



**PpR**  
Presupuesto  
por Resultados

## Líneas de Base de los Programas Estratégicos 2008-2009



República del Perú

DGPP – Dirección General del Presupuesto Público  
Ministerio de Economía y Finanzas



Por encargo de:



Ministerio Federal de  
Cooperación Económica  
y Desarrollo



**Líneas de Base de los Programas Estratégicos  
2008-2009**

Titulo: *Líneas de Base de los Programas Estratégicos 2008 - 2009*

En el presente *documento*, el Ministerio de Economía y Finanzas muestra los indicadores de resultados de los Programas Presupuestales Estratégicos 2008 y 2009, haciendo una descripción de la forma de medición, los valores de línea de base y las metas a alcanzar al año 2011.

© **Ministerio de Economía y Finanzas – Dirección General del Presupuesto Público.**

Jr. Junín 319, Cercado de Lima.

Página web: <http://www.mef.gob.pe>

© **Programa Gobernabilidad e Inclusión.**

Av. Los Incas 172 Piso 6. El Olivar. San Isidro.

Página web: <http://www.gobernabilidad.org.pe>

**Tiraje**

2,000 ejemplares, primera edición, Abril de 2010

**Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú:**

N° 2010 - 01068

**Impresión:**

Realidades S.A.

Línea de base

# Índice

Presentación .....	7
1. Articulado Nutricional .....	9
2. Salud Materno Neonatal .....	19
3. Logros de Aprendizaje al finalizar el Tercer Ciclo de la Educación Básica Regular .....	29
4. Acceso de la Población a la Identidad .....	39
5. Acceso a Servicios Sociales Básicos y a Oportunidades de Mercado.....	43
6. Acceso a Agua Segura y Disposición Sanitaria de Excretas para poblaciones rurales .....	53
7. Acceso a servicios públicos esenciales de telecomunicaciones en zonas rurales.....	59
8. Acceso a energía en localidades rurales .....	65



Línea de base

# Presentación

---

***“Es necesario generar valores iniciales de los indicadores de resultados que permitan medir el cumplimiento de metas propuestas en los Programas Estratégicos del Presupuesto por Resultados”***

---

Desde el año 2007, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), a través de la Dirección General del Presupuesto Público (DGPP), viene implementando la reforma del Presupuesto por Resultados (PpR) con el objetivo de mejorar la calidad del gasto público y orientar la gestión pública hacia resultados que mejoren la calidad de vida de la población y contribuyan al desarrollo del país.

Por ello, durante estos tres primeros años, se han diseñado e implementado 15 Programas Presupuestales Estratégicos, los cuales consideran un conjunto articulado de resultados (efectos sobre la población) y productos (bienes y servicios entregados a la población) que buscan lograr mejoras significativas en el bienestar del ciudadano.

Asimismo, a fin de conocer los avances de los Programas Estratégicos y alertar sobre las necesidades de mejora en las mismas se ha diseñado un sistema de seguimiento que permita generar información objetiva sobre los productos y resultados de los Programas Estratégicos.

En ese sentido, este documento presenta los indicadores de resultados de los Programas Estratégicos 2008 y 2009 haciendo una descripción de la forma de medición de los valores de Línea de Base y las metas a alcanzar al año 2011. Esta información permite medir los avances en la reforma y así tener elementos necesarios para la adecuada toma de decisiones en la asignación y ejecución de los recursos públicos.

**Dirección General del Presupuesto Público  
Ministerio de Economía y Finanzas**

## Programas Estratégicos en ejecución

A diciembre del 2009

Nombre	Objetivo	Situación inicial *	Avance al 2009 **	Meta al 2011	Actores involucrados
Articulado Nutricional	Reducir el porcentaje de menores de 5 años con desnutrición crónica	22,6%	19%	16%	Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Presidencia del Consejo de Ministros, Gobiernos Regionales.
Salud Materno Neonatal	Reducir la tasa de mortalidad materna por cada 100 mil nacidos vivos	164	n.d.	120	Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales
	Reducir la tasa de mortalidad neonatal por cada mil nacidos vivos	15,2	13,2	14,6	
	Elevar nacimientos en áreas rurales en centros de salud con personal capacitado	49,4%	55,4%	70,0%	
Logros de aprendizaje al III ciclo de educación básica (2° grado de primaria)	Incrementar proporción de niños que aprueban matemáticas	7,2%	9,4% ***	30%	Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales
	Incrementar proporción de niños que aprueban comprensión lectora	15,9%	16,9% ***	35%	
Acceso de la población a la identidad	Incrementar cobertura de peruanos con DNI	94,5%	95,2%	n.d.	RENIEC
Acceso a servicios sociales básicos y a oportunidades de mercado	Reducir el tiempo para ir a un puesto de salud	46 minutos	n.d.	35 minutos	Ministerio de Transporte y Comunicaciones, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales
	Reducir el tiempo para ir a una escuela	24 minutos	n.d.	18 minutos	
	Reducir el tiempo para ir a un centro de comercio	61 minutos	n.d.	49 minutos	
Acceso a agua potable y disposición sanitaria de excretas para poblaciones rurales	Ampliar la cobertura de agua potable	34,0%	36,4%	73%	Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales
	Ampliar la cobertura a sistemas de disposición sanitaria de excretas	36,7%	37,7%	65%	
Acceso a servicios públicos esenciales de telecomunicaciones en poblaciones rurales	Ampliar la cobertura de telefonía pública	68,7%	n.d.	80%	Ministerio de Transporte y Comunicaciones, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales
	Ampliar la cobertura del acceso a Internet	18,8%	n.d.	35%	
Acceso a energía rural	Ampliar la cobertura de energía rural	51,2%	53,4%	50%	Ministerio de Energía y Minas y Gobiernos Regionales

\* Para los programas Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Logros de Aprendizaje y Acceso a Servicios Sociales Básicos, la situación inicial corresponde a los datos del 2007. El resto de programas usaron información del 2008.

\*\* Estimados hechos sobre la base de las mediciones del INEI realizadas al primer semestre a través de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

\*\*\* Información a diciembre del 2008

Fuente: Exposición de motivos del proyecto de Ley de Presupuesto 2010





Línea de base

## Articulado Nutricional

---

***“Reducir la desnutrición crónica en niños menores de cinco años de 22,6% que existía en el 2007 a 16% en el 2011”***

---

La desnutrición crónica infantil es un grave problema que condiciona la calidad de vida de una persona. Quien no se alimentó bien en sus primeros años o quien siendo niño tuvo de manera reiterada enfermedades que lo desnutrieron, perdió la oportunidad de desarrollar ciertas capacidades. Por eso, aunque esta persona consiga alimentarse adecuadamente en la adolescencia o la juventud, tendrá limitaciones intelectuales que lo condenarán a tener un bajo nivel socio-económico el resto de su vida.

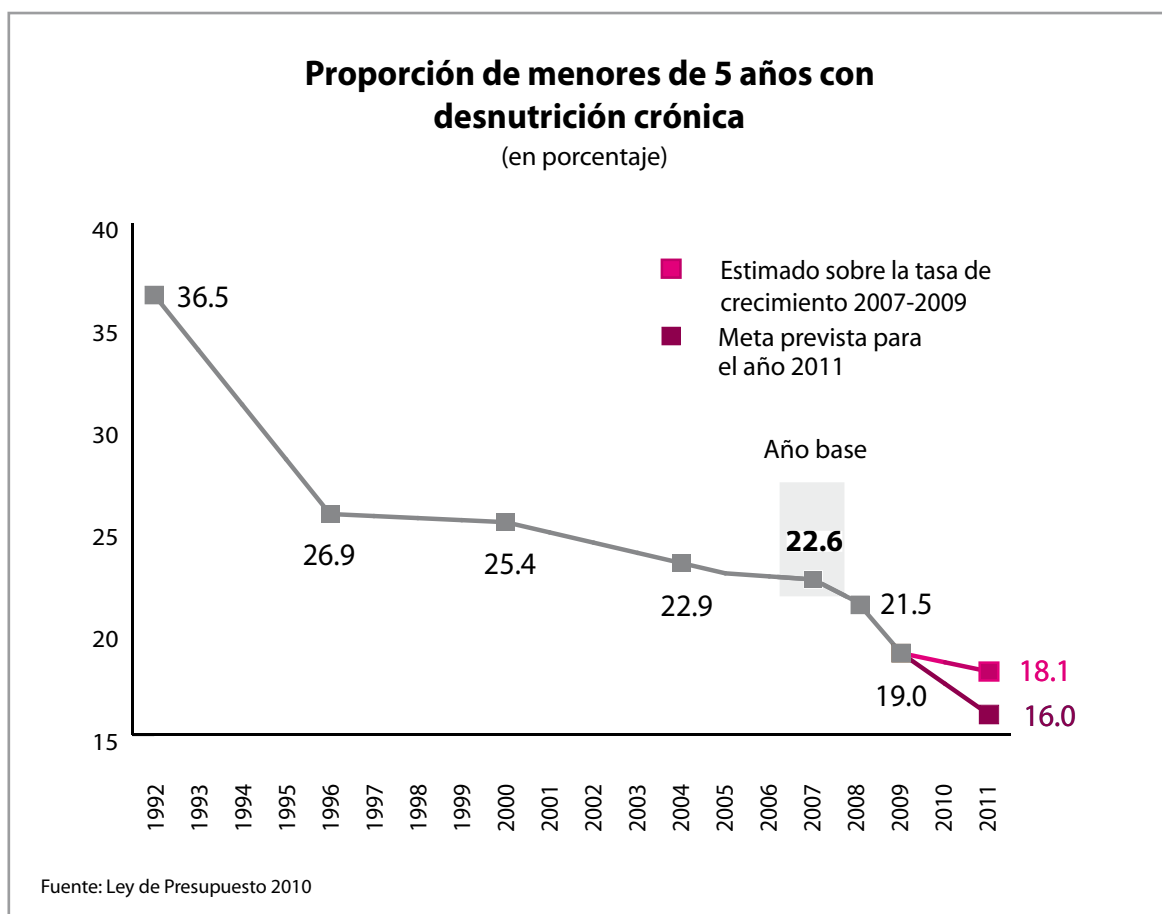
Bolivia, Ecuador y Perú son los tres países de Sudamérica con mayor prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Según las tablas elaboradas por el gobierno de los Estados Unidos (que es una referencia en el ámbito mundial), en el 2007 un 22,6% de los niños peruanos menores de cinco años padecía desnutrición crónica. Y si bien en el Perú se ha intentado por muchos años revertir esta situación, ello no ha ocurrido: la desnutrición crónica prácticamente se mantuvo igual entre 1996 y el 2007, ya que pasó de 25,8% a 22,6%.

Es por ello que en el 2008, en el marco de la implementación del Presupuesto por Resultados se puso en marcha el Programa Estratégico Articulado Nutricional, orientado a reducir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Con la participación del Ministerio de Salud como el organismo encargado de definir las líneas de acción a seguir y con el 22,6% de desnutrición como punto de partida, se establecieron productos (bienes y servicios entregados a la población) que de manera articulada influyeran en revertir las causas de la desnutrición crónica en el país.

Los indicadores de resultados del Programa Estratégico que desarrolló el Ministerio de Salud, y cuyo cumplimiento es de responsabilidad de diversos actores (Presidencia del Consejo de Ministros, Seguro Integral de Salud, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y Gobiernos Regionales), son 25 y se han elegido por estar ligados de manera directa o indirecta al origen de la desnutrición o a la imposibilidad de contrarrestarla. Los indicadores más importantes son:

### 1. Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica.

Indicador de resultado final que es usado en todo el mundo como referencia del estado de salud y de nutrición de las poblaciones. Para obtenerlo se compara la talla del niño con una tabla de referencia internacional. Es el punto de partida para ir midiendo los logros del programa.



### 2. Incidencia de bajo peso al nacer.

Un niño que nace con menos de 2,5 kilos (estándar de la Organización Mundial de la Salud) probablemente no ha recibido suficientes nutrientes cuando estaba en el vientre de su madre. Es probable también que ella estuviera mal nutrida desde antes de iniciar el embarazo o que no se alimentó adecuadamente durante la gestación. Este indicador mide la reducción de la incidencia de bajo peso al nacer, que es un resultado intermedio del programa.

### 3. Proporción de menores de seis meses con lactancia exclusiva.

Si un bebé se alimenta sólo del pecho de la madre estará mejor nutrido y estará protegido de

contraer infecciones a través de los alimentos o de los chupones o cucharas. La Organización Mundial de la Salud recomienda que la lactancia sea exclusiva (sin alternar con otros alimentos o fórmulas) hasta los seis meses. Indicador de resultado intermedio.

#### **4. Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 36 meses.**

Con la diarrea, el niño pierde micronutrientes. Si tiene diarreas continuamente producto de inadecuadas condiciones higiénicas en su hogar, este niño tendrá desnutrición crónica. Indicador de resultado intermedio.

#### **5. Prevalencia de Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 36 meses.**

Cuando un niño tiene enfermedades respiratorias con frecuencia, pierde nutrientes y deja de alimentarse. Por eso, las enfermedades respiratorias continuas pueden ser correlato de una alimentación deficiente y por lo tanto se les vincula con la desnutrición crónica. Indicador de resultado intermedio del programa.

#### **6. Prevalencia de anemia en menores de 36 meses.**

Son muchas las causas por las que una persona puede presentar anemia, desde una pérdida masiva de sangre hasta una mala asimilación de micronutrientes (por ejemplo, si faltan ciertas vitaminas el cuerpo no aprovecha los alimentos energéticos como la carne). Sin embargo, en las poblaciones pobres esta suele ser consecuencia de una alimentación deficiente. Indicador de resultado intermedio.

#### **7. Proporción de establecimientos calificados para proveer servicios de salud.**

Con este indicador de resultado intermedio se puede saber cuántas comunidades están promoviendo prácticas saludables, pero por el momento aún no está disponible la información.

### **¿CÓMO SE MIDEN LOS INDICADORES?**

Lo antes descrito es la justificación para el uso de cada indicador, es decir, la razón por la que se considera que tienen relación con la desnutrición crónica. Ahora bien, ¿cómo se mide cada una de esas condiciones?

En todos los casos la medición se hace a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Esta encuesta la realiza todos los años el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) con una muestra nacional, que permite contar con datos globales como país, y cada dos años con una muestra representativa de cada departamento, con lo que se obtienen datos más precisos por región.

En algunos casos los encuestadores recogen la información directamente (miden la talla del niño y el nivel de hemoglobina para determinar si hay anemia); en otros se anota la información referida por la madre (por ejemplo de qué se alimentó el bebé el día anterior, o si tuvo enfermedades en los días anteriores a la encuesta).

A continuación se explica cómo está construido cada indicador, qué limitaciones tiene y qué supuestos se emplean para su medición.

#### **I. Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica.**

La desnutrición crónica se mide a través de la talla. ¿Por qué no el peso? Porque puede variar en un breve lapso, mientras que una baja estatura es reflejo de que el niño ha estado mal nutrido por un largo período de tiempo.

De otra parte, se toma solo a los menores de 5 años porque es un estándar internacional, el mismo que se basa en que la salud de la población infantil es una referencia sobre la salud de la población en general. En la encuesta, la talla de los niños escogidos para la muestra se compara con una tabla. Si el niño está por debajo de lo que se considera mínimo para su edad, entonces tiene desnutrición crónica.

En el Perú realmente no se toma una referencia sino dos: se trabaja a la vez con las tablas del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias de los Estados Unidos (NCHS, en inglés) y las de la Organización Mundial de Salud (OMS). Se usan ambas porque si bien las tablas de la OMS se consideran un mejor parámetro, las tablas del NCHS siguen siendo las oficiales en muchas partes del mundo y son tomadas aún en gran parte de los estudios sobre el tema.

Si se compara con las tablas del NCHS, en el 2007 había un 22,6% de niños con desnutrición crónica. Si se usan como referencia las tablas de la OMS, la prevalencia sube a 28,5%. Pero ya sea con una tabla o la otra, el departamento con la mayor tasa de desnutrición crónica infantil sigue siendo Huancavelica (52,2% y 59,2%, respectivamente); muy por encima de Huánuco que ocupa el segundo lugar (41,6% y 49,6%). Si se examinan las cifras a nivel de regiones naturales, la sierra tiene las tasas más altas de desnutrición crónica (42,4% según la OMS y 34,6% según el NCHS), luego está la selva (34,1% y 25,5%) y las tasas más bajas están en la costa\* (14,5% y 10,4%).

### Diferencias de valor entre los estándares propuestos para medir la desnutrición

% de menores de 5 años con desnutrición	Estándar	
	OMS	NCHS
Amazonas	37.2	28.7
Áncash	38.6	30.6
Apurímac	41.7	34.3
Arequipa	12.4	7.9
Ayacucho	42.2	36.8
Cajamarca	46.6	37.3
Cusco	36.9	31.9
Huancavelica	59.2	52.2
Huánuco	49.6	41.6
Ica	13.0	9.0
Junín	31.9	26.2
La Libertad	31.2	26.4
Lambayeque	20.1	15.6
Lima	11.4	9.3
Loreto	32.3	24.5
Madre de Dios	15.7	9.2
Moquegua	9.5	6.4
Pasco	39.5	30.9
Piura	29.8	23.0
Puno	36.7	29.1
San Martín	25.1	16.3
Tacna	6.3	4.7
Tumbes	11.4	6.7
Ucayali	30.5	22.7

Fuente: Ley de Presupuesto 2008

## 2. Incidencia de bajo peso al nacer.

¿Cuánto es un peso adecuado de nacimiento en el Perú? No hay un estudio que responda a esta pregunta, por eso nuestro país ha adoptado la definición de “bajo peso al nacer” que da la OMS. Según los estudios que esta organización ha realizado a nivel mundial, un bebé que nace con menos de 2,5 kilos tiene veinte veces más probabilidades de morir.

Para esta encuesta se toma como 100% a todos los nacidos vivos menores de 5 años. Es decir, si la madre encuestada tuvo un hijo que murió a los tres años, ese niño fallecido también forma parte del universo de la encuesta. El porcentaje de los niños que nacieron con menos de 2,5 kilos es la incidencia de bajo peso al nacer.

\* No incluye Línea Metropolitana

# Desnutrición crónica en menores de 5 años

porcentaje estimado, 2007



Pero hay una precisión sobre este indicador: solo 4 de cada 10 madres encuestadas cuentan con el Carnet de Crecimiento y Desarrollo del niño (llenado por el personal de Salud). Las otras seis proveen la información verbalmente. ¿Qué problema genera? Que las madres tienden a “recordar” un peso mayor al que realmente tuvo su hijo. Existen métodos estadísticos para reducir estas distorsiones pero, por ahora, no se aplican en el Perú.

Hecha la precisión, para el 2007 se obtuvo que un 8,4% de los niños menores de cinco años registró bajo peso al nacer. La costa y la selva presentaban tasas cercanas al promedio nacional, mientras que Lima Metropolitana estaba por debajo (7,1%) y la sierra por encima (9,2%). A nivel departamental, las tasas más altas estaban en Pasco, Huánuco y Loreto (12,4%, 11,9% y 10,7 %, respectivamente).

### **3. Proporción de menores de seis meses con lactancia exclusiva.**

Para este indicador se confía en la información que da la madre, a quien se le pregunta qué alimentos recibió su hijo menor de seis meses el día anterior. Si le dio papillas, juguitos o algo más que leche materna, se considera que no ha tenido lactancia exclusiva.

Lo ideal para medir la lactancia exclusiva sería poder preguntarles a las madres si sus hijos menores de 3 años recibieron solo leche materna durante los primeros seis meses. Sin embargo, es probable que muchas no lo recuerden y esto daría resultados poco confiables. Por eso, se optó por entrevistar solo a las mujeres que en el momento de la encuesta tienen hijos menores de 6 meses.

Aún así, la metodología tiene limitaciones. Si la madre contesta que el día anterior su bebé recibió nada más que pecho, se asume que también lactó exclusivamente los meses anteriores y seguirá haciéndolo hasta que cumpla los seis meses. También puede existir el sesgo de considerar una tasa de “lactancia exclusiva” más alta en aquellos lugares donde los niños son menores: si en un departamento hay más bebés de 0 a 3 meses y en otro hay más bebés de 3 a 6 meses, es probable que la tasa de “lactancia exclusiva” sea más alta en el primero.

Con estas precisiones, se tiene que al 2007 la proporción de menores de seis meses con lactancia exclusiva era de 68,7%. Si se divide por regiones, la sierra y la selva tienen tasas por encima de 70% y 80% respectivamente, mientras que en la costa y Lima Metropolitana el porcentaje es de 60%.

### **4. Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 36 meses.**

Para este indicador se toma como referencia al hijo menor de la casa, aunque haya más de un niño menor de 36 meses. La prevalencia es el porcentaje de niños que tuvieron diarrea dentro de las dos semanas que precedieron a la visita del encuestador.

Si la madre no sabe qué significa “diarrea”, se le indica que ocurre cuando hay más de tres deposiciones líquidas en un lapso de 24 horas, aunque esto puede llevar a sobreestimar la prevalencia de EDA en los bebés de 0 a 6 meses, cuyas deposiciones tienden a ser líquidas. Sin embargo, una fortaleza de este indicador es que las madres suelen recordar el episodio y los errores son mínimos, y en todo caso tornan al indicador más exigente.

En el 2007 la prevalencia nacional de EDA en menores de 36 meses era de 17,4%. La selva estaba muy por encima del promedio nacional con una tasa de 27,8%, mientras que la sierra tenía una prevalencia de 18,8% y en la costa de 14,6%. A nivel departamental, la tasa más baja estaba en Puno con 11,5% y la más alta en Loreto con 32,1%.

## **5. Prevalencia de Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 36 meses.**

Los encuestadores preguntan a las madres si su hijo menor (siempre que tenga menos de 3 años) tuvo tos en las dos semanas precedentes. A las que responden sí, se les pregunta si además tuvo “respiraciones rápidas y agitadas” (síntoma de IRA).

La prevalencia es el porcentaje de los niños que tuvieron aquellas respiraciones agitadas con respecto al total de los niños de la muestra. También en este caso se considera solo al hijo menor que vive con la madre. La principal limitación de este indicador es que las madres pueden no entender qué quiere decir “respiraciones rápidas y agitadas”.

Para el 2007, la ENDES registró que un 24% de los niños menores de 36 meses en el país habían padecido una infección respiratoria aguda. De manera desagregada, en la selva la proporción fue de 31,4%, en la sierra de 24,4% y en la costa de 17,2% (aunque solo en Lima Metropolitana el valor fue de 25,6%). Si se destaca la situación de algunos departamentos, Loreto fue el que tuvo mayor prevalencia, llegando a 36,7%. Las tasas más bajas estaban en Tacna y Moquegua, con 11% y 12% respectivamente.

## **6. Prevalencia de anemia en menores de 36 meses.**

La anemia se determina por un bajo nivel de hemoglobina, es decir, menos de 11 gramos por decilitro de sangre. Para saber si la persona incluida en la encuesta (en este caso el niño) tiene anemia, el encuestador pincha su dedo, obtiene una gota de sangre y la introduce en una máquina de mano que da el resultado en pocos minutos. Es decir, la medición es directa y confiable.

En esta medición no se incluye a los bebés menores de seis meses, puesto que los niveles de hemoglobina son más altos en el nacimiento y esto distorsionaría la muestra. Otro factor distorsionante es la altitud, pues el cuerpo humano se adapta a la altura produciendo más glóbulos rojos. ¿Cómo se corrige? Se finge que todos viven al nivel del mar, restando la proporción en que aumenta la hemoglobina para las personas que viven en zonas altas.

De acuerdo con la ENDES 2007, la prevalencia de anemia en niños de entre 6 y 35 meses era de 56,8%. Si se considera solo la sierra la tasa llega a 65,7%, mientras que en la selva, la costa y Lima Metropolitana la prevalencia es de 52,4%, 51,2% y 49,1% respectivamente.

## **7. Proporción de establecimientos calificados para proveer servicios de salud.**

Básicamente se trata de un conteo de los establecimientos, pero previamente se debe definir las características que deben cumplir los centros de salud para ser incluidos bajo el concepto de “calificados”. Esa tarea le corresponde al Ministerio de Salud, pero aún no ha remitido la información respectiva.

En el siguiente cuadro se muestran los indicadores del programa y sus correspondiente avance entre el 2007 y el 2009.

### Progreso en indicadores del programa Articulado nutricional \*

Descripción	Nombre del indicador	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)**	Dif. 09/07	Progreso ***
<b>Resultado final</b> Reducir la desnutrición crónica de niños menores de cinco años	Proporción de menores de cinco años con desnutrición crónica	22,6	21,5	19,0	-3,6	Progresó
<b>Resultados intermedios</b> Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses	Proporción de menores de 36 meses con lactancia exclusiva hasta los seis meses	68,7	65,7	73,1	4,4	Sin progreso
	Prevalencia de anemia en menores de 36 meses	56,8	57,8	47,2	-9,6	Progresó
Reducción de la morbilidad en IRA, EDA y otras enfermedades prevalentes	Prevalencia de Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 36 meses	24,0	19,9	17,5	-6,5	Progresó
	Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 36 meses	17,4	17,9	19,4	2,0	Sin progreso
Reducir la incidencia de bajo peso al nacer	Incidencia de bajo peso al nacer	8,4	7,2	7,0	-1,3	Sin progreso
	Proporción de niños y niñas con vacunas completas de acuerdo a su edad	64,3	55,8	56,3	-8,0	Empeoró
<b>Resultados inmediatos</b> Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive	Proporción de menores de 36 meses con Congoles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completos de acuerdo con su edad	17,0	16,4	18,9	1,9	Sin progreso
	Proporción de menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro	12,3	13,1	13,1	0,9	Sin progreso
	Porcentaje de hogares con acceso a agua segura - Porcentaje de hogares que consumen agua con dosificación de cloro mayor o igual a 0,5 mg/l <sup>3</sup> ****	n.d.	27,8	22,5	-5,3	Empeoró
Acceso y uso de agua segura	Porcentaje de hogares con acceso a disposición sanitaria	66,7	69,1	70,5	3,9	Sin progreso
	Proporción de gestantes que reciben suplemento de hierro	74,9	79,0	80,7	5,8	Progresó

\* Todos los indicadores provienen de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - Instituto Nacional de Estadística, salvo el caso de los indicadores asociados al resultado intermedio Acceso y uso de agua segura, cuya fuente es la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) - Instituto Nacional de Estadística.

\*\* Para el caso de los indicadores cuya fuente es la ENDES, corresponde al primer semestre del 2009. Para el caso de los indicadores con fuente Enaho, corresponde al primer trimestre del 2009. En ambos casos se tratan de resultados preliminares.

\*\*\* Se considera Sin progreso a aquellos casos en los que la diferencia no es estadísticamente significativa.

\*\*\*\* Diferencia en proporciones entre 2009 y 2008.

Fuente: Ley de Presupuesto 2010

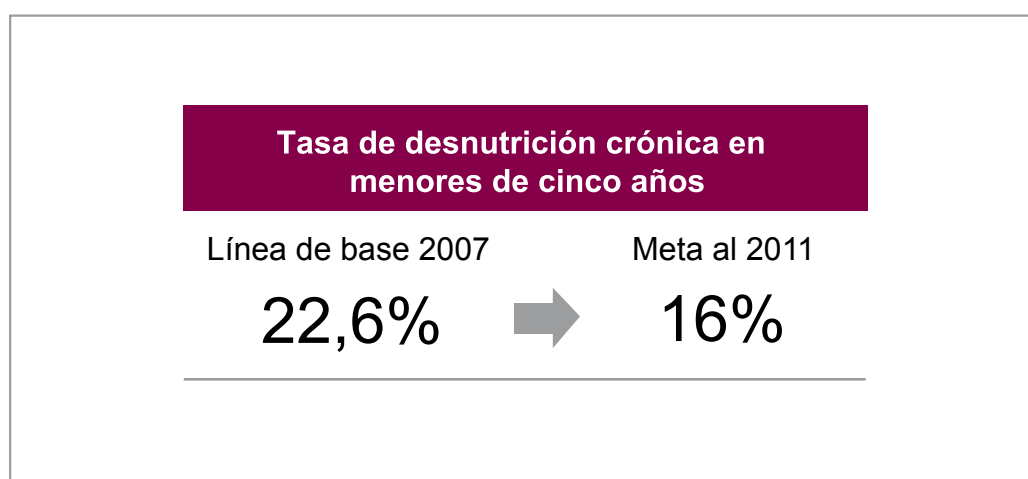


## ¿QUÉ SE ESPERA ALCANZAR?

Combatir la desnutrición crónica infantil es una de las metas más importantes que se puso el Gobierno al iniciar su mandato en julio del 2006. Actualmente, entre un grupo de 126 países que se conoce aplican el indicador de desnutrición crónica, el Perú está a la mitad de la tabla. Si se consigue la meta de reducir la prevalencia en 6,6 puntos porcentuales, nuestro país pasará a estar entre los 30 países con menos niños crónicos desnutridos.

Al 2007, en 15 de los departamentos del Perú los niveles de desnutrición crónica infantil estaban por encima del promedio nacional. Además, Huancavelica, Huánuco, Ayacucho, Pasco, Áncash, Puno y La Libertad eran los departamentos no solo con la mayor prevalencia, sino también aquellos donde la desnutrición había retrocedido muy poco o avanzado en los siete años anteriores.

Es preciso indicar que de mantenerse el ritmo actual de mejoría (el 2008 se llegó a una tasa de 19%), para el 2011 la desnutrición crónica afectaría al 18,1% de los niños. Ello conlleva a que el Ministerio de Salud y los demás involucrados (Instituto Nacional de Salud, Seguro Integral de Salud y gobiernos regionales que administran redes de salud) reevalúen al alza las metas para este programa. La revisión de las cifras se vería en el 2010.





Línea de base

# Salud Materno Neonatal



---

***“Reducir en 25% el número de mujeres que fallecen durante el embarazo y en 8% el de los neonatos fallecidos”***

---

La muerte de una mujer por complicaciones en el embarazo, el parto o el puerperio (periodo de 6 a 8 semanas posteriores al parto) es el resultado acumulado de una serie de carencias que ha tenido a lo largo de su vida. Desde una pobre educación hasta el acceso limitado a servicios que garanticen su salud en general y su salud reproductiva en particular. Por eso el ratio de mortalidad materna, al igual que la tasa de mortalidad neonatal, son reflejo de una serie de factores condicionantes que se relacionan entre sí de manera compleja.

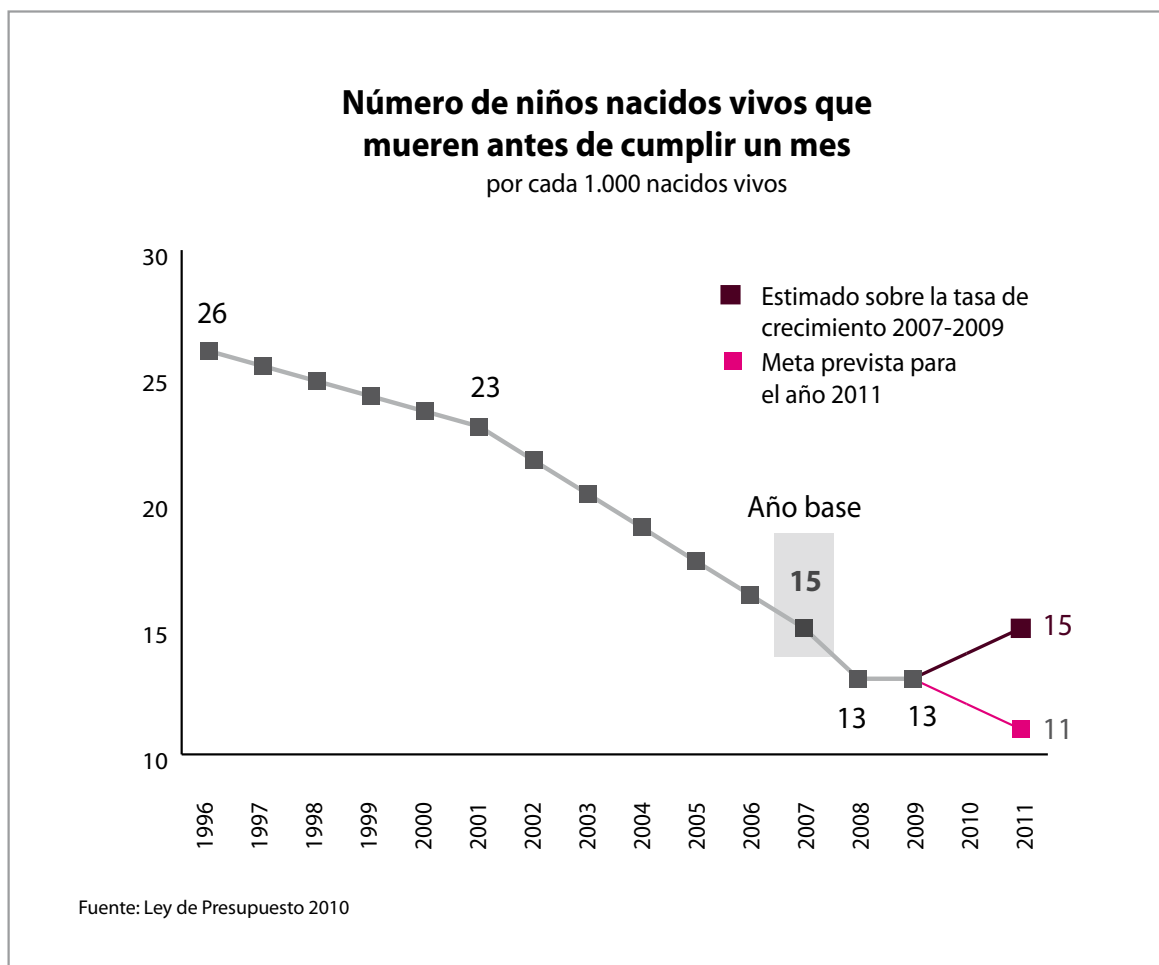
En ese sentido, el Ministerio de Salud, como ente rector del sistema de salud, en coordinación con el Seguro Integral de Salud y Gobiernos Regionales, han sido los encargados de desarrollar una serie de productos que permitan de forma articulada mejorar los indicadores de salud reproductiva en el país. Los indicadores en los que se trabajó se refieren tanto a los resultados finales (mejorar la salud materno neonatal) como a los resultados intermedios (población con conocimientos en salud sexual y reproductiva y reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal). Si bien se elaboraron 26 indicadores, los más importantes por su contribución son:

## **I. Ratio de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos.**

Este indicador sirve para analizar la eficacia o el impacto que han tenido, en un periodo largo de tiempo (al menos 7 u 8 años) las intervenciones sanitarias y sociales dirigidas a la mejora de la calidad de vida y desarrollo social de la mujer. Como ejemplos de intervenciones sanitarias podemos mencionar la apertura de un centro de salud, la compra de equipos para exámenes médicos o la implementación de un programa especial para atender a parturientas. Como ejemplo de intervenciones sociales podríamos señalar la calificación de los hospitales y centros de salud en el cumplimiento de estándares de atención de partos normales, cesáreas y con complicaciones.

