

DOCUMENTO DE DISCUSIÓN

DD/08/11

“Perú, hacia un presupuesto por resultados:
afianzando la transparencia y rendición de
cuentas”

Betty Alvarado
Eduardo Morón



UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN

DOCUMENTO DE DISCUSIÓN

DD/08/11

© 2008 Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

DD/08/11

Documento de Discusión

“Perú, hacia un presupuesto por resultados: afianzando la transparencia y rendición de cuentas”

Elaborado por Betty Alvarado y Eduardo Morón
Agosto 2008

Resumen

Los tomadores de decisiones públicas en el Perú han decidido en el 2007 modernizar la manera de hacer presupuesto y han iniciado la implementación del Presupuesto por Resultados (PpR) a pilotarse en el 2008. Este modelo a juicio de este estudio tiene una serie de ventajas para afianzar la transparencia y gobernabilidad del país, además tiene el potencial de permitir descubrir las limitaciones sectoriales de los modelos de atención/provisión (en salud y educación) y de tipo macro y micro administrativo del Estado. La hipótesis de trabajo fue que descubierto el potencial del PpR, su implementación tendrá que superar una serie de dificultades que deberán ser resueltas y/o impulsar a nivel sectorial y a nivel de la modernización del Estado. Perú se encuentra en un momento de prosperidad económica, pero con algunos indicadores de desempeño desalentadores en los sectores de salud y educación cuyo mayor gasto sectorial no se ha traducido en mejores indicadores. La implementación del PpR justamente trata de superar esta situación. El análisis de dos programas piloto en salud y educación descubre algunos problemas conceptuales y limitaciones institucionales para mantener el presupuesto dentro de un esquema general de gestión por resultados. La experimentación inicial está permitiendo que algunos de estos problemas estén siendo solucionados o puestos en la agenda.

Uno de los instrumentos principales del PpR es la utilización del marco lógico como parte de la programación, seguimiento y evaluación. Las bondades de la metodología lógico causal facilita a los analistas y observadores de todo tipo dilucidar inmediatamente las acciones financiadas que llevarían a resultados. Las conclusiones y recomendaciones se organizan en dos grupos. El primer grupo vinculado al uso adecuado del marco lógico y su metodología y el segundo vinculado a los factores necesarios para lograr sostenibilidad de este modelo de presupuesto. En el primer grupo, uno de los grandes retos es definir y hacer seguimiento a los indicadores adecuados a cada nivel (gestión/logística y desempeño sectorial); todavía se observa confusión y debilidades al respecto. En el segundo grupo, además de los obstáculos propios de cada sector que deberán ser remontados por reformas sectoriales, hay elementos macro transversales que deben ser consideradas y solucionadas como tener unidades del gobierno central (poderes legislativo y ejecutivo) con capacidad suficiente para hacer seguimiento sustantivo al PpR, enlazar y fortalecer los sistemas de información administrativos con el ciclo presupuesto, y en la gerencia del Estado, estudiar la posibilidad de otorgar mayor autonomía pero con incentivos a los ejecutores y proveedores de servicios a cambio de resultados concretos, entre otros.

Key words: Presupuesto por resultados, rendición de cuentas

E-mail de los autores: alvarado_bm@up.edu.pe, moron_ea@up.edu.pe

* Las opiniones expresadas en los Documentos de Discusión son de exclusiva responsabilidad de los autores y no expresan necesariamente aquellas del Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Los Documentos de Discusión difunden los resultados preliminares de las investigaciones de los autores con el propósito de recoger comentarios y generar debate en la comunidad académica.



UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN

PERÚ
HACIA UN PRESUPUESTO POR RESULTADOS: AFIANZANDO LA
TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Índice de Contenido

Síntesis

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I
MODELOS E INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS

1. Marco conceptual,
 - a. Un triángulo de rendición de cuentas: actores, instrumentos y procesos,*
 - b. Dinámica y complejidad de la Reforma del Estad,*
2. Metodología,

CAPÍTULO II
EL PRESUPUESTO PÚBLICO POR RESULTADOS Y SU PAPEL EN LA
GOBERNABILIDAD

1. La importancia de la gestión por resultados en el sector público,
2. El tránsito de presupuesto por insumos a un presupuesto por programas y por resultados,
3. Aplicación del presupuesto por resultados en el Perú,

CAPÍTULO III
ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO PÚBLICO Y MONITOREO DEL GASTO EN
SALUD Y EDUCACIÓN

1. Panorama,
 - a. Un contexto favorable,*
 - b. Fuentes de financiamiento y transferencias intergubernamentales,*
 - c. Distribución del gasto por funciones y tipo de gasto,*
2. Financiamiento del sector salud,
 - a. Gasto público y privado,*
 - b. Función salud y saneamiento,*
 - c. Descentralización y fuentes de financiamiento,*
 - d. Equidad en el gasto de salud del sub sector público,*
3. Financiamiento del sector educación y cultura,
 - a. Gasto público,*
 - b. Gastos económico,*
 - c. Gastos por programas / niveles de la educación básica,*

- d. *Gastos por niveles de gobierno,*
- e. *Incidencia y equidad en el gasto,*

CAPÍTULO IV

SECTOR SALUD. SU TRANSICIÓN AL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

1. ¿Es posible vincular su desempeño al gasto?,
 - a. *El caso del Seguro Integral de Salud ,*
2. Programa estratégico de salud materno neonatal. Una visión de marco lógico,
 - b. *La estrategia en contexto y relevancia del propósito y componente,*
 - c. *Evidencias disponibles que explican la causa o reducción de la razón de la mortalidad materna y neonatal,*
 - d. *Indicadores y medios de verificación,*
 - e. *Actividades y presupuesto,*

CAPÍTULO V

SECTOR EDUCACION. SU TRANSICION AL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

1. ¿Es posible vincular su desempeño al gasto?,
 - a. *Logros en el sector educación ,*
2. Programa estratégico de educación. Una visión de marco lógico,
 - a. *La estrategia en contexto y relevancia del propósito y componentes,*
 - b. *Evidencias disponibles que explican el logro de un rendimiento estudiantil,*
 - c. *Indicadores y Medios de verificación,*
 - d. *Actividades y presupuesto,*

CAPÍTULO VI

FACTORES QUE ACOMPAÑAN EL PRESUPUESTO POR RESULTADOS: INCENTIVOS, AUTONOMÍA Y RENDICION DE CUENTAS

1. Generación de incentivos,
 - a. *Los contratos de desempeño,*
 - b. *La aplicación en el Perú,*
2. Autonomía de las agencias y proveedores,
 - a. *Modelos organizacionales según autonomía,*
 - b. *La experiencia en el Perú,*
3. Rendición de cuentas y monitoreo,
 - a. *Triangulación,*
 - b. *Capacidades,*
 - c. *Demanda y rol de instituciones líderes,*
 - d. *Participación de la sociedad civil,*
4. Otros controles para ajustar: ejemplo de barreras a superar en el sector salud,

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES,

Bibliografía,

- ANEXO I. Sistemas de información y los indicadores de salud,
- ANEXO II. Estadísticas e indicadores,
- ANEXO III. Sistemas de información y monitoreo en el sector educación,
- ANEXO IV. La evaluación de alumnos,
- ANEXO V. Perfil de los Acuerdos del Gestión firmados por la DNPP 2006,
- ANEXO VI. Autonomía en las entidades públicas de atención de la salud y educación,

Cuadros, gráficos y recuadros

- Cuadro 2.1. Programas estratégicos priorizados para el Presupuesto por Resultados, 2008
- Cuadro 3.1. Ingresos corrientes del gobierno central
- Cuadro 3.2. Categorías de gasto financiero y no financiero del gobierno general
- Cuadro 3.3. La función salud y saneamiento en el presupuesto nacional según sector
- Cuadro 3.4. La salud y el saneamiento en el presupuesto según programas
- Cuadro 3.5. Ejecutores y financiamiento de la salud por niveles de gobierno y seguridad social, Millones de soles, 2006
- Cuadro 3.6. Ejecutores y financiamiento de educación por niveles de gobierno, Millones de soles, 2006
- Cuadro 4.1. Cobertura de los partos según quintiles de gasto y nivel de pobreza, 2006
- Cuadro 4.2. Causas de muerte materna durante el parto, 2001
- Cuadro 4.3. Marco Lógico del Programa Estratégico de salud Materno Neonatal
- Cuadro 4.4. Disponibilidad de medicamentos para atender pacientes SIS (Mayo 2006)
- Cuadro 5.1. Marco Lógico del Programa Estratégico de Logros de Aprendizaje
- Cuadro 5.2. Rendimiento promedio de los estudiantes de sexto grado de primaria, según la medida de habilidad de sus docentes, Evaluación Nacional 2004

- Gráfico 1.1. El triángulo de rendición de cuentas y el presupuesto por resultados aplicado al sector salud
- Gráfico 1.2. Modelo de controles para la implementación del PPR
- Gráfico 1.3. Marco Lógico y las áreas a analizar / validar
- Gráfico 2.1. Elementos de una buena gobernabilidad
- Gráfico 2.2. El proceso presupuestario y los agentes involucrados
- Gráfico 2.3. El tránsito al presupuesto por resultados
- Gráfico 2.4. Marco Lógico y sus requisitos
- Gráfico 3.1. Tasa de crecimiento del PBI real y el presupuesto público
- Gráfico 3.2. Tasa de crecimiento del PBI per capita en América Latina 2006
- Gráfico 3.3. Distribución del PBI y PBI per capita según regiones ordenadas por quintiles de carencias, 2005
- Gráfico 3.4. Asignación del presupuesto público según función: 2002-2007 (millones de soles)
- Gráfico 3.5. Distribución del presupuesto y el espacio fiscal, 2002-2007 (en porcentajes del presupuesto)
- Gráfico 3.6. Distribución del gasto público no financiero ni previsional 2002-2007 (en porcentajes del presupuesto)

Gráfico 3.7 Gasto en salud en Latinoamérica como % del PBI

Gráfico 3.8 Distribución del presupuesto del SIS (total atención médica) y monto referencial por afiliado de acuerdo al Plan de Salud según regiones agrupadas por quintiles de carencias: 2006

Gráfico 3.9 Gasto por atención de salud Plan A SIS por regiones según nivel de pobreza, soles, 2006

Gráfico 3.10 Gasto por atención de salud Plan C SIS según nivel de pobreza, soles, 2006

Gráfico 3.11 Perfil socioeconómico afiliados al Plan A según grado de pobreza y regiones, 2006

Gráfico 3.12 Gasto en educación en Latinoamérica como % del PBI

Gráfico 3.13. Gasto por alumno según nivel de educación, Nuevos Soles, 2006

Gráfico 3.14. Gasto per capita (por alumno) en educación primaria por regiones según nivel de pobreza, nuevos soles, 2006

Gráfico 3.15. Gasto per capita (por alumno) en educación secundaria por regiones según nivel de pobreza, nuevos soles, 2006

Gráfico 4.1 Plan A: Nivel de cobertura - población pobre y pobre extrema - y gasto por atención por regiones, 2006.

Gráfico 4.2 Plan C: Nivel de cobertura referencial y gasto por atención por regiones, nuevos soles, 2006

Grafico 4.3 Sistema de afiliación de las mujeres que tuvo algún parto en los último tres años al 2006

Gráfico 4.4 Gasto (transferencia) por atención y su relación con la cobertura de los Planes A y C del SIS, nuevos soles, 2006

Gráfico 4.5 Relación entre el riesgo de mortalidad materna la cobertura y el peso de los partos por cesáreas, Plan C del SIS

Gráfico 4.6. Modelo causal

Gráfico 4.7 Correlación entre la mortalidad materna y parto atendido por personal calificado, 2001

Grafico 4.8 Riesgo de muerte en menores de 5 años según periodo de vida

Gráfico 4.9 Tasa de letalidad neonatal intrahospitalaria, 2002-2005

Grafico 4.10. Triangulación: comparación de dos enfoques de cobertura

Gráfico 4.11 Seguimiento de las cuentas de salud

Gráfico 5.1. Gasto per capita (por alumno) por regiones en educación inicial según nivel de cobertura neta, nuevos soles, 2006.

Gráfico 5.2. Gasto per capita (por alumno) y su relación con la cobertura neta en primaria y secundaria, nuevos soles, 2006

Grafico 5.3. Numero de alumnos por maestro en primaria, 1998-2007

Grafico 5.4. Niveles de desempeño y comparación con los niveles de gasto per capita (por alumno)

Grafico 5.5. Niveles de desempeño y comparación con los niveles de cobertura neta en primaria

Grafico 5.6. Resultados de las pruebas estandarizadas de Comprensión de textos y Matemática (% de alumnos por grado), Evaluación Nacional 2004

Gráfico 5.7. Modelo causal del desempeño escolar

Gráfico 5.8. Seguimiento de las cuentas de educación

Grafico 6.1: Relación principal-agente

Gráfico 6.2: Relación principal-agente con contratos de desempeño en un contexto de reforma del Estado

Recuadro 2.1 Los alcances del presupuesto participativo

Recuadro 2.2 Causas de la ineficacia y mala calidad del gasto público

Recuadro 6.1 La experiencia internacional. Chile

Recuadro 6.2 Proceso para obtener reembolso por movilidad para cumplimiento de funciones

Recuadro 6.2. Perú. Plan de implementación del Ministerio de Economía y Finanzas

Síntesis

Los tomadores de decisiones públicas en el Perú han decidido en el 2007 modernizar la manera de hacer presupuesto y han iniciado la implementación del Presupuesto por Resultados (PpR) a pilotarse en el 2008. Este modelo a juicio de este estudio tiene una serie de ventajas para afianzar la transparencia y gobernabilidad del país, además tiene el potencial de permitir descubrir las limitaciones sectoriales de los modelos de atención-provisión (en salud y educación) y de tipo macro y micro administrativo del Estado. La hipótesis de trabajo fue que descubierto el potencial del PpR, su implementación tendrá que superar una serie de dificultades que deberán ser resueltas y/o impulsar a nivel sectorial y a nivel de la modernización del Estado. Perú se encuentra en un momento de prosperidad económica, pero con algunos indicadores de desempeño desalentadores en los sectores de salud y educación cuyo mayor gasto sectorial no se ha traducido en mejores indicadores. La implementación del PpR justamente trata de superar esta situación. El análisis de dos programas piloto en salud y educación descubre algunos problemas conceptuales y limitaciones institucionales para mantener el presupuesto dentro de un esquema general de gestión por resultados. La experimentación inicial está permitiendo que algunos de estos problemas estén siendo solucionados o puestos en la agenda.

Uno de los instrumentos principales del PpR es la utilización del marco lógico como parte de la programación, seguimiento y evaluación. Las bondades de la metodología lógico causal facilita a los analistas y observadores de todo tipo dilucidar inmediatamente las acciones financiadas que llevarían a resultados. Las conclusiones y recomendaciones se organizan en dos grupos. El primer grupo vinculado al uso adecuado del marco lógico y su metodología y el segundo vinculado a los factores necesarios para lograr sostenibilidad de este modelo de presupuesto. En el primer grupo, uno de los grandes retos es definir y hacer seguimiento a los indicadores adecuados a cada nivel (gestión/logística y desempeño sectorial); todavía se observa confusión y debilidades al respecto. En el segundo grupo, además de los obstáculos propios de cada sector que deberán ser remontados por reformas sectoriales, hay elementos macro transversales que deben ser consideradas y solucionadas como tener unidades del gobierno central (poderes legislativo y ejecutivo) con capacidad suficiente para hacer seguimiento sustantivo al PpR, enlazar y fortalecer los sistemas de información administrativos con el ciclo presupuesta, y en la gerencia del Estado, estudiar la posibilidad de otorgar mayor autonomía pero con incentivos a los ejecutores y proveedores de servicios a cambio de resultados concretos, entre otros.

Reconocimientos

Este estudio y la publicación del mismo ha sido posible gracias al apoyo del Transparency and Accountability Project del Brookings Institution y Results for Development, Washington D.C., Estados Unidos. La investigación ha sido realizada por el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Los autores principales han sido Betty M. Alvarado y Eduardo Morón P., y han estado acompañados por Omar Narrea, María Pía Basurto y María de los Ángeles Cárdenas en el equipo. Asimismo, Arlette Beltrán aportó valiosos comentarios para orientar el trabajo.

Un reconocimiento especial a Charles Griffin, David De Ferranti, y Courtney Tolmie del *Transparency and Accountability Project* en Washington D.C.

Los autores agradecen a los lectores de los avances del estudio, a los colaboradores y funcionarios que proporcionaron información muy útil. Agradecemos los comentarios de Doris Lituma, y la colaboración de Rosendo Paliza, Ada Pastor, Roxana Arce, Carlos Riese, Roger Salhuana, Laura Altobelli y Luis Coca, en distintas etapas del proyecto. Asimismo, reconocemos el valioso tiempo brindado por muchos otros profesionales que fueron entrevistados y cuyos créditos aparecen en los capítulos respectivos.

Igualmente se agradece al ex presidente del Congreso de la Republica Luis Gonzáles-Posada y a los Congresistas Jhony Peralta y Washington Zeballos, Presidente y Vicepresidente de la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República en el periodo del estudio, por haber compartido con la Universidad del Pacífico la organización del seminario internacional para la difusión de la importancia del presupuesto de la nación en la gobernabilidad el país, cuyo evento fue llevado a cabo el 21 de noviembre del 2007 como parte de la elaboración de este estudio.

Siglas y acrónimos

AIS	
BCRP	Banco Central de Reserva del Perú
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAR	Convenios de Administración de Resultados
CGR	Contraloría General de la República
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano
CLAS	Comité Local de Administración de la Salud
CNE	Consejo Nacional de Educación
CONSUCODE	Consejo Superior de Contrataciones y Adquisiciones del Estado
DGAES	Dirección General de Asuntos Económicos y Sociales
DIPRES	Dirección de Presupuesto de Chile
DISA	Dirección de Salud
DNPP	Dirección Nacional del Presupuesto Público
DREL	Dirección Regional de Educación
EBR	Educación Básica Regular
EN	Evaluación Nacional
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Nacional
ETE	Entidades de Tratamiento Empresarial
F&A	Colegios Fe y Alegría
FEM	Foro Económico Mundial
FONB	Función Obstétrica y Neonatal Básica
FONCODES	Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social
FONE	Función Obstétrica y Neonatal Esencial
FONI	Función Obstétrica y Neonatal Intensiva
GL	Gobiernos Locales
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS	Instituto Nacional de la Salud
LLECE	Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación
MED/MINEDU	Ministerio de Educación
MEF	Ministerio de Economía
MINSA	Ministerio de Salud
MM	Muerte Materna
ODM	Objetivos del Milenio
OGE	Dirección General de Epidemiología
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PARSALUD	Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
PBI	Producto Bruto Interno
PCM	Presidencia de Consejo de Ministros

PEN	Proyecto Educativo Nacional
PISA	Programa Internacional de Evaluación de Estudiantes
PMG	Programa de Mejoramiento de la Gestión
PP	Presupuesto Participativo
PPP	Presupuesto por Programa
PpR	Presupuesto por Resultados
SAT	Servicios de Administración Tributaria en el Perú
SEDOSOL	Secretaría de Desarrollo Social de México
SEPS	Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud
SIAF	Sistema Integrado de Información Financiera
SINEACE	Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa
SIS	Seguro Integral de Salud
SNIP	Sistema Nacional de Inversión Pública
SUNAT	Superintendencia Nacional de Administración Tributaria
UGEL	Unidades de Gestión Educativa Local
UNDP	United Nations Development Programme
UPCH	Universidad Peruana Cayetano Heredia

INTRODUCCIÓN

El presupuesto público normalmente se ha visto como un instrumento cuya construcción y proceso de aprobación no pasa más allá de ser un proceso automático y que no representa lo que debería, es decir, un compromiso del Estado con los ciudadanos y sociedad en general sobre las políticas a implementar. El año 2007 marcó una diferencia en este proceso presupuestal, puesto que se normó a través del Congreso la necesidad de girar timón hacia un Presupuesto por Resultados a partir del siguiente periodo fiscal, cuya responsabilidad de implementación y coordinación con los sectores ha recaído en el Ministerio de Economía y Finanzas.

El interés de desarrollar el presente trabajo fue compartir con otras entidades de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y agencias del sector público lo que significa este cambio en el presupuesto público, y lo que a entender de los autores, representa un potencial avance en la modernización del Estado, y una oportunidad para el impulso de reformas sectoriales y en el fortalecimiento de la gobernabilidad del país.

El objetivo general del trabajo fue analizar la viabilidad de la gestión por resultados a través de la implementación del presupuesto por resultados y entender la lógica de migración de un modelo a otro. La hipótesis del trabajo fue que el PpR, es un instrumento importante y necesario para la gestión del Estado, pero este necesita de otros instrumentos y políticas para que realmente los proveedores cambien su conducta y giren sus intereses hacia los resultados definidos en el PpR. Además existen limitaciones institucionales del Estado que tienen que ser levantadas o políticas que deben ser implementadas si se quiere sostenibilidad.

La estructura final del documento se guía básicamente por los objetivos del estudio y pretende a lo largo de su desarrollo introducir primero al lector a conceptos iniciales de presupuesto, luego se hace una revisión de cómo se encuentra la coyuntura económica presupuestal sobre la cual se inicia el PpR y se centra en el análisis del gasto en salud y educación y trata de responder por qué justamente se necesita entrar a un PpR en esos sectores, finalmente, se cierra la discusión con tres elementos claves, la autonomía, los incentivos, y rendición de cuentas, factores que deben acompañar una gestión por resultados. En la lectura del mismo se encontrarán una serie de conceptos que se combinan con investigación aplicada a Perú y en algunos casos con referencias internacionales para reforzar las ideas. Al inicio de cada capítulo aparecen las preguntas que se quieren responder en cada uno de los capítulos, lo que ayuda al lector a seguir el hilo conductor de todo el libro.

Puntualmente, en el capítulo I se presenta la metodología del estudio en detalle mientras que el capítulo II desarrolla los conceptos de gobernabilidad y cómo el presupuesto se convierte en un instrumento clave para lograr una rendición de cuentas de la administración del Estado hacia la ciudadanía. Se ensaya una comparación entre métodos de presupuestación y se termina esbozando el uso del marco lógico como uno de los instrumentos adoptado por Perú en la aplicación del PpR.

El capítulo III descubre en qué situación económica coyuntural se inicia el PpR y hace seguimiento a las fuentes y tipos de gastos, para finalmente focalizar el análisis en los gastos de los sectores de salud y educación, tanto en términos de asignación financiera por niveles de gobierno, como su distribución equitativa de los recursos.

El capítulo IV profundiza el análisis en salud y descubre que, dado el método actual de presupuestación, a mayor gasto no necesariamente se obtienen mejores resultados. Visto el panorama, se ensaya una lectura rápida del marco lógico del programa estratégico materno neonatal, y a lo largo del análisis se discute la pertinencia del programa, sus componentes e indicadores y sistemas de información.

El capítulo V hace lo propio para el sector educación y analiza el marco lógico del programa de logros educativos para el III ciclo en educación básica. La utilidad del capítulo IV y V es clave para entender cómo debería en principio estructurarse un marco lógico para armar un programa presupuestal siguiendo los requisitos de esta metodología y vinculación con la gestión por resultados. Finalmente, el capítulo VI amplía la discusión a la necesidad de acompañar el PpR con esquemas adicionales propios de sistemas modernos de gestión por resultados, como son los incentivos, autonomía de los proveedores de primera línea y rendición de cuentas.

La información disponible sobre la naturaleza e implementación del PpR en el portal del MEF (www.mef.gob.pe) ha ido en aumento conforme se pilotea la metodología este año inicial; con este estudio se espera contribuir igualmente a la difusión de las ventajas y bondades del PpR y de un sistema de gestión por resultados en general. Los sectores se encuentran ajustando los instrumentos de acuerdo a la experiencia adquirida durante estos primeros meses de aplicación, por lo que es posible que a la fecha de la publicación, algunas apreciaciones sobre los marcos lógicos hayan variado, pero se considera que dichas apreciaciones siguen siendo válidas por motivos didácticos. Cualquier error u omisión son de entera responsabilidad de sus autores principales

El presente estudio se complementa con una segunda publicación sobre la aplicación de la metodología de seguimiento del gasto público en el sector salud (*Public Expenditure Tracking Survey*), con el título en inglés *The Route of Expenditure and Decision Making in the Health Sector*, desarrollado por los mismos autores y financiado igualmente por *The Brookings Institution y Results for Development*.

I

MODELOS E INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS

¿Cuál es la dinámica y complejidad de la Reforma del Estado?

II

EL PRESUPUESTO PÚBLICO POR RESULTADOS Y SU PAPEL EN LA GOBERNABILIDAD

¿Cuál es la utilidad del presupuesto y su relación con la gobernabilidad?
¿Cómo y por qué el presupuesto por resultado incrementa la transparencia y rendición de cuentas?

III

ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO PÚBLICO Y MONITOREO DEL GASTO EN SALUD Y EDUCACIÓN

¿En qué contexto económico se implementa el PpR en Perú?
¿Cuál es la importancia del gasto en salud y educación?

IV

SECTOR SALUD. SU TRANSICIÓN AL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

¿Es posible vincular su desempeño al gasto? Ejemplo del Seguro Integral de Salud.
¿Cuál es la metodología para transitar del presupuesto actual al PpR? El caso de la salud materno neonatal.

V

SECTOR EDUCACIÓN. SU TRANSICIÓN AL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

¿Es posible vincular su desempeño al gasto? Ejemplo de la educación básica
¿Cuál es la metodología para transitar del presupuesto actual al PpR? El caso del desempeño de segundo grado

VI

FACTORES QUE ACOMPAÑAN EL PRESUPUESTO POR RESULTADOS: INCENTIVOS, AUTONOMÍA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

¿Cuáles son los factores de éxito que han acompañado modelos de gestión por resultados?
¿Tenemos algún avance en Perú?

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO I

MODELOS E INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS

El objetivo general del trabajo fue analizar la viabilidad de la gestión por resultados a través de la implementación del presupuesto por resultados (PpR). Asimismo, analizar si la propuesta de mejorar el gasto público a través del PpR es acorde o va acompañada por otras políticas (sectoriales, regionales y nacionales) que aseguren su exitosa implementación y sostenibilidad.

La hipótesis del trabajo fue que el PpR es un instrumento importante y necesario para la gestión del Estado, pero este necesita de otros instrumentos y políticas para que realmente los proveedores cambien de conducta y giren sus intereses hacia los resultados definidos en el PpR. Asimismo existen limitaciones institucionales del Estado que tienen que ser levantadas o políticas que deben ser implementadas si se quiere la sostenibilidad de la medida.

Los objetivos específicos y preguntas de investigación fueron varios, entre los que podemos considerar:

1. Hacer una revisión analítica de la estructura del gasto nacional en el contexto actual y en los últimos cinco años, y en específico de los sectores educación y salud, que permita identificar y ponderar las prioridades y las magnitudes presupuestales de los sectores de salud y educación sobre los cuales se empezará a aplicar el PpR en Perú.
2. Explorar hasta dónde se puede relacionar el presupuesto actual con información de desempeño sectoriales (salud y educación), dadas las restricciones de información y el manejo independiente de ambos, es decir, las estadísticas de los indicadores de desempeño y las estadísticas presupuestales. ¿Será posible vincular los indicadores de desempeño con el nivel de gasto de manera que se pueda obtener una referencia de base? ¿Cómo se puede medir su efectividad o monitorear los resultados en la actualidad?
3. Entender la construcción de un PpR a través de una lectura rápida de los atributos de los marcos lógicos elaborados por los sectores (salud y educación) que guiarán la implementación del PpR. En específico, revisar en los marcos lógicos la pertinencia del propósito y la validez causal de sus componentes, atributos de los indicadores, medios de verificación y supuestos / riesgos.
4. Hacer una primera identificación de los (des) incentivos, fortalezas y debilidades de los gestores públicos – principalmente los proveedores de salud y educación – para implementar un modelo que propicie la gestión por resultados. Se revisan los estudios disponibles sobre organizaciones con mayor autonomía relativa (Comités Locales de Administración de Salud y los Colegios Fe y Alegría) para ilustrar que en las experiencias locales, mayor autonomía e incentivos pueden llevar efectivamente a un mejor desempeño.

1. Marco conceptual

El presente trabajo toma como referencia básica tres modelos utilizados anteriormente en temas vinculados a reformas de los sectores sociales¹. El primero de ellos es el “triángulo de rendición de cuentas” elaborado por el Banco Mundial (Banco Mundial 2004). Este primer modelo da sustento a la importancia del presupuesto en el proceso de rendición de cuentas de un país. El segundo modelo es el de “los cinco controles” para la reforma del sector salud del Harvard School of Public Health (Roberts et.al. 2001); el segundo modelo facilita el análisis del PpR dentro de un esquema global del sector público y cómo interactúa con otros instrumentos y, finalmente, el modelo de incentivos para cambio organizacional en las reformas (Preker y Harding 2003) que facilita el análisis de instituciones por grado de autonomía. Este último modelo recoge lo avanzado en la teoría de incentivo. Un elemento común en estos tres modelos es su fácil interpretación, incluyendo su presentación gráfica simple, lo que a su vez nos facilita la elección de las variables de análisis, metodología de investigación y presentación y difusión de resultados.

*a. Un triángulo de rendición de cuentas: actores, instrumentos y procesos*²

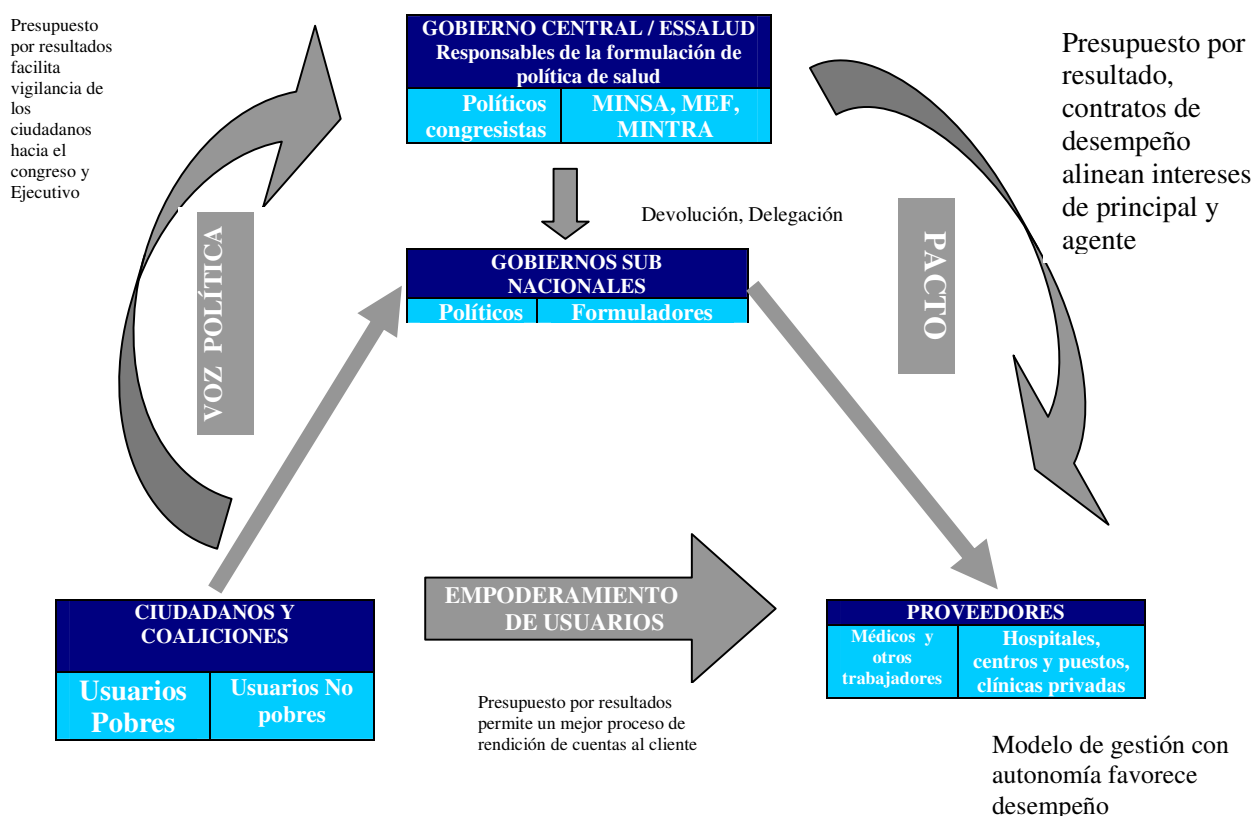
El paradigma que explica mejor nuestra posición de relaciones entre los interesados y afectados (*stakeholders*) por las políticas gubernamentales es el triángulo de rendición de cuentas (Accountability Triangle). Este modelo fue desarrollado por el Banco Mundial en su Informe Mundial de Desarrollo de 2004. El triángulo de rendición de cuentas grafica la relación entre tres grupos principales de interés: los hacedores de política, los proveedores de los servicios públicos y los usuarios/ciudadanos. El modelo se utiliza para entender con mayor profundidad las causas del bajo desempeño – efectividad – que persiste en los países en desarrollo en la provisión de servicios. Lo que postula el modelo es que la falta de rendición de cuentas entre los grupos de interés es una limitante para proveer buenos servicios (Cotlear, 2006). A su vez, el modelo fue operacionalizado para el sector educación (Crouch, 2006) el cual puntualiza que sin estándares (indicadores) es difícil implementar un proceso de rendición de cuentas. Por tal motivo, se recomienda la formación cultural y profesional en el uso de estándares en el lado de la oferta y en la demanda, y un apoyo específico a los sectores y proveedores de los servicios en el manejo de indicadores o estándares.

El gráfico 1.1 que sigue - en forma de triángulo – aplicado al sector salud ilustra las relaciones entre los tres agentes principales mencionados arriba: los hacedores de la política pública, los proveedores y los ciudadanos-usuarios. El primer grupo está formado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en el gobierno central; y, los gobiernos regionales y las municipalidades en el nivel sub nacional. Los proveedores son los establecimientos de salud, dentro de los cuales también se cuenta a los proveedores de primera línea o *front line providers*, como los gerentes y el personal de salud. El tercer actor fundamental es la sociedad civil, en especial la población pobre, en dos situaciones, como beneficiarios y como votantes.

¹ Se entiende por sectores sociales a los sectores de educación, salud, y protección social.

² Basado en Lenz y Alvarado, 2006.

Gráfico 1.1. El triángulo de rendición de cuentas y el presupuesto por resultados aplicado al sector salud



Adaptado de Lenz y Alvarado, 2006.

Cada lado del triángulo representa una relación entre dos agentes. El lado izquierdo del triángulo muestra las relaciones entre los ciudadanos y los hacedores de política pública y se lo identifica como **voz política**. En esta relación se intenta influir con los votos y grupos de *advocacy* en la generación y adecuación de las políticas de salud, u otro sector social. El **pacto o contrato** conocido como *compact* en inglés, en el lado derecho del triángulo, marcan las relaciones entre los hacedores de política, ministerios o gobiernos subnacionales, y los proveedores finales. Aquí se intenta influir en el comportamiento de los proveedores para proveer un buen servicio a través de una serie de instrumentos de gestión, como normas de regulación, bonos por rendimiento, y otros incentivos que alineen los intereses del principal y el agente. La base del triángulo representa el **empoderamiento de usuarios**, a través de las relaciones de los ciudadanos en su calidad de usuarios con los proveedores, ya sea a través de la participación en la producción³, vigilancia, o a través de

³ Por ejemplo en su participación activa en actividades de prevención y promoción.

su elección del proveedor de su preferencia⁴. Se dice entonces que hay dos caminos o rutas que marcan las relaciones de responsabilidad y rendición de cuentas: una corta (el empoderamiento de usuarios) y otra larga (voz política y pacto /contrato).

En la ruta larga el gobierno, en sus tres niveles (central, regional y local), actúa como intermediario, y debe ser responsable ante la ciudadanía por los servicios que se brindan y por las políticas que se implementan a favor de los pobres (voz política), para lo cual debe generar las políticas y utilizar los instrumentos adecuados, como el *presupuesto por resultados* (PpR), para regular y supervisar el desempeño de los proveedores. El gobierno debe tener las herramientas necesarias para pedir cuentas y hacer que se cumplan los objetivos del sector. Además de las políticas de inclusión y reducción de la pobreza, se deben tener instrumentos que generen incentivos para un correcto desempeño y que apuntalen la implementación de un presupuesto por resultados, como acuerdos de gestión, sistemas de control e información ágiles y transparentes y marcos regulatorios ad hoc. En resumidas cuentas, el PpR es un instrumento que facilita la rendición de cuentas en la ruta larga, tanto en el lado del contrato como en el lado de la voz. Este modelo se puede aplicar igualmente a los otros sectores sociales.

Este modelo capta muy bien el concepto de gobernabilidad cuando se trata de la relación entre Estado y Sociedad, es decir un Estado cuyo gobierno responde a las demandas económicas, sociales y políticas de la sociedad que lo eligió y, vinculado más estrechamente al tema de esta investigación, muestra la importancia del enfoque de gestión por resultados a través de varios instrumentos mencionados párrafo arriba, en especial el PpR.

b. Dinámica y complejidad de la Reforma del Estado

El PpR es un instrumento que forma parte de un modelo de gestión por resultados, hilo conductor de la Reforma del Estado. La realidad es compleja y como tal, las reformas también son complejas. Las reformas pueden implementarse como un *big bang*, es decir pueden ser grandes, apoteósicas y contundentes, mientras otras reformas pueden ser progresivas o incrementales, silenciosas y que van ajustándose de acuerdo al contexto y coyuntura. Cualquiera sea el método de implementación de la misma, lo cierto es que la realidad es compleja y que las reformas deben considerar un sinnúmero de aspectos. Para lidiar con tal hecho, el modelo de los cinco controles de Roberts et al. (2001), simplifica la realidad y dice que hay varios controles o botones⁵ (*knobs*) que tienen que ser ajustados o movidos para que la reforma traducida en resultados intermedios y finales funcione, como las medidas de gestión por resultados. En su modelo original aplicado a la reforma del sector salud, Roberts et al. consideraban los siguientes botones: financiamiento, mecanismos de pago (incentivos), organización macro (descentralización) y micro (gestión de proveedores), regulación y finalmente, los cambio de conducta con mercadeo social (tanto por el lado de la oferta como por la demanda).

⁴ El bajo empoderamiento del usuario puede inclusive ocasionar que no acuda al establecimiento de salud, aún cuando lo necesita.

⁵ Como los controles de una televisión, donde se debe ajustar la resolución, la intensidad y el color.

El modelo es perfectamente aplicable al objeto del presente estudio, para lo cual los botones principales que deberían ser ajustados hacia un enfoque integral de gestión por resultados serían: i) financiamiento, mecanismos de pago e incentivos financieros⁶ que alineen los intereses de los *stakeholders*, ii) organización macro y micro iii) sistemas de información y rendición de cuentas.

En el primer botón, lo que se busca es mirar si el financiamiento es regular, suficiente y si considera algún incentivo que alinee los intereses del principal y el agente (siendo el principal el gobierno central o subnacional y el agente el proveedor); en el segundo botón se busca de alguna manera ver, a nivel micro, si el nivel de autoridad del proveedor (gerente de establecimiento de salud o director de colegio) en el manejo de los insumos le permite tomar las mejores decisiones para alcanzar resultados, y finalmente, el tercer botón fundamental es si los instrumentos como el monitoreo de los sectores están alineados y funcionan de manera óptima, y si existe un proceso formal de rendición de cuentas.

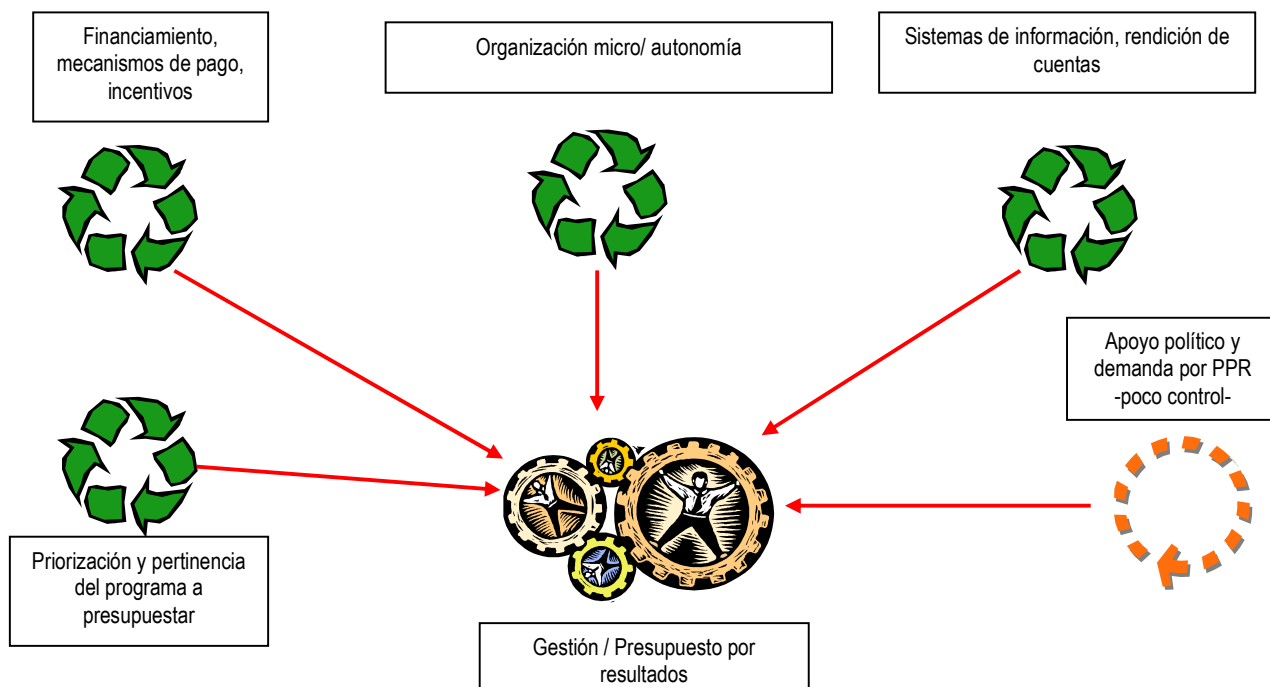
Estos botones no son excluyentes ni tampoco son los únicos ya que puede haber otra área que otro investigador considere como primordial. Los botones aquí propuestos nos permitirán más bien iniciar el diagnóstico de las limitaciones y fortalezas que deberá enfrentar la implementación del PpR, y tal vez generar o fortalecer el debate. La idea fundamental aquí es que estos botones o controles pueden/deben ser movidos o ajustados por los decisores de política y los técnicos de manera coordinada. Algunos sectores o regiones necesitarán mayores ajustes, otros necesitarán menos. Por ejemplo, sectores con mejores sistemas de monitoreo tendrán mayor probabilidad de incorporar los principios del PpR de manera mas expedita.

Por otra parte, los sistemas de gestión por resultados necesitan apoyo político para funcionar y tener sostenibilidad; este tipo de botón no se puede controlar desde la parte técnica, pero sí se puede asesorar a los actores que tengan que ver con el mismo.

El gráfico 1.2 muestra los aportes del modelo explicado y presenta los tres botones o controles que proponemos permitirán implementar exitosamente el PpR, más uno adicional que indica la necesidad del apoyo político mencionado arriba. Esos tres botones, fácilmente podrían representar más áreas si se separa los incentivos contractuales del mecanismo de pago o la descentralización de la gestión interna de los proveedores, pero por motivos de simplificación mayor se tratarán de manera conjunta.

⁶ Aplicando la teoría del principal-agente

Gráfico 1.2. Modelo de controles para la implementación del PPR



Elaboración propia en base a Roberts et.al.. (2001).

Un aspecto inherente al tema de gestión por resultados es la relación de principal-agente entre todos los involucrados en la gestión pública. Por ejemplo, aplicar el PpR en Perú requiere la acción de varios agentes. Esta concurrencia de actores con diferentes intereses, hace necesario que los beneficios percibidos estén interiorizados y alineados; es decir, todos deben jalar el carro en la misma dirección. La teoría de principal-agente ayuda a interpretar esta situación, y sugiere que se pueden utilizar algunos instrumentos para lograr esta alineación común, como contratos. Estos instrumentos están considerados en cada botón. Para que estas relaciones e intereses funcionen de la mejor manera, son de especial importancia los temas financieros como los mecanismos de pago, organizacionales como los convenios de desempeño por bonos y similares, y los mecanismos de monitoreo.

Para el caso específico del PpR en Perú, se tiene como principal al Ministerio de Economía y Finanzas y al Congreso, y como agentes a los gobiernos subnacionales y los ejecutores sectoriales. A su vez, los gobiernos subnacionales pueden ejercer su rol como principal frente a los proveedores sectoriales y, finalmente, cada sector tendrá una relación de principal-agente dentro del mismo sector, entre las unidades reguladoras y regiones y, dentro de cada sector, las relaciones entre las unidades de dirección regional y los proveedores de primera línea.

En el botón de organización se consideran temas macro como la descentralización y temas micro como la gestión a nivel de proveedor. A nivel micro, los gerentes de los proveedores de primera línea (directores de hospitales, médico jefe del puesto de salud, o directores de

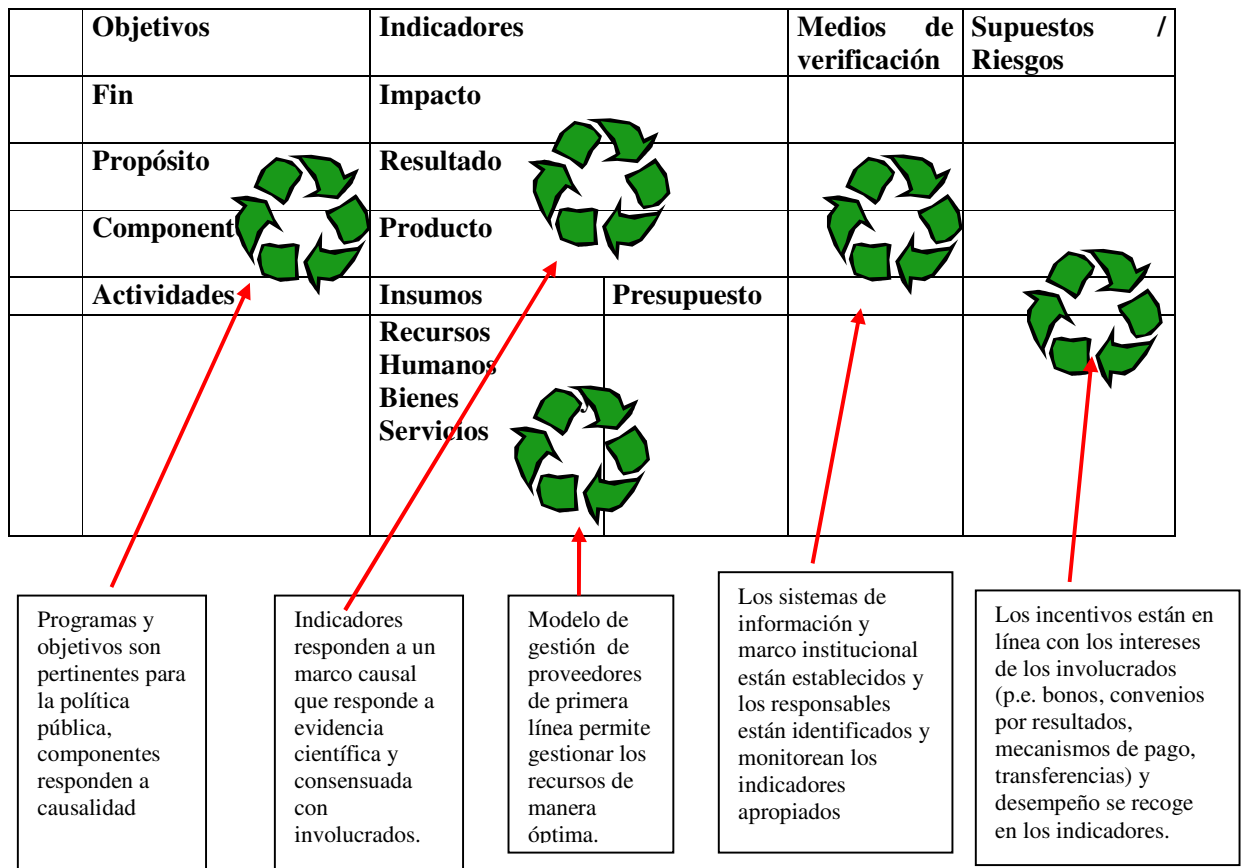
colegios) deberían tener igualmente autoridad suficiente para manejar los insumos de tal manera que les sea posible lograr máximos resultados. En resumen, los temas de incentivos y reforma organizacional están considerados en el modelo de los controles planteados en este estudio.

Lo anterior parte de la premisa que la Reforma del Estado requiere “mover varios controles” (control knobs) simultáneamente, es decir mover los botones de incentivos financieros, al mismo tiempo que revisar el proceso de toma de decisiones, la devolución de autoridad a los gobiernos subnacionales, y los aspectos técnicos y políticos que mantienen los sistemas de información, etc.

2. Metodología

Para cumplir con los objetivos 1 y 2 se utiliza información de gabinete presupuestal de los sistemas de información SIAF y SIS e información sectorial sobre indicadores de desempeño. Para cumplir con el objetivo 3, se efectúa una lectura rápida de los marcos lógicos de dos programas estratégicos pilotos de salud y educación. El gráfico 1.3 permite visualizar mejor la metodología de esta parte. Obsérvese que las áreas de análisis se han relacionado a un botón de cambio discutido en el marco conceptual.

Gráfico 1.3. Marco Lógico y las áreas a analizar / validar



En general, para hacer la lectura del marco lógico se aplica el método de *evaluación rápida* el cual utiliza información cualitativa como puntos de vista y percepciones de beneficiarios y otros involucrados. La ventaja de este método es que, además de ofrecer datos de manera expedita, y considerar las percepciones de los afectados y especialistas del tema, lo ubica en el contexto para analizar mejor la información cuantitativa. La desventaja es que no se puede extrapolar a otras situaciones. Se puede utilizar para ello entrevistas a informantes claves, número pequeño de encuestas, observación de campo, grupos focales, etc. (The World Bank 2004, p14-15). Al respecto, los autores realizaron otra investigación de campo a principios del 2008 en Lima Metropolitana para recoger información primaria a través de una encuesta de seguimiento de gasto desarrollada en el Banco Mundial y conocida por su nombre en inglés como *Public Expenditure Tracking System*. Los hallazgos y conclusiones de este documento se nutren con los resultados de dicha investigación. Véase Alvarado et al. (2008).

I

MODELOS E INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS

¿Cuál es la dinámica y complejidad de la Reforma del Estado?

II

EL PRESUPUESTO PÚBLICO POR RESULTADOS Y SU PAPEL EN LA GOBERNABILIDAD

¿Cuál es la utilidad del presupuesto y su relación con la gobernabilidad?

¿Cómo y porqué el presupuesto por resultado incrementa la transparencia y rendición de cuentas?

III

ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO PÚBLICO Y MONITOREO DEL GASTO EN SALUD Y EDUCACIÓN

¿En qué contexto económico se implementa el PpR en Perú?

¿Cuál es la importancia del gasto en salud y educación?

IV

SECTOR SALUD. SU TRANSICIÓN AL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

¿Es posible vincular su desempeño al gasto? Ejemplo del Seguro Integral de Salud.

¿Cuál es la metodología para transitar del presupuesto actual al PpR? El caso de la salud materno neonatal.

V

SECTOR EDUCACIÓN. SU TRANSICIÓN AL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

¿Es posible vincular su desempeño al gasto? Ejemplo de la educación básica

¿Cuál es la metodología para transitar del presupuesto actual al PpR? El caso del desempeño de segundo grado

VI

FACTORES QUE ACOMPAÑAN EL PRESUPUESTO POR RESULTADOS: INCENTIVOS, AUTONOMÍA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

¿Cuáles son los factores de éxito que han acompañado modelos de gestión por resultados?

¿Tenemos algún avance en Perú?

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO II

EL PRESUPUESTO PÚBLICO POR RESULTADOS Y SU PAPEL EN LA GOBERNABILIDAD

1. La importancia de la gestión por resultados en el sector público

Las consideraciones del presupuesto público pueden hacerse desde diferentes ángulos, dependiendo de las funciones que cumple. Desde una visión macro que lo considera un instrumento de manejo fiscal y desde otra vinculada a la gobernabilidad que lo considera una herramienta que sirve de puente entre la sociedad civil y el Estado como un instrumento de rendición de cuentas. Hemos estado acostumbrados sólo a mirar el presupuesto en su faceta de herramienta fiscal y no como un medio de rendición de cuentas. La interrogante inmediata es justamente cómo el presupuesto puede contribuir a la gobernabilidad de un país. Y en específico, cómo el presupuesto por resultados puede llevar a una mayor transparencia, rendición de cuentas y por ende gobernabilidad.

Primero hay que considerar que gobernabilidad es definida como el “ejercicio de la autoridad económica, política y administrativa para administrar los asuntos de un país en todos los niveles. Comprende mecanismos, procesos e instituciones a través de los cuales los ciudadanos y grupos articulan sus intereses, ejercen sus derechos legales, cumplen con sus obligaciones y solucionan sus diferencias”. (UNDP 1997, p7).⁷

Gobernabilidad es un concepto amplio que engloba relaciones de gobierno con la sociedad civil y el sector privado, vinculaciones entre poderes del Estado y niveles de gobierno, juegos democráticos entre partidos políticos. Todo lo anterior en un ambiente y cultura de rendición de cuentas y con un rol crucial de la sociedad civil, tanto fiscalizadora (*watchdogs*) como beneficiaria de los servicios y bienes públicos que recibe del Estado (Banco Mundial 2006).⁸ Lo que hay que subrayar es que gobernabilidad requiere de actores además del gobierno, requiere de la participación de otros *stakeholders* como la sociedad civil, el sector privado, las ONGs y los medios de comunicación entre otros. El gráfico 2.1 resume esta visión.

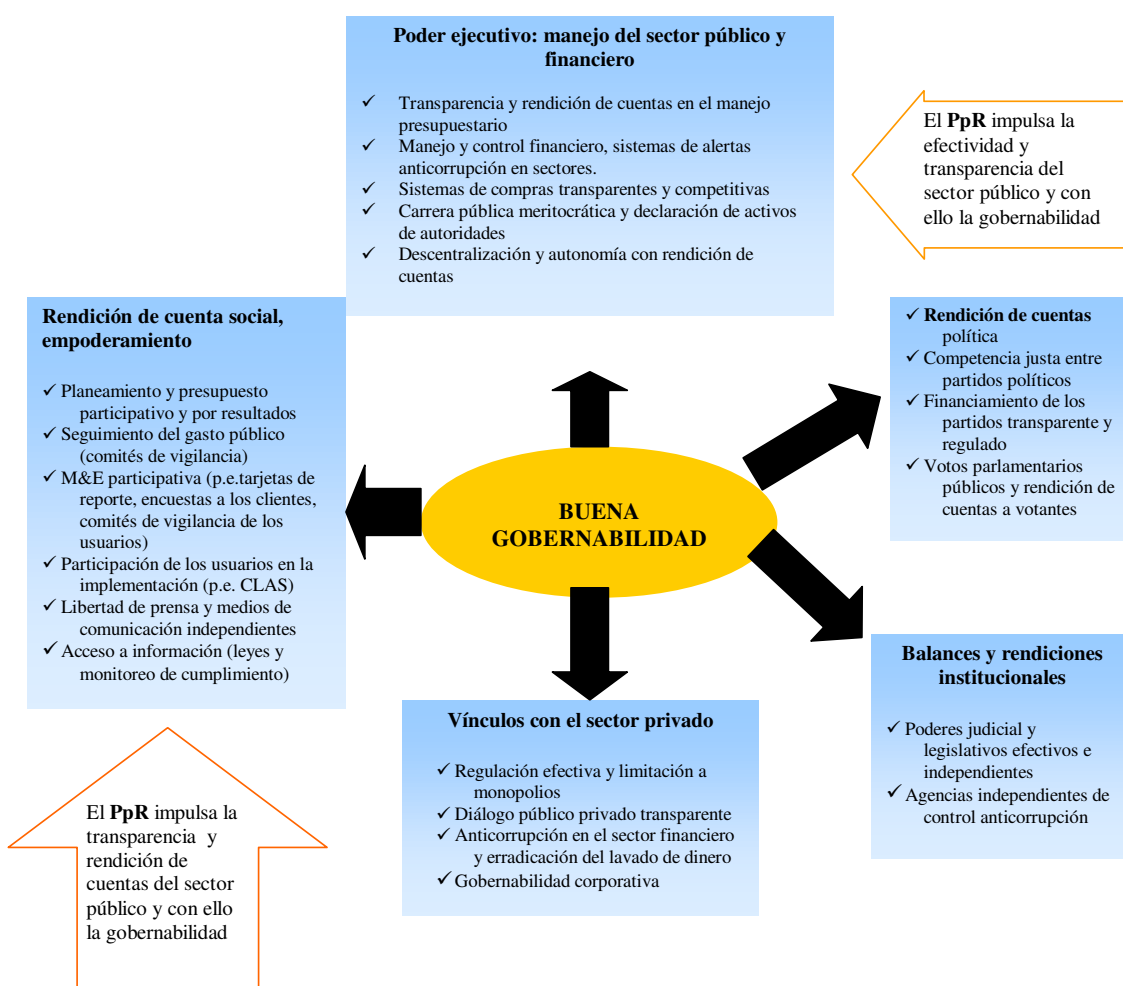
Sin embargo, el esquema de gobernabilidad se sustenta en una gestión moderna y por resultados del sector público a cargo del gobierno, donde la herramienta de presupuesto público, y puntualmente el presupuesto por resultados se releva como aquella que justamente permite esa relación gobierno-sociedad. Basta con recordar que el presupuesto público es el instrumento que expresa el compromiso del gobierno de lo que va a ejecutar en términos financieros en un periodo determinado de acuerdo a las prioridades de la sociedad. El presupuesto público es tal vez el instrumento que mejor

⁷ Citado en UN Habitat, 2004. United Nations Human Settlements Programme, Transparency Internacional. 2004. Tools to Support Transparency in local Governance. Urban Governance Toolkit Series. Nairobi, March.

⁸ Banco Mundial, 2006. Strengthening Bank Group Engagement on Governance and Anticorruption. Mimeografía, August 17.

recoge las relaciones entre gobierno y sociedad pero que además, unido a los atributos de participación y de obtención de resultados permite ejercer una vigilancia *ad hoc* y promover la rendición de cuentas, donde se sinceran las acciones concretas a ejecutarse, los indicadores del desempeño de las acciones y las metas a alcanzar. Estos conceptos se complementan con el triángulo de rendición de cuentas presentado en el capítulo I⁹.

Gráfico 2.1 Elementos de una buena gobernabilidad



⁹ Si bien, el tema de rendición de cuentas ha recibido más atención en los últimos años, el desempeño público en cuanto a transparencia aún es insuficiente. De acuerdo con el Índice Latinoamericano de Transparencia Presupuestaria 2007, de los quince indicadores planteados para medir la transparencia en las prácticas presupuestarias, el Perú sólo aprueba el relacionado con “información sobre criterios macroeconómicos”. Aún así, el Perú (52 puntos) se sitúa después de Costa Rica (67), pero antes los demás países que participaron en el estudio: Guatemala (50), México (50), Bolivia (42), Ecuador (40), Nicaragua (40), Colombia (38) y Venezuela (33).

Para mayor información ver: http://www.cad.org.pe/press/1107/ppt_trans_pres.pdf

Para atender mejor el tema de la gobernabilidad y su relación con el presupuesto público es necesario señalar como éste último funciona en nuestro contexto. En el Perú, los recursos públicos se norman de acuerdo con la Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto (Ley N° 28411) y con las Leyes de Presupuesto del Sector Público para cada año fiscal. Dichas leyes abarcan a los distintos niveles de gobierno (central, regional y local) como a las Entidades de Tratamiento Empresarial (ETE) y tienen como objetivo determinar los créditos presupuestarios de cada pliego presupuestario.

En el sistema presupuestario, la Dirección Nacional del Presupuesto Público (DNPP) del MEF, es el órgano encargado de programar, dirigir, coordinar y evaluar la gestión del proceso presupuestario. Para ello, sintetiza los requerimientos de las entidades públicas y con ello forma la propuesta de Ley del Presupuesto que luego devendrá en la Ley anual.

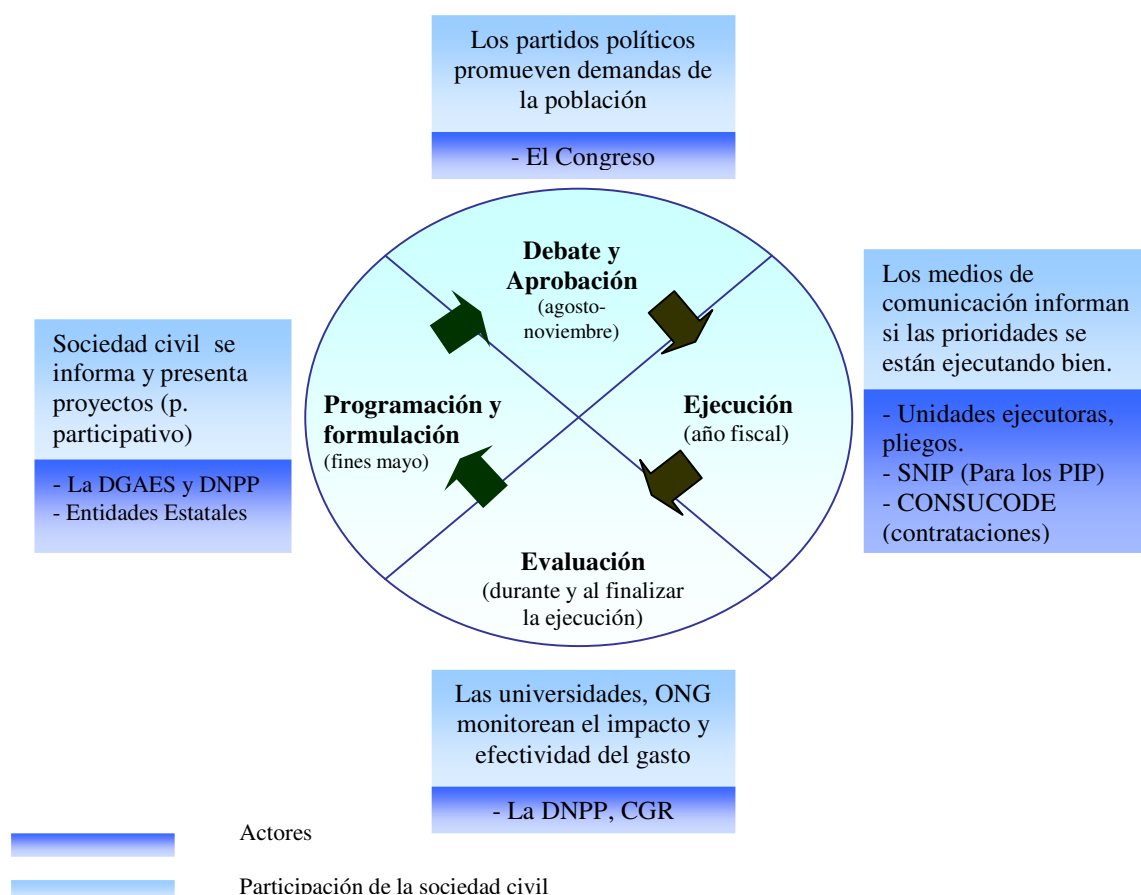
Tradicionalmente, el presupuesto ha sido un instrumento de asignación de recursos enfocado a cumplir con las demandas de gasto de cada entidad del gobierno, dejando de lado el rol de promover un uso eficiente de los recursos asignados. De acuerdo con Shack (2006) es la propia estructura del presupuesto, a través de sus métodos inerciales de presupuestar, la que contribuye a no lograr mayor eficiencia en el aparato estatal. Como consecuencia, la relación y comunicación entre el gobierno y la sociedad civil se hace cada vez más débil y con ello se dificulta la gobernabilidad del país. Todos, en nuestro rol de contribuyentes, nos acostumbramos a la monotonía y a no esperar mucho de los elegidos y tecnócratas.

Los 4 pasos consecutivos del proceso presupuestario se muestran en el gráfico 2.2 (formulación, debate y aprobación, ejecución y análisis). El elevado peso que tienen los gastos fijos¹⁰ hace que en la práctica el proceso presupuestario sea un trámite altamente inercial y burocratizado. Por otra parte, la sociedad civil juega un rol en cada una de las etapas. El gráfico 2.2 también señala las posibles acciones de la sociedad civil en cada etapa dentro del contexto peruano.

La fase de **programación y formulación** es donde se define los gastos que como máximo pueden contraer las entidades durante el año fiscal. En teoría cada entidad intenta hacer los requerimientos necesarios para cumplir con las metas planteadas. Sin embargo, las previsiones en torno al gasto de personal y obligaciones sociales, bienes y servicios, atención de compromisos y de inversiones, consumen la mayor parte del presupuesto y la programación resulta un reflejo de los compromisos contraídos en años previos.

¹⁰ Según Shack (2006), el porcentaje de gasto inercial del presupuesto es el 92% del gasto no financiero ni previsional.

Gráfico 2.2: El proceso presupuestario y los agentes involucrados



Asumiendo un sistema transparente y participativo, la sociedad civil consultada debería vigilar si las prioridades han sido respetadas, por lo menos en la parte flexible del presupuesto o aprovechar el crecimiento del espacio fiscal, respetando obviamente la salud fiscal del país. En este aspecto el Perú tiene relativa experiencia en el proceso de formulación a través del presupuesto participativo con todos los inconvenientes que han sido identificados por diferentes agentes (Ver recuadro 2.1 sobre los alcances del presupuesto participativo).

Lo formulado se recoge en el proyecto de Ley que elabora la DNPP, el cual se manda al Congreso para su discusión y posterior modificación para **aprobar** la Ley anual. Por otra parte, los ingresos extras provenientes de superávit fiscales se pueden distribuir tomando en cuenta los ofrecimientos que hace el gobierno durante el año, por lo cual no necesariamente se guían por un criterio técnico ni de acuerdo con las prioridades de cada entidad.

Nuevamente la sociedad civil a través de sus representantes congresales debería ejercer su derecho a vigilar la mejor asignación del presupuesto. Esto supone un Congreso fuerte que cuenta con los equipos técnicos e instrumentos adecuados, incluyendo en esto último un sistema de reporte ejecutivo basados en indicadores bandera. Las fechas del ciclo del presupuesto se cumplen a cabalidad sin embargo las cantidades de información financiera que se alcanza al Congreso no les permite tener en el corto plazo una visión concisa.

Tal como han sido construidas las fases previas, es común que las necesidades más importantes (tanto en inversiones como en recursos humanos) no reciban atenciones presupuestarias y por lo tanto tengan que recibir fondos solo después a través de los créditos suplementarios. Esto desordena la gestión y genera cuellos de botellas en la etapa de **ejecución**.

Así, al momento de ejecutar el presupuesto se cuenta con muchas restricciones para enfrentar los sistemas de control del gasto público, lo cual demora las operaciones de las unidades ejecutoras. En los proyectos de inversión pública se ve claramente este problema: la falta de un componente de planificación en el presupuesto, originado por un criterio de asignación incremental que no estipula la priorización de las acciones de desarrollo, hace que en una época de auge económico no se responda a las necesidades de la población.

Finalmente, en la etapa de **evaluación** del presupuesto, se efectúa el análisis del gasto programado versus el realmente ejecutado por las entidades públicas. Esto hace que se pierda de vista los impactos deseados con los recursos asignados en el presupuesto, es decir, no se mira los productos obtenidos con los recursos gastados. El incentivo perverso es que se acelera el gasto por el gasto con el fin de mostrar un buen perfil de ejecución.

A manera de conclusión, se puede señalar que el sistema presupuestal tradicional da espacios para el surgimiento de amenazas que impidan su buen funcionamiento. Entonces, en estas condiciones, es una herramienta poco útil para afianzar la gobernabilidad. Para recuperar la capacidad de forjar lazos fuertes con la sociedad civil, el presupuesto público encuentra en el enfoque de PpR una arma muy valiosa.

Recuadro 2.1 Los alcances del presupuesto participativo

Los orígenes . En el año 2002 se lanza el proyecto piloto del PP en 9 regiones (433 millones de soles). Ya en el 2004 las 24 regiones desarrollaban PP. Los recursos que se obtienen para los proyectos priorizados son los que no comprometidos en gestiones anteriores (inversiones en marcha, gasto corriente, etc.) y mayormente se centran en proyectos de inversión a pesar de que la ley afecta al gasto corriente.

Los participantes .Legalmente los actores son; i) Autoridades elegidas; ii) Funcionarios y; iii) Sociedad civil. No obstante, indirectamente, la participación de organismos de capacitación y entrenamiento en temas de participación (universidades, ONG, etc.) es muy importante.

El proceso. El objetivo de este proceso es que los proyectos priorizados por la sociedad civil reciban fondos en el presupuesto público, para lo cual se siguen los siguientes pasos (Shack 2006):



Los avances	Las Limitaciones	Los resultados
<ul style="list-style-type: none"> ❖ La comunidad participa activamente ya que “co-financia” los proyectos. Muchas veces con el mantenimiento o mano de obra. ❖ Esta participación activa contribuye a la “sostenibilidad” de los proyectos. ❖ Los “comités de vigilancia” se encargan de hacer seguimiento a los compromisos de las autoridades. En el caso de los proyectos de infraestructura, funcionan los “comités de obras”. ❖ Permite que grupos organizados minoritarios, como las mujeres, reciban la atención de sus necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La carencia de capacidades al interior de las regiones también se manifiesta en el presupuesto participativo, pues muchos de los proyectos priorizados no son ejecutados debido a la falta de expedientes técnicos. ❖ Los Planes de Desarrollo Concertados no suelen ser instrumentos que permitan priorizar las acciones más urgentes. ❖ En la práctica no se ejecutan las sanciones cuando las autoridades desconocen los acuerdos. ❖ Herramientas participativas sin partidos políticos fuertes, ni la presencia del Estado pueden deslegitimar al Estado (Tanaka 2007). 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El número de proyectos priorizados ha ido en aumento: 2005 (14,478), 2006¹¹ (10,738) y 2007 (18,965) ❖ La participación de las mujeres ha aumentado del 19% al 32% entre los años 2005-2007. ❖ En 2007, la sociedad civil aportó el 25% de los recursos de los proyectos priorizados. ❖ El monto promedio de cada proyecto del presupuesto participativo aumentó de US\$ 56,000 (2005) a US\$ 93,000 (2007).

El PPR y el PP

❖ El PP introduce la lógica de identificación de soluciones en las comunidades, lo cual facilita la introducción de la lógica de los productos y resultados a dichos niveles.

¹¹ La información cuantitativa es recogida de una entrevista al Eco. Samuel Torres, Director de Gobiernos Locales de la DNPP, oficina encargada del Presupuesto por Resultados.

- ❖ Operativamente, el PP fortalece a grupos de vigilancia, los que pueden ejercer mayor presión para el cumplimiento de los resultados comprometidos.
- ❖ La DNPP está buscando sensibilizar a los participantes del PP sobre los programas estratégicos del PpR.

Fuente: Elaborado a partir de “Presupuesto Participativo: Agenda Pendiente, balance, lecciones aprendidas y recomendaciones”, Colectivo Interinstitucional del Presupuesto Participativo (2007); y entrevistas.

2. El tránsito de presupuesto por insumos a un presupuesto por programas y por resultados

Uno de las mayores críticas al presupuesto clásico o tradicional es su naturaleza incremental. Se dice que es incrementalista porque se espera que sobre una base financiera, formada durante años por los tecnócratas y beneficiarios de un programa o actividad cualquiera, se hagan pocos cambios en los años venideros (incremento o reducción), hasta que un día, por un evento cualquiera se necesite hacer cambios trascendente; si esto último sucediera ocasionaría obviamente una pugna entre el gobierno y los perdedores (tecnócratas o beneficiarios). Un incremento de beneficiarios o de costos por cualquier motivo se ajusta simplemente en la base. Este método de presupuestación también puede incorporar la clasificación de gastos al nivel más específico, de esta manera, el presupuesto del año anterior se presenta organizado por programas ya existentes hasta el nivel de *input*. De acuerdo a Folscher (2007), quien sistematiza experiencias internacionales, explica que los programas aprobados el año presupuestal anterior se pueden presentar inclusive en la nueva formulación del presupuesto como bloque (ya que se asume que será aprobado de manera automática) y que sólo los programas nuevos se desdoblán en partidas específicas y merecen una presentación por separado. Esta práctica no ha sido exclusiva de los países en desarrollo, sino que se ha hecho más notorio en ambientes inflacionarios. El recuadro 2.2 resume claramente las causas del problema inercial del sistema peruano identificadas por el Ministerio de Economía y Finanzas.

La evolución en la manera de presupuestar, que ha implicado pasar de un presupuesto clásico incrementalista a uno basado en resultados, ha tenido interesantes etapas e influencias. Una influencia fue el cuestionamiento de cómo se debería generar las políticas públicas y la introducción del sistema Planeamiento, Programación y Presupuestación (EEUU, Presidente Johnson), y Presupuesto Base Cero¹² en los Estados Unidos (EEUU, 1970, Presidente Carter). Entre los aportes adicionales estuvo la idea de que la información y los incentivos eran cruciales para tomar mejores decisiones y en la conjunción de los intereses de los diferentes involucrados del proceso.

¹² Esta manera de presupuestar requiere que todos los programas presenten información completa y actualizada para que se justifique su financiación.

Recuadro 2.2 . Causas de la ineficacia y mala calidad del gasto público

El problema de eficacia y calidad del gasto público y la falta de un sistema presupuestario que articule insumos, procesos y productos con el logro de resultados tiene que ver principalmente con siete causas directas que se podrían resumir en:

- (i) la falta de articulación del planeamiento con el presupuesto desde una perspectiva de resultados;
- (ii) la abundancia e inconsistencia de normas que dificultan la gestión institucional y no promueven un enfoque por resultados;
- (iii) la debilidad en los sistemas de información, seguimiento y evaluación en los sectores e instituciones que den cuenta clara y oportuna de la situación de los resultados y productos;
- (iv) la poca capacidad de gestión de las instituciones orientada a resultados, medida tanto en términos de los recursos humanos como en términos de los mecanismos que promuevan la articulación de objetivos;
- (v) la escasa rendición social de cuentas y participación informada de la sociedad civil en el proceso de toma de decisiones; y
- (vi) un ordenamiento institucional y de funciones que no facilita el logro de resultados.

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Plan de trabajo, Implementación del presupuesto por resultados. Tomado de

<http://www.mef.gob.pe/DNPP/PpR/documentos/PlandeImplementaciondePpR.pdf> , Pp. 2-3. consulta 22-01-08.

Un hito importante lo marcó Naciones Unidas en 1965 y las experiencias en Estados Unidos con el uso del Presupuesto por Programas (PpP), un predecesor del Presupuesto por Resultados. Dean (citado en Folscher, 2007) sintetiza lo que es un PP; identificándolo como un presupuesto dividido en programas, los mismos que son divisiones del presupuesto en unidades con actividades, objetivos o administración comunes, los mismos que permiten la identificación de costos e ingresos independientes por programas y donde se puede medir los productos y actividades, de tal manera que se pueda relacionar con su financiamiento.

La verdad es que ha habido uso de diferentes términos para llamar prácticamente a lo mismo. Por ejemplo, solo tomando los términos usados en los EEUU, Reino Unido y Nueva Zelanda, además de los ya mencionados arriba, nos encontramos con términos como Presupuesto por Resultados (UK, 1970) o Presupuesto por contratos de compra (Nueva Zelanda). Con algún grado de énfasis en una u otra característica, el objetivo fue vincular los fondos con la eficacia del gasto (Folscher, 2007). Mackay (2007:10) resume en tres tipos los enfoque de presupuesto por resultados: presupuesto por desempeño directo, presupuesto por desempeño indirecto, presupuesto presentado con información de desempeño. En el primer caso, presupuesto por desempeño directo hay una relación directa entre asignación de fondos y los productos o resultados de la entidad, incluyendo la posibilidad de usar formulas de asignación. Como ejemplo se menciona el financiamiento a universidades de acuerdo al número de alumnos graduados por disciplinas. El siguiente enfoque de presupuesto por desempeño indirecto es tal vez el más usado, donde los sistemas de monitoreo efectivamente informan sobre el desempeño de los programas, pero esta información es solo uno de los elementos considerados al momento de asignar recursos; otros elementos pueden ser los criterios de priorización del gasto vinculados a equidad. Y el tercer enfoque, el presupuesto presentado con información de desempeño, efectivamente cuenta con la información y se envía a las debidas autoridades ejecutivas y legislativas pero no tiene o

recibe el debido peso de importancia en el momento de tomar decisiones. Este enfoque sería el más débil entre los tres.

No cabe duda que con el pase al PpR el proceso presupuestario se transforma, gana flexibilidad y aprovecha las lecciones aprendidas. En la etapa de **programación y formulación** se logra contabilizar adecuadamente los recursos necesarios para cumplir las metas, ya que inicialmente se plantean indicadores que permiten medir qué tan lejos se está de los resultados deseados y sobre la base de ellos se estima los recursos demandados. El punto clave aquí son los indicadores pues darán continuidad a los otras etapas del presupuesto.

Al momento de buscar la **aprobación** en el Congreso, el presupuesto no solo representará los requerimientos de las entidades estatales sino sobre todo la inversión que hace el Estado para avanzar hacia las metas comprometidas para ello. Esto permitirá orientar y cohesionar la acción estatal y promover mejoras en el gestionar público. Asimismo, la ejecución del gasto ganará eficiencia ya que las actividades programadas serán más previsibles y permitirán a las unidades ejecutoras estar preparadas para pasar por los sistemas de control del gasto.

El paso final, la **evaluación**, será un etapa muy rica del proceso, ya que facilitará la recolección de las fallas de las actividades diseñadas. Asimismo, medirá la gestión de los ejecutores por lo que servirá para incentivar que éstos realicen su trabajo con mayor empeño. Si bien, con este enfoque se logra flexibilizar el rígido aparato estatal, dado que el mayor porcentaje del presupuesto recoge compromisos de periodos anteriores, el tránsito hacia el presupuesto por resultados es un procesos paulatino que debe ser hecho pensando en el futuro y con miras a ir liberando la mayor parte del presupuesto de compromisos pre-establecidos y no ligados a la obtención de resultados. Un alerta respecto a la generación y flujo de información en esta etapa es importante; la aplicación del PpR generará un flujo nuevo de información de indicadores; si bien es cierto que es importante el número de indicadores, también es cierto que es crítica que exista demanda de los mismos, por el Congreso, el Ejecutivo y los proveedores.

Lo que hay que dejar bien en claro es que el presupuesto por resultados no es sinónimo de recorte de recursos o la terminación inmediata del programa frente a un indicador pobre de desempeño. Por el contrario, si el programa es de prioridad gubernamental, como partos institucionales o niveles de lectura en niños, el descubrimiento de problemas en la consecución de resultados puede llevar a un análisis mas detallado de los procesos de producción y corregir los embotellamientos y/o fugas que impiden lograr mejores resultados.

El siguiente **gráfico 2.3** muestra las características y bondades del PpR en sus diferentes etapas del ciclo presupuestal.

Gráfico 2.3: El tránsito al presupuesto por resultados

	Presupuesto tradicional	Presupuesto por Resultados
Formulación y programación	<ul style="list-style-type: none"> La demanda de los gastos sigue una metodología incremental. Como los gastos fijos son altos, el presupuesto mas que orientarse a objetivos, lo hace hacia compromisos pasados. 	<p>Programación estratégica</p> <ul style="list-style-type: none"> El punto de partida es una meta medible en cada entidad. Se plantean indicadores para saber qué tanto falta para alcanzar las metas. Esos mismos indicadores sirven para presupuestar los recursos necesarios.
Discusión y aprobación	<ul style="list-style-type: none"> Prima el criterio político en la asignación de los recursos extras. 	<ul style="list-style-type: none"> Ayuda a orientar los recursos extras hacia las prioridades nacionales y locales. Facilita la identificación de los componentes y actividades a ejecutar como compromiso del Estado.
Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> Se generan problemas para pasar los filtros de CONSUCODE y el SNIP. No hay responsables directos ni se tienen espacio de decisión. 	<ul style="list-style-type: none"> Refuerza la planificación, y estimación de la demanda lo que hace más factible superar los sistemas de control de la ejecución. Clarifica la razón de ser de los gastos. Es mas factible identificar a los responsables, el gerente podría tener mayor autonomía al gerenciar por resultados.
Evaluación	<p>Evaluación financiera</p> <ul style="list-style-type: none"> Se evalúa la ejecución presupuestaria. La DNPP es la encargada de evaluar el cumplimiento de la programación presupuestaria. El Congreso no puede evaluar ni fiscalizar fácilmente. 	<p>Evaluación de resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> Se evalúa el avance de los indicadores de gasto y desempeño de las acciones con respecto a las metas planteadas. Las universidades u otros agentes de la sociedad civil pueden hacer las evaluaciones a demanda o independientes de los programas. Facilita el rol de fiscalizador del Congreso

3. Aplicación del presupuesto por resultados en el Perú

Perú ha dado un avance importante; la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República, y el Ministerio de Economía y Finanzas han iniciado la construcción del presupuesto por resultado (PpR) en cinco programas estratégicos piloto¹³ que en conjunto representan cerca del 5 por ciento del presupuesto total de la República.

Lograr el vínculo entre producto y financiamiento en el presupuesto es una tarea que puede echar mano a varios instrumentos o metodologías. Los responsables de la política presupuestal en Perú han elegido el marco lógico¹⁴ como una de las herramienta facilitadora, cuya metodología exige, como su nombre lo dice, lógica y causalidad. Cada programa presupuestal tendría en principio que construir un marco lógico. Para que esto ocurra, se debe cumplir por lo menos con estos requisitos:

1. Que los programas sean pertinentes a las necesidades del país y se descompongan en objetivos claros
2. Que las intervenciones planteadas para alcanzar lo objetivos sigan una lógica causal, que de ser posible se respalde en evidencia científica
3. Que el conjunto de intervenciones o actividades sean susceptibles de ser medidas con indicadores claros y accesibles
4. Que los sistemas de información permitan hacer seguimiento al gasto en relación con los objetivos y acciones sectoriales, con información confiable, en el tiempo debido y a costos razonables
5. Que cada entidad del Estado al plantear sus objetivos institucionales, trace una línea de base para ver qué tan lejos se encuentra de las metas y se cuantifique los recursos que se necesitan.
6. Finalmente que no exista riesgos mayores de carácter externo al programa que ponga en peligro la ejecución del programa.

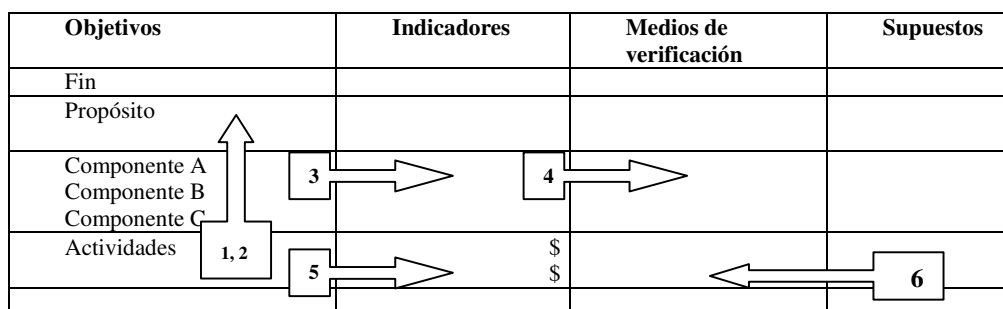
Cabe mencionar y resaltar que el marco lógico se puede usar en las diferentes fases del presupuesto. Hasta el momento se utiliza básicamente para la fase de programación, pero el mismo instrumento y metodología facilita las evaluaciones presupuestales, tanto en el momento del seguimiento de la ejecución, evaluaciones de término como de impacto final. Lo anterior es debido gracias a la lógica causal inherente a este instrumento.

El siguiente gráfico 2.4 muestra los puntos anteriores del 1 al 6 dentro de una matriz tipo de marco lógico:

¹³ Salud, nutrición, educación, identidad e infraestructura.

¹⁴ El Marco lógico se utiliza en Chile y México como parte del sistema presupuestal y del seguimiento de programas sociales. En el caso de Perú, la experiencia ya se extendido a algunas agencias públicas que lo usan como guía de sus sistemas de información; asimismo es una metodología que ya usa en la identificación de proyectos dentro del Sistema Nacional de Inversión Pública.

Gráfico 2.4 . Marco Lógico y sus requisitos



Al cumplirse los requisitos arriba indicados se puede justificar de manera mas clara la provisión de los bienes y servicios desde una perspectiva de asignación eficiente y efectiva de los recursos.¹⁵

Otro aspecto que hay que subrayar es la visión sistémica que se está construyendo alrededor del presupuesto por resultados (aunque no explícitamente), al vincularlo con otros instrumentos como planificación estratégica, evaluaciones rápidas, igualmente a través de la construcción de marcos lógicos y evaluaciones de impacto. Es un proceso en desarrollo y este estudio se centrará solamente en el marco lógico de la programación presupuestal.

El proceso de migración hacia el PpR puede durar varios años y se pretende empezar con los cinco programas piloto entre los que destacan los de salud y educación, (objeto de mayor análisis en los siguientes capítulos). Para el caso de salud se prioriza la salud materno-neonatal y en el caso de educación se prioriza el desempeño en 2do grado o III ciclo de primaria. En el cuadro 2.1 se presentan las cinco áreas o programas estratégicos y los resultados que se esperan obtener.

Cabe destacar dos temas al respecto. Primero el contexto y segundo la orientación de la aplicación del PpR en Perú. Con respecto al primero, como en otros países, Perú ha recibido influencia de los paradigmas de los países en desarrollo facilitado por las agencias cooperantes como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. En segundo lugar, la manera en que se inserta en el contexto presupuestal y política económica en general y el inicio a través de cinco programas estratégicos no es casual.

¹⁵ El capítulo IV y V hacen una lectura rápida de los marcos lógicos de los programas estratégicos de salud y educación respectivamente, correspondientes al año fiscal 2008.

Por una parte el contexto de crecimiento del país no ha ido acompañado de la reducción de la pobreza; asimismo, el incremento nominal del presupuesto en los sectores sociales como salud, educación y protección social no ha generado una mejora en los indicadores de desempeño de los sectores. Este contexto de desbalance genera una oportunidad para que el Congreso y el Ministerio de Economía puedan introducir instrumentos y metodologías que orienten la gestión pública hacia la obtención de resultados.

Cuadro 2.1 Programas estratégicos priorizados para el Presupuesto por Resultados, 2008		
Indicadores de resultados finales	Línea de Base	Meta al 2011
Programa Articulado Nutricional		
Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años	25%	16%
Salud Materno neonatal		
Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos	185	120
Tasa de mortalidad neonatal por mil nacidos vivos	17,4	14,6
Logros de Aprendizaje al Finalizar el III Ciclo		
Desempeño suficiente en comprensión lectora de los alumnos que concluyen el III Ciclo de la EBR	15%	35%
Desempeño suficiente en matemáticas de los alumnos que concluyen el III Ciclo de la EBR	10%	30%
Acceso a servicios sociales básicos y oportunidades de mercado		
Reducción del tiempo promedio de acceso a centro de salud (a pie) – minutos	46	35
Reducción del tiempo promedio de acceso a centro de educación (a pie) – minutos	24	18
Reducción del tiempo promedio de acceso a centro de comercio – minutos	61	49
Centros poblados que acceden a centros y puestos de salud en < 2 horas (%)	80%	90%
Acceso de la población a la identidad		
Cobertura de peruanos con DNI	66%	72%
Fuente: Exposición de motivos de la Ley de PpR		

Para que el enfoque por resultado tenga éxito es necesario que los programas y las instituciones vinculadas estén en línea con el plan general del Estado de manera que se persigan los mismos objetivos. Los cinco programas estratégicos elegidos hasta ahora tienen como marco de referencia el desarrollo del individuo a lo largo de un periodo de tiempo en su ciclo de vida (MEF, 2007, 73) y las acciones buscan la formación de capital humano y la superación de la pobreza. Obsérvese en el cuadro 2.1 por ejemplo que las consideraciones de salud, nutrición, educación, identidad e infraestructura

básica para conectividad al mercado están articuladas y se orientan a fortalecer el capital humano y la creación de oportunidades.

Vinculado a esto está la necesidad de complementar todas las acciones del Estado bajo un solo objetivo de sostenimiento del crecimiento y reducción de la pobreza. Este enfoque integral sería en principio el norte que guiará su implementación.

Otros retos que exige el PpR son las coordinaciones a nivel muy micro entre diferentes unidades ejecutoras (definidas en nuestro sistema clásico) para la consecución de un resultado y que requiere el trabajo de todas ellas en conjunto. Por ejemplo, un resultado esperado en salud requiere de la participación del Ministerio de Salud, las regiones y el Seguro Integral de Salud¹⁶. Cada ejecutora tiene un presupuesto ordenado de acuerdo a las partidas generales y específicas a nivel de *inputs*. A través de los programas pilotos se busca validar el tránsito y /o pase de la clasificación presupuestal existente, basado en “funciones – programas – subprograma – actividad/proyecto – componente – meta”, a otra clasificación que coincida con el orden de los objetivos de un modelo lógico. Aquí cabe la expresión “el demonio está en los detalles”.

Como parte del ejercicio presupuestal, el PpR también involucra relaciones entre agentes dentro y fuera del sector público, es decir entre los poderes del Estado y entre estos y la sociedad civil. El MEF tiene planificado como línea de trabajo la “Transparencia y rendición de cuentas”. Específicamente se anota “Informar al ciudadano sobre los servicios otorgados y los grados de avance”¹⁷. Lo que se interpreta aquí es la visión del ciudadano como usuario de servicios y observador de la ejecución del PpR. Pero hay otra dimensión que no se ha considerado con rigor y es la participación del ciudadano en todo el ciclo del presupuesto. En todo caso, dicha relación también debe ser fortalecida con el Congreso.¹⁸

Hay un aspecto en el PpR que hay que rescatar y enfatizar, y es el concerniente a la posibilidad de la sociedad civil de poder opinar sobre las actividades que se definen en el marco lógico de cada programa estratégico por el momento, y en cualquier programa en el futuro. El marco lógico exige que haya una relación de causalidad entre las actividades con los componentes y de los componentes con los resultados esperados en el propósito del programa. Por lo mismo se incrementa la transparencia ya que no sólo se puede ver los servicios otorgados y el grado de avance sino también cómo se está logrando el avance, qué actividades están por implementarse o se han implementado y qué otra actividad o decisión se debe tomar para incrementar la probabilidad de éxito en la consecución de resultados.

Argumento similar se puede dar sobre la participación de la sociedad civil informada sobre el mejor indicador a considerar. El indicador debe cumplir su función de medir

¹⁶ En principio el SIS es una unidad ejecutora dentro del MINSA pero tienen cierto grado de autonomía en su funcionamiento en el tema presupuestal.

¹⁷ Ministerio de Economía y Finanzas, Presentación en power point, 23 de julio 2007, en http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

¹⁸ El plan de trabajo del PpR ha incluido entre sus líneas de trabajo la siguiente consideración: “Este instrumento incluye la necesidad de promover la vigilancia social del desempeño estatal por parte de la comunidad, tanto de los resultados alcanzados como de los procesos y medios para lograrlos.

resultados pero también informar de manera amigable y simple los avances.¹⁹ Un claro ejemplo es diferenciar indicadores para monitorear el desempeño en las escuelas. Por una parte se tiene el indicador de suficiencia en el desempeño a través de una prueba estandarizada anuales que se puede utilizar como *benchmark* o parámetro entre regiones y que le interesa monitorear al MINEDU y sobre todo al MEF, y por otra parte se tienen indicadores que miden el desempeño de las escuelas, el aula y el profesor por el “número de palabras por minuto que lee un niño” y cuya utilización es más amigable para un padre de familia. Este tema de indicadores por niveles de responsabilidad queda como tema de agenda en la implementación del PpR, además de la pregunta de si la sociedad civil también debe participar en la validación de los indicadores del PpR. En todo caso vale la pena considerar ejemplos como los de México, donde uno de los factores de éxito en el seguimiento del gasto de los programas sociales ha sido el democratizar la elección y uso de los indicadores.

Dicho de otro modo, se considera que el PpR a través de sus diferentes instrumentos y metodologías, sobre todo el marco lógico, abre una ventana que identifica fortalezas y debilidades en las instituciones ejecutoras y el sistema público en general. Con respecto a esto último la posición de este estudio es que no sólo se deberá acompañar de otros instrumentos de modernización de la gestión manejados por el MEF sino también de reformas dentro de los sectores y que se alineen con el enfoque de resultados. Dígase sistemas de compras, sistemas de recursos humanos por meritocracia, por mencionar lo más sensibles.

En los capítulos IV y V, además de hacer un seguimiento al gasto de los sectores salud y educación, se intenta dar una primera lectura a los marcos lógicos estructurados para salud y educación para el 2008.

¹⁹ El plan de implementación del PpR ha considerado pilotear metodologías de evaluación por monitoreo participativo. La empresa CUANTO fue contratada para realizar la primera evaluación piloto en el primer semestre del 2008.

I

MODELOS E INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS

¿Cuál es la dinámica y complejidad de la Reforma del Estado?

II

EL PRESUPUESTO PÚBLICO POR RESULTADOS Y SU PAPEL EN LA GOBERNABILIDAD

¿Cuál es la utilidad del presupuesto y su relación con la gobernabilidad?

¿Cómo y porqué el presupuesto por resultado incrementa la transparencia y rendición de cuentas?

III

ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO PÚBLICO Y MONITOREO DEL GASTO EN SALUD Y EDUCACIÓN

¿En qué contexto económico se implementa el PpR en Perú?

¿Cuál es la importancia del gasto en salud y educación?

IV

SECTOR SALUD. SU TRANSICIÓN AL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

¿Es posible vincular su desempeño al gasto? Ejemplo del Seguro Integral de Salud.

¿Cuál es la metodología para transitar del presupuesto actual al PpR? El caso de la salud materno neonatal.

V

SECTOR EDUCACIÓN. SU TRANSICIÓN AL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

¿Es posible vincular su desempeño al gasto? Ejemplo de la educación básica

¿Cuál es la metodología para transitar del presupuesto actual al PpR? El caso del desempeño de segundo grado

VI

FACTORES QUE ACOMPAÑAN EL PRESUPUESTO POR RESULTADOS: INCENTIVOS, AUTONOMÍA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

¿Cuáles son los factores de éxito que han acompañado modelos de gestión por resultados?

¿Tenemos algún avance en Perú?

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO III

ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO PÚBLICO Y MONITOREO DEL GASTO EN SALUD Y EDUCACION

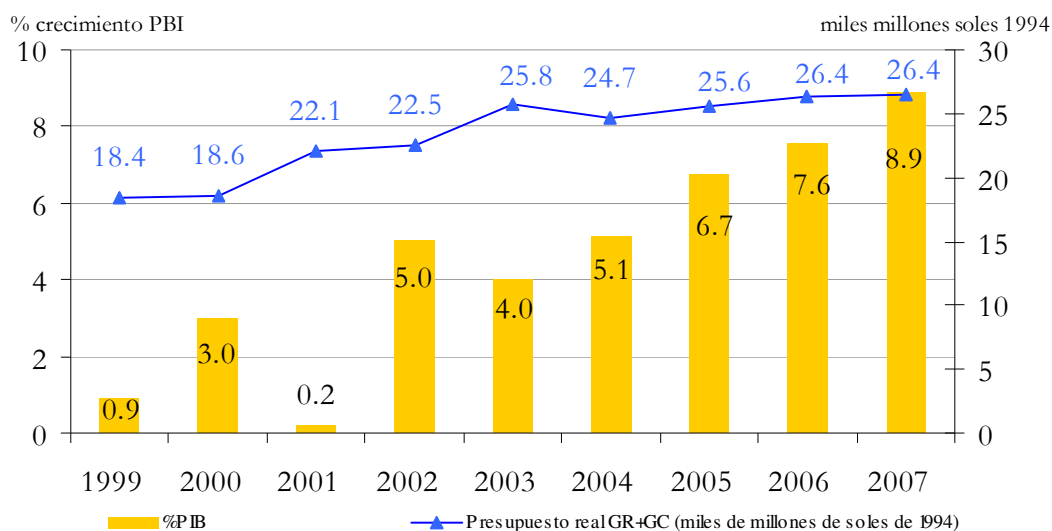
1. Panorama

En este capítulo se analiza el nivel, estructura y financiamiento del presupuesto público en los últimos cinco años con el objetivo de tener una idea más cabal de la importancia del Presupuesto por Resultados (PpR) y del contexto donde se inicia la implementación del mismo. Se explora si existe espacio fiscal y si ha habido una tendencia histórica de priorización. Asimismo, como el PpR se inicia sólo en cinco programas estratégicos y dentro de ellos se consideran los de salud y educación, se hace un análisis particular del financiamiento y gastos funcionales de salud y saneamiento y, educación y cultura. Hecho el análisis, permite pasar a la pregunta de si se puede vincular los gastos presupuestales actuales con el desempeño de los sectores, aspecto que se desarrolla en los siguientes capítulos IV y V, como paso previo a la presentación de la metodología actual del PpR.

a. Un contexto favorable

En general, el inicio del siglo XXI ha sido muy favorable para la economía peruana. El principal reflejo de esto es el incremento de la producción real que desde el 2002 ha mostrado tasas de crecimiento mayores a 3.9%. Así, en 2007 se alcanzó el mejor desempeño de los últimos 13 años (8.9% del PBI) y en diciembre de dicho año se acumularon 78 meses de crecimiento continuo (ver gráfico 3.1).

Gráfico 3.1. Tasa de crecimiento del PBI real y el presupuesto público



Fuente: BCRP, INEI, MEF-SIAF

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

*El PBI y el presupuesto público se expresa en miles de millones de soles de 1994.

El presupuesto público ha experimentado grandes cambios en términos nominales. Así, en el periodo 2000-2006, los recursos crecieron en 74%. Este auge continuó para el 2007 y 2008 en que el presupuesto representa 61 y 71 mil millones de soles, respectivamente. Sin embargo, medido en términos reales (descontando el nivel municipal), el nivel se ha mantenido en la misma magnitud, es decir 26.4 millones de soles para ambos años. Entre el 2000 y el 2006, los fondos del presupuesto han aumentado en 8 mil millones de soles de 1994, es decir en un 38%. Aunque, en los últimos años se ve un estancamiento pues, desde el 2003, si medimos los recursos a precios de 1994, éstos fluctúan entre 25 y 26 mil millones.

La novedad dentro de los anuncios del gobierno en el tema presupuestal es el paulatino proceso de migración hacia un presupuesto por resultados. El nivel de recursos facilitará ajustes en la estructura presupuestal y el tránsito de un modelo a otro, toda vez que algunas actividades nuevas, para lograr resultados, posiblemente reemplazan a otras menos importantes. Para el año 2008 se ejecutarán 2,500 millones de soles bajo este nuevo esquema en cinco programas priorizados, lo cual se explica con mayor detalle más adelante en el informe.

El crecimiento del PBI ha permitido que en el 2006 se haya alcanzado un nivel productivo equivalente a 304.5 mil millones de soles corrientes y un superávit fiscal de 1.4% del PBI en el mismo año, esto en un contexto de sanas tasas de inflación que desde el 2000 no han sobrepasado el 3.8%. En ese sentido, los principales logros de nuestro país sin lugar a duda se han dado en el campo macroeconómico.²⁰

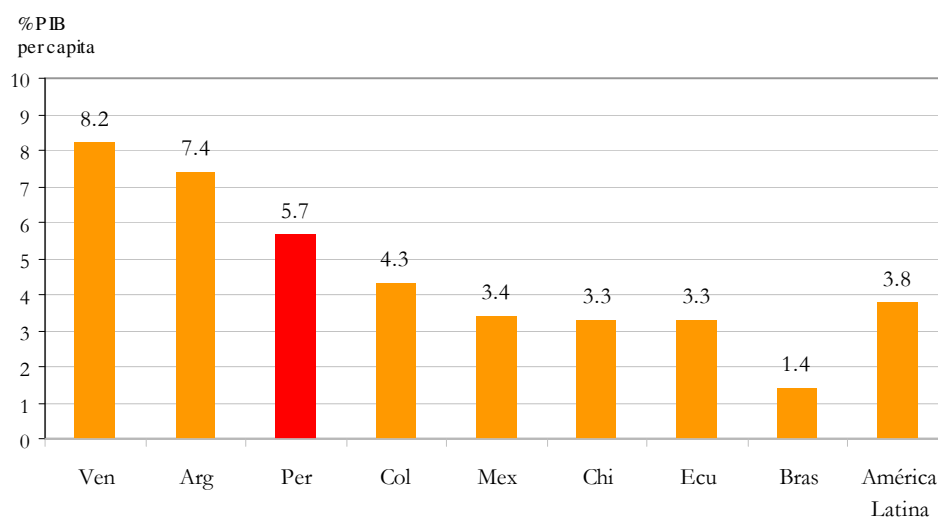
Asimismo, nuestro país progresa en comparación a sus vecinos regionales. En términos del crecimiento del PBI per capita, el Perú ha obtenido un crecimiento mayor al promedio latinoamericano. En el 2006 el PBI por habitante ha crecido en 5.7% con respecto al año anterior, tasa que salvo por Venezuela (8.2%) y Argentina (7.4%), es una de las mayores en la región. Este proceso de crecimiento es una oportunidad para disminuir la incidencia de la pobreza (Gráfico 3.2). De acuerdo a un informe del Banco Mundial, las evidencias internacionales muestran que un patrón de crecimiento en ingresos per capita lleva a un mayor impacto en la reducción de la pobreza. Se indica que si el crecimiento continúa en el mismo nivel durante 10 años, se puede esperar un decrecimiento de la tasa de pobreza de 52 por ciento a 37 por ciento (Cibils-Fretes, 2007, p 45).²¹

²⁰ A mediados de 2007 el Perú al igual que el resto de países en el mundo empezó a enfrentar presiones inflacionarias producto del comportamiento de los precios de los principales commodities agrícolas como el maíz, el arroz y la soya. La inflación sin embargo, se espera no sobrepase el 6% y regrese a los rangos comprometidos por el Banco Central a mediados del 2009 a más tardar.

²¹ Según el Panorama Económico Mundial publicado por el FMI en abril de 2008 la economía peruana seguirá liderando el crecimiento del PBI a nivel regional a pesar de la crisis financiera global. El FMI estima que el Perú crecerá 7 y 6% en los próximos dos años mientras que el crecimiento regional bordeará el 4%.

Los motores sectoriales del crecimiento han sido la minería, básicamente debido a factores externos, y, últimamente, el sector construcción. Entre el 2001 y el 2005 el incremento anual del sector minería e hidrocarburos ha fluctuado entre 5.2% y 12%, logrando cada año tasas mayores a las presentadas por el crecimiento de la economía²². Por el lado de la construcción, la tasa de crecimiento del sector en el 2006 (14.7%) ha sido la más alta en los últimos 14 años, lo cual es causado, según el Banco Central, por la mayor demanda por obras tanto por el sector privado como por el público.

Gráfico 3.2. Tasa de crecimiento del PBI per capita en América Latina 2006



Fuente: Anuario estadístico de AL y el Caribe, CEPAL (2006).

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

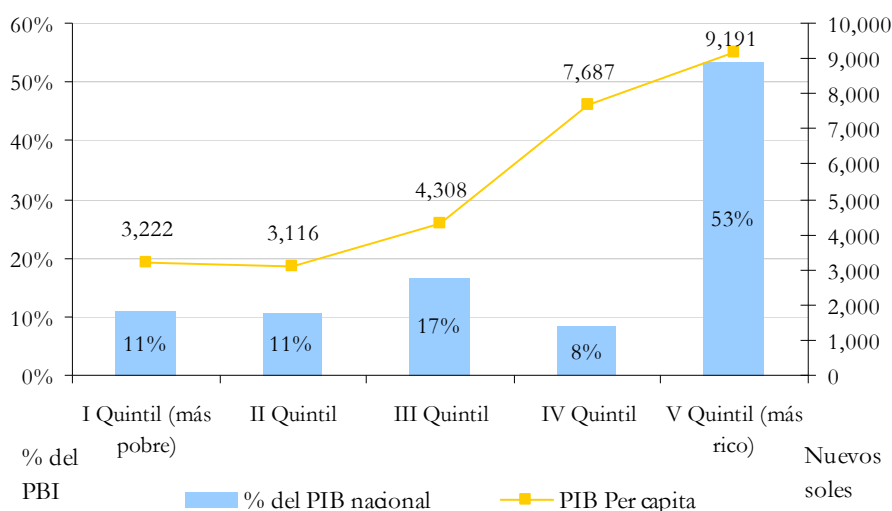
El crecimiento del sector minero, cuyas exportaciones representan cerca de dos tercios de las exportaciones, ha traído como consecuencia un incremento los de recursos fiscales, lo cual a su vez ha causado un cambio en la estructura fiscal del país por niveles de gobierno. Hoy los niveles de gobierno regional y local son los más favorecidos relativamente hablando del boom fiscal. Este tema se amplía en la sección de fuentes de financiamiento.

Sin embargo, este crecimiento no ha generado el mismo impacto en todo el país. Según el siguiente gráfico 3.3, la participación de las regiones en la producción nacional es muy desigual. Tomando en cuenta el índice de carencias elaborado por FONCODES, se ve claramente que las regiones ubicadas en el peor quintil de carencias (I quintil) sólo participan del 11% del PBI, en cambio Lima y Callao (V quintil) son responsables de un poco más de la mitad del producto nacional. Esto repercute en que el PBI por habitante en Huancavelica (Primer quintil) sea la tercera parte del obtenido en Lima (V quintil), por

²²No obstante, en el 2006 se presentó un bajo crecimiento de la minería e hidrocarburos (1%), principalmente causado por la caída del sub-sector minero. Este descenso estuvo asociado a la disminución (-2.4%) de la producción de oro con respecto al año anterior.

ejemplo. En ese sentido, el crecimiento macroeconómico de los últimos años no se ha traducido en el crecimiento de las regiones más pobres del país.

Gráfico 3.3. Distribución del PBI y PBI per capita según regiones ordenadas por quintiles de carencias, 2005



Fuente: MEF-SIAF, FONCODES 2006. Ver nota técnica abajo.
Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

Nota técnica. Según el mapa de la pobreza del FONCODES 2006, la clasificación de los quintiles de carencia, en orden sucesivo de mayor a menor carencia, es como sigue: Quintil I: Huancavelica, Huánuco, Cajamarca, Apurímac, Ayacucho, Loreto, Amazonas, Pasco; Quintil II: Cusco, Puno, Ucayali, Piura, San Martín; Quintil III: Ancash, Junín, Madre de Dios, La Libertad, Lambayeque, Tumbes, Ica; Quintil IV: Moquegua, Arequipa, Tacna; y Quintil V: Lima y Callao.

b. Fuentes de financiamiento y transferencias intergubernamentales

Perú, considerado un país de ingresos medios, financia actualmente (2006-7) sus gastos con impuestos indirectos y directos casi en la misma proporción, luego de haber tenido en el pasado mayor dependencia del impuesto al valor agregado (sumado al impuesto selectivo al consumo). Al finalizar el 2006, el Impuesto General a las Ventas (o Impuesto al Valor Agregado) representó 40.8 por ciento, mientras que el Impuesto a la Renta representó el 35 por ciento del total de ingresos tributarios y no tributarios respectivamente. En términos de

presión tributaria, el total de ingresos tributarios ha representado el 14.9 por ciento del PBI. Cabe destacar que además de los impuestos, el Estado recauda un cargo por canon y regalías a las empresas mineras (50% de sus utilidades) que son transferidas a los gobiernos subnacionales de las zonas productoras. Dicha transferencia ha incrementado de manera geométrica sus ingresos, creando una situación sui géneris en nuestra economía, con el consiguiente crecimiento de la brecha fiscal entre regiones mineras y las no mineras, situación que debe ser afrontada en el corto y mediano plazo.

Cuadro 3.1. Ingresos corrientes del gobierno central

Concepto	Millones de nuevos soles			Porcentaje			Porcentaje del PBI		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Ingresos tributarios	35,589	45,485	52,454	86.7	86.3		13.6	14.9	15.4
Impuesto a la Renta	11,188	18,414	22,847	27.3	34.9		4.3	6.0	6.7
Impuesto General a las Ventas	18,302	21,517		44.6	40.8		7.0	7.0	7.4
Impuesto Selectivo al Consumo	4,066	4,042	4,291	9.9	7.7		1.6	1.3	1.3
Impuestos a la Importación	3,143	2,847	2,198	7.7	5.4		1.2	0.9	0.6
Otros Ingresos	2,980	3,369	3,848	7.3	6.4		1.1	1.1	1.1
Devoluciones	-4,090	-4,704	-5,989	(10.0)	(8.9)		(1.6)	(1.5)	(1.8)
Ingresos no tributarios	5,458	7,229	8,659	13.3	13.7		2.1	2.4	2.5
TOTAL	41,047	52,714	61,113	100.0	100.0	100.0	15.7	17.3	17.9

Fuente: MEF, Banco de la Nación y SUNAT. Tomado de BCRP, Nota Semanal Nro 35, 2007.

Elaboración de los autores.

c. Distribución del gasto por funciones y tipo de gasto

Partiendo de que el Estado es el agente que debe promover el bienestar de la población, es pertinente identificar qué esfuerzos ha realizado con este fin. Gracias al análisis del presupuesto público (PP) se podrá dar mayores elementos en este tema.

Uno de los primeros aspectos a explorar en la distribución del PP es su asignación según funciones²³ y la forma en que ha variado en los últimos años. En el siguiente cuadro se observa que el Estado ha gastado en el periodo 2002-2007 en promedio un cuarto de sus recursos en la “administración y planeamiento”, donde sobre todo se pone énfasis a la administración financiera que se concentra casi exclusivamente en el pago de la deuda. La función que ocupa el segundo orden de importancia en el PP es la “asistencia y previsión social”, que básicamente se dirige a cubrir los compromisos con los cesantes y jubilados en el sistema público y privado de pensiones. Por lo pronto, los dos últimos rubros, pago de la deuda externa y gasto previsional, son gastos rígidos e ineludibles.

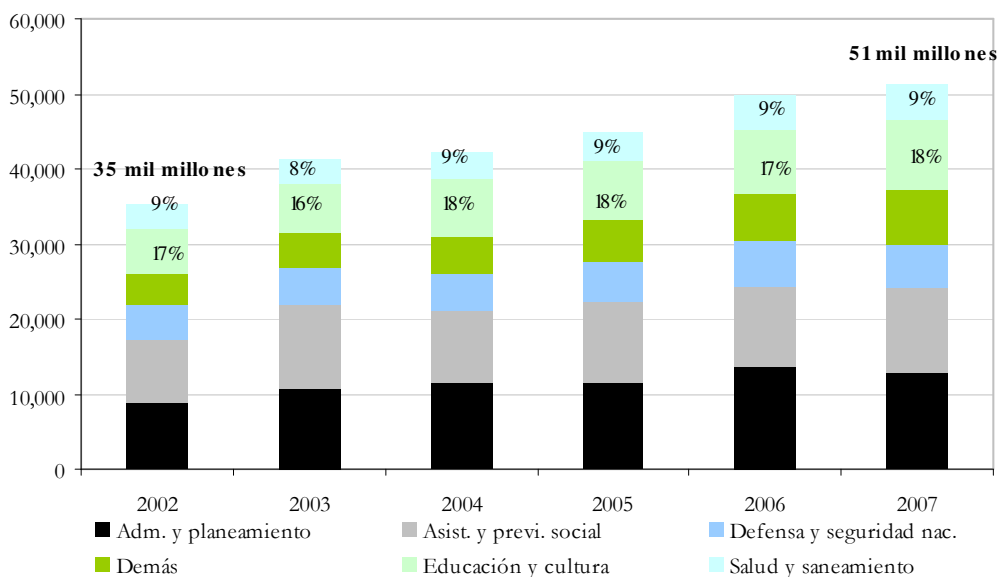
²³ En Perú, la primera división temática del presupuesto público es por funciones.

Luego, si se considera al resto de sectores, “defensa y seguridad nacional” mantiene un peso importante alrededor del 11 por ciento del presupuesto. Finalmente, a los sectores, motivo central de nuestro análisis, el Estado le dedica 18 por ciento del presupuesto 2007 a la atención de la “educación y cultura” y un 9 por ciento a la “salud y saneamiento”²⁴ (ver gráfico 3.4).

En términos absolutos, de los 51 mil millones de soles de presupuesto de apertura del 2007; 9.2 mil millones se asignan para la función de educación y cultura, mientras que salud y saneamiento recibe 4.8 mil millones de soles.

Gráfico 3.4. Asignación del presupuesto público según función: 2002-2007

(millones de soles)



Fuente: SIAF-MEF

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

*El porcentaje expresa la participación de salud y educación, respectivamente, en el presupuesto.
 *Para el 2007 se usó el presupuesto institucional de apertura (PIA), equivalente a un presupuesto estimado y aprobado.
 *No incluye gobiernos locales porque no todos reportan al SIAF.

De la revisión de la asignación del presupuesto según funciones se puede concluir que en el periodo 2002-2007 cada función mantiene casi constante el porcentaje que se le asigna del presupuesto, reflejando su rigidez; además a pesar del crecimiento experimentado en el último quinquenio en términos reales no ha habido cambios de dirección importantes que se vean reflejados en el presupuesto. Sólo un 27 por ciento se dedica a la prestación de

²⁴ Saneamiento se refiere básicamente a saneamiento rural y control de vectores, encargado al Ministerio de Salud. Saneamiento urbano está dentro de la cartera de vivienda y construcción.

salud y saneamiento y educación y cultura, y su techo presupuestal ha ido creciendo al mismo ritmo que el resto de sectores reflejando ausencia de prioridades sectoriales y el poco manejo para concentrar las mejoras de ingresos adicionales en capital humano.

Estas limitaciones pueden ser superadas con liderazgo y una visión a largo plazo sobre los resultados que se quieren obtener en el estado del bienestar de la población. Justamente, la propuesta de iniciar un presupuesto basado en resultados rompería con esta estructura rígida, vinculando metas priorizadas con financiamiento, y aprovechando la mayor disponibilidad de fondos para justamente iniciar cambios en la priorización presupuestal haciendo uso de los recursos adicionales.

Para entender mejor el nivel de prioridades presupuestales, basta con hacer seguimiento a las categorías de gasto. Basados en la información del SIAF para el periodo 2002-2007, podemos afirmar que la principal categoría en términos de recursos públicos es el gasto en “personal y obligaciones sociales” que durante el periodo citado estuvo alrededor del 28%. En importancia de recursos, le sigue el “servicio de la deuda” con un 22% para el pago de amortizaciones e intereses de la misma. Enseguida, con un 16% de los recursos, se encuentran las obligaciones previsionales que se refieren básicamente a lo destinado para los cesantes y jubilados.

Cabe destacar la tendencia de crecimiento en el rubro de gastos de capital explicado por el crecimiento de obras en transporte y vivienda.

Cuadro 3.2 Categorías de gasto financiero y no financiero del gobierno general

Categoría	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Servicio de la deuda	21%	24%	25%	23%	21%	22%
Obligaciones previsionales	19%	16%	17%	17%	16%	16%
Reserva de contingencia	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Gasto no financiero ni previsional	60%	60%	59%	60%	63%	61%
<u>Gasto Corriente</u>	<u>49%</u>	<u>45%</u>	<u>48%</u>	<u>48%</u>	<u>49%</u>	<u>47%</u>
Personal y obligaciones sociales	28%	26%	27%	28%	27%	28%
Bienes y servicios	16%	13%	14%	13%	14%	13%
Otros g. corrientes	5%	6%	7%	8%	9%	6%
Gasto de Capital	<u>11%</u>	<u>15%</u>	<u>11%</u>	<u>11%</u>	<u>14%</u>	<u>14%</u>
Inversiones	10%	8%	8%	9%	9%	12%
Inversiones financieras	1%	0%	1%	1%	1%	0%
Otros gastos de capital	1%	6%	2%	2%	5%	2%

Fuente: SIAF-MEF

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

Gráfico 3.5. Distribución del presupuesto y el espacio fiscal, 2002-2007 (en porcentajes del presupuesto)*

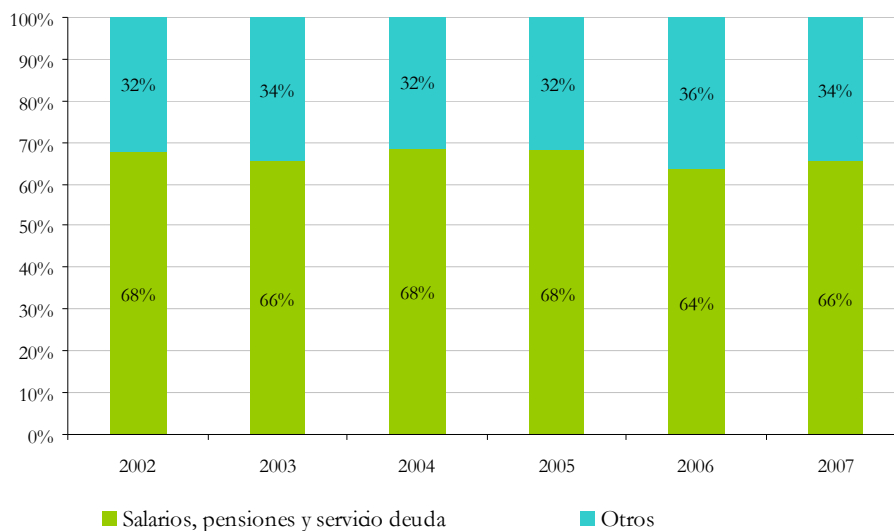
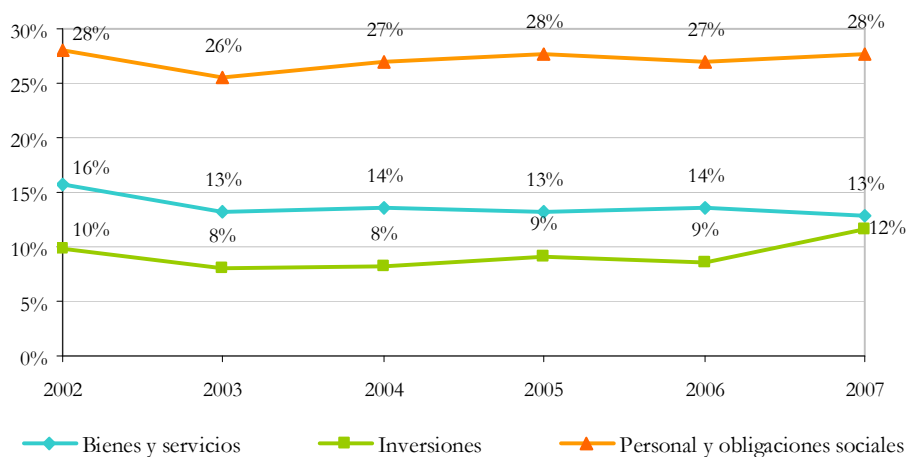


Gráfico 3.6. Distribución del gasto público no financiero ni previsional 2002-2007 (en porcentajes del presupuesto)*



Fuente: SIAF-MEF

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

*Otros incluye bienes y servicios, inversiones, gastos corrientes y gastos de capital.

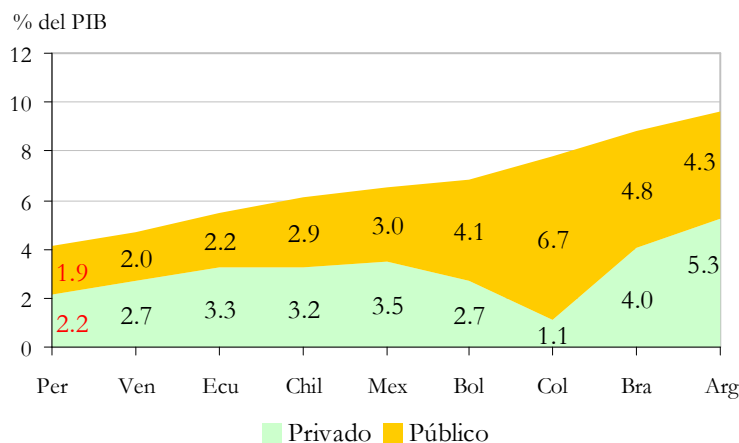
2. Financiamiento del sector salud

En la sección anterior se comentó que la función de salud y saneamiento ha representado el 9 por ciento del presupuesto por varios años. Lo que se desarrolla a continuación profundiza en cómo se financia el sector salud y cómo se desagrega el financiamiento por programas. La información permitirá entender la importancia relativa del programa priorizado en salud en el PpR.

a. Gasto público y privado en salud

En nuestra región, el Perú ocupa uno de los últimos puestos en cuanto al gasto en salud como porcentaje del PBI. Aún cuando el mayor nivel de recursos en otros países no ha significado mejoras en la gestión del sector, no cabe duda que sea una variable importante, y que deba ir acompañada de las políticas adecuadas para lograr el beneficio esperado de cada sol gastado. En el 2004, este gasto fue equivalente al 4.1% del PIB (Gráfico 3.7), donde la mayor parte del gasto provino de las familias de los pacientes, conocido como pago de bolsillo (2.2% del PIB). En un país donde cerca de la mitad de la población sufre a causa de la pobreza, esto significa que la salud y el bienestar general del ciudadano común está expuesta al riesgo dado la vulnerabilidad de los ingresos domésticos, y que no puedan cubrir los gastos mínimos de salud. Lo que se refleja en este caso es un grave problema de equidad, considerando además que solo el 37% de los fondos son intermediados²⁵ por la seguridad social, haciendo evidente la exposición al riesgo de la población.

Gráfico 3.7 Gasto en salud en Latinoamérica como % del PBI*



Fuente: World Bank Statistics, 2006

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

*Para el año 2004

b. Función salud y saneamiento

Como se comentará mas adelante, a pesar del peso constante del sector salud en el presupuesto, ha habido un aumento en 462 millones de soles desde el 2004 hasta el 2007 en

²⁵ De acuerdo a las cuentas nacionales de salud.

el gobierno central y otros 777 millones de soles en los gobiernos regionales en el mismo periodo. Los gobiernos regionales pagan básicamente las planillas del personal de sector salud y educación de manera descentralizada. Para fines prácticos, un establecimiento de salud fuera de Lima Metropolitana²⁶ recibe financiamiento y/o bienes de diferentes niveles de gobierno.

Asimismo, el sector Vivienda, Construcción y Saneamiento ha aumentado significativamente sus recursos y participación desde los 90 millones que recibía en el 2004 hasta los 627 millones ejecutados en el 2007 (Cuadro 3.3). Los demás sectores obtienen una participación menor.

Cuadro 3.3 La función salud y saneamiento en el presupuesto nacional según sector

Sector	Millones de soles				Participación por sector			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Gobierno Central Salud	2,205	2,274	2,393	2,667	58%	54%	49%	48%
Gobiernos regionales	1,237	1,445	1,675	2,014	33%	34%	34%	37%
Vivienda, construcción y saneamiento	90	219	562	627	2%	5%	12%	11%
Educación	2	3	3	3	0%	0%	0%	0%
Agricultura	0	0	8	6	0%	0%	0%	0%
Defensa**	25	38.4	26.7	18.7	1%	1%	1%	0%
Interior**	214	257.6	204.23	166.1	6%	6%	4%	3%
	3,773	4,237	4,872	5,502	100%	100%	100%	100%

Fuente: SIAF-MEF

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

*Para todos los años se muestra la ejecución acumulada. No se incluye a los gobiernos locales ni a la Seguridad Social. Esta última no forma parte del presupuesto público financiado con Tesoro.

** A partir del 2005 el presupuesto del sector defensa e interior para salud no se registra bajo la función salud y saneamiento. Por ello es que se tuvo que hacer el seguimiento de dichos recursos al interior de ambos sectores, donde se encontraron sub-programas de salud individual.

Los programas de salud. De acuerdo con el siguiente cuadro, el principal programa de la función en mención es salud individual, el cual concentró 3,052 millones de soles en el 2006 con un peso de 66 por ciento (el programa más importante en términos de monto recursos). En tanto, el programa de salud colectiva con 376 millones de soles ha mantenido una participación alrededor del 8%, en dicho periodo, mientras que el aumento del apoyo al programa de saneamiento ha permitido que su participación pase del 3% al 14%. (Cuadro 3.4)

Dos comentarios adicionales que vale la pena anotar. Primero, que al clasificar a la función de salud y saneamiento por programas, es interesante observar que la participación de los gastos de administración para la salud y saneamiento bajó de 15% a 11% en el periodo

²⁶ Las Direcciones de Salud dentro del área metropolitana dependen todavía a la fecha del nivel central

2004-2006, y segundo, que el 61% del financiamiento de salud individual en el 2006 fue presupuestado en el nivel central y la diferencia en el nivel regional.

Además como veremos más adelante, dentro de salud individual se cuenta con el programa estratégico materno neonatal, elegido como programa estratégico en el PpR.

Cuadro 3.4 La salud y el saneamiento en el Presupuesto según programas

Programa	Millones de soles		Participación por programa	
	2004	2006	2004	2006
Administración	581.4	503.3	15%	11%
Salud colectiva	284.6	375.9	8%	8%
Salud individual	2,745.3	3,051.9	73%	66%
Saneamiento	130.6	656.5	3%	14%
Otros*	31.9	53.7	1%	1%
	3,773.8	4,641.4	100%	100%

Fuente: SIAF-MEF

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

*Otros incluye: capacitación y perfeccionamiento; ciencia y tecnología; educación superior; defensa contra siniestros; planeamiento gubernamental y protección al medio ambiente.

c. Descentralización y fuentes de financiamiento

Simulando la metodología de las cuentas nacionales de salud, se ha logrado identificar a los principales ejecutores en los tres niveles de gobierno y adicionalmente la seguridad social para vincularlo con las fuentes de financiamiento de cada ejecutor.²⁷ Essalud tiene un peso importante en el sistema de salud, alcanzando el 39 por ciento. Si se considera solo el sub sector público por niveles de gobierno, salta a la vista que los gobiernos regionales ya ejecutan el 27% por ciento del presupuesto en ese segmento. (cuadro 3.5) Esto es importante para el Perú debido a que se encuentra en pleno proceso de descentralización. En lo formal el proceso de transferencia de funciones no ha terminado pero de facto, las regiones ya administran sus hospitales regionales y establecimientos de primer nivel²⁸. El mayor pago o carga presupuestal de las regiones es el pago de planillas, aunque su autoridad en la política de recursos humanos es limitada. Todo el manejo de política de recursos humanos todavía es manejado por el nivel central.

Las fuentes de financiamiento de las regiones son básicamente las asignaciones automáticas del Tesoro transferidas sin fórmula, este flujo sigue el monto histórico construido en base a la cantidad de recursos humanos existentes en las oficinas desconcentradas antes de iniciarse el proceso de descentralización; muchos consideran esto una transferencia

²⁷ La misma metodología se aplicó en el sector educación.

²⁸ Excepto la región de Lima Metropolitana, cuyas Direcciones regionales siguen bajo la tutela del Ministerio de Salud, así como los hospitales Nacionales.

intergubernamental. Pero además el otro segmento de recursos está compuesto por transferencias intergubernamentales tipo *earmarked funds* porque se transfiere además de los pagos de regalías, el 50% de los impuestos generados por las empresas mineras ubicadas en la región. Además, es importante mencionar que el peso de la seguridad social, ente semi independiente y que protege a la masa trabajadora formal en planillas, representa el 39 por ciento del sistema (año 2006). Además de este seguro, el Seguro Integral de Salud (SIS)²⁹, trata de cubrir el vacío de la falta de protección al riesgo de los pobres, pero cubre solo el costo variable de las atenciones.

Cuadro 3.5 Ejecutores y financiamiento de la salud por niveles de gobierno y seguridad social
Millones de soles, 2006

EJECUTORES	Tesoro Público/2	Tributos Subnacionales/3	Cargos a usuarios registrados en el Presupuesto Público /4	Transferen. Intergubernamentales o recursos determinados	Contribuciones del sector empleador privado y publico	TOTAL	Participaciósec tor publico total (c/ seguridad social)
SALUD	4,189.1	255.1	579.2	1,124.3	3,980.3	10,128.0	
I. GOBIERNO CENTRAL	2,816.7		380.9			3,197.5	32%
1. Ministerio de salud	1,613.6		355.6			1,969.2	
a. Administración central	347.1		28.0			375.1	
b. Disas y redes Lima y Callao	279.7		40.8			320.6	
c. Hospitales	904.1		285.8			1,189.8	
d. Prog. de Acuerdos de gestion	46.9		0.0			46.9	
e. Proyecto PARSALUD BID/BM	35.7		1.0			36.7	
2. Gastos en Fuerzas Armadas, Policia Nacional	220.0		11.0			231.0	
3. Gasto en salud de otros sectores (educación, agricultura, vivienda)	571.7		1.7			573.4	
Oficinas descentralizadas OPDs	411.4		12.6			424.0	
a. IDRH, INS, SEPS	122.3		10.9			133.1	
b. Seguro Integral de Salud	289.1		1.8			290.9	
II. GOBIERNOS REGIONALES	1,372.4		198.4	104.0		1,674.8	17%
Direcciones de Salud Regional							
III. GOBIERNO LOCAL/a		255.1		1,020.3		1,275.4	13%
IV. ESSALUD/b					3,980.3	3,980.3	39%

1/ Considera presupuesto público financiado por Tesoro Público y control presupuestal, más el presupuesto municipal de ingresos propios que no entra a Tesoro; no incluye empresas públicas. Equivale al gobierno general no financiero sin empresas públicas.

2/ Incluye recursos ordinarios, transferencias y créditos externos e internos en los casos del gobierno central y regional. Para el gobierno local, solo transferencias y créditos externos e internos

3/ Recaudación propia de las municipalidades, incluye impuestos y cargos a los usuarios según clasificador de ingresos.

4/ Sólo contempla parte del pago de bolsillo capturado en las cuentas presupuestales. No considera lo gastado en el sector privado como farmacias y consultorios privados

a/ Estimaciones de los autores, 80% financiado con transferencias y 20% financiado con recursos propios.

b/ Pago del Estado como empleador 33.5%. Sector privado 66.5%

Fuente: MEF, SIAF. Contaduría Pública de la Nación para estimación del ingreso por recursos ordinarios y gasto funcional municipal. Portal de Essalud.

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

²⁹ Es un organismo público descentralizado del Ministerio de Salud, y Pliego presupuestal, con autonomía presupuestal.

d. Equidad en el gasto de salud del sub sector público³⁰

Para evaluar si los recursos se asignan en función a las necesidades de salud de las poblaciones más vulnerables, se presenta a continuación un análisis a nivel regional.

El análisis inicial de la distribución regional de recursos de salud individual estaría reflejando una alta concentración en Lima en detrimento de las regiones más pobres. La concentración en Lima sería de casi 2:1 (177 versus 94 soles). Sin embargo, cabe destacar que se necesita hacer un mayor análisis al respecto, toda vez que en Lima se estaría registrando gastos multi regionales que se distribuyen por “encargo” en una segunda etapa a las regiones y que no es capturado por el SIAF. Como un dato adicional, con respecto al 2005, el gasto en salud individual ha aumentado para todos los grupos de quintiles de carencias del país.

Justamente, para focalizar mejor los recursos en salud, se creó el Seguro Integral de Salud, un fondo que reembolsa los costos variables de las atenciones priorizadas y focalizadas en la población pobre y vulnerable. Luego del Ministerio de Salud, el SIS es el pliego que más recursos concentra del sector salud pues en el 2006 recibió cerca de 289,1 millones de soles³¹ del tesoro. Hemos focalizado nuestra atención en el SIS por dos motivos, el primero es que tiene un plan C y un plan A que es lo más cercano al nuevo programa estratégico materno neonatal definido ahora en el PpR; y, en segundo lugar, el financiamiento del SIS contra entrega de solicitud de reembolso ha permitido recopilar información continua y completa sobre resultados intermedios. Este ultimo asunto se analiza en el capítulo IV.

Tal como se puede observar en el gráfico 3.8, el mayor porcentaje de los recursos del SIS se destina a las regiones más pobres del país pues entre los tres primeros quintiles de carencias se concentra el 67% de los recursos³². Esto estaría de alguna manera reduciendo la regresividad en el financiamiento a nivel regional.

No obstante, cuando se toma en cuenta la información a nivel de afiliado³³ y usuario efectivo (atendido) se observa todavía cierto grado de regresividad. Para ser mas precisos y no guiarse solamente por gastos vinculados a afiliados³⁴, se relacionó el gasto promedio por atención en cada región con su nivel de pobreza, tanto para el plan A como para el plan C. Las tendencias que se encontraron cuando se cruzó gastos por afiliaciones se confirmaron.

³⁰ No se considera seguridad social ni gobiernos locales. El SIAF no registra la información.

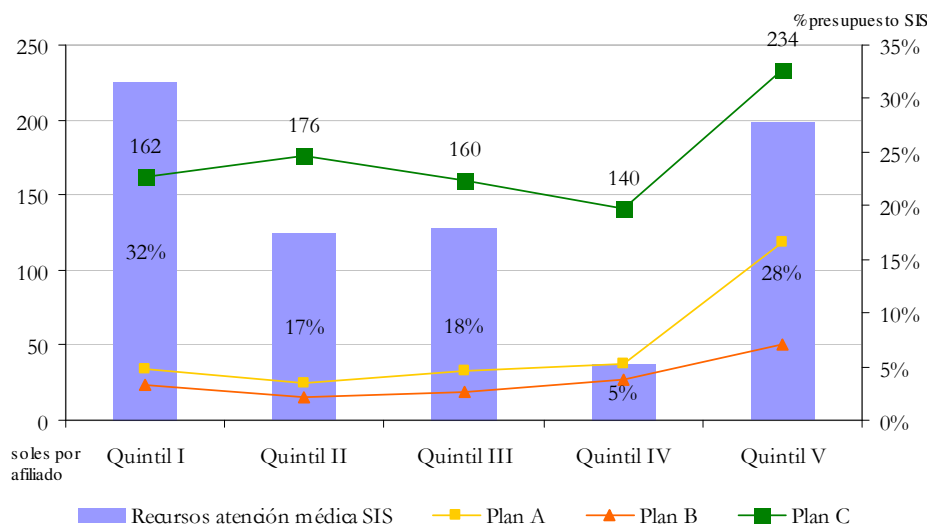
³¹ Durante el periodo 2004-2006 entre el 93% y 95% de los recursos del SIS se destinó a los gastos de atención médica, mientras que el resto a los gastos relacionados con su administración.

³² Siendo el quintil I el de mayor nivel de carencias y el quintil V el de menor nivel de carencias.

³³ Para realizar el cálculo de gasto por afiliado se usó la ENAHO 2006 que provee el número de afiliados por región.

³⁴ Un cálculo rápido cruzando los datos de afiliados del ENAHO con los datos por transferencias por atenciones médicas del SIS, daba como resultado que el gasto por afiliado al Plan C del primer quintil (más pobre) es el 70% de lo que recibe una del quintil V. Este patrón se mantiene en los otros dos planes, donde incluso el gasto por afiliado es menor. Ver gráfico 3.8.

Gráfico 3.8 Distribución del presupuesto del SIS (total atención médica) y monto referencial por afiliado de acuerdo al Plan de Salud según regiones agrupadas por quintiles de carencias: 2006³⁵



Plan A = niños 0-5 Plan B = niños 5-17 Plan C = gestantes.

Fuente: MEF-SIAF, FONCODES, ENAHO 2006

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

En el caso del Plan A del SIS (niños menores a 4 años), el análisis regional por nivel de pobreza indica una ligera tendencia hacia la inequidad del gasto, ya que en las regiones con el mayor nivel de pobreza (a la izquierda del gráfico 3.9a) el nivel de gasto promedio en cada atención³⁶ es menor al de las regiones con menores niveles de pobreza (a la derecha en el gráfico 3.9a). Las diez regiones menos pobres de acuerdo a esta información reciben 50 por ciento más por atención que las diez más pobre, es decir una relación de 1.5:1. Esta relación expresa que cuando un niño menor a cuatro años se atiende en una región pobre, recibe un servicio de menor valor, lo cual es contraproducente, pues se supone que dado su nivel de pobreza necesita mayores atenciones y por lo tanto un mayor gasto del Estado para afrontar los insumos. Esto ocasiona que la familia tenga que afrontar los gastos de salud que no cubre el Estado, lo cual es muy difícil de realizar dado el bajo nivel de ingresos de estos grupos. (Gráfico 3.9)

En el caso de las mujeres afiliadas al SIS a través del Plan C, la relación de regresividad del gasto se mantiene como en el plan anterior (Gráfico 3.10). Como se mencionó, el hecho que las regiones más pobres presenten un menor nivel de gasto por atención implica que se ignora la posibilidad de que en esos lugares las madres estén expuestas a mayores riesgos. Los proveedores de salud de las 10 regiones menos pobres, reciben en promedio un 20 por

³⁵ El presupuesto del SIS excluye los gastos de administración y se centra en los de atención médica, ya que los primeros son registrados en Lima y por ende distorsionan el análisis de la asignación de recursos según regiones.

³⁶ El gasto por atención fue calculado con el número de atenciones y las transferencias, por plan y región, que reportó el SIS. Esto para el caso del Plan A y C.

ciento más de reembolso por atención que las más pobres, es decir una relación de 1.20:1. Estos resultados invitan a una mayor discusión y análisis sobre la lógica y los montos de reembolsos establecidos y efectivamente desembolsados.

Gráfico 3.9 Gasto por atención de salud Plan A SIS por regiones según nivel de pobreza, soles, 2006

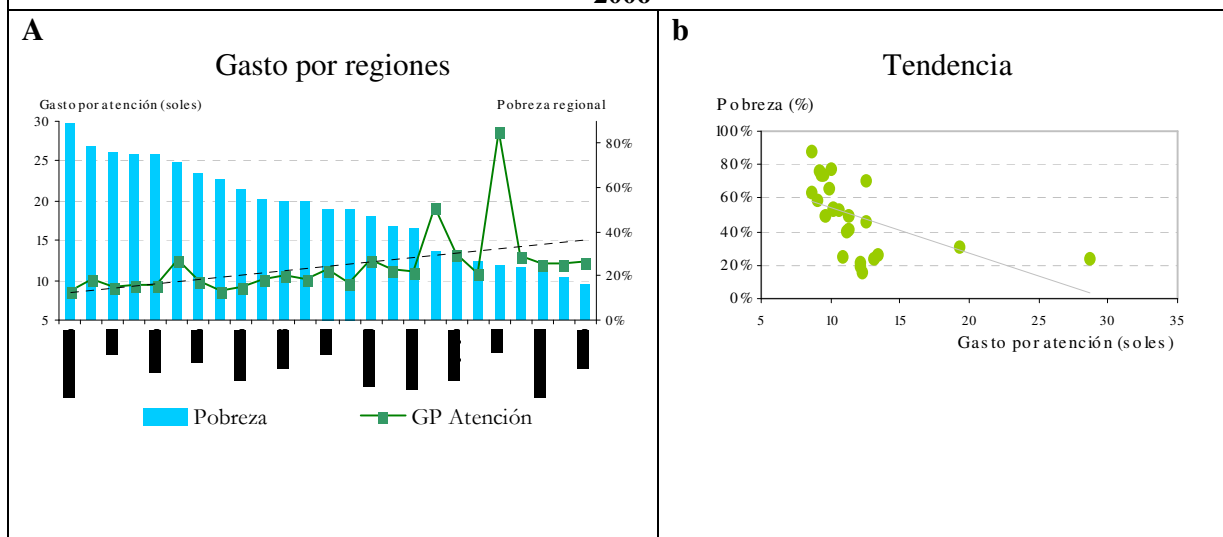
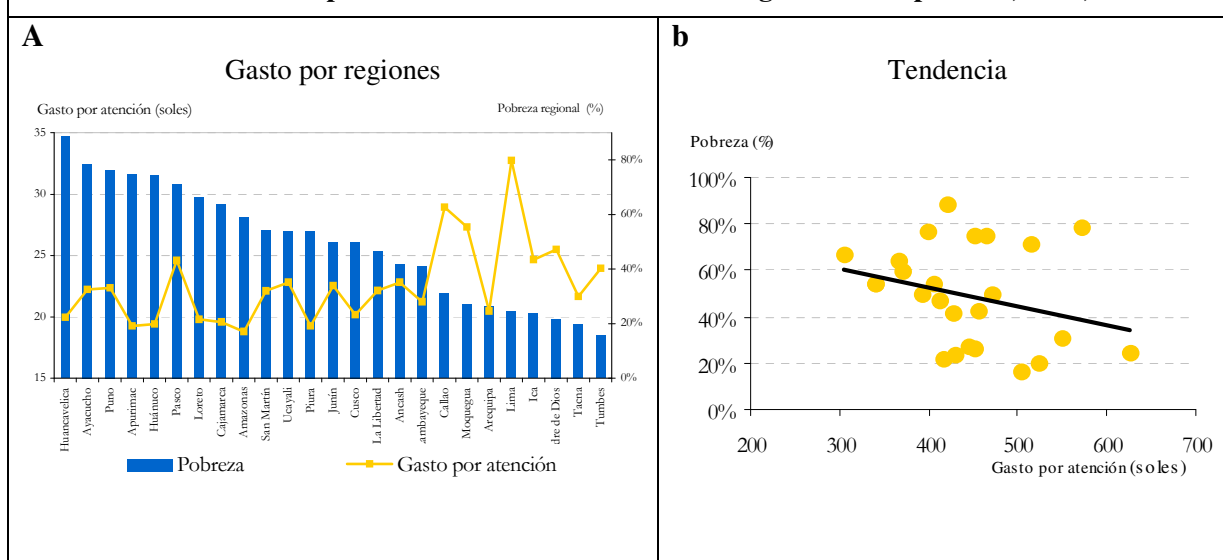


Gráfico 3.10 Gasto por atención de salud Plan C SIS según nivel de pobreza, soles, 2006



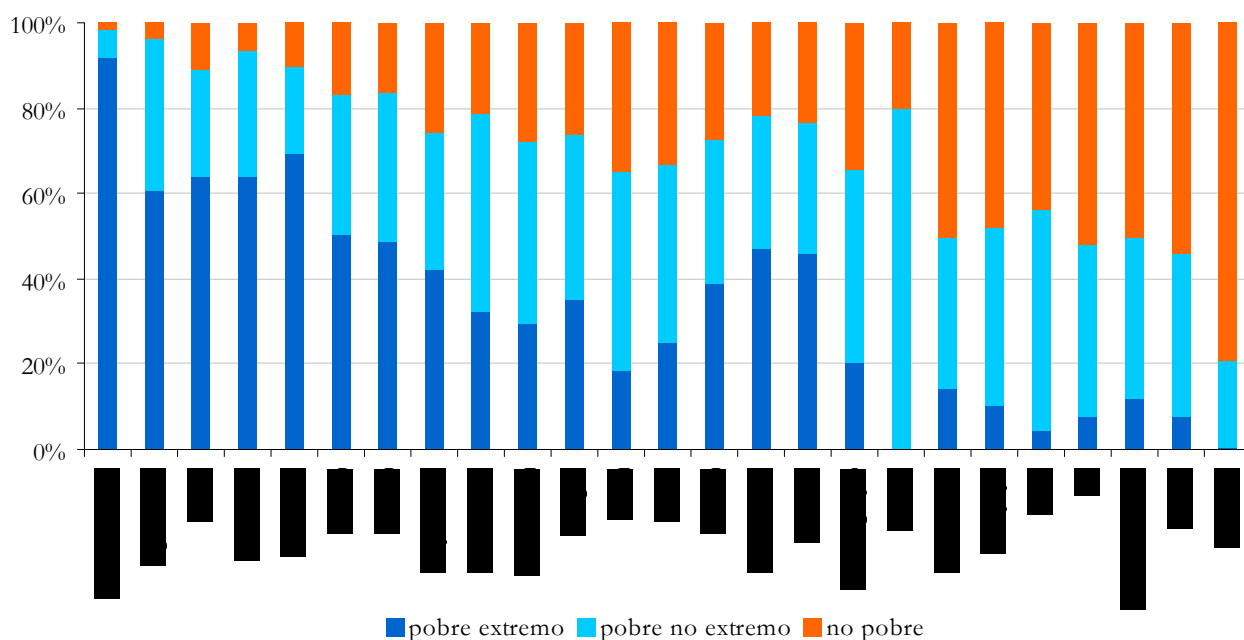
Nota técnica para los gráficos: Las regiones han sido calificadas por nivel de pobreza estimado, comparando el consumo per capita del hogar con las líneas de pobreza crítica definidas por el INEI. El gasto por atención fue calculado con el número de atenciones y las transferencias, por plan y región, que reportó el SIS. Cabe mencionar que el alto nivel de gasto registrado en Lima y Callao está afectado por la presencia de hospitales nacionales.

Fuente: INEI, ENAHO 2006, estadísticas SIS.

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

Protección al riesgo y filtraciones. Finalmente, para estudiar el perfil de los afiliados al Plan A según su nivel de pobreza, se muestra el gráfico 3.11. En éste se puede observar que en las regiones más pobres, los afiliados catalogados como pobres y pobres extremos representan el grupo mayoritario de afiliados en su región. Sin embargo, a medida que el nivel de pobreza regional descende, la participación de los afiliados “no pobres” aumenta. Esto a tal punto que en regiones como Ica, Madre de Dios, Tacna y Tumbes, más de la mitad de afiliados pertenecen al mencionado grupo. Dado que la afiliación de los “no pobres” podría ser una *proxy* de la filtración del programa³⁷, se detecta que en gran parte el Plan A no está orientado hacia una de las prioridades de salud del país que es la atención de los más vulnerables. Mayor análisis vinculado a financiamiento y resultados se presenta en el capítulo IV.

Gráfico 3.11 Perfil socioeconómico afiliados al Plan A según grado de pobreza y regiones, 2006



Fuente: ENAHO 2006

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

*Regiones agrupadas desde la más pobre (izquierda) hasta la de menor pobreza (derecha)

A modo de conclusión, esta sección ha mostrado que dentro de un escenario de prosperidad, el sector salud ha mantenido su nivel de financiamiento en términos reales, registrando inclusive un pequeño crecimiento nominal entre 2002-2007, pero no ha sido lo suficiente

³⁷ Hasta el 2006 el SIS solo manejó planes gratuitos enfocados hacia los pobres y pobres extremos, por tanto se puede entender que los no pobres afiliados constituyen la filtración del programa. En cambio, a partir del 2007 el SIS ha creado un plan de aseguramiento semi subsidiado dirigido a personas con alguna capacidad de pago pero que reciban un sueldo no mayor a 1,000 soles mensuales. Ellos tienen que realizar un pago mensual a diferencia de los que están afiliados al plan subsidiado.

alto como para remontar su bajo nivel de participación con respecto al PBI y que las familias, incluyendo los pobres tienen que cofinanciar los servicios de atención. Dentro del proceso de descentralización, los gobiernos regionales financian el 28 por ciento del sub sector público y las municipalidades dedican otro porcentaje cercano al 20 por ciento. La distribución regional del sector muestra concentraciones en Lima y Callao, explicado en parte por la existencia de hospitales nacionales (donde la mayoría de atendidos proviene de la ciudad de Lima), y por aquellos gastos de carácter multiregional cargados a Pliegos con sede en Lima. Esta referencia de concentración, construida a partir de los datos del SIAF, es validada luego cuando se hace el mismo análisis solo con información de los gastos variables a través del SIS. El resultado tal vez más controversial hasta ahora es la tendencia a la inequidad del SIS medida a través de la relación entre el gasto promedio por atención y niveles de pobreza regional. Frente a este escenario surge la iniciativa de implementar el presupuesto por resultados, el mismo que ataría mejor el financiamiento con los objetivos del sector; y al iniciarse en programas sensibles a la población pobre, como lo es la reducción de mortalidad materna y neonatal, ataca directamente las inequidades.

Luego del análisis y discusión de niveles de financiamiento y equidad presentados hasta ahora, el siguiente capítulo IV explora más de cerca lo que el financiamiento logra ahora en términos de productos y resultados intermedios, paso inicial hacia el financiamiento en base a resultados.

3. Financiamiento del sector educación y cultura

En esta sección se discute el nivel de financiamiento del sector educación con mayor profundidad para luego centrarse en los gastos por programas o niveles de educación. La información permitirá tener una idea de la importancia relativa del programa estratégico de educación (Logros de aprendizaje al terminar III ciclo) en el PpR.

a. Gasto público

Una de las características del financiamiento al sector educación³⁸, mencionadas en la primera sección de este documento, es su rigidez si se considera su peso dentro de la estructura presupuestaria de la nación, el cual ha permanecido en 18 por ciento a lo largo de varios años. Esta conclusión nos da una visión parcial del tema, toda vez que en los últimos cinco años ha habido un crecimiento real del presupuesto, pasando de 5,793 millones de soles reales en el 2000 a 8,384 millones de soles reales al 2006, y con proyecciones mayores para el 2007. Después de una caída drástica en el presupuesto a fines de los 80, que no sólo ocurrió en el sector educación, se inició su recuperación a comienzos de los 90, llegando, de acuerdo con los informes existentes, a su punto máximo de crecimiento en el 95 (Franke 2002). Luego continuó creciendo de manera prudente durante el segundo quinquenio de los años 90, estabilizándose posteriormente hasta alcanzar un crecimiento cada vez más acelerado a partir del año 2000.

³⁸ Incluye cultura.

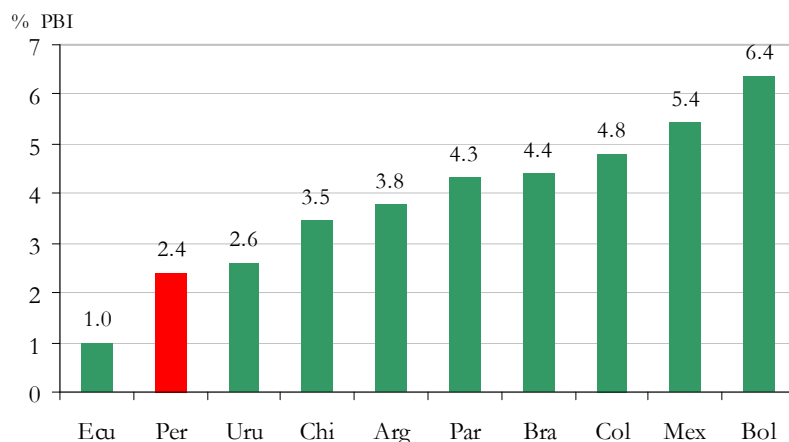
Esto ha permitido que el gasto en educación pase de niveles tan bajos como 1.5 por ciento del PBI a principios de los 90 (Francke 2002) a mantener su peso alrededor del 3 por ciento en los últimos años. Las tasas de crecimiento por periodo registradas en los últimos veinte años dan cuenta de una caída del 12.5 por ciento promedio anual entre 1985 a 1990 y luego un cambio importante en su crecimiento del 24.5 por ciento promedio anual, entre 1990 y 1995 (Lavado 2007). Luego de un crecimiento moderado a finales de los años 90, y coincidiendo con las turbulencias políticas y de gobernabilidad, hubo un periodo corto de crecimiento muy moderado a principios de los años 2000. La consolidación económica en los últimos cinco años (periodo 2001-2006) ha tenido efectos en el crecimiento promedio del sector de 7.7 por ciento anual.

A pesar de esta gran noticia, la información comparativa que provee el Banco Mundial permite aseverar que la prioridad del gasto en educación medido por su peso con respecto al PBI es una de las más bajas en Latinoamérica, superando en la muestra del gráfico 5.1 sólo a nuestro vecino Ecuador. Como se verá mas adelante, el Estado ha maximizado el bajo nivel de gasto en el sector ampliando las coberturas de la educación básica, sobre todo primaria, pero descuidando la calidad de la educación. Al respecto, en el año 2001 la administración gubernamental de ese momento se comprometió a través del Acuerdo Nacional a aumentar la participación del gasto sobre el PBI a 6% en el 2012, para lo cual tenía que incrementar su presupuesto en al menos 0.25% del PBI cada año. Sin embargo, esto no ha ocurrido así en todos los años, y la participación del sector Educación como porcentaje del PBI se mantiene alrededor del 3% seis años después.

b. Gasto económico

El crecimiento real experimentado en el nivel de financiamiento del sector educación fue absorbido básicamente por el pago a recursos humanos. Los salarios han presionado a la alza, tanto por el incremento de salarios como por la reducción del ratio alumno/docente. Crouch (2005, 28) basándose en parámetros contruidos con un grupo de comparación de países con los mejores resultados en pruebas PISA, permitió establecer que el peso del gasto en personal sobre el gasto total debería disminuir a 65 o 70 por ciento (sin pensiones) y que el gasto corriente podría oscilar entre 87 y 89 por ciento. Esto último habría que considerarlo con cuidado, porque inclusive este parámetro podría ser menor toda vez que hay ingentes necesidades de inversión en infraestructura en Perú. Frente a estos parámetros de comparación Perú ha mostrado un peso de 75 por ciento en recursos humanos y un 90 a 93 por ciento en el gasto corriente total, resultando ambos indicadores altos para su parámetro de comparación.

Gráfico 3.12 Gasto en educación en Latinoamérica como % del PBI



Fuente: World Bank Statistics, 2006

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

- Para el año más cercano al 2005

c. Gastos por programas / niveles de la educación básica

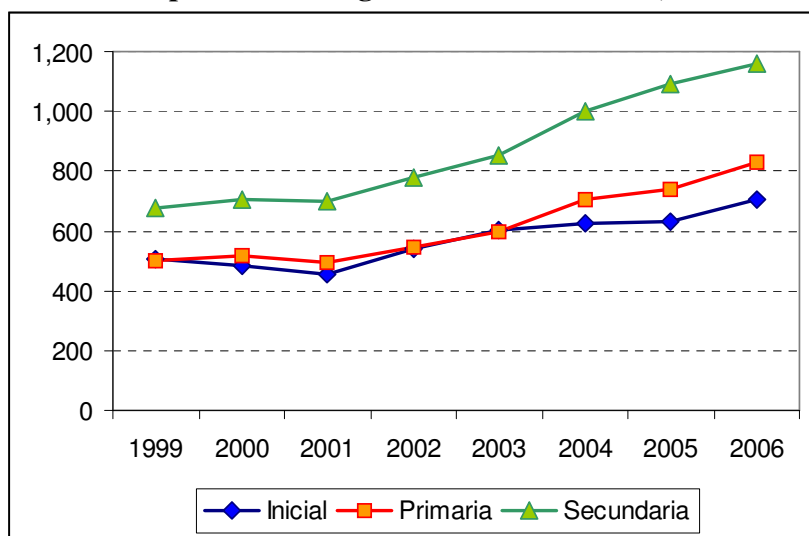
Otro indicador importante a considerar es el gasto por alumno en relación al PBI (per capita por niveles de educación). Los parámetros internacionales se encuentran en 14, 17 y 40 por ciento del PBI per cápita para primaria, secundaria y universitaria (Crouch 2006)³⁹. Un reciente cálculo para Perú arroja para el año 2006, un gasto del 7.5, 10.4, y 30.7 por ciento del PBI per capita para el nivel primaria, secundaria y universitaria respectivamente, lo que denota un bajo nivel de financiamiento, aunque la relación entre ellos parece adecuada⁴⁰.

Además Crouch (2006) concluye que el crecimiento en el gasto se ha dado “por alumno” y no por el crecimiento de la matrícula, lo que ratifica que el crecimiento en el gasto se debió básicamente a la presión de planillas.

³⁹ Crouch reporta esos puntos de referencia utilizando información de Chile, Cuba, México, Reino Unido, Finlandia, Corea y Tailandia para el último año con información disponible entre 1996 y 2000.

⁴⁰ Para el nivel inicial, el gasto por alumno representa 6.3 por ciento del PBI. En su estudio para el Perú, Crouch encontró las siguientes participaciones del gasto por alumno: 7.1, 7.9, 12.0, y 26.9 por ciento del PBI per capita para el nivel inicial, primario, secundario y universitario respectivamente, para el 2005, y concluyó que el gasto era muy bajo pero que la relación sí era adecuada.

Gráfico 3.13. Gasto por alumno según nivel de educación, Nuevos Soles, 2006



Fuente: MINEDU, SIAF.

d. Gastos por niveles de gobierno

El proceso de descentralización ha permitido que se descentralice la ejecución del gasto operativo y de inversiones a las 23 regiones⁴¹, donde las planillas de los maestros representan gran parte del gasto. Como veremos más adelante, son justamente estas partidas presupuestales las que han definido la orientación del gasto en el pasado.

El cuadro 5.1 muestra el peso de cada nivel de gobierno en la ejecución del gasto en educación, y dentro del nivel central muestra los principales ejecutores del mismo. Debido a que el proceso de descentralización ha disminuido su velocidad o visibilidad política, pocos reparan en la importancia del gobierno regional en la estructura de gasto, representando este el 57 por ciento del gasto (incluyendo universidades), pero su nivel de autoridad para decidir el tipo de gasto es mas bien limitado, toda vez que la mayor parte de recursos va dirigido a planillas, partida poco flexible y cuya política remunerativa es todavía potestad del nivel central. La realidad es compleja y por ende la descentralización deberá considerar el grado de autonomía o grado de decisión por diferentes categorías. Este es un claro ejemplo donde el nivel de gasto no se corresponde con el nivel de autoridad para decidir el tipo de gasto. La normatividad otorga a las regiones las competencias en educación de manera compartida con el nivel central.

Las municipalidades por su parte han invertido básicamente en la mejora de la infraestructura, y a partir de 2007 se inició un programa piloto muy pequeño de descentralización de la educación que no implicó mayores recursos para las municipalidades; solo se transfirió lo que ya estaba aprobado.

⁴¹ No se incluyen Lima Metropolitana, donde las unidades desconcentradas Unidades de Gestión Educativa, siguen dependiendo del Ministerio de Educación.

Cuadro 3.6. Ejecutores y financiamiento de educación por niveles de gobierno^{1/}
Millones de soles, 2006

Ejecutores	Tesoro Público ^{2/}	Tributos Sub-nacionales ^{3/}	Cargos a usuarios registrados en Presup. Púb. ^{4/}	Transferen. Intergubernamentales	TOTAL	Particip. sector publico
Educación	8,159.8	135.0	666.9	309.5	9,271.3	-
I. Gobierno Central	2,619.6		631.0	37.1	3,287.7	35%
1. MED	1,515.8		30.8		1,546.6	17%
a. Sede central	44.4		9.1		53.6	1%
b. UGEL y DREL	1,084.7		16.2		1,100.8	12%
c. Escuelas	13.4		2.4		15.8	0%
d. Programas MED	373.4		3.1		376.4	4%
2. OPD	88.9		98.4	10.1	197.4	2%
3. Gasto en educación de otros sectores (PCM, agricultura, vivienda)	56.3		7.5		63.7	1%
4. Universidad públicas	958.6		494.3	27.0	1,479.9	16%
II. Gobierno Regional	5,000.0		35.9	272.4	5,308.4	57%
III. Gobierno local	540.2	135.0			675.2	7%

1/ Considera presupuesto público financiado por Tesoro Público y control presupuestal, más el presupuesto municipal de ingresos propios que no entra a Tesoro; no incluye empresas públicas. Equivale al gobierno general no financiero sin empresas públicas.

2/ Incluye recursos ordinarios, transferencias y créditos externos e internos en los casos del gobierno central y regional. Para el gobierno local, solo transferencias y créditos externos e internos

3/ Recaudación propia de las municipalidades, incluye impuestos y cargos a los usuarios según clasificador de ingresos.

4/ Sólo contempla parte del pago de bolsillo capturado en las cuentas presupuestales. No considera lo gastado en el sector privado como librerías.

Estimaciones de los autores en municipalidades, 80% financiado con transferencias y 20% financiado con recursos propios.

Fuente: MEF, SIAF. Contaduría Pública de la Nación para estimación del ingreso por recursos ordinarios y gasto funcional municipal.

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

e. Incidencia y equidad en el gasto

La equidad en la distribución de los fondos públicos en la educación puede analizarse a nivel regional y a nivel de beneficiario. Para el primer caso se ha considerado a las regiones calificadas por el nivel de pobreza como primera aproximación, pero además se analiza quiénes se están beneficiando más con este servicio público.

El análisis regional indica claramente una tendencia hacia la regresividad del gasto, explicado tal vez por la mayor concentración de recursos humanos en zonas urbanas y que determina el mayor gasto por alumno en algunas regiones; y por otra parte, la poca densidad del alumnado en algunas regiones (aspecto a profundizar en análisis posterior). A continuación se presenta los gráficos 3.14 y 3.15, el panel “a” muestra el gasto por alumno por cada región (las cuales están ordenadas según nivel de pobreza), y el panel “b” muestra la tendencia del gasto al cruzar ambas variables, ambos para cada nivel de educación básica (primaria y secundaria).

Las diferencias presupuestales entre regiones no se explican por un tema de costos diferenciados para cumplir con un mínimo requerido para mantener cierto estándar de calidad o de logros académicos, como veremos en el capítulo V. En todo caso, se esperaría una mayor inversión por alumno en las zonas pobres con el objetivo de mejorar la infraestructura o a través de bonos por incentivos a los maestros, o por la baja densidad en las zonas rurales. Lo cierto es que el gasto por alumno en las 5 regiones en mejor posición relativa es casi 20 por ciento mayor al de las 5 regiones en menor posición relativa (según el ranking) en primaria y 43 por ciento mayor en secundaria⁴². El mismo patrón se repite para la educación inicial.

⁴² Las 5 regiones con mejor posición relativa son Tumbes, Tacna, Madre de Dios, Lima Metropolitana e Ica mientras que las de menor posición relativa son Huancavelica, Ayacucho, Puno, Apurímac y Huanuco.

Gráfico 3.14. Gasto per cápita (por alumno) en educación primaria por regiones según nivel de pobreza, nuevos soles, 2006

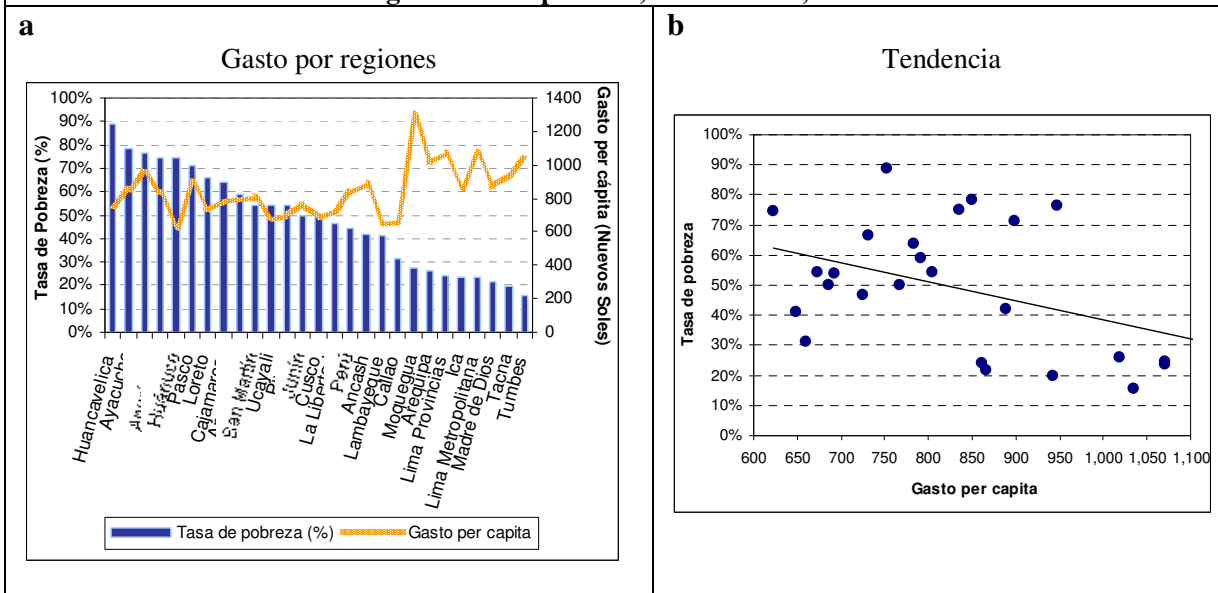
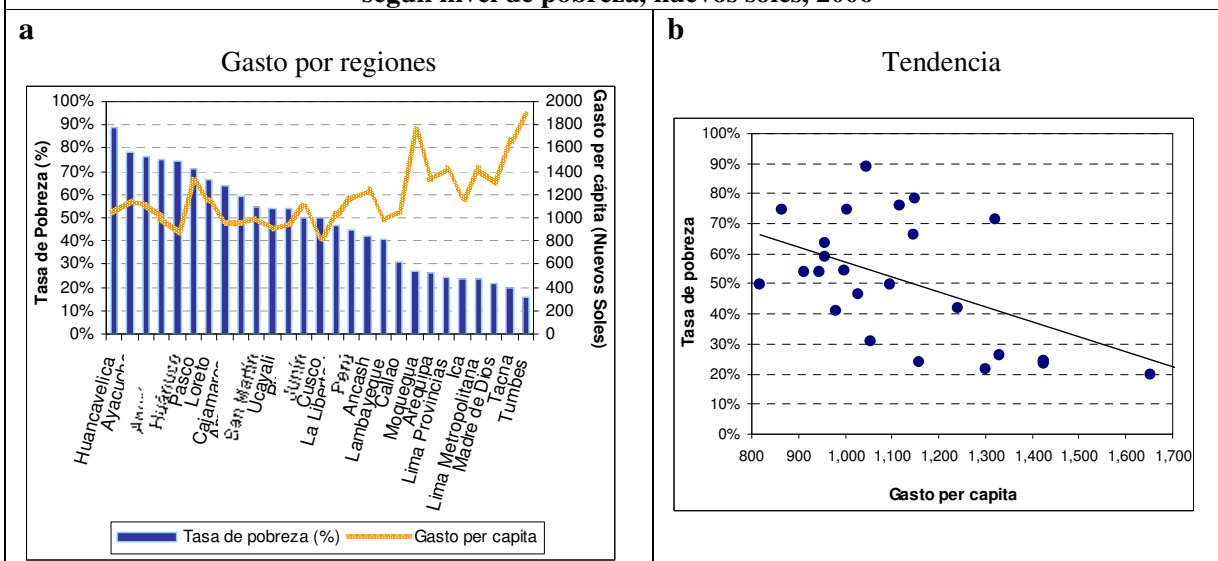


Gráfico 3.15. Gasto per cápita (por alumno) en educación secundaria por regiones según nivel de pobreza, nuevos soles, 2006



Nota técnica para los gráficos 5.3a, 5.3b, 5.4a, 5.4b: Las regiones han sido calificadas por nivel de pobreza estimado, comparando el consumo per cápita del hogar con las líneas de pobreza crítica definidas por el INEI.

Gasto per cápita es el gasto público en educación por alumno

Fuente: INEI, ENAHO 2006. MINEDU (a partir de datos del SIAF-SP 2006 y Censo Escolar 2006).

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

En síntesis, al igual que en salud, los niveles de recursos presupuestales en educación han mantenido su importancia dentro de la estructura presupuestal por sectores (18 por ciento); sin embargo, al igual que el resto de sectores ha experimentado un crecimiento en los últimos cinco años, que ha servido para dar soporte a la ampliación de la cobertura de matrícula. Inclusive, a diferencia de salud, su participación con respecto al PBI se ha duplicado en los últimos 15 años, alcanzando el 3 por ciento. Pero ese nivel aún es bajo para los estándares internacionales. Asimismo, comparaciones internacionales llevan a concluir que la proporción de gasto corriente en el total de gasto es elevada (75 por ciento versus un 65 por ciento, recomendado por especialistas).

Actualmente, el presupuesto que manejan los gobiernos regionales representa un poco más de la mitad de presupuesto del sector, explicado por el pago de planillas a docentes; sin embargo, la autoridad en el manejo de políticas de recursos humanos sigue en manos del nivel central.⁴³ El gasto muestra una tendencia regresiva si se compara con el nivel de pobreza de la región, esta distribución además no responde a un tema de costos diferenciales explicados por logros y desempeños, conforme se profundiza en el capítulo V donde se presenta justamente el tránsito hacia el presupuesto por resultados.

⁴³ Aspecto que ha sido positivo para implementar las evaluaciones a docentes a nivel nacional.

I

MODELOS E INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS

¿Cuál es la dinámica y complejidad de la Reforma del Estado?

II

EL PRESUPUESTO PÚBLICO POR RESULTADOS Y SU PAPEL EN LA GOBERNABILIDAD

¿Cuál es la utilidad del presupuesto y su relación con la gobernabilidad?

¿Cómo y porqué el presupuesto por resultado incrementa la transparencia y rendición de cuentas?

III

ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO PÚBLICO Y MONITOREO DEL GASTO EN SALUD Y EDUCACIÓN

¿En qué contexto económico se implementa el PpR en Perú?

¿Cuál es la importancia del gasto en salud y educación?

IV

SECTOR SALUD. SU TRANSICIÓN AL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

¿Es posible vincular su desempeño al gasto? Ejemplo del Seguro Integral de Salud.

¿Cuál es la metodología para transitar del presupuesto actual al PpR? El caso de la salud materno neonatal.

V

SECTOR EDUCACIÓN. SU TRANSICIÓN AL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

¿Es posible vincular su desempeño al gasto? Ejemplo de la educación básica

¿Cuál es la metodología para transitar del presupuesto actual al PpR? El caso del desempeño de segundo grado.

VI

FACTORES QUE ACOMPAÑAN EL PRESUPUESTO POR RESULTADOS: INCENTIVOS, AUTONOMÍA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

¿Cuáles son los factores de éxito que han acompañado modelos de gestión por resultados?

¿Tenemos algún avance en Perú?

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO IV

SECTOR SALUD. SU TRANSICIÓN AL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

1. ¿Es posible vincular su desempeño al gasto?

El objetivo de esta sección es hacer el ejercicio de vincular los gastos en el sector salud con algunos indicadores de desempeño utilizando los datos actuales del sistema de salud y los sistemas de información disponibles, antes de implementarse el modelo de presupuesto por resultados. Cabe recordar que el presupuesto hasta la fecha se estructura de manera casi inercial sin vinculación con indicadores de desempeño y por otra parte, los sectores generan sus indicadores de desempeño sin vinculación con el presupuesto. Para lograr lo planteado el análisis se ha centrado en el Seguro Integral de Salud por dos motivos; primero, porque sus objetivos iniciales fueron proteger básicamente la salud madre-niño, objetivo similar al programa estratégico materno neonatal y segundo, porque es una de las pocas instituciones cuya base de datos permite cruzar información de gasto con desempeño, por lo menos con indicadores de proceso y resultados intermedios.

Luego del análisis y cruce de información de desempeño y gastos, se hace una presentación y lectura rápida del marco lógico del programa estratégico de salud materno neonatal explorando los puntos planteados en el punto 3 del capítulo II.

a. El caso del Seguro Integral de Salud

Se considera como uno de los indicadores de desempeño del SIS a los de cobertura de afiliación (calificado por nivel de pobreza), que equivale al indicador de protección al riesgo financiero. Al dirigirse el SIS a la población pobre y pobre extrema⁴⁴, esa cobertura debe estar focalizada. Otros indicadores complementarios del sector son las atenciones que efectivamente se dan con la protección debida y al representar la barrera económica una de las que más limitan el acceso, lo convierte en un elemento fundamental en el acercamiento entre demanda y oferta de los servicios institucionales de salud. Algunos especialistas consideran la protección al riesgo financiero no sólo como un indicador de resultados intermedios, sino un indicador de resultados finales.⁴⁵ Pero no basta ser eficaz, hay que examinar cómo se relaciona esos indicadores de desempeño con los recursos gastados o invertidos en el sector.

Resultados intermedios. Es mediante el Plan A del SIS que el gobierno plasma sus esfuerzos para proteger la etapa más crucial para el desarrollo de una persona que es entre el nacimiento y los 4 primeros años de vida. En el siguiente gráfico se puede observar que el nivel de cobertura del SIS en los sectores pobres y pobres extremos es alto en las

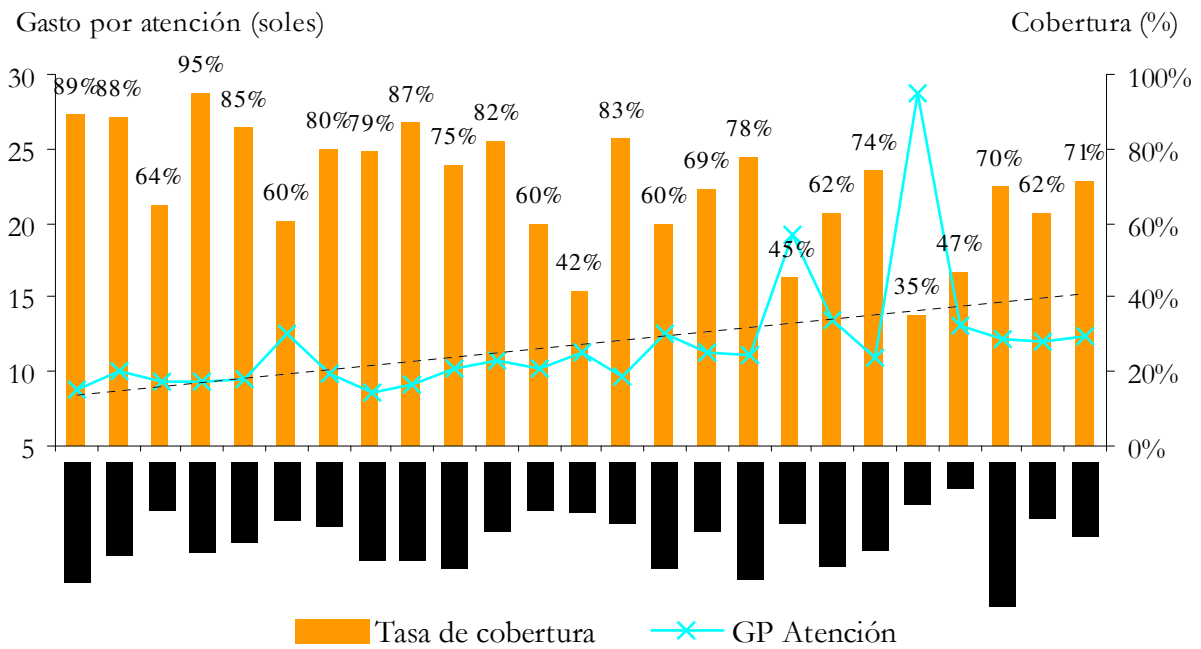
⁴⁴ Aunque en el último año se introdujo la afiliación semi contributiva. Ver www.sis.gob.pe

⁴⁵ Roberts et. al. en su informe *Getting Health Reform Right*. Harvard School of Public Health, (2001) considera la protección al riesgo un indicador al mismo nivel que el estado de la salud al momento de diseñar una reforma del sector salud.

regiones con mayores tasas de pobreza: Huancavelica (89%), Ayacucho (88%), Apurímac (95%) y Huánuco (85%).⁴⁶

Para catalogar como eficaz el desempeño del SIS en materia de cobertura, se debería esperar que la cobertura en las regiones pobres sea muy elevada considerando que gran parte de su población se encuentra en los sectores pobre y pobre extremo como beneficiario. Eso es así efectivamente, exceptuando sin embargo algunas regiones catalogadas como pobres, pero donde menos de la mitad de los niños más necesitados están afiliados al SIS, como el caso de Junín con 42% de cobertura solamente. Otras regiones no tan pobres como, Callao (45%), Lima (35%) e Ica (47%) tienen igualmente muy baja cobertura en sus poblaciones pobres y pobres extremas; y si a esto lo vinculamos con el tamaño poblacional, el problema se hace evidente. (Gráfico 4.1) Lo que llama poderosamente la atención es el gasto por atención en Lima y el Callao, muy por encima del resto de departamentos. Relativamente pocos atendidos con costos por encima del promedio.

Gráfico 4.1 Plan A: Nivel de cobertura - población pobre y pobre extrema - y gasto por atención por regiones, 2006.



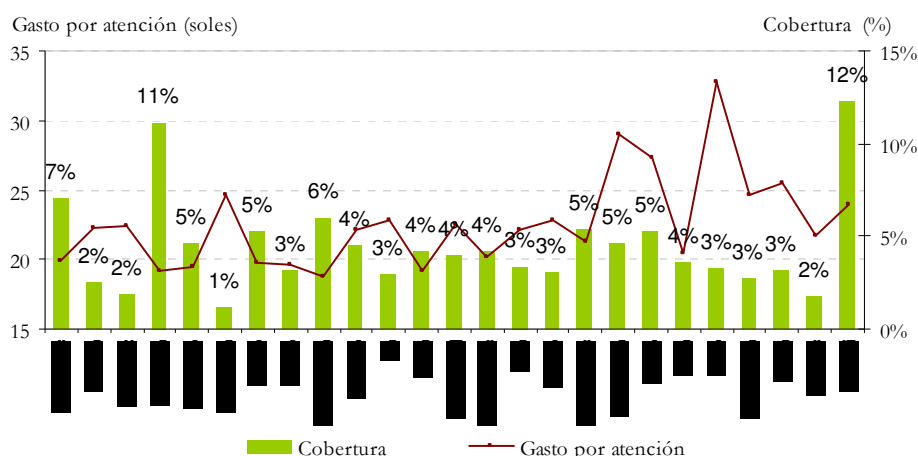
Fuente: ENAHO 2006, Estadísticas SIS
 Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico
 *Regiones agrupadas desde la más pobre (izquierda) hasta la de menor pobreza (derecha)
 **La línea punteada muestra la tendencia del gasto por atención regional.
 ***Cobertura = población afiliada pobre y pobre extrema según ENAHO.

⁴⁶ Calculada a partir del ENAHO.

La literatura vincula estrechamente la salud materna con la infantil, esto repercute en que no se pueda proponer políticas a favor de la infancia temprana sin resguardar la salud de la madre. Para presentar un proxy de cobertura del plan C se relacionó el número de gestantes con la población femenina entre los 18 y 49 años⁴⁷, equivalentes a las mujeres en edad fértil, como parámetro de universo de potenciales beneficiarias. Cabe recordar que igual que el caso anterior estamos trabajando con la cobertura a mujeres pobres y pobres extremas⁴⁸. Esta manera de medir cobertura de alguna manera, es diferente al concepto que maneja el SIS que considera el universo de embarazos.

Los resultados del Plan C coinciden con los resultados obtenidos en el plan A, en que las regiones más pobres son las que presentan tasas de cobertura mayores al promedio nacional. Sin embargo, la distribución de la cobertura no es uniforme ya que todavía algunas regiones pobres como Puno, pueden mostrar tasas de cobertura que se encuentran entre las más bajas a nivel nacional (Gráfico 4.2).

Gráfico 4.2 Plan C: Nivel de cobertura referencial y gasto por atención por regiones, nuevos soles, 2006



Fuente: ENAHO 2006, Estadísticas SIS

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

*Regiones agrupadas desde la más pobre (izquierda) hasta la de menor pobreza (derecha)

* Cobertura = población afiliada pobre y pobre extrema según ENAHO.

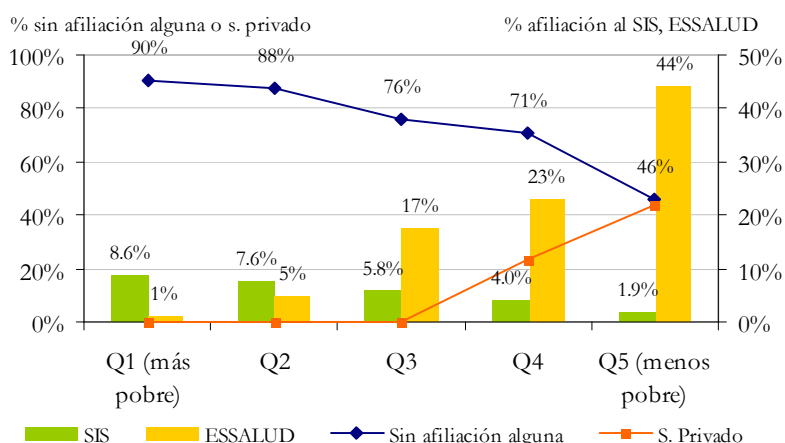
⁴⁷ Se descontaron las niñas de 15 y 17 años ya cubiertas por el plan A.

⁴⁸ Para poder determinar nuestro universo de pobres y pobres extremos de las usuarias / afiliadas, se trabajó con los datos del ENAHO. El nivel de pobreza que se maneja en los datos administrativos del SIS corresponde al nivel de pobreza del distrito donde vive la usuaria – afiliada usando el mapa de pobreza del Ministerio de Economía y Finanzas y no permite identificar el nivel de pobreza de la usuaria. Además se considera como universo el número proyectado de embarazos.

Para complementar los resultados arriba descritos, se presenta en el gráfico 4.3 el estado de afiliación de las mujeres que tuvieron un parto en los últimos 3 años. Esta es la manera de operativizar la cobertura de manera más exigente, al relacionar las gestantes que estuvieron afiliadas con el número total de gestantes afiliadas y no afiliadas. Al presentarlo por quintiles de pobreza, llama la atención que el 90% de las mujeres evaluadas en el quintil más pobre de gasto no tienen ningún tipo de afiliación a un seguro. Esto evidencia el gran riesgo que para una mujer pobre representa dar a luz.

Tanto los seguros privados como ESSALUD se muestran como una fuente importante de seguridad en materia de salud en los quintiles 3 hasta el 5, lo cual se explica porque en dichos grupos poblacionales existe mayor formalidad laboral y estabilidad de ingresos. Por parte del SIS, su cobertura (afiliación) es mayor en los quintiles más pobres en comparación con los quintiles menos pobres, lo que expresa una adecuada priorización de afiliación y orientación del gasto. Sin embargo los niveles de aseguramiento son todavía bajos, sobre todo en los quintiles más pobres (quintil 1, 2 y 3). En conclusión, el análisis con datos de la ENAHO recoge una cobertura muy baja para las mujeres gestantes con mayores carencias. (Gráfico 4.3)

Gráfico 4.3 Sistema de afiliación de las mujeres que tuvo algún parto en los últimos tres años al 2006



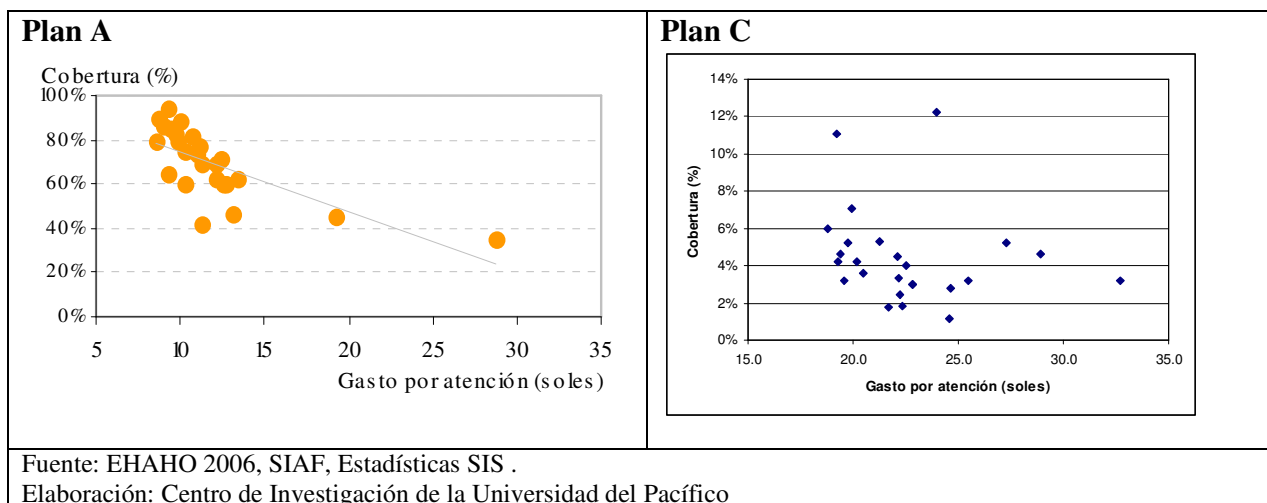
Fuente: ENAHO 2006

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

El interés ahora es ver cómo se relaciona los indicadores de desempeño presentados hasta ahora con los montos financiados a través del SIS. Los montos disponibles son las transferencias a las ejecutoras y estas están en función de las tarifas de reembolso de los costos variables. Al relacionar las variables de cobertura con las transferencias por atención mencionadas anteriormente y mostradas en los gráficos 4.1 y 4.2, sobresale que para el plan

A el gasto por atención es muy superior en Lima y Callao⁴⁹ y que en el plan C no hay uniformidad en los reembolsos /costos unitarios.

Gráfico 4.4 Gasto (transferencia) por atención y su relación con la cobertura de los Planes A y C del SIS, nuevos soles, 2006



Resultados finales

El primer paso para lograr los objetivos nacionales de salud pública es la expansión de la cobertura como resultado intermedio y el estado de la salud como resultado final. Este acápite se concentra en la atención institucional de los partos como uno de los principales desempeños de los sistemas públicos de salud y proxy de mortalidad materna. Asimismo, luego se vincula los indicadores regionales de resultados intermedios como cobertura y gasto por atención y de desempeño final como cesáreas, con el riesgo de mortalidad materna⁵⁰.

La Encuesta Nacional de Hogares brinda información útil para estudiar los lugares en que se atendieron los partos. Se considera que los partos atendidos en el domicilio con las parteras sin preparación o guía profesional configuran una falla de los sistemas de salud, en tanto no logran preservar la salud de las gestantes. Tal como se señala (Alvarado y Lenz 2006) la tasa de partos institucionales en nuestro país ha logrado avances significativos en los últimos años, al punto que en el 2004 el 70.4% de los partos (promedio) fue atendido en algún establecimiento de salud y el 71.1% fue acompañado por un profesional de salud. De acuerdo con nuestros cálculos, en el 2006, esta tendencia creciente se mantiene ya que el

⁴⁹ Cabe resaltar nuevamente que la cobertura de gestantes registrada en el gráfico 4.3 y 4.4 ha sido calculada con la ENAHO y corresponde a las mujeres pobres y pobres extremas que dieron a luz en los últimos tres años y estuvieron afiliadas sobre el total de mujeres que dieron a luz en los últimos tres años.

⁵⁰ Información de la Oficina General de Epidemiología para el 2005.

75% de los partos fue institucional. Sin embargo, en el caso de las gestantes pobres (no extremas), la tasa se ha mantenido estancada entre dichos años.

Asimismo hay que observar también las diferencias entre segmentos de la población, a pesar de las mejoras⁵¹ todavía preocupa que en los sectores de menores recursos (el quintil I o los sectores de pobreza extrema) la tasa de atención en los domicilios o con comadronas alcance el 55%, lo cual refleja el gran peligro al que se exponen las madres de los sectores más vulnerables. En estos niveles de pobreza, la cobertura del MINSA se encarga de parte de la demanda restante por atenciones de parto. Este resultado se explica por el escaso nivel de afiliación de las mujeres que tuvieron un parto, tal como se halló anteriormente. Con niveles de afiliación del 8.6% (Quintil 1) y 7.6% (Quintil 2), es de esperarse que los partos se den en lugares que no cuentan con las condiciones necesarias.

Cuadro 4.1 Cobertura de los partos según quintiles de gasto y nivel de pobreza, 2006⁵²

Entidad	Quintiles de gasto					Pobreza			Total
	I	II	III	IV	V	Extrema	P. No extrema	No pobre	
MINSA (Puesto, centro de salud o Clas)	24%	24%	20%	14%	6%	25%	22%	15%	20%
Hospital MINSA	19%	44%	52%	53%	36%	19%	46%	44%	39%
ESSALUD (posta, policlínico u hospital)	1%	4%	13%	19%	30%	1%	5%	19%	10%
Sanidad de las FF.AA. y policía	0%	0%	0%	1%	2%	0%	0%	1%	0%
Particular	1%	2%	4%	8%	24%	1%	2%	11%	5%
Domicilio o comadrona	55%	26%	11%	4%	1%	55%	24%	9%	25%
Otro	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	1%	0%

Fuente: INEI, ENAHO 2006

La reducción del riesgo de mortalidad materna es un objetivo central para las políticas de salud. Al vincular la cobertura del Plan C del SIS con el nivel de riesgo de mortalidad materna, no se observa una prioridad clara de focalizar en zonas de mayor riesgo. Por lo menos esa es la sensación cuando se cruza la variable gasto por atendida con el riesgo de mortalidad materna; en todo caso uno debería esperar que el nivel de gasto por atendida sea mayor en las regiones en que el riesgo es mayor.

Igualmente salta a la vista la relación inversa entre el peso de cesáreas realizadas con el nivel de riesgo de mortalidad. A opinión del mismo SIS, en su informe del 2006 (SIS 2007:2) se recalca la relación inversa entre tasa de cesárea y mortalidad materna. Lo que falta por hacer en el futuro es justamente extender la accesibilidad de los servicios a todas

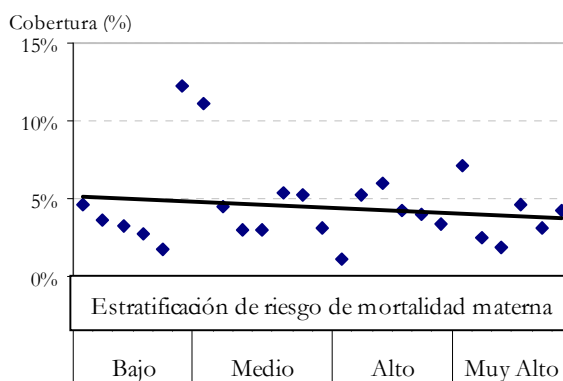
⁵¹ la tasa de atención institucional ha aumentado en 12% entre el 2004 y 2006 en el sector pobre extremo

⁵² La población que tuvo un parto equivale al número de mujeres que afirmó haber tenido un parto en los últimos tres años. Información proveniente de las preguntas 401A y 401B de la ENAHO.

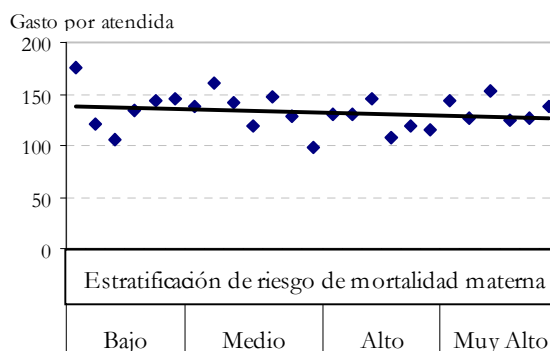
las regiones, sobre todo a aquellas con mayor riesgo de mortalidad materna y sobrepasar los problemas de información asimétrica y riesgo moral.⁵³

Gráfico 4.5 Relación entre el riesgo de mortalidad materna la cobertura y el peso de los partos por cesáreas, Plan C del SIS

a. Cobertura registrada el 2006

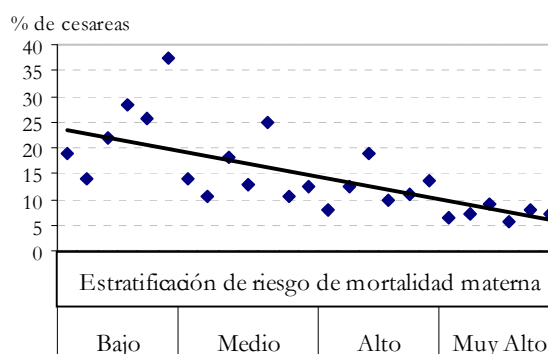


b. Gasto por atendida, 2006



⁵³ Toda la población debe estar igualmente informada y se debe mantener siempre en observación que la demanda por cesáreas no sea inducida.

c. Gasto por atendida, 2006



Fuente: Riesgo de mortalidad, MINSA, Dirección General de Epidemiología; cobertura, ENAHO 2006; gasto por atendida, Estadísticas SIS.

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

De igual forma, al vincular los esfuerzos del Plan A del SIS con la desnutrición crónica (como una manera de medir desempeño) de los menores a 5 años⁵⁴, las tendencias se mantienen iguales que el Plan C. Esto implica que una mayor tasa de cobertura puede haber respondido a una mayor tasa de desnutrición, pero no se puede decir lo mismo en cuanto al reembolso por atendido. Esto evidenciaría una debilidad de las políticas de salud, la cual ha traído como consecuencia el retroceso de algunos logros. En el caso de la tasa de desnutrición, esto se manifiesta en que la tasa sea mayor en el 2004 que en el año 2000.

La impresión de un analista hasta este momento es que el monto del presupuesto asignado en el SIS no sigue claramente el objetivo bien intencionado de las políticas. Como el SIS solo reembolsa el costo variable, es de esperarse que el gasto por “atención” sea el mismo, pero si es por “atendida o atendido” debería haber por lo menos una ligera tendencia a invertir más en las zonas pobres y con alto riesgo dado el perfil de los pacientes. Lo que lleva a preguntarse por las reglas institucionales de gasto que tienen el SIS y ver si le es posible hacerlo dada la manera en que ha sido diseñado. Lo que es discutible entonces es que a pesar del gran empeño que puedan poner los profesionales y técnicos de la salud, las normas pueden estar creando cuellos de botella.

De lo visto hasta ahora, se ha podido construir las relaciones entre las variables de desempeño y gasto gracias a la disponibilidad de dicha información, la cual obviamente siempre se puede mejorar. Esto último no es común en todos los sectores de la gestión pública. Pero aún así, como ambas variables no se manejan necesariamente de manera

⁵⁴ La tasa a nivel nacional para el 2004 fue de 26.7%, mayor a la calculada en el 2000 (25.8%).

conjunta, surgen muchas dudas como las planteadas aquí sobre el SIS. La idea del presupuesto por resultados es justamente atar de manera más sistemática los logros intermedios y finales con las acciones y el gasto por servicios y productos. A continuación se presenta la metodología de creación y monitoreo del presupuesto por resultados que se aplica en el Perú.

2. Programa estratégico de salud materno neonatal. Una visión de marco lógico.

El objetivo de esta sección es dar una lectura rápida al marco lógico del PpR que se ha estructurado para el programa estratégico de salud materno neonatal. Se justifica la importancia del propósito, la elección de los componentes, e indicadores siguiendo básicamente los requisitos de un marco lógico indicados en el capítulo II punto 3. Entonces a continuación se inicia con la justificación del programa bajo la premisa que el presupuesto público debe sólo financiar programas de importancia a la sociedad que sirve y cuyos servicios públicos son necesarios.

a. La estrategia en contexto y relevancia del propósito y componentes.

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin			
Propósito			
Componente 1 Componente 2			
Actividades			

La elección del programa estratégico de salud materno neonatal es definitivamente una prioridad por el alto nivel de emergencia del mismo. Este programa visualizado a través de la metodología del presupuesto por resultados es el feliz encuentro entre la agenda de reforma sectorial sanitaria y la modernización de procesos y metodologías del Estado. Las estadísticas han demostrado hasta la saciedad que la reducción de la razón de mortalidad materna debe ser el norte elegido para impulsar la reforma en el sector salud.

En ese sentido, el propósito de “mejorar la salud materno neonatal” medido a través de la reducción de la razón de mortalidad materna neonatal en el marco lógico del presupuesto por resultados es muy pertinente. Algunas evidencias que certifican la prioridad del indicador se revisan a continuación.

La importancia de este indicador ha sido reconocida en el Acuerdo Nacional y en el compromiso internacional de los Objetivos del Milenio (ODM), cuyo Objetivo 5, meta 6 es reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes. Los indicadores relacionados a ese ODM son la tasa de mortalidad materna y el número de partos con asistencia de personal calificado.

El problema principal de la mortalidad materna neonatal trasciende a la madre, no se limita a efectos de pérdida de vida humana sino que está demostrado que tras la muerte de la

madre, aumenta la probabilidad de muerte infantil (niños menores de 5 años), así como la exclusión social, marginalidad y desnutrición infantil.

Para alcanzar tal propósito de acuerdo a la metodología del marco lógico, se debe cumplir o llevar a cabo una serie de acciones definidas en los componentes. Observando la matriz del marco lógico, hay una relación de causalidad o lógica causal de abajo hacia arriba. Entonces, la tarea es identificar qué es lo que se debe hacer y el momento para certificar a través de las evidencias de investigaciones y evaluaciones de impacto lo que ha dado resultado para “mejorar la salud materno neonatal”.

La importancia de este esquema es que permite garantizar el cumplimiento del propósito planteado o por lo menos contribuir a que se cumpla, ya que las actividades programadas van a responder a las causalidades que llevan al principal problema que se quiere atacar. En otras palabras, sólo se debería gastar en actividades que tengan una justificación y que ayuden al objetivo final planteado; y en nuestro caso “mejorar la salud materno neonatal” medido a través de la reducción de la razón de la mortalidad materna. Por esta razón, mientras se puedan comprobar más las causalidades entre componentes, va a ser más sencillo cumplir el propósito y por ende alcanzar los resultados con el presupuesto asignado.

b. Evidencias disponibles en la literatura que explican la causa o reducción de la razón de la mortalidad materna y neonatal

Como se indicó párrafo arriba, las evidencias disponibles permiten identificar los componentes causales que incrementan el éxito en los resultados.⁵⁵ En ese sentido, según el orden de incidencia de las causas médicas de la muerte materna esta puede clasificarse como directas, indirectas e incidentales.

- (i) Directa: cuando es el resultado de complicaciones obstétricas durante el embarazo; parto y/o puerperio; o a consecuencia de un tratamiento inapropiado. Sus principales causas son hemorragias, parto obstruido, aborto inducido, infección, etc. Siendo la principal causa de muerte la hemorragia.
- (ii) Indirecta: cuando se debe a una enfermedad preexistente en la mujer gestante ya sea que se desarrolla durante el embarazo o lo precede.
- (iii) No relacionada: cuando la muerte se da durante el proceso de parto o embarazo pero por causas incidentales que no tienen relación con el embarazo.

⁵⁵ El MEF ha incluido en su portal un análisis complementario en la misma línea de esta sección. Se puede consultar <http://www.mef.gob.pe/DNPP/PpR/PPSTR/APP/index.swf>

Cuadro 4.2 Causas de muerte materna durante el parto, 2001

	Nacional	Lima Metropolitana
Hemorragia	49.6%	14.7%
Infección	10.2%	12.5%
Toxemia	19.1%	29.4%
Aborto	6.0%	14.0%
Parto Obstruido	1.7%	0.7%
Otros	13.4%	28.7%
Total	100.0%	100.0%

Fuente: ParSalud, OGE

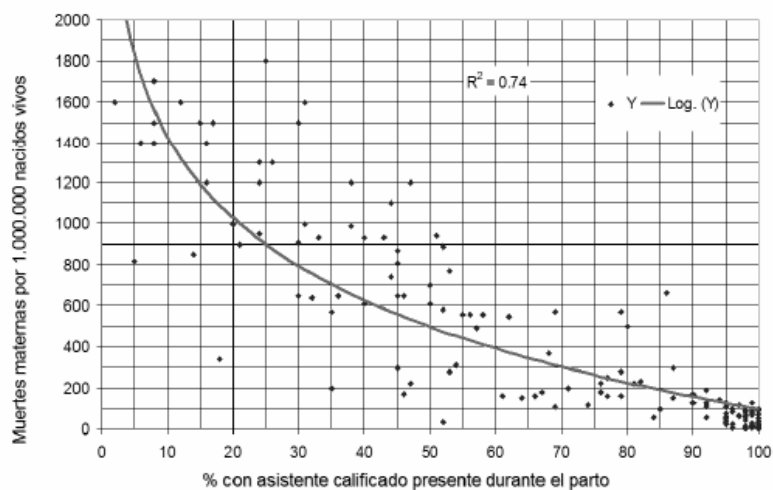
Las causas de la muerte materna y neonatal son entonces múltiples y una manera de mostrar de manera simplificada esta causalidad es a través del modelo causal que se presenta en el gráfico 4.6.

Gráfico 4.6. Modelo causal

Según el Análisis de la Situación de la Salud 2005 (MINSA), las causas directas de muerte materna representan el 73% de las muertes maternas, las indirectas el 18% y la incidental o no relacionada el 4%⁵⁶. Por otro lado, si se quiere enfocar la muerte materna desde el punto de vista del ciclo de vida del embarazo, resultados de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2005)⁵⁷ muestran que entre el 11% y 17% de las defunciones maternas ocurren durante el embarazo; entre el 50% y 71% durante el parto. Además, el 45% de las defunciones puerperales⁵⁸ se produce durante las primeras 24 horas, y más de las 2 terceras partes durante la primera semana. Se puede inferir por tanto, que resulta importante no solo tener un adecuado cuidado durante el parto sino también en la gestación y después del mismo. Lo anterior lleva a concluir que atendiendo acciones en tres frentes reducirían la mortalidad materna: controles prenatales, parto institucional, y cuidado postnatal. Entre los tres, el parto institucional es la variable fundamental.

En término de cifras, la principal causa de muerte materna (MM) es la directa (75%) que se refiere precisamente a complicaciones ocurridas durante el proceso de parto; por lo tanto, resulta de vital importancia que la gestante acceda a un establecimiento de salud que le garantice poder atender todas las complicaciones que se presenten. Ante esto, se plantea la relevancia de ser atendidas por personal calificado y que la capacidad resolutoria del establecimiento de salud le permita poder reaccionar frente a las diversas complicaciones que se pueden presentar. El gráfico 4.7 muestra una correlación estrecha entre MM y parto atendido por personal calificado.

Gráfico 4.7 Correlación entre la mortalidad materna y parto atendido por personal calificado, 2001



Fuente: Estudio de factibilidad ParSalud II

Un estudio de la Universidad del Pacífico sobre los avances de los ODMs, específicamente sobre la reducción de la mortalidad materna, (Beltrán et.al, 2004:62), encontró que el

⁵⁶ El 5% de defunciones restantes no presentó registro sobre la causa de muerte.

⁵⁷ OMS, Informe de la Situación Mundial de la salud, 2005

⁵⁸ Puerperio pueden entenderse como puerperio inmediato que comprende las primeras 24 horas, el puerperio mediato desde el segundo día de nacido hasta el décimo y el puerperio alejado que se extiende hasta los 45 días después del parto.

número de controles prenatales y durante el puerperio; así como la participación de un profesional calificado en ellos son fundamentales para lograr un incremento de los partos asistidos por un profesional. Asimismo, la intervención de estas tres variables definidas como “intervención completa” logra disminuir la mortalidad materna de manera sustantiva. En términos cuantitativos los resultados arrojan que si se incrementa el número de mujeres que reciben la intervención completa de 14.4% a 24.4%, la tasa de mortalidad bajaría del nivel actual de 185 por 100 mil nacidos vivos a 159⁵⁹. Pero si además el número de embarazos de una mujer baja de 4 a 3 la mortalidad baja a 120 por cada 100 mil nacidos vivos.

Medicamentos. Asimismo, otra variable vinculada con un parto seguro practicado por un profesional capacitado es el uso de oxitocina durante la tercera fase del parto, como método de prevención de hemorragia post alumbramiento. Según estudios analizados por CLAP, OMS y OPS, el uso de oxitocina reduce en aproximadamente 50% el riesgo de hemorragias con pérdida de sangre superiores a 500 ml. Así mismo, se estima que de cada 1,000 intervenciones con uso de oxitocina, se evitan 120 hemorragias (entre 137 y 99). Entonces, para evitar una hemorragia se tiene que tratar entre 7 y 10 pacientes con oxitocina.⁶⁰ Por otro lado, la evaluación del proyecto ParSalud I también ha documentado que el uso de oxitocina ha mejorado la calidad de la atención del parto. Un aspecto importante que resalta dicho estudio es que la eficacia de la oxitocina depende de su aplicación oportuna. Se dice que la oxitocina es eficiente en reducir la hemorragia postparto cuando se utiliza inmediatamente después del parto; aplicarla 30 minutos después o más tarde deja de ser eficaz.^(Parsalud, 2007:25)

Los controles prenatales. A pesar que las causas indirectas no son la principal causa de muerte materna, si representan un porcentaje significativo de las mismas. La atención prenatal ayuda a aminorar estos riesgos, permitiendo evaluar y vigilar la salud de la gestante y el feto a lo largo del embarazo. Se prioriza la detección de la anemia gestacional por sus implicancias sobre el niño y el parto riesgoso. Es muy importante el estado nutricional de la gestante para el desarrollo del feto y evitar el bajo peso al nacer. Se considera que la frecuencia óptima de atención prenatal es la siguiente: (i) una atención mensual hasta las 32 semanas; (ii) una atención quincenal entre las 33 y 36 semanas; y, (iii) una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto (MEF 2005). Cabe mencionar que la OMS plantea que el mínimo de controles prenatales a los que debe acceder una gestante es cuatro.

Pero la importancia de los controles prenatales va más allá de identificar posibles partos complicados. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2005), este espacio se debe aprovechar para tres acciones en concreto:

- (i) Promover modos de vida sana y la promoción de la planificación familiar.

⁵⁹ La razón de mortalidad materna fue de 185 en el 2001, por tanto dicho ejercicio de disminución del ratio es de acuerdo a información de dicha época. Pero cabe señalar que las determinantes de la mortalidad materna son las mismas.

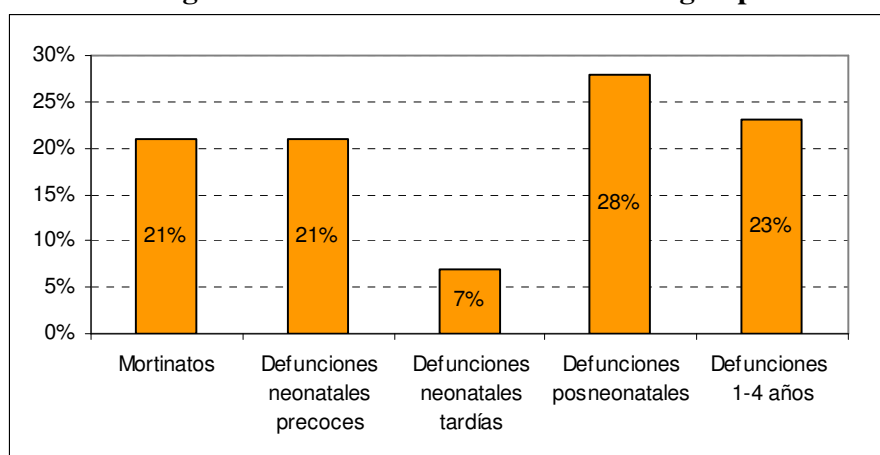
⁶⁰ OPS, OMS, CLAP. *Guía para la prevención de la hemorragia postparto*. Biblioteca Virtual en Salud. http://perinatal.bvsalud.org/E/temas_perinatales/guia.htm

- (ii) Establecer un plan de parto seguro. Además se ha encontrado que el incremento de controles prenatales también lleva a incrementar el número de partos institucionales. (Beltrán et al. 2004:60).
- (iii) Preparar a las embarazadas para asumir el papel de madre y poder atender al recién nacido.

Cuidado postnatal. La importancia de este cuidado radica no solo en el cuidado de la madre sino también del niño pues se sabe que las primeras semanas de vida son las más críticas en la salud del mismo. Es común que la responsabilidad del establecimiento de salud con la gestante termine junto con el parto; pero esto no responde a que los riesgos de muerte hayan disminuido. Por el contrario, las primeras semanas de vida son críticas en el desarrollo de los niños.

En el gráfico 4.8 podemos apreciar que durante la primera semana de vida los niños siguen siendo muy vulnerables; pero que una vez superado este periodo, la probabilidad de sobrevivencia del niño aumenta significativamente. En el gráfico 4.16 esto se lee como la gran brecha que existe entre la primera barra turquesa y la segunda (defunciones neonatales precoces versus defunciones neonatales tardías) mostrando que el riesgo de muerte en la segunda etapa de vida es superior que en la primera etapa de vida.

Gráfico 4.8 Riesgo de muerte en menores de 5 años según periodo de vida



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2005

Elaboración: CIUP

Nota técnica:

Defunciones neonatales precoces: durante los primeros 7 días de vida del niño

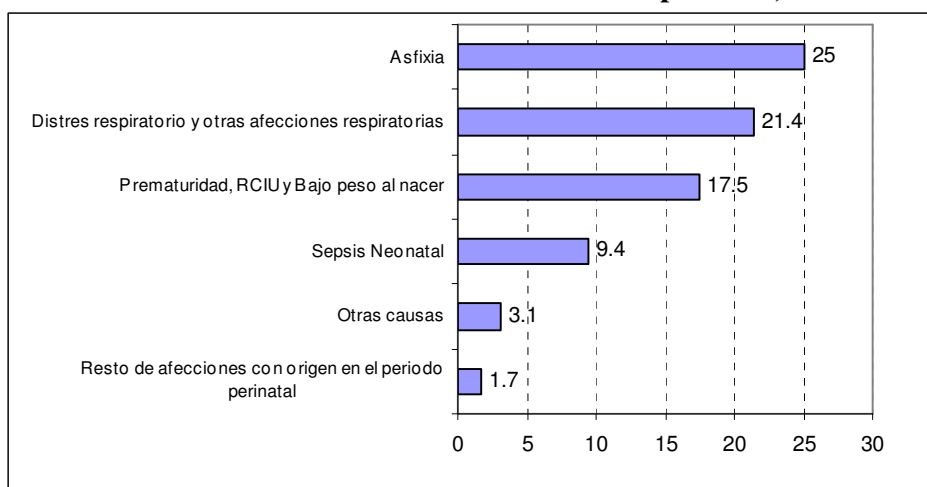
Defunciones neonatales tardías: entre el séptimo y 28avo día de vida.

Defunciones post neonatales: entre el 28avo día y el primer año de vida

Las causas de la mortalidad infantil son muchas, y dependen de la edad de la criatura. Para muertes del neonato, la principal causa es algún problema que tuvo mientras era feto, alguna enfermedad o problema de la madre, o a alguna complicación con el parto. De todo esto, es más fácil identificar las tareas específicas que debe realizar el Estado para atacar las principales causas de estas muertes.

Según el gráfico 4.9. las principales causas de muerte neonatal son: la asfixia (25%), seguida del distrés respiratorio (21.4%), siendo esta, fundamentalmente, resultado de la prematuridad y el bajo peso al nacer (17.5%), y la sepsis (9.4%). Evidencia empírica de ParSalud muestra que el principal determinante de la muerte neonatal es el bajo peso al nacer. El riesgo de fallecer se incrementa exponencialmente en niños con peso menor a 2500 gr. En niños cuyo peso es entre 1500 y 2500 gr. su riesgo de fallecer es 23 veces respecto a los niños con peso mayor a 2500 gr., mientras que el de los niños con peso menor a 1500 gr. es 145 veces mayor

Gráfico 4.9 Tasa de letalidad neonatal intrahospitalaria, 2002-2005



Fuente: Estudio de factibilidad ParSalud II

Asimismo, la OMS (2005) estima que, en los países en desarrollo, el 85% de las muertes en recién nacidos se debe a infecciones que incluyen la sepsis (7%), la neumonía (19%), el tétanos (14%), asfixia al nacer (21%), traumas del parto (11%) y la prematuridad (10%). Las causas de muerte neonatal más frecuentes son los trastornos respiratorios específicos del periodo neonatal (en las zonas rurales el 60% de las muertes neonatales ocurre por asfixia), el retardo del crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer, la sepsis bacteriana del recién nacido y las malformaciones congénitas.

Las complicaciones respiratorias (principalmente la asfixia) tienen dos principales factores causales: el primero (y más relevante) está directamente relacionado con la atención de la labor de parto y de las complicaciones obstétricas; y el segundo, se relaciona con el bajo peso al nacer y la prematuridad. Ver cuadros II.1 y II.2 en anexo II.

Por lo visto anteriormente, las evidencias muestran la estrecha relación entre la salud del neonato y el cuidado de los embarazos y la necesidad de tener partos seguros con personal calificado, a lo que hay que agregar de asegurar que la capacidad resolutive de los servicios de salud respondan para afrontar el riesgo de mortalidad materna y neonatal.

Asimismo, hay que considerar que hay otros factores que escapan a la oferta sanitaria y que están vinculados a la demanda de la madre y con la oferta de otros servicios públicos como los sanitarios de agua y desagüe, la educación, nutrición y redes de protección social.

Por el lado de la demanda, se encuentran todos los factores que intervienen en la decisión de las madres gestantes para recibir tratamiento médico especializado y seguir un adecuado cuidado. Mientras que por el lado de la oferta se encuentran factores tanto de insumo como de gestión para poder brindar un adecuado servicio; y de regulación del Estado para poder hacer más equitativo el sistema de salud. Finalmente, hay que remarcar la necesidad de acercar la demanda a la oferta a través de actividades o acciones reconocidas como “adecuación intercultural”.⁶¹

Cuando se subraya la capacidad resolutive de la oferta, se está considerando la calidad de atención en las emergencias obstétricas y salud integral de gestantes. La disposición de los insumos (equipamiento, infraestructura, recursos humanos y medicamentos).

En síntesis, para alcanzar los resultados esperados en el presupuesto por resultados se tendrá mayor probabilidad de éxito si se consideran las acciones y recomendaciones comprobadas con evidencias en investigaciones y evaluaciones de impacto como las que acabamos de citar. En el caso específico del programa estratégico de salud materno neonatal cuyo objetivo es la reducción de la mortalidad materna neonatal, es de esperar que se apoye en estrategias que lleven a incrementar los controles pre natales y postnatales, los partos asistidos por personal calificado y mejora de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud que puedan atender emergencias obstétricas, incluyendo la disponibilidad oportuna de medicamentos claves. Asimismo, los estudios han demostrado que el número de hijos define el riesgo de muerte de la madre.

La lectura del marco lógico actual del programa de salud materno neonatal (Ver cuadro 4.3) indica que efectivamente se considera el parto institucional como acción prioritaria⁶², así como el fortalecimiento de la oferta a través de la acreditación de los establecimientos de salud. Se sobreentiende que dentro de esta acción (establecimientos acreditados) se verifica la existencia de los insumos fundamentales como los medicamentos y equipos para atender emergencias. Asimismo, se considera implementar acciones que lleven a disminuir la fecundidad a través de información y planificación familiar. Lo que no aparece explícitamente en la lectura del marco lógico es el apoyo a la captación de gestantes para sus controles prenatales.

⁶¹ Recién en 2005, se aprobó la “norma técnica para la atención del Parto Vertical” (RM 598-2005) Con esta norma, se busca incrementar el uso de servicios de atención materna mediante la incorporación de la cultura de la región andina y amazónica al parto institucional.

⁶² Aunque no aparece per se en la definición del componente, éste aparece como indicador de medición.

Posibles mejoras. El marco lógico preparado para este programa puede ser mejorado definiendo mejor el propósito y los componentes. Nótese que el propósito se parece mucho al fin. En el presupuesto por resultados se debe focalizar el esfuerzo de las acciones en lograr el propósito; el fin es en realidad una políticas de Estado que se puede lograr a través de varios programas presupuestales. En el tema de los componentes, estos se podrían redactar mejor, por ejemplo, en vez de “Reducción Mortalidad y Morbilidad Materna”, decir “Gestantes rurales acceden a parto institucional”.

Cuadro 4.3 Marco Lógico del Programa Estratégico de salud Materno Neonatal

Objetivos		Indicadores
Fin: Mejorar la salud de mujeres y niños menores		
Propósito: Mejorar la salud materno neonatal		Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos Tasa de mortalidad neonatal por mil nacidos vivos
Objetivos Específicos/ Componentes		
1	Conducción de la gestión de la estrategia	Proporción de establecimientos acreditados como FONB (1) Función Obstétrica y Neonatal Básica Proporción de establecimientos acreditados como FONE (2) Función Obstétrica y Neonatal Esencial Proporción de establecimientos acreditados como FONI (3)
2	Población con conocimientos en salud sexual y reproductiva y que acceden a métodos de planificación familiar	Tasa global de fecundidad Numero de parejas protegidas
3	Reducción Morbilidad y Mortalidad Materna	Cobertura de parto institucional en gestantes procedentes de las zonas rurales Cobertura de cesáreas en gestantes procedentes de las zonas rurales
4	Reducción Morbilidad y Mortalidad Neonatal	Proporción de neonatos complicados atendidos en EESS Proporción de recién nacidos vivos atendidos en EESS Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas

Fuente: www.mef.gob.pe

Nota técnica: Versión simplificada del marco lógico; no se incluyen actividades. La matriz completa se encuentra en la dirección URL indicada en la fuente.

b. Indicadores y Medios de verificación

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin			
Propósito		→	
Componente 1			
Componente 2		→	
Actividades			

Indicadores considerados. Para poder lograr el objetivo principal del programa de salud materno neonatal es necesario poder medir los resultados tanto de proceso como de resultado final. Por dicha razón es de suma importancia que los indicadores planteados sean lo suficientemente claros y detallados para poder hacer seguimiento al desempeño del programa.

En términos generales, los indicadores presentados responden a la lógica causal presentada anteriormente vinculada a la oferta del servicio de atención a la madre gestante. Asimismo, hay otros indicadores de gestión que tendrían que observarse y monitorearse desde las redes y Direcciones de salud. Véase Alvarado et al. (2008). Lo interesante aquí, que no se transmite fácilmente a los que no son especialistas, es lo que encierra el tener establecimientos de salud acreditados como FONB, FONE y FONI. Esta tarea de acreditación aseguraría que exista el adecuado abastecimiento de medicamentos y equipos a los establecimientos de salud para asegurar un servicio de calidad y lo cual demanda una gran acompañamiento de los gobiernos regionales y direcciones regionales, con un seguimiento constante y muy profesional. Solo por dar un ejemplo, se ha encontrado que a pesar de que el SIS reconoce el 100% de los medicamentos contenidos en el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales y los autorizados por el Comité Farmacológico, en promedio, el 77% de los establecimientos tuvo problema con la disponibilidad de alguno de ellos (AIS-UPCH, 2006).

**Cuadro 4.4 Disponibilidad de medicamentos para atender pacientes SIS
(Mayo 2006)**

Establecimientos de Salud	Nº Establecimientos	¿Tuvo problemas de disponibilidad de alguno de los medicamentos trazadores para atender pacientes SIS en el último mes?		% Trazadores desabastecidos
		SI	NO	
Hospitales U.E	8	100.00%	0.00%	33.00%
Centros de Salud	16	88.00%	12.00%	38.00%
Hospitales no U.E	7	43.00%	57.00%	27.00%
Promedio	31	77.00%	23.00%	33.00%

Fuente: AIS – UPCH (2006).

Como se comentó al final del capítulo II, hay una diferencia entre los objetivos e indicadores de una política nacional y los objetivos e indicadores del presupuesto por programa a nivel de propósito.

Política nacional y objetivo del presupuesto por resultados. Planteada la trascendencia del tema de salud materno neonatal, la pregunta es si es pertinente colocar el indicador de mortalidad materna al nivel de un programa presupuestal cuando hay variables causales que sobrepasan el ámbito del sector salud, como la educación de la madre por ejemplo. Mas aún, la medición de la razón de mortalidad materna necesita un número elevado de observaciones y si se quiere tener los datos a nivel regional, tomaría varios años completar la muestra.

Siendo el parto institucional o parto seguro un buen *proxy* de mortalidad materna, sería más factible monitorear al responsable del programa con este indicador. Mortalidad materna pasaría al nivel de indicador del fin en el marco lógico, y se podría colgar otros programas que apuntan a mejorar la salud materno neonatal y complementar el indicador de mortalidad materna con otros indicadores. Lo que se podría generar es un programa paraguas que busque la reducción de la mortalidad materna neonatal bajo el cual se

engancharían varios programas sectoriales bajo la responsabilidad de uno o varios pliegos o unidades ejecutoras que apunten a ese fin.

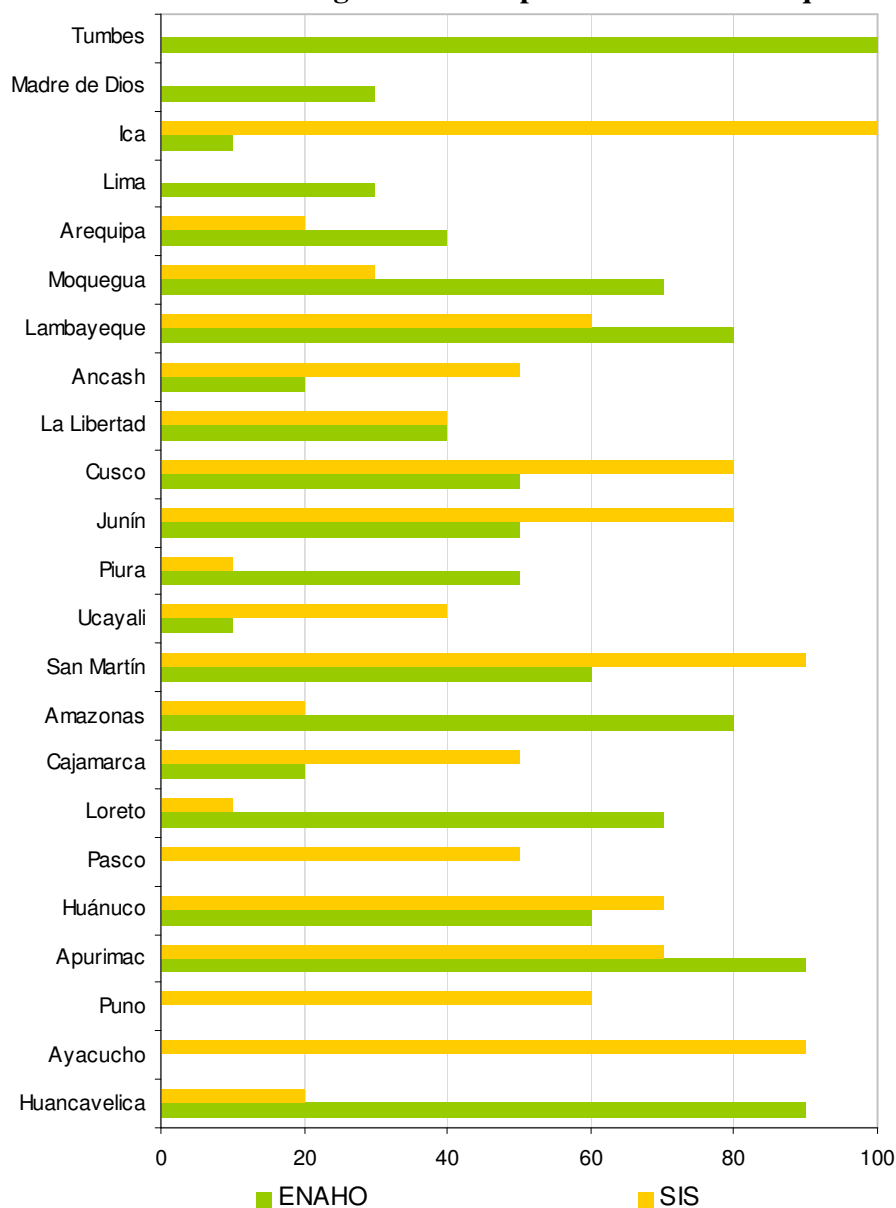
Medios de Verificación. La mayor parte de los medios de verificación citados en el programa de Salud Materno Neonatal son estadísticas tanto del MINSA como del INEI y en especial la Encuesta Demográfica y de Salud Nacional (ENDES). En este sentido, se debe tener especial cuidado en que estos datos estén disponibles al público en general y actualizados. La idea de un presupuesto por resultados es que se exija la rendición de cuentas del impacto del dinero gastado en la solución de un problema en particular. Pero la rendición de cuentas sólo va a ser efectiva en la medida que exista una real demanda de información de resultados por los ejecutores, legisladores y sociedad civil en general. Por lo tanto, es necesario que el acceso a los indicadores del programa y sus fuentes estén disponibles al público en general. Esto último es necesario para que se puedan reproducir los cálculos en caso de auditorías estadísticas, evaluaciones de impacto u otras investigaciones.

Si bien es cierto que las encuestas como la ENDES nos brindan información desde el ángulo de los usuarios, su administración demanda mayores recursos que los datos administrativos generados en los sectores. Pero tienen la ventaja de que permiten realizar auditorías sociales a través de la triangulación, es decir verificar la misma tendencia o fenómeno con dos fuentes de información diferentes.

Triangulación. Como se menciona arriba, triangular significa medir con diferentes fuentes de información y métodos el mismo fenómeno para cotejar la certeza de los hallazgos o alguna particularidad con la base de datos utilizada.⁶³ Al respecto, en el gráfico 4.10 se presenta como ejemplo la utilización de los datos de cobertura de gestantes que se construyó con la ENAHO (pobres y pobres extremas que dieron a luz en los últimos tres años y estuvo afiliada) y se compara con la cobertura de partos registrada en el SIS (sobre gestantes proyectadas afiliadas). Aunque ambos indicadores pueden ser válidos para medir cobertura, definitivamente presentan aproximaciones diferentes al problema. Los dos indicadores son construidos con algoritmos y fuentes diferentes; y lo que arroja un indicador no tiene cercanía con lo que arroja el otro indicador. Para verificar esto los dos indicadores se estandarizaron y se comparó la posición relativa de las regiones. Si hay alguna diferencia marcada, nos indica que hay que hacer una mayor investigación al respecto o discutir cual es el indicador más idóneo para medir un fenómeno. En este ejemplo tomemos Puno, su posición relativa cambia drásticamente dependiendo que indicador consideremos. Este ejercicio pone al descubierto que a veces la elección del indicador puede necesitar acuerdos o por lo menos difusión entre diferentes involucrados o *stakeholders*.

⁶³ Por ejemplo cotejar a través de entrevistas a profundidad los resultados que nos pueda arrojar las encuestas de hogares; o cotejar a través de métodos de observación directa si los datos de las encuestas tienen sentido. Al respecto, una visita de observación a las bodegas de un distrito puede indicar que la cantidad de productos gourmet o diversidad de enlatados ha aumentado en el último trimestre, indicando una mejora o sofisticación en el consumo de las familias de ese distrito, lo que coincide con los indicadores de mejoras del ingreso y empleo de una encuesta. Ambos métodos coinciden en la dirección del resultado.

Grafico 4.10. Triangulación: comparación de dos enfoques de cobertura



Nota técnica: Para permitir su comparación de los indicadores, los indicadores se estandarizaron y fueron ubicados en su percentil.

ENAHO 2006: Mujeres pobres y pobres extremas que tuvieron un parto en los últimos tres años y estuvieron afiliadas al SIS.

SIS: Cobertura de partos en gestantes de quintiles 1 y 2 entre gestantes proyectadas 2007. (quintil de pobreza del distrito)

El anexo II presentan tres matrices (Cuadros II.3, II.4, II.4) de calificación de los indicadores donde se presentan sus atributos y reflejan la disponibilidad de la información de los indicadores de resultado / impacto y los intermedios del marco lógico. Los

indicadores de resultado (mortalidad materna e infantil) estarían disponibles cada cinco años haciendo uso de la información de la encuesta ENDES mientras que los indicadores intermedios estarían disponibles con mayor regularidad al depender de datos administrativos. Sin embargo los sistemas de información administrativos deberán ser fortalecidos; es conocida la discrepancia entre los datos del HIS⁶⁴ con los datos del SIS.⁶⁵ Ante la falta de información anual de la razón de mortalidad materna, se podrá utilizar el número de partos institucionales como un buen indicador *proxy*.⁶⁶

En línea con esto, se levantó información sobre la situación actual del acceso a las estadísticas de salud, lo cual se muestra en el anexo I.

c. Actividades y presupuesto

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin			
Propósito			
Componente 1			
Componente 2			
Actividades	\$ \$ \$ presupuesto		

En este nivel de la metodología, cada componente incluye las acciones necesarias para alcanzar el objetivo del componente y sus costos asociados para estimar el presupuesto necesario. El programa estratégico de Salud Materno Neonatal en análisis representa la unión de dos acciones prioritarias que se venían manejando a nivel gobierno: (i) Atención de la mujer gestante, y, (ii) atención del neonato menor de 29 días (Arnillas 2007). El objetivo en esta sección era hacer un cálculo del gasto en esos programas en años anteriores y hallar si la nueva estrategia en el PpR iba a demandar mayores recursos. Por dicha razón, para poder estimar el presupuesto de dicho programa mirando años anteriores, se hizo seguimiento del gasto en las acciones listadas en el marco lógico.⁶⁷ Para dichos fines se utilizó la información histórica proporcionada por el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF).

Para relacionar el presupuesto tradicional del país, comúnmente organizado por una estructura funcional programática (donde se privilegia el seguimiento y costeo de insumos) con el modelo actual de presupuesto por resultados, se procedió a seguir las indicaciones publicadas en el portal de transparencia y seguir las “ramificaciones” del Sistema Integrado de Administración financiera (SIAF). En una primera etapa, se simuló el costo actual de

⁶⁴ Hoja de registro y control de datos de las atenciones y atendidos; Health Information System.

⁶⁵ Al término de este documento, junio 2008, el sector ha iniciado acciones para fortalecer los sistemas de información acordes con al demanda actual del PpR y del proceso de rendición de cuentas.

⁶⁶ La presentación de información disponible y actualizada de los indicadores propuestos se puede encontrar en el portal del MEF <http://www.mef.gob.pe/DNPP/PpR/PPSTR/APP/index.swf>, visitar pagina 22 y 23.

⁶⁷ Para una relación detallada de las acciones, visitar www.mef.gob.pe, icono de presupuesto por resultados.

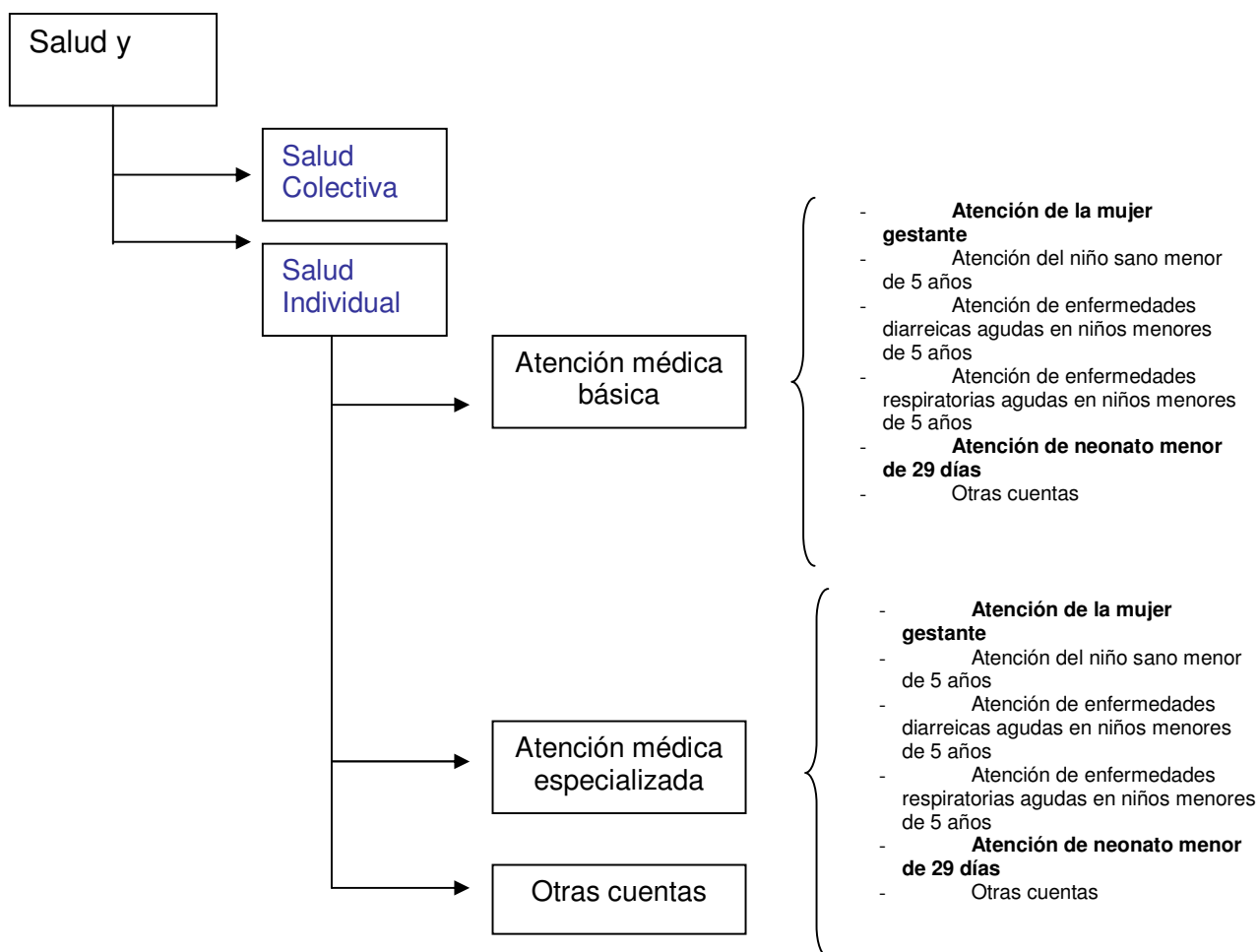
los programas priorizados y luego se calculó los montos de años anteriores para completar una tendencia.⁶⁸ El flujo que aparece en el gráfico 4.11 explica de manera simplificada el proceso de trabajo para hacer el *matching* entre los dos modelos, el actual registrado en el SIAF y el nuevo por registrarse en el formato del PpR. Luego de hacer el ejercicio no se obtuvieron datos confiables. Las razones principales, que reflejan las debilidades en el manejo del sistema presupuestal fueron que a pesar de la existencia de partidas muy específicas, las redes de salud y las Direcciones de Salud no necesariamente registran una acción similar en la misma partida presupuestal,⁶⁹ no manejan el mismo costo unitario para acciones similares y no tienen certeza del nivel de demanda a satisfacer para fijar sus metas. El trabajo en detalle de estandarización esta siendo liderada por el MEF y los sectores involucrados.⁷⁰

⁶⁸ Para esta tarea se tendrá que identificar partidas similares, ya que los nombres y códigos cambian cada año.

⁶⁹ Por ejemplo, el costo de una cesárea podría encontrarse totalmente en “partos con complicaciones” o compartido con “internamiento”.

⁷⁰ De la última información recopilada, se conoce que tanto el sector salud como el MEF está coordinando con las ejecutoras para que registren de manera estandarizada la información de las actividades del PpR en las mismas partidas presupuestales y utilicen los mismos costos unitarios.

Gráfico 4.11 Seguimiento de las cuentas de salud



I

MODELOS E INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS

¿Cuál es la dinámica y complejidad de la Reforma del Estado?

II

EL PRESUPUESTO PÚBLICO POR RESULTADOS Y SU PAPEL EN LA GOBERNABILIDAD

¿Cuál es la utilidad del presupuesto y su relación con la gobernabilidad?

¿Cómo y porqué el presupuesto por resultado incrementa la transparencia y rendición de cuentas?

III

ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO PÚBLICO Y MONITOREO DEL GASTO EN SALUD Y EDUCACIÓN

¿En qué contexto económico se implementa el PpR en Perú?

¿Cuál es la importancia del gasto en salud y educación?

IV

SECTOR SALUD. SU TRANSICIÓN AL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

¿Es posible vincular su desempeño al gasto? Ejemplo del Seguro Integral de Salud.

¿Cuál es la metodología para transitar del presupuesto actual al PpR? El caso de la salud materno neonatal.

V

SECTOR EDUCACIÓN. SU TRANSICIÓN AL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

¿Es posible vincular su desempeño al gasto? Ejemplo de la educación básica

¿Cuál es la metodología para transitar del presupuesto actual al PpR? El caso del desempeño de segundo grado

VI

FACTORES QUE ACOMPAÑAN EL PRESUPUESTO POR RESULTADOS: INCENTIVOS, AUTONOMÍA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

¿Cuáles son los factores de éxito que han acompañado modelos de gestión por resultados?

¿Tenemos algún avance en Perú?

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO V

SECTOR EDUCACION. SU TRANSICIÓN AL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

1. ¿Es posible vincular su desempeño al gasto?

El objetivo de esta sección es vincular los gastos en el sector educación con algunos indicadores de desempeño. Cabe recordar que el presupuesto hasta la fecha se estructura de manera casi inercial sin vinculación con indicadores de desempeño. Luego de este ejercicio se presenta cómo se estructuró el programa estratégico de educación y se da una lectura rápida al marco lógico del PpR preparado por el sector educación explorando los puntos planteados en el punto 3 del capítulo II.

a. Logros en el sector educación

Hay varias maneras de monitorear desempeño e impacto en educación; se puede iniciar con indicadores intermedios de proceso como matrícula o cobertura (bruta y neta), logros inmediatos de la calidad educativa como capacidad lectora, número de alumnos graduados y que hayan terminado la educación básica; otros resultados finales como número de alumnos que han adquirido las capacidades y conocimientos necesarios al graduarse y finalmente, número de alumnos que logran ubicarse en el mercado laboral o acceder a la educación superior preparados. ¿Cuál de estos indicadores se deberían vincular al presupuesto? Cobertura es un problema casi superado en algunas regiones, mientras que la calidad educativa es el tema neurálgico en el Perú y que el presupuesto debería abordar con mayor ahínco.

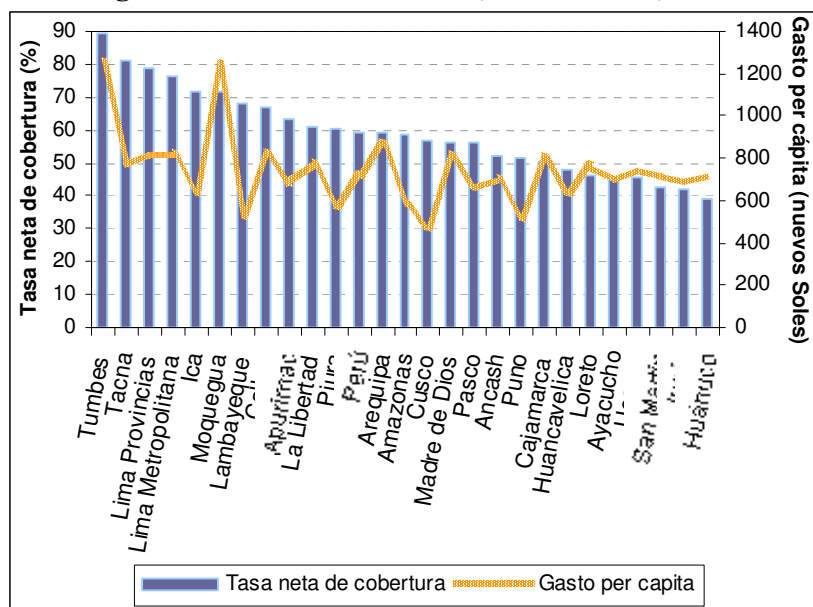
Resultados intermedios. Lo que queda claro al revisar los datos y verificar lo que han encontrado otros analistas, es que Perú con su escaso 3 por ciento del PBI dedicado a la educación ha logrado niveles importantes de cobertura a nivel nacional, siendo ésta cada vez menos importante en términos de prioridades de política que la búsqueda de la calidad de la educación. Esta última afirmación hay que tomarla como un referente nacional, toda vez que el análisis regional arroja que todavía existen brechas en cobertura neta que hay que cubrir, es decir, hacer que los niños accedan al colegio dentro de su periodo de edad normativa. Ver gráfico 5.1.

La educación inicial es el nivel donde todavía hay una diferencia marcada o brechas mayores entre regiones en lo que respecta a cobertura neta. Pero, más aún, en este nivel de educación, el gasto por alumno es independiente de la tasa de cobertura que se logra.

No obstante, de acuerdo al análisis de frontera de posibilidades efectuado por Crouch (2006, 32), Perú estaría relativamente bien en términos de eficiencia, en comparación con otros países, considerando el nivel de financiamiento (3% del PBI) a nivel nacional y el amplio nivel de matrícula o cobertura logrado en primaria y secundaria, reflejando el alto nivel de producción logrado. El gráfico 5.2 muestra que, exceptuando un *outlier*, a nivel regional no hay clara relación progresiva entre el nivel de gasto y el nivel de cobertura en el nivel de educación primaria. En particular podemos identificar regiones con un gasto de

685 soles y que tienen una cobertura superior al 98 por ciento (Huánuco), mientras otra que gasta 1,351soles y con 94 por ciento de cobertura (Lima Metropolitana). Sin embargo, sí se observa una tendencia positiva entre mayor gasto por alumno y mayor cobertura en el nivel de educación secundaria. Evidentemente, también se puede explorar mucho más esta relación cruzando el análisis con el tamaño del mercado, relación alumno /docente, y otros dentro de cada región. Más allá de la relación entre gasto y cobertura, lo que se evidencia en educación secundaria es una brecha mayor entre regiones en su cobertura neta en educación secundaria (casi de 8:5 entre la de mayor y menor cobertura –Tacna y Huanuco, respectivamente).

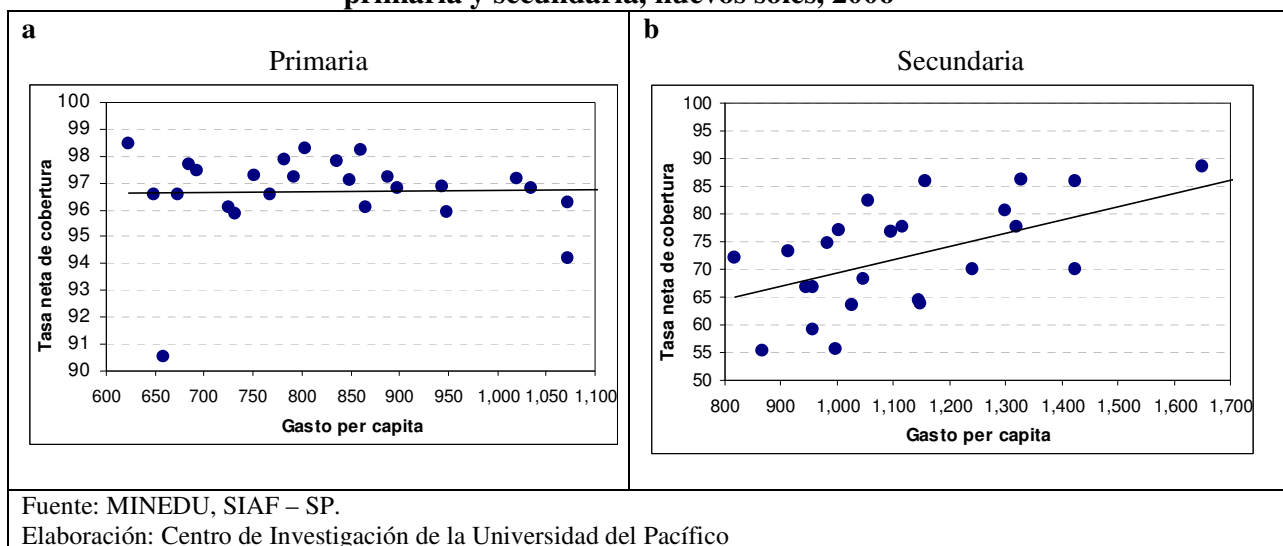
Gráfico 5.1. Gasto per capita (por alumno) por regiones en educación inicial según nivel de cobertura neta, nuevos soles, 2006.



Fuente: INEI (ENAHU 2006), MINEDU, SIAF – SP.

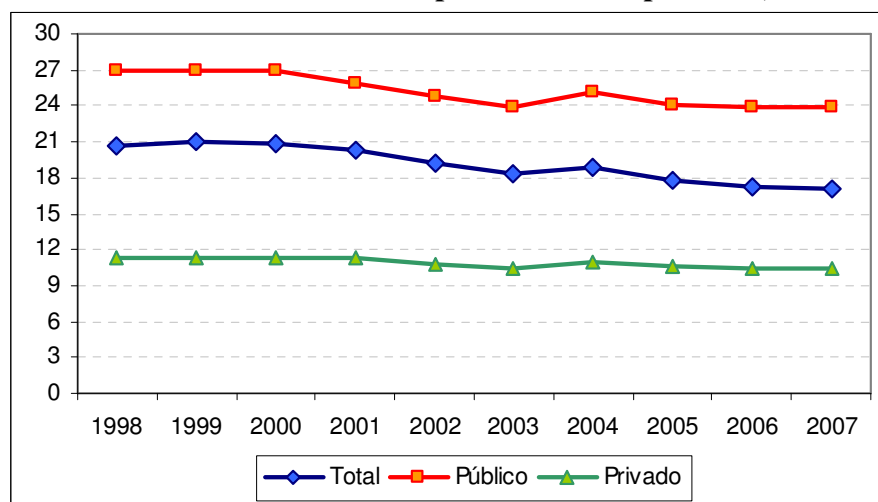
Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

Gráfico 5.2. Gasto per capita (por alumno) y su relación con la cobertura neta en primaria y secundaria, nuevos soles, 2006



Relación alumno/maestro y efectos sobre el desempeño. Las estadísticas revelan que la cantidad de alumnos por maestro ha disminuido, lo que puede haber ocasionado que los costos se incrementen pero sin un correlato con el desempeño final del aula, sobre todo en primaria.

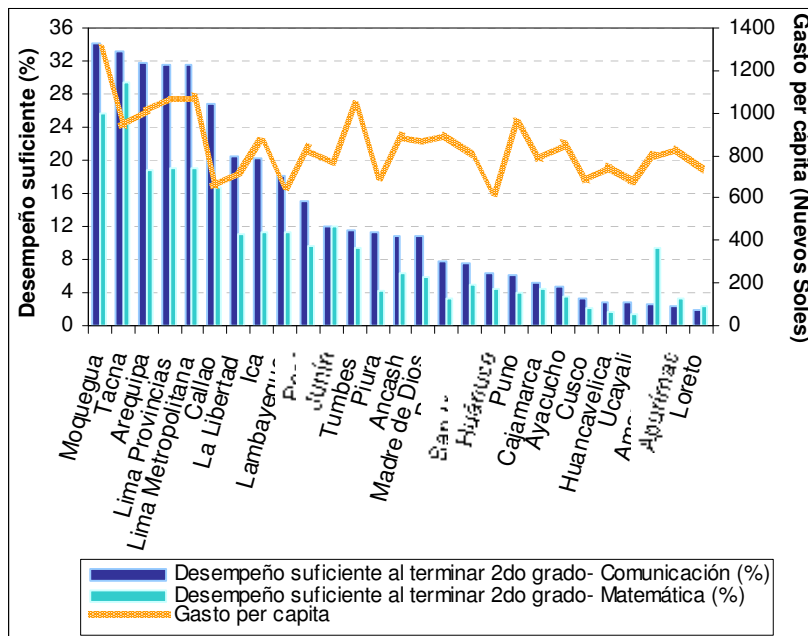
Gráfico 5.3. Número de alumnos por maestro en primaria, 1998-2007



Fuente: MINEDU. Elaboración: CIUP.

Resultados finales medidos por el desempeño de los educandos. La cobertura no es un problema latente, por lo menos en primaria, descontando algunas brechas que hay que cerrar en algunas regiones. El problema es la calidad de la educación medida por el desempeño que logran los alumnos durante y al concluir sus estudios de educación básica. Los niveles de desempeño obtenidos, medido por la comprensión lectora y comprensión matemática son muy bajos, independientemente del nivel de gasto y del nivel de pobreza (aunque se nota cierta concentración de peor desempeño en las regiones más pobres). Como ya se indicó anteriormente, lo interesante del caso peruano es que se presentan indicadores de resultados intermedios altos, pero sin ninguna relación con los niveles de los indicadores de finales o de desempeño indicados (ver gráficos 5.4 y 5.5).

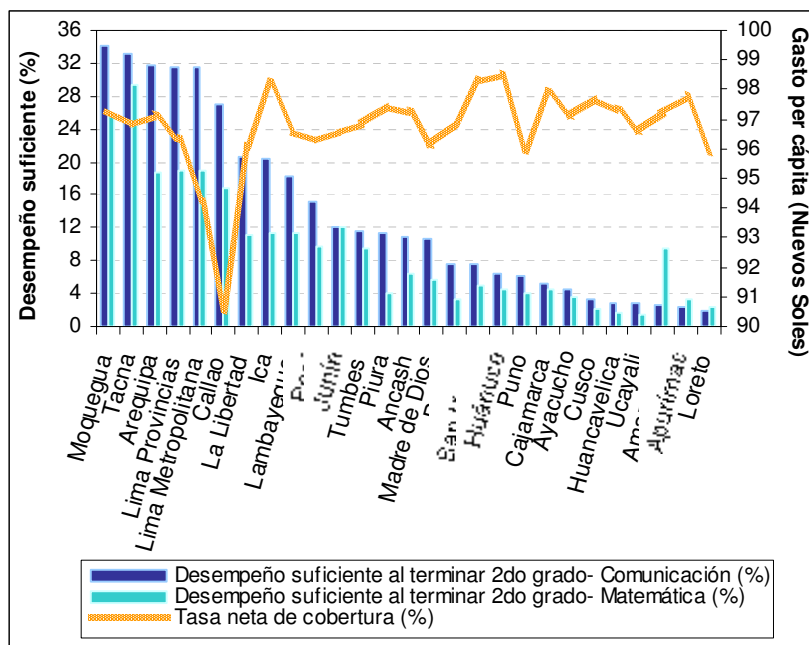
Gráfico 5.4. Niveles de desempeño y comparación con los niveles de gasto per cápita (por alumno)



Fuente: INEI (ENAHU 2006), MINEDU, SIAF – SP.

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

Grafico 5.5. Niveles de desempeño y comparación con los niveles de cobertura neta en primaria



Fuente: INEI (ENAO 2006), MINEDU, SIAF – SP.

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

2. Programa estratégico de educación. Una visión de marco lógico.

El presupuesto público debería representar el compromiso del gobierno no solo sobre el monto a invertir en las políticas implementadas, sino sobre la cantidad y calidad de los resultados que se espera de las políticas. Las fallas en lograrlo pueden ser consecuencia de la ineficiencia y la poca efectividad de su gestión, en algunos casos, o poca transparencia en los procesos. En el caso de educación, se necesita vincular los recursos del presupuesto con los resultados obtenidos, tanto en logros intermedios (cobertura) como finales (desempeño suficiente del alumnado).

Conscientes de esta limitación, el gobierno del Perú, como se discutió en el capítulo II, ha optado por migrar hacia el uso del PpR en un programa en educación en el segundo grado (III ciclo) al cual se le ha denominado *estratégico*. En el mismo se quiere vincular el monto asignado y ejecutado con los resultados logrados en el aprendizaje de III ciclo. Asimismo, dentro de este programa se ha identificado (MEF, 2007b) las actividades prioritarias para obtener los mejores logros en matemáticas y comprensión lectora:

1. Control de asistencia de profesores y alumnos.
2. Formación matemática y comprensión de lectura al final del primer ciclo de primaria.
3. Atención educativa prioritaria a niños y niñas de 5 a 7 años.

4. Supervisión, monitoreo, asesoría pedagógica.
5. Capacitación docente.
6. Atención a infraestructura escolar en condiciones de riesgo.

En términos operativos, pasar de un modelo presupuestal organizado por funciones, programas e insumos (sin objetivos específicos) a uno más sofisticado como el PpR no es una tarea fácil, por lo menos al inicio de la migración de un sistema a otro. El modelo del PpR ha establecido el marco lógico como herramienta para estructurar el presupuesto por programas vinculados a resultados concretos. De acuerdo a esta herramienta, la metodología exige primero definir los objetivos del programa como el fin, propósito, componentes y las actividades que se necesitan ejecutar para lograr los resultados, y segundo, definir los indicadores que medirán sus resultados:

Cuadro 5.1. Marco Lógico del Programa Estratégico de Logros de Aprendizaje

Fin: Incremento de las oportunidades de aprendizaje y del nivel de desarrollo humano		Indicadores
Propósito: Los estudiantes del III Ciclo de EBR obtienen los logros de aprendizaje esperados en Comunicación Integral y Pensamiento Lógico Matemático		- Desempeño suficiente en Comprensión lectora de los alumnos que concluyen el III Ciclo de Educación Primaria - Desempeño suficiente en matemáticas de los alumnos que concluyen el III Ciclo de Educación Primaria - Ingresantes a primaria con la edad oficial (%)
Objetivos Específicos/ Componentes		
1	Gestión educativa (administrativa, institucional y pedagógica) orientada a la mejora de los resultados de aprendizaje en la institución educativa	- Porcentaje de familias que cuentan con información sobre logros de aprendizaje y han sido sensibilizadas para exigir rendición de cuentas. - Porcentaje de directores que cuentan con información sobre logros de aprendizaje. - Percepción de las familias respecto de la prestación del servicio educativo que se brinda en las IIEE. Públicas de su comunidad.
2	Docentes del 1° y 2° con recursos y competencias para el desarrollo de procesos de enseñanza y aprendizaje de calidad en Comunicación Integral y Lógico Matemática	- Porcentaje de docentes de primaria que alcanzan nivel suficiente según estándar de desempeño
3	Niñas y niños cuentan con las competencias básicas en Comunicación Integral y pensamiento Lógico Matemático al concluir el II Ciclo	- Porcentaje de estudiantes que tienen competencias básicas suficientes en Comunicación Integral al final del II ciclo - Porcentaje de estudiantes que tienen competencias básicas suficientes en Lógico Matemática al final del II ciclo - Porcentaje de ingresantes a Primaria con Inicial
4	Infraestructura y equipamiento adecuados para el desarrollo de las actividades educativas de las II.EE. Primarias	- Porcentaje de Locales escolares con necesidad de rehabilitación - Porcentaje de Locales escolares con necesidad de mantenimiento correctivo

El objetivo de esta sección es dar una lectura rápida al marco lógico del PpR que se ha estructurado para el programa estratégico, cuya versión corta aparece en el cuadro 5.1.⁷¹ Se justifica la importancia del propósito y la elección de los componentes, e indicadores siguiendo básicamente los requisitos de un marco lógico indicados en el capítulo II punto 3.

a. La estrategia en contexto y relevancia del propósito y componentes.

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin			
Propósito			
Componente 1			
Componente 2			
Actividades			

Perú ha logrado alcanzar relativamente altas tasas de cobertura bruta y neta de matrícula, pero ha mantenido indicadores pobres de desempeño reflejado en los preocupantes resultados que los alumnos peruanos han obtenido en las pruebas de rendimiento, nacionales o internacionales, en las que han participado. Más aún, esa pobre calidad se refleja en el bajo nivel del capital humano y su insuficiencia para encarar los retos laborales de esta época. De hecho, en la última encuesta realizada por el Foro Económico Mundial (FEM) a empresarios de 131 países, Perú resultó en el último lugar del ranking en cuanto a calidad de la educación primaria, y en el penúltimo lugar con respecto a la calidad de la educación en matemática y ciencias (WEF, 2007).

Más aún, los representantes de la sociedad civil también han declarado la educación en emergencia y el Consejo Nacional de Educación (2006) ha elaborado el Proyecto Educativo Nacional (PEN) donde establece como uno de sus objetivos estratégicos el que los “estudiantes e instituciones educativas logren aprendizajes pertinentes y de calidad”. Entonces, es claro que concentrarse en mejorar la calidad es acertado y además se trata de una preocupación compartida por casi todos los agentes de la sociedad⁷², lo cual convierte este objetivo en una prioridad política.

Con respecto al nivel educativo elegido como objetivo, el ciclo III o segundo grado es un nivel importante por tratarse de la base sobre la cual se irá construyendo la educación de los niños. Por ejemplo, es en ese grado donde los niños, asumiendo un desarrollo normal en su proceso de aprendizaje, empiezan a manejar la lectura.

⁷¹ Para una revisión completa del marco lógico visitar www.mef.gob.pe, icono de presupuesto por resultados. Se ha incluído en el portal del MEF una versión actualizada en <http://www.mef.gob.pe/DNPP/PpR/PPSTR/APP/index.swf> con nuevos indicadores.

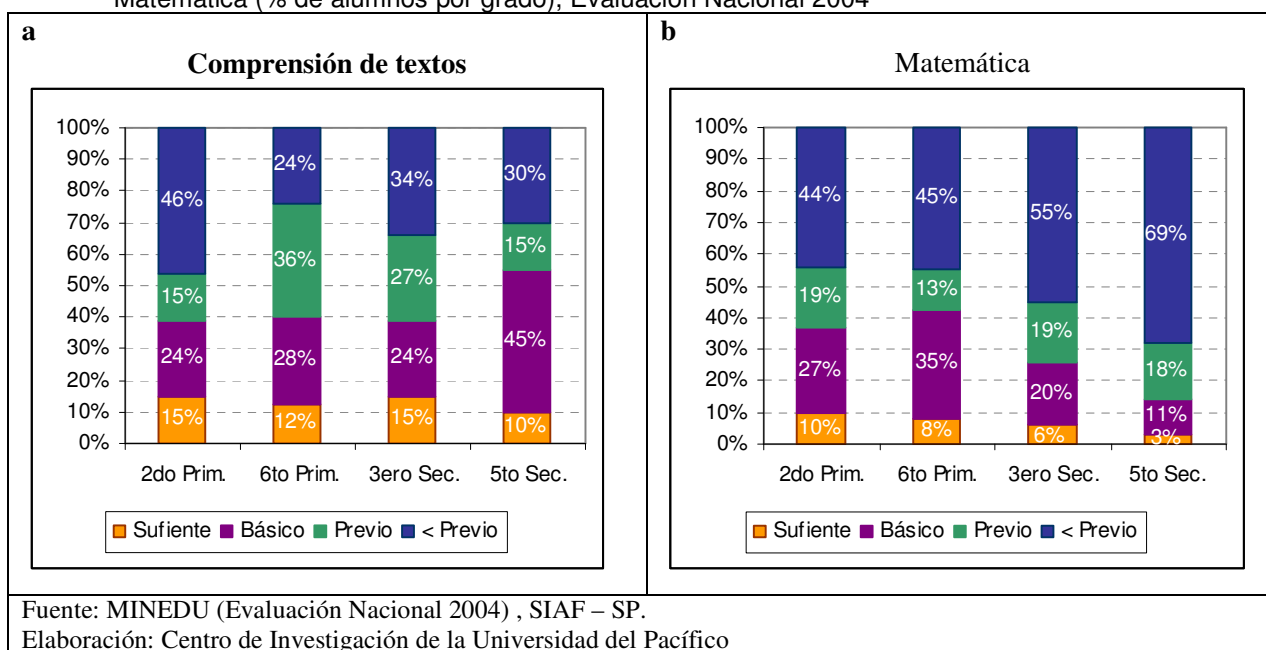
⁷² El sindicato de profesores (SUTEP) es el único agente que aunque no se opone directamente a mejorar la calidad educativa, sí se manifiesta en contra de los procesos a través de los cuales es posible medir los progresos en esta área, como por ejemplo las pruebas a docentes y el ascenso de acuerdo con el desempeño.

La preocupación difundida por la calidad de la educación es recogida por el programa estratégico dirigido al sector educativo, “Logros de aprendizaje al finalizar el III ciclo”, al establecer como fin en su el marco lógico el “incremento de las oportunidades de aprendizaje y del nivel de desarrollo humano”. Dada la generalidad de este fin, puede ser considerado como una pauta para el sector educación y todos los programas dentro del sector y tal vez otros programas sociales que apuntan a la formación del capital humano. El propósito es que los estudiantes del III ciclo de la educación básica regular obtengan los logros de aprendizaje esperados en comunicación integral y pensamiento lógico matemático; los cuales pretenden medir a través de los porcentajes de alumnos con un desempeño suficiente en comprensión lectora y en matemáticas al concluir el III ciclo de educación primaria.

Diseñar una estrategia óptima es importante no sólo por el uso eficiente de recursos públicos escasos, sino para avanzar lo más rápidamente en la mejora del rendimiento estudiantil, que es el propósito principal del programa. El rendimiento académico es una variable clave para el bienestar de la sociedad, ya que desde el punto de vista económico ello repercutirá positivamente en los ingresos de la población, mejorando sus ingresos y aliviando la pobreza. Más aun, es de esperar que la mejora de la calidad de la educación pública permita la reducción de la desigualdad, ya que reduciría las brechas de capital humano entre quienes acceden al sistema público y privado de educación. De hecho, según el MINEDU (2005)⁷³, incluso considerando sólo a las instituciones públicas, los estudiantes más pobres y los de zonas rurales obtienen menores resultados de aprendizaje que sus contrapartes de mejor nivel socioeconómico y de zonas urbanas, respectivamente. Asimismo, el Banco Mundial ha encontrado que además de los menores resultados para los pobres, también hay gran desigualdad dentro de este grupo.

⁷³ MINEDU (2005). IV Evaluación Nacional Del Rendimiento Estudiantil -2004 Resultados. MINEDU (UMC). En esta evaluación se incluyeron los alumnos de segundo y sexto de e primaria, así como los de tercero y quinto de secundaria. Las áreas analizadas fueron Matemática y Comunicación para todos los casos, y Formación Ciudadana en el caso de los máximos grados de cada nivel.

Grafico 5.6. Resultados de las pruebas estandarizadas de Comprensión de textos y Matemática (% de alumnos por grado), Evaluación Nacional 2004



Lamentablemente, la calidad de la educación pública en el Perú, medida a través del rendimiento de sus alumnos, se encuentra en crisis. Como se observa en el gráfico 5.6., en la última evaluación nacional de rendimiento con resultados difundidos y publicados (EN 2004), se obtuvo que sólo el 15% y 10% de estudiantes de segundo grado de primaria logró el aprendizaje esperado en comprensión de textos y matemática, respectivamente (MINEDU, 2005). Además, se reporta que no se desarrolla un porcentaje importante de las capacidades señaladas por el currículo, y lo que es peor los docentes no dominan completamente algunas habilidades de comunicación y matemática, y la mayoría sólo resuelve las tareas más sencillas⁷⁴.

b. Evidencias disponibles que explican el logro de un mayor rendimiento estudiantil

La metodología del marco lógico requiere que los componentes tengan una relación de causalidad con el propósito de mejorar la calidad de la educación medido a través del mayor rendimiento escolar.⁷⁵

Para tener una mayor certeza de que vamos a tener éxito en obtener los resultados esperados en el propósito del programa estratégico de educación “Logros de aprendizaje al finalizar el III ciclo”, es de mucha ayuda revisar lo que la evidencia nos dice al respecto. Tener este conocimiento previo incrementa la probabilidad de éxito y ayuda a identificar mejor las actividades del marco lógico.

⁷⁴ Como se resalta en dicho informe, esos resultados son obtenidos a través de las encuestas que respondieron voluntariamente los docentes de los alumnos evaluados (aproximadamente el 90% la respondió), por lo cual para indagar más es necesario realizar un estudio más específico.

⁷⁵ El MEF ha incluido en su portal un análisis complementario en la misma línea de esta sección. Se puede consultar <http://www.mef.gob.pe/DNPP/PpR/PPSTR/APP/index.swf>

Las causas del pobre desempeño escolar de los niños son múltiples y una manera de mostrar de manera simplificada esta causalidad es través del modelo causal que se presenta en el gráfico 5.7.

Al respecto, existen múltiples variables relacionadas con el rendimiento escolar, aunque no todas tienen el impacto que se esperaría sobre el rendimiento. Velez, Schiefelbein y Valenzuela (1994), como resultado de la revisión bibliográfica que hacen acerca de los factores asociados al logro educativo para América Latina, resaltan que los *materiales educativos* (libros de texto y materiales de escritura) tienen un efecto positivo en la mayoría de estudios analizados (en 13 de los 17 estudios que evaluaron e incluían dicha variable), mientras que la repetición y la distancia a la escuela tienen un efecto negativo en el rendimiento.

Gráfico 5.7 . Modelo causal del desempeño escolar

Sin embargo, aun cuando la información de los estudios internacionales es importante, hay que tomar en cuenta que de acuerdo con el estudio del LLECE (2001) los determinantes del rendimiento son diferentes para cada país, e incluso para cada asignatura (comunicación o matemática, por ejemplo), de ahí la importancia de los estudios actuales sobre el tema para Perú (Cueto 2004).

Como resultado de la Evaluación Nacional del rendimiento escolar del 2004, el MINEDU (2005) encontró que las *escuelas de gestión privadas* obtienen mejores resultados para todos los grados analizados que las escuelas públicas. Además, dentro de las escuelas públicas, los estudiantes de áreas urbanas tienen mejor resultado que los de áreas rurales, y lo mismo ocurre con las escuelas polidocentes frente a las multigrado. Más aun, hay una relación directa entre el rendimiento de los alumnos y las *habilidades de sus profesores*, como se observa en el cuadro 5.2.

Cuadro 5.2. Rendimiento promedio de los estudiantes de sexto grado de primaria, según la medida de habilidad de sus docentes, Evaluación Nacional 2004

Medida Docentes	Rendimiento promedio estudiantes	
	Matemática	Comunicación
<200	249.3	266.50
200-299	289.0	285.3
300-399	295.0	313.2
400-499	304.8	332.70
>500	635.9	-

Fuente: MINEDU (2005).

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

Con respecto a la *asistencia de los docentes*, Cueto *et al* (2004) encuentran que no tiene un resultado significativo sobre el rendimiento de los alumnos de 4to y 6to de primaria de su muestra, y sólo se encuentra un efecto positivo pero no lineal para el quinto grado de primaria. La explicación que ofrecen es que la insuficiente calidad de los métodos pedagógicos que utilizan los docentes en sus clases no permite mejorar el aprendizaje con mayores días. Es decir, sin *docentes bien capacitados* o que aprovechen efectivamente el tiempo en clase, aumentar el número de días de clase no implica mejora alguna.

Un acierto en las políticas complementarias al presupuesto por resultados son las acciones de evaluación censal y excepcional a los docentes que viene llevando a cabo el MINEDU desde enero del 2007 y que se engancha con el Programa Nacional de Formación y Capacitación Permanente (Pronafcap) y otros beneficios e incentivos.

Por otro lado, en una investigación reciente en la que Cueto hace una revisión exhaustiva de diferentes estudios sobre rendimiento en el Perú, Cueto (2007) encuentra que la asistencia a la escuela, el número de libros y de computadoras operativas, así como el porcentaje de competencias desarrolladas en la clase incrementan el rendimiento escolar. Por el contrario, la extra-edad y la repetición de grado tienen un impacto negativo en el rendimiento en matemáticas y comunicaciones.

En otro estudio, Benavides (2002) halla que caminar más de una hora para llegar al colegio tiene efectos negativos en el rendimiento, lo cual está en línea con lo reportado por Velez, Schiefelbein y Valenzuela (1994). También encuentra que se obtienen mejores resultados en *Matemática* cuando los profesores cuentan con *materiales relacionados*, cuando se cuenta con más libros en casa, cuando el director de la escuela ha sido *titulado* en un instituto pedagógico o universidad, cuando se cuenta con buena *infraestructura* (techo adecuado, por ejemplo) o biblioteca, y cuando existe un buen clima institucional (medido con el hecho de que los profesores se reúnan).

Un resultado sorprendente obtenido por Cueto (2007) es que la educación inicial no resulta significativa, aunque el autor explica que ello se podría deber a que más que el recibir educación pre-escolar importa por *cuánto tiempo y en qué condiciones* se recibe, a que los padres consideran educación inicial a guarderías y otros centros cuyo fin no es necesariamente educativo, y finalmente a que el efecto se podría diluir a medida que se avanza en la primaria. Por su parte, Benavides (2002) encuentra que el asistir a una escuela pre-escolar privada incrementa el rendimiento con respecto a asistir a una pública o no recibir educación inicial en general.

Aunque el énfasis del análisis se da en las variables de oferta, hay variables de demanda que también influyen en el logro educativo. En general, todos los estudios revisados encuentran que a mayor nivel socioeconómico de los alumnos, se obtienen mejores resultados. Por supuesto, esta variable podría estar escondiendo muchos otros factores relacionados con el nivel socioeconómico pero que no se han podido incluir en los análisis realizados. Cueto (2007) menciona el impacto negativo de la condición de niño trabajador. Por otro lado, el atraso escolar está influido por la estructura del hogar (un hermano o hermana en primaria aumentan la probabilidad de atraso, quizá por un efecto sustitución de recursos familiares), el ingreso del hogar (pertenecer a un hogar pobre tiene una mayor probabilidad), las características de la vivienda (contar con electricidad y desagüe reduce la probabilidad de atraso), y el gasto de las familias en educación (el gasto en textos, uniformes, y otros que no incluyen la pensión escolar ni la movilidad, reduce de manera importante la probabilidad de atraso) de acuerdo con Beltrán *et al.* (2004). En cuanto a la deserción escolar, esta se incrementa con la edad de los estudiantes, el género femenino, tener una relativamente mayor talla para edad y no vivir con ambos padres, según Cueto (2004).

En resumen, aunque hay diferencias entre los estudios en cuanto a los factores más importantes detrás del rendimiento escolar, parece haber un relativo consenso en que la gestión educativa, la pedagogía y tiempo en aula, la infraestructura de la escuela, los libros, y la capacitación de los maestros son clave para lograr un aprendizaje adecuado en la escuela. La lectura del marco lógico actual del programa estratégico indica que todos estos factores, con excepción de la importancia de los libros y el número de horas lectivas (puede estar implícito), han sido considerados, como se observa en el cuadro 5.1. La capacitación en pedagogía de los docentes es fundamental como resalta Cueto (2004), ya que sin esta habilidad un mayor número de horas efectivas de clase, por ejemplo, no tendría efecto alguno.

Por otro lado, la importancia del nivel socio-económico en el rendimiento no hace sino resaltar la necesidad de complementar las políticas educativas con políticas sociales que beneficien de manera efectiva a los más pobres.

c. Indicadores y Medios de verificación

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin			
Propósito	→		
Componente 1	→		
Componente 2	→		
Actividades			

Indicadores considerados. El interés se centra en el propósito y en las mediciones del mismo. Bajo la metodología del marco lógico se espera que los indicadores sean más específicos. En general los indicadores no deben dejar duda sobre lo que miden, por lo tanto, la categoría “desempeño suficiente” considerado en el marco lógico tiene que definirse con mayor claridad para poder garantizar su medición a lo largo del tiempo y que el significado sea compartido con la población y la sociedad civil. En este sentido, es importante que se cree un estándar acerca de qué se considera un desempeño “suficiente”, y que este se pueda medir de la misma manera a lo largo del tiempo. Se entiende que la definición de los indicadores y algoritmos (fórmulas) corresponde a los manejados en la Unidad de Estadística o de la Unidad de Medición de la Calidad.

El marco lógico es muy ambicioso⁷⁶ en el componente I, muchas de las estrategias a nivel de actividad en el componente de “gestión educativa” son en realidad pasos previos y complementarios para la implementación de mejoras generales en el sector educación, como por ejemplo que se cuente con un Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación del servicio educativo; que exista un sistema adecuado de incentivos, y que las familias cuenten con información sobre logros de aprendizaje y sean sensibilizadas para exigir rendición de cuentas. Ninguno de estos objetivos-actividades se puede cumplir en un solo año presupuestal, por lo que se esperaría obtener resultados en el mediano y largo plazo.

También existen indicadores ambiguos como la “percepción de las familias respecto de la prestación del servicio educativo que se brinda en las IIEE públicas de su comunidad”, que no necesariamente reflejan la calidad del servicio educativo real. Por ejemplo Crouch (2006, 98) menciona que 89% de los 27 padres que pudieron ser entrevistados en su estudio estaban “complacidos con la enseñanza de sus hijos”, y que la correlación entre la percepción de los padres y el desempeño real de sus niños fue de apenas 0.26, lo cual significa que la percepción de los padres está distorsionada pues no se sustenta en el aprendizaje efectivo de sus hijos, quizá como menciona Crouch, debido a bajas expectativas o información insuficiente para medir ese aprendizaje.

Sin embargo, también se consideran otros indicadores que sí están relacionados directamente con el objetivo del programa. En la sección anterior se analizó que variables respondían a un marco causal, pues la estrategia planteada debería responder a la evidencia científica acerca de qué variables tienen el mayor impacto sobre el rendimiento de los alumnos. En este sentido, el ingreso a la edad normativa a la

⁷⁶ El marco lógico actualizado y completo aparece en el portal del MEF <http://www.mef.gob.pe/DNPP/PpR/PPSTR/APP/index.swf> paginas 20 a la 25.

primaria, la educación inicial, disposición de material educativo la infraestructura adecuada, y sobre todo los docentes suficientemente capacitados, sí responden al marco causal adecuado.

Medios de verificación. El Perú aún no está preparado para desarrollar de manera sostenible el programa de Logros de Aprendizaje. Ello porque no existen los sistemas de verificación adecuados. Sin embargo, se ha dado un paso importante con la realización en noviembre de una evaluación nacional de rendimiento escolar a alumnos de segundo de primaria, aunque aún así es necesario contar con un Sistema de Información y Monitoreo adecuado (Ver anexo III), y no sólo con pruebas esporádicas. De hecho, Cueto (2007) y el CNE (2006) resaltan la necesidad de que se implemente finalmente el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (Sineace) que ya está aprobado por el Congreso de la República, y que se encuentra en su etapa germinal.

d. Actividades y presupuesto

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin			
Propósito			
Componente 1			
Componente 2			
Actividades			

El objetivo en esta sección era hacer un cálculo del gasto del programa estratégico en años anteriores y encontrar si la nueva estrategia en el PpR iba a demandar mayores recursos. Por dicha razón, para poder estimar el presupuesto de dicho programa mirando años anteriores, se hizo seguimiento del gasto de las acciones y componentes.

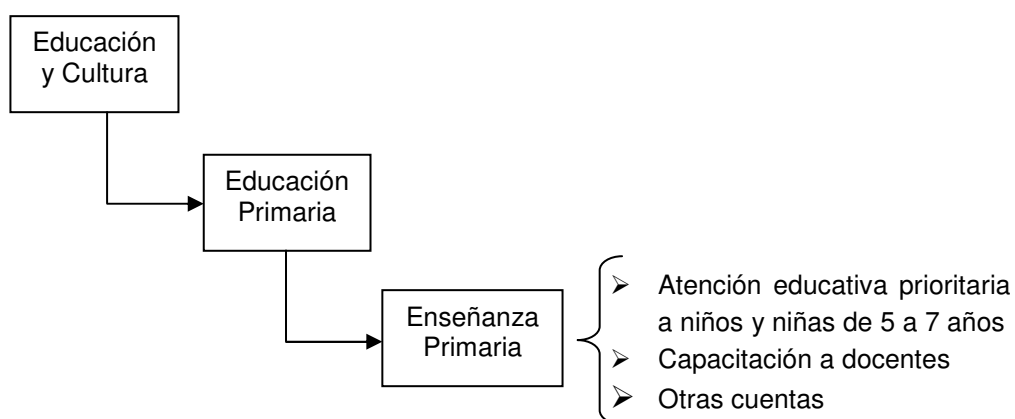
Al igual que en el tema de salud, para relacionar el presupuesto tradicional organizado por una estructura funcional programática (donde se privilegia el seguimiento y costeo de insumos) con el modelo actual de presupuesto por resultados, se procedió a seguir las indicaciones publicadas en el portal de transparencia y seguir las “ramificaciones” del Sistema Integrado de Administración financiera (SIAF). En una primera etapa, se simuló el costo actual de los programas priorizados y luego se calculó los montos de años anteriores para completar una tendencia.⁷⁷ El flujo en el gráfico 5.8 que aparece a continuación explica de manera simplificada el proceso de trabajo para hacer el *matching* entre los dos modelos, el actual registrado en el SIAF y el PpR.

Luego de hacer el ejercicio, la conclusión es similar a la que obtuvimos en las simulaciones del sector salud. No se pudo completar el *matching* debido a nuevas partidas creadas para hacer encajar la definición de las nuevas actividades, mientras que otras se conservaron. Se desconoce si las regiones y las unidades ejecutoras registraron los costos de actividades similares en las mismas partidas; el trabajo de detalle demandará esfuerzo y paciencia; es básicamente tarea de los ejecutivos que han estado

⁷⁷ Para esta tarea se tendrá que identificar partidas similares, ya que los nombres y códigos cambia cada año.

trabajando el presupuesto a detalle, es difícil para una institución externa replicar exactamente el trabajo dada la estructura del presupuesto y del SIAF. Se espera que conforme se consolide el proceso de migración se pueda efectuar el seguimiento del gasto por una entidad externa al MEF haciendo uso de las ventanas amigables del portal.⁷⁸

Gráfico 5.8. Seguimiento de las cuentas de educación



Fuente: SIAF, Ley N° 28927

Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

⁷⁸ Al igual que en salud se sabe que tanto el sector salud como el MEF está coordinando con las ejecutoras para que registren de manera estandarizada la información de las actividades del PpR en las mismas partidas presupuestales y utilicen los mismos costos unitarios.

I

MODELOS E INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS

¿Cuál es la dinámica y complejidad de la Reforma del Estado?

II

EL PRESUPUESTO PÚBLICO POR RESULTADOS Y SU PAPEL EN LA GOBERNABILIDAD

¿Cuál es la utilidad del presupuesto y su relación con la gobernabilidad?

¿Cómo y por qué el presupuesto por resultado incrementa la transparencia y rendición de cuentas?

III

ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO PÚBLICO Y MONITOREO DEL GASTO EN SALUD Y EDUCACIÓN

¿En qué contexto económico se implementa el PpR en Perú?

¿Cuál es la importancia del gasto en salud y educación?

IV

SECTOR SALUD. SU TRANSICIÓN AL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

¿Es posible vincular su desempeño al gasto? Ejemplo del Seguro Integral de Salud.

¿Cuál es la metodología para transitar del presupuesto actual al PpR? El caso de la salud materno neonatal.

V

SECTOR EDUCACIÓN. SU TRANSICIÓN AL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

¿Es posible vincular su desempeño al gasto? Ejemplo de la educación básica

¿Cuál es la metodología para transitar del presupuesto actual al PpR? El caso del desempeño de segundo grado

VI

FACTORES QUE ACOMPAÑAN EL PRESUPUESTO POR RESULTADOS: INCENTIVOS, AUTONOMÍA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

¿Cuáles son los factores de éxito que han acompañado modelos de gestión por resultados?

¿Tenemos algún avance en Perú?

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO VI

FACTORES QUE ACOMPAÑAN EL PRESUPUESTO POR RESULTADOS: INCENTIVOS, AUTONOMÍA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

No cabe duda que las bondades y atributos del Presupuesto por Resultados (PpR) estriban en facilitar la rendición de cuentas del Ejecutivo hacia el Congreso y la Sociedad Civil y de hacer una mejor asignación funcional y distribución de recursos públicos. Lograr que la iniciativa de implementar el PpR en Perú tenga éxito y logre sostenibilidad requiere consideraciones como:

1. El desarrollo de esquemas presupuestales orientados hacia resultados ha tenido éxito cuando ha ido acompañado de políticas u otros instrumentos de gestión moderna en el sector público que también han estado orientados a lograr resultados. Consideraciones para implementar incentivos bajo instrumentos contractuales, fiscales y meritocracia son importantes.
2. Vinculado a lo anterior están las consideraciones de descentralización político-administrativa y autonomía creciente de las agencias públicas en los estados. Mayor descentralización y autonomía se acompaña con la responsabilidad de rendir cuentas a través de los resultados obtenidos.
3. Un elemento esencial para que realmente funcione el presupuesto por resultados es la existencia de una cultura de rendición de cuentas, tanto por el lado del que genera la información de desempeño como por el lado de la demanda de dicha información. Esto nos lleva inmediatamente a valorar la importancia de los sistemas de monitoreo como herramienta que facilita el intercambio de información y el apoyo político que garantiza la existencia de demanda de dicha información.

Lo fundamental al final del camino es la voluntad política de implementar el proceso; al ser una metodología que necesita sintonía entre varios principales y agentes, es necesario que esté claro la importancia otorgada a la misma y que exista demanda por la información de desempeño, de lo contrario las probabilidades de desaparición son altas.

Como se comentó en el capítulo II, no hay un único modelo de presupuesto por resultados, países prefieren tomar y usar combinaciones de diferentes modelos, pero elementos constantes son entonces la creación de incentivos que acompañen al PpR, tendencia al otorgamiento de autonomías contra entrega de resultados y la existencia de sistemas de monitoreo vigorosos en un esquema de rendición de cuentas.

1. Generación de incentivos

Los incentivos a los agentes pueden ser de diferente naturaleza: fiscales (a través de transferencias condicionadas a gobiernos subnacionales), incentivos vinculados a la meritocracia o incentivos monetarios a través de contratos de resultados⁷⁹. Los incentivos a través de bonos se han utilizado en algunos países como Francia y Chile. En el caso de Francia, su presupuesto estructurado en programas, considera un bono dependiendo de si cumple o no con las metas. Los responsables de las misiones en

⁷⁹ También se han usado los términos de acuerdos y convenios de desempeño.

cada nivel de gobierno: central, regional y subregional tienen una parte variable en su sueldo. Si cumplen con las metas obtienen 10% más, mientras que si no las cumplen reciben 10% a su salario base. Por otra parte, un caso similar es Chile, donde además del reconocimiento en *rankings* y premios, hay incentivos monetarios, los mismos que son de dos categorías. El colectivo y el institucional. En el primer caso⁸⁰, si el cumplimiento de metas de gestión fue superior al 90% se otorga un bono de 4% mientras que si el cumplimiento llega al 75% este llega al 2%⁸¹. Para el caso institucional se otorga financiamiento a proyectos institucionales y remuneración por desempeño de 5% sobre el sueldo líquido si la institución cumplió con más del 90% de los objetivos de gestión anual y de 2.5% si cumplió con más del 75% y menos del 90%.⁸²

En adelante solo nos referiremos a los contratos de resultados pero se puede aplicar igualmente a los otros tipos de esquemas de incentivos.

a. Los contratos de desempeño

Si bien las iniciativas de implementar la lógica de resultados a nivel macro se fortalecen con la implementación del PpR, la lógica del enfoque por resultados es aplicable a iniciativas micro que ciertamente ya han sido puestas en práctica en diversos sectores del quehacer público, incluyendo el nuestro.

El “contrato de desempeño” es una herramienta que se guía por el enfoque de resultados y que ha sido usada para mejorar la gestión de entidades individuales. Por ende, más allá de resolver problemas de entorno, como apuntan las reformas macro, tratan de fortalecer a las organizaciones⁸³ para desarrollarse adecuadamente en dicho espacio.

A continuación se dan los fundamentos teóricos que explican por qué al interior del Estado pueden existir objetivos desalineados entre organizaciones; luego se señala cómo estos contratos ayudan a superar el problema, incluyendo las estrategias. Finalmente, se presenta la aplicación de estos instrumentos en el Perú, y se revisa las experiencias internacionales en esta materia.

La teoría del principal-agente⁸⁴

La lógica que se subyace en los contratos de desempeño recae en que el objetivo de política o de Estado orienta el objetivo del proveedor del servicio, que generalmente atiende más de una política. Según la teoría del Principal-Agente, existe un órgano rector (principal) que define los objetivos que deberían cumplir todas las entidades (agentes) que se desenvuelven en el sector que dirige. Sin embargo, las metas que

⁸⁰ Para funcionarios que trabajan en equipos.

⁸¹ Si el número de funcionarios en el equipo asciende a máximo 20 personas, el bono puede llegar como máximo a 9% si el cumplimiento es de más del 90% y de 4.5% en caso que llegue al 75%.

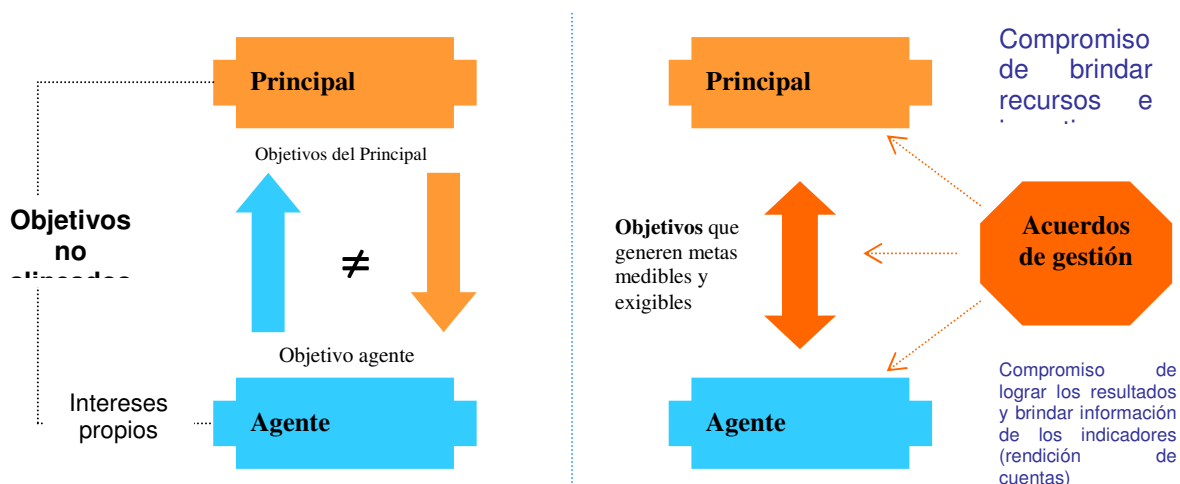
⁸² Aún cuando el tema es importante, es un tema que queda pendiente en el planteamiento actual del modelo peruano.

⁸³ Organizaciones en este caso lo entendemos como el grupo de personas que tienen una estructura y orden (establecimientos de salud, escuelas) mientras que las instituciones son las reglas de juego que gobiernan a la organización. (Preker y Harding, 2006).

⁸⁴ Para una revisión más detallada del enfoque de la teoría del principal-agente en la gestión pública ver Lane (2005).

siguen éstos agentes dependen no solamente de lo definido por el principal, sino de una serie de factores internos (como recursos, relaciones con otros agentes, motivaciones de su personal, etc.). Ver lado izquierdo del gráfico 6.1

Gráfico 6.1: Relación principal-agente



Elaboración: Propia

En el caso peruano, organizaciones de la administración pública se relacionan con diversos grados de independencia. A nivel sectorial, los ministerios establecen una jerarquización sobre las entidades adscritas a ellos, por lo que pueden definir los objetivos de éstas y controlar sus recursos. No obstante, el conjunto de actividades de las entidades agentes depende mayormente de las decisiones de su gerencia, por lo cual se generan intereses institucionales que no necesariamente llevan a priorizar el objetivo que define el rector. Por otro lado, existen órganos que no dependen de un ministerio (como ahora las Direcciones Regionales de Salud o las Direcciones Regionales de Educación) y más tienen otro principal como el gobierno regional (específicamente a la Gerencia de Desarrollo Económico y Social). En este caso, la capacidad de ingerencia del líder del sector es mucho menor al anteriormente visto. Así, en la práctica, la alineación de objetivos al interior del Estado es una característica poco común y que además se enfrenta a dificultades operacionales en el contexto de descentralización para el caso de Perú.

Alineando los objetivos: los contratos de desempeño

Para alinear los objetivos del principal con los del agente se debe generar **incentivos** para que los agentes interioricen las políticas recibidas, pero además promover que el principal facilite los recursos para que los agentes puedan cumplir con éxito sus labores. Los **contratos de desempeño**, que cumple el rol de contratos relacionales, apuntan en esa dirección. Mediante ellos, el principal define con claridad los objetivos y resultados que el agente debe lograr en sus actividades, para lo cual se compromete a otorgarle ciertos beneficios. Para que estos acuerdos sean exitosos se debe tener en cuenta:

Diseño. Para que los objetivos planteados sean compartidos por los miembros de las organizaciones principal y agente, es necesario dar pautas claras. En ese sentido, se deberá establecer:

- i) Objetivos e indicadores. Esto responde a la lógica de cumplimiento y control. La clave es definir objetivos reales para guiar las acciones del agente. Complementariamente, a través de mecanismos de seguimiento e indicadores, se medirá el desempeño del agente rumbo a las metas aceptadas. Si se quiere relacionar con el PpR las consideraciones de los indicadores en ambos instrumentos es fundamental.
- ii) Incentivos. Este es un instrumento poderoso para promover el cambio. El sistema de incentivos debe ser capaz de premiar o castigar el desempeño individual de los funcionarios con lo cual deberá diferenciarlo del desempeño del grupo.

Negociación de convenios. En la negociación del convenio un punto clave es la materia de negociación pues debe estar al alcance de las capacidades e intereses tanto del principal como del agente. Promover un convenio poco factible puede dar como resultados el deterioro del desempeño del agente con respecto a la situación previa a la firma del acuerdo. Tampoco se debe acordar asuntos que de todas maneras están al alcance del proveedor puesto que no tendría sentido.

Monitoreo de los convenios de gestión. La revisión de los avances hacia las metas acordadas es importante tanto para el principal como para el agente por lo que ambos deberán participar de este proceso mediante la definición de las fuentes de información, periodo de recolección e indicadores. Claramente, el agente es quien sabe qué indicadores son factibles de monitorear y cuales no, lo cual lleva a la necesidad de generar incentivos para que el agente proponga los indicadores más útiles para el contrato de desempeño. Por lo general, al comenzar los compromisos, los sistemas de información son muy básicos por lo que el planteamiento de indicadores complejos se ve limitada. Sin embargo, la experiencia muestra que en la medida que el proceso avanza, los sistemas de información mejoran año a año, lo cual ayuda a mejorar la aplicación y resultados de estos acuerdos.

Compromisos creíbles. Uno de los aspectos que debe envolver a estos acuerdos es la existencia de un compromiso creíble al más alto nivel para que las partes sigan el enfoque planteado. Ello implica que tanto en la organización principal como en el agente, exista un ambiente proclive a la modernización del Estado. Otro aspecto importante es que, paralelamente a estos contratos, se desplieguen otros procesos de reforma. En particular es crucial que exista una política de recursos humanos que promueva la meritocracia y el enfoque de resultados. Ver lado derecho del gráfico 6.1

b. La aplicación en el Perú

En el Perú, la aplicación de estos instrumentos ha variado dependiendo del área del sector público en que se han implementado, como a sus características y objetivos. El ejemplo más claro es que algunas vertientes de este modelo no han considerado incentivos monetarios. Si bien un estudio del CIES del año 2000 (Arroyo) señala que la aplicación de contratos de desempeño no acompañados de un proceso de reforma del Estado ha mermado sus impactos esperados, como se verá luego, han contribuido a generar cambios iniciales en las organizaciones que los han adoptado.

El anexo V presenta de manera sistematizada recuadros en los cuales se sintetizan los principales logros, limitaciones y características de estos instrumentos, los mismos que se agrupan en gobiernos locales, sector salud y educación. Las experiencias presentadas principalmente son las más recientes, lo cual facilita el rescate de lecciones ya que se enmarcan en el actual proceso de descentralización y modernización del Estado.

Los convenios de administración de resultados (CAR) en los gobiernos locales (GL)

Una variable importante a considerar en los acuerdos a nivel local llamados “CAR” se vincula con la profundización del proceso de descentralización. Llevada a cabo las transferencias de funciones a los GL, los órganos rectores sectoriales reducen su poder de influencia en los sectores sub-nacionales. Así, para asegurarse que los objetivos de la administración local apunten en la misma dirección que los del gobierno central y regional, este instrumento se muestra como una herramienta estratégica.

Se propuso cumplir con una serie de indicadores y compromisos a cambio de un bono de reconocimiento. Las oficinas vinculadas a indicadores adoptaron criterios relacionados con una gerencia por resultados. Si bien se cumplió con los indicadores, dejar pendiente los compromisos asumidos, hizo que no se les otorgue el bono de reconocimiento. Al no tener, los convenios, un rango de ley, estos GL no pusieron mucho esmero en sus compromisos. Las limitaciones estructurales al interior de las municipalidades evitaron los avances de los CAR. Por ejemplo, la reglamentación municipal pone barreras para contratar personal y con ello obtener profesionales capaces. Las nuevas funciones y los cambios constantes de normatividad que imponía el proceso de descentralización, dificultó la marcha de este acuerdo.

Un punto a subrayar es que la Dirección de Gobiernos Locales de la DNPP se podría ver rebasada ante una estrategia de implementar CARs a nivel nacional con los GLs, dado el reducido número de personal con el que cuenta. Por ejemplo, parte importante en la ejecución de estos convenios es la capacitación a las áreas de presupuesto y programación, para lo cual hubo ciertos problemas con las municipalidades que participaron. Véase anexo V. En ese sentido, es factible esperar que la ampliación de la estrategia a otras municipalidades pueda enfrentarse a serias limitaciones en las actuales condiciones.

Los contratos de desempeño en el sector salud

El uso de estos instrumentos en el sector salud data de los primeros años de la década de los noventa⁸⁵, por lo que existe una amplia experiencia acumulada en el sector que facilita su apropiación en los niveles de gobierno sub-nacionales. En la década actual, se dieron avances importantes que involucran a distintos actores como los hospitales, el MINSA, los Gobiernos Regionales y el MEF.

⁸⁵ De acuerdo con un documento de Laguna (CIES, 2000), la primera experiencia proviene del entonces Instituto Peruano de Seguridad Social en 1993 por medio del Sistema de Pago por Valor Bruto de la Producción.

Como respuesta a los cambios causados por el proceso de descentralización y como instrumento de modernización del sector salud, los contratos de desempeño cumplieron un rol como herramientas válidas para tratar de superar las debilidades institucionales. No obstante, los mismos cuellos de botella institucionales y la falta de apoyo político fueron las principales restricciones para que estos contratos no hayan logrado avances sostenibles. Como se ve en los cuadros del anexo V, hay casos en los que se carece de incentivos o se frena los procesos por falta de apoyo del gobierno central, lo cual se explica por la carencia de una estrategia articulada en el ámbito nacional. Pero por otra parte, la continua aplicación de estos acuerdos los convierte en un instrumento necesario para la actualidad y que puede reforzarse con la estrategia de implementación del PpR.

Los contratos de desempeño en el sector educación

Dada las complejidades del sector educación, estos contratos han servido para ganar flexibilidad al interior de las instituciones educativas y así mejorar las relaciones con los alumnos, padres y el propio Ministerio de Educación. A pesar de ser una experiencia ensayada pocas veces, ha probado que con incentivos se mejora la gestión educativa gradualmente. Las experiencias en el anexo V presentan los casos de dos instituciones educativas y se recoge la percepción de los actores acerca del instrumento.

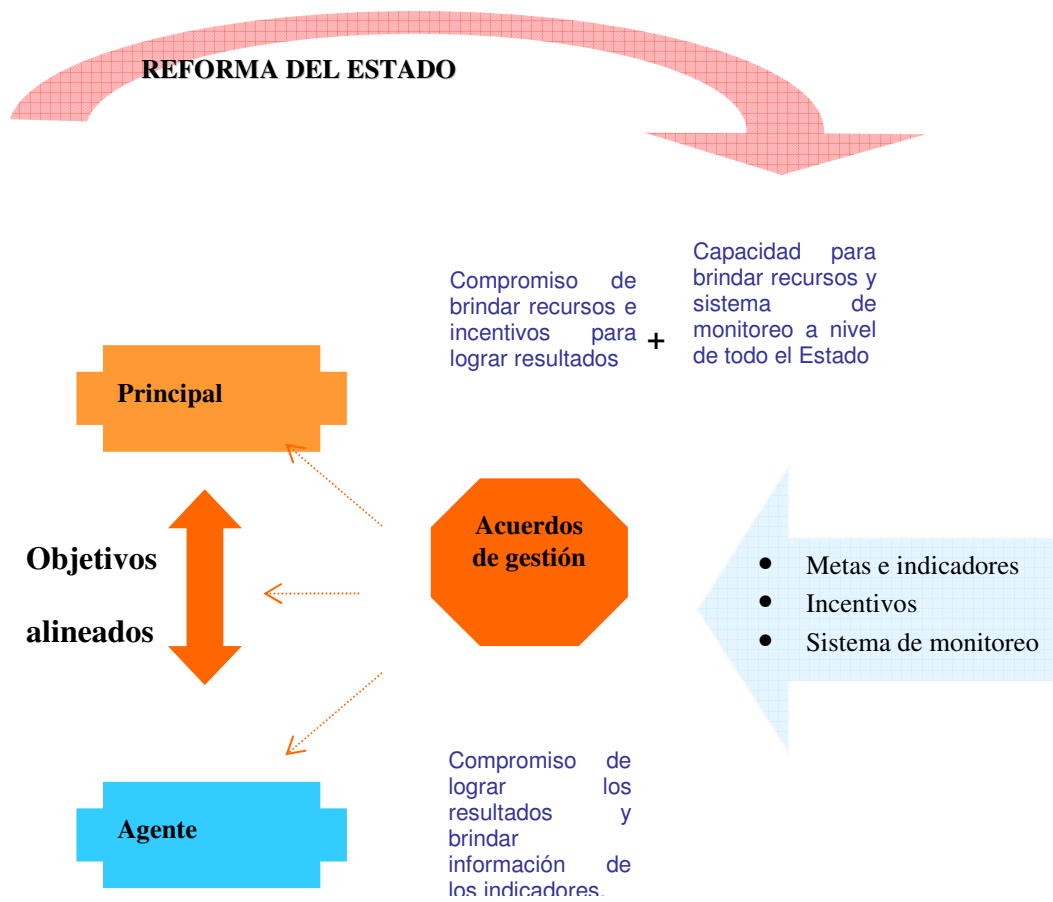
En primera instancia se observa que si bien, la Dirección Nacional de Presupuesto del MEF es el impulsor del enfoque de resultados en el sector público, su falta de conocimiento de las operaciones específicas de cada sector complica su trabajo a la hora de definir las metas e indicadores más apropiados en los contratos de desempeño. Además, dado el elevado número de contratos, la capacidad de esta Dirección se podría ver rebasada para atender todos los niveles de gobierno. En ese sentido, la falta de una estructura que englobe a toda la administración pública es una de las principales limitantes de la correcta aplicación de estas herramientas.

A pesar de este gran vacío, que como veremos ha sido lo primero que se ha buscado resolver en otros países, las evaluaciones de estos acuerdos de Oliva (2006) y Ravina (2006) coinciden en señalar que han tenido efectos positivos sobre las instituciones agentes que las han firmado. En particular, el logro ha sido la introducción de criterios de eficiencia y resultados tanto en el grupo humano como en las estructuras de las instituciones que adoptaron estos contratos.

Esto último es congruente con las percepciones e información cualitativa obtenida en las entrevistas con expertos y *stakeholders* involucrados en los convenios realizadas para este estudio. Lo que adicionalmente ha quedado claro es que se necesita acabar con la información asimétrica entre los niveles involucrados en la firma del convenio. Los resultados pueden ser mejores si se difunde entre todo el personal el alcance de los compromisos, sobre todo entre los proveedores de primera línea, es decir el personal de salud y educación que labora en los establecimientos de salud y en las escuelas.

Finalmente, los acuerdos de gestión bien estructurados han sido una herramienta que ha modernizado y profesionalizado el trabajo de las “entidades agentes” que las han adoptado. Los mayores obstáculos se han originado por el vacío del Estado para promover una política y un sistema nacional para impulsar el enfoque de resultados. En la medida que el Estado avance progresivamente hacia subsanar este vacío esta herramienta podrá multiplicar los frutos que ha generado. Ver gráfico 6.2.

Gráfico 6.2: Relación principal-agente con contratos de desempeño en un contexto de reforma del Estado



- Moderniza su gestión.
- Capacidad para cumplir y superar las metas.

Elaboración: Propia

Nota: Una reforma del Estado permite fortalecer las capacidades del principal para cumplir con los incentivos ofrecidos. Así, los acuerdos de gestión se convertirán en herramientas que modernicen la gestión de los agentes, pero que además lo pongan en capacidad de cumplir y superar las metas.

Recuadro 6.1 La experiencia internacional. Chile

Un caso que ayuda a entender qué factores fortalecerían los acuerdos de gestión de nuestro país es la experiencia chilena. Al igual que otros países, en Chile se apuntó a fortalecer el conjunto de la administración pública a través de la identificación de problemas transversales a todas las instituciones estatales. Luego de un periodo de aprendizaje que duró varios años, el Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG) adscrito a la dirección de presupuesto (DIPRES), estableció el denominado “Programa Marco” donde se definió 5 áreas comunes (*) para toda la estructura estatal. Dicho programa medía el progreso en cada área de todas las entidades públicas, quienes a cambio de logros recibían como un incentivo monetario para su personal.

El Programa Marco, asesorado por un grupo de expertos y funcionarios de los sectores involucrados, contó con un conjunto de requisitos técnicos y exigencias estándares para calificar con un mismo criterio a todas las entidades públicas. De esa forma el Estado Chileno desarrolló un sistema nacional para medir los progresos de sus organizaciones. Dado que muchas de ellas alcanzaron los niveles exigidos, posteriormente se creó el Programa Marco Avanzado, donde los nuevos criterios de desempeño se orientan a que los participantes alcancen estándares de calidad internacionales. Así, la experiencia chilena nos enseña que cuando existe un marco detrás de los acuerdos, las entidades logran un mayor desempeño.

(*) Estas son: Sistemas de gestión de recursos humanos, calidad de atención de usuarios, planificación / control / gestión territorial, administración financiera y enfoque de género.

2. Autonomía de las agencias y proveedores

El modelo de gestión del proveedor es fundamental. La autoridad real de las unidades ejecutoras intermedias y del medico jefe del establecimiento de salud y director de la escuela en el manejo de los insumos es primordial para que se concreten los resultados. No es raro encontrar testimonios como los que aparecen en el recuadro 6.2 que aunque anecdótico reflejan la rigidez normativa⁸⁶ que a la larga ocasionan un alto costo en la gerencia de los sectores y limitan la consecución de resultados.

⁸⁶ Esta situación se ha agudizado en la coyuntura como consecuencia de la poca confianza en los servidores públicos y temor de malos manejos de recursos.

Recuadro 6.2 Proceso para obtener reembolso por movilidad para cumplimiento de funciones

Un funcionario en alguna unidad ejecutora del sector salud tiene que transitar por el siguiente proceso para obtener el reembolso (no adelanto) de los costos de movilidad para acudir a reuniones de trabajo en el ministerio. Dos elementos deben llamar la atención, el número de pasos en el proceso y los vistos buenos de altos niveles de autoridad en la toma de decisiones para un asunto sencillo, independientemente del valor de los montos de reembolso. No se han incluido los tiempos consumidos.

1. Obtiene una boleta con firma del jefe de personal para salir de la red de salud. .
2. Visa la boleta en el Ministerio después de la visita
3. Llena la planilla por concepto movilidad y adjunta informe que sustenta la visita realizada.
4. Lleva la planilla e informe para la firma del jefe de personal
5. Recoge planilla e informe
6. Lleva la planilla e informe para la firma de la Dirección Administrativa.
7. Recoge planilla e informe
8. Lleva la planilla e informe para la firma de la Oficina de Dirección Ejecutiva
9. Recoge planilla e informe
10. Lleva la planilla e informe para la firma de Contabilidad – tesorería
11. Espera a que reembolsen el dinero.

Fuente: entrevista 2008, sector salud.

Elaboración: CIUP.

En adelante, para facilitar la identificación de la autonomía en los establecimientos de salud y en los colegios, se ha sistematizado la información del caso peruano siguiendo el modelo de Preker y Harding (2003). Además, se precisa que autonomía es mejor entendida cuando se la califica por áreas, por ejemplo, un jefe puede tener muy poca autonomía en el manejo de recursos humanos pero mucha autonomía en la fijación de tarifas en la recaudación de ingresos por caja.⁸⁷

a. Modelos organizacionales según autonomía

Preker y Harding identifican cuatro tipos de organizaciones según el nivel de autonomía.⁸⁸ Estas unidades productoras de menor a mayor autonomía serían: las presupuestarias, las autónomas, las corporativas y las privatizadas. En cada una de ellas se aplica el diagnóstico del grado de autonomía con respecto a cinco elementos: los derechos de decisión, los derechos del residuo financiero, exposición al mercado, mecanismos de rendición de cuentas y provisión de funciones sociales. Cada uno de ellos afecta los resultados.

⁸⁷ Es una posición similar a la de Thomas Bossert (2001) y su mapa de decisiones que va desde “muy poco” a “bastante” y dependiendo del área que se está estudiando en el tema de descentralización: tarifas, recursos humanos, regulación, y otros.

⁸⁸ Los modelos se aplicaron al sector salud y se extrapolaron al sector educación en este estudio.

- Los *derechos de decisión*, se refieren al grado de autoridad y autonomía que tiene la cabeza de la unidad productiva para manejar sus insumos como recursos humanos, carga de trabajo, actividades, administración financiera, gerencia clínica, y no clínica, planeación estratégica (incluyendo objetivos institucionales), estrategia de mercadeo y ventas, etc.
- Los *derechos del residuo financiero*, tienen que ver con qué tanto los gerentes o unidad productiva pueden disponer discrecionalmente de los fondos de recaudación propia para cubrir alguna eventualidad o mejora, sin que revierta luego al tesoro.
- En cuanto a la *exposición al mercado*, lo que se quiere explorar es el grado de exposición a los incentivos del mercado, como la dependencia de recursos captados de los pacientes o la posibilidad de que el paciente pueda tener la posibilidad de elegir entre los proveedores. Esto último podría estar influenciado por los mecanismos de pago o la existencia de un comprador gubernamental.
- Con respecto a *rendición de cuentas* y gobernabilidad, se busca establecer en qué medida se utilizan mecanismos jerárquicos de rendición de cuentas u otros mecanismos como rendición de cuentas a la sociedad civil como grupo de veeduría o a los padres de familia o a las asociaciones de usuarios o a directorios.

b. La experiencia en el Perú

Perú también ha visto a través de experiencias concretas el desarrollo de unidades de proveedores con mayor autonomía relativa y que a su vez tienen marcos de rendición de cuentas por resultados, como los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) y los Colegios Fe y Alegría, los cuales han demostrado según varios estudios que se mencionan posteriormente, mejores desempeños que el resto de establecimientos. Los cuadros en el anexo VI presentan de manera sucinta la comparación entre los establecimientos que llamamos tradicionales (por motivos de simplificación solamente) con estas unidades más autónomas utilizando las categorías del modelo de Preker y Harding arriba mencionado.

Las referencias obtenidas dan cuenta de que los establecimientos tradicionales enfrentan varias barreras para alcanzar sus metas pactadas de producción o para atender emergencias, mientras que los CLAS y F&A muestran un mejor desempeño. Se han hecho varios estudios sobre el funcionamiento y desempeño de este tipo de proveedores.

En el caso de los CLAS por ejemplo, Cortez (1998) encontró que en general, los pacientes de los CLAS están más satisfechos con la atención que los pacientes de un establecimiento de salud tradicional; y los CLAS con mayor participación ciudadana son los que tienen mayor nivel de satisfacción percibida por los pacientes. También se encontró en este estudio que el 77% de los pacientes de un CLAS esperaron menos de media hora para ser atendidos, mientras que en los establecimientos tradicionales de salud este porcentaje solo llegó al 59.4%. Igualmente, Altobelli (2001) encontró que las barreras económicas en CLAS son menores y los pacientes tienen mayor acceso a medicinas que en los establecimientos tradicionales en el ámbito rural. En 2004, Altobelli encontró que CLAS ofrece una mejor cobertura de los servicios financiados por SIS que los establecimientos de salud tradicionales. También se encontró que CLAS produce 1.6 y 1.2 veces más que las clínicas No CLAS en el ámbito urbano y rural respectivamente.

Harding y Alvarado (2006) midieron la productividad, medida en consultas promedio por día; y encontraron que el personal contratado CLAS atiende en promedio 9.81 consultas mientras que No CLAS atiende a 9.16. Esta diferencia se agranda cuando se analiza al personal nombrado. Tenemos que el personal nombrado de CLAS atiende a 6.47 consultas mientras que No CLAS a 4.89,

En el caso de educación, Crouch (2006) encontró que la definición de los estándares que deben cumplir los alumnos al terminar cada ciclo escolar no es muy clara al interior de las escuelas públicas a diferencia de los colegios Fe y Alegría y que este factor afecta el desempeño de los proveedores. El tener la línea de base establecida, hace más fácil poder medir y monitorear el cumplimiento de los objetivos. Por otro lado, también se recalca que a pesar de la mayor autonomía financiera que tienen los colegios de Fe y Alegría hay bastante confianza en cuanto al buen uso de los recursos. Se sospecha que esto se puede deber a que son organizaciones manejadas por una orden religiosa; por lo tanto, si se quiere poner dicho esquema en la administración de las escuelas públicas tiene que ir acompañado de un mecanismo de rendición de cuentas claro.

En concreto, se debe apoyar la posibilidad de balancear el otorgamiento de autonomía con la responsabilidad de obtener resultados. La hipótesis inmediata que surge es que en este tipo de establecimientos (CLAS y F&A) se tendría mayor probabilidad de alcanzar los resultados en un esquema como el planteado en el PpR.⁸⁹

Para cerrar este punto, se presenta a continuación el caso de Nueva Zelanda, donde se conjugan instrumentos de incentivos y autonomía.

Recuadro 6.3 La esencia de la reforma del Estado en Nueva Zelanda: incentivos con autonomía

Para muchos expertos en reformas de los sectores públicos la experiencia neozelandesa es un paradigma. Lo esencial de dicha reforma fue la aplicación de un enfoque sistémico que privilegió la incorporación de incentivos para lograr una mejor gestión de todo el Estado. Un elemento clave fue utilizar el enfoque de principal-agente que permite identificar con claridad que incentivos hacen falta establecer para lograr el objetivo deseado (Ver acápite 1.b en este capítulo). La reforma tuvo éxito pues definió y diferenció con claridad resultados e insumos, así como indicadores de gestión que permitieran un monitoreo fácil y expeditivo de los gestores estatales. Finalmente se les dejó a los directivos –como en cualquier empresa privada- suficiente holgura administrativa para poder cumplir las metas trazadas manejando a su mejor criterio todos los recursos a su disposición.

Aunque todo esto podría parecer obvio lo cierto es que se partió de un aparato estatal que tenía muchos de los defectos usuales: ineficaz, excesivo, lento, etc. Pero era un aparato estatal con potencial. No existían problemas de corrupción o nepotismo que debiliten el servicio civil. Asimismo, este grupo humano no tenía –como es visible en otros países- un sesgo político que enturbiara el proceso de reforma y sus capacidades eran mayores en comparación con sus pares en los países en desarrollo.

⁸⁹ Otro caso no muy difundido y en estudio es la gestión efectiva de los Servicios de Administración Tributaria en el Perú (SATs) en 8 municipalidades, cuyo modelo coincide con instituciones con autonomía relativa (organismos públicos descentralizados) y con incentivos económicos (retienen el 10% de la recaudación para su funcionamiento) (DIE, 2008).

Lo que existía era una falta de alineación de los incentivos personales con los objetivos estatales. En ese sentido el esfuerzo de hacer empresarial el manejo del aparato estatal fue total. No sólo se trata de tener gerentes como en el sector privado sino que estos sean electos con concursos públicos, que tengan pleno manejo de todos sus insumos para poder ser evaluados por sus resultados. A estos gerentes se les contrata por un plazo fijo pero se les da amplia libertad de acción, previamente se tenía a directivos a perpetuidad pero con muy poca libertad de actuar.

Estos gerentes tienen un panorama más claro para actuar pues firman un acuerdo de desempeño y un acuerdo de compra. El primero permite evaluar su capacidad en la consecución de los objetivos. El segundo permite señalar con claridad que es lo que se puede ofrecer con los recursos disponibles.

Como toda reforma, esta no deja de tener puntos complejos pero en el balance claramente se nota una amplia mejoría en la gestión del Estado. Uno de esos temas es por ejemplo que ante la mayor autonomía de cada gerente estatal se pierda una visión de conjunto que podría dar una imagen de desorden y falta de claridad o liderazgo. Igualmente, la mayor rotación del staff gerencial podría generar una percepción de desorden. Ambas cosas requieren que otras instancias del gobierno jueguen un rol articulador y construyan una visión común de consenso que les permita trabajar a todos con independencia pero en una misma dirección.

3. Rendición de cuentas y monitoreo

El presupuestar por resultados tiene éxito si se cuenta con un buen sistema de monitoreo y mejor aún si además se tiene un esquema de evaluación de efectos y de impacto de los programas presupuestados.

Cada país es diferente y merece un sistema de monitoreo y evaluación que responda a sus necesidades, sin embargo hay ejemplos de mejores prácticas que merecen destacarse, a la par de otros elementos que aquí se identifican a raíz de la implementación del PpR en Perú.

a. Triangulación

La generación de información a través de las encuestas es muy pertinente para levantar líneas de base y realizar las evaluaciones de impacto, y construir algunos indicadores de desempeño que no se generan en los servicios públicos. Pero hay que también considerar que son costosas y si se accede a las encuestas regulares⁹⁰ implementadas por las agencias nacionales de estadística u otro, no necesariamente la disponibilidad de la información que se genera coincide con los ciclos presupuestales. La medición del progreso de las actividades y productos debe ser continua para facilitar las acciones correctivas en los programas presupuestales.

Lo anterior lleva a pensar en el fortalecimiento de los sistemas de información administrativa⁹¹ como generador principal de información de actividades y productos,

⁹⁰ Tipo Encuesta de Demografía y Salud (ENDES) o Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) en Perú.

⁹¹ Llamada “administrativa” en nuestro medio y se genera, recopila, estructura y reporta en los proveedores directos y oficinas de estadística de los sectores. Esta denominación no pretende calificar la calidad de la información. Se diferencia de la información generada en encuestas de hogares y similares administradas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática.

además de trabajar con las encuestas. Una razón adicional para abogar por este tipo de información es que permite vincular información con nivel de responsabilidad, pero además, los proveedores directos serán influenciados al sentirse responsables de alcanzar las metas fijadas.

La utilización de ambas fuentes tiene la ventaja de realizar triangulaciones, es decir comparaciones de información generada en ambas fuentes con el objetivo de confirmar la misma conclusión. La triangulación se convierte en una especie de control de calidad de la información. Véase el ejemplo en el capítulo IV, sección 2.c acerca de la comparación de dos indicadores de cobertura en el plan C del SIS, uno manejado por el SIS con datos administrativos, y otro indicador calculado con data de la ENAHO.

b. Capacidades

Uno de las recomendaciones primarias es reforzar la oferta de información. Perú cuenta con muy buena experiencia en el manejo de encuestas a través del INEI, pero la disponibilidad de información en los sectores es muy disímil en los grados de avance y sofisticación, o la información que se produce no necesariamente es la que se necesita para hacer seguimiento al presupuesto.

Hay que considerar también el desarrollo y capacidad del aparato técnico presupuestal del nivel central (ejecutivo y legislativo) que va a recibir la información que los sistemas de monitoreo generen, no bastan entonces los sistemas tecnológicos sino también el capital humano que debe estar preparado para analizar la información generada por el PpR y requerida a los Pliegos y programas en general.

Un ejemplo de lo que puede ocurrir es lo que sucedió en Estados Unidos cuando se implantó los modelos de planeamiento-presupuesto y de Presupuesto Base Cero en EE.UU., los mismos que fueron abandonados por la saturación del sistema administrativo, el cual no estaba preparado para manejar ingentes cantidades de información (Folscher, 2006). Las capacidades humanas y tecnológicas son importantes, no sólo entonces de los agentes sino también del principal.

c. Demanda y rol de institución líder

A opinión de los que han hecho seguimiento de los sistemas de monitoreo y presupuesto por resultados, en Chile, país con un modelo centralizado, el rol preponderante del Ministerio de Hacienda permitió liderar la implementación exitosa y sostenibilidad de todo el sistema que acompaña el presupuesto por resultados y en menor medida los sectores, quienes tampoco han aprovechado al máximo la disponibilidad de información en su planificación (MacKay 2006, 2007). En otros casos, como México, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDOSOL) ha sido la promotora de la medición de resultados con mucho éxito en los programas de su ámbito.

Lo importante es que haya respaldo político y una buena estrategia de comunicación entre los sectores en todo nivel. La información sobre la implementación del presupuesto por resultados debe llegar hasta el proveedor final, quien será al fin de cuentas el responsable directo en la provisión de los servicios⁹². Se debe desmitificar que el PpR es sólo para recortar y anular programas, sino que es un instrumento que permite ajustar las estrategias y actividades para lograr mejores resultados en el Estado y obviamente, hacer un mejor uso de los recursos públicos, acabar con la duplicidad de funciones y programas redundantes que no apuntan a un objetivo en concreto.

Tiene que existir una demanda real por la información generada. Muestras de utilización de la información a los generadores de la misma (sectores) y a los contribuyentes y sociedad civil en su conjunto. En el Perú por ejemplo, el MEF tendrá a su cargo la remisión de la información al Congreso, quien podrá tomar una decisión más informada al momento de aprobar el presupuesto.

Una manera de asegurar demanda es iniciar una mayor difusión de los beneficios (incluyendo capacitación en el manejo de instrumentos) del sistema de gestión por resultados, del presupuesto por resultados y de los sistemas de información y monitoreo que los alimenta. En ese sentido, es muy pertinente la opinión de MacKay (2006) que muestras de rentabilidad en otros gobiernos, tal vez a través de las experiencias exitosas, apuntan en esa dirección. La demanda a su vez será un gran incentivo para que la oferta de información mejore.

d. Participación de la sociedad civil

Como lo comentábamos en el capítulo II, la sociedad civil puede participar en varios momentos. En la validación de los indicadores de desempeño, en el seguimiento de los componentes del programa presupuestado (de acuerdo al Marco Lógico del PpR) y en el análisis de la información de desempeño y en la auditoría de la información, bajo su rol de auditor social. En un ambiente de creciente gobernabilidad esta es una demanda que debe ser atendida, pero además fortalecer la sostenibilidad de los modelos de gestión y financiamiento por resultados.

Lo interesante del modelo de SEDOSOL en México es la validación de los indicadores de desempeño de los marcos lógicos con la sociedad civil. Una de las líneas estratégicas contempladas por el MEF en Perú para el futuro es justamente difundir los alcances del

⁹² Hasta el primer semestre del 2008, los jefes de establecimientos de salud desconocían los compromisos que se adquirirían con el presupuesto por resultados.

PpR a la sociedad civil. Esta es parte del sistema general que se encuentra en construcción.⁹³ Véase recuadro 6.2.

Para culminar es importante recalcar que la implementación del PpR es una tarea de largo aliento y que se necesita el apoyo político para tener la tenacidad y paciencia de desarrollar las capacidades, así como sensibilizar a los funcionarios públicos, desarrollar los sistemas tecnológicos, fortalecer la demanda y asentar las bases de la cultura de gestión por resultados.

Lo anterior coincide con la premisa presentada en el capítulo I, de que la Reforma del Estado requiere “mover varios controles” (control knobs) simultáneamente, es decir mover los botones de incentivos financieros, al mismo tiempo que revisar el proceso y autonomía en la toma de decisiones, rendición de cuentas con sistemas de monitoreo.

Recuadro 6.2. Perú. Plan de implementación del Ministerio de Economía y Finanzas

Perú se verá favorecido por iniciarse en el PpR después de algunos países vecinos y poder tomar las lecciones aprendidas en estas experiencias. El propósito señalado de migrar hacia una gestión por resultados es “fortalecer la eficacia y equidad del gasto público para contribuir a la mejora del desempeño del Estado respecto del bienestar de la población...”. Para tal fin se ha considerado cinco componentes, los cuales están en diseño y/o inicios de implementación:

1. Vinculo entre planificación estratégica y presupuesto (con interés a proyectarse a un presupuesto multianual y multisectorial). El componente considera la definición del presupuesto por “programas” a fin de operativizar y medir mejor los resultados. Dos elementos serán cruciales, aunque no fáciles, de implementar: el trabajo transversal de programas entre sectores para evitar duplicidad y la redefinición de la estructura funcional programática del actual sistema presupuestal (de acuerdo a los operadores del presupuesto, este tema ya está causando problemas al momento de asignar los montos a las partidas).
2. Implementación de un sistema de medición, seguimiento y evaluación, incluyendo evaluaciones rápidas a través de la construcción y/o revisión de los marcos lógicos, posibilidad de terciarización. Se buscará fortalecer los sistemas de información sectoriales y su integración a los sistemas estadísticos (INEI). Desarrollo de indicadores de desempeño y construcción de un tablero de control por ministerios Consideraciones de incentivos que promuevan el uso de la información.
3. Impulso a la modernización y capacidad de la gestión pública. Incluye la generación de recomendaciones para mejorar instrumentos como los Convenios de Administración por Resultados, fondos concursables, y otros.
4. Transparencia, rendición de cuentas y vigilancia con informes a los ciudadanos sobre los servicios otorgados y los grados de avance. Lo más destacado en este componente es la creación de estándares de servicio que sirva de referente a la población. Otra actividad planificada es la promoción de la participación ciudadana en la vigilancia y seguimiento del gasto. Se entiende que puede ser la construcción del puente entre el presupuesto participativo y el PpR.

⁹³ De acuerdo a la información en www.mef.gob.pe, icono de PpR consultada en agosto 2008, se ha dado la primera consulta piloto bajo la metodología de evaluación participativa manejada por la empresa CUANTO en siete provincias del norte.

5. Racionalización, adecuación y simplificación de la normatividad al PpR y de la normativa funcional de las entidades encargadas de llevar adelante el sistema presupuestal y de otros sistemas rectores.

Asimismo, cabe recalcar que:

6. Se tiene un plan incremental hasta el 2010. Se inicia el 2008 con cinco programas estratégicos, el 2009 se agregarán programas estratégicos de infraestructura social básica y seguridad ciudadana, luego resto de sectores
7. El modelo involucra todo los sectores y los tres niveles de gobierno.

Fuente: Varias presentaciones en diapositivas en www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php y en seminario internacional “Reforma del Estado y gestión por resultados”, Universidad del Pacífico, 21 de noviembre 2007.

4. Otros controles para ajustar: ejemplo de barreras a superar en el sector salud

Como complemento a este estudio, se realizó una encuesta de seguimiento del gasto público conocida por sus siglas en inglés como PETS, que quiere decir *Public Expenditure Tracking Survey*⁹⁴, en un grupo de establecimientos de salud públicos en Lima Metropolitana con el objetivo de determinar los cuellos de botella institucionales para ejecutar adecuadamente el presupuesto, bajo la idea de que un sol asignado en el MEF debe ser un sol bien gastado por los ejecutores, y por ende con buenos resultados. La metodología implica el seguimiento de la asignación presupuestal a lo largo del proceso productivo hasta el servicio final. A grosso modo los resultados indicaron que existen incentivos perversos causados por las fuentes de financiamiento (ingresos propios y transferencias del SIS) en los proveedores finales (establecimientos de salud) y no hay una asignación clara de responsabilidades entre los diferentes organismos involucrados en el proceso productivo lo cual hace difícil que haya el proceso de rendición de cuentas hacia resultados. Sólo por nombrar algunos temas que el análisis identificó:

1. Los gerentes de los establecimientos de salud, sobre los que supuestamente son los agentes responsables finales de la calidad de los servicios, no cuentan con toda la autoridad en el tema de RRHH, medicamentos y bienes para responder por los resultados.
2. Compras y provisión de medicamentos experimenta problemas de tardanza y desabastecimiento que limita la calidad de atención y por ende resultados. La Dirección de Salud provee los medicamentos de soporte a los establecimientos de salud previa programación por parte de los EESS. Cualquier inconveniente respecto a este proceso debería ser monitoreado identificando los responsables tanto de la mala programación como de las licitaciones truncas.

⁹⁴ Cuya metodología fue desarrollada por el Banco Mundial, la misma que se ha aplicado anteriormente en Perú para los casos del Vaso de Leche y Sector Educación por el Instituto APOYO.

3. Los establecimientos de salud enfrentan incentivos de no perder los reembolsos del SIS; frente a una escasez probable de medicamentos del petitorio del SIS y que también se venden a los no asegurados, se preferirá a los primeros en detrimento de los segundos, afectando la calidad total de la atención y por ende en los resultados finales.
4. Por otra parte, aparentemente contradictorio con lo anterior, los establecimientos de salud tienen el incentivo de cobrar tarifas para complementar su falta de financiamiento con recursos de tesoro, para proveerse de bienes, lograr algún bono adicional como incentivo y pagar por actividades de promoción y prevención de la salud; corriéndose el riesgo de disminuir la equidad en el sector que no maneja un buen sistema de identificación de usuarios.
5. Los resultados esperados de los programas de inmunizaciones no son los mejores, toda vez que los fondos de caja chica llegan tarde, inclusive después de que las campañas terminan.
6. La falta de medicamentos en los establecimientos de salud para tratar pacientes con tuberculosis multi drogo resistente, ocasiona una gran pérdida de calida de vida y capital humano. Además, uno de los temas a atender y que salió a la luz en las entrevistas a los profesionales de los EESS involucrados fue el tema la bio seguridad.
7. Actividades de logística desarrollados por profesionales y técnicos de la salud representan un costo de oportunidad alto si se le compara con el tiempo que le podrían dedicar en la atención de los servicios de salud. Se necesita fortalecer el nivel de administración con personal preparado para tales actividades y que no distraiga y tome el tiempo de personal de la salud.
8. Existe demanda no satisfecha que no es cubierta por falta de personal de la salud, asimismo, los diferentes contratos de personal vinculados a diferentes esquemas de incentivos y bonificación crea tensión y disminuye la moral en el ambiente laboral.

En resumen, todos los procesos importan para lograr los resultados sanitarios esperados. Lo mas crítico observado es la falta de identificación de quién es responsable de qué en toda la cadena productiva de los servicios de salud. Por ejemplo, qué indicadores de debería reportar la DISA/DIRESA, qué indicadores la red, la microrred y los EESS, incluyendo el abastecimiento de los medicamentos, disponibilidad horaria del personal calificado, disponibilidad de limita que se ejecute el presupuesto de manera efectiva y se obtenga resultados. Los resultados completos del estudio mencionado aparecen en Alvarado et al. (2008).

En síntesis, el PpR abre para Perú una ventana donde se hace evidente las limitaciones y fortalezas de los proveedores de los servicios públicos. Su implementación permite visualizar como las reformas de carácter sectorial (por ejemplo acciones priorizadas para el incremento de partos institucionales o mejoras en la comprensión de lectura en niños) conjugan con la reforma orientada a la modernización del Estado (por ejemplo simplificación de procesos y dirección de acciones hacia la consecución de resultados).

Además, la metodología en Perú utiliza el modelo lógico, donde se concadenan acciones y componentes que llevan a resultados, permite a la sociedad civil conocer no solo el monto presupuestado y las metas comprometidas por programa, sino también conocer lo que se tiene o pretende hacer en los programas. Por lo mismo, se sostiene que es un instrumento que mejora la gobernabilidad del país.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El entorno

Históricamente, se ha visto pasar año tras año un presupuesto inercial que no reflejaba bien las prioridades ni estrategias del gobierno, encargado de administrar los recursos del Estado. De la revisión de la asignación del presupuesto según funciones entre el 2002-2007 se observa por ejemplo una estructura donde cada función mantiene casi constante su peso en el presupuesto, reflejando su rigidez y naturaleza incremental. Sin embargo, también ha habido un crecimiento importante en el último quinquenio que no se ha visto reflejado en el cambio de prioridades en el presupuesto, por lo menos a nivel agregado. Cabe destacar que los gastos ineludibles como salarios, pensiones y pago de la deuda representan entre el 64 y 68 por ciento de los recursos públicos, dejando obviamente poco espacio fiscal para maniobrar. Pero en el último quinquenio, el crecimiento y el buen manejo fiscal han creado un colchón que permitiría hacer los ajustes en gastos e inversiones, aunque en el muy corto plazo ha surgido la preocupación de contener la inflación a través de la contención del gasto público.

Este es el contexto donde nace la implementación piloto del Presupuesto por Resultados. La novedad dentro de los anuncios del gobierno es el paulatino proceso de migración del modelo histórico al enfocado en resultados. Al principio se pensó que el nivel de recursos facilitaría ajustes en la estructura presupuestal y el tránsito de un modelo a otro, toda vez que algunas actividades nuevas, para lograr resultados, posiblemente reemplacen a otras menos importantes y requieran mayores recursos. Sin embargo, hasta ahora los reajustes no han sido posibles, arrastrando todavía parte de la inercia histórica.

Un elemento adicional que facilita su implementación fue la definición de los programas piloto en el 2007, cuyo hilo conductor es el desarrollo del capital humano: salud, educación, nutrición, identidad y conectividad. Difícilmente algún interesado se opondría a la elección, por el contrario, la coyuntura de crecimiento versus la lenta reducción de la pobreza los hace pertinentes económica y políticamente.

Vinculado a lo mencionado párrafo arriba está la viabilidad política y la gobernabilidad del país, por la sencilla razón de que el presupuesto público es tal vez el instrumento que mejor recoge las relaciones entre gobierno y sociedad; pero además un presupuesto por resultados con atributos de participación y de obtención de resultados permite ejercer una vigilancia *ad hoc* y promueve la rendición de cuentas. Lo anterior es posible porque en el PpR tienen que sincerarse las acciones concretas a ejecutarse, los indicadores del desempeño de las acciones y las metas a alcanzar sobre las cuales la sociedad civil puede vigilar. Si se logra consolidar la iniciativa del PpR a mediano plazo se verían incrementadas las posibilidades de consolidar igualmente el buen gobierno.

Pero aspirar a que el país entre en esa fase no es tarea fácil. Lo curioso es que lo que representa una fortaleza del PpR también puede ser una amenaza si no se administra bien. De allí que este estudio plantea que si no se dan otras medidas de política que acompañen este instrumento, el sistema político administrativo gubernamental se puede agotar y los mismos ejecutores presionar para que se deje de implementar o para relajar los requisitos.

El análisis de este estudio estuvo centrado en salud y educación. Ambos sectores, “salud y saneamiento” y “educación y cultura” han recibido el 9 y 18 por ciento del presupuesto históricamente, y aunque han visto incrementado en términos reales su presupuesto, este incremento presupuestal no estuvo reflejado en mejores resultados medidos a través de indicadores de calidad. Aunque sí hay que reconocer que en el caso de educación sí se logró mejoras en la cobertura medido a través de matrícula y en salud en expansión de la oferta. Pero la preocupación en Perú, país de ingresos medios empieza a ser la calidad de los servicios públicos como indicador de impacto de las políticas.

Los resultados sectoriales han sido contundentes, mayores recursos no necesariamente arrojan mejores resultados, ni las acciones actuales (sin PpR) llevan a resultados. Solo por mencionar algunos hallazgos, en el capítulo IV donde se discute los hallazgos en salud, se encontró que en el Seguro Integral de Salud hay una aparente desvinculación de los servicios con costos que merece observarse; zonas pobres rurales con mayor riesgo de mortalidad materna y alta cobertura de atención de partos institucionales, donde los servicios, dada la complejidad de los episodios debería costar más, se gasta menos por caso. La interrogante que surge es ¿dónde nace la distorsión?, ¿Se están cubriendo bien los protocolos y medicamentos? ¿Los mecanismos y niveles de pago son adecuados? Justamente, cruzar presupuesto por programas con indicadores de resultados intermedios y finales mejora la gestión pública y uso de los recursos públicos. Similar conclusión se alcanza en el sector educación, donde hay una desvinculación entre gastos con resultados intermedios como equidad en la cobertura espacial o resultados finales como desempeño de los alumnos.

Los instrumentos y procesos

El PpR justamente solucionaría la desvinculación entre la asignación presupuestaria y los productos y resultados por programa y por sectores. El ejercicio de la lectura rápida de los marcos lógicos de dos programas que están piloteando su presupuesto por resultados (salud y educación) y su cotejo con observación de campo, encuestas y entrevistas, han dejado varias lecciones:

1. Responsabilidad. Lo que se mide se cumple si y solo si hay responsables identificados. De por sí el fenómeno Hawthorne en el cual el trabajador aumenta su productividad por ser objeto de interés es primordial. La identificación de los responsables de las ejecuciones en todo nivel crea una cultura de rendición de cuentas. Si bien es cierto que se ha avanzado en la estructuración de los marcos lógicos, todavía no se ha logrado transferirlo a campo. Por ejemplo, ¿quién es finalmente el responsable de que la tasa de mortalidad materno neonatal se reduzca en términos operativos?, ¿los jefes de los sectores como salud y educación? Dado que es resultado de causales vinculadas a ambos sectores, o ¿el jefe del pliego o el jefe de la unidad ejecutora? ¿o los jefes de gestión u operativos donde no necesariamente hay unidad ejecutora? Esta es una de las tareas pendientes que se necesita desarrollar, y además, fuera de los indicadores del marco lógico, los sistemas de seguimiento y monitoreo tienen que estructurarse o actualizarse con indicadores de gestión vinculados y donde están incorporados todos los agentes del sector con su nivel de responsabilidad.

2. Vinculo virtuoso entre políticas macro con políticas micro. La relación va en ambas direcciones. Ante la disponibilidad presupuestal y restricciones fiscales dados, en una primera etapa, las acciones van orientadas a promover reformas sectoriales micro que deben llevar a un resultado pactado; y a la inversa, sincerados los costos, estimada mejor la demanda e identificadas las estrategias, se pueden calcular más cercanamente los montos que realmente se necesitan para alcanzar los resultados. Los ajustes iniciales en las matrices de costos en los sectores han demostrado que es posible transparentar las incongruencias entre ejecutores y que es necesario trabajar con metas reales y estándares.
3. Transparencia y revelación de debilidades y fortalezas. Vinculado a lo anterior, el PpR tal como se plantea implementar es una ventana que transparenta las estrategias de los sectores y permite ver debilidades y fortalezas de los mismos sectores y del entorno público que deben ser considerados (en la concepción de modernización del Estado y/o en las reformas sectoriales). A modo de ejemplo, que se puede extrapolar a los otros sectores, en el sector salud, a través del programa materno-neonatal se pretende reducir la tasa de mortalidad tanto materna y neonatal, para lo cual se han establecido los correspondientes componentes y actividades siguiendo las pautas del marco lógico. La evidencia científica muestra que los componentes elegidos son los que tienen alta probabilidad de lograr los resultados esperados en la reducción de la tasa de la mortalidad materna. Es necesario todavía transferir esas ideas al trabajo cotidiano, incluyendo problemas de logística / administración, por ejemplo que se asegure abastecimiento de bienes y medicamentos a tiempo, arribo de la caja chica para las campañas de salud y contar con el personal capacitado, lo que puede ser la diferencia entre la vida o la muerte. Igualmente, en el caso de educación, no queda claro si los componentes asegurarán la asistencia real del profesor, sin embargo, es una fortaleza del sector haber logrado dar inicio y continuar con evaluaciones de los profesores. La estructura del marco lógico permite ver si los elementos de un trabajo efectivo como maestros con competencias, libros y materiales disponibles a tiempo, directores y padres de familia empoderados, todo en un ambiente con incentivos. Si uno falla es difícil alcanzar los resultados.
4. Indicadores. Medir los resultados no es una tarea fácil, en algunos sectores los indicadores son más complejos y el horizonte de tiempo es más largo que un año sino impredecible (si no se controla por otros factores no contemplados en los componentes) que lo desvincula del presupuesto anual. Eso sucede en el caso de salud, donde el propósito del programa medido con la reducción de la tasa de mortalidad materna podrá ser medido cada cinco años en el mejor de los casos. Pero esta situación en particular se puede solucionar trabajando la variable *proxy* “parto institucional”, que ha sido ubicado a nivel de componente en el marco lógico actual (2008), y podría ser una salida rápida al inconveniente. Exceptuando esta situación, la calificación de los atributos de los indicadores en salud es aceptable, los mismos que ya son recopilados por diferentes fuentes. En el caso de educación, la tarea de fijar buenas mediciones todavía está en proceso en algunos indicadores, sobre todo aquellos que están vinculados a percepciones como “familias que cuentan con información sobre logros”. Otros indicadores son más claros como “docentes con nivel suficiente”, “tener competencias básicas”. Complementario a las conclusiones anteriores, es necesario que se construyan o fortalezcan los sistemas de monitoreo a nivel de gestión administrativa, que en buena cuenta afectan la efectividad de los programas. Como lección, el marco lógico debe contener indicadores a nivel de

propósito que se vinculen con el presupuesto, e indicadores de política pública macro a nivel de fin, el mismo que puede incluir más de dos sectores. Por ejemplo, mortalidad materna y neonatal es un fenómeno explicado tanto por factores vinculados a la falta de información y educación, como por factores vinculados a la oferta de salud por lo que debería considerarse mas bien como un indicador de política a nivel de fin.

5. Marcos lógicos complejos para las estrategias. Las capacidades de abstracción se ponen a prueba en el diseño de un marco lógico. Evidentemente la realidad es compleja y conforme se avanza en las investigaciones y evaluaciones de impacto, se encuentran mayor evidencia de factores causales hacia el logro de resultados. Al traspasar estas causales convertidos en componentes puede recargarse de muchos componentes y actividades volviendo complejo el marco lógico y haciéndolo difícil de seguir. En el caso de educación hay un gran componente de gestión que muy bien podría convertirse en un marco lógico en sí, el cual podría estar acompañando al marco lógico actual, ambos a su vez formarían otro marco lógico al que se le denomina de programa. En ese caso, los propósitos de cada marco lógico que lo compone se convierte en componente del marco lógico del programa (conjunto de proyectos). Esta idea podría de alguna manera aplicarse cuando una gran estrategia es implementada por más de una unidad ejecutora, o cuando tienen demasiados componentes. Aunque no ha sido el foco de este estudio, la estrategia articulada de nutrición es un excelente candidato para este tipo de tratamiento.

Sostenibilidad

1. Eliminar las barreras institucionales (reglas de juego) básicamente vinculadas a los sistemas administrativos que limitan una gestión por resultados. No hacerlo crearía frustración en los ejecutores quienes eventualmente podrían ejercer presión para bajar la importancia del PpR. Esto se hace evidente en el nivel del proveedor. La aplicación en campo de la metodología de seguimiento del gasto conocido en inglés como PETS o *Public Expenditure Tracking Survey* reveló la existencia de incentivos perversos que se han creado en el sistema de salud público por mencionar uno. La dependencia por ejemplo de fuentes de financiamiento de ingresos propios o tarifas, no solo es inequitativa sino que puede ser volátil y al financiar parte de los gastos de logística del día a día, así como gastos de transporte para promoción de la salud, deja a los EESS vulnerables. Paradójicamente, el necesitar recaudar más tarifas puede ser un incentivo (en el subconsciente) de no expandir el seguro SIS al no reportarles liquidez. Esta es la oportunidad, dada la posible creación de espacio fiscal de transitar a un esquema de financiamiento mayor con recursos ordinarios para evitar inequidades en el sistema. Igualmente la encuesta PETS revela la poca autoridad que tienen los jefes de los EESS sobre los cuales descansará gran parte de los resultados; de allí la necesidad de identificar niveles de responsabilidad con los niveles reales de autoridad.
2. La tecnología y los sistemas de información son fundamentales. Por lo menos en los dos sectores piloto que se ha revisado, se plantea la recopilación de información por tres fuentes diferentes. En salud, la triangulación entre datos administrativos y encuestas administradas por el INEI son una buena alternativa. Esta segunda fuente, la más cara y no tan continua, podría servir de auditoría de la primera. Los datos

administrativos en los sectores son todavía débiles y merecen una buena inversión. Sectores como educación plantean recopilar los datos a través de percepciones de los usuarios (padres) aunque ello posee problemas de poca estandarización, poca frecuencia y altos costos de administración. Así como hay responsables en cada nivel que son responsables de diferentes productos, es importante que la generación de información en diferentes niveles vaya acorde con el nivel de responsabilidad del ejecutor.

3. Incentivos. Aunque no hay un único modelo de presupuesto por resultados, se recomienda considerar dos elementos que los países que han tenido éxito en el área han aplicado: incentivos y autonomía por resultados, y mejor aún si ambos van juntos. Con respecto a incentivos, éstos incrementan las posibilidades de éxito y han pasado hasta ahora como un gran piloto sin mayores consecuencias. Pero lo cierto es que hay lecciones que se pueden extraer de ellos para mejorarlos. Hay experiencias concretas en salud, educación, y seguridad ciudadana que pueden dar luces sobre los objetivos, materia del contrato, los indicadores, y bonos de recompensa por el mejor desempeño.
4. Autonomía. Se recomienda considerar las experiencias ya existentes de ejecutores con mayor grado relativo de autonomía (como los CLAS y los colegios Fe y Alegría) y que han dado señales de tener un mejor desempeño, inclusive cuando los gerentes y directores se han enfrentado a barreras institucionales. En estos modelos la autonomía en el manejo de los recursos humanos profesionales médico y docente, insumo que además de representar un gran peso en el presupuesto, es el insumo fundamental – bien capacitado - para lograr los resultados esperados en logros educativos y en la reducción de muerte materna neonatal. El piloto en educación apunta, de acuerdo a los ajustes desarrollados en el marco lógico, justamente fortalecer el rol del director en el tema de recursos humanos.
5. La implementación del PpR es una tarea de muy largo aliento. Se recomienda consolidar los sectores vinculados a los programas estratégicos, especialmente salud y educación y obtener lecciones para el resto de los sectores. El encargo normativo de abarcar un mayor número de sectores hasta el 2011 puede ocasionar saturación en el Congreso y Ejecutivo si no se fortalece las instituciones (organizaciones y reglas de juego). Hay que considerar que no son los números de sectores que deben ser contados para la evaluación y seguimiento sino el número de programas dentro de cada sector (con objetivos definidos), con sus respectivos componentes (con causalidad determinada), actividades (con costos definidos), indicadores (con atributos comprobados) y todo lo que trae consigo si se quiere hacer un trabajo serio. En todo caso, si se continúa incorporando mayor cantidad de sectores como ya ha sucedido (formulación 2009) las evaluaciones ex post tendrían que ser hechas al azar.
6. Información de “resultados” realmente tendrá un uso y se tomarán decisiones con la misma. La información recopilada sobre las acciones de los ejecutores que no tienen demanda real caerá en el vacío y desalentará a los ejecutores. El Congreso, el Ministerio de Economía y los respectivos sectores deberán identificar a sus unidades, los procesos, instrumentos y productos generados con esta nueva información. No se descarta la posibilidad de tercerizar parte del proceso como el seguimiento. Las experiencias dan cuenta de que agencias fortalecidas del Ejecutivo

o Congreso han sido claves para la sostenibilidad. En todo caso, además de los instrumentos hay que fortalecer el aparato gubernamental que hará seguimiento al presupuesto de manera sustantiva una vez que la información generada por el PpR empiece a multiplicarse. Como lo dicho anteriormente, la responsabilidad del Ejecutivo y Congreso no termina recopilando y recibiendo la información y presionando a los ejecutores a que alcancen resultados, sino tomando decisiones en base a la información recibida, por lo que el proceso de todo el ciclo de presupuesto debe estar vinculado al proceso de generación y análisis de la información. Quien reporta, qué se reporta y a quién se reporta debe ser clarificado.

7. Fortalecer las relaciones de los hacedores de política con la sociedad civil en las varias etapas del ciclo del presupuesto. El PpR permite que la etapa de formulación sea más democrática, en el sentido de que la información presentada por programas con objetivos claros a través de los marcos lógicos transparenta las metas, las brechas y los costos de producción. Finalmente, el espíritu de la gestión por resultados debe ser mejor comunicada a la sociedad civil, entendiéndose a ésta como un gran cuerpo formado por varios agentes; la comunidad, la academia, foros y observatorios profesionales y otros. El PpR tiene una serie de características para facilitar el proceso, y como se mencionó en este documento, el proceso presupuestario por resultados es tal vez el mejor instrumento para acercar a los diferentes agentes del Estado para lograr un buen gobierno o gobernabilidad.

Bibliografía

Alcázar, Lorena. (2001) Hacia una mayor autonomía y mejor gestión de los centros educativos en el Perú: El caso de Fe y Alegría. APOYO..Lima

AIS - UPCH. (2006) Estudio sobre medicamentos en Perú: Acceso y calidad de medicamentos e insumos médicos. Lima. Consultoría para el proyecto PARSALUD. Mimeo.

Altobelli (2001) Decentralization to improve Health Care for the Poor. Lima, Perú

Altobelli (2004) Estudio de Costo Eficiencia de las Asociaciones CLAS. Futuras Generaciones, Perú

Alvarado, Betty; Eduardo Morón, Janet Porras, Omar Narrea y María Pía Basurto (2008). The Route of Expenditure and Decisión Making in Peru. Universidad del Pacifico, The Brookings Institution and Results for Development. Lima, mimeografía en prensa.

Arnillas, Federico (2007) PRESUPUESTO POR RESULTADOS Actividades prioritarias a favor de la Infancia y Presupuesto participativo. Mesa de Lucha Contra la Pobreza: Lima, Perú

Arroyo Laguna, Juan (2000). Evaluación de tres experiencias de acuerdos de gestión en el sector salud, Perú 1990-1999. CIES.

Arroyo, Juan ed. (2002) La salud peruana en el siglo XXI. Lima: CIES, DFID-Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional, Proyecto POLICY

Banco Interamericano de Desarrollo y Banco Mundial (2007).Hacia la institucionalización de los sistemas de monitoreo y evaluación e América Latina y el Caribe. Washington, D.C.

Banco Mundial (1995). Bureaucrats in business. Washington D.C: World Bank Policy Report

Banco Mundial (2004) Monitoring and Evaluation: Some Tools, Methods and Approaches Washington, D.C

Banco Mundial (2006). Strengthening Bank Group Engagement on Governance and Anticorruption. Agosto 17, *mimeo.*

Banco Mundial (2006) Realización de Evaluaciones de Impacto de calidad con limitaciones de presupuesto, tiempo e información.

Beltrán, Arlette, Juan Francisco Castro, Enrique Vásquez, Gustavo Yamada (2004) Armando un rompecabezas pro-pobre para el Perú del 2015. Informe final del Diseño de Modelos de Predicción de Cumplimiento de Objetivos del Milenio: El Caso Peruano

Benavides, M. (2002). Para explicar las diferencias en el rendimiento en matemática de cuarto grado en el Perú urbano: análisis de resultados a partir de un modelo básico. En: Rodríguez, J. y S. Vargas (Eds.), *Análisis de los resultados y metodología de las pruebas CRECER 1998*. Documento de trabajo N° 13 MECEP/ Ministerio de Educación del Perú.

Bossert, Thomas J., (2001). Module on Decentralization of Health Systems: Sharing Resources and Responsibilities. International Health Systems Group. Harvard School of Public Health. World Bank Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing. Washoington, D.C.

Brook, P. J. y S. M. Smith (2001). Contracting for public services. Washington, D.C: Banco Mundial

Brown, J., D. Ayvalikli, et al. (2004) Turning bureaucrats into warriors. Washington, D.C : Banco Mundial

Consejo Nacional de Educación (2006). Proyecto Educativo Nacional al 2021. La educación que queremos para el Perú.

Cortez (1998) La entrega de servicios de salud en los Centros de Administración Compartida (CLAS): El caso del Perú. IDRC/CIID, IADB

Cotlear, D. (2006). Un nuevo contrato social para el Perú: ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario? Washington, D.C: Banco Mundial.

Crouch, Luis (2006). Por una educación de calidad para el Perú: Estándares, rendición de cuentas y fortalecimiento de capacidades. Washington, D.C: Banco Mundial.

Cueto, Santiago, Máximo Torero, Juan León Jara-Almonte, José Deustua, Jose (2004). Evaluación de impacto de la asistencia docente sobre el rendimiento de los estudiantes GRADE-CIES

Cueto, Santiago (2004). Factores predictivos del rendimiento escolar, deserción e ingreso a educación secundaria en una muestra de estudiantes de zonas rurales del Perú. Education Policy Analysis Archives, 12(35).

Cueto, Santiago (2007). Las evaluaciones nacionales e internacionales de rendimiento escolar en el Perú: balance y perspectivas

DIE, Instituto Alemán de Desarrollo (2008). Los servicios de administración tributaria (SAT) en el contexto del proceso de descentralización en el Perú. Informe Preliminar de resultados. Bonn, Lima , Mayo 2008.

Folscher, Alta. (2007). Budget Methods and Practices. En Anwar Shah, *Budgeting and Budgetary Institutions*. Washington, D.C: Banco Mundial:

Francke, Pedro, Rafel Ugaz y José Salazar (2002). Análisis macroeconómico del Presupuesto Público 2003. CIES, Proyecto Análisis Independiente del Presupuesto Público 2003. Octubre. Mimeo.

Fretes - Cubils, Vicente (2007). La importancia del crecimiento para una sociedad próspera. En Giugale, M, Vicente Cibil Fretess y John Newman. Perú: La Oportunidad de un país diferente. Banco Mundial: Lima.

García-Abreu, A., W. Halperin, et al. (2002). Public Health Surveillance Toolkit. Banco Mundial
Harding y Alvarado (2006)

IPE (2006). Inversión Privada y Pública en infraestructura en el Perú: El camino para reducir la pobreza. Lima: AFIN y CAPECO

Jaramillo, M. (2005) The public Pension System and the Education and Health sectors. Lima: GRADE, *mimeo*

Lacey, R. M. (1989). Managing Public Expenditure. Washington D.C: Banco Mundial.

Lane, J. E. (2005) Public Administration and Public Management: The Principal-agent Perspective. London & New York: Routledge.

Lavado, P. (2007). Desigualdades en los programas sociales en el Perú Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social y Banco Mundial.

Lenz y Alvarado (2006) Políticas pro pobre en el sector Salud. En Cotlear *Un nuevo contrato social para el Perú: ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario?* Washington D.C: Banco Mundial.

López-Cálix, J., L. Alcázar, et al. (2005) Peru: Beyond Fiscal Discipline, Civil Service Reform and Wise Decentralized Spending. A social sectors expenditure review. Washington: Banco Mundial, *mimeo*.

Mackay, Keith (2007) How to build M&E Systems to Support Better Government. Independent Evaluation Group, Banco Mundial. Washington , D.C.

Mackay, Keith (2006) Institutionalization of Monitoring and Evaluation Systems to Improve Public Sector Management EVALUATION CAPACITY DEVELOPMENT ECD Working Paper Serie No. 15. Enero. Banco Mundial: Washington, D.C

May, Ernesto et. al. Editores. (2006). Hacia la institucionalización de los sistemas de monitoreo y evaluación en América Latina y el Caribe. Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C.

MEF (2005) Sistema de Seguimiento y Evaluación del Gasto Público

MEF (2007a). Plan de implementación de Presupuesto por Resultados
<http://www.mef.gob.pe/DNPP/PpR/documentos/PlandeImplementaciondePpR.pdf>,
consulta 22-01-08.

MEF (2007b) Exposición de motivos para la sustentación del Presupuesto Público para el año 2008.

http://www.mef.gob.pe/DNPP/proyectosley/2008/ExpMotivos_ProyleydePresupuesto2008.pdf

MINEDU (2005). IV Evaluación Nacional Del Rendimiento Estudiantil -2004 Resultados. MINEDU: (UMC)

MINSA (2005) Análisis de la Situación de la Salud

Oliva, Carlos (2006). Elaboración de una propuesta que promueva el uso y la efectividad de los convenios de gestión Governa SAC. Consultoría encargada por PMDE-PCM.

OMS (2005) Informe de la Situación Mundial de la salud

OPS y Dirección General de Salud de las Personas-Minsa (2003). Análisis y Tendencias en la Utilización de Servicios de Salud: Perú 1985-2002. Lima: Ministerio de Salud (MINSA)

ParSalud (2007) Estudio de factibilidad ParSalud II

Preker, Alexander. y April Harding (2003). Innovations in Health Service Delivery. Washington D.C: Banco Mundial.

Ravina, Renato (2006) Evaluación rápida de los Convenios de Administración por Resultados en gobiernos locales. DNPP-MEF

Roberts, M., W. Hsiao, et. al (2001) Getting Health Reform Right. Harvard School of Public Health, *mimeo*

Rojas, F., K. Mackay, et al. (2006). Chile: Análisis del Programa de Evaluación del Gasto Público. Washington D.C: Banco Mundial.

Seinfeld, J. y M. Petrera (2007). Repensando la salud en el Perú. Lima: Universidad del Pacífico y Proyecto AMARES.

Seguro Integral de Salud (2007) Boletín mensual a diciembre 2006. Lima. En www.sis.gob.pe.

Shack Nelson (2006) Presupuestar en el Perú

Shepherd J. (). Education and Health Workers and Implications on Public Pensions, *mimeo*

Tanaka (2007) La participación ciudadana y el sistema representativo. PRODES

United Nations Human Settlements Programme, Transparency Internacional. (2004). Tools to Support Transparency in local Governance. Urban Governance Toolkit Series. Nairobi, March

Velez, E., E. Schiefelbein et al (1994). Factores que afectan el rendimiento académico en la educación primaria (Revisión de la Literatura de América Latina y el Caribe). LAC Technical Department, T.W.B., *mimeo*

World Economic Forum (2007). The Global Competitiveness Report 2007-2008

ANEXO I

Sistemas de información y los indicadores de salud

Este anexo presenta los sistemas de información disponibles en el sector salud y recopila el tipo de información disponible sobre indicadores de insumo, proceso y resultado disponibles y que se pueden utilizar para calzarlo con el presupuesto y migrar hacia una metodología de presupuesto por resultados.

Oficina General de Epidemiología (OGE)

Tiene tanto indicadores de mortalidad; morbilidad; y, recursos, acceso y cobertura del sector. Pero estos datos a pesar de estar bajo el título de 2006 corresponden al 2004.

Indicadores básicos

Son datos a nivel departamental. A pesar que hay publicaciones hasta el 2006, el dato más actual que tienen en 2004 y el más antiguo 2000.

- Nivel Nacional
- Demográficos
- Socioeconómicos
- Mortalidad
 - Registro de mortalidad: defunciones, % sub registro, con certificación médica, causas mal definidas, mediana de la edad de fallecimiento
 - Mortalidad en la niñez: perinatal, infantil, menores de 5 años
 - Defunciones menores a 5 años por causas involucradas a EPI según la estrategia AIEPI
 - Defunciones registradas por: homicidio, suicidio, accidente de tránsito
 - Tasa de mortalidad por grupos de causas: enfermedades transmisibles, tumores, enfermedades aparato circulatorio, causas externas
- Morbilidad (tasas x mil habitantes)
 - Tétanos neonatales
 - Tos ferina
 - Hepatitis B
 - Fiebre amarilla
 - Tuberculosis
 - Malaria
- Recurso, acceso y cobertura:
 - Recursos humanos: médicos, enfermeras, obstétricas, odontólogos
 - Establecimientos de salud: hospitales, centros, puestos
 - Producción MINSA: consultas médicas, egresos hospitalarios
 - Camas hospitalarias en funcionamiento
 - Salud sexual y reproductiva: cobertura de partos institucionales, gestantes protegidas con sulfato ferroso
 - Cobertura de vacunación: DPT3, OPV3, BCG, sarampión
 - Parejas protegidas: métodos modernos, métodos naturales
 - Población asegurada al SIS: afiliaciones, atenciones

Oficina General de Estadísticas e Información (OGEI - OEI) → MINSA

Las estadísticas que proporciona son más específicas que las que proporciona la OGE pero se encuentran menos actualizadas. La cifra más actualizada corresponde al 2003 y la mayoría al 2000. Adicionalmente, se presenta una falta de comunicación entre ambas oficinas dependientes del Ministerio de Salud al generar los mismos indicadores (o casi los mismos) cada uno.

Sala Situacional de la Salud

Hay informes sobre los siguientes temas: demográfico, socioeconómico, mortalidad, morbilidad y recursos acceso y cobertura.

Indicadores de salud

➤ Dinámica poblacional (2000-2005)

○ Tasa crecimiento poblacional	(1985-2005)
○ Tasa poblacional	(1985-2005)
○ Población urbana	(1985-2005)
○ Densidad poblacional	(1985-2005)
○ Tasa de dependencia demográfica	(1985-2005)
○ Tasa de natalidad	(1970-2005)
○ Tasa de mortalidad	(1970-2005)
○ Esperanza de vida al nacer	1980-2005)
○ Tasa global de fecundidad	(1980-2005) → rural / urbano
○ Saldo migratorio externo	(1980-2000)

➤ Socio económicos

PBI per cápita	1998-2001
Población alfabeta	1998-2001
Años promedio de escolaridad	1997-2001 → urbano / rural
Acceso a servicios públicos	1997-2000
Línea de pobreza	1997-2000

➤ Estado de la salud

Cobertura de registro de mortalidad	1987-2000 → estimadas, registradas / cobertura
Mortalidad	
➤ Infantil	➤ 1972-2002
➤ Materna (tasa y razón)	➤ 1990-2002
➤ Enfermedades transmisibles (por sexo)	➤ 1996-2000
➤ Neoplasias malignas (por sexo)	➤ 1996-2000
➤ Enfermedades circulatorias (por	➤ 1996-2000

sexo)	
➤ Causas externas (por sexo)	
Morbilidad	
➤ SIDA	➤ 1991-2003
➤ Malaria	➤ 1990-2003
➤ Tuberculosis	➤ 1990-2003
➤ Fiebre amarilla	➤ 2000-2003
➤ Neumonías (menores 5 años)	➤ 1999-2003
➤ EDAS	➤ 1996-2003
➤ Desnutrición (menores 5 años)	➤ 1991,1996,2000

➤ Recurso, Acceso y cobertura

➤ Profesionales de la salud (medico, obstetrix, odontólogo, enfermera)	➤ 1980-2002
➤ Establecimientos de salud (sector salud, minsa)	➤ 1972-2002
➤ Gasto per cápita en salud	➤ 1995-2000
➤ Gasto privado y público en salud	➤ 1995-2000
➤ Cobertura de inmunizaciones (polio, DPT, antisarampión, BCG)	➤ 1987-2002
➤ Cobertura de parto institucional (esperado, institucional)	➤ 2000-2003

Seguro Integral de Salud (SIS)

Es el organismo que proporciona la mejor estadística en salud pues es actualizada con alta frecuencia. Presenta tanto boletines mensuales como informes anuales de balance de año. Además brinda indicadores como cobertura del parto institucional y porcentaje de gestantes con al menos un control prenatal en el primer trimestre que permiten ver no solo el impacto sino también el proceso de la atención médica. La única deficiencia es que esta data no permite realizar un análisis integral del sector sino solo de los afiliados al SIS. Por tanto resulta importante que dicha data se complemente con otra generada por el Ministerio para poder saber que tan bien esta el acceso a atención médica o parto institucional del total de partos en la zona rural por decir un ejemplo.

Sus estadísticas son mensuales por regiones y unidades ejecutoras. 2002-2006. También presenta boletines mensuales del año corriente pero no poseen todos los datos del informe anual que es mas completo.

Cuadros estadísticos

1. Boletín (el último es julio 2007)

- Afiliados
 - Por plan de beneficios según grupo etario, región y unidad ejecutora
 - SIS subsidiado: afiliados por quintil de pobreza, nivel de establecimiento, ambiente geográfico, grupo etario

- Atenciones
 - *Subsidiado y semi*: Por región, unidad ejecutora, servicio de salud, por profesionales de salud, tipo de atención, por región de origen del paciente, atenciones rechazadas por mes, atenciones observadas por motivo, partos normales y cesáreas, partos por tipo de seguro, por nivel de establecimiento de salud, concentración de atenciones por atendido y grupo etario
 - *Subsidiado*: quintil de pobreza, ámbito geográfico, partos por quintil, partos por grupo etario

- Atendidos
 - Por grupo etario, tipo de atención, nivel de establecimiento de salud y tipo de atención, ámbito geográfico, quintil de pobreza, por mes.

- Valor de la producción y transferencias
 - *Subsidiado y semi*: Según región, grupo etario y unidad ejecutora, servicios de salud, por profesionales de la salud, tipo de atención, consumo de servicios (medicamentos, y procedimientos en hospitales), valor bruto y rechazado, valor neto, valor de tenciones por motivo, por estructura programática, por nivel de establecimientos de salud.
 - *Subsidiado*: por quintiles de pobreza, ámbito geográfico, grupo etario, nivel de establecimiento, valor de partos por quintil, transferencias por fuente de financiamiento, valor promedio por atendido y atención por grupo etario, valor promedio por atendido según nivel de establecimiento y quintil de pobreza

2. Estadísticas a diciembre (el último es dic 2006)

Son los cuadros del boletín más mortalidad materna sis y no sis (2002-2005), frecuencia de atenciones, parto de adolescentes por quintil. Este informe muestra lo acumulado de todo el año.

Indicadores

- Cobertura (ENAHO)

$$\frac{\text{población asegurada componente subsidiado por región}}{\text{población objetivo por región}} \times 100$$

- Acceso y focalización (SiS Central)

- Extensión de uso $\frac{\text{Atendidos}}{\text{población asegurada}}$

- Concentración de las atenciones $\frac{\text{total de atenciones}}{\text{número de atendidos}}$

- Proporción de niños y niñas menores de 24 meses con suplemento de hierro: $\frac{\text{niños de 2 años con suplemento de hierro}}{\text{población asegurada de 2 años}} \times 100$

- Proporción de gestantes con suplemento de hierro ácido fólico:

$$\frac{\text{gestantes con suplemento de hierro y ácido fólico}}{\text{gestantes}} \times 100$$

- Proporción de recién nacidos atendidos en UCI:

$$\frac{RN \text{ con UCI}}{RN \text{ con complicaciones} + UCI} \times 100$$

- Cobertura de partos de gestantes procedentes de zonas rurales:

$$\frac{\text{partos de gestantes de ámbito rural}}{\text{partos esperados ámbito rural}} \times 100$$

- Porcentaje de cesáreas procedentes de zonas rurales:

$$\frac{\text{cesáreas de gestantes de ámbito rural}}{\text{total de cesáreas}} \times 100$$

- Porcentaje de partos atendidos por profesionales de la salud:

$$\frac{\text{partos atendidos por profesionales de la salud}}{\text{total de partos atendidos}} \times 100$$

- Porcentaje de gestantes con al menos un CPN en el primer trimestre:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de gestantes con al menos un CPN en el I trimestre}}{\text{total de gestantes con edad gestacional mayor de 3 meses}} \times 100$$

➤ Gasto (SIS Central → por regiones)

- Valor de producción promedio por persona atendida
- Valor de producción promedio por persona atendida (menor de 5 años)
- Valor de producción promedio por persona atendida (mayor de 60 años)
- Valor de producción promedio por gestante
- Valor de producción promedio por atención
- Transferencias

➤ Siniestralidad y recaudación

$$\frac{VP \text{ de atenciones prestadas a asegurados de componente semisubvencionado}}{\text{primas aportadas componente semisubvencionado}} \times 100$$

Encuesta Nacional de Hogares (ENAH)

El INEI ejecuta la ENAH desde el año 1995. Desde ese año hasta el 2002 se realizaba en los IV trimestres de cada año. A partir de mayo del 2003 el diseño de la encuesta cambia de un período de recolección de datos trimestral a una encuesta continua con

levantamiento de información en los 12 meses del año. La muestra de viviendas particulares para el año 2006 es de 21 917 viviendas.

El nivel de inferencia de los resultados es departamental si se cuenta con información para todo el año. Esto implica que se puede solo se puede hacer un seguimiento a los programas sociales a nivel regional, una vez culminado el año, lo cual evitaría se tomen algunas medidas de corrección de las fallas. En todo caso, es una fuente valiosa para la evaluación de los indicadores de resultados y efectos. A continuación se muestran algunas variables en el tema de salud que se pueden monitorear.

Una gran ventaja de la ENAHO es que permite catalogar a la población por el nivel de pobreza y el quintil de gasto. Esto facilita el análisis de la distribución de los programas sociales según las características socio-económicas. En cuanto a la salud materno-infantil se puede obtener las siguientes variables:

Gestantes
Algún parto en los últimos 3 años y lugar de atención.
Atención de parto en el último año, agente que realizó dicho gasto y lugar de desembolso.
Controles por embarazo en el último año, agente que realizó dicho gasto y lugar de desembolso.
Problemas de salud
Padecimiento de problema de salud y lugar de atención del problema de salud según entidades proveedoras de oferta de salud
Perfil de la persona que atendió la consulta.
Forma de pago de los servicios de salud recibidos.
Sobre la calidad de la oferta en materia de salud
Distancia del lugar de atención
Tiempo de atención
Acceso a los medicamentos recetados en la consulta.
Solución de l problema de salud
Razones por las que no se pudo solucionar el problema
Otros
Sistema de aseguramiento y pago de la afiliación
Hospitalización en los últimos 12 meses y establecimiento de la atención.

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

Es una encuesta que brinda información bastante amplia como para poder crear casi todos los indicadores. El problema es que por lo mismo que es detallada y requiere de encuestar a un gran número de mujeres es bastante costosa. Por tanto no se realiza con una alta periodicidad. La última ENDES disponible es del 2005. Por lo tanto, si se

quiere que el Programa de Salud Materno Neonatal sea monitoreado no solo debe depender de esta encuesta sino que se debe aprovechar la información administrativa que posee el sector por ejemplo el registro HIS. Además se debe tener en cuenta que el presupuesto se aprueba cada año y por lo tanto se va a requerir de una exposición de los resultados alcanzados año a año de modo que resulta de suma importancia poder generar al menos los indicadores de proceso de manera anual y para un futuro con menor periodicidad pues se trata de ver que tal esta funcionando el sistema y si se ve que esta mal hacer algo para solucionarlo y no simplemente diagnosticar cuando ya es muy tarde.

De las distintas fuentes de información de estadísticas a lo que se le suma el SIAF para el seguimiento de las partidas presupuestales, surge la necesidad de que se articulen estas entidades no solo para no repetir funciones sino para que sirvan unas a otras. Un gran avance en este sentido es la incorporación en el SIAF del seguimiento a las partidas referentes al plan de acciones prioritarias en salud, el problema es que dada la estructura de los pliegos del SIAF no permite hacerle seguimiento hacia atrás para ver en qué ha cambiado el presupuesto asignado. Pero de todos modos se debe reconocer este esfuerzo por a partir de ahora poder hacerle el seguimiento adecuado. Finalmente, se recalca que no solo debe descansar el monitoreo del programa en fuentes secundarias como las encuestas generadas por el INEI sino que se deben aprovechar los datos administrativos que ya se tienen, solo se requiere invertir en procesarlos y con esto se puede hacer 'triangulación' que consisten en verificar una fuente con otra para comprobar que la información sea de calidad.

A partir de octubre del 2003 la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) dejó de tomarse cada cinco años y dio paso a la denominada ENDES continua en la que se divide la muestra total deseada de 33,000 hogares en cinco partes iguales para una toma anual de 6,600 hogares con lo cual provee información anual de los indicadores.

Esta metodología permite hacer un seguimiento anual de los resultados y no esperar el fin de un lustro para obtenerlos. Sin embargo, con la información de cada año solo le llega a un grado de inferencia a nivel nacional, urbano-rural y de región natural. La inferencia a nivel de departamentos se logra al acopiar la información recogida en los 5 años. Las principales variables de salud materna que se pueden recoger de esta encuesta son⁹⁵:

- **Reproducción:** Se utilizó una historia de nacimientos para recolectar la siguiente información: total de hijos e hijas nacidos vivos, mes y año de nacimiento de cada uno de sus hijos, sobrevivencia de los mismos y edad al fallecer si no sobrevivió. También se recolectó información sobre el embarazo actual, control del último embarazo, afiliación al seguro materno infantil, embarazos terminados en aborto o nacidos muertos y conocimiento de los días fértiles.
- **Embarazo, Parto, Puerperio y Lactancia:** Atención pre-natal y del parto (personal que atendió y lugar de atención), cobertura antitetánica, peso del bebé al nacer, control postparto y lactancia materna.

⁹⁵ Información basada en la ficha técnica de la Endes Continua 2006.

- **Inmunización y Salud:** Cobertura de las vacunas: BCG, Polio, DPT y Sarampión. Prevalencia y forma de tratamiento de la Diarrea y de las Infecciones Respiratorias Agudas. Opinión sobre qué síntomas debe tener un niño para decidir llevarlo a establecimiento de salud. Alimentación del niño en los últimos siete días y en las últimas veinticuatro horas.
- **SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS):** ETS que conoce y síntomas que le permiten identificar a una persona con alguna enfermedad de transmisión sexual, formas de evitar infectarse con el SIDA, autopercepción del riesgo de contraer el SIDA; y, opinión respecto al SIDA y las personas infectadas.
- **Mortalidad Materna:** Sexo, edad, total de hijos tenidos y año de la defunción, de ser el caso, de todos los hermanos y hermanas maternas de la entrevistada. Momento de la defunción de las hermanas: durante el embarazo, el parto inmediatamente después del parto o después de un aborto.
- **Anticoncepción:** Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y fuentes de suministro, el uso fue informado, el método fue el elegido, quién decidió el uso del método y opinión respecto a la información recibida cuando le prescribieron el método; y para quienes no estaban usando un método, razón del no uso de algún método anticonceptivo para evitar o postergar el embarazo.

Anexo II
Estadísticas e Indicadores

Cuadro II.1 Tasa de letalidad Neonatal por peso al nacer
(hospitales FONE el ámbito PARSALUD. 2005)

ESTABLECIMIENTO	Letalidad de nacimientos en el hospital por peso al nacer 2005		
	< 1500 gr	1500-2499 gr	> 2500 gr
Hosp De Apoyo Chachapoyas	55.6	8.5	0.5
Hosp Bagua	44.4	16.4	0.2
Hosp G. Diaz De La Vega	66.7	3.7	0.4
Hosp Gral De Andahuaylas	60	11.3	0.3
Hosp Regional Ayacucho	40.5	4.4	0.2
Hosp Apoyo Lorena	34.6	6.5	0.2
Hosp Regional Cusco	75.6	6.2	0.5
Hosp Quillabamba	42.9	15.9	0.4
Hosp Sicuani	47.6	4.6	0
Hosp Dptal De Huancavelica	90	12.6	1.1
Hosp Reg Hermilio Valdizan	86.7	5.7	0.5
Hosp Tingo Maria	31	5.4	0.2
Hosp Reg Puno (M Nuñez B)	84.6	17	0.3
Hosp Carlos Monge (Juliaca)	62.5	20.7	0.5
Hosp Regional Cajamarca	50	12.1	0.7
Hosp General Jaen	43.5	2.4	0.8
Hosp Regional De Pucallpa	83.3	7.9	0.1
Hosp De Apoyo Yarinacocha	48.6	6.8	0.3

Fuente: Estudio de factibilidad ParSalud II

Cuadro II.2 Muertes maternas por departamentos según tipo de causas

	AMAZONAS	APURIMAC	AYACUCHO	CAJAMARCA	CUZCO	HUANCAVELICA	HUANUCO	PUNO	UCAYALI
	N=57	N=67	N=73	N=222	N=198	N=102	N=224	N=204	N=35
Causa obstétrica									
Hemorragia	78.9	68.7	90.4	84.7	77.3	91.2	83.5	87.3	80
Infección	1.8	3	8.2	5.4	6.6	2.9	3.6	5.9	14.3
Parto Obstruido	3.5			2.3	2.5		3.6	1	
Otros	15.8	28.4	1.4	7.7	13.6	5.9	9.4	5.9	5.7
Momento Fallecimiento									
Gestación	21.1	37.3	19.2	15.8	16.2	16.7	16.1	10.3	22.9
Parto	35.1	28.4	26	38.3	33.3	44.1	25.9	41.7	20
Aborto	33.3	29.9	45.2	31.5	36.9	30.4	44.6	34.3	45.7
puerperio inmediato	10.5	3	9.6	14.4	13.6	8.8	13.4	13.7	11.4
puerperio mediato o tardío		1.5							
Lugar de la Muerte materna									
Establec. de salud	24.6	35.8	37	32.9	36.9	20.6	25	25	77.1
Domicilio	64.9	62.7	56.2	62.6	59.1	74.5	67.4	68.1	22.9
traslado o Referencia	10.5	1.5	6.8	4.5	4	4.9	7.6	6.9	
Nivel educativo									
No dato	1.8	4.5	2.7	9.5	5.6	9.8	9.4	14.2	5.7
Analfabeta	12.3	26.9	28.8	23.9	31.3	36.3	43.8	10.3	2.9
Primaria	77.2	41.8	47.9	59	46	40.2	37.9	51.5	40
Secundaria	5.3	19.4	12.3	6.3	15.2	10.8	8	20.1	37.1
Superior	3.5	7.5	8.2	1.4	2	2.9	0.9	3.9	14.3
Tipo de causa obstétrica									
Directa	80.7	70.1	97.3	93.7	86.4	91.2	89.7	94.6	91.4
Indirecta	14	14.9	2.7	3.6	10.6	6.9	8.5	4.4	8.6
No materna[incidental]	3.5	11.9		0.9	2	2	1.8	0.5	
No determinada	1.8	3		1.8	1			0.5	
Control prenatal									
No dato	35.1	32.8	28.8	31.1	27.3	24.5	39.7	35.3	51.4
Menos de 4 CPN	17.5	25.4	20.5	20.3	26.3	13.7	22.8	30.4	14.3
4 a mas CPN	47.4	41.8	50.7	48.6	46.5	61.8	37.5	34.3	34.3
Profesional que hizo CPN									
No dato	43.9	74.6	46.6	36	73.7	24.5	51.8	75.5	71.4
Profesional de salud	38.6	20.9	46.6	50.5	24.2	53.9	41.5	22.1	22.9
Técnico de enfermería	17.5	4.5	6.8	13.5	2	21.6	6.7	2.5	5.7
Gestaciones previas									
0	21.1	25.4	31.5	26.1	21.2	18.6	15.6	24	42.9
1	21.1	9	16.4	14.9	10.6	8.8	11.2	12.3	11.4
39541	24.6	31.3	26	30.6	35.9	31.4	29	27.5	25.7
5 a mas	33.3	34.3	26	28.4	32.3	41.2	44.2	36.3	20

Fuente: Estudio de factibilidad ParSalud II

Cuadro II.3

Matriz de Indicadores de Impacto o Resultados

Indicador	Razón de mortalidad materna	Tasa de mortalidad materna	Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad neonatal ajustada por peso
Fundamento	Permite conocer la relación entre el número esperado de mujeres muertas y el número de nacidos vivos esperados	Permite conocer el porcentaje esperado de mujeres que mueren por causas maternas del total de gestantes que se espera	Permite conocer el porcentaje de niños menores de un año que mueren del total de nacidos vivos que se espera	Permite conocer el la cantidad de muertes de neonatos en relación a los nacidos vivos, según el peso con el que nacen.
Aspectos Cubiertos	Eficiencia	Calidad	Calidad	Calidad
Forma de Cálculo	(Número esperado de mujeres muertas por causas maternas / número de nacidos vivos esperados) * 100,000	(Número esperado de mujeres muertas por causas maternas / número de gestantes esperadas)*100,000	(Número de muertes de niños menores de un año / número de nacidos vivos esperados)*1000	[Defunciones neonatales (menores de 28 días) según categorías de peso al nacer (<1500 gr, 1500-2499 gr, >=2500 gr)] / Nacidos vivos según categorías de peso al nacer (<1500 gr,1500-2499 gr, >=2500 gr)
Fuentes de Información	ENDES 1986; 1992; 1996; 2000	ENDES 1986; 1992; 1996; 2000	ENDES 1986; 1992; 1996; 2000	ENDES 1986; 1992; 1996; 2000
Datos Históricos	De 1990 al 2002 = 234.5; 229.3; 223.6; 217.7; 211.6; 205.1; 198.4; 191.5; 184.9; 178.7; 173.2; 168.3; 164.2*	De 1990 al 2002 = 28.8, 27.5; 26.3; 25.0; 23.8; 22.5; 21.3; 20.0; 18.8; 17.7; 16.7; 15.8; 15.0*	1995 - 2000 = 42.1** 2000 - 2005 = 33.4**	--
Periodicidad	10 años, aunque estimaciones para años consecutivos utilizando el método indirecto de la sobrevivencia de hermanas diseñado por Graham y Brass.	10 años, aunque estimaciones para años consecutivos utilizando el método indirecto de la sobrevivencia de hermanas diseñado por Graham y Brass.	Quinquenal	Quinquenal

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Sistema de seguimiento y evaluación el gasto público. Documento de trabajo 2005

* MINSA - DIRECCION GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS

** CEPAL

Elaboración: Propia

Cuadro II.4

Matriz de Indicadores de Producto o de Resultados Intermedios

Indicador	Proporción de establecimientos acreditados como FONB	Proporción de establecimientos acreditados como FONE	Numero de parejas protegidas	Proporción de Parto Institucional en gestantes procedentes de las zonas rurales	Proporción de Cesareas en gestantes procedentes de las zonas rurales
Fundamento	Determinar la calidad de atención de los establecimientos de salud por medio de la relación de centros acreditados como de Función Obstétrica y Neonatal Basica (FONB)	Determinar la calidad de atención de los establecimientos de salud por medio de la relación de centros acreditados como de Función Obstétrica y Neonatal Esencial (FONE)	Conocer el número de arecjas que poseen información acerca de salud sexual y reproductiva y las llevan acabo.	Mide las mejores intervenciones realizadas por los EESS, que garantice un nacimiento con un mínimo de riesgos, con el fin de reducir las muertes maternas.	Mide las mejores intervenciones quirúrgicas realizadas por los EESS, que garantice un nacimiento con un mínimo de riesgos, con el fin de reducir las muertes maternas.
Aspectos Cubiertos	Calidad	Calidad	Eficiencia	Calidad	Calidad
Forma de Cálculo	(Número de establecimientos acreditados como FONB/ Número Total de Establecimientos Acreditados por el MINSA) x 100	(Número de establecimientos acreditados como FONE/ Número Total de Establecimientos Acreditados por el MINSA) x 100	Medición por cada Método	[(Número de partos institucionales en gestantes procedentes de las zonas rurales) / (Número total de partos esperados de zonas rurales)]*100	[(Número de cesareas en gestantes procedentes de las zonas rurales) / (Número total de Cesareas)]*100
Fuentes de Información	MINSA/ Análisis de la situación de la salud	MINSA/ Análisis de la situación de la salud	INEI / ENDES	Registro de los EE.SS. del MINSA	Registro de los EE.SS. del MINSA
Datos Históricos	--	--	--	Porporción de partos institucionales a Nivel Nacional: 2005 = 60% 2006 = 61%	--
Periodicidad	Semestral	Semestral	Semestral	Anual	Anual

Fuente: MINSA - Resumen de Indicadores de Desempeño a Nivel de Programas - Año Fiscal 2007

Acuerdos de Gestión

Elaboración: Propia

Cuadro II.5

Matriz de Indicadores de Producto o de Resultados Intermedios

Indicador	Cobertura de parto institucional en zonas rurales	Cobertura de Cesáreas en zonas rurales	Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas	Porcentaje de neonatos con bajo peso al nacer	Tasa de letalidad neonatal en menores de 28 días que fueron admitidos al sistema de salud
Fundamento	Determina la cantidad de personas atendidas en partos institucionales respecto a los partos institucionales que se planificaba atender durante el periodo a fin de asegurar mejores atenciones en el parto.	Determina la cantidad de personas atendidas en cesáreas respecto a los cesáreas que se planificaba atender durante el periodo a fin de asegurar mejores atenciones quirúrgicas en el parto.	Permite conocer la calidad de la atención y el cuidado pre y post natal al determinar la proporción de neonatos que viven más allá de las 28 semanas del total de nacidos vivos.	Permite conocer la calidad de la atención y el cuidado pre natal de la madre al determinar la proporción de neonatos nacen con peso menor al rango establecido, respecto del total de nacidos vivos.	Preveer la atención médica hospitalaria que garantice atenciones de salud en niños y niñas menores de un año que fueron atendidos en el sistema de salud, que comprenda las acciones para las atenciones recuperativa.
Aspectos Cubiertos	Cobertura	Cobertura	Calidad	Eficiencia	Calidad
Forma de Cálculo	Número de partos institucionales / Número de partos institucionales esperados	Número de cesáreas atendidas / Número de cesáreas esperadas	Numero de recién nacidos vivos menores de 37 semanas / Total de recién nacidos atendidos	(Número de neonatos (menores de 28 días) que nacieron con peso menor al establecido / Total de Nacidos vivos) x 100	(Número de defunciones neonatales menores de 28 días/Total de recién nacidos hospitalizados con complicaciones)x100
Fuentes de Información	OGEI-MINSA /Informes remitidos por las DISAS y la oficina de estadística del SIS	OGEI-MINSA /Informes remitidos por las DISAS y la oficina de estadística del SIS	Registros administrativos de Egresos Hospitalarios / HIS / SIS	ENDES (desde el 2005 en adelante)	ENDES (desde el 2005 en adelante)
Datos Históricos	Cobertura de parto institucional a nivel nacional del 2000 al 2003 = 43.1; 44.2; 51.1; 59.8	--	--	--	--
Periodicidad	Trimestral	Trimestral	Trimestral	Trimestral	Semestral

Fuente: MINSA - Resumen de Indicadores de Desempeño a Nivel de Programas - Año Fiscal 2007
 Acuerdos de Gestión
 Elaboración: Propia

ANEXO III

Sistemas de información y monitoreo en el sector educación

¿Qué sistemas de información públicos existen para calcular estadísticas educativas?

Las fuentes directas de información, a cargo del Ministerio de Educación, son:

i) **Censo Escolar:** a través de esta fuente se recolecta información del número de alumnos, docentes, y situación del local escolar de cada centro educativo, público y privado. Específicamente, se recoge información del número de alumnos matriculados por edad, género, y lengua materna, además de preguntar por la situación de los alumnos al inicio del matrícula y los resultados de cada grado al final del ciclo escolar. Con todos estos datos es posible calcular indicadores de extraedad, ingreso a primaria en la edad oficial, tasas de repitencia, deserción, aprobación, desaprobación y retiro. También es posible conocer el número de alumnos con algún tipo de discapacidad. Con respecto a los docentes, es posible conocer el número de docentes con título pedagógico según especialidad. Un punto importante es que la información sobre alumnos y docentes se desagrega por género. Sobre el local escolar se recoge información diversa como: nivel, propiedad, servicios diversos, material de las aulas, infraestructura sanitaria, número de aulas y condición, número de computadoras y libros, etc.

ii) **Censo Nacional de Talla en Escolares:** brinda información de la estatura, edad y sexo de los alumnos de primero a cuarto de primaria, con lo cual se construye indicadores de desnutrición crónica para escolares de 6 a 9 años a nivel distrital. Se han desarrollado 3 Censos de Talla: en 1993, 1999 y 2005.

iii) **Estadística Básica:** Son registros administrativos de matrícula, docentes, secciones, horas de clase, para cada nivel educativo.

iv) **Padrón de Centros y Programas Educativos:** recoge información básica sobre los centros educativos como niveles de enseñanza, el género de los alumnos, el tipo de gestión, el número de turnos, los servicios (de apoyo alimentario, salud o de otro tipo) con los que cuenta la institución, etc.

Una fuente alternativa para estimar estadísticas educativas es la **Encuesta Nacional de Hogares (ENAH)**, a cargo del Instituto Nacional de Estadística, que tiene representación nacional (urbana y rural) y departamental. A través de la ENAH es posible estimar el número de alumnos que asisten a instituciones educativas, según nivel y gestión, así como el gasto en el que incurren, de ser el caso. Además, es posible estimar tasas de aprobación, desaprobación y retiro para el año anterior a la encuesta, además de tasas de repitencia y deserción. Adicionalmente, permite estimar la tasa de analfabetismo y la escolaridad promedio de la población, así como conocer las posibles razones detrás de la no asistencia a centros regulares de educación. Más importante aún, es posible desagregar esa información por género o lengua materna, además de ser posible relacionar estas variables con información socioeconómica del individuo o de su hogar, como gastos, pobreza, educación del jefe de hogar, etc.

Finalmente, es importante notar que ninguna de estas fuentes de información regular permite calcular indicadores de logro educativo, que hasta ahora sólo se ha conocido a través del resultado de pruebas de rendimiento realizadas intermitentemente.

ANEXO IV

La evaluación de alumnos

En 1996 se creó la Unidad de Medición de la Calidad Educativa (UMC), como parte del Ministerio de Educación y cuyo fin es crear y consolidar dicho sistema de evaluación de la calidad educativa en el Perú. Dentro de este marco, la UMC ha realizado cuatro evaluaciones a nivel nacional: CRECER 1996, CRECER 1998, la Evaluación Nacional 2001 y la Evaluación Nacional (EN) 2004. Los resultados de las evaluaciones se publicaron a partir del 2000, pues antes se mantuvieron en reserva. Los resultados son preocupantes, de acuerdo con los resultados de la EN2004, aplicada a alumnos de segundo grado y sexto grado de educación primaria y tercer grado y quinto grado de educación secundaria. sólo entre el 9.8% y el 15.1% de los alumnos lograron un desempeño suficiente en comprensión de textos, mientras que entre 2.9% y 9.6% de los alumnos lograron un desempeño suficiente en matemáticas. Además, se encontraron diferencias significativas entre el rendimiento de colegios estatales y no-estatales, a favor de estos últimos.

Paralelamente, la UMC ha participado en estudios internacionales de evaluación educacional. En 1997 fue parte del Primer Estudio Internacional Comparativo de Lenguaje, Matemática y Factores Asociados, realizado por el Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación (LLECE), órgano técnico de la Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (OREALC) de la UNESCO. En esta evaluación participaron 13 países latinoamericanos en las áreas de matemáticas y lenguaje, con alumnos de 3° y 4to de primaria. A pesar de que todos los participantes se comprometieron a publicar los resultados, finalmente México y Perú se negaron a la difusión de sus resultados, lo cual lleva a reflexionar sobre la importancia de mantenerlos intereses políticos al margen de estas evaluaciones. En el 2001 Perú participó en el Programa Internacional de Evaluación de Estudiantes (PISA), desarrollado por la OECD y aplicado a menores de 15 años. Los resultados fueron preocupantes pues Perú se ubicó en la cola inferior de la distribución, lo cual es una señal de alarma sobre la calidad de la educación peruana. Finalmente, la última evaluación internacional en la que se ha participado ocurrió en el año 2006, en el Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo (SERCE), conducido también el LLECE. Perú participó en la evaluación del área de ciencias naturales, que se aplicó a estudiantes del sexto grado de primaria. Los resultados se darán a conocer en el 2008.

ANEXO V
ACUERDOS DE GESTION EN EL SECTOR SALUD Y EDUCACION

Cuadro V.1 Acuerdos de gestión en el sector salud

<p>Acuerdo de Gestión de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) en la Provincia de Trujillo 2003-2005⁹⁶</p> <p>El proyecto PHRPlus se encargó de la asesoría técnica.</p>	<p>Descripción</p> <p>Este AG se firmó para darle un sustento institucional a la Red Integrada de Servicios de Salud de Trujillo y con ello lograr mayor participación de los actores involucrados.</p> <p>Con el acuerdo, el GR de La Libertad a través de la DIRESA hizo que el Sistema Hospitalario de Tercer Nivel de Trujillo (conformado por el Hospital Regional Docente y el Hospital Belén) y la Red de Trujillo circunscriban compromisos orientados a articular a los hospitales con los establecimientos de primer nivel de la Provincia de Trujillo.</p> <p>Los compromisos buscaron los siguientes objetivos: i) Ampliación del acceso a grupos más vulnerables; ii) Mejorar calidad de servicios; y iii) Optimizar los procesos de gestión hospitalaria.</p> <p>Avances</p> <p>El bono de productividad, que provino del presupuesto del MINSA a través del fondo que en ese entonces tenía el PAAG, fue un incentivo valioso para la marcha exitosa del AG. Este bono fue distribuido por el cumplimiento de los compromisos.</p> <p>En el documento que sistematiza la experiencia se señala que un 60% de los agentes involucrados en el proceso y que fueron entrevistados reconoce que el AG fue un incentivo central para implementar la RISS.</p> <p>Limitaciones</p> <p>Para el 2005, se mejoró algunos puntos del acuerdo (sobre todo en incrementar el nivel de exigencia de los compromisos sobre el avance de los logros alcanzados). El progreso de los sistemas de información de los hospitales facilitó esto. Sin embargo, el cambio de autoridades frenó la firma dicho año y con ello la oportunidad de pulir esta herramienta.</p>
--	---

⁹⁶ La presente sección se basa en los documentos: i) Sistematización del Proceso de Implementación de la Red de Servicios de Salud en Trujillo, La Libertad (2003-2005) ; y ii) Acuerdo de gestión suscrito con la Dirección Regional de Salud La Libertad y a entrevista con experta Dra. Ada Pastor, para los aspectos técnicos y la gestión del compromiso.

<p>MEF-DNPP Convenios de Administración por Resultados (CAR) para los Hospitales e Institutos de Salud</p> <p><u>Hospitales gobierno central:</u> Chancay; Daniel Alcides Carrión; Huaura Oyón; Nacional Cayetano Heredia; Rezola de Cañete; San José del Callao; Instituto Nacional de Oftalmología.</p> <p><u>Hospitales descentralizado:</u> Antonio Caldas Dominguez - Pomabamba, Huarmey, Eleazar Guzmán Barrón - Nuevo Chimbote, La Caleta - Chimbote, Regional de Ica, San Ignacio de Casma, San José de Chincha, San Juan de Dios-Caraz, Santa María del Socorro - Ica, Santo Domingo de Huari, Víctor Ramos Guardia – Huaraz</p>	<p>Descripción En salud, los CAR se firman para diversos hospitales e institutos de salud con el fin de mejorar su desempeño.</p> <p>Los CAR forman parte de una estrategia que desde 2002 impulsó la DNPP (MEF) para entidades centrales y descentralizadas.</p> <p>Avances. Los CAR para los hospitales de las regiones contemplaron como incentivo un bono de productividad.</p> <p>Los CAR para los hospitales del gobierno central contemplaron como incentivo un bono de productividad más un premio monetario (S/. 500,000) para la adquisición de bienes y equipos. Además, se contempló recursos por S/ 50,000 para que la Dirección General de Salud de las Personas y la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, realicen el seguimiento y monitoreo de los indicadores acordados.</p> <p>Limitaciones En el 2007 no se firmaron CAR porque se prefirió dar paso a la estrategia del Presupuesto por Resultados.</p>
---	--

<p>La experiencia del Hospital San José del Callo (HSJ)⁹⁷</p>	<p>El HSJ firmó CAR los años 2003, 2004, 2005 y 2006.</p> <p>Avances En todos los años cumplió con los compromisos por lo que recibió el bono de productividad. Adicionalmente, en el 2006 recibió S/. 50,000 para equipos.</p> <p>El impacto de los CAR se manifiesta en el cambio de la cultura del personal. Ahora el trabajo está orientado a satisfacer las necesidades de los pacientes.</p> <p>Además, se mejoró los procesos internos con lo cual se redujo el costo de los servicios. Esto redituó en la mejor atención de los pacientes, lo que a su vez atrae una mayor demanda.</p> <p>Asimismo, la participación de la CGR, encargada de revisar el cumplimiento de los indicadores, ha sido considerada valiosa por el propio Hospital en la medida que se toma como una evaluación hecha por un ente neutral. El progreso del HSJ se refleja en que desde la firma de los CAR, el Hospital ha recibido el Premio de Calidad que entrega el MINSA a los establecimientos de salud más eficientes.</p> <p>Limitaciones En el 2007 no se firmaron CAR porque se prefirió dar paso a la estrategia del Presupuesto por Resultados.</p>
<p>Acuerdo de Gestión del Gobierno Regional de Huánuco (2007)⁹⁸</p> <p>Actores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gobierno Regional de Huánuco- Gerencia de Desarrollo Social. ▪ La Dirección de Salud mediante la Red Huánuco Microred de Amarilis. 	<p>Este Acuerdo se firma con el fin de alinear los objetivos y estrategias de los actores involucrados en los servicios de salud para los distritos de Amarilis y San Francisco de Cayrán.</p> <p>Es una iniciativa nacida en el seno del GR como respuesta a la búsqueda de estrategias para asumir mejor su responsabilidad en el tema de salud.</p> <p>Específicamente, el acuerdo busca contribuir con: i) la disminución de la mortalidad materna y; ii) la desnutrición crónica infantil.</p> <p>En este AG se suscribe un grupo de indicadores, así como una línea de base que sirve para establecer las metas del acuerdo.</p> <p>Se planea incluir la percepción ciudadana sobre la atención recibida como un elemento a evaluar en la gestión.</p> <p>El apoyo técnico proviene de USAID a través de <i>Pathfinder International</i></p> <p>Limitaciones No existe un incentivo monetario.</p>

⁹⁷ La información proviene de una entrevista realizada al Director del Hospital, el Dr. Aldo Lama.

⁹⁸ Ver nota en: <http://www.regionhuanuco.gob.pe/gr/grds/noticias16-07-07.html>

Cuadro V.2 Convenios de Administración por Resultados en el sector educación

<p>Convenios de Administración de Resultados en el Sector Educación con Instituciones Educativas de Lima, Huaraz y Callao⁹⁹</p>	<p>El fin de estos acuerdos apuntó a fortalecer la gestión de las instituciones educativas (I.E.).</p> <p>Se ofreció un bono de productividad, el cual fue un instrumento poderoso para el cambio de conducta del personal hacia la oferta de un servicio de calidad. Internamente, los colegios proponían los criterios para la distribución de los incentivos.</p> <p>En el caso de las I.E. de Lima se ofreció incentivos para la adquisición de bienes y equipamiento. Como todas las I.E cumplieron con sus compromisos, el MEF debió retribuir dicho ofrecimiento a través de dos transferencias. No obstante, la primera entrega de los recursos se frustró por problemas logístico (las licitaciones demoran 6 meses y ello exige previa planificación, la cual no hubo), por lo que no se dio dicha transferencia hasta la fecha. Luego de aprender esta lección, la segunda transferencia pudo ser realizada, por lo que resta que se regularice la primera transferencia de recursos.</p> <p>Los directores se convirtieron en los líderes del proceso, en la medida que el instrumento sirvió para facilitar su administración. Asimismo, el instrumento fortaleció la relación con el MED, ya que alineaba los intereses de ambas partes.</p> <p>Limitaciones No entrega de transferencia de los incentivos, mencionado párrafos arriba. En el año 2007 no se firmaron los CAR, lo cual causó sorpresa fundamentalmente por parte de las I.E. Esto detuvo los avances logrados pues se esperaba que en ese año los indicadores comprometidos sean más exigentes.</p>
---	--

<p>I.E. Esther Festini de Ramos Ocampo de Comas – Colegio Secundario¹⁰⁰</p>	<p>Descripción</p> <p>Los compromisos y metas contemplados en el CAR exigían un mayor control del personal, lo cual inicialmente generó la negativa de un grupo de profesores.</p> <p>Conforme avanzaron las reuniones entre los profesores y el grupo directivo, el compromiso de cumplir al 100% el CAR se fue</p>
---	---

⁹⁹ Información recogida en entrevista telefónica realizada a Francisco Luna, coordinador del área de programación de la unidad de programación del MINEDU.

¹⁰⁰ Basado en entrevista telefónica a la Directora del plantel Dalis Huaman Valladares.

	<p>fortaleciendo y fueron cediendo los profesores adversos a la nueva estrategia.</p> <p>Avance</p> <p>El bono de reconocimiento fue un elemento importante para que todos los profesores decidan apoyar el compromiso. Además, los bienes y equipos fueron otro incentivo valioso pues todos reconocían que ayudarían a su labor como pedagogos.</p> <p>Al ver el cambio de conducta de los profesores, los padres se empezaron a involucrar más con el colegio y con esto aumentó el prestigio de la I.E.</p> <p>El colegio cumplió con sus compromisos y eso lo hizo acreedor del bono y del premio para bienes y equipos.</p> <p>Limitaciones</p> <p>Por problemas burocráticos aún no reciben los fondos para los equipos.</p> <p>La no continuidad del proceso dejó trunco los avances del colegio, pues según la Directora, para el 2007 se esperaba firmar un CAR con metas más altas.</p>
<p>I.E. Mercedes Indacochea de Barranco – UGEL 07- Colegio Secundario¹⁰¹</p>	<p>Descripción</p> <p>Al recibir la propuesta del MEF para participar, el personal (auxiliares, docentes, directivos y administrativos) se reunió en Asamblea donde asumió como un reto el CAR. Tanto fue el compromiso que el MEF ofreció un número de metas a cumplir y el colegio aceptó todas (horas de enseñanza efectivas, control de asistencia, etc.).</p> <p>Avances</p> <p>La motivación fue tan grande que muchas veces el personal tuvo que dar horas de trabajo extras.</p> <p>Los incentivos fueron el bono de productividad y los fondos para equipos. Según la directora, ex-ante no se conocía el monto del bono para cada trabajador, por lo cual este incentivo fue importante pero no el determinante. En promedio por persona se dio 50 soles por cada trimestre.</p> <p>Como reconocimiento interno por cumplir las metas, la directora dio resoluciones internas felicitando a su personal. Este colegio fue reconocido como el mejor de los once que firmaron CAR en Lima.</p> <p>Limitaciones</p> <p>La falta de ratificación de los acuerdos para el 2007 afectó el progreso de este colegio, pues esperaban firmar un CAR con indicadores más exigentes.</p> <p>Hasta la fecha no han recibido los fondos prometidos para los equipos de la escuela, esto por problemas burocráticos.</p>

¹⁰¹ Información recogida a través de entrevista a la Directora Socorro Hurtado.

V.3 Perfil de los Acuerdos del Gestión

Niveles de gobierno o sectores	Objetivos	Incentivos	Evaluador
<p>Gobiernos Locales</p> <p>Municipalidad provinciales de: Azángaro, Chucuito y Tayacaja</p>	<ul style="list-style-type: none"> • • Mejorar y ampliar los servicios municipales de saneamiento. • Mejorar los servicios catastrales. • Incrementar la recaudación, el número de contribuyentes y los ingresos de los servicios municipales. • Actualización de CAF, MOF, ROF, PAP. • Actualización del Plan Estratégico Concertado, el Plan Estratégico Institucional y el Plan de Integración Económica. 	<p>Bono de productividad cuyo valor no debe ser mayor al 25% de la planilla de enero.</p> <p>Se financia con los ahorros logrados del gasto corriente del año 2006.</p>	<p>La CGR, a través de la Gerencia de Control de Gestión y Riesgos, recibe informes trimestrales con los avances de los compromisos.</p>
<p>Gobiernos Regionales Sector Salud</p> <p>Hospital Antonio Caldas Dominguez - Pomabamba, Hospital de Huarmey, Hospital Eleazar Guzmán Barrón - Nuevo Chimbote, Hospital La Caleta - Chimbote, Hospital Regional de Ica, Hospital San Ignacio de Casma, Hospital San José de Chincha, Hospital San Juan de Dios - Caraz, Hospital Santa María del Socorro - Ica, Hospital Santo Domingo de Huari, Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de espera (consulta externa, obstetricia, emergencia, etc.) . • Porcentaje de usuarios satisfechos (consulta externa, obstetricia, emergencia, etc.). • Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas • Acreditación de las escuelas promotoras de salud. • Garantizar la salud de la población excluida mediante campaña de salud. • Adecuación e implementación de proceso de auditoria interna y mejoramiento de la calidad. • Control de los menores a 1 año. • Incremento de exámenes de laboratorio. • Reducción de gastos administrativos. • Disminución de infecciones intra hospitalarias. • Medicamentos prescritos con nombres genéricos. • Porcentaje de personal capacitado. 	<p>Bono de productividad cuyo valor no debe ser mayor al 25% de la planilla de enero.</p> <p>Se financia con los ahorros logrados del gasto corriente del año 2006.</p>	<p>La CGR, a través de la Gerencia de Control de Gestión y Riesgos, recibe informes trimestrales con los avances de los compromisos.</p> <p>El acuerdo es visado por el Presidente del Gobierno regional y Gerente regional de planeamiento, presupuesto y acondicionamiento territorial, el Director de Salud y el jefe de la Unidad Ejecutora y el Director del Hospital.</p>

<p>Gobiernos Regionales Sector educación Callao: I.E. 2 de Mayo N° 4001; I.E. Augusto Salazar Bondy N° 4015; I.E. Carlos Philips N° 5084; I.E. Cristo Milagroso N° 88; I.E. Darío Arrus N° 5011; I.E. Generalísimo Don José de San Martín N° 5055; I.E. Maura Rosa; I.E. Nuestra Señora de las Mercedes N° 5076 Huaraz: I.E. Jerónimo de Pampa Grande; I.E. Jorge Basadre Grohman; I.E. José María Arguedas; I.E. Pedro Pablo Atusparia; I.E. Señor de la Soledad; I.E. Tupac Amaru II; I.E. Virgen de la Natividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Número de horas lectivas efectivamente dictadas • Número de alumnos del 4to año que manejan adecuadamente las 4 operaciones • Número de alumnos del 6to grado que leen y comprenden 80 palabras por minuto. • Número de eventos de escuelas para padres. • Número de niños de 5 años que describan e interpreten imágenes según su nivel de comprensión. • Número de niños entre 4 y 5 años que resuelvan problemas sencillos y nociones de cuantificación específica. • Para alumnos del 1ero al 5to grado de secundaria • Alumnos que leen y comprenden textos literarios y no literarios • Alumnos que organizan información en mapas esquemas y resúmenes • Alumnos que resuelven situaciones problemáticas de la vida cotidiana aplicando estrategias, conceptos y algoritmos • Alumnos que resuelven situaciones problemáticas de la vida cotidiana aplicando estrategias, conceptos y algoritmos • Alumnos que modela representaciones gráficas de objetos tridimensionales en el plano • Alumnos que establecen relaciones armoniosas con su pares • Alumnos que se reconocen como personas dignas y a sus pares • Alumnos que expresen sus sentimientos, ideas y puntos de vista. 	<p>Bono de productividad cuyo valor no debe ser mayor al 25% de la planilla de enero.</p> <p>Se financia con los ahorros logrados del gasto corriente del año 2006.</p>	<p>La CGR, a través de la Gerencia de Control de Gestión y Riesgos, recibe informes trimestrales con los avances de los compromisos.</p> <p>El acuerdo es visado por el Presidente del Gobierno regional y Gerente regional de planeamiento, presupuesto y acondicionamiento territorial, el Director de Educación, el jefe de la Unidad Ejecutora y el Director de la Institución Educativa</p>
--	--	---	--

<p>Gobierno central Sector Interior</p> <p>Comisaría PNP: 10 de Octubre; Barboncitos; Bayovar – San Juan de Lurigancho; Caja de Agua; Condevilla; La Huayrona; Mariscal Cáceres; San Martín de Porres; Santa Elizabeth; Zarate; Canto Rey.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de operativos ▪ Número de investigaciones ▪ Número de patrullajes ▪ Conformación de Juntas vecinales ▪ Charlas a Juntas vecinales ▪ Acciones cívicas ▪ Índice de delincuencia 	<p>Bono de productividad cuyo valor no debe ser mayor al 25% de la planilla de enero.</p> <p>Se financia con los ahorros logrados del gasto corriente del año 2006.</p>	<p>La CGR, a través de la Gerencia de Control de Gestión y Riesgos, recibe informes trimestrales con los avances de los compromisos.</p> <p>El acuerdo es firmado por Viceministro del Interior, el Comisario de la Comisaría respectiva y la DNPP</p>
<p>Gobierno central Sector Salud</p> <p>Hospitales: Chancay; Daniel Alcides Carrión; Huaura Oyón; Nacional Cayetano Heredia; Rezola de Cañete; San José del Callao; Instituto Nacional de Oftalmología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de afiliaciones realizadas ▪ Porcentaje de quejas presenciales atendidas ▪ Porcentaje de cumplimiento de las operaciones programadas ▪ Porcentaje de personal capacitado ▪ Elaboración de manuales de procedimiento ▪ Elaboración de tarifa hospitalaria basada en costos y URV ▪ Tiempo de espera (consulta externa, obstetricia, emergencia, etc.) ▪ Porcentaje de usuarios satisfechos (consulta externa, obstetricia, emergencia, etc.) 	<p>Bono de productividad cuyo valor no debe ser mayor al 25% de la planilla de enero. Se financia con los ahorros logrados del gasto corriente del año 2006.</p>	<p>La CGR, a través de la Gerencia de Control de Gestión y Riesgos, recibe informes trimestrales con los avances de los compromisos.</p> <p>El acuerdo es firmado por el Ministro del Salud, el Director del Hospital o Institución respectiva y la DNPP</p>
<p>Sector Educación</p> <p>1. Instituciones Educativas: 1140 Aurelio Miroquesada Sosa; 2022 Sinchi Roca; 6069 Pachacutec; 7057 Sob. Orden Militar de Malta; 7059 José Antonio Encinas Franco; 7077 Los Reyes Rojos; Esther Festini de Ramos Ocampo; Institución Educativa José Granda; Institución Educativa Manuel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de horas lectivas efectivamente dictadas ▪ Número de monitoreo en aulas ▪ Número de coordinaciones técnico-pedagógicas ▪ Documento validado para medir las capacidades comunicativas de comprensión lectora (3er grado de secundaria) ▪ Documento validado para medir las capacidades de solución de problemas de medición y estadística (3er grado de secundaria) 	<p>Bono de productividad cuyo valor no debe ser mayor al 25% de la planilla de enero. Se financia con los ahorros logrados del gasto corriente del año 2006.</p>	<p>La CGR, a través de la Gerencia de Control de Gestión y Riesgos, recibe informes trimestrales con los avances de los compromisos.</p> <p>Ministro del Educación, el Director de la I.E. respectiva y la DNP.</p> <p>La UNMSM y la DNP</p> <p>Jefe del INABEC y la DNPP</p>

<p>Gonzáles Prada; Institución Educativa Mercedes Indacochea; Institución Educativa Ramiro Prialé.</p> <p>2. Universidad Mayor de San Marcos</p> <p>3. INABEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tasa de uso de biblioteca ▪ Alumnos por computadoras ▪ Rendimiento de los alumnos ▪ Porcentaje de egresados con título ▪ Porcentaje de profesores que realizaron investigación ▪ Porcentaje de estudiantes de maestría que sustentaron tesis ▪ Porcentaje de incremento de artículos publicados en revistas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprobar créditos de estudios (universidades públicas, privadas, al interior del país, ▪ Becas a los desplazados por la violencia terrorista ▪ Eventos de difusión del programa de becas ▪ Reducir el índice de morosidad de los créditos 		
<p>Entidades de Tratamiento Empresarial-ETEs</p> <p>EMUSAP ABANCAY S.A; EMUSAP S.R.L; EPS Chapín S.A; EPS SEDACAJ S.A. EPS SEDAPAR S.A; EPS TACNA S.A; SEDAM HUANCAYO S.A.</p>	<p>Indicadores relacionados con la provisión del servicio y a los resultados financieros de éstas entidades</p>	<p>Bono de productividad cuyo valor no debe ser mayor al 25% de la planilla de enero. Se financia con los ahorros logrados del gasto corriente del año 2006.</p>	<p>La CGR, a través de la Gerencia de Control de Gestión y Riesgos, recibe informes trimestrales con los avances de los compromisos.</p> <p>Firmados por el Gerente General de cada ETS y la DNP.</p>

ANEXO VI
Autonomía en las entidades públicas de atención de la salud y educación

Cuadro VI.1 Comparación de establecimientos con mayor y menor autonomía en el sector salud

Categoría	Descripción	Comités Locales de Administración de Salud	Establecimiento de Salud tradicional
Exposición al mercado	El grado y la naturaleza de la exposición a las fuerzas del mercado en el que opera el proveedor del servicio.	El poder de la comunidad sobre el manejo del CLAS es una gran fuerza que estimula brindar servicios de calidad.	No hay mucha exposición a las fuerzas del mercado. Los afiliados al SIS solo pueden atenderse en el centro de salud donde se afiliaron.
Derechos de decisión	Es la capacidad que tiene el proveedor para tomar decisiones sobre insumos, trabajadores, manejo financiero, planeamiento estratégico, marketing y el proceso productivo.	Firman un convenio de cogestión cada tres años con el gobierno local y regional para gerenciar los insumos, recursos humanos (contratación y horarios) e infraestructura.1/	El jefe del establecimiento no puede contratar, reubicar, fijar salarios, horario de atención ni elegir las especialidades que se ofrecen o medicamentos y servicios pues todo es determinado en la red, la DISA o el Ministerio de Salud.
		Pueden contratar personal con beneficios sociales (régimen 728) o realizar contratos de corto plazo (servicios no personales). Los primeros financiados por PAC y los segundos por PSBT o con los recursos propio del CLAS; estos provienen de dos fuentes: (1) ingresos cobrados directamente por servicios prestados; (2) reembolsos del SIS.2/	El abastecimiento de medicamentos es a través de las DISA. El centro de salud realiza la atención al paciente con SIS, el Estado hace el reembolso a la DISA y ésta devuelve los insumos al establecimiento de Salud.
(Derechos del residuo financieros (Manejo de recursos financieros y presupuestales)	Es la autonomía para usar el dinero remanente/ captado después de pagar todos los gastos del servicio.	Tienen autonomía en el uso de las tarifas cobradas al público como de los fondos que provienen del SIS. Pueden trabajar sobre la prioridad establecida para decidir sobre cómo gastar los recursos provenientes del SIS: (1) infraestructura, (2) insumos; (3) otros gastos que contribuyan a mejorar la calidad de la atención (p. ej. contratar personal).	Los reembolsos del SIS los recibe la DISA y ésta repone los insumos (según las necesidades que considera) a los establecimientos de Salud.
			El dinero que recaudan por el cobro de tarifas tienen que reportarlo y retornarlo a DISA. Esta decide en qué manera los retorna y como los administra.

Rendición de cuentas	<p>Como un mecanismo para asegurar la calidad del servicio mediante el monitoreo y la regulación del proveedor.</p>	<p>En cuanto a la rendición de cuentas hacia la comunidad, cada CLAS cuenta con una Asamblea General 3/ que se encarga de vigilar y participar de la administración del CLAS durante tres años; y un Consejo Directivo (entre 3 y 7 miembros, debiendo ser el número de integrantes impar) que se encarga de la toma de decisiones diaria del establecimiento de salud. El gerente y el comité directivo trabajan sobre un Plan de Salud acordado.</p> <p>Rinden cuentas sobre su manejo financiero a la DISA o DIRESA de su jurisdicción mediante informes mensuales y anuales. Asimismo, la Contraloría General de la República y CONSUCODE puede auditarlos en cualquier momento. Aunque en la práctica esto no es habitual.</p>	<p>Son supervisados, según corresponda, por las DISA o DIRESA, pero debido a que éstas no están involucradas en las actividades del EESS, cuentan con menor información para monitorear su desempeño.</p> <p>Si bien los EESS producen reportes mensuales detallados, no hay un adecuado control sobre la calidad de la información.</p> <p>Si se toma en cuenta que el personal de la salud es evaluado en función a su producción (que se calcula en función a lo reportado en el HIS que no necesariamente coincide con los reembolsos del SIS), se puede intuir que los registros del HIS tienden a estar sobrerreportados.</p> <p>Como los EE.SS no reciben fondos líquidos sino insumos, la rendición de cuentas que realizan es en términos del monitoreo del uso de los mismos. El control que reciben es para poder conseguir que repongan su stock de insumos. Finalmente, la DISA o DIRESA tampoco tienen que rendir cuentas sobre su manejo financiero.</p>
----------------------	---	---	---

1/ Con la ley N° 29124 aprobada en Octubre 2007, se cambia el contrato de administración compartida que se firmaba antes por un convenio de cogestión

2/ Programa de Administración Compartida (PAC), Programa de Salud Básica para Todos (PSBT).

3/ La Asamblea General, según Ley 29124, está constituida por un representante del gobierno regional, uno del gobierno local, uno de los trabajadores de los establecimientos de las CLAS, un representante de la red de servicios de salud, el gerente-jefe del establecimiento de salud y representantes de organizaciones comunales y agentes comunales de la salud vinculados al desarrollo local, que provengan de la jurisdicción asignada al CLAS. En el reglamento de la Ley 29124, que está por aprobarse, se va a especificar cuántos representantes comunales y representantes de organizaciones de base puede tener un CLAS.

Fuente: Ley 29124

Elaboración: CIUP

Cuadro VI.2 Comparación de establecimientos con mayor y menor autonomía en el sector educación

Categoría	Descripción	Fe y Alegría	Escuelas Públicas
Exposición al mercado	El grado y la naturaleza de la exposición a las fuerzas del mercado en el que opera el proveedor del servicio.	Cuentan con incentivos directos e indirectos para los usuarios como programas de alimentación, pago de los gastos de la escuela (útiles, transporte, uniforme). /1	En términos generales no cuentan con mucha exposición al mercado por la naturaleza gratuita de su enseñanza pero si tienen competidores.
		Tienen buena reputación entre los padres como sinónimo de buen desempeño. Los padres saben que se les exige participar y colaborar con jornadas laborales para mejorar el colegio y en la preparación de las loncheras escolares.	Sus competidores están definidos por los colegios de la zona que pueden ser otras escuelas públicas o particulares con pensiones bajas.
		Las vacantes de estudio en colegios F&A son limitadas. Dado que no se puede satisfacer toda la demanda, el sistema de admisión se basa en respetar el orden de llegada en que se recibe la postulaciones, o de lo contrario, realizar sorteos para escoger a los ingresantes. Ese método responde a un criterio de inclusión y de no discriminación por el nivel socioeconómico.	Las escuelas públicas con tres niveles educativos tienen una ventaja competitiva frente a los de menores niveles en cuanto a la facilidad para acceder a recursos del Estado. Su mayor número de alumnado les permite contar con infraestructura que un centro con un menor número de niveles. Un ejemplo de esto son los laboratorios de informática. 2/
		Los docentes tienen incentivos para trabajar en las escuelas F&A, ya que además de su prestigio reciben capacitación permanente gratuita (aproximadamente cada dos meses la central de F&A dicta talleres de formación para sus docentes). En algunos casos, los docentes reciben alimentación y movilidad. Los directores de las escuelas F&A también son capacitados y mantiene contacto frecuentes con la central de F&A.	Viéndolo desde el lado de la demanda, los padres prefieren enviar a sus hijos a colegios con tres niveles para así reducir los costos de su educación en términos de materiales educativos y uniformes pues éstos pueden ser heredados de los hermanos mayores. 3/ De igual forma, se generan ahorros en los pasajes y tiempos de los padres. Así, hay factores estructurales que favorecen la demanda de unos centros educativos sobre otros. Es decir, sin una competencia basada en la gestión interna de cada colegio.
Derechos de decisión	Es la capacidad que tiene el proveedor para tomar decisiones sobre insumos, trabajadores, manejo financiero, planeamiento estratégico, marketing y el proceso productivo.	Cuentan con un convenio con el MINEDU que les permite tener autonomía financiera y de selección de personal. Sin embargo, tienen que esperar que la UGEL les asigne las plazas de docentes, lo cual puede ser un proceso largo. Es responsabilidad del Estado pagar a los docentes y personal administrativo, y de F&A encargarse de la manutención e infraestructura de la escuela.	No eligen a los docentes, éstos mayormente son asignados por su lugar de residencia. Si se solicita un cambio de institución, tiene que ser solicitado por el mismo docente y no puede realizarse antes de haber cumplido al menos un año en la institución educativa asignada.

Derecho al residuo financiero (Manejo de recursos financieros y presupuestales)	<p>Es la autonomía para usar el dinero remanente después de pagar todos los gastos del servicio.</p>	<p>La función del director y subdirector son claves pues el primero se encarga de la gestión del centro educativo y el segundo de la parte pedagógica (tipo de pedagogía a utilizar, capacitaciones a los docentes, proceso de aprendizaje, etc)</p>	
		<p>Si no están contentos con el personal no pueden despedir a los docentes de manera sencilla pues se rigen bajo la ley del profesorado o la Ley de Carrera Magisterial que les garantiza estabilidad laboral. Cuentan con personal calificado para poder llevar a cabo el proceso largo y tedioso de despido del docente a diferencia de las escuelas públicas tradicionales.</p>	<p>Idem.</p>
		<p>El MINEDU distribuye materiales y equipos a todas las escuelas públicas, pero en la práctica el Estado da prioridad a las escuelas públicas tradicionales argumentando que F&A cuenta con otras fuentes de financiamiento.</p>	<p>El MINEDU distribuye los materiales y equipos, pero es una práctica común que éstos demoren en llegar.</p>
		<p>Fe y Alegría tiene su propia propuesta metodológica que complementa la del MINEDU.</p>	<p>Cada institución educativa tiene la facultad de diversificar y complementar el currículo básico.</p>
		<p>La caja chica la pueden usar para la necesidad que crean prioritaria satisfacer (infraestructura, materiales, etc.). Esta caja chica proviene de recursos propios</p>	<p>La escuela publica no cuenta con recursos financieros presupuestados por el Ministerio de Educación porque todo el presupuesto le llega directamente en materiales. Al igual que en los colegio F&A, la caja chica proviene de recaudación propia y depende del ingenio de cada director.</p>
			<p>La APAFA está autorizada a realizar un cobro a los alumnos. De acuerdo a la normativa se deben dar todas las facilidades a los estudiantes que no puedan cubrir dicho pago. Mayormente se usa para el mantenimiento de la infraestructura.</p>

Rendición de cuentas	Como un mecanismo para asegurar la calidad del servicio mediante el monitoreo y la regulación del proveedor.	Hay un proceso de seguimiento al desempeño de los docentes muy frecuente, tanto por parte de la dirección del colegio, como de supervisores enviados por la institución central de F&A. La mayoría de los directores comparte los resultados con los docentes a nivel individual y con toda la plana docente. La oficina central de F&A envía equipos para observar las clases, y plantear sus sugerencias a los docentes y a la dirección del colegio.	La APAFA tiene entre sus funciones vigilar el manejo financiero; la distribución oportuna y uso adecuado del material didáctico; la mejora de los servicios e infraestructura; y, denunciar irregularidades.
		Los miembros de la APAFA no solo intervienen en el seguimiento del gasto de la escuela sino también en el desempeño de los docentes y del abastecimiento de insumos necesarios para el dictado de clases. Los recursos recaudados internamente se entrega a los comités de aula, y estos tienen que entregar Balances a la dirección del colegio todos los meses.	En la práctica la APAFA se dedica principalmente al manejo financiero que lo destina a mejoras en la infraestructura de la escuela. El CONEI (Consejo nacional educativo Institucional) es el organismo encargado de vigilar la buena marcha de la institución.
		Los docentes tienen la obligación de presentarse a las evaluaciones de desempeño de lo contrario la incidencia en la falta, entre otras, es causal de despido. En caso que no se reincida solo es materia de suspensión.	Idem. (ambas instituciones se rigen bajo la misma ley)
		En las Asambleas se recogen las sugerencias de los padres y profesores. Además, utilizan los "cuadernos de control" para reforzar la comunicación de padres y profesores, que se reúnen con frecuencia.	

1/ Los servicios adicionales que presta Fé y Alegría son financiados con recursos recaudados por los padres, fondos de PEBAL, y donaciones nacionales y extranjeras a la escuela.

2/ Polidocente completo se refiere a las escuelas donde el número de profesores es mayor o igual al número de grados mientras que colegio multigrado hace referencia a los colegios en donde los docentes atienden a más de un grado.

3/ Los colegios públicos usan el uniforme único establecido por el MINEDU pero muchas instituciones educativas incorporan un accesorio diferenciador como una chompa característica. Por otro lado, si bien el MINEDU reparte material educativo a todas las entidades, dada la autonomía sobre la currícula básica, es común que se les pide a los padres libros adicionales dependiendo del plan de estudio de cada entidad.

Alcázar, Lorena (2001). Hacia una mejor gestión de los centros educativos en el Perú: El caso de Fe y Alegría.

Ley N° 24029 - Ley del Profesorado

Ley N° 28044 - Ley General de Educación

Ley N° 29062 - Ley que modifica la Ley del Profesorado en lo referido a la Carrera Pública Magisterial

Entrevista con la Directora del colegio Fe y Alegría, y con la Directora del colegio Francisco Bolognesi.
Elaboración: CIUP