamento de Apurímac [Internet].: Lima: Consorcio de investigación económica y social; 2014. Disponible en: https://cies.org.pe/wp-content/uploads/2016/07/3.informe_final_estudio_linea_base_desnutricion_mpa.pdf

(45) Herrera F, Huari W, Cervantes R, et al. Estrategia Regional de la Diversidad Biológica de la Región Apurímac ERDB-APURIMAC (2014 - 2021) y Plan de Acción Regional de la Diversidad Biológica de la Región Apurímac PARDB - Apurimac (2014

- 2018) [Internet]. Lima: GORE Apurímac; 2014. [Citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cbd.int/doc/nbsap/sbsap/pe-sbsap-apurimac-es.pdf>

(46) Ministerio de Salud. MINSA capacita a personal de salud y agentes comunitarios para combatir la anemia en Apurímac [Internet]. [citado el 10 de abril del 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/MINSA/noticias/13913-MINSA-capacita-a-personal-de-salud-y-agentes-comunitarios-para-combatir-la-anemia-en-apurimac>

(47) Defensoría del Pueblo. Reporte de conflictos sociales N° 158 [Internet]. Lima: Defensoría del Pueblo; 2017 [citado el 10 de abril del 2023]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/07/Reporte-Mensual-de-Conflictos-Sociales-N-158-Abril-2017.pdf>

(48) 48. API Solidaridad en Acción. Sur Andino, escenario de conflictos sociales [Internet]. [citado el 30 de abril del 2023]. Disponible en: <https://apysolidaridad.org/sur-andino-escenario-conflictos-sociales-pulso-regional/>

(49) Inversión de la infancia. Padrón Nominal y seguimiento a la primera infancia [Internet]. Lima; 2015. [Citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://inversionenlainfancia.net/blog/entrada/noticia/2593/0>

(50) Dirección de Salud de Apurímac. Sistema De Información Del Estado Nutricional Del Niño Menor De Cinco Años Y Gestantes Que Acceden Al Establecimiento De Salud [Internet]. [citado el 10 de abril del 2023]. Disponible en: <https://www.diresaapurimac.gob.pe/web/sien/>

(51) Gobierno Regional de Apurímac. Plan de contingencia regional ante lluvias intensas 2017 – 2018 [Internet]. [Citado el 26 de abril de 2023]. Disponible en: <https://app.regionapurimac.gob.pe/transparencia/wp-content/uploads/2018/02/PLAN-DE-CONTINGENCIA-ANTE-LLUVIAS-2018-REGION-APURIMAC.pdf>

(52) Gobierno Regional de Apurímac. Diagnóstico de brechas anual 2019 [Internet]. Abancay: GORE Apurímac; 2019. [Citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.regionapurimac.gob.pe/wp-content/uploads/2019/03/DB-Programación-Multianual-de-Inversioens-2020-2022-GR-Apurimac.pdf>

(53) Pare D. Hospitales del sur que no pueden concluir hace 10 años. La República [Internet]. [Citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2021/09/26/hospitales-del-sur-que-no-pueden-concluir-hace-10-anos-lrsd>

(54) Defensoría del Pueblo. Intervención del Estado para la reducción de la anemia infantil: Resultados de la supervisión nacional. Lima: Defensoría del Pueblo; 2018 [Citado el 10 de abril de 2023]. Informe de Adjuntía 012-2018-DP/AAE. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-de-Adjuntía-012-2018-DP-AAE-Intervención-del-Estado-para-la-reducción-de-la-anemia-infantil.pdf>

APÉNDICE

Apéndice 1. Matriz de Marco Lógico del PAN

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Resultado Final			
Reducir la DCI en menores de 5 años	Proporción de DCI	ENDES e INEI	Errores de medición en la talla del niño por la calibración de los equipos Dificultades en el recojo del dato antropométrico. Sub registro e inadecuado reporte del dato.
Resultado Específico			
Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses Reducción de la Morbilidad en IRA, EDA y otras Enfermedades Prevalentes Reducir la incidencia de bajo peso al nacer	-Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses con anemia. -Proporción de menores de 6 meses con lactancia exclusiva. -Proporción de menores de 36 meses que en las 2 semanas anteriores a la encuesta tuvieron EDA y/o IRA. -Proporción de nacidos en los últimos 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (<2.5kg.).	ENDES e INEI	Equipos de toma de muestra descalibrado. Sub registro e inadecuado reporte del dato. Condiciones de saneamiento ambiental no cambian.
Resultado Intermedio			
Incrementar el acceso y uso de agua segura Madres adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada Mejorar nutrición de gestantes	-Proporción de hogares con acceso a agua tratada. -Proporción de menores de 36 meses con CRED completo y/o vacunas completas. -Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus y/o neumococo. -Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses que recibieron suplemento hierro. -Proporción de gestantes que recibieron suplemento de hierro en el último parto anterior a la encuesta.	ENDES e INEI	El saneamiento ambiental inadecuado, los gobiernos locales no priorizan mejorar las condiciones básicas en sus comunidades. Población anti vacunas, que no permiten vacunar a los niños. La no adherencia del suplemento del hierro. La falta de adherencia del sulfato ferrosos
Productos			
Servicios de Cuidado Diurno acceden al control de calidad nutricional de alimentos	Reportes técnicos de control de calidad nutricional de alimentos remitidos a clientes.	Registro de remisión de reportes técnicos a clientes	El no registro de la información en el sistema.
Población Informada sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la Prevención de Anemia y DCI	Personas informadas sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de anemia y DCI	Medición de rating, sintonía y lectoría de los medios de comunicación donde se publiciten los anuncios. -Estudio de impacto de campaña.	En Zonas muy alejadas no tienen energía eléctrica.

Familias saludables con conocimientos para el Cuidado Infantil, Lactancia Materna Exclusiva y la adecuada Alimentación y Protección del menor de 36 meses.	Familias con niños menores de 36 meses que reciben 02 consejerías en el hogar sobre prácticas saludables de cuidado infantil.	-Registro HIS	Familias sin cambio de hábitos y costumbres en el cuidado del niño.
Niños con vacuna completa	Niños y niñas menores de 5 años con vacunas completas de acuerdo a su edad	-Reporte estadístico Consolidado. Incluye: HIS + Reporte de vacunados por Essalud, FFAA, FFPP y privados.	El sub registro de la información
Niños con CRED completo según edad	Niñas y niños menores de 36 meses con CRED completo para su edad.	-Reporte HIS	El sub registro de la información
Niños con suplemento de hierro y vitamina A	Niños suplementados	-Reporte HIS	El sub registro de la información
Atención de IRAs	Casos de IRAs en menores de 5 años tratados.	-Reporte HIS -Reporte de etapa de vida niño. -Opcional: reporte del sistema de vigilancia (VEA)	El sub registro de la información
Atención de EDAs.	Casos de EDA en menores de 5 años tratados.	-Reporte HIS -Reporte de etapa de vida niño. - VEA	El sub registro de la información
Atención de IRAs con Complicaciones	Porcentaje de casos tratados	-Reporte HIS -Reporte de etapa de vida niño. - VEA	El sub registro de la información
Atención de EDAs con Complicaciones	Porcentaje de casos tratados.	-Reporte HIS -Reporte de etapa de vida niño. - VEA	El sub registro de la información
Atención de otras enfermedades prevalentes.	Casos de anemia y SOB/asma en menores de 5 años tratados.	-Reporte HIS -Reporte de etapa de vida niño. - VEA	El sub registro de la información
Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico	Gestantes que recibieron esquema completo de sulfato ferroso más ácido fólico.	-Reporte HIS	La No disponibilidad del insumo
Actividades			
Acciones comunes	N° de informes de la gestión del Programa	Informes de Gestión Anual del responsable técnico.	
Comunidad accede a agua para el consumo humano	Centros poblados vigilados.	Informe técnico por centro poblado vigilado.	

Nota: Anexo 2. Contenidos mínimos del PAN (5)

Apéndice 2. Evolución de los productos del PAN

Código	Productos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
3033244	Vigilancia, investigación y tecnologías en nutrición	x	x						
3033245	Calificación de municipios saludables	x	x						
3033247	Desarrollo de normas y guías técnicas en nutrición	x	x						
3033248	Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	x	x	x	x	x	x		
3033249	Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	x	x	x	x	x	x		
3033250	Instituciones educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación	x	x	x	x	x	x		
3033251	Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses	x	x	x	x	x	x	x	x
3033252	Hogares con cocina mejorada	x	x						
3033254	Niños con vacuna completa	x	x	x	x	x	x	x	x
3033255	Niños con CRED completo según edad	x	x	x	x	x	x	x	x
3033256	Niños con suplemento de hierro y vitamina A	x	x	x	x	x	x	x	x
3033258	Control de la calidad nutricional de los alimentos	x	x						
3033259	Niños menores de 3 años atendidos con complementación alimentaria	x							
3033260	Vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano	x	x						
3033308	Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano	x	x						
3033309	Hogares rurales con servicios de agua (instalación de plantas)	*							
3033310	Hogares con acceso a saneamiento básico (letrinas)	*	*						
3033311	Atención de infecciones respiratorias agudas	x	x	x	x	x	x	x	x
3033312	Atención de enfermedades diarreicas agudas	x	x	x	x	x	x	x	x
3033313	Atención de infecciones respiratorias agudas con complicaciones	x	x	x	x	x	x	x	x
3033314	Atención de enfermedades diarreicas agudas con complicaciones	x	x	x	x	x	x	x	x
3033315	Atención de otras enfermedades prevalentes	x	x	x	x	x	x	x	x
3033317	Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico	x	x	x	x	x	x	x	x
3033318	Gestantes atendidas con complementación alimentaria	x	*						
3033413	Madres lactantes atendidas con complementación alimentaria	x	*						
3033414	Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal	x	x	x	x	x	x	x	x
3044276	Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa articulado nutricional	x	x						
3000608	Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos			x	x	x	x	x	x
3000609	Comunidad accede a agua para el consumo humano			x	x	x	x	x	x
3000733	Población informada sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de anemia y desnutrición crónica infantil			x	x	x	x	x	x
TOTAL DE PRODUCTOS DEL PAN A NIVEL NACIONAL		27	25	18	18	18	18	15	15
TOTAL DE PRODUCTOS DEL PAN EN APURÍMAC		25	22	18	18	18	18	15	15

LEYENDA	
x	El producto se ejecuta a nivel nacional y en Apurímac
*	El producto se ejecuta a nivel nacional y no en Apurímac

Apéndice 3. Logro de productos del PAN, en Apurímac, periodo 2012 al 2019

GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO									
Unidad de medida: Gestante suplementada									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Productos programado	37,634	41,534	39,040	38,191	34,732	28,737	43,493	45,503	38,608
Productos ejecutados	31,446	34,785	36,203	36,093	34,781	27,208	43,872	42,733	35,890
Logro de productos-Apurímac	0.84	0.84	0.93	0.95	1.00	0.95	1.01	0.94	0.93
Logro de productos- Perú	0.86	0.90	0.91	0.90	0.99	0.92	0.80	0.94	0.91

SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN A CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS									
Unidad de medida: Reporte técnico									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Producto programado	798	1,582	164	318	140	244	270	236	469
Producto ejecutado	477	847	264	191	105	170	205	154	302
Logro de productos-Apurímac	0.60	0.54	1.61	0.60	0.75	0.70	0.76	0.65	0.77
Logro de productos- Perú	1.22	7.85	0.74	0.76	0.83	0.54	1.13	0.88	1.74

FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA Y ADECUADA ALIMENTACION									
Unidad de medida: Familia									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Productos programados	30,764	29,670	8,920	18,121	19,189	20,255	27,561	28,196	22,835
Productos ejecutados	25,855	18,856	7,964	14,130	9,529	15,711	27,673	26,539	18,282
Logro de productos-Apurímac	0.84	0.64	0.89	0.78	0.50	0.78	1.00	0.94	0.80
Logro de productos- Perú	0.81	0.64	0.86	1.00	0.96	0.62	0.73	1.21	0.85

POBLACION INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL PRACTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA Y DCI									
Unidad de medida: Persona informada									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Productos programados			15,000	18,000	33,561	98,761	83,728	84,128	41,647
Productos ejecutados			15,000	18,000	33,562	90,580	81,594	82,764	40,188
Logro de productos-Apurímac			1.00	1.00	1.00	0.92	0.97	0.98	0.73
Logro de productos - Perú			0.97	0.99	0.88	0.98	0.96	0.94	0.72

NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD									
Unidad de medida: Niño controlado									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Productos programados	30,556	89,475	21,503	22,783	23,770	24,989	577,890	494,498	160,683
Productos ejecutados	25,273	43,413	23,140	19,970	21,095	22,317	525,555	479,667	145,054
Logro de productos-Apurímac	0.83	0.49	1.08	0.88	0.89	0.89	0.91	0.97	0.87
Logro de productos- Perú	0.72	0.69	0.74	0.81	0.68	0.64	0.97	0.95	0.77

NIÑOS CON VACUNA COMPLETA									
Unidad de medida: Niño protegido									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Productos programados	108,498	67,102	83,076	51,009	84,119	104,180	63,485	112,620	84,261
Productos ejecutados	106,644	58,609	77,890	46,683	82,548	105,669	60,667	107,430	80,767
Logro de productos-Apurímac	0.98	0.87	0.94	0.92	0.98	1.01	0.96	0.95	0.95
Logro de productos- Perú	0.97	0.89	0.94	0.92	0.96	0.93	0.92	0.93	0.93

NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A									
Unidad de medida: Niño suplementado									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Cantidad programada	130,690	217,284	301,354	281,972	229,631	190,647	135,977	204,850	211,551
Cantidad ejecutado	121,764	199,281	189,215	258,858	242,592	198,928	129,608	207,227	193,434
Nivel de ejecución-Apurímac	0.93	0.92	0.63	0.92	1.06	1.04	0.95	1.01	0.93
Nivel de ejecución Perú	0.84	0.83	0.95	0.79	0.95	0.93	0.94	0.95	0.90

ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS									
Unidad de medida: Caso tratado									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Productos programado	94,082	109,262	87,944	95,042	92,159	83,804	92,820	96,756	93,984
Productos ejecutados	83,654	87,517	80,672	77,449	88,782	82,913	100,703	97,916	87,451
Logro de productos-Apurímac	0.89	0.80	0.92	0.81	0.96	0.99	1.08	1.01	0.93
Logro de productos- Perú	0.86	0.94	0.88	0.97	1.00	0.87	0.97	0.98	0.94

ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS									
Unidad de medida: Caso tratado									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Productos programado	15,890	24,315	20,039	26,181	20,975	19,218	16,226	19,414	20,282
Productos ejecutados	15,419	17,296	20,380	17,645	18,445	16,877	17,575	17,828	17,683
Logro de productos-Apurímac	0.97	0.71	1.02	0.67	0.88	0.88	1.08	0.92	0.89
Logro de productos- Perú	0.71	0.83	0.92	0.92	0.96	0.84	0.84	0.91	0.87

ATENCION DE IRAS CON COMPLICACIONES									
Unidad de medida: Caso tratado									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Productos programado	1,133	4,119	2,525	5,070	2,318	1,470	1,490	981	2,388
Productos ejecutados	1,315	3,728	2,494	5,895	1,564	1,441	1,663	878	2,372
Logro de productos-Apurímac	1.16	0.91	0.99	1.16	0.67	0.98	1.12	0.90	0.99
Logro de productos- Perú	0.91	0.91	0.89	0.99	1.01	0.90	0.92	0.78	0.91

ATENCION DE EDAS CON COMPLICACIONES									
Unidad de medida: Caso tratado									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Productos programado	338	887	664	420	671	499	377	496	544
Productos ejecutados	286	563	668	670	545	456	369	491	506
Logro de productos-Apurímac	0.85	0.63	1.01	1.60	0.81	0.91	0.98	0.99	0.97
Logro de productos- Perú	0.61	0.77	0.81	0.92	1.36	0.14	0.83	0.72	0.77

ATENCION DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL									
Unidad de medida: Caso tratado									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Productos programado	12,252	36,804	31,022	23,997	28,924	34,311	35,826	37,238	30,047
Productos ejecutados	12,344	19,831	33,103	26,592	23,800	29,532	31,894	31,573	26,084
Logro de productos-Apurímac	1.01	0.54	1.07	1.11	0.82	0.86	0.89	0.85	0.89
Logro de productos- Perú	0.75	0.72	0.88	0.89	1.93	0.89	0.88	0.88	0.98

ATENCION DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES (ANEMIA)									
Unidad de medida: Caso tratado									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Productos programado	16,893	27,577	13,979	23,438	11,613	10,585	9,008	9,683	15,347
Productos ejecutados	11,969	19,281	9,800	14,458	8,518	8,999	7,281	5,937	10,780
Logro de productos-Apurímac	0.71	0.70	0.70	0.62	0.73	0.85	0.81	0.61	0.72
Logro de productos- Perú	0.42	0.48	0.54	0.61	0.60	0.65	0.85	0.81	0.62

VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO									
Unidad de medida: Centro poblado									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Productos programado	6,104	16,177	5,763	2,273	1,909	1,790	1,750	4,438	5,026
Productos ejecutados	3,746	6,561	8,768	2,429	1,576	1,509	1,393	4,025	3,751
Logro de productos-Apurímac	0.61	0.41	1.52	1.07	0.83	0.84	0.80	0.91	0.87
Logro de productos- Perú	0.88	0.78	0.89	0.61	0.86	0.77	0.86	0.88	0.82

DESINFECCION Y/O TRATAMIENTO DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO									
Unidad de medida: Centro poblado									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Productos programado	1,441	7,986	3,007	8,832	2,362	1,926	3,187	6,218	4,370
Productos ejecutados	1,684	3,321	2,951	4,302	1,970	1,626	1,506	1,272	2,329
Logro de productos-Apurímac	1.17	0.42	0.98	0.49	0.83	0.84	0.47	0.20	0.68
Logro de productos- Perú	1.60	0.80	0.49	0.69	0.50	0.03	0.45	0.66	0.65

Apéndice 4. Eficiencia en el costo de los productos del PAN, en Apurímac, periodo 2012 al 2019

GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO									
Soles ajustados a precios 2012									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Presupuesto programado	S/ 1,552,476	S/ 1,675,099	S/ 3,235,127	S/ 3,748,711	S/ 1,874,437	S/ 1,790,058	S/ 2,706,093	S/ 2,270,346	S/ 2,356,544
Presupuesto ejecutado	S/ 1,273,744	S/ 1,489,766	S/ 3,204,684	S/ 3,668,888	S/ 1,861,718	S/ 1,765,955	S/ 2,671,804	S/ 2,268,435	S/ 2,275,624
Presupuesto unitario programado	S/ 41.25	S/ 40.33	S/ 82.87	S/ 98.16	S/ 53.97	S/ 61.50	S/ 62.22	S/ 49.89	S/ 61.27
Presupuesto unitario ejecutado	S/ 40.51	S/ 42.83	S/ 88.52	S/ 101.65	S/ 53.53	S/ 64.91	S/ 60.90	S/ 53.08	S/ 63.24
Eficiencia en el costo-Apurímac	1.22	1.12	1.01	1.02	1.01	1.01	1.01	1.00	S/ 1.05
Eficiencia en el costo-Perú	1.00	0.96	0.96	0.95	1.01	0.96	0.84	0.98	S/ 0.96

SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN A CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS									
Soles ajustados a precios 2012									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Presupuesto programado	S/ 715,198	S/ 698,025	S/ 411,471	S/ 869,040	S/ 573,952	S/ 704,862	S/ 1,405,884	S/ 3,664,339	S/ 1,130,346
Presupuesto ejecutado	S/ 715,196	S/ 697,987	S/ 407,884	S/ 865,060	S/ 572,679	S/ 704,125	S/ 1,405,862	S/ 3,645,334	S/ 1,126,766
Presupuesto unitario programado	S/ 896.24	S/ 441.23	S/ 2,508.97	S/ 2,732.83	S/ 4,099.66	S/ 2,888.78	S/ 5,206.98	S/ 15,526.86	S/ 4,287.69
Presupuesto unitario ejecutado	S/ 1,499.36	S/ 824.07	S/ 1,547.95	S/ 4,529.11	S/ 5,454.08	S/ 4,141.91	S/ 6,857.86	S/ 23,671.00	S/ 6,065.67
Eficiencia en el costo-Apurímac	0.60	0.54	1.62	0.60	0.75	0.70	0.76	0.66	0.78
Eficiencia en el costo-Perú	1.39	8.29	0.78	0.78	0.84	0.55	1.16	0.90	1.84

FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA Y ADECUADA ALIMENTACION									
Soles ajustados a precios 2012									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Presupuesto programado	S/ 950,211	S/ 804,101	S/ 1,217,675	S/ 1,358,852	S/ 1,614,435	S/ 2,529,974	S/ 3,405,241	S/ 4,049,528	S/ 1,991,252
Presupuesto ejecutado	S/ 809,910	S/ 703,523	S/ 1,214,386	S/ 1,353,943	S/ 1,606,184	S/ 2,247,962	S/ 3,199,268	S/ 4,004,852	S/ 1,892,503
Presupuesto unitario programado	S/ 30.89	S/ 27.10	S/ 136.51	S/ 74.99	S/ 84.13	S/ 124.91	S/ 123.55	S/ 143.62	S/ 93.21
Presupuesto unitario ejecutado	S/ 31.33	S/ 37.31	S/ 152.47	S/ 95.82	S/ 168.56	S/ 143.08	S/ 115.61	S/ 150.90	S/ 111.89
Eficiencia en el costo-Apurímac	0.99	0.73	0.90	0.78	0.50	0.87	1.07	0.95	0.85
Eficiencia en el costo-Perú	0.86	0.68	0.89	1.03	1.01	0.69	0.78	1.26	0.90

POBLACION INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL PRACTICAS SALUDABLES									
Soles ajustados a precios 2012									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Presupuesto programado			S/ 188,474	S/ 114,945	S/ 122,488	S/ 242,716	S/ 117,971	S/ 136,257	S/ 115,356
Presupuesto ejecutado			S/ 188,464	S/ 114,944	S/ 121,535	S/ 242,716	S/ 117,970	S/ 132,519	S/ 114,769
Presupuesto unitario programado			S/ 12.56	S/ 6.39	S/ 3.65	S/ 2.46	S/ 1.41	S/ 1.62	S/ 3.51
Presupuesto unitario ejecutado			S/ 12.56	S/ 6.39	S/ 3.62	S/ 2.68	S/ 1.45	S/ 1.60	S/ 3.54
Eficiencia en el costo-Apurímac			1.00	1.00	1.01	0.92	0.97	1.01	0.74
Eficiencia en el costo-Perú			1.19	1.03	0.93	1.00	0.97	1.02	0.77

NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD									
Soles a precios 2012									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Presupuesto programado	S/ 8,636,528	S/ 14,228,167	S/ 9,703,855	S/ 16,221,604	S/ 13,744,137	S/ 12,107,580	S/ 11,078,458	S/ 13,533,114	S/ 12,406,681
Presupuesto ejecutado	S/ 7,730,343	S/ 13,572,156	S/ 9,579,085	S/ 16,008,961	S/ 13,606,162	S/ 11,818,492	S/ 10,933,810	S/ 13,533,114	S/ 12,097,765
Presupuesto unitario programado	S/ 282.65	S/ 159.02	S/ 451.28	S/ 712.00	S/ 578.21	S/ 484.52	S/ 19.17	S/ 27.37	S/ 339.28
Presupuesto unitario ejecutado	S/ 305.87	S/ 312.63	S/ 413.95	S/ 801.65	S/ 644.99	S/ 529.57	S/ 20.80	S/ 28.21	S/ 382.21
Eficiencia en el costo-Apurímac	0.92	0.51	1.09	0.89	0.90	0.91	0.92	0.97	0.89
Eficiencia en el costo-Perú	0.82	0.75	0.77	0.83	0.70	0.67	1.02	0.97	0.82

NIÑOS CON VACUNA COMPLETA									
Soles a precios 2012									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Presupuesto programado	S/ 12,888,857	S/ 15,207,297	S/ 9,836,835	S/ 9,674,979	S/ 13,372,169	S/ 21,119,989	S/ 27,427,257	S/ 20,434,602	S/ 16,245,248
Presupuesto ejecutado	S/ 12,488,212	S/ 14,633,987	S/ 9,766,156	S/ 9,594,376	S/ 13,275,654	S/ 21,062,762	S/ 27,380,552	S/ 20,351,771	S/ 16,069,184
Presupuesto unitario programado	S/ 118.79	S/ 226.63	S/ 118.41	S/ 189.67	S/ 158.97	S/ 202.73	S/ 432.03	S/ 181.45	S/ 203.58
Presupuesto unitario ejecutado	S/ 117.10	S/ 249.69	S/ 125.38	S/ 205.52	S/ 160.82	S/ 199.33	S/ 451.33	S/ 189.44	S/ 212.33
Eficiencia en el costo-Apurímac	1.01	0.91	0.94	0.92	0.99	1.02	0.96	0.96	0.96
Eficiencia en el costo-Perú	1.01	0.91	0.96	0.94	0.97	0.95	0.93	0.95	0.95

NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A									
Soles a precios 2012									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Presupuesto programado	S/ 2,753,592	S/ 2,350,733	S/ 5,260,981	S/ 8,097,485	S/ 3,906,026	S/ 3,390,779	S/ 6,920,066	S/ 6,060,477	S/ 4,842,517
Presupuesto ejecutado	S/ 2,285,915	S/ 2,153,424	S/ 5,145,393	S/ 8,087,041	S/ 3,902,321	S/ 3,349,942	S/ 6,054,271	S/ 5,642,672	S/ 4,577,622
Presupuesto unitario programado	S/ 21.07	S/ 10.82	S/ 17.46	S/ 28.72	S/ 17.01	S/ 17.79	S/ 50.89	S/ 29.58	S/ 24.17
Presupuesto unitario ejecutado	S/ 18.77	S/ 10.81	S/ 27.19	S/ 31.24	S/ 16.09	S/ 16.84	S/ 46.71	S/ 27.23	S/ 24.36
Eficiencia en el costo-Apurímac	1.12	1.00	0.64	0.92	1.06	1.06	1.09	1.09	1.00
Eficiencia en el costo-Perú	0.98	0.89	1.00	0.81	0.99	1.05	1.06	1.02	0.98

ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS									
Soles a precios 2012									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Presupuesto programado	S/ 3,716,656	S/ 5,143,951	S/ 4,685,451	S/ 5,460,434	S/ 3,988,658	S/ 4,924,032	S/ 5,802,789	S/ 5,911,819	S/ 4,954,224
Presupuesto ejecutado	S/ 3,488,160	S/ 4,866,786	S/ 4,655,457	S/ 5,434,752	S/ 3,972,210	S/ 4,904,404	S/ 5,785,303	S/ 5,909,025	S/ 4,877,012
Presupuesto unitario programado	S/ 39.50	S/ 47.08	S/ 53.28	S/ 57.45	S/ 43.28	S/ 58.76	S/ 62.52	S/ 61.10	S/ 52.87
Presupuesto unitario ejecutado	S/ 41.70	S/ 55.61	S/ 57.71	S/ 70.17	S/ 44.74	S/ 59.15	S/ 57.45	S/ 60.35	S/ 55.86
Eficiencia en el costo-Apurímac	0.95	0.85	0.92	0.82	0.97	0.99	1.09	1.01	0.95
Eficiencia en el costo-Perú	0.93	0.98	0.92	0.99	1.01	0.90	1.00	1.00	0.97

ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS									
Soles a precios 2012									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Presupuesto programado	S/ 716,465	S/ 1,082,617	S/ 2,122,403	S/ 2,603,523	S/ 2,785,004	S/ 2,518,208	S/ 3,137,056	S/ 4,525,496	S/ 2,436,347
Presupuesto ejecutado	S/ 675,115	S/ 964,729	S/ 2,109,708	S/ 2,596,243	S/ 2,773,005	S/ 2,511,764	S/ 3,130,295	S/ 4,257,498	S/ 2,377,294
Presupuesto unitario programado	S/ 45.09	S/ 44.52	S/ 105.91	S/ 99.44	S/ 132.78	S/ 131.03	S/ 193.34	S/ 233.10	S/ 123.15
Presupuesto unitario ejecutado	S/ 43.78	S/ 55.78	S/ 103.52	S/ 147.14	S/ 150.34	S/ 148.83	S/ 178.11	S/ 238.81	S/ 133.29
Eficiencia en el costo-Apurímac	1.03	0.80	1.02	0.68	0.88	0.88	1.09	0.98	S/ 0.92
Eficiencia en el costo-Perú	0.75	0.85	0.95	0.93	0.98	0.88	0.87	0.95	S/ 0.89

ATENCION DE IRAS CON COMPLICACIONES									
Soles a precios 2012									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Presupuesto programado	S/ 3,976,046	S/ 4,095,274	S/ 3,839,692	S/ 5,274,042	S/ 4,808,945	S/ 4,498,751	S/ 6,566,935	S/ 7,780,063	S/ 5,104,969
Presupuesto ejecutado	S/ 3,883,065	S/ 3,938,550	S/ 3,833,688	S/ 5,251,545	S/ 4,799,450	S/ 4,496,471	S/ 6,539,671	S/ 7,764,310	S/ 5,063,344
Presupuesto unitario programado	S/ 3,509.31	S/ 994.24	S/ 1,520.67	S/ 1,040.25	S/ 2,074.61	S/ 3,060.37	S/ 4,407.34	S/ 7,930.75	S/ 3,067.19
Presupuesto unitario ejecutado	S/ 2,952.90	S/ 1,056.48	S/ 1,537.09	S/ 890.85	S/ 3,068.70	S/ 3,120.38	S/ 3,932.45	S/ 8,843.18	S/ 3,175.25
Eficiencia en el costo-Apurímac	1.19	0.94	0.99	1.17	0.68	0.98	1.12	0.90	S/ 1.00
Eficiencia en el costo-Perú	1.01	0.97	0.93	1.01	1.03	0.94	0.96	0.80	S/ 0.96

ATENCION DE EDAS CON COMPLICACIONES									
Soles a precios 2012									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Presupuesto programado	S/ 2,164,860	S/ 2,060,002	S/ 2,436,979	S/ 2,487,622	S/ 2,473,826	S/ 2,730,035	S/ 4,527,982	S/ 5,350,043	S/ 3,028,919
Presupuesto ejecutado	S/ 2,039,599	S/ 1,936,410	S/ 2,433,459	S/ 2,481,921	S/ 2,468,875	S/ 2,726,014	S/ 4,512,208	S/ 5,343,338	S/ 2,992,728
Presupuesto unitario programado	S/ 6,404.91	S/ 2,322.44	S/ 3,670.15	S/ 5,922.91	S/ 3,686.77	S/ 5,471.01	S/ 12,010.56	S/ 10,786.38	S/ 6,284.39
Presupuesto unitario ejecutado	S/ 7,131.47	S/ 3,439.45	S/ 3,642.90	S/ 3,704.36	S/ 4,530.05	S/ 5,978.10	S/ 12,228.21	S/ 10,882.56	S/ 6,442.14
Eficiencia en el costo-Apurímac	0.90	0.68	1.01	1.60	0.81	0.92	0.98	0.99	0.99
Eficiencia en el costo-Perú	0.69	0.79	0.83	0.93	1.37	0.15	0.86	0.74	0.80

ATENCION DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL									
Soles a precios 2012									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Presupuesto programado	S/ 706,520	S/ 913,191	S/ 1,269,551	S/ 1,796,384	S/ 1,798,960	S/ 1,790,922	S/ 2,243,488	S/ 2,534,510	S/ 1,631,691
Presupuesto ejecutado	S/ 638,418	S/ 814,014	S/ 1,239,020	S/ 1,772,240	S/ 1,796,913	S/ 1,790,922	S/ 2,243,488	S/ 2,534,510	S/ 1,603,691
Presupuesto unitario programado	S/ 57.67	S/ 24.81	S/ 40.92	S/ 74.86	S/ 62.20	S/ 52.20	S/ 62.62	S/ 68.06	S/ 55.42
Presupuesto unitario ejecutado	S/ 51.72	S/ 41.05	S/ 37.43	S/ 66.65	S/ 75.50	S/ 59.99	S/ 69.79	S/ 80.05	S/ 60.27
Eficiencia en el costo-Apurímac	1.11	0.60	1.09	1.12	0.82	0.87	0.90	0.85	0.92
Eficiencia en el costo-Perú	0.81	0.76	0.92	0.91	1.95	0.94	0.90	0.94	1.02

ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES (ANEMIA)									
Soles a precios 2012									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Presupuesto programado	S/ 354,677	S/ 293,011	S/ 425,250	S/ 541,441	S/ 619,606	S/ 857,969	S/ 2,310,379	S/ 2,811,073	S/ 1,026,676
Presupuesto ejecutado	S/ 354,640	S/ 271,607	S/ 422,523	S/ 540,257	S/ 617,022	S/ 857,538	S/ 2,280,472	S/ 2,806,389	S/ 1,018,806
Presupuesto unitario programado	S/ 21.00	S/ 10.63	S/ 30.42	S/ 23.10	S/ 53.35	S/ 81.06	S/ 256.48	S/ 290.31	S/ 95.79
Presupuesto unitario ejecutado	S/ 29.63	S/ 14.09	S/ 43.11	S/ 37.37	S/ 72.44	S/ 95.29	S/ 313.21	S/ 472.69	S/ 134.73
Eficiencia en el costo-Apurímac	0.71	0.75	0.71	0.62	0.74	0.85	0.82	0.61	0.73
Eficiencia en el costo-Perú	0.44	0.49	0.55	0.62	0.61	0.66	0.88	0.85	0.64

VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO									
Soles a precios 2012									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Presupuesto programado	S/ 1,480,074	S/ 1,585,339	S/ 1,283,554	S/ 1,018,904	S/ 1,631,616	S/ 2,676,245	S/ 2,826,880	S/ 4,259,259	S/ 2,095,234
Presupuesto ejecutado	S/ 1,302,623	S/ 1,557,350	S/ 1,272,040	S/ 973,970	S/ 1,395,661	S/ 2,255,545	S/ 2,653,109	S/ 3,948,558	S/ 1,919,857
Presupuesto unitario programado	S/ 242.48	S/ 98.00	S/ 222.72	S/ 448.26	S/ 854.70	S/ 1,495.11	S/ 1,615.36	S/ 959.72	S/ 742.04
Presupuesto unitario ejecutado	S/ 347.74	S/ 237.36	S/ 145.08	S/ 400.98	S/ 885.57	S/ 1,494.73	S/ 1,904.60	S/ 981.01	S/ 799.63
Eficiencia en el costo-Apurímac	0.70	0.41	1.54	1.12	0.97	1.00	0.85	0.98	0.94
Eficiencia en el costo-Perú	0.98	0.81	0.96	0.65	0.90	0.90	1.00	0.94	0.89

DESINFECCION Y/O TRATAMIENTO DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO									
Soles a precios 2012									
Descripción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO
Presupuesto programado	S/ 1,050,104	S/ 1,117,973	S/ 457,913	S/ 839,789	S/ 1,018,250	S/ 693,716	S/ 1,131,928	S/ 1,356,885	S/ 958,320
Presupuesto ejecutado	S/ 872,734	S/ 1,092,902	S/ 457,878	S/ 794,277	S/ 815,944	S/ 688,387	S/ 1,099,126	S/ 1,352,527	S/ 896,722
Presupuesto unitario programado	S/ 728.73	S/ 139.99	S/ 152.28	S/ 95.08	S/ 431.10	S/ 360.18	S/ 355.17	S/ 218.22	S/ 310.10
Presupuesto unitario ejecutado	S/ 518.16	S/ 329.09	S/ 155.15	S/ 184.64	S/ 414.27	S/ 423.29	S/ 729.71	S/ 1,063.58	S/ 477.24
Eficiencia en el costo-Apurímac	1.41	0.43	0.98	0.51	1.04	0.85	0.49	0.21	0.74
Eficiencia en el costo-Perú	2.01	0.93	0.51	0.73	0.56	0.03	0.48	0.70	0.74

Apéndice 5. Presidentes y ministros de salud durante el 2012 al 2019

PRESIDENTES	MINISTROS DE SALUD	PERIODO	
		INICIO	FINAL
Ollanta Humala Tasso 28/07/2011 al 27/07/2016	Alberto Tejada Noriega	28/07/2011	23/07/2012
	Midori de Habich Rospigliosi	23/07/2012	05/11/2014
	Aníbal Velásquez Valdivia	05/11/2014	28/07/2016
Pedro Pablo Kuczynski 28/07/2016 -23/03/2018	Patricia García Funegra	28/07/2016	17/09/2017
	Fernando D'Alessio Ipinza	17/09/2017	09/01/2018
Martín Vizcarra Cornejo 23/03/2018 al 09/11/2020	Abel Salinas Rivas	09/01/2018	02/04/2018
	Silvia Pessah Eljay	02/04/2018	05/01/2019
	Zulema Tomás Gonzáles	07/01/2019	15/11/2019