

RESULTADOS PRIORITARIOS Y DESEMPEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA: MIMDES

Reporte 2005

1. ENFOQUE DE GESTIÓN POR RESULTADOS

El análisis tradicional de la calidad del gasto público se ha limitado a la efectividad financiera de las instituciones públicas, dejando de lado los logros o metas que se alcanzaron con los recursos públicos. El crecimiento del aparato estatal, la estrechez del presupuesto público en relación a las demandas sociales y el creciente interés por la rendición de cuentas, han sido factores que han propiciado un cambio en el enfoque, exigiéndose mayor información sobre el desempeño, en términos de metas y logros de los recursos públicos.

Esta mayor demanda por información sobre las metas y resultados obtenidos con los recursos públicos, conjuntamente con factores vinculados a la modernización del Estado y al avance en la transparencia de la gestión pública, han propiciado en muchos países un cambio en el enfoque de la gestión pública y en el análisis de la calidad del gasto. Los sistemas presupuestales y de planeamiento buscan organizar sus procesos con una orientación al logro de resultados, produciendo información que permita evaluar el desempeño del Estado respecto de los cambios que generan la provisión de bienes y servicios sobre los ciudadanos. Este enfoque de análisis de la calidad del gasto busca mejorar la rendición de cuentas y la transparencia en la gestión pública a través de la evaluación del desempeño de las actividades desde el Estado en función de su

rol y logro de resultados. Si bien son varios los instrumentos que pueden ser utilizados para evaluar la calidad del gasto, el producto final de todos ellos se resume en la provisión de información oportuna, pertinente y de calidad a los diferentes actores que participan en los procesos de provisión de bienes y servicios, desde el planeamiento hasta los ciudadanos.

Un primer elemento básico para que este enfoque funcione y sea operacionalmente eficiente es que todas las instituciones que participan, así como los programas y/o proyectos a cargo de las mismas, estén articulados bajo lineamientos de política nacional claros y que se encuentran enmarcados en los roles del Estado. Esto ayudará a un mejor ordenamiento de las diversas acciones desarrolladas por las diferentes entidades alrededor de objetivos comunes. En segundo lugar, se requiere que se avance en el desarrollo de modelos lógicos (por ejemplo Marcos Lógicos, en algunos casos basados en evidencia científica) subyacentes a las intervenciones que proveen los bienes y/o servicios más importantes, para que esta provisión esté justificada económicamente y tenga validez. En tercer lugar, del nivel de desarrollo de los sistemas de información asociados a los procesos de provisión de bienes y servicios (por ejemplo, compras y adquisiciones). Por lo tanto, el desarrollo de este enfoque de seguimiento del gasto está en función del grado de desarrollo de los sistemas de información, de la claridad en la identificación de los objetivos y productos estratégicos sectoriales e institucionales, del de la existencia de procesos y mecanismos que vinculen de manera indirecta o directa la información sobre el desempeño de la gestión de las principales instituciones proveedoras de bienes y/o servicios a los procesos de toma de decisiones, del grado de compromiso de las autoridades públicas, entre los más importantes.

Al interior del gobierno peruano, con la intención de mejorar la calidad del gasto público, se ha avanzado en el desarrollo de herramientas que contribuyan en avanzar hacia un enfoque por resultados de la gestión pública:

- La Ley de Responsabilidad y Transparencia Fiscal;
- El Marco Macroeconómico Multianual;
- El Sistema Nacional de Inversión Pública;
- El Sistema Integrado de Administración Financiera;
- Los Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales;
- Los Planes Estratégicos Institucionales;
- Los Convenios de Administración por Resultados; y
- Convenios de Gestión (FONAFE-Empresas Estatales).

Como la mejora de la calidad del gasto público se define como ser eficaces en el logro de resultados con un manejo eficiente de nuestros recursos y priorizando a quienes más lo necesitan, es preciso avanzar en tres temas centrales: (i) en la identificación de los resultados prioritarios para el país; (ii) en la conexión lógica entre estos resultados y los productos y servicios que provee el sector público; y (iii) en los estándares de calidad que dichos productos deben cumplir para satisfacer adecuadamente las necesidades de la población. Es importante tomar en cuenta que esta orientación de la gestión pública hacia resultados no supone perder la atención en los insumos, procesos y productos asociados. Los problemas en la gestión pública están presentes a lo largo de toda la cadena de provisión de bienes y servicios. Lo que resulta imprescindible, es que esta cadena haya sido definida para lograr resultados concretos que se enmarcan dentro de los roles del Estado.

Además, es preciso enfatizar tres principios a considerar: (i) el eje de la intervención pública debe ser el servicio al ciudadano; (ii) se

requiere la identificación del responsable en la provisión de bienes y servicios; y (iii) la información obtenida a partir del seguimiento y la evaluación debe estar vinculada con la toma de decisiones del Estado y compartida con la sociedad civil.

Finalmente, el seguimiento y evaluación de la calidad del gasto no se debe limitar a un análisis financiero. Este enfoque supone también una mejora en la estructura organizacional del Estado, en el planeamiento estratégico, en los incentivos que alineen los intereses de los gerentes públicos con los resultados prioritarios, y de una mejora continua del proceso presupuestario que permita asignar recursos en función de costos y estrategias multianuales, todo ello para que finalmente los ciudadanos mejoren su bienestar. A continuación se presenta un informe que intenta avanzar en este nuevo enfoque del seguimiento y evaluación de la calidad del gasto público.

2. INTRODUCCIÓN

A fin de poder conocer que tan bien se viene desempeñando un programa público, identificar potenciales problemas en el diseño o ejecución de una política o proyecto, o poder dar cuenta a la ciudadanía de los avances en un tema de interés nacional, es necesario medir.

El objetivo del presente documento es “medir” respecto de los avances del gobierno en materia de desarrollo de capacidades humanas básicas¹. El Estado (a través del Acuerdo Nacional y el gobierno) ha establecido como prioridad la consecución de los siguientes resultados: reducción de la mortalidad materna e infantil, reducción de la

¹ Referido a las capacidades que garantizan un mejor desarrollo del capital humano y social de la población, y que se desarrollan garantizando el acceso de la población a servicios de salud, alimentación adecuada, educación e infraestructura básica.

morbilidad infantil, reducción de la desnutrición crónica infantil; acceso a servicios básicos, incremento de la cobertura de educación inicial y primaria, y mejora de la calidad de los servicios educativos.

Se ha priorizado la reducción de la pérdida de capacidades humanas de los niños y niñas, garantizándoles “un buen comienzo”, priorizando aquellas acciones que tienen un mayor impacto en el desarrollo del individuo. El documento trata sobre aquellas acciones referidas a proveer alimentos a menores con un fin nutricional y garantizar el acceso a servicios básicos (saneamiento) y mide la situación y logros obtenidos en estas materias.

La primera parte esta referida a los resultados prioritarios que en materia social el Estado busca alcanzar. Se presenta el contexto en el cual se decide priorizar dichos resultados, la naturaleza, características y evolución de los mismos, y el rol que juega el sector público en alcanzarlos.

La segunda parte, analiza la eficacia de la intervención pública en lo referente a las acciones de provisión de asistencia nutricional y acceso a servicios básicos. Incluye: (i) análisis de las prioridades y eficacia de las instituciones públicas asociadas a la provisión de dichos servicios; (ii) relación de acciones e instituciones involucradas en el logro de dichos resultados; y, (iii) análisis de la eficacia del Estado respecto de las acciones de nutrición y servicios básicos por medio de indicadores de seguimiento.

Finalmente se esbozan algunas conclusiones respecto a los logros alcanzados y temas a considerar para mejorar la provisión de los servicios públicos.

3. DESARROLLO DE CAPACIDADES HUMANAS BÁSICAS: RESULTADO PRIORITARIO

A continuación se desarrolla: (i) El contexto en el cual el Estado decide priorizar el logro de determinados resultados de índole social; (ii) La naturaleza e importancia de los resultados prioritarios orientados a garantizar un buen comienzo a la niñez; (iii) La situación y logros en materia de dichos resultados; y, (iv) el rol que juega el sector público en alcanzar estos resultados.

3.1 Contexto

Entre el 2001 y el 2004, la calidad de vida de los peruanos ha mejorado. La tasa de pobreza² se redujo de 54.3% a 51.6% mientras que la pobreza extrema³ pasó de 24% a 19% (Tabla 1). Estos resultados han ido de la mano con el crecimiento económico. El PBI per cápita creció alrededor de 3%⁴ y los niveles de ingreso para el primer decil de la población⁵ crecieron en 30% entre el 2003 y el 2001 (Herrera, 2004). Dichos resultados representan una mejora sustancial respecto al periodo 1997-2001 donde la pobreza subió siete puntos porcentuales hasta alcanzar el 55%⁶ y el PBI per cápita cayó 0.8% en promedio cada año (Banco Mundial, 2002).

Los indicadores sociales mantuvieron las mejoras alcanzadas durante la segunda mitad de los noventa. La mortalidad infantil cayó en 56% entre 1986 y el 2000 mientras que la mortalidad materna se redujo en 24% entre 1990 y el 2000. Así mismo, la tasa de desnutrición crónica se mantiene alrededor de 27% al 2004 después de haberse reducido desde 32% durante los noventa.

² Se considera pobre al hogar cuyo gasto anual per cápita no permite cubrir los costos de una canasta básica de bienes y servicios.

³ Se considera pobre extremo al hogar cuyo gasto anual per cápita no permite cubrir una canasta mínima de consumo de alimentos en su localidad.

⁴ Marco Macroeconómico Multianual.

⁵ Referido al 10% mas pobre de la población peruana.

⁶ Debido a cambios en la metodología utilizada por el INEI los datos para los periodos 1997-2001 y 2001-2004 no son comparables. Sin embargo permiten identificar tendencias alrededor del indicador.

Aún con estas mejoras, la pobreza se mantiene altamente concentrada. La razón de ingreso⁷ entre el decil superior (más rico) y el inferior (más pobre) de la población pasó de 8.7 en el 2001 a 7.1 en el 2003. En zonas rurales, casi tres cuartas partes de la población es pobre, mientras que en las urbanas la pobreza alcanza el 43%. En el caso de los pobres extremos, el porcentaje de personas que viven en pobreza extrema en zonas rurales casi cuadriplican a los urbanos (Tabla 1). El ámbito regional también muestra alta concentración de la pobreza. En la sierra y selva las tasas de pobreza alcanzan 68 y 60% respectivamente mientras que en la costa 41%⁸. Los pobres extremos de la sierra (36.5%) y la selva (26.4%), triplican los niveles de la costa (8.1%).

Tabla 1: Menos pobreza

Evolución de la pobreza 2001-2004

	2001	2004	Var%
Pobreza			
Perú	54.3	51.6	-15%
Urbano	50	43.3	-13%
Rural	77.1	72.5	-6%
Pobreza Extrema			
Perú	24.1	19.2	-20%
Urbano	16.7	11.5	-31%
Rural	49.8	40.3	-19%

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares ENAHO 2001 y 2004

El alto número de pobres y su concentración en determinados sectores de la población, han derivado en estrategias focalizadas de lucha contra la pobreza⁹. A inicios de los noventa se adoptaron políticas de compensación para los grupos más vulnerables y más afectados por el shock económico, surgiendo programas como FONCODES¹⁰, encargado de proveer infraestructura social y económica. A

mediados de los noventa, se ajustó la política social orientándola bajo dos preceptos: focalizar su provisión hacia la población más necesitada y promover la co-ejecución de los programas con los beneficiarios, con miras a mejorar la efectividad de los mismos. Se incorporaron instrumentos de focalización (e.g. Mapa de Pobreza Distrital) para asignar mejor el gasto social y el gobierno centró su atención en los pobres extremos (Chacaltana, 2000). La ejecución de estos programas no estuvo exenta de problemas para llegar efectivamente a sus beneficiarios finales. Un análisis de programas sociales en su conjunto¹¹, halló que la población que estaba siendo beneficiada por los programas y no debía recibirlos superaba el 60% (Chacaltana, 2001). Entre 1997 y el 2001 alrededor de 15 mil millones de soles han sido orientados a pobres extremos¹².

Durante los tres últimos años, en un contexto de altos niveles de pobreza y escasez de recursos, se ha mantenido una estrategia de gasto focalizado y se ha realizado una priorización en materia social. A partir del 2003 se plantea una nueva estrategia para reducir la pobreza con un enfoque de desarrollo de oportunidades (ver recuadro Nueva Estrategia de Superación de la Pobreza) y la superación de la pobreza pasa a ser considerada el eje principal de acción del Estado tanto por el Acuerdo Nacional, como por el actual gobierno (AN, 2002). El Plan Nacional de Superación de la Pobreza (PNSP) estableció como prioridades estratégicas para los años 2004-2006 aquellas acciones orientadas al desarrollo humano y protección social de grupos priorizados, ubicándose en un segundo plano las acciones orientadas a

⁷ Ingreso mensual real per cápita elaborado a partir de las ENAHO 2001 y 2003 INEI

⁸ Excluye Lima y el Callao.

⁹ Los programas focalizados hacia los más pobres aumentan la eficiencia y eficacia del gasto social y por lo tanto aceleran la reducción de la pobreza (Chacaltana, 2000).

¹⁰ Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social.

¹¹ El análisis incluye programas alimentarios, educativos, de salud e infraestructura social y económica.

¹² Según definición de gasto en extrema pobreza utilizada por el INEI. Para el mismo periodo, se calcula en alrededor de 66 mil millones el gasto social, siendo el grueso (60%) el orientado a salud y educación (40 mil millones).

un entorno saludable y la generación de oportunidades económicas¹³. Así mismo, el Acuerdo Nacional y los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas han definido como prioridades aquellas acciones que tengan un mayor efecto en el capital social de la población, focalizando su estrategia en la población más joven. En esta línea, el Sistema de Seguimiento y Evaluación del Gasto Público (SSEGP) del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) ha iniciado el seguimiento a las acciones y resultados alcanzados por el sector público en el tema de desarrollo de capacidades humanas, especialmente en la niñez.

3.2 Buen comienzo para todos: desnutrición crónica infantil y acceso a servicios básicos

Una efectiva estrategia para reducir la pobreza pasa por combatir aquellos factores que fortalecen el círculo vicioso, favoreciendo la perpetuación de la misma. El Estado ha decidido (i) priorizar aquellas acciones que contribuyan al desarrollo de capacidades humanas; y, (ii) focalizar dicha atención de manera que se genere el mayor impacto posible. Por tal motivo se han establecido como prioridad la reducción de la pérdida de capacidades humanas de los niños y niñas, garantizándoles “un buen comienzo”, priorizando aquellas acciones que tienen un mayor impacto en el desarrollo del individuo. Estos resultados prioritarios incluyen: (i) reducción de la mortalidad materna e infantil, (ii) reducción de la morbilidad infantil, (iii) reducción e la desnutrición crónica infantil; (iv) acceso a servicios básicos, (v) incremento de la cobertura de educación inicial y

primaria, y (vi) mejora de la calidad de los servicios educativos.

Así mismo, el logro de los resultados prioritarios dependerá de la capacidad de definir e implementar una estrategia integral y multisectorial, así como de la capacidad para priorizar y focalizar los recursos. Algunos resultados requerirán una respuesta multisectorial (e.g. la reducción de la desnutrición crónica infantil) mientras que para otros (e.g. incremento de la cobertura en primaria) la responsabilidad recaerá en un sector primordialmente.

Nueva Estrategia de Superación de la Pobreza

La estrategia se basa en tres ejes: (i) **Desarrollo de capacidades humanas**, orientado a asegurar el capital humano y social de grupos sociales en situación de riesgo vía asegurar un piso mínimo de servicios de salud, nutrición y educación y acceso a agua; (ii) **Promoción de oportunidades y capacidades económicas** de aquellos que viven en situación de riesgo vía el incremento de sus activos y sus ingresos; (iii) establecimiento de una **Red de protección social** que opere en caso de riesgos coyunturales (naturales) o más estructurales (empleo, deterioro ambiental) a fin de mitigar estos riesgos.

Prioridades Estratégicas 2004 - 2006

1. Reducir la pérdida de capacidades humanas de los niños y niñas, de cualquier daño que afecte su desarrollo y potencial, con un enfoque de prioridades por ciclo de vida, con especial énfasis en el grupo de madres y niños menores de 24 meses.
2. Mantenimiento preventivo y generación de infraestructura y desarrollo de iniciativas sociales productivas.
3. Protección a los grupos más vulnerables a los múltiples riesgos de orígenes naturales o producidos por el hombre, especialmente los niños menores de tres años, mujeres embarazadas y puerperas.

Plan Nacional para la Superación de la Pobreza, 2004 DS 064-2004-PCM

A lo largo de este documento se hará referencia a dos de los resultados prioritarios asociados al desarrollo de capacidades humanas básicas: la reducción de la desnutrición crónica infantil y el acceso universal a servicios básicos. A continuación se describe la naturaleza de estos resultados, su importancia, los avances y el rol que juega el Estado en el logro de estos objetivos.

¹³ Entre el 2002 y el 2003, 18% (6 mil millones) del gasto social (33 mil millones) estuvo orientado a los programas focalizados a pobres extremos (en base a definición INEI).

Desnutrición crónica infantil

El nivel nutricional de la población es la piedra angular que afecta y determina el nivel de salud de las personas, sentando las bases para su crecimiento, desarrollo y desenvolvimiento en el trabajo entre otras (OMS, 2004). Una mala nutrición¹⁴ genera altos costos individuales y sociales. Por un lado, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil -esta asociado a más de la mitad de las muertes de niños a nivel mundial-; así como de la menor productividad física y mental de la población adulta (Smith et al, 2001). Por otro lado, repercute en los niveles de productividad y desarrollo de los países además de incrementar los costos de los servicios de salud.

La desnutrición crónica en los niños tiene altas implicancias en el desarrollo y es determinada tanto por factores biológicos como sociales y económicos. La desnutrición crónica infantil (DNC) -definida como retardo en el crecimiento con relación a la edad respecto a un estándar óptimo- acumula consecuencias de nutrición y alimentación durante los años más críticos del desarrollo físico y psico motor (Onis, 2001). Existen factores determinantes directos e indirectos asociados al nivel nutricional del niño. Los factores directos tales como el bajo peso al nacer, bajo nivel de salud y una ingesta inadecuada de alimentos reflejan el estado nutricional del niño¹⁵. Los factores indirectos son aquellos que suscitan los directos, y por tanto la DNC, y que están asociados a la calidad de vida de la familia del niño y la

comunidad¹⁶ (Lorge et al, 2001) (Prisma, 1999).

La mitigación del problema de la desnutrición crónica exigirá una estrategia multisectorial e integral toda vez que su resultado esta asociado a acciones de salud, nutrición, infraestructura, educación y otros.

La magnitud y relevancia del problema de desnutrición en el Perú, uno de cada cuatro niños menores de 5 años sufren de DNC, exige además de una estrategia integral, su priorización como problema a revertir. La erradicación del hambre ha sido considerada como el primer objetivo de desarrollo del milenio por las Naciones Unidas y la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años como uno de los compromisos de la declaración del Foro del Acuerdo Nacional¹⁷ (ver recuadro).

Desnutrición crónica infantil, una prioridad

Reducir significativamente la desnutrición crónica en niños menores de 5 años mediante intervenciones integradas, eficaces y eficientes, considerando componentes de salud, nutrición, educación y saneamiento.

Declaración del Foro del Acuerdo Nacional.

Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.

Meta 2 del Primer Objetivo de Desarrollo del Milenio ONU

Acceso a servicios básicos

El nivel de salud y desarrollo de las personas está altamente asociado al acceso a servicios básicos. El acceder a sistemas de

¹⁴ También llamado malnutrición o insuficiencia aguda y permanente de alimentos para satisfacer necesidades energéticas mínimas.

¹⁵ Relacionados al bajo nivel de salud y nutrición de la madre, existencia de enfermedades diarreicas y respiratorias, y la baja calidad y cantidad de alimentos ingeridos.

¹⁶ Incluyen la inadecuada calidad y cantidad de alimentos (e.g. por problemas de acceso o bajos recursos), prácticas inadecuadas (e.g. de higiene o alimentación debido entre otros al nivel educativo de la madre), Atención médica inadecuada (e.g. falta de controles, inexistencia de servicios de salud) y servicios inadecuados (e.g. falta de agua segura o servicios higiénicos).

¹⁷ Acuerdo Nacional. 2004. Compromiso Político, Social y Económico de Corto Plazo.

saneamiento¹⁸ reduce significativamente la probabilidad de enfermedades y por lo tanto, tiene un impacto importante en el desarrollo de las personas, especialmente en los primeros años de vida (OMS, 2004).

El nivel de acceso a servicios básicos en el Perú, están relacionados principalmente a factores económicos y de dispersión geográfica. Una de cada tres personas tiene acceso a agua en zonas rurales, mientras que en zonas urbanas son dos de cada tres. Si bien esta realidad está altamente relacionada con el nivel de pobreza de la población de cada lugar, tanto la distancia como la dificultad de acceso a algunas zonas del país, impiden o elevan los costos de proveer servicios básicos en zonas alejadas.

El Estado ha asumido un rol importante en garantizar el acceso a servicios básicos a la población, incorporándolo como una política prioritaria. Desde inicios de los noventa, se promovió -con FONCODES- la generación de infraestructura de saneamiento¹⁹ que permita el acceso a agua segura y servicios higiénicos principalmente para las zonas rurales con mayores niveles de pobreza. Así mismo, la provisión de infraestructura básica se encuentra como una de las prioridades del PNSP y de los objetivos del milenio suscritos por el país.

3.3 Evolución y comparaciones

internacionales: Avances en la

Acceso a servicios básicos, una prioridad

Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento
Meta 10 del séptimo Objetivo del Milenio

¹⁸ Comprende servicios de agua potable, alcantarillado sanitario y pluvial y disposición sanitaria de excretas, tanto en el ámbito urbano como en el rural.

¹⁹ Comprende servicios de agua potable, alcantarillado sanitario y pluvial y disposición sanitaria de excretas, tanto en el ámbito urbano como en el rural.

desnutrición crónica infantil y el acceso a servicios básicos

Los avances en materia de DNC y acceso a servicios básicos se han estancado en los últimos tres años, después de mejorar sustancialmente a lo largo de la década de los noventa. Los avances se han dado a nivel de reducción de brechas entre ámbitos geográficos.

Desnutrición crónica infantil

Después de mejoras significativas, la tasa de DNC se mantiene constante. En la década del 80, uno de cada tres niños padecía DNC, situación que mejoró en los noventa, donde la relación bajó a uno de cada cuatro niños. Aún así, Perú se encuentra por sobre el de países en América Latina que tienen en promedio 21% de desnutrición crónica. Información preliminar sugeriría que entre el 2000 y el 2004 no se habrían dado mejoras en el dato para el Perú, manteniéndose la tasa en alrededor de 27%²⁰.

Tabla 2: Menos niños desnutridos
Evolución de la tasa de desnutrición crónica

	1980-89	1990-99	2004
PERU	32.0	26.0	27.0
Urbano ¹	16.2	13.4	n.d.
Rural ¹	40.4	40.2	n.d.
AL	24.0	21.0	n.d.

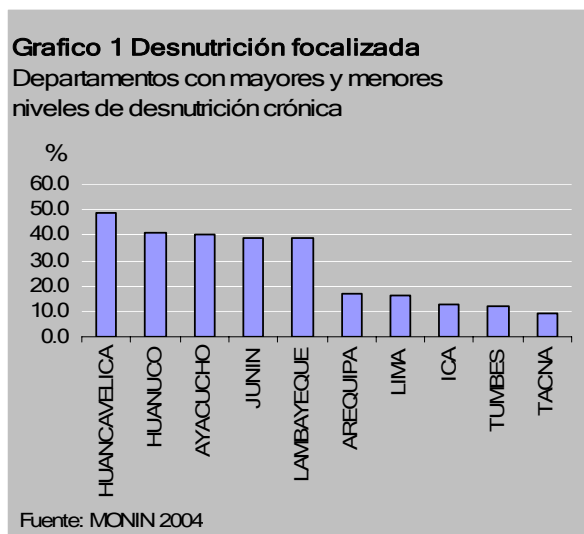
¹ Datos para 1996 y 2000

Fuente: ENDES 1996 y 2000; Panorama Social para América Latina 2002-2003 CEPAL; 2004: Sistema de Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales MONIN

Las mayores tasas de DNC se encuentran concentradas en los departamentos más pobres. Diez departamentos tienen tasas de desnutrición crónica que fluctúan entre 30% y 50%, evidenciando el grado de asociación entre desnutrición y pobreza. El ámbito geográfico de residencia también está asociado a los niveles de desnutrición. Las menores tasas de DNC se encuentran en

²⁰ El dato para el 2004 está basado en datos provistos por las Direcciones de Salud (DISAS) Sistema de Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN).

departamentos que están ubicados en la costa (gráfico 1).



Acceso a servicios básicos

Al igual que la DNC, durante los últimos tres años no ha habido cambios sustanciales respecto del acceso a servicios básicos. Entre el 2000 y el 2003, la población con acceso a agua potable y servicios higiénicos creció en sólo un punto porcentual, manteniéndose un déficit de acceso de 40% en el caso de agua segura y 50% en el de los otros servicios (Tabla 3).

Se mantiene diferencias en el acceso a servicios dependiendo del ámbito geográfico. Dos de cada tres personas que viven en áreas urbanas, tienen acceso a agua segura. La relación se invierte en el caso de zonas rurales, donde una de cada tres personas puede acceder al mismo servicio. Aún cuando el gobierno ha mantenido una política orientada a permitir un mayor acceso a servicios básicos, los niveles de acceso a agua segura no han mejorado. Lo mismo en el caso de servicios higiénicos, habiéndose mantenido casi inalterados los niveles de acceso para el promedio nacional. Cabe resaltar que en el caso de las zonas urbanas, el acceso ha decrecido en 12% durante los últimos 3 años.

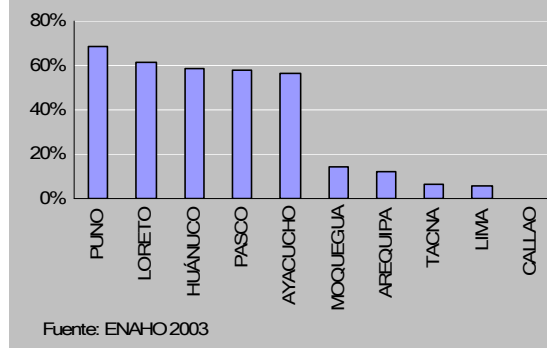
Tabla 3: Servicios básicos para todos
Tasa de acceso a Servicios Básicos

	2000	2003	var%
Agua segura			
Perú	59.9	60.9	1.7%
Urbano	73.5	70.6	-4%
Lima		82.9	
Rural	33.2	32.8	-1.2%
AL		89	
Servicios Higiénicos			
Perú	47.1	47.5	0.9%
Urbano	69.5	61.1	-12%
Lima		81.4	
Rural	3.3	5.7	72.3%
AL		75	

Fuente: Anuario Estadístico CEPAL 2004; ENAHO 2000 y 2003

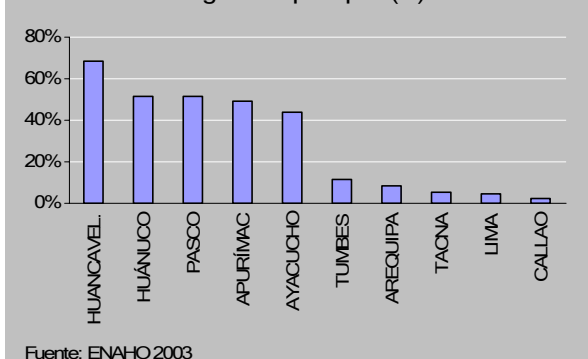
Existen fuertes diferencias en el acceso a servicios básicos entre departamentos. Diez departamentos tienen más del 40% de sus viviendas sin acceso a agua; del resto sólo 6 departamentos tienen menos del 20% de viviendas sin acceso a agua.

Gráfico 2: Agua en el hogar
Viviendas sin agua por departamento (%)



Así mismo, existen grandes diferencias en los niveles de acceso a servicios higiénicos. Hay departamentos como Huancavelica o Huanuco donde en promedio más del 50% de las viviendas no tiene servicios higiénicos y casos como el del Callao donde sólo el 2% de viviendas no cuenta con ese servicio.

Gráfico 3: Servicios higiénicos
Viviendas sin ss. higiénicos por dpto. (%)



3.4 Rol del sector público: Desnutrición infantil y acceso a servicios básicos

La reducción de la pobreza requiere una respuesta articulada y multisectorial por parte del Estado. Entre el 2002 y el 2003 se destinaron 33 mil millones de soles a gasto social (salud, educación, infraestructura básica, etc.). La diversidad de objetivos muestran lo diversa y compleja de la estrategia contra la pobreza. Los compromisos nacionales e internacionales reflejan la necesidad de una respuesta multisectorial desde el Estado y así como la definición conjunta de una estrategia articulada que permita lograr sinergias entre las diferentes instituciones del Estado.

Existe un gran número de estrategias de mitigación de la pobreza que se cruzan y no están articuladas, duplicando funciones y generando una menor eficiencia del gasto. Ya desde los noventa se han venido creando organismos y programas que duplicaban funciones al interior del Estado. Tal es el caso de los programas de alimentación y nutrición que eran vistos por el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria PRONAA ubicado en el Ministerio de la Presidencia pero también por el sector Salud, programas que en muchos de los casos estaban orientados a la misma población objetivo. Otro caso es el de FONCODES, donde si bien la creación de instituciones pequeñas como los núcleos ejecutores permitía una mejor y más rápida respuesta por parte del Estado, proveyendo

infraestructura básica vía la ejecución de pequeños proyectos en zonas rurales, por otro lado generaba duplicación de funciones e intervenciones con agricultura (Francke, 2001).

El reto está en diseñar estrategias articuladas y alineadas hacia un mismo objetivo. A fin de alcanzar los resultados prioritarios es necesario definir aquellas acciones necesarias para alcanzar dicho resultado, identificar a las instituciones responsables de dichas acciones y establecer una estrategia que permita la articulación y ejecución de las mismas. La definición de acciones sin un objetivo dificultará la medición de los logros alcanzados impidiendo conocer, tanto si se alcanzó el objetivo propuesto, como si se está avanzando por el camino correcto. El Comité Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) ha estado encargado de coordinar las políticas sociales y ha realizado intentos de unificar y definir una estrategia conjunta de acción (e.g. el PNSP). Sin embargo, son muchos los casos donde todavía es latente la falta de coordinación y acción conjunta.

Los sectores sociales, dependiendo de su naturaleza, juegan diferentes roles en su tarea de mejorar la calidad de vida de la población. Existen sectores que apoyan de manera específica e integral el logro de un objetivo tales como Salud y Educación, y otros como el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social MIMDES que tienen un efecto transversal en el logro de resultados prioritarios.

El MIMDES tiene como mandato diseñar, proponer y ejecutar la política de desarrollo social y humano del país²¹. Su accionar está orientado al desarrollo de capacidades básicas, la provisión de atención integral, creación de oportunidades económicas y protección social. En la medida que cumple un rol de compensación para la población en condiciones de exclusión y pobreza, juega un

²¹ Ley Orgánica que modifica la Organización y Funciones de los Ministerios (N°27779)

rol preponderante en las acciones que van a influenciar de manera indirecta en el logro de resultados prioritarios.

4. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA

El presente capítulo, analiza la eficacia de la intervención pública en lo referente a las acciones de provisión de asistencia nutricional y acceso a servicios básicos. Incluye: (i) análisis de las prioridades y eficacia de las instituciones públicas asociadas a la provisión de dichos servicios; (ii) relación de acciones e instituciones involucradas en el logro de dichos resultados; y, (iii) análisis de la eficacia del Estado respecto de las acciones de nutrición y servicios básicos por medio de indicadores de seguimiento.

4.1 Priorización, equidad y eficacia en la gestión financiera

El accionar del MIMDES esta orientado a la creación de oportunidades económicas (e.g. empleo temporal), la provisión de atención integral (e.g. provisión de alimentos) y la asistencia social (e.g. asistencia en casos de desastres naturales) para personas que viven en condiciones de pobreza y exclusión.

En el 2005 el Estado destinará cerca de 1600 millones de soles a la provisión de alimentos, infraestructura económica y social y asistencia social para grupos excluidos y vulnerables. El MIMDES ejecutará aproximadamente 1100 millones mientras que los otros 500 serán ejecutados directamente por gobiernos locales²².

Entre el 2003 y el 2005 los recursos asignados al MIMDES han crecido en 14%²³ (Gráfico 4).

²² Estos 517 millones (dato para el 2005) incluyen los recursos orientados a Vaso de Leche (363) y los recientemente transferidos para programas de complementación alimentaria e infraestructura básica (157) a gobiernos locales.

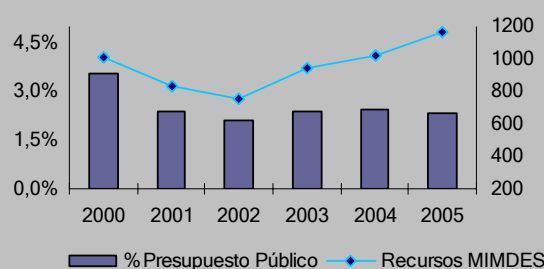
²³ No se considera el incremento de recursos del 2002 al 2003 debido a que este incremento se debe a un traspaso de recursos del MINSA al PRONAA que siguen siendo

Si consideramos que durante el 2004 y el 2005 se han transferido 75 y 157 millones de soles respectivamente hacia gobiernos locales, tenemos que el MIMDES viene recibiendo más recursos en un contexto en el que transfiere cerca del 15% de su presupuesto.

La importancia relativa de los recursos orientados al MIMDES dentro del presupuesto total del Sector Público²⁴ (3.5% en el 2000 y alrededor de 2.6% entre el 2001 y el 2005) revela que el incremento de los recursos orientados al MIMDES es probablemente consecuencia del incremento del presupuesto total del Sector Público, el cual crece en 23% entre el 2001 y el 2004.

Gráfico 4: Recursos MIMDES

MIMDES Recursos e importancia presupuestal (miles de millones de nuevos soles)



Elaboración propia
Fuente: SIAF

¿A qué orienta sus recursos el MIMDES?

Son dos las líneas de acción claramente priorizadas por el MIMDES: la provisión de infraestructura y oportunidades económicas y la provisión de alimentos, las cuales representan casi el 75% del presupuesto total de la institución (Gráfico 5). El 44% de los

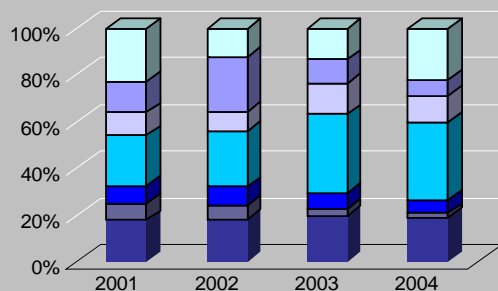
usados con el mismo fin, por lo tanto no son “nuevos” recursos destinados sino un cambio de registro.

²⁴ A raíz del reciente proceso de descentralización, la estructura de gasto en el sector público pasó por un proceso de cambio impidiendo una comparación intertemporal del 2003 con el resto de años. Para incluir al año 2003 en el análisis, se ha procedido a realizar algunas modificaciones, excluyendo del presupuesto algunas fuentes de financiamiento: FONCOMUN, Canon y sobre canon, FEDADOI, FEF y gastos tributarios

recursos del MIMDES fueron destinados durante el 2004 a la compra de alimentos para los diferentes programas sociales, mientras que la provisión de infraestructura económica y social y oportunidades económicas (e.g. trabajos temporales) ejecutados por FONCODES, representaron el 29% del presupuesto total²⁵. Además de estos programas, el MIMDES orienta cerca del 10% de su presupuesto, a la atención de la población en exclusión, víctimas de la violencia, discapacitados y atención integral de la familia. Los recursos orientados a estos programas pequeños han decrecido significativamente con el paso de los años.

Gráfico 5: ¿En qué gasta el MIMDES?

Estructura de gasto del MIMDES por ámbito de acción



Fuente: SIAF

Nota: Infraestructura: Programa Mejorando tu Vida - FONCODES; Oportunidades Económicas: A Trabajar y A Producir de FONCODES; Prog. Nutricionales: Wawawasi, y PACFO, PANFAR y Comedores Infantiles del PRONAA; Prog. Alimentarios: Desayunos y Almuerzos Escolares, Comedores Populares y resto de programas alimentarios del PRONAA; Atención Integral a la Familia: INABIF; Otros: COOPOP, CONADIS PAR, IPD y Parque de las leyendas (estos dos últimos sólo hasta el 2002). El rubro Administración incluye los gastos administrativos y logísticos de la sede central del MIMDES y de los programas PRONAA y FONCODES.

En el 2001 los recursos de infraestructura y oportunidades económicas fueron ejecutados por el Ministerio de la Presidencia. Hasta el 2002 los recursos de programas nutricionales fueron ejecutados por el Ministerio de Salud.

Un tema aparte son los recursos destinados a la administración de todos estos programas. De los 196 millones destinados a administración en el 2004, 146 millones, el 75%, son los gastos administrativos del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria PRONAA y FONCODES; el monto restante representa el gasto por costos administrativos de la sede central del MIMDES.

Resultados prioritarios y el MIMDES

El MIMDES participa en la estrategia para reducir la desnutrición básica y garantizar el acceso a servicios básicos. El PRONAA, programa de provisión de alimentos que representa el 50% de los recursos del MIMDES, tiene como objetivo institucional primordial, la reducción de la tasa de desnutrición infantil. Por otro lado, FONCODES, institución encargada de proveer infraestructura básica para la población en condición de pobreza, es el encargado de proveer recursos para servicios básicos (sistemas de agua potable y desagüe).

Durante el 2004, el MIMDES destinó 16% de su presupuesto a los resultados prioritarios analizados (Tabla 4). Estos recursos incluyen el gasto en programas nutricionales (11%) - aquellos programas con un objetivo nutricional para menores de 5 años- y para infraestructura de servicios básicos (5%) - agua y servicios higiénicos²⁶. Este resultado implica una reducción significativa respecto al año anterior (23%). Los cambios en el funcionamiento del programa FONCODES estarían explicando la caída en la inversión orientada a servicios básicos. A partir del

²⁵ Estos montos representan los recursos invertidos mas no los costos administrativos asociados a la provisión de estos servicios los cuales están considerados en el rubro Administración del gráfico 5.

²⁶ El dato no incluye gastos administrativos asociados a la provisión de estos servicios. Además no incluye los recursos destinados al programa Wawawasi (40 millones de soles) que si bien proveen también alimentos con un contenido nutricional proveen además otros servicios como guardería diurna y capacitación a las madres, que implican costos significativamente mayores que el de alimentos.

2004 son los gobiernos locales los encargados de ejecutar los proyectos de FONCODES y además se ha pasado a trabajar con un mayor número de distritos (antes se trabajaba con 500 hoy con 1580), estos factores habrían reducido la capacidad de FONCODES de “dirigir” el gasto hacia líneas de inversión prioritarias.

¿A qué se destinó el resto de recursos? Los recursos restantes fueron destinados en su mayoría (63%) a otros programas alimentarios (e.g. programas sin un objetivo nutricional tales como Comedores Escolares) y de infraestructura (e.g. construcción de puentes carrozables, letrinas) y (23%) a programas de apoyo integral a la familia y el menor²⁷ y la administración del sector.

Tabla 4: ¿Cuánto se orienta a resultados prioritarios?

Recursos del MIMDES orientados a DNC y ss. Básicos

	2003	2004
Millones de soles		
P. Nutricionales	123	113
Infraestructura ss. básicos	91	50
Subtotal	214	163
Resto MIMDES	725	861
Total	939	1024
Porcentajes		
P. Nutricionales	13%	11%
Infraestructura ss. básicos	10%	5%
Subtotal	23%	16%
Resto MIMDES	77%	84%
Total	100%	100%

Elaboración propia

Fuente: SIAF, SIME FONCODES, SIOP PRONAA

¿En quién gasta el MIMDES?

El MIMDES provee atención integral a las personas en situación de pobreza, exclusión y vulnerabilidad²⁸ mediante la asistencia social y la provisión de oportunidades económicas, entre otros. La selección de la población objetivo por parte del MIMDES, depende del objetivo del programa. En el caso de PRONAA que busca reducir la desnutrición crónica, orientará los alimentos a los menores

en riesgo de desnutrición que además pertenezcan al rango de edad adecuado.

El éxito del programa esta fuertemente basado en llegar a los beneficiarios efectivos, es decir en “focalizar bien”. La focalización se dará en la medida en que se cumplan dos requisitos: (i) Controlar la filtración; asegurar que el servicio llegue efectivamente a la población objetivo del programa y, (ii) Garantizar la cobertura; tener la capacidad de proveer el servicio a toda la población objetivo. El logro de este objetivo será difícil en un contexto donde 25% de la población vive en condición de pobreza permanente y donde dos de cada tres peruanos entran y salen del nivel de pobreza permanentemente (Chacaltana, 2003)²⁹.

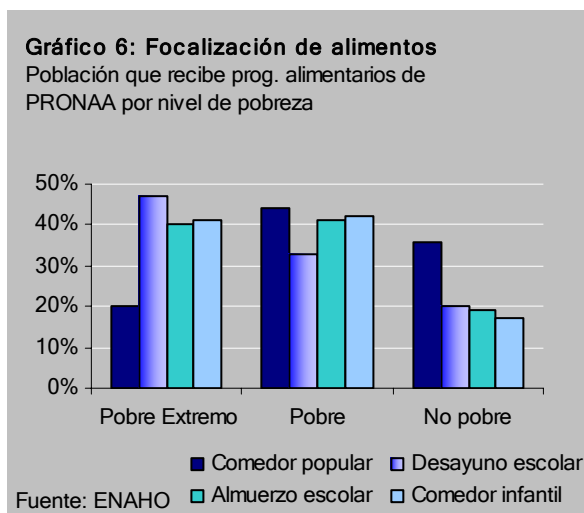
La capacidad del MIMDES de focalizar varía dependiendo del programa. FONCODES por ejemplo cumple con dirigir su inversión hacia la población mas pobre; la institución logra orientar el 52% de su inversión al quintil 1 de pobreza³⁰. Así mismo, PRONAA, que orienta los programas nutricionales en función de la pobreza, reparte el 70% de sus raciones entre los dos primeros quintiles de pobreza. No sucede lo mismo en todos lo programas. La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del 2003, revela que 36% de los beneficiarios de los programas de comedores populares no son pobres, y que los programas de alimentación para escolares de PRONAA proveen alimentos a un 20% de población que no vive en condiciones de pobreza, pudiendo estar dirigida a población en condiciones de pobreza que no es cubierta por el programa.

²⁷ En estos casos si se incluyen gastos administrativos.

²⁸ Ley de Organización y Funciones del MIMDES (N°27793).

²⁹ Un seguimiento a los pobres durante 4 años seguidos, demostró que si bien en promedio la tasa de pobreza en el Perú fluctúa alrededor del 50%, solo 25% de peruanos permanecen constantemente en esa situación. 2 de cada 3 pobres cambian de status constantemente debido a shocks externos tales como la pérdida de empleo o un accidente (Chacaltana, 2003).

³⁰ Referido al 20% mas pobre de la población.



4.2 Productos asociados: responsables, estándares y calidad

El logro de los resultados prioritarios depende de la definición de las acciones necesarias para alcanzarlo, la identificación de instituciones responsables de dichas acciones y el establecimiento de una estrategia que permita la articulación y ejecución de las mismas. En muchos de los casos será más de un sector el encargado de ejecutar acciones para el logro de un resultado prioritario.

Entre las acciones que realiza el MIMDES, existen aquellas destinadas al desarrollo de capacidades humanas que contribuyen a dos resultados prioritarios y que tienen un mayor impacto en el desarrollo del individuo y por lo tanto en la calidad de vida de la población peruana a futuro: la provisión de alimentos con contenido nutricional a fin de prevenir la desnutrición crónica en menores de 5 años y la provisión de infraestructura en servicios básicos.

A continuación se detallan brevemente las acciones que realiza el Estado para la concreción de los resultados mencionados, haciendo énfasis en las acciones realizadas por el MIMDES.

Desnutrición crónica infantil

La desnutrición crónica es determinada tanto por factores biológicos como sociales y

económicos. A fin de prevenirla es necesario garantizar una adecuada: (i) Ingesta de alimentos (e.g. proteínas, micronutrientes y calorías); (ii) Peso al momento de nacer (e.g. mayor a 2.5kg); y (iii) Atención de salud (e.g. controles de crecimiento y desarrollo). Estas condiciones podrán ser garantizadas al niño, en la medida que el hogar pueda proveer y cuente con una serie de servicios y características (e.g. adecuadas prácticas higiénicas y de salud). Como hemos visto, en el Perú uno de cada cuatro niños menores de cinco años no tiene garantizadas estas condiciones de vida y sufre de desnutrición crónica con graves consecuencias en su desarrollo.

El Estado peruano realiza varias de estas acciones a fin de reducir la desnutrición crónica infantil, proveyendo una serie de servicios desde diferentes sectores (ver tabla 5 para una descripción de las acciones).

Tabla 5:
Acciones del Estado para reducir la Desnutrición Crónica Infantil (DNC)

Acción	Sector
Atención pre natal a las madres, Controles de crecimiento y desarrollo a niños menores de 1 año; atención médica a menores a fin de curar enfermedades (morbilidad).	MINSA
Provisión de alimentos con las calorías, nutrientes y proteínas que garanticen una ingesta diaria adecuada. Provisión de servicios de agua y servicios higiénicos para población que vive en zonas rurales y pobres.	MIMDES
Saneamiento (incluye servicios de agua y servicios higiénicos) en zonas urbanas.	MVCS
Provisión de educación (determina en gran medida nivel educativo de las madres).	MINEDU

MINSA: Ministerio de Salud; MIMDES: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; MVCS: Ministerio de Vivienda, Construcción, y Saneamiento; MINEDU: Ministerio de Educación

El MIMDES cuenta con dos instituciones orientadas a mejorar el estado nutricional de

los menores. La primera es el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria PRONAA que representa la mitad del presupuesto del MIMDES y que orienta algunos de sus programas alimentarios hacia niños menores y la segunda es el Programa Nacional Wawawasi que provee atención integral durante el día a la niñez temprana (menores de 4 años). En el caso de PRONAA la reducción de los niveles de desnutrición crónica infantil, es el objetivo institucional primordial, mientras que en el caso de Wawawasi, es parte de la atención integral brindada. Ambas instituciones asisten en conjunto a poco más de medio millón de niños por año³¹. Si bien ambas instituciones proveen alimentos, solo los programas de PRONAA tiene como fin específico y primordial incidir en el nivel nutricional de la población: El Programa de Alimentación y Nutrición a la Familia de Alto Riesgo (PANFAR) tiene un fin curativo ya que está dirigido a niños menores identificados como desnutridos, y los programas de Alimentación Complementaria (PACFO) y Comedores Infantiles son de naturaleza preventiva dirigidos a niños menores de 4 años de zonas pobres (ver tabla 6 para una breve descripción de los programas).

Tabla 6:
Programas orientados a reducir la Desnutrición Crónica mediante provisión de alimentos y atención integral

Programa	Objetivo y ámbito
Programa de Complementación Alimentaria PACFO (317,500 niños)	Mejorar estado nutricional en niños entre 6 y 36 meses en departamentos de mayor pobreza (Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huanuco, Madre de Dios y Puno). Contenido ración: Calorías 30%, Proteínas 30%, Hierro 100%
Programa de Alimentación y Nutrición a la Familia de alto	Reducir DNC en niños menores de 36 meses identificados como desnutridos (se proveen raciones por familia para 2 niños menores)

³¹ Durante el 2004 los programas atendieron a: PACFO 317,500 ; PANFAR 74,000; Comedores Infantiles 135,000; y, Wawawasi 40,000 niños.

Riesgo PANFAR (74,000 niños)	de 3 años y la madre). Contenido ración: Niños: Calorías 86%; Proteínas 120%; 100% Hierro; Madres: Calorías 32%; Proteínas 50%
COMEDORES INFANTILES (135,000 niños)	Mejorar estado nutricional de población menor de 6 años mediante provisión de asistencia alimentaria, capacitación a madres y motivación. Contenido ración: Calorías 60%, Proteínas 104%, Hierro 100%
Programa Wawawasi (40,000 niños)	Brinda atención integral durante el día a la niñez temprana (menores de 4 años) en condición de pobreza incluyendo cuidados en salud, estimulación temprana y atención alimentaria.
Fuente: PRONAA, PESEM y PEI MIMDES	

Cabe resaltar que PRONAA no se encarga de todo el proceso de provisión de alimentos. Para el caso de PANFAR y PACFO, en el MINSA quien identifica a los beneficiarios, solicita a PRONAA un número de raciones determinadas y reparte los alimentos ya sea en los establecimientos de salud o repartiéndolos a domicilio. En resumen, PRONAA se encarga de garantizar la compra de alimentos, que cumplan con los contenidos nutricionales (señalados por Salud) y que lleguen a tiempo a las escuelas o establecimientos de salud). En el caso de comedores infantiles, un programa que funciona bajo un enfoque de demanda, las madres organizadas solicitan a PRONAA un número de raciones diarias y ellas son las encargadas de preparar el alimento y repartirlo entre los menores.

Acceso a servicios básicos

El Estado promueve el acceso universal a servicios básicos debido a su importancia en la prevención de enfermedades y por tanto en el desarrollo futuro. El rol promotor pasa por regular el mercado privado de saneamiento y además por proveer dichos servicios a aquellos que no tienen capacidad de acceder a

los mismos por inexistencia de infraestructura y capacidad adquisitiva.

Son dos las entidades encargadas de proveer servicios de saneamiento. El Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS) quien es responsable normativo y ejecutivo en lo concerniente a los servicios de saneamiento básico y el MIMDES que provee infraestructura básica en agua potable y desagüe a la población pobre que vive en zonas rurales (ver tabla 7 para mayor detalle).

Tabla 7:

Acciones del Estado para incrementar el acceso a servicios básicos

Programa	Objetivo y ámbito
PRONASAR Programa Nacional de Agua y Saneamiento Rural (MVCS)	Contribuir a mejorar la salud de la población y su calidad de vida, a través de (i) construcción y mejoramiento de sistemas de saneamiento; y, (ii) Fortalecimiento de capacidades técnicas y normativas del sector y comunidades
PARRSA Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Saneamiento (MVCS)	Promover ampliación de cobertura y mejoramiento de servicios de saneamiento.
Mejorando tu Vida (FONCODES - MIMDES)	Provisión de infraestructura básica a población que vive en zonas rurales y en condiciones de pobreza (en los últimos dos años ha sido extendido a áreas urbanas). Líneas de intervención: Sistemas de agua potable y sistemas de desagüe
Gobiernos regionales y locales	Construcción y mantenimiento de servicios de agua y desagüe

MIMDES: Ministerio de La Mujer y Desarrollo Social; MVCS: Ministerio de construcción, vivienda y Saneamiento;

En el caso del MIMDES, las responsabilidades para ejecutar son compartidas en la provisión de infraestructura en servicios básicos conjuntamente con los gobiernos locales. El MIMDES mediante su programa FONCODES, orienta recursos para la provisión de infraestructura básica a nivel distrital, priorizando las zonas mas pobres.

Sin embargo FONCODES no decide en que se invierte; son las comunidades vía sus gobiernos locales quienes deciden en que se invierte el dinero.

4.3 Eficacia de las acciones principales

A fin de conocer respecto del avance de las acciones del MIMDES orientadas a mitigar la desnutrición crónica infantil y garantizar el acceso a servicios básicos se plantean indicadores de seguimiento³². Para el caso de las acciones mencionadas se toman: (i) indicadores macro, indicadores referenciales cuyo objetivo es mostrar la evolución de la desnutrición crónica o el acceso a servicios básicos y sus características (y cuyo resultado es de carácter multisectorial y no sólo responsabilidad del accionar de un sector); e (ii) Indicadores de gestión, que permiten medir el avance y la situación del quehacer del MIMDES respecto de las mencionadas acciones.

Provisión de asistencia nutricional a menores

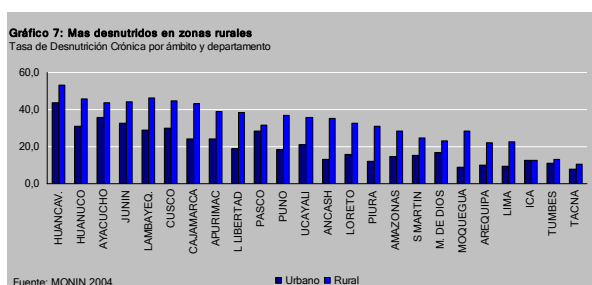
El seguimiento a las acciones del MIMDES orientadas a la reducción de la DNC infantil se realiza a través del indicador referencial (i) Tasa de desnutrición crónica infantil a nivel departamental y los siguientes indicadores de gestión: (ii) Estrategia de focalización; y, (iii) Nivel de cobertura de los programas nutricionales³³.

Nivel de desnutrición crónica infantil

³² Los indicadores han sido definidos en función a: (i) Las efectivas responsabilidades del sector o institución a cargo; (ii) la pertinencia de la información generada; (iii) La disponibilidad y calidad de la información provista por el sector (en términos de periodicidad, nivel de desagregación, ámbito, etc); y (iv) costos asociados a la recolección de la información. Así mismo, los indicadores han sido discutidos y validados mediante sendas reuniones con el sector.

³³ El indicador que mide la capacidad de PRONAA de comprar y repartir las raciones programadas (raciones repartidas vs. Programadas) no ha podido ser incluido debido a problemas de registro con los datos.

En zonas rurales la tasa de desnutrición crónica es mayor que en zonas urbanas. En promedio, uno de cada tres niños menores de cinco años sufre de DNC en zonas rurales, mientras que en zonas urbanas uno de cada cinco niños sufre del mismo mal. Así mismo, los departamentos en la sierra tienen mayores niveles de DNC que los que se encuentran en la costa (gráfico 7). Los cinco departamentos con mayores tasas de DNC (mas de 40% para zonas rurales y de 30% para urbanas): Huancavelica, Huanuco, Ayacucho, Junín, Lambayeque, quedan todos excepto el último, en la sierra y están entre los mas pobres del país. Existen fuertes diferencias entre las tasas de DNC de los departamentos con casos de menos de 10% de DNC para los departamentos de Moquegua, Arequipa, Lima, Tumbes y Tacna en sus zonas urbanas.



Estrategia de focalización y cobertura de programas nutricionales

Los programas nutricionales de PRONAA se encuentran focalizados según pobreza. Entre el 80 y 85% de las raciones distribuidas por dichos programas se realiza en los niños de los dos primeros quintiles de pobreza³⁴. De hecho, PACFO -que cubre la mitad de niños beneficiados por programas nutricionales del MIMDES- se provee en sólo 9 departamentos, seleccionados de acuerdo a su nivel de pobreza³⁵.

Una mirada a la evolución de las tasas de DNC y a la estrategia departamental de PRONAA revela varios aspectos en relación a

la estrategia de focalización, cobertura y potencial impacto de las acciones y programas nutricionales de PRONAA (Gráfico 8).

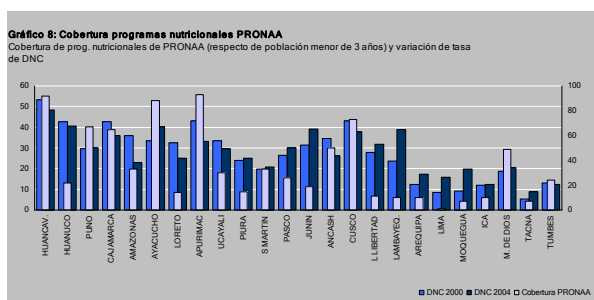
En relación a la estrategia de focalización, se observa que: (i) Si bien los departamentos mas pobres son en promedio, los que mas reciben, no se encuentra una clara relación progresiva del gasto. Departamentos como Huancavelica y Ayacucho tienen altas tasas de cobertura 92 y 88% respectivamente, mientras que en Huanuco y Amazonas (departamentos con niveles de pobreza semejantes) la cobertura solo alcanza el 22 y 33% respectivamente. Madre de Dios, departamento priorizado por PRONAA es el tercer departamento menos pobre del país; y, (ii) El focalizar en función a la tasa de pobreza, no garantiza llegar a aquellos con mayores niveles de desnutrición. Departamentos “no tan pobres” que se ubican entre los puesto 11 y 17 (según un ranking de pobreza) tienen mayores tasas de desnutrición que algunos departamentos ubicados entre los “mas pobres”.

En relación a la cobertura de los programas nutricionales de PRONAA se observa que: (i) En su conjunto, los programas nutricionales atienden 27% de la población menor de tres años del país, (526 mil niños en el 2004). Si solo consideramos a la población pobre menor de tres años, la cobertura se eleva a 53%, siendo todavía un nivel reducido sobre todo si consideramos que este es el objetivo prioritario de la institución a la cual se destina menos del 20% del presupuesto anual; (ii) No parece existir una estrategia clara de distribución de raciones en función a algún factor relacionado a la desnutrición crónica. El caso de Pasco y Tumbes es sintomático. Ambos tienen una tasa de cobertura cercana al 25% sin embargo el primero tiene una tasa de DNC de 30% y el segundo de 12%. Por otro lado La Libertad, Lambayeque y Lima tienen una cobertura de 10-11% por parte de los programas nutricionales cuando sus tasas

³⁴ Referido al 40% de la población mas pobre.

³⁵ Ancash, Apurimac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huanuco, Madre de Dios y Puno.

de DNC son de 32%, 39%, y 16% respectivamente; (iii) Para el caso específico de los departamentos donde funciona el programa PACFO, los niveles de cobertura son bastante disímiles tendiendo coberturas de 88% Huancavelica, 22% Huanuco y 30% Ancash. Sería importante conocer la relación de criterios en base a los cuales se determinan los niveles de cobertura para cada departamento.



Acceso a servicios básicos

El seguimiento a las acciones del MIMDES orientadas a garantizar el acceso a servicios básicos de agua segura y servicios higiénicos se realiza a través del indicador referencial (i) Tasa de acceso a servicios básicos a nivel departamental los siguientes indicadores de gestión: (ii) Focalización; y, (iii) Capacidad de ejecución de inversión de los programas de infraestructura que proveen servicios básicos.

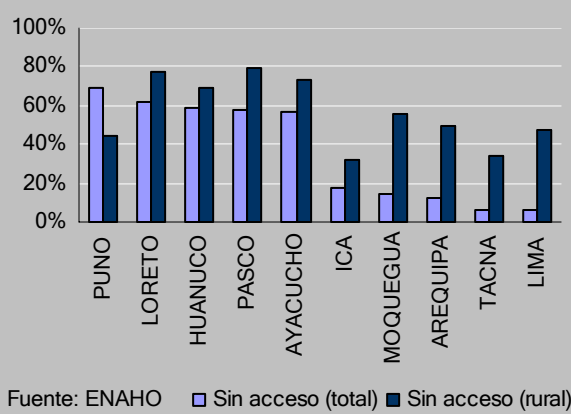
El Fondo de Cooperación y Desarrollo Social, FONCODES, es la institución del MIMDES que ejecuta aquellas actividades relacionadas con la provisión de infraestructura y oportunidades económicas para la población pobre (e.g. vía asignación de recursos para la realización de infraestructura, apoyo a la producción o puestos de trabajo temporales) y por lo tanto, la encargada de la provisión de servicios básicos como agua, desagüe y electricidad (programa Mejorando tu Vida).

Tasa de acceso a servicios básicos

Uno de cada tres peruanos no tiene acceso a servicio de agua en su vivienda. Quienes viven en zonas rurales poseen menos servicios que aquellos en zonas urbanas.

Existen casos como el de Pasco, Loreto y Ayacucho, donde una de cada tres personas tiene acceso a servicios de agua. Cerca de la mitad de departamentos tiene por lo menos a la mitad de su población sin acceso a servicios de agua.

Gráfico 9: Acceso a ss. agua segura
Departamentos con mayores y menores niveles de acceso a agua potable

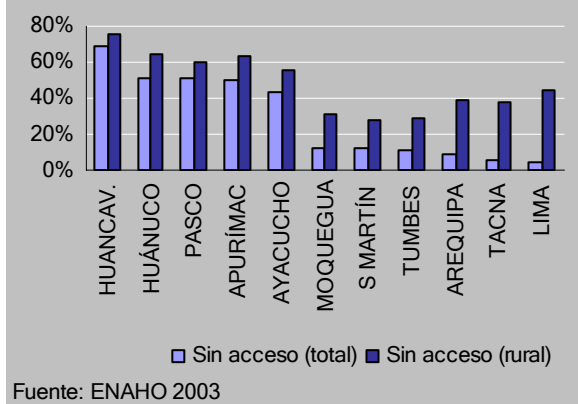


En promedio, uno de cada cuatro peruanos no cuenta con acceso a servicios higiénicos. A nivel departamental, el acceso a dichos servicios es bastante disímil. En departamentos como Lima (con un tercio de la población nacional) solo el 5% de los hogares no cuentan con servicios higiénicos, incrementándose este porcentaje a 45% en el caso de las zonas rurales de este departamento (Gráfico 10). En zonas rurales, las tasas de no acceso a servicios básicos superan el 30% en todos los departamentos.³⁶

³⁶ Se han omitido los datos de la ENAHO 2000 que hubieran permitido información sobre las mejoras en las tasas de acceso debido a que los datos presentan problemas.

Gráfico 10: Acceso a ss. higiénicos

Departamentos con mayores y menores niveles de acceso a servicios higiénicos



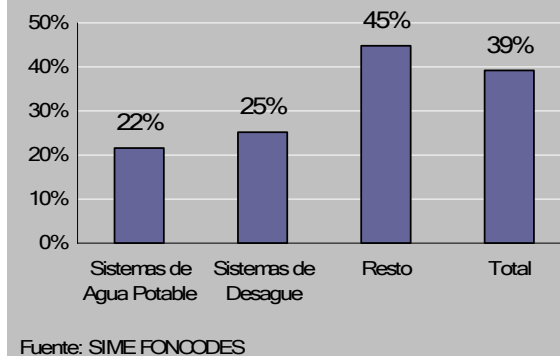
Capacidad de ejecución de inversión en servicios básicos

Durante el primer semestre del 2005, FONCODES ejecutó en promedio el 40% de la inversión en infraestructura económica y social programada para todo el año. Los niveles de ejecución varían dependiendo del tipo de proyectos (líneas de intervención). En el caso de los proyectos de agua y desagüe, los niveles de ejecución de 23% para los sistemas de agua y 25% para sistemas de desagüe. Las diferencias en el nivel de ejecución por tipo de proyecto y el bajo nivel de ejecución para servicios básicos estaría relacionado con: (i) Una menor ejecución a inicios de año (e.g. demoras en los desembolsos, en la construcción de perfiles técnicos y aprobación de los proyectos). Durante el primer semestre del 2004, el nivel de inversión en los sistemas de agua fue solo de 14%, sin embargo al finalizar el año, la inversión programada se había cubierto en un 95%; (ii) Mayor facilidad para ejecutar algunos tipos de proyectos respecto a otros. Existen proyectos como la construcción de aulas de naturaleza mas "standard" (tradicional), donde la construcción de perfiles y aprobación toma menos tiempo; y, (iii) Cambios en el tipo de proyectos de inversión. Desde hace dos años son los

gobiernos locales los encargados de ejecutar los recursos de FONCODES y los medios por los cuales se toman las decisiones sobre "en que" invertir. Los factores políticos asociados a dichos procesos pueden llevar a cambios en las decisiones de inversión programadas.

Gráfico 11: Avance ejecución ss. básicos

FONCODES: Capacidad de ejecución de inversión en ss. Básicos (1er semestre 2005)



En lo que va del 2005, FONCODES ha destinado el 10% de sus recursos a proyectos de inversión de servicios básicos³⁷ a pesar de ser un tema prioritario para el país. De estos recursos, el 8% (17 millones) fueron destinados a sistemas de agua, mientras que el 2% (3 millones) a sistemas de desagüe (Tabla 8).

Paralelamente a la poca importancia que en términos presupuestales tiene la inversión en infraestructura básica (como se ha visto las tasas de acceso a servicios básicos se mantienen bajas) se observa una reducción entre el 2003 y el 2004 de los recursos orientados a dichas líneas de inversión. En el periodo mencionado, la inversión en servicios básicos cayó de 23 a 17% del presupuesto del programa Mejorando Tu Vida (91 millones en el 2003 y 50 en el 2004), creciendo otros rubros como la construcción de aulas, caminos y establecimientos de salud.. Cabe señalar que esta caída se da en un contexto en el que se incrementan los recursos ejecutados por FONCODES (459 en el 2003 y 475 en el 2004) y que esta reducción no estaría explicada por

³⁷ Dato no incluye costos administrativos.

la transferencia de recursos a gobiernos locales dado que el Sistema de Seguimiento y Monitoreo SIME de FONCODES durante el 2004 contiene casi la totalidad de información respecto de las inversiones realizadas (hayan sido estas transferidas o no)³⁸.

Tabla 8: Inversión en acceso a servicios básicos
FONCODES Estructura de Inversión por línea de acción del programa *Mejorando tu Vida*

	2003		2004		2005*	
	S/.	%	S/.	%	S/.	%
Sistemas Agua potable	86	22%	44	15%	17	12%
Sistemas desagüe	5	1.3%	6	2%	2.5	2%
Subtotal	91	23%	50	17%	20	14%
Redes electrificación	13	3.3%	25	8.5%	13	10%
Aulas	13	3.3%	60	20%	39	29%
Caminos vecinales	23	5.8%	45	15%	29	21%
Puestos de salud		0	13	4.3%	14	11%
Otros	252	64%	117	40%	35	26%
Total	392	100	297	100	135	100

* 2005 Datos al primer semestre
Fuente: SIME FONCODES

El menor nivel de recursos orientados a servicios básicos se da en un contexto de (i) incremento del presupuesto de FONCODES, (ii) la extensión del programa a 1580 distritos (hasta el 2003 fueron alrededor de 500); y, (iii) un incremento de programas nacionales de inversión en saneamiento (e.g. Pronasar).

Los cambios en la priorización de la inversión (menor inversión en servicios básicos e incremento de la inversión en otras líneas) estarían relacionados con los cambios en el funcionamiento del programa FONCODES. Actualmente son los gobiernos locales los que tienen a su cargo la provisión de infraestructura social, ellos deciden en que invertir y ejecutan los proyectos³⁹, esto tiene

³⁸ De acuerdo a funcionarios de FONCODES, la información faltante en el SIME durante el 2004 por el proceso de descentralización, alcanza el 3%.

³⁹ Desde sus inicios, FONCODES financió proyectos bajo un mecanismo de "demanda", donde la comunidad solicitaba el financiamiento de un proyecto específico. Desde el 2003, la asignación de recursos se

implicancias en la selección de proyectos de inversión y en los tiempos debido a varios factores que pasamos a detallar:

(i) **Débil capacidad técnica en los gobiernos locales.** Muchos gobiernos locales no tienen experiencia en formular y ejecutar proyectos, por lo cual los procesos son más lentos en la medida en que hay que generar esas capacidades. Además, el hecho que los distritos más pobres reciban más recursos y la posibilidad que la mayor pobreza este correlacionada con menores capacidades (de recursos y humanos), también incide en los tiempos que toma en salir un proyecto.

(ii) **Factores políticos y demoras por cambios en los procesos.** Los procesos para el logro de consensos respecto a que proyectos financiar tiene asociados mayores costos políticos cuando es un gobierno local el que debe decidirlo y ejecutarlo. Los proyectos para poder ser planteados como ideas y finalmente perfiles, deben estar en el marco de las acciones programadas por el gobierno local (e.g. ser parte de los Planes de Desarrollo Concertado). Estos nuevos procesos por lo que deben pasar los proyectos, incrementan los tiempos de formulación y ejecución de los mismos.

Anteriormente se promovía a nivel de una comunidad la selección de un proyecto a financiar, el núcleo ejecutor administraba la ejecución, se aprobaba el perfil y se ejecutaba. Hoy el sistema funciona diferente. El municipio debe definir la idea que quiere financiar, transformarla en proyecto, y desarrollar un expediente técnico que debe ser aprobado por FONCODES, luego de lo cual se autoriza el desembolso. Uno de los grandes cambios es que anteriormente el proyecto existía antes de la asignación de recursos, con lo cual la ejecución era más

realiza en función a un índice de pobreza y a nivel distrital. Es decir, según el nivel de pobreza de los distritos estos reciben anualmente un techo máximo para invertir en proyectos.

rápida. Hoy el ciclo del proyecto, se inicia después de la asignación.

(iii) Mayor número de distritos trabajando con FONCODES. FONCODES acompaña a los gobiernos locales en el proceso. El índice de pobreza incluye a todos los distritos considerados como pobres, muy pobres y extremadamente pobres. De esta manera son ahora 1580 los distritos que reciben recursos para ejecutar. vs. los 500 con los que trabajaba antes FONCODES y los cuales debían tener proyectos definidos como condición para recibir el desembolso.

Así FONCODES viene padeciendo fuertes cambios en términos del ámbito de sus responsabilidades. Actualmente sus funciones se centran en asignar recursos, aprobar expedientes técnicos, acompañar en la ejecución y realizar seguimiento a la inversión, habiendo perdido injerencia en la orientación de la inversión.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Comentarios generales

Aproximarse al accionar del Estado a través de un enfoque por resultados (en este caso resultados prioritarios en materia social), hace evidente la poca “costumbre” que existe a nivel del sector público de enfocar las actividades que realiza, así como las decisiones que toma en función a un objetivo claro. Esto se vislumbra a partir de varios factores: (i) Poca rigurosidad en definición de objetivos, beneficiarios y acciones vinculadas a un proyecto o programa específico; y, (ii) Inexistencia de información que permita evaluar logros en función a objetivos de proyectos o programas.

Una mirada en función a resultados prioritarios permite clarificar roles dentro del estado. Así, habrá sectores que cumplirán un rol preponderante en el logro de algunos resultados, así como habrá sectores que juegan un rol indirecto en el logro de

resultados por tener funciones transversales y generales que tienen un efecto en varias esferas (e.g. MIMDES en torno a la provisión de alimentos)

Orientar el accionar público en función a resultados facilita la definición de estrategias conjuntas y articuladas para el alcance de logros. Además, clarifica los alcances potenciales del sector público en el logro de algún objetivo. Analizar los determinantes de la desnutrición crónica permite identificar las instituciones que potencialmente podrían estar involucradas al logro de dicho objetivo así como el mapa de acciones necesarias para su consecución.

Comentarios específicos

El MIMDES no tiene “control” sobre ninguno de los resultados prioritarios planteados por el Sistema de Seguimiento y Evaluación del MEF. El MIMDES contribuye al logro de algunos resultados de manera indirecta, pero no juega un rol preponderante en su concreción. Esto se debe principalmente a que: (i) no cuenta con las competencias (funciones formales y normativas); (ii) en general siempre hay más de un sector asociado al logro de un resultado prioritario (aún cuando en el caso de Salud y Educación son los actores principales).

Respecto de los resultados prioritarios, es claro que estos no son “prioritarios” para el MIMDES o en todo caso son prioritarios dentro de muchos otros: Al margen de los recursos asignados a las acciones de provisión nutricional a menores o infraestructura de servicios básicos, los programas no cuentan con un análisis que permita identificar quienes reciben o no los servicios y quienes deberían recibirlos, y de esta manera cubrir la brecha de provisión del servicio en pos de alcanzar el logro deseado.

La razón por la cual los resultados prioritarios no son prioritarios para el MIMDES está relacionada a varios aspectos (que no tienen

que ver necesariamente con responsabilidad del sector): El MIMDES no tiene control sobre sus resultados. Ya sea porque sus programas funcionan bajo un enfoque de demanda o porque no tienen las competencias para orientar los recursos a aquellos temas prioritarios (e.g. el proceso de descentralización transfiere competencias para la provisión de programas sociales a gobiernos locales), el MIMDES aún cuando ejerce un rol normativo, no cuenta o no ha podido desarrollar mecanismos que permitan ejercer mayor control sobre la orientación y la forma de proveer los servicios.

El MIMDES viene desarrollando estrategias para ejercer su rol normativo. A través de los convenios de gestión y de la capacitación a gobiernos locales así como de su experiencia piloto en nutrición, el MIMDES intenta generar un mayor espacio para dirigir las acciones en materia social.

Resulta difícil medir los logros alcanzados por el MIMDES en términos de resultados prioritarios en la medida en que se cuenta con poca información (de resultados y de beneficiarios) y porque cumple un rol transversal. Queda por definir resultados que puedan ser asociados al MIMDES de manera que se pueda hacer seguimiento a las acciones que realiza, midiendo su desempeño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arroyo, Juan. 2002. La Salud Peruana en el siglo XXI Retos y Propuestas de Política.
Banco Mundial. 2002. Country Assistance Strategy 2002-2006.
Banco Mundial. 2005. Opportunities for all. Peru Poverty Assessment
CEPAL. Anuario Estadístico para América Latina 2000-2005.
Chacaltana, Juan. 2000. Mas allá de la focalización. Performance e impacto del gasto (focalizado) de lucha contra la pobreza.

Chacaltana, Juan. 2003. La pobreza no es como la imaginábamos

Encuesta Nacional de Hogares. 2003. INEI

Francke, Pedro. Propuesta de Reforma de Programas Nutricionales Infantiles en el Perú.

Francke, Pedro. 2001. Políticas Sociales. Balance y Propuestas.

FONCODES. Normativa, Instrumentos de gestión (ROF) y planeamiento (PESEM, PEI, POI) (años varios).

Herrera, Javier. La Pobreza en el Perú 2003. IRD-INEI

Lorge Rogers, Beatrice y otros. Reducción de la Desnutrición Crónica en el Perú: Propuesta para una estrategia Nacional. 2001

OMS 2004

MIMDES. Normativa, Instrumentos de gestión (ROF) y planeamiento (PESEM, PEI, POI) (años varios).

Onis, Mercedes y otros. 2001. ¿Está disminuyendo la Malnutrición? Análisis de la evolución del nivel de malnutrición infantil desde 1980. En: Boletín de la Organización Mundial de la Salud

Plan Nacional de Superación de la Pobreza 2004-2006. 2004.

PRISMA e INEI. 1999. Determinantes de la Desnutrición Aguda y Crónica en menores de tres años. Un sub análisis de la ENDES 1992 y 1996.

PRONAA. Normativa, Instrumentos de gestión (ROF) y planeamiento (PEI, POI) (años varios)

Sistema Integrado de Administración Financiera. SIAF – Consulta Amigable (años varios)

Smith, Lisa y Hadad, Lawrence IFPRI 2000. Overcoming child malnutrition in developing countries: Past achievements and future choices