## 2. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos.

Aunque los cuidados que debe recibir un recién nacido son conocidos, cada día mueren en el mundo 10.000 bebés que aún no han cumplido un mes. Estas muertes se deben principalmente a que las madres no están informadas sobre los cuidados que deben tener (exámenes, vacunas, controles médicos) y porque las familias no acceden a servicios adecuados de salud.



## 3. Proporción de establecimientos calificados como FONB (Función Obstétrica y Neonatal Básica).

Permite conocer cuán preparados están los hospitales y centros de salud para atender a los recién nacidos y a las mujeres embarazadas, en trabajo de parto o en la etapa del puerperio. Un establecimiento con esta categoría puede, por ejemplo, atender un parto normal, pero no puede atender una cesárea.

## 4. Proporción de establecimientos calificados como FONE (Función Obstétrica y Neonatal Esencial).

Aquellos que pueden, por ejemplo, atender cesáreas, pero que no tienen unidad de cuidados intensivos.

## 5. Proporción de establecimientos calificados como FONI (Función Obstétrica y Neonatal Intensiva).

Cuentan con unidad de cuidados intensivos y están preparados para atender complicaciones mayores. Con cada certificación varía el nivel de especialización del personal médico y de los equipos del establecimiento.

## 6. Cobertura de parto en gestantes que se llevó a cabo en un establecimiento de salud (parto institucional).

Este indicador señala cuál es la proporción de partos que son atendidos en establecimientos de salud sin considerar si fue atendido por personal de salud calificado.

## 7. Cobertura de parto en gestantes de las zonas rurales que se llevó a cabo en un establecimiento de salud y que fue atendido por personal de salud calificado.

Señala cuál es la proporción de partos que son atendidos en establecimientos de salud y que son realizados por personal de salud calificado en las zonas rurales.

## 8. Cobertura de cesáreas en gestantes de las zonas rurales.

Mide el progreso hacia la disminución de la mortalidad materna. Complementa al indicador de cobertura de partos institucionales.

## 9. Proporción de neonatos complicados atendidos en establecimientos de salud.

Este indicador determina el número de partos con complicaciones y la capacidad de los establecimientos de salud para atenderlos.

## 10. Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas.

El 80% de los bebés que mueren antes del mes son bebés prematuros. A su vez, el riesgo de muerte del neonato aumenta dramáticamente cuanto menor ha sido el tiempo de gestación. Por ello, este es un indicador de resultado intermedio y complementa el de muerte neonatal. Las 37 semanas es el tiempo completo de gestación.

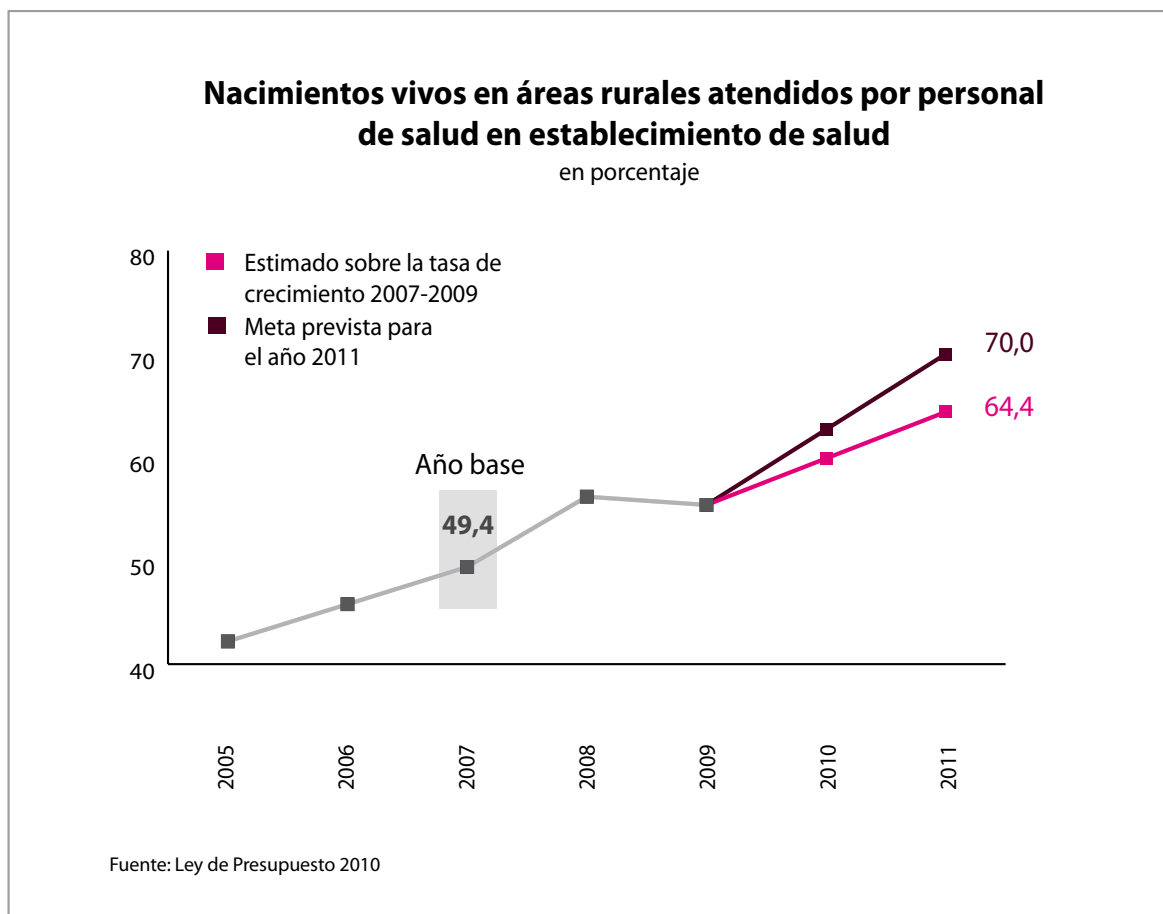
## ¿CÓMO SE MIDEN LOS INDICADORES?

Cuatro de los indicadores aún se encuentran en proceso de elaboración por el Ministerio de Salud, por lo que solo es posible explicar los criterios y limitaciones empleados para los otros 6:

### 1. Ratio de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos.

En el Perú esta estadística se registra a través del método de la “hermandad femenina”, que consiste en preguntar a las mujeres si tuvieron hermanas que fallecieron estando embarazadas o poco después de un parto. Es un método alternativo al uso de estadísticas oficiales, las cuales no son confiables en países en desarrollo por el alto porcentaje de personas que están fuera del sistema de salud (a través del cual se registran las muertes maternas).

Este método permite hacer estimaciones que abarcan entre 6 y 12 años anteriores a la encuesta y reducir el tamaño de la muestra. Sin embargo, la limitación de este método radica en que las encuestadas



pueden no recordar con precisión la edad a la que murió su hermana –para saber si era adulta –el momento del fallecimiento –durante el embarazo y hasta 42 días después del parto o aborto –y la causa ya que tal vez hubo otras enfermedades y la muerte no se debió al embarazo.

Finalmente, ya que la muerte materna no es un evento tan frecuente, se requiere recolectar datos de al menos siete años. En el Perú, se está tomando la información desde el 2004, por lo que recién se contará con un valor confiable en el 2011.

## 2. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos.

Para este indicador se toma una muestra de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) y a través de un conjunto de preguntas se determina cuántos hijos nacidos vivos tuvieron, cuántos de ellos siguen estando vivos y, para los fallecidos, qué edad tenían al morir. Con dichos resultados se determina cuántos de cada 1.000 nacidos vivos mueren antes de cumplir un mes.

La principal limitación al estimar el indicador usando una encuesta es que las madres pueden no recordar con precisión la edad a la que murieron sus hijos, dato relevante para determinar si se trataba de neonatos. Y como la encuesta recoge información de varios años, el monitoreo es problemático.

La evidencia internacional sugiere que la información sobre muerte neonatal obtenida a través de las encuestas de hogares es muy sensible a la calidad del proceso de capacitación de los encuestadores. Afortunadamente, el INEI tiene varios años de experiencia aplicando la encuesta y recolectando información para este indicador.

# Mortalidad neonatal

tasa por cada mil nacidos vivos, 2007-2008



Los últimos datos de los que se dispone corresponden al 2007, cuando 15,2 bebés morían antes de cumplir un mes, por cada 1.000 nacidos vivos. Esta cifra nacional esconde grandes desigualdades, ya que la tasa baja a 11,1 en zonas urbanas y sube a 20,7 en zonas rurales; es de 5,7 en el quintil superior (el 20% de la población con mejor nivel socio-económico) y de 25,8 en el quintil inferior.

Si se desagrega la información por regiones naturales, el 2007 en la sierra morían 23,8 neonatos por cada 1.000 nacidos vivos, en la selva 13,5 y en la costa 10,3 (exceptuando Lima). En Lima Metropolitana el valor era de solo 3 muertes neonatales.

### **3. Cobertura de parto en gestantes que se llevó a cabo en un establecimiento de salud (parto institucional).**

Para construir este indicador se toma una muestra de mujeres que hayan tenido al menos un hijo en los últimos 5 años. Luego se les pregunta si el último de sus partos fue atendido en un establecimiento de salud. El valor de este indicador es el porcentaje de partos atendidos en establecimientos de salud respecto al total de últimos partos reportados.

Para este indicador se trabaja con los nacidos vivos, aún cuando estos hayan podido morir a las pocas semanas o meses. Además, no se discrimina si el establecimiento de salud es público o privado. El problema con este indicador, llamado también Cobertura de Parto Institucional, es que asume que los establecimientos de salud tienen condiciones adecuadas para atender un parto. Pero la realidad es que muchos (sobre todo en zonas rurales) no están bien equipados ni cuentan con personal capacitado.

Según las estadísticas de la ENDES del 2007, la cobertura de parto institucional en el Perú fue de 76,6%, aunque en las zonas urbanas el porcentaje subía a 93,7% y en zonas rurales bajaba a 50,5%. De igual manera, para el quintil superior (el 20% de la población con mayores ingresos) la cobertura llegó hasta el 98,4% y para el quintil inferior (el 20% de la población con menores ingresos) se redujo a 36,1%. La menor cobertura entre los departamentos se hallaba en Puno: 43,9%.

Entre las regiones naturales, la menor cobertura de parto institucional estaba en la sierra y en la selva, con 60,8% y 61,1% respectivamente. Las tasas más altas estaban en Lima Metropolitana y el resto de la costa, con 97,8% y 94,3% respectivamente.

### **4. Cobertura de parto en gestantes de las zonas rurales que se llevó a cabo en un establecimiento de salud y que fue atendido por personal de salud calificado.**

Es el mismo indicador antes descrito (parto institucional), pero tomando como muestra solo a las mujeres de las zonas rurales que hayan sido atendidas por personal calificado.

De acuerdo con la ENDES, en el año 2007 solo el 49,4% de las mujeres en zonas rurales había dado a luz a su último hijo menor de cinco años en un establecimiento de salud y habían sido atendidas por personal calificado.

### **5. Cobertura de cesáreas en gestantes procedentes de zonas rurales.**

Considera a todos los hijos nacidos vivos menores de 5 años que ha tenido la mujer encuestada y no solo al menor de ellos (como en el caso anterior). Luego se precisa qué porcentaje de estos niños en zonas rurales nacieron con una cesárea. Se considera que este indicador mide el progreso hacia la reducción de la mortalidad materna pues es un reflejo del acceso que la mujer tiene a los servicios obstétricos de calidad.



En el 2007, la cobertura de cesáreas en zonas rurales era de 7%. Detrás del promedio se observa gran desigualdad, ya que el porcentaje era de 18,5% en la costa rural, de 6% en la sierra rural y de apenas 3,7% en la selva rural. De acuerdo con el criterio de la OMS, habría un exceso de cesáreas en la costa, mientras que en la selva hay mujeres que la necesitan y no pueden acceder a ella.

A nivel departamental, los lugares con mayores tasas de cesáreas practicadas a mujeres procedentes de zonas rurales son Ica (22,9%), Tacna (23,9%), Moquegua (25,5%) y Tumbes (32,1%). Las tasas más bajas estaban en Loreto (1,2%), Huánuco (2,7%), Amazonas (3,3%), Ucayali (3,9%), Cajamarca (4%), Junín (4%) y Puno (4,3%).

## **6. Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas.**

Se pregunta a todas las mujeres de entre 15 y 49 años cuántos hijos nacidos vivos tuvieron y con cuántos de ellos la gestación completó 37 semanas. El valor de este indicador es el porcentaje de nacidos vivos prematuros. Como explicábamos antes, este indicador está asociado al de mortalidad neonatal, ya que mientras menor es el tiempo de gestación, menos probabilidades de supervivencia tiene el neonato.

El problema asociado a este indicador es que las encuestadas pueden no recordar con precisión cuántas semanas de gestación alcanzaron con cada embarazo. Durante la ENDES, las mujeres tienen que responder a muchas preguntas sobre su vida sexual y reproductiva, lo cual puede explicar que hayan errores involuntarios en las respuestas.

La ENDES 2007 reportó que el 14,7% de los nacidos vivos habían sido alumbrados antes de las 37 semanas. En áreas urbanas la tasa subía a 19,1% y en áreas rurales bajaba a 9%. En Lima se registró un porcentaje de 20,4%, en el resto de la costa de 16,5%, en la sierra de 13,1% y en la selva de 9,5%.

En el siguiente cuadro se muestra los indicadores del programa y su correspondiente avance entre el 2007 y el 2009.

### Progreso en indicadores del programa Salud Materno Neonatal\*

Descripción	Nombre del indicador	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)**	Dif. 09/07	Progreso ***
<b>Resultado final</b> Mejorar la salud materno neonatal	Tasa de mortalidad neonatal - Número de niños nacidos vivos que mueren antes de cumplir un mes por mil nacidos vivos	15	13	13	-2,0	Sin progreso
<b>Resultados intermedios</b> Reducción de la morbilidad y la mortalidad materna	Cobertura de parto institucional rural - Porcentaje de últimos nacimientos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta en áreas rurales atendidos por personal de salud capacitado y que se llevó a cabo en un establecimiento de salud	49,4	56,2	55,4	6,0	Sin progreso
	Cobertura de cesáreas en gestantes procedentes de las zonas rurales - Porcentaje de gestantes en zonas rurales que dieron partos por cesáreas	7,0	6,2	7,8	0,9	Sin progreso
Reducción de la morbilidad y la mortalidad neonatal	Proporción de recién nacidos vivos atendidos en establecimientos de salud	76,6	80,7	80,5	3,9	Progresó
	Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas	14,7	10,4	14,6	-0,1	Sin progreso
<b>Resultados inmediatos</b> Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive	Proporción de gestantes con seis atenciones prenatales	76,4	80,0	81,5	5,1	Progresó
	Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el primer trimestre	71,3	72,2	72,9	1,7	Progresó

\* Todos los indicadores provienen de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - Instituto Nacional de Estadística.

\*\* Corresponden a la ENDES del primer semestre del 2009 (resultados preliminares).

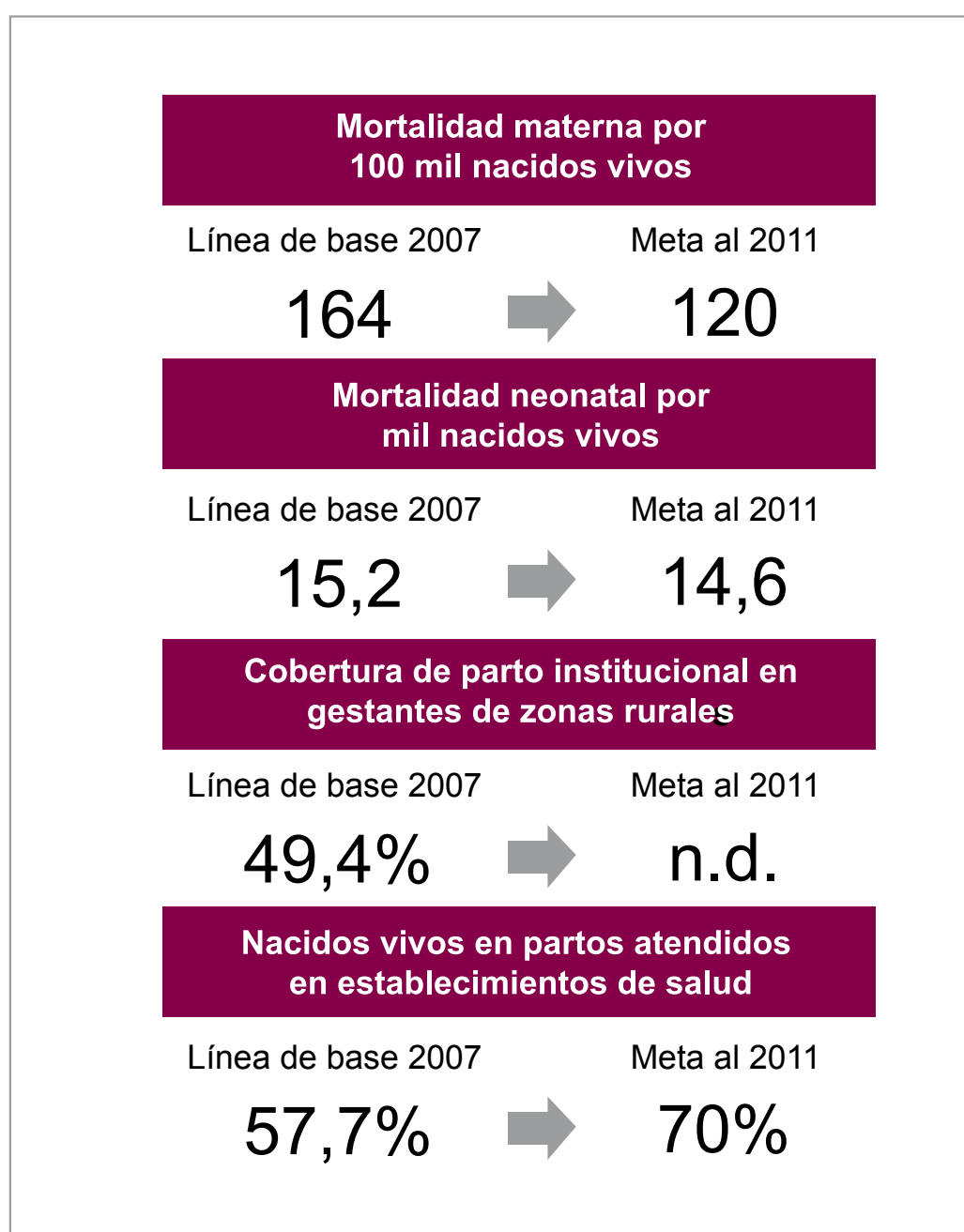
\*\*\* Se considera sin progreso a aquellos casos en los que la diferencia no es estadísticamente significativa.

Fuente: Ley de Presupuesto 2010

## ¿QUÉ SE ESPERA ALCANZAR?

La tendencia en la reducción de la mortalidad materna en el Perú indica que para el 2011 es posible alcanzar la meta que se puso el Gobierno de 120 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, una reducción de 26,8% en 5 años. De igual manera es posible alcanzar la meta de 70% en la Cobertura de Parto Institucional.

Dado que ambos indicadores tendrán un impacto en la reducción esperada de mortalidad neonatal, se espera superar la meta de 14,6 por cada 1.000 nacidos vivos y llegar a solo 11. Es más, en el 2008 ya se superó la meta, pues se llegó a 13. El reto es aumentar la atención en San Martín, Loreto, Puno, Junín, Áncash, Cajamarca, Piura y Moquegua, donde se tienen las mayores tasas de mortalidad neonatal y en donde el 2007 y 2008 la tasa se incrementó o redujo de manera poco significativa.







Línea de base

## Logros de Aprendizaje al Finalizar el III Ciclo de Educación Básica Regular

---

***“Cuadruplicar el porcentaje de alumnos con buen desempeño en matemáticas y duplicar el de comprensión lectora”***

---

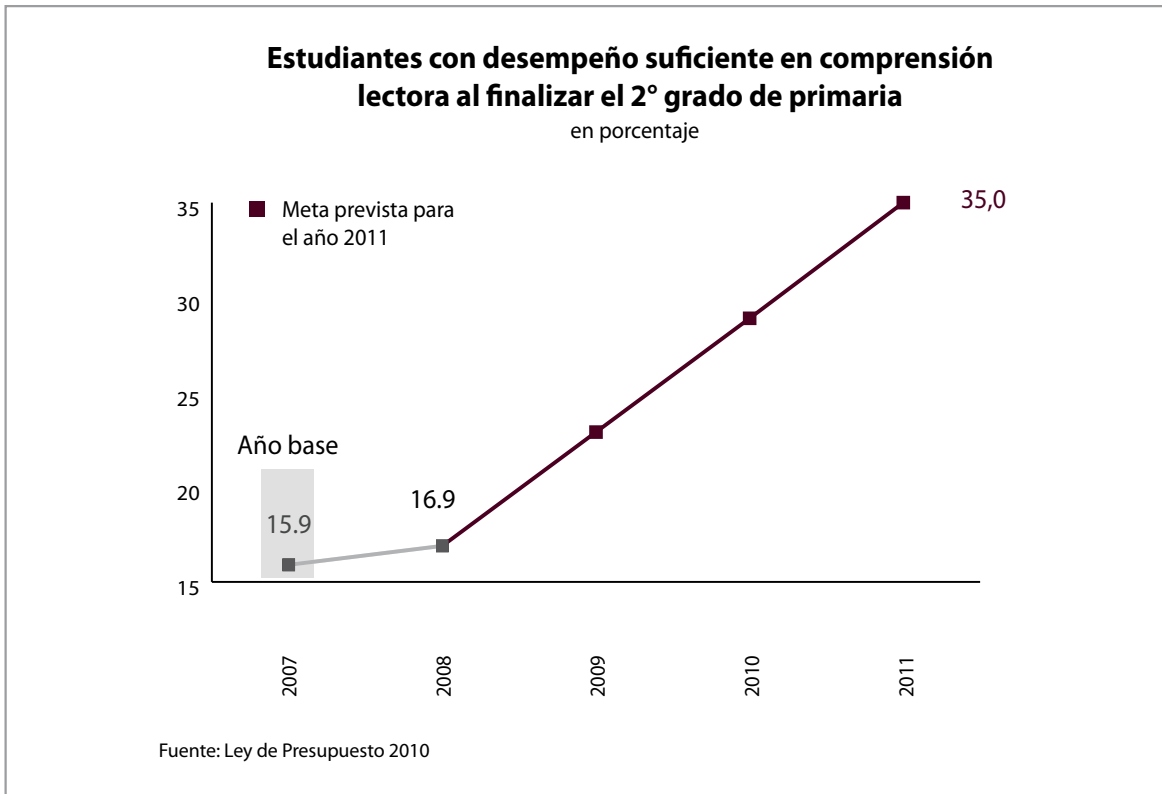
De acuerdo con mediciones internacionales sobre rendimiento educativo, en el Perú los escolares no están obteniendo los conocimientos necesarios para desenvolverse adecuadamente en el futuro. En la primera prueba PISA (sigla en inglés del Programa Internacional para la Evaluación de Estudiantes) aplicada en el Perú a inicios de esta década, los escolares peruanos ocuparon el puesto más bajo entre 43 países evaluados. Y en el 2008, un estudio del Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación (dependiente de la UNESCO), coloca al Perú entre los países con menor porcentaje de niños de 2° grado de primaria que alcanzan un desempeño suficiente en comprensión de lectura (18%) y en matemáticas (13%).

Pero no solo estudios internacionales hablan del problema. El Ministerio de Educación, a través de su Evaluación Censal de Estudiantes, aplicada anualmente desde el 2007, ha corroborado la necesidad de tomar acciones correctivas ya que entre los niños que concluyen el III ciclo de educación regular (tradicionalmente conocido como el 2° grado de primaria), apenas 15,9% alcanza un desempeño suficiente en comprensión de lectura y 7,2% lo alcanza en matemáticas. Los promedios son aún más dramáticos en zonas rurales.

Es por ello que el Ministerio de Educación, en coordinación con los gobiernos regionales, son los encargados de desarrollar los productos a los que debe orientarse el gasto en educación para mejorar el rendimiento académico de los escolares. Los principales indicadores en los que se trabajará son:

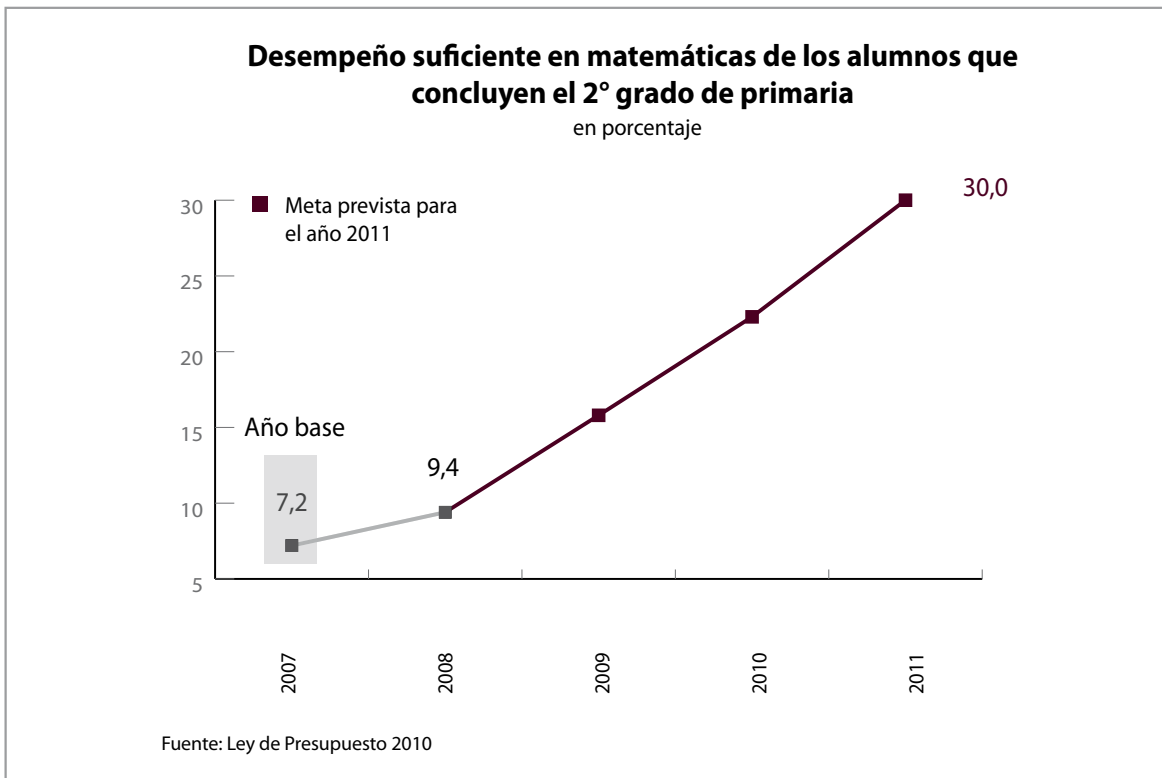
### **I. Desempeño suficiente en comprensión lectora de alumnos que concluyen el 2° grado de primaria.**

En ese grado se espera que los estudiantes hayan consolidado el aprendizaje de la lecto-escritura, que será la base para sus aprendizajes futuros.



**2. Desempeño suficiente en matemáticas de alumnos que concluyen el 2° grado de primaria.**

Idéntico al anterior.



### 3. Porcentaje de ingresantes a primaria con la edad oficial.

Si un niño no es matriculado en el 1° grado con la edad adecuada (6 años), se infiere que hay un problema de acceso a la educación.

### 4. Porcentaje de familias que cuentan con información sobre los logros de aprendizaje de los alumnos.

El rendimiento depende de cuán comprometidos están los padres con la educación de sus hijos. Por ello, el Ministerio de Educación ha previsto entregar una cartilla de información a los padres de los estudiantes que participan en la Evaluación Censal Anual. En esta se les informa sobre los resultados de sus hijos, se les explica los objetivos de la evaluación y se les da recomendaciones sobre cómo desarrollar las capacidades evaluadas.

### 5. Porcentaje de directores que cuentan con información sobre los logros de aprendizaje de los alumnos.

Es importante que los directores de los colegios incluidos en el censo escolar reciban información sobre el rendimiento de sus alumnos.

### 6. Percepción de las familias sobre el servicio educativo que se brinda en la institución educativa de su comunidad.

Este indicador recoge la opinión de los padres respecto a la infraestructura y el equipamiento de la escuela, la enseñanza de los maestros, la dotación de material educativo y el apoyo de otros padres de familia.

### 7. Porcentaje de docentes de primaria que alcanzan nivel suficiente según estándar de desempeño.

El rendimiento del alumno está vinculado a la capacidad profesional del maestro.

### 8. Porcentaje de estudiantes que tienen competencias básicas suficientes en Comunicación Integral al finalizar la educación inicial.

Muestra en qué medida la educación inicial (I ciclo de la educación regular) cumple con sus objetivos en el campo de la comunicación integral.

### 9. Porcentaje de estudiantes que tienen competencias básicas suficientes en pensamiento lógico-matemático al finalizar la educación inicial.

Este indicador muestra en qué medida la educación inicial está cumpliendo con sus objetivos en el campo de lógico-matemática.

### 10. Porcentaje de ingresantes con inicial.

La educación inicial prepara a los niños para un adecuado desempeño en los primeros años de la primaria. Este indicador señala en qué medida se está cumpliendo con esta condición.

## **11. Porcentaje de locales escolares con necesidad de rehabilitación.**

Se usa para planificar las inversiones en infraestructura educativa.

## **12. Porcentaje de locales escolares con necesidad de mantenimiento correctivo.**

Se usa también para planificar las inversiones en infraestructura educativa.

### **¿CÓMO SE MIDEN LOS INDICADORES?**

La Evaluación Censal que realiza cada año el Ministerio de Educación, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) a cargo del INEI, y los registros oficiales en base a la información que remiten los colegios, son las tres fuentes de información para los indicadores:

#### **1. Desempeño suficiente en Comprensión Lectora de alumnos que concluyen el 2° grado de primaria.**

Se obtiene a través de la evaluación anual que el Ministerio de Educación aplica desde el 2007. Al finalizar el año escolar se toma una muestra de estudiantes de todo el país y se les aplica la prueba de Comprensión Lectora.

Para determinar cuál es un “desempeño suficiente” se aplican métodos estadísticos que ponderan el grado de dificultad de las preguntas de la prueba. En otras palabras, no se espera que los alumnos censados contesten correctamente toda la prueba, sino que alcancen un nivel considerado suficiente para que tengan éxito en los siguientes grados.

Los resultados del 2007, es decir la línea de base, indican que apenas 15,9% de los estudiantes alcanzaron ese nivel suficiente en comprensión de lectura. El promedio sube a 33% en el caso de los colegios privados y baja a 11,9% entre los colegios del Estado. La diferencia es aún mayor entre las ciudades y las zonas rurales: 20,9% y 5,6% respectivamente. De la misma forma, el promedio cae a 5,1% en las escuelas unidocentes-multigrado (un mismo profesor debe impartir clases a alumnos de varios grados en un mismo salón) y sube a 19,6% en las escuelas con grados completos.



# Alumnos con desempeño suficiente en comprensión de lectura al finalizar el 2º grado

evaluación censal de estudiantes 2007



# Alumnos con desempeño suficiente en matemáticas al finalizar el segundo grado

evaluación censal de estudiantes 2007



**2. Desempeño suficiente en Matemáticas de alumnos que concluyen el 2° grado de primaria.**

De acuerdo con los resultados de la Evaluación Censal del 2007, solo el 7,2% de los niños tenían un desempeño suficiente en matemáticas. Entre los colegios privados el promedio sube a 11,1% y en los estatales baja a 6,3%. En las áreas urbanas es 8,6% y en las zonas rurales cae a 4,6%, en los colegios completos llega a 8,2% y en los unidocente-multigrado baja a 4,6%.

**3. Porcentaje de ingresantes a primaria con la edad oficial.**

Se construye con los registros administrativos del Ministerio de Educación. La edad oficial es 6 años. Como “ingresante” solo se considera a los alumnos matriculados por primera vez.

Según datos del 2006, tomados como línea de base, el 96,6% de los ingresantes al 1° grado tenían la edad oficial. Si se desagrega el indicador al nivel de los departamentos, se observa la tasa más baja en Huánuco (90,9%) y la más alta en Tacna (98,9%).

**4. Porcentaje de familias que cuentan con información sobre los logros de aprendizaje de los alumnos.**

El Ministerio de Educación se encuentra procesando la información.

**5. Porcentaje de directores que cuentan con información sobre los logros de aprendizaje de los alumnos.**

El Ministerio de Educación se encuentra procesando la información.

**6. Percepción de las familias sobre el servicio educativo que se brinda en la IIEE de su comunidad.**

Se pregunta a los padres de una muestra de hogares si tienen una buena o una mala opinión sobre: a) la infraestructura y el equipamiento de la escuela, b) la enseñanza de los maestros, c) la dotación de material educativo, d) el apoyo y participación de los padres de familia. La información se recoge a partir de la ENAHO-2008.

**7. Porcentaje de docentes de primaria que alcanzan nivel suficiente según estándar de desempeño.**

El Ministerio de Educación se encuentra procesando la información.

**8. Porcentaje de estudiantes que tienen competencias básicas suficientes en Comunicación Integral al finalizar la educación inicial.**

Se mide a partir de estudios estadísticos que realiza el Ministerio de Educación. En este caso, la complejidad de la prueba –debida a la edad de los niños– obliga a trabajar con muestras muy reducidas y a aplicarla en lapsos de 4 años. Aún no hay información.

**9. Porcentaje de estudiantes que tienen competencias básicas suficientes en pensamiento lógico-matemático al finalizar la educación inicial.**

Idéntico al anterior.

## **10. Porcentaje de ingresantes con educación inicial.**

En la línea de base del 2007 se considera la información provista por la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHG). Al 2007, se tenía que el 85,4% de los niños que estaban matriculados por primera vez en el 1° grado, habían tenido educación inicial.

## **11. Porcentaje de locales escolares con necesidad de rehabilitación.**

Si bien ya se ha empezado a medir, el Ministerio de Educación se encuentra omiso al envío de información.

## **12. Porcentaje de locales escolares con necesidad de mantenimiento correctivo.**

Si bien ya se ha empezado a medir, el Ministerio de Educación se encuentra omiso al envío de información.

En el siguiente cuadro se presentan los indicadores del programa y su correspondiente avance entre el 2007 y 2008.

## Progreso en indicadores del programa Logros de aprendizaje al finalizar el 2º grado de primaria \*

Descripción	Nombre del indicador	2007 (%)	2008 (%)	Dif. (%)	Progreso **
<b>Resultado final</b> Estudiantes del 2º grado de primaria obtienen los logros de aprendizaje esperados en Comunicación Integral y Pensamiento Lógico Matemático	Desempeño suficiente en comprensión lectora de los alumnos que concluyen el 2º grado de primaria	15,9	16,9	1,1	Progresó
	Desempeño suficiente en matemáticas de los alumnos que concluyen el 2º grado de primaria	7,2	9,4	2,2	Progresó
	Porcentaje de ingresantes a primaria con la edad oficial	96,6	97,1	0,5	Progresó
<b>Resultados intermedios</b> Gestión educativa orientada al logro de aprendizajes	Porcentaje de familias que recibieron reporte individual de resultados de la evaluación censal de estudiantes	n.d.	23,0	n.d.	n.d.
	Percepción de las familias respecto de la presentación del servicio educativo que se brinda en las instituciones educativas públicas de su comunidad				
	Percepción buena o muy buena sobre infraestructura y equipamiento	n.d.	71,8	n.d.	n.d.
	Percepción buena o muy buena sobre la enseñanza de los maestros	n.d.	81,8	n.d.	n.d.
	Percepción buena o muy buena sobre la dotación de material educativo	n.d.	70,1	n.d.	n.d.
	Percepción buena o muy buena sobre apoyo a la participación de padres de familia	n.d.	77,3	n.d.	n.d.
	Niños con competencias básicas al concluir el 2º grado de primaria	Porcentaje de ingresantes a primaria con inicial	85,4	85,3	-0,1

\* Todos los indicadores provienen de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) - Instituto Nacional de Estadística, salvo los de desempeño suficiente en comprensión lectora y matemáticas, cuya fuente es la Evaluación Censal de Estudiantes, y el porcentaje de ingresantes a primaria con la edad oficial, cuya fuente es el Censo Escolar.

\*\* Se considera Sin progreso a aquellos casos en los que la diferencia no es estadísticamente significativa.

Fuente: Ley de Presupuesto 2010

## ¿QUÉ SE ESPERA ALCANZAR?

Si se consigue aumentar el desempeño suficiente en comprensión lectora y en matemáticas a 35% y 30% respectivamente, el Perú dejará de estar entre los últimos en rendimiento escolar entre los países de América Latina. Los retos son grandes ya que, por el momento, más de la mitad de los departamentos del país presentan indicadores por debajo del promedio nacional para comprensión lectora.





Línea de base

# Acceso de la Población a la Identidad

---

***“Es necesario que el 100% de los adultos cuente con su documento de identidad y que los niños sean registrados al nacer”***

---

En el Perú existen 565.000 personas mayores de 18 años que no tienen Documento Nacional de Identidad (DNI), quienes no solo no pueden votar en las elecciones, sino que están impedidos de acceder a empleo formal, de reclamar sus derechos entablando un juicio y de registrar sus propiedades. Es decir, tienen una ciudadanía restringida. Pero eso no es todo; tampoco pueden usar los servicios que brinda el Estado –como los de salud– ni acceder a programas de subsidio.

En este sentido, el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), entidad encargada de diseñar e implementar el programa estratégico Acceso de la Población a la Identidad, ha definido un conjunto de productos que le permitirán lograr la identificación de todos los peruanos.

## **¿CÓMO SE MIDEN LOS INDICADORES?**

El RENIEC decidió usar tres indicadores para medir la mejora en la identificación, aliándose con el INEI para que le provea de la información necesaria, a través de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) que realiza periódicamente. Los indicadores son:

### **I. Índice de identificación.**

Porcentaje de peruanos mayores de 18 años que cuentan con DNI. Al 2007 este índice era de 94,6% a nivel nacional, aunque en la selva la tasa bajaba a 89,2%.

## 2. Índice de cobertura registral.

Porcentaje de niños menores de 3 años cuyo nacimiento ha sido registrado en la municipalidad. Señala en qué medida se reduce el problema en su origen.

Para obtenerlo se toma una muestra representativa de hogares a cuyos jefes los encuestadores de la ENAHO preguntan si han inscrito a sus hijos menores de tres años. Si la respuesta es afirmativa, se le pide al padre que muestre la partida de nacimiento para validar la respuesta. Con ello se elimina la probabilidad de que, por olvido o por vergüenza, se dé información falsa.

Al 2007, el Índice de Cobertura Registral era de 86,8% a nivel nacional, siendo mayor en zonas urbanas (90,5%) y menor en áreas rurales (81,3%). En la selva la cifra estaba muy por debajo del promedio: 72,5%.

## 3. Incremento de la identificación.

Porcentaje de menores de 3 años que tienen partida de nacimiento con Código Único de Identificación (CUI). El sistema del CUI está simplificando el sistema de registros, pues otorga un número único que acompañará a la persona desde la infancia y durante toda su vida. Este será el número de la partida de nacimiento, del DNI para niños y del DNI para adultos. En esta medida, este indicador es una referencia de la medida en la que se está modernizando el sistema registral.

Al 2007, el 69,2% de los niños tenían partida de nacimiento con el CUI. El indicador subía a 71,9% en zonas urbanas y bajaba a 65,7% en áreas rurales.

En el siguiente cuadro se presentan los indicadores del programa y su correspondiente avance entre el 2008 y 2009.

### Progreso en indicadores del programa Acceso de la población a la identidad \*

Descripción	Nombre del indicador	2008 (%)	2009 (%)**	Dif.	Progreso ***
<b>Resultado final</b> Acceso de la población a la identidad (niños y adultos)	Índice de identificación del Perú - Porcentaje de personas de 18 años a más que cuentan con DNI	94,5	95,2	0,6	Progresó
<b>Resultados intermedios</b> Acceso de recién nacidos a la identidad en áreas urbanas y rurales	Índice de cobertura registral - Porcentaje de niños menores de 3 años que fueron inscritos en la municipalidad	88,3	89,6	1,3	Sin progreso
Acceso al DNI de niños y adultos en áreas urbanas y rurales	Incremento de la Identificación - Porcentaje de niños menores de 3 años cuya partida tiene número CUI	73,4	74,6	1,2	Sin progreso

\* Todos los indicadores provienen de la Encuesta Nacional de Hogares (ENDES) - Instituto Nacional de Estadística.

\*\*Para el caso de los indicadores cuya fuente es la ENAHO corresponde al primer trimestre del 2009. Resultados preliminares.

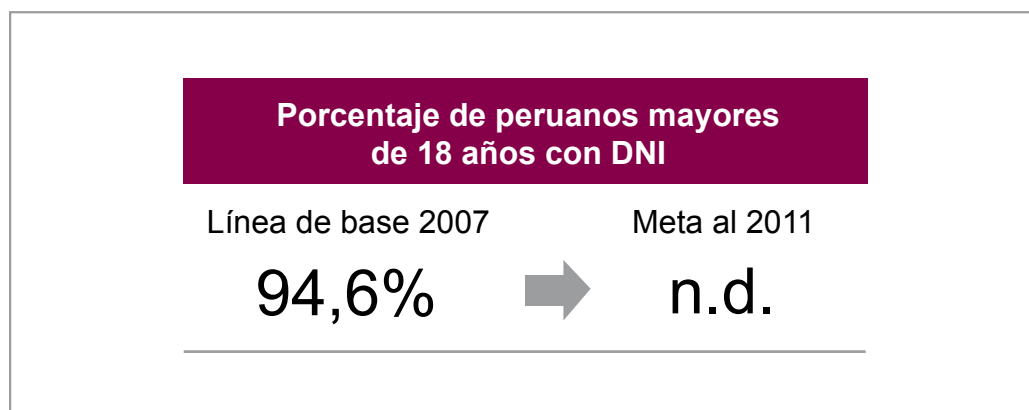
\*\*\* Se considera Sin progreso a aquellos casos en los que la diferencia no es estadísticamente significativa.

Fuente: Ley de Presupuesto 2010



## ¿QUÉ SE ESPERA ALCANZAR?

En el 2008, año en que el RENIEC se comprometió con las metas del Presupuesto por Resultados, hubo grandes esfuerzos por parte de la entidad para cerrar la brecha de peruanos indocumentados, ya se trate de adultos o niños. Y es por ello que si bien no existen metas explícitas, la meta es llegar al 100% de personas identificadas. Las cifras más recientes: (95,2% de mayores de edad con DNI y 89,6% de menores de 3 años inscritos en la municipalidad en al 2008) muestran que las acciones del RENIEC han rendido frutos.







Línea de base

# Acceso a Servicios Sociales Básicos y a Oportunidades de Mercado



---

***“Reducir para el 2011 en 20% el tiempo de acceso a pie a los servicios de salud, educación y mercados”***

---

El tiempo dedicado por las personas para transportarse de un sitio a otro es un factor que afecta el nivel de desarrollo de una sociedad. Una familia que tiene que viajar pocos minutos para llegar a un hospital, tiene mejores perspectivas que otra cuyos integrantes deben desplazarse durante horas para acceder a servicios de salud. Un productor que está a pocos metros de un mercado tiene ventaja sobre otro que debe recorrer varios kilómetros para poder vender y que además debe incorporar en sus precios un mayor costo de transporte.

En el Perú, el principal problema relacionado al transporte no es necesariamente la falta de caminos, sino la falta de mantenimiento de los que existen. Así, recorrer 430 kilómetros de Lima a Chimbote por la carretera Panamericana toma 6 horas (o menos con las nuevas obras de evitamiento). Pero recorrer 25 kilómetros entre Carhuaz y Chacas (Ancash), por una vía de tierra afirmada que no recibe mantenimiento después de las temporadas de lluvia, toma 4 horas. La calidad del mantenimiento de los caminos depende de la gestión de las autoridades.

Como es obvio al hablarse de acceso a servicios y a mercados, se habla principalmente de acceso físico y, por ende de caminos, es el Ministerio de Transportes y Comunicaciones y los gobiernos regionales los principales involucrados en la definición de los productos que se usarán para mejorar el acceso. Pero como es la capacidad de gestión de las autoridades subnacionales lo que definirá la ejecución de obras, también participaron en la definición y en la puesta en marcha de los indicadores que se eligieron.

## **I. Tiempo promedio de acceso a un centro de salud a pie.**

En una emergencia médica, llegar a un establecimiento de salud a tiempo es un factor de vida o muerte. Cuanto menor sea, en mayor medida el Estado garantiza el derecho a la vida.

El tiempo de desplazamiento se mide a pie pues en gran parte de las zonas rurales se carece de medios de transporte y es la única forma de moverse. Los datos se recolectan a través de encuestas que se hacen cada dos o tres años en zonas rurales. Es el indicador que más fehacientemente mide el impacto del trabajo que se hace para incrementar o mantener la red vial.

## **2. Tiempo promedio de acceso a un centro educativo a pie.**

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en el Perú muchos niños deben caminar varias horas para ir a la escuela. Como consecuencia, llegan cansados a sus clases y esto afecta su capacidad de aprendizaje; al llegar tarde reciben pocas horas de dedicación de los maestros.

## **3. Tiempo promedio de acceso a un centro de comercio a pie.**

El acceso a mercados determina qué oportunidades de empleo tienen las personas, y el empleo es lo único que garantiza el desarrollo en el largo plazo. Además, este indicador da una idea de la medida en que el costo del transporte está afectando la economía de las familias. A mayor tiempo de traslado, mayor costo tendrá el producto que se lleva al mercado (y menor el margen de ganancia).

## **4. Centros poblados que acceden a puestos o centros de salud en menos de 2 horas.**

Este indicador toma como referencia el tiempo que se considera límite para atender una emergencia obstétrica: dos horas. Cada embarazo, que es una situación común y esperada, implica riesgos para la vida de la mujer y de su hijo.

## **5. Incremento de la red de caminos de herradura en buen estado.**

Este indicador, al igual que los dos siguientes, es un indicador de resultado intermedio. Debido a que no todos los años se realizan encuestas sobre el tiempo de desplazamiento (la última de la que se dispone es del 2007 y las próximas se harán en el 2010 y 2012), estos indicadores sobre kilómetros de vías que reciben mantenimiento, son el reflejo de la inversión que hace el Estado.

## **6. Incremento de la red de caminos vecinales en buen estado.**

Ver indicador anterior.

## **7. Incremento de la red de caminos departamentales en buen estado.**

Ver el indicador número 5.

## **8. Gobiernos regionales que asumen la responsabilidad de la planificación y mantenimiento vial.**

Señala en qué medida los gobiernos regionales se están preparando para la gestión vial y en qué medida están asumiendo la responsabilidad de mantener sus vías.

## **9. Gobiernos locales que asumen la responsabilidad de la planificación y mantenimiento vial.**

Señala en qué medida los gobiernos locales se están preparando para la gestión vial y en qué medida están asumiendo la responsabilidad de mantener sus vías.

### **¿CÓMO SE MIDEN LOS INDICADORES?**

Los indicadores de este programa no requieren de la aplicación de fórmulas o estimaciones complejas. Se basan en encuestas y en los registros oficiales sobre mantenimiento de vías.

#### **I. Tiempo promedio de acceso a un centro de salud a pie.**

Se obtiene a través de la encuesta que realiza ProVías Descentralizado en zonas rurales, al margen del tipo de camino. Se mide el tiempo “a pie” debido a que es la forma principal de transporte. La encuesta del 2007 se hizo con una muestra de casi 1.700 familias en 12 departamentos: Piura, La Libertad, Amazonas, Ancash, Huánuco, San Martín, Lima, Ayacucho, Arequipa, Moquegua, Cusco y Puno.

Según sus resultados, los pobladores rurales de Moquegua deben destinar 144 minutos, casi 2 horas y media, para llegar hasta el centro o puesto de salud. Sigue Lima con un promedio de 125 minutos, poco más de dos horas, el tiempo considerado límite para atender una emergencia obstétrica. Los mejores indicadores estuvieron en Puno, donde la población rural está, en promedio, a 40 minutos caminando del establecimiento de salud.

# Tiempo de acceso a establecimientos de salud

en minutos a pie, 2007



## **2. Tiempo promedio de acceso a un centro educativo a pie.**

Se les pregunta a aquellos miembros en edad escolar. La escuela por la que se pregunta, es aquella a la que asiste la población escolar de la comunidad o pueblo.

Según los resultados del 2007, en Ayacucho, Cusco y Amazonas los escolares deben caminar más de media hora para asistir a clases (33, 31 y 30 minutos respectivamente). El menor tiempo se registra en Arequipa y Moquegua, lo cual sugiere que no necesariamente los caminos son difíciles de transitar en este último departamento, sino que hay muchos colegios y pocos hospitales.

## **3. Tiempo promedio de acceso a un centro de comercio a pie.**

Un centro de comercio puede ser el mercado de referencia del pueblo o el lugar donde se realizan ferias. En este caso, Arequipa es el departamento con el indicador más desfavorable, ya que sus pobladores deben transportarse en promedio durante 466 minutos (7 horas y 45 minutos) para llegar hasta el centro de comercio habitual. Siguen Moquegua con 362 minutos (6 horas), Huánuco con 198 minutos (3 horas 20 minutos) y Cusco con 172 minutos (2 horas 50 minutos).

# Tiempo de acceso al centro de comercio

en minutos a pie, 2007





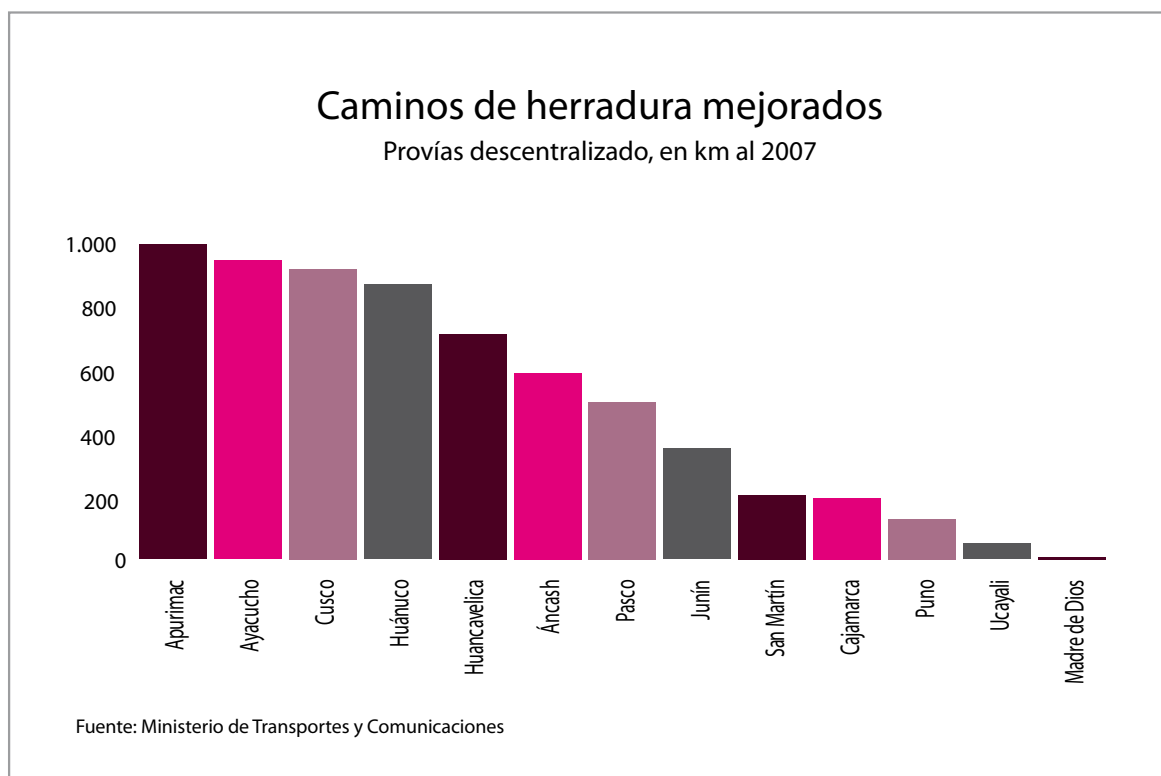
#### 4. Centros poblados que acceden a puestos o centros de salud en menos de 2 horas.

La información aún no está disponible.

#### 5. Incremento de la red de caminos de herradura en buen estado.

Este indicador es el número de kilómetros de caminos de herradura mejorados por Provías Descentralizado, programa del Ministerio de Transportes y Comunicaciones creado en agosto del 2006. Los caminos de herradura son aquellos por los que pueden transitar peatones, animales de carga y vehículos no motorizados. Las obras de mejoramiento son menores, como el perfilado del terreno natural y pequeños cortes.

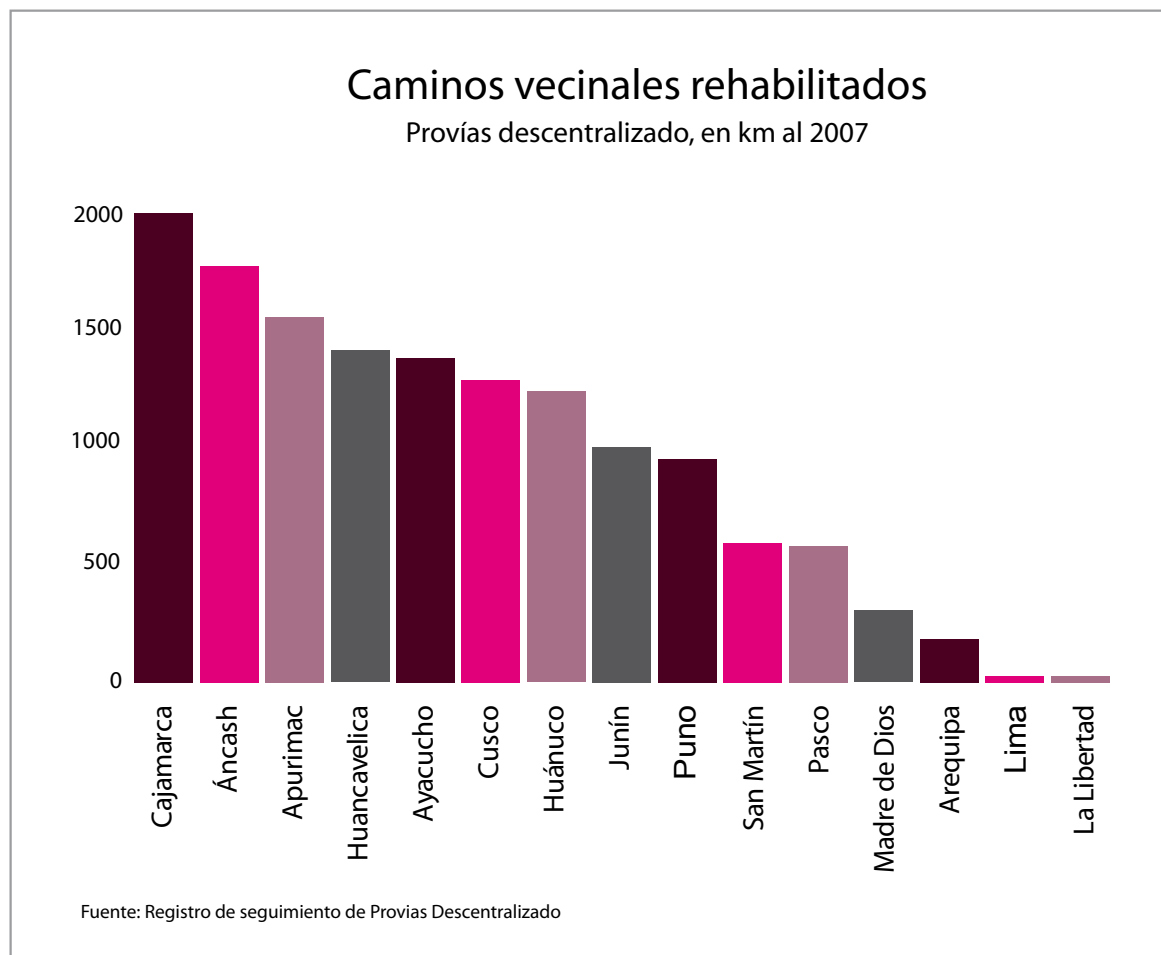
Al 2007, se habían hecho obras de mejoramiento en 6.230 kilómetros de caminos de herradura. Los departamentos con más kilómetros mejorados eran Apurímac (960), Ayacucho (911), Cusco (885) y Huánuco (838). 5.977 kilómetros de estos caminos de herradura mejorados (96%) están en departamentos de la sierra.



#### 6. Incremento de la red de caminos vecinales en buen estado.

Kilómetros de caminos vecinales rehabilitados por Provías Descentralizado. Los caminos vecinales son los que unen provincias con centros poblados y están ubicados principalmente en zonas rurales. La rehabilitación consiste en hacer drenajes, escarificar (con una máquina que es como un rastrillo) y recompactar el terreno, mejora del trazado (lo que implica cortar cerros) y reforzamiento de algunos puntos de apoyo.

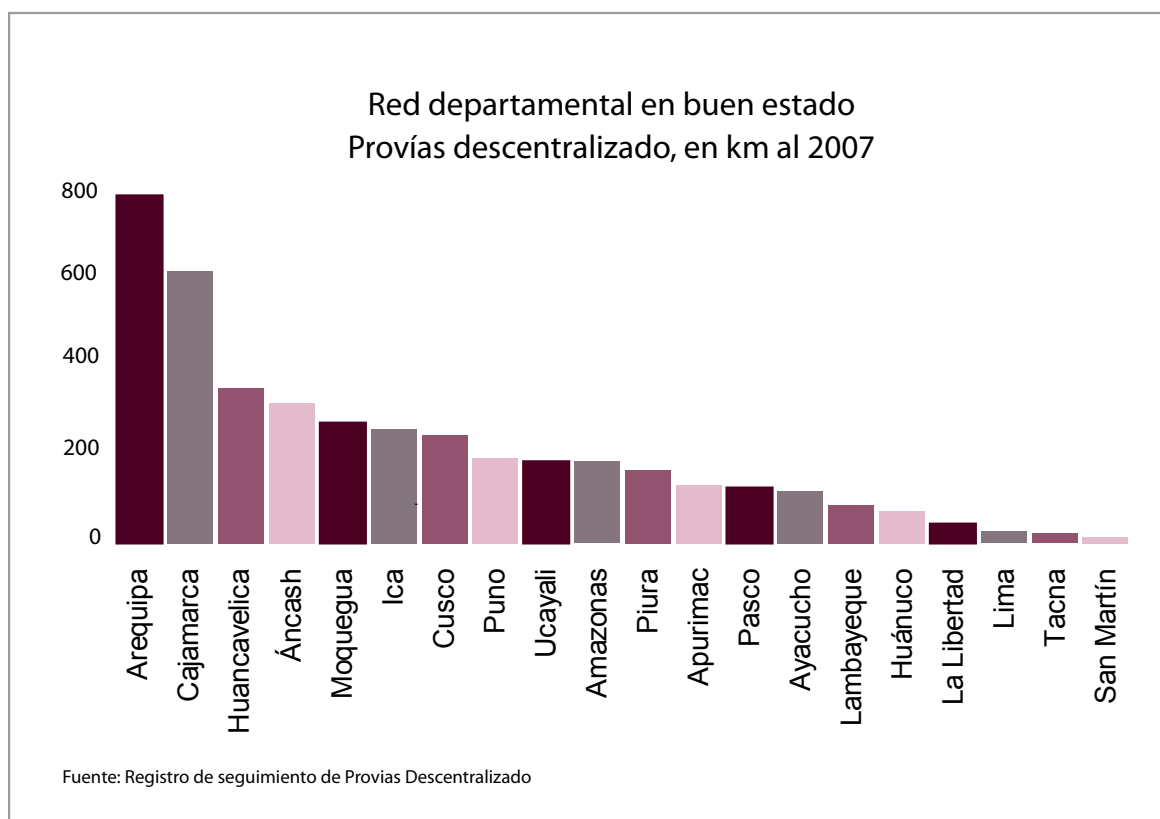
Al 2007 se habían rehabilitado 12.256 kilómetros de caminos vecinales, estando el 93% de estos en departamentos de la sierra. El departamento con más kilómetros rehabilitados era Cajamarca (1.709), seguido de Ancash (1.516) y Apurímac (1334).



## 7. Incremento de la red de caminos departamentales en buen estado.

Las vías departamentales son las que alimentan a la red nacional. Este indicador es el número de kilómetros de vías departamentales rehabilitados por Provías Descentralizado. La rehabilitación y mantenimiento de un camino departamental requiere, además de los trabajos de nivelación y compactado, hacer “obras de arte” que es como se llama en la construcción de carreteras a la construcción de alcantarillas, badenes, muros de contención, cunetas, pontones, etc. Según el Ministerio de Transportes y Comunicaciones, al 2006 el 66,4% de la red departamental estaba en mal estado.

Para el 2007, Provías Descentralizado había hecho obras de rehabilitación en 3.621 kilómetros de caminos departamentales, estando el 70% de ellos en departamentos de la sierra (incluyendo Áncash y Arequipa) y otro 20% en departamentos de la costa que también tienen sierra.



## 8. Gobiernos regionales que asumen la responsabilidad de la planificación y mantenimiento vial.

Los últimos dos indicadores del programa son los que señalan en qué proporción los gobiernos regionales y locales están mejorando su capacidad de enfrentar los problemas del transporte terrestre en sus ámbitos de influencia política.

Hasta el 2007, 22 de los 25 gobiernos regionales contaban con Plan Vial Departamental Participativo (PVDP), instrumento que elaboran juntos el gobierno regional y los municipios provinciales, y el cual todas las autoridades pueden hacer un seguimiento. Por otro lado, 19 gobiernos regionales han firmado el Convenio de Adhesión al Programa de Caminos Departamentales (PCD), 18 de ellos han firmado el Convenio de Fortalecimiento y 17 han firmado el Convenio Financiero, con el cual se comprometen a cofinanciar la inversión en el mantenimiento y rehabilitación de vías.

El Convenio de Fortalecimiento permite que los expertos del Ministerio de Transportes y Comunicaciones den capacitación a los funcionarios de los gobiernos regionales en materia de planificación, contrataciones, adquisiciones, administración de contratos, proyectos de inversión, aspectos presupuestales y otros que demanda una eficiente gestión de las carreteras y caminos.

## 9. Gobiernos Locales que asumen la responsabilidad de la planificación y mantenimiento vial.

Hasta el 2007, 95 de los 198 municipios provinciales contaban con un Plan Vial Provincial Participativo (PVPP) y otros 60 estaban en camino a tenerlo. A la vez, 142 gobiernos provinciales contaban con Institutos Viales Provinciales, que son los encargados de la gestión vial descentralizada.

## ¿QUÉ SE ESPERA ALCANZAR?

Las metas expresadas en el cuadro son las que se consignaron en el Presupuesto Nacional del año 2008, en el cual quedaron fijados los objetivos de los cinco primeros programas del Presupuesto por Resultados. Son metas ambiciosas cuya consecución depende de la capacidad y de los recursos con los que cuenten el Ministerio de Transportes y Comunicaciones y los gobiernos regionales y locales.

No existe información disponible aún, pero el Ministerio de Transportes ha sido el que mayor ejecución presupuestal ha tenido, por lo que se infiere que podría alcanzar las metas.





Línea de base

## Acceso a Agua Segura y Disposición Sanitaria de Excretas para Poblaciones Rurales

---

***“Duplicar el porcentaje de hogares de las zonas rurales con acceso a agua segura y a disposición sanitaria de excretas”***

---

La alta incidencia de diarreas, tifoidea, parasitosis y otras enfermedades causadas por patógenos entre los peruanos, sobre todo entre los niños de zonas rurales, está asociada al hecho de que gran parte de la población rural no cuenta con sistemas para abastecerse de agua segura ni con sistemas para disposición sanitaria de excretas. Dichas enfermedades, además de las molestias, limitan la capacidad de trabajo de los adultos y condicionan a los niños a padecer desnutrición crónica.

La compleja geografía del país explica que no haya sido fácil llevar redes de agua y desagüe a las zonas rurales, por lo que surge la pregunta: ¿cómo ampliar la cobertura en las dispersas poblaciones rurales?

Se habla de agua segura y disposición de excretas en conjunto, porque suele ocurrir que en aquellos poblados en donde no hay letrinas o desagües adecuados, las excretas contaminan las fuentes de agua (ríos, manantiales, etc.). Sin embargo, en términos de costos no es lo mismo contar con servicio de agua y de disposición de excretas.

Tener “agua segura” implica contar con un sistema de abastecimiento desde una fuente en la que el agua es tratada (ya sea una fuente artificial o una natural) lo cual generalmente es tarea del municipio. En cambio, la disposición de excretas puede darse aún cuando no se tenga conexión al desagüe público.

Según el diseño de este programa estratégico, que fue estructurado en función a productos consensuados entre el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, como organismo rector del sector, y los gobiernos regionales y locales, como los principales concededores de los requerimientos de la población y los que se encargan de ejecutar las obras de infraestructura en zonas de influencia, hay que educar a la población y a las autoridades con dos objetivos: que admitan nuevas formas de abastecimiento del servicio y que garanticen el mantenimiento y adecuada administración de los sistemas con los que cuentan. Lo último es

sumamente importante pues existen estudios que muestran que apenas entre un 10% y 30% de los sistemas que se construyeron en la década del 90 con una inversión de US\$123 millones, es sostenible. El porcentaje restante, o está deteriorado o ha colapsado.

## ¿CÓMO SE MIDEN LOS INDICADORES?

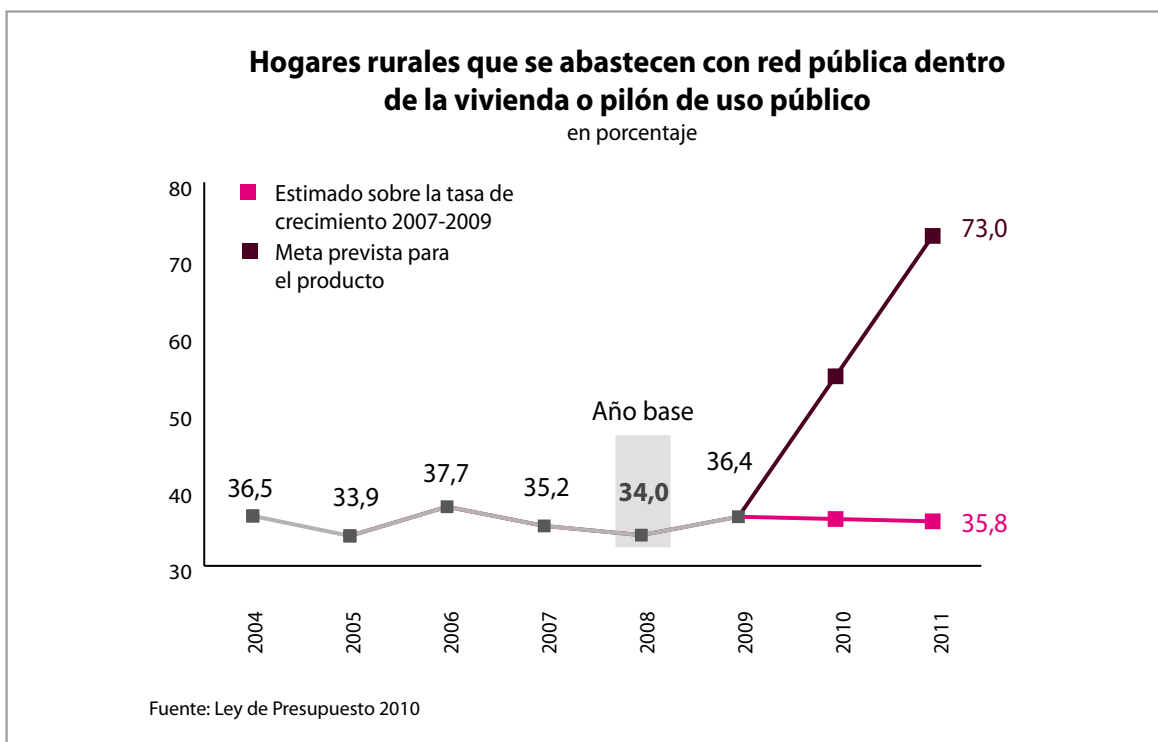
Por ahora solo están disponibles los indicadores de resultados finales, es decir, recién hay un primer consenso sobre cuáles deben ser las metas finales a las que debe apuntar el programa. Los indicadores intermedios e inmediatos aún no han sido definidos por el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento a pesar de que los plazos están vencidos. En todo caso, los indicadores disponibles hasta ahora, cuya información la recoge el INEI a través de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), son los siguientes:

### I. Porcentaje de hogares que se abastecen con red pública dentro y fuera de la vivienda o pilón de uso público en áreas rurales (poblaciones menores de 2,000 habitantes).

Porcentaje de hogares rurales que cuentan con el acceso a agua potable. Se considera que esta puede obtenerse desde una conexión dentro de la vivienda, desde una conexión fuera de la vivienda pero dentro del edificio o desde un pilón ubicado en la calle o en algún espacio público. Si existe una red, pero esta se abastece de manera informal, se considera que el hogar no tiene agua segura.

Según la ENAHO a septiembre del 2008, el 34,0% de la población rural contaba con el servicio, siendo mucho mayor el porcentaje en la costa y sierra (37% para cada caso) que en la selva (21,2%). En el ámbito departamental, las más bajas coberturas se encuentran en Ucayali (0,6%), Pasco (2,1%), Loreto (5,2%), Madre de Dios (7,2%) y Huánuco (8,3%). El departamento con mayor cobertura en zonas rurales es Áncash (63,4%).

Una limitación de este indicador es que solo revela cuál es la proporción de hogares que cuentan con el servicio, pero no aporta otros datos importantes como el de la calidad del agua (se asume que es segura porque viene de una red, aunque esto no siempre es cierto), la cantidad, el costo y la continuidad.



# Hogares rurales con acceso a agua segura

porcentaje, ENAHO enero-setiembre 2008



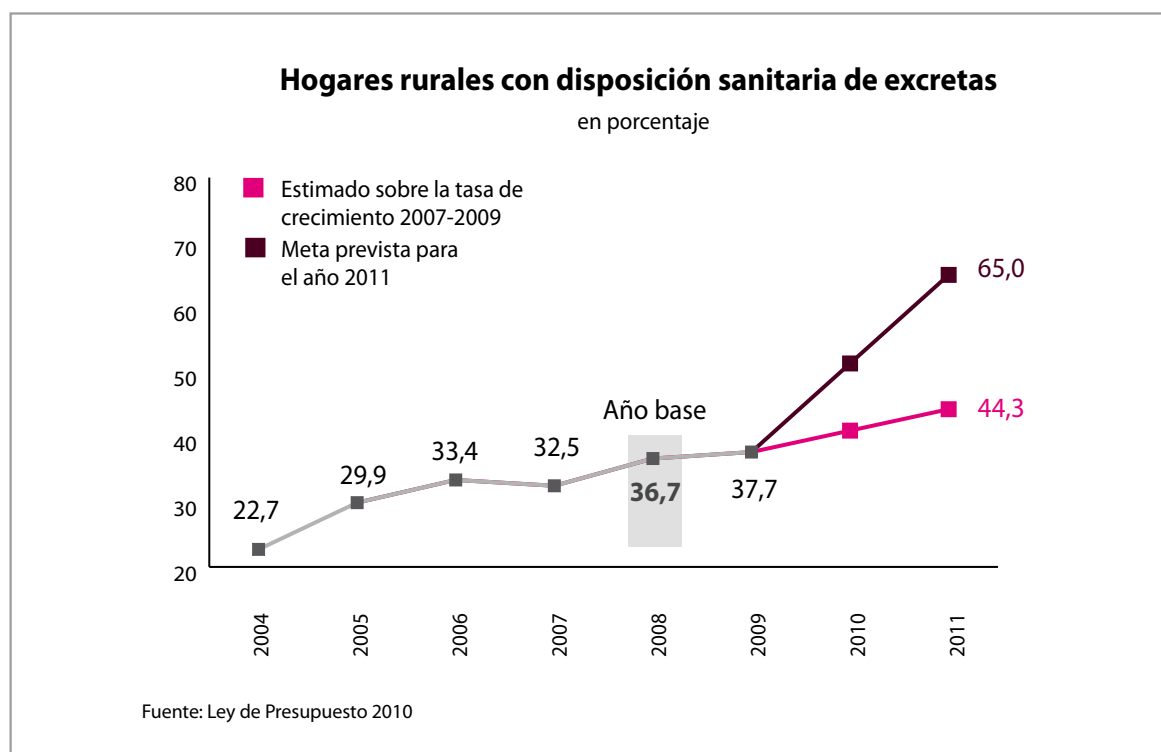
## 2. Acceso a Disposición Sanitaria de Excretas en poblaciones rurales.

Es el porcentaje de hogares que cuentan con conexión a la red del desagüe público o con un pozo séptico. Este indicador permite conocer cuántos hogares están reduciendo sus posibilidades de transmisión de agentes patógenos.

Para efectos de la encuesta, se considera que el hogar cuenta con un sistema de disposición sanitaria de excretas cuando cuenta con un pozo séptico tratado con cal, ceniza o similares; o cuando tiene un excusado dentro de la vivienda o dentro del perímetro del edificio (pasillo, patio, vecindad) que esté conectado con la red del desagüe público. Si el hogar tiene tuberías pero el destino de estas es el río, acequia o canal, se considera que las excretas se depositan en estas fuentes de agua.

Un riesgo de este indicador es el de obtener respuestas no fidedignas debido a que la pregunta del encuestador es muy directa y puede despertar la sensibilidad del encuestado. Para que este riesgo sea menor, el encuestador debe estar bien capacitado y conocer la cultura del lugar en el que está trabajando.

Según la ENAHO a septiembre del 2008, el 36,8% de los hogares rurales cuenta con un sistema de disposición sanitaria de excretas. El porcentaje más alto se encuentra en la sierra y selva (con 38% y 37,6%, respectivamente) y el más bajo está en la costa (31%). Entre los departamentos, Ucayali, Loreto y Madre de Dios tienen la menor cobertura (2,7%, 8,7% y 9,4%, respectivamente) y Cajamarca y Amazonas tienen las más altas tasas (65,7% y 64,2%, respectivamente).





# Hogares rurales con disposición de excretas

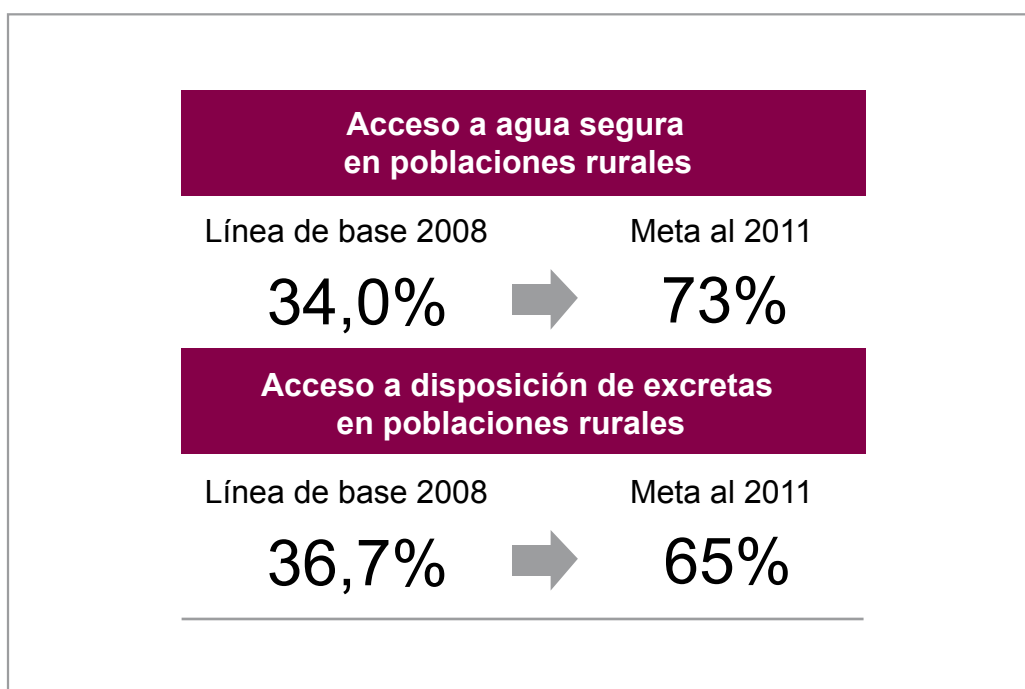
porcentaje, ENAHO enero-setiembre 2008



## ¿QUÉ SE ESPERA ALCANZAR?

Según la ENAHO a septiembre del 2008, apenas un 34,0% de los hogares rurales contaba con “agua segura”, muy por debajo del 73% que se ha previsto como meta para el 2011, lo que genera una ardua tarea para el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, los gobiernos regionales y los gobiernos locales, que son los principales actores en este programa.

Sin embargo, según las proyecciones que se han hecho tras el primer año de existencia del programa, todo indica que se tendrá que replantear las metas del mismo, toda vez que si no se logra impulsar una estrategia más agresiva, en el mejor de los casos se llegará a no más de 36% de cobertura de agua y a no más de 45% de cobertura de disposición de excretas, porcentajes muy alejados de las metas. Y dado que no hay indicadores intermedios, es probable que se tengan que redefinir las metas el 2010.





Línea de base

## Acceso a Servicios Públicos Esenciales de Telecomunicaciones en Zonas Rurales

---

***“Incrementar de 68% a 80% los hogares rurales con acceso a telefonía pública y de 19% a 35% con acceso a Internet”***

---

Diversos estudios en el mundo han demostrado que, si bien el acceso a servicios de telecomunicaciones (telefonía y acceso a Internet) no es un condición suficiente para el desarrollo, sí es decisivo cuando la obtención de información implica la posibilidad de percibir una mayor renta. En muchos de los casos estudiados en zonas rurales, se ha comprobado, por ejemplo, que cuando los hogares campesinos están mejor informados sobre la cotización de sus productos, obtienen un mayor excedente.

El acceso oportuno también puede ser decisivo ante una emergencia médica o ante una catástrofe natural, pues facilita la llegada de ayuda oportuna. Además, cuando las personas pueden comunicarse por teléfono u otros medios, sus gastos en transporte son menores, pues ya no requieren movilizarse para realizar todos sus trámites o visitas.

En el Perú, como en otros países en vías de desarrollo, el sector de las telecomunicaciones ha tenido un notable crecimiento en los últimos años. Este crecimiento se debe, principalmente, a la expansión del servicio de telefonía celular. Solo entre el año 2004 y el año 2008, la cobertura del servicio móvil creció en 500%: de 4 millones de líneas en servicio se pasó a 21 millones.

Sin embargo, el grueso de este crecimiento se ha dado en las zonas urbanas y no en zonas rurales. Según un informe especial sobre el tema de las telecomunicaciones elaborado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el 2008, la cobertura de telefonía celular era de 56,7% en las ciudades y de 29% en las zonas rurales. En telefonía fija, la cobertura era de 30% en las ciudades y en las zonas rurales de 2%. Y en cuanto al Internet, el INEI registró que solo 8% de las viviendas urbanas contaban con el servicio y en el campo prácticamente no existía.

Para cerrar esta brecha, se ha planteado el diseño e implementación del Programa Estratégico Acceso a servicios públicos esenciales de telecomunicaciones en zonas rurales cuya responsabilidad es del Ministerio de Transportes y Comunicaciones y de los gobiernos regionales, quienes han definido una serie de productos a fin de alcanzar los resultados esperados.

## **¿CÓMO SE MIDEN LOS INDICADORES?**

Dada la naturaleza de las zonas rurales, se ha promovido en el programa el servicio de telefonía pública y el acceso a Internet, que son aquellos en los que el Fondo de Inversión en Telecomunicaciones (FITEL, dependencia del MTC) acumula su mayor experiencia. La información sobre el acceso y uso de los servicios se recoge a través de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) del INEI.

### **I. Cobertura de Telefonía Pública en zonas rurales.**

Porcentaje de mayores de 14 años en que tienen acceso a un teléfono público usando monedas o tarjetas prepagadas. Se considera que la persona “no tiene acceso” cuando el teléfono público está a más de 300 metros de su hogar.

Una limitación de este indicador es que no aporta información sobre la causa por la que una persona no tiene acceso. Por otro lado, se asume que quienes tienen acceso a la telefonía pública usan el servicio, aunque esto no siempre ocurre.

Bajo estos criterios, la ENAHOG del 2007 obtuvo que solo el 7,8% de la población rural tiene acceso a la telefonía pública. En la costa la proporción sube a 10,4% y en la sierra y selva baja a 7% y a 8,3%, respectivamente. Al analizar los departamentos, 14 de ellos están por debajo del promedio nacional, siendo Huancavelica y Puno los menos favorecidos (con coberturas de 4,2% y 4,6% en cada caso). La mayor penetración del servicio se halla en Arequipa, con una tasa de 22,1%.

# Pobladores rurales mayores de 14 años que usan teléfonos públicos

porcentaje, ENAHO enero-setiembre 2008



## 2. Uso del servicio de Internet en zonas rurales.

Porcentaje de mayores de 6 años que cuentan con servicio de Internet en su localidad. Al igual que con el indicador anterior, la limitación es que la encuesta no profundiza sobre las causas por las que una persona no usó el Internet.

Según la ENAHO, 8,2% de las personas en el ámbito rural tuvieron acceso a Internet, promedio que no varió significativamente entre la costa (8,5%), sierra (8,3%) y selva (7,5%). Entre los departamentos, II se encuentran por debajo del promedio nacional, encontrándose las tasas de acceso más bajas en Loreto (2%) y Piura (2,5%), y siendo la más alta la de Moquegua (22%).

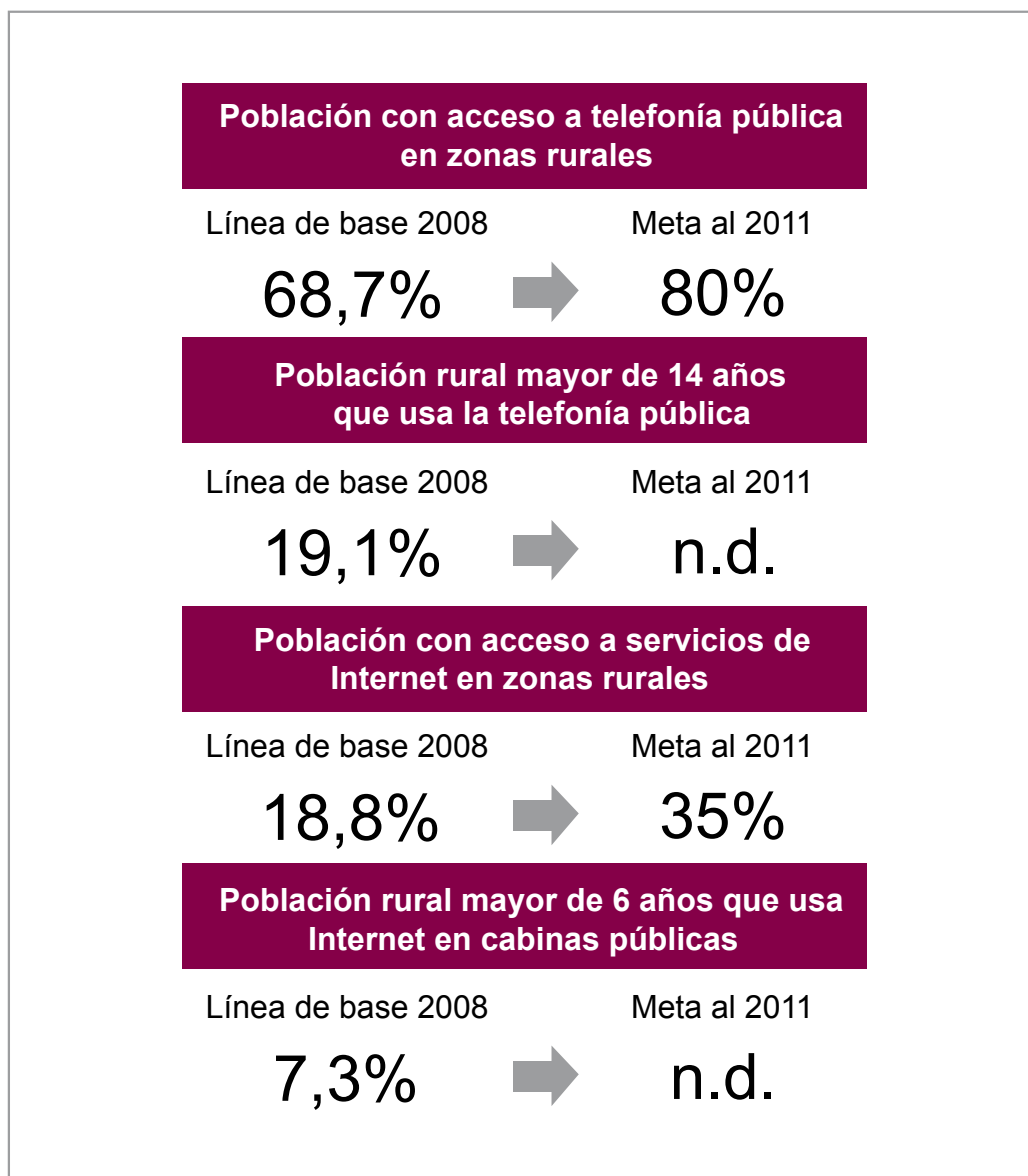
# Pobladores rurales mayores de 6 años que acceden a Internet en cabinas públicas

porcentaje, ENAHO enero-setiembre 2008



## ¿QUÉ SE ESPERA ALCANZAR?

Las líneas de base expresadas en el recuadro fueron proporcionadas por el INEI en base a un estudio específico sobre telecomunicaciones. Las cifras obtenidas en la ENAHO del 2007 y del 2008 (también aplicadas por el INEI) son muy diferentes. Esta diferencia radica probablemente en que la ENAHO aplica criterios más restrictivos (como el de la distancia del servicio respecto al hogar). Aún no hay cifras de avance, por lo que no se sabe aún la factibilidad de alcanzar la meta.







Línea de base

## Acceso a Energía en Localidades Rurales

---

***“Lograr que la mitad de los hogares rurales del país tengan acceso al servicio de energía eléctrica”***

---

En el Perú, al 2007, menos de la mitad de los hogares rurales contaban con abastecimiento de electricidad (46,4%). Esto conlleva a que los pueblos que carecen de este servicio tengan menos oportunidades de desarrollarse puesto que, por un lado, sus centros de salud no pueden contar con equipos médicos eléctricos. No hablamos de equipos sofisticados, sino incluso de algo tan común como un ecógrafo o de una refrigeradora para almacenar vacunas.

Por otro lado, al no disponerse de energía eléctrica para el alumbrado, se reduce el número de horas que los estudiantes pueden dedicarle a sus estudios así como el número de horas que los adultos pueden dedicarle a sus trabajos. En una localidad con alumbrado eléctrico, se pueden desarrollar negocios nocturnos de toda índole, como la venta de comida. En una localidad sin alumbrado, en cambio, la gente permanece dentro de su casa, principalmente por seguridad y se restringe el comercio.

Además, los sustitutos más comunes de la electricidad en las zonas rurales, como los mecheros o lamparines a kerosene y las velas, suponen una amenaza para la seguridad de las familias, ya que los hogares que los usan se vuelven más propensos a los incendios.

Finalmente, y no menos importante, la electricidad permite desarrollar industria y con ella empleo sostenible. Si el diagnóstico es tan claro, ¿por qué la mitad de los hogares rurales del país no cuenta con abastecimiento de electricidad? La causa principal es la dispersión: si estos hogares rurales estuvieran más concentrados, aún siendo pobres, podrían pagar por el servicio. Pero la dispersión implica pagar más kilómetros de tendido eléctrico y obliga al Estado a subsidiar el servicio.

La solución a este problema pasa por la utilización de formas alternativas de generación de energía (como la solar o eólica que, precisamente, son las menos aprovechadas y están principalmente disponibles en zonas rurales) y por la capacitación a la población para que sepa que el tendido eléctrico no es la única vía para distribuir la electricidad. Pero esto implica tener a una población capacitada, así como a las autoridades locales y regionales. Sin olvidar la necesidad de mantener bien informados a los potenciales inversionistas privados sobre las posibilidades de negocio que hay en las zonas rurales ante tan alta demanda insatisfecha.

Ante ello, el Ministerio de Energía y Minas en coordinación con los gobiernos regionales, son los encargados de desarrollar una serie de productos que permitan incrementar el acceso a la electricidad.

## **¿CÓMO SE MIDEN LOS INDICADORES?**

El indicador de resultado final es el porcentaje de hogares que tienen acceso a energía eléctrica. Además de mostrar el nivel de acceso al servicio, este indicador sirve para estimar la “demanda potencial” por el mismo, aunque es cierto que para que esta sea más precisa y, por tanto, más atractiva para los inversionistas, la medición debería reflejar el consumo per cápita.

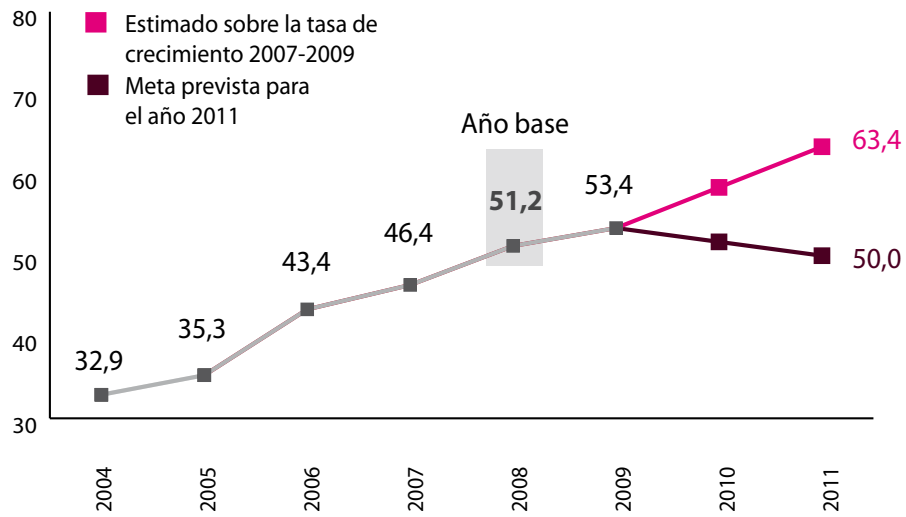
### **Acceso a energía eléctrica en el ámbito rural.**

Es el porcentaje de hogares rurales que disponen del servicio eléctrico, tanto si cuentan con medidor de uso exclusivo para la vivienda o de uso colectivo. La información la recoge el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) a través de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO).

Como ocurre con muchos indicadores, este (coeficiente de electrificación) tiene algunas limitaciones. Básicamente son las referidas a la manera en que el encuestador realiza y registra la respuesta del encuestado. Por ejemplo, si el encuestado señala que sí cuenta con el servicio eléctrico, el encuestador no verifica si la conexión es legal o clandestina. De la misma forma, puede que la fuente de electricidad sea un generador (de otro hogar o municipal al que se paga una cuota) y esta diferencia no se registra, salvo en el caso del hogar que es propietario del generador. Por estas razones puede haber una sobrestimación del valor.

Según la ENAHO anualizada del 2008, el 51% de la población rural cuenta con el servicio eléctrico en su hogar. La proporción más alta estaba en la costa y sierra (64,8% y 55,6% respectivamente) y la tasa más baja estaba en la selva (32%). En el ámbito departamental, Ucayali es, según esta encuesta, el departamento que tiene la mayor necesidad del servicio (la cobertura solo alcanza al 15,8% de la población rural), mientras que las zonas rurales de Lima son las mejor atendidas (89,1%).

### Hogares con acceso a energía eléctrica en el ámbito rural en porcentaje



Fuente: Ley de Presupuesto 2010

# Hogares rurales con electricidad

porcentaje, ENAHO enero-setiembre 2008



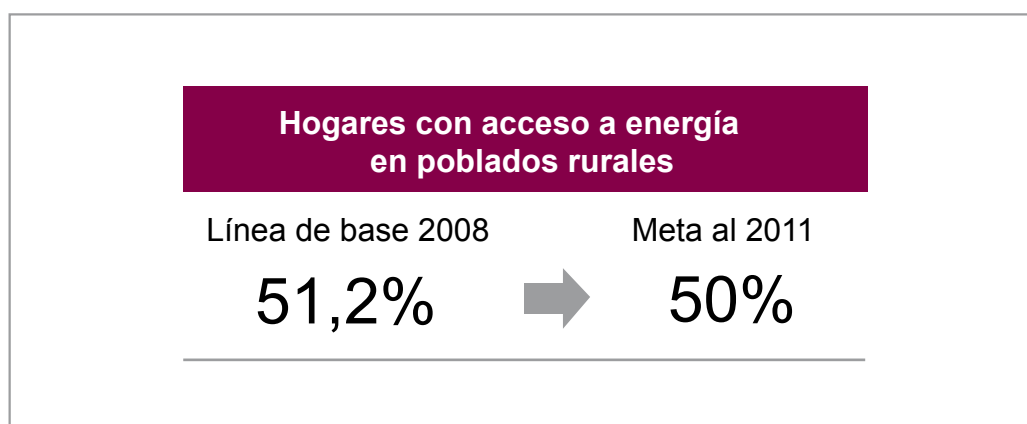
## ¿QUÉ SE ESPERA ALCANZAR?

El Censo de Vivienda del 2007 registró que solo el 30% de los hogares rurales tenían acceso a electricidad, cifra que fue usada como línea de base para el indicador. Pero recientemente, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del 2008 mostró que el 51,2% de los hogares en el ámbito rural contaba con el servicio, una diferencia que puede estar explicada por las limitaciones del indicador antes descritas, pero que obliga a evaluar las metas del indicador y la forma de medición para homogenizar ambos criterios.

Es más, para el 2009 se espera que el porcentaje de hogares rurales con energía eléctrica llegue a 53%, lo que significaría en términos prácticos que la meta prevista para el 2011 fue superada y que se requiere de un objetivo nuevo que sea más ambicioso.

En todo caso, los 20 puntos de avance que se ha planteado como meta del Programa Acceso a energía en localidades rurales, constituyen una meta ambiciosa, con la cual el Ministerio de Energía y Minas sigue expandiendo la red de electricidad cada año.

Es preciso indicar que la expansión de la infraestructura eléctrica va asociada, además, al desarrollo de capacidades en los gobiernos locales para aceptar las nuevas fuentes de generación. En ese sentido, para el 2009 se ha previsto capacitar a 10.000 hogares, 10.000 autoridades y 10.000 inversionistas sobre las fuentes alternativas de generación eléctrica, algo que recién se podrá conocer en el 2010.



## Últimas publicaciones relacionadas

- Ministerio de Economía y Finanzas - GTZ. Los Programas Estratégicos. 2009.
- Ministerio de Economía y Finanzas - GTZ. Reporte de progreso en la obtención de resultados de los programas estratégicos iniciados en 2008. 2010.

Para mayor información, consultar:

**[www.mef.go.pe](http://www.mef.go.pe)** (link Presupuesto por Resultados)



## Líneas de Base de los Programas Estratégicos 2008 - 2009

### © Ministerio de Economía y Finanzas – Dirección General del Presupuesto Público

Jr. Junín 319, Cercado de Lima.

Teléfono: (51 1) 311-5930

Web: [www.mef.gob.pe](http://www.mef.gob.pe)

### © Cooperación Alemana al Desarrollo - GTZ

Programa Gobernabilidad e Inclusión de la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

Av. Los Incas 172, piso 6, El Olivar, San Isidro

Teléfono: (511) 421-1333

Web: [www.gobernabilidad.org.pe](http://www.gobernabilidad.org.pe)

#### Responsables:

##### De la contribución MEF:

Roger Díaz

Director General de la Dirección General del Presupuesto Público (DGPP – MEF)

##### De la Contribución GTZ:

Hartmut Paulsen

Director del Programa Gobernabilidad e Inclusión

[hartmut.paulsen@gtz.de](mailto:hartmut.paulsen@gtz.de)

##### Responsables del contenido:

Roger Salhuana

Coordinador técnico – PpR (DGPP-MEF)

Mayra Ugarte

Asesora Principal del Programa Gobernabilidad e Inclusión

[mayra.ugarte@gtz.de](mailto:mayra.ugarte@gtz.de)

##### Coordinación, supervisión y edición de contenidos:

José Carlos Chávez

Responsable de seguimiento – PpR (DGPP-MEF)

Javier Maldonado

Asesor del Programa Gobernabilidad e Inclusión

[javier.maldonado@gtz.de](mailto:javier.maldonado@gtz.de)

##### Elaboración de contenidos:

Luis Corvera

##### Diseño, diagramación y corrección de estilo:

Realidades S.A.

##### Fotografías:

GTZ - Perú

### 2010 Ministerio de Economía y Finanzas – Dirección General del Presupuesto Público

### 2010 Programa Gobernabilidad e Inclusión - GTZ

Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Programa Gobernabilidad e Inclusión, por encargo del Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ).







Ministerio de Economía y Finanzas  
DNPP - Dirección General del Presupuesto Público

Jr. Junín N° 319 Lima cercado  
T (511) 311-5930  
F (511) 428-2509  
E ppr@mef.gob.pe  
I www.mef.gob.pe

Deutsche Gesellschaft für  
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

Programa Gobernabilidad e Inclusión  
Casilla 1335 - Lima 18  
Av. Los Incas 172, piso 6 - El Olivar  
San Isidro, Lima 27 - Perú  
T (51-1) 421-1333  
F (51-1) 421-4540  
I www.gtz.de