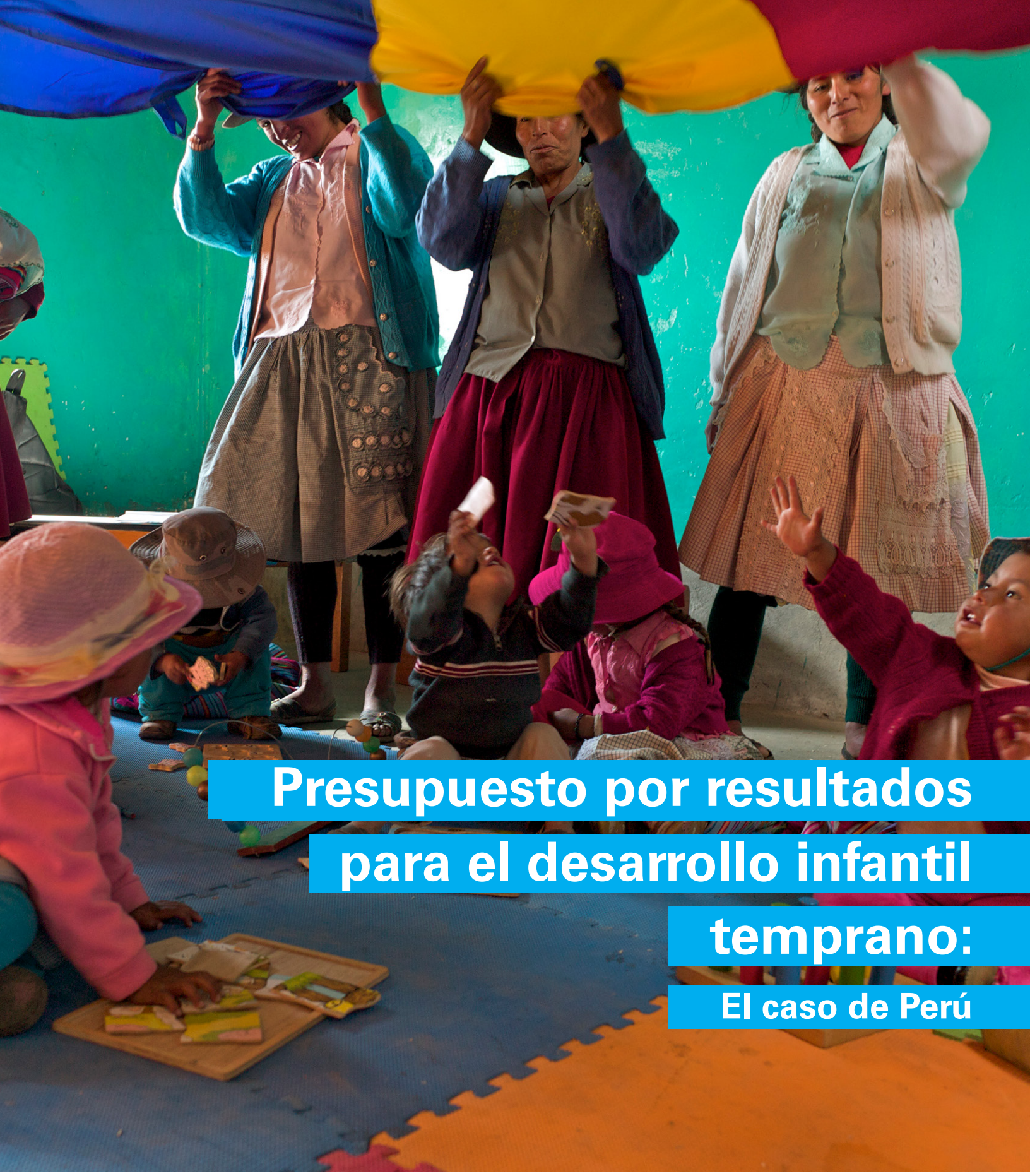


Presupuesto por resultados para el desarrollo infantil temprano:

El caso de Perú

EL DIÁLOGO
Liderazgo para las Américas

unicef

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
2021

Cover: © UNICEF Perú/2011/Francis R.

Esta publicación es uno de los resultados del Acuerdo entre el Diálogo Interamericano y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Autores
Atipay, Innovación para la gestión
Roger Salhuana, Ariela Luna y Luis Cordero

Coordinadores
Diálogo Interamericano
Ariel Fiszbein, Director del Programa de Educación.

UNICEF - Oficina Regional para América Latina y el Caribe (LACRO)
Mónica Rubio, Asesora Regional de Políticas Sociales.

Derechos y permisos - Todos los derechos reservados. El texto y los datos en esta publicación pueden ser reproducidos siempre que se cite la fuente. Está prohibida su reproducción con fines comerciales.

El Diálogo Interamericano y la Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe divulgan las conclusiones de su trabajo para fomentar el intercambio de ideas sobre desarrollo. Los resultados, interpretaciones y conclusiones expresadas son exclusivas de los autores y no reflejan necesariamente la posición del Diálogo Interamericano o el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UNICEF
Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Calle Alberto Tejada, edificio 102
Ciudad del Saber
Panamá, República de Panamá
Apartado postal: 0843-03045
Teléfono: +507 301 7400
www.unicef.org/lac
Twitter: @uniceflac
Facebook: /uniceflac

Presupuesto por resultados para el desarrollo infantil temprano:

El caso de Perú

EL DIÁLOGO
Liderazgo para las Américas

unicef

Contenido

Prefacio iii

Introducción 1

El PpR como marco para la implementación efectiva de políticas públicas 1

Principios claves del PpR en Perú 3

Elementos centrales del PpR 4

Cadenas de resultados 4

Productos 4

Línea de producción y sistemas 4

El proceso presupuestal bajo la lógica del PpR 6

Programación y formulación 6

Aprobación 7

Ejecución 7

Evaluación 7

El DIT y su inserción bajo el esquema de PpR: El proceso 8

Año 2013: Los lineamientos del desarrollo infantil temprano 8

Diseño y aprobación de los lineamientos: proceso y entregable 8

Marco conceptual 10

Intervenciones efectivas asociadas 11

Implementación 13

Años 2018-2020: Diseño e implementación del PPoR para el DIT 15

Metodología para el diseño 17

Proceso de diseño 17

El programa presupuestal orientado a resultados para el DIT 20

Teoría de cambio (TdC) 20

Los resultados 20

Los productos 21
Seguimiento **23**
Gobernanza **25**
Responsable del PPoR DIT 25
Incentivos al desempeño 28
Seguimiento 28
Lecciones aprendidas y desafíos 29
Anexos 31

Prefacio

Diversos estudios apuntan a la importancia de invertir en la primera infancia, en tanto las experiencias y aprendizajes que tienen lugar durante este período crítico de la vida humana determinan en gran parte el desarrollo futuro. Sin embargo, debido a la situación de pobreza y vulnerabilidad en la que viven muchas familias de América Latina, muchos niños y niñas no reciben el cuidado, la nutrición, la salud y los ambientes seguros y acogedores que necesitan para poder desarrollar todo su potencial. La pandemia de la COVID-19 ciertamente aumentará la vulnerabilidad de los niños pequeños y, más que nunca, los esfuerzos para promover un desarrollo holístico en la primera infancia y mantener los logros de la región en este tema es crítico.

En los últimos años, los países de la región han dedicado más esfuerzos y recursos para ampliar la cobertura y fortalecer la calidad de los servicios que atienden a las familias y a las niñas y niños menores de cinco años. Desde El Diálogo Interamericano y UNICEF apoyamos estos esfuerzos de los gobiernos de consolidar las políticas de desarrollo infantil integrales, y promover inversiones efectivas a través de la coordinación y articulación entre los sectores. Lo hacemos a través de la identificación de posibilidades de intercambio y colaboración regional, así como de presentar la evidencia de programas o enfoques que han funcionado o que son promisorios, en la región. La meta es avanzar, desde la reflexión y los retos de los propios hacedores de políticas de primera infancia en la región, en el fortalecimiento continuo de las políticas de primera infancia.

El caso de Perú, que se presenta en estas páginas, representa un proceso de elaboración de políticas para la primera infancia con características particulares y que son de interés para esta agenda regional. A partir de un acuerdo amplio e intersectorial sobre lo que es y los objetivos nacionales deseados del desarrollo infantil temprano, el Perú inició un proceso de diseño de políticas sobre la base de evidencias, determinando las intervenciones con mayor probabilidad de incidir en los resultados deseados para la primera infancia. Como se verá, la respuesta de qué productos sectoriales deben ser incorporados en las estructuras presupuestales viene dada por un presupuesto por resultados (PpR) de carácter multisectorial. Este es un caso de coordinación intersectorial en la planificación pero también de desarrollo de herramientas para la coordinación en la ejecución para objetivos multisectoriales. Este PpR vincula explícitamente los objetivos y los instrumentos de la política pública con el presupuesto y con la gestión integral de los servicios.

Avanzar en la determinación de un conjunto de intervenciones efectivas permite, más allá de una mera definición, el avanzar en un costeo de paquetes de prestaciones universales básicas para el desarrollo de la primera infancia. Durante los últimos años, tanto El Diálogo como UNICEF han facilitado encuentros, con la participación de representantes de gobiernos de varios países de

América Latina, sobre la necesidad de basar las estimaciones de necesidades de financiamiento en el costeo de paquetes integrales de atención a la primera infancia. Esta determinación puede, a la vez, coadyuvar a fijar pautas de referencia para las estrategias nacionales que respondan a las condiciones específicas de desarrollo óptimo en la primera infancia, e identificar los niveles mínimos de inversión pública necesarios para garantizar el objetivo de un desarrollo infantil pleno. Estas estrategias y estos mínimos de inversión, de cara a resultados nacionales son, en el contexto de la COVID-19, ahora más que nunca centrales en la región.

Ariel Fiszbein

Director del Programa de Educación del Diálogo Interamericano

Mónica Rubio

Asesora Regional de Políticas Sociales de UNICEF para América Latina y el Caribe

Introducción

La implementación de una política pública orientada al desarrollo infantil temprano (DIT) en el Perú tiene características particulares, debido principalmente al marco institucional en el cual ha sido diseñada, aprobada y en el cual se viene ejecutando.

Un elemento de este marco, denominado presupuesto por resultados (PpR), ha posibilitado una vinculación explícita entre los objetivos y medios de la política pública con el presupuesto y con la gestión efectiva de los servicios. Esto es posible a partir de una estructuración programática del gasto como espejo presupuestal de la política pública; el uso de evidencias científicas; la priorización de líneas de acción que deben ser financiadas, en función al poder explicativo de los factores causales y de las intervenciones eficaces; y un conjunto de herramientas que permiten aterrizar las formulaciones en el terreno mismo de la provisión de los servicios que se requieren y de su monitoreo constante.

En la definición y estructuración de la política y su vinculación con la gestión financiera, se ha seguido un proceso que ha permitido dotar de legitimidad plena a un tema de interés público, como es el desarrollo infantil temprano y cuyo abordaje requiere de la participación de diferentes entidades públicas y, por la organización política de Perú, la participación de los tres niveles de gobierno.

De esta forma, la política del DIT se expresa en un programa presupuestal de implicancia multisectorial denominado programa presupuestal orientado a resultados (PPoR) aprobado por el Presidente de la República. El PPoR aprobado se sustenta en una propuesta formulada en un proceso colaborativo y de corresponsabilidad en las decisiones por parte de viceministros de los sectores involucrados. Los elementos decisionales concretos fueron: qué es el DIT; qué resultados específicos se deben lograr sobre los niños y niñas, incluyendo metas multianuales; cómo entender estos resultados a partir de factores causales; qué intervenciones funcionan para incidir en factores y resultados; qué productos deben ser incorporados en las estructuras presupuestales y con qué prioridad deben recibir atención fiscal y de gestión del Estado.

La aprobación del PPoR DIT se dio a fines del año 2019 siendo el 2020 el año en que se iniciaría su implementación. La situación generada por el COVID-19 ha perturbado este proceso y a pesar de esfuerzos que las entidades públicas peruanas realizan, es evidente la enorme brecha que se ha generado respecto del avance esperado. Esta historia está, por lo tanto, aún en desarrollo.

El PpR como marco para la implementación efectiva de políticas públicas

El PpR comprende un conjunto de innovaciones en materia conceptual e instrumental aplicable a la gestión de las políticas públicas. Tiene como propósito central lograr que las decisiones y la acción en materia de gasto público se realicen en función a las mejoras en condiciones claves para el desarrollo de las personas (resultados) priorizadas en el nivel político.

El PpR en Perú surgió como punto cúspide de diferentes corrientes e iniciativas de mejora de la calidad del gasto público que se implementaron desde fines del siglo XX y principios del XXI. Desde las arenas de las finanzas públicas y del planeamiento gubernamental se introdujeron reformas como la estructuración funcional y programática del gasto; el establecimiento de objetivos estratégicos nacionales, sectoriales e institucionales que orienten la asignación y gestión del presupuesto; el uso de indicadores para el seguimiento del desempeño, y la participación ciudadana

en materia de decisiones de asignación de recursos e incentivos al desempeño organizacional entre otros.

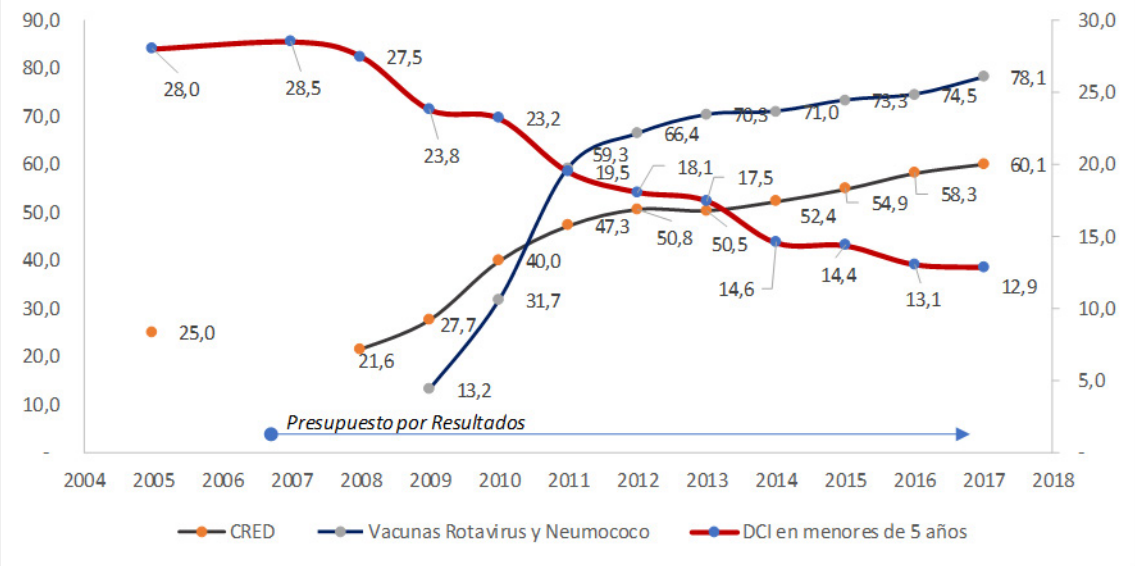
No obstante, a la luz de los logros concretos atribuibles a estas iniciativas, difícilmente se podía argumentar que se había tenido éxito. Ciertamente, problemas públicos críticos al desarrollo se mantenían inalterables o se agravaron en contraposición a una tendencia creciente del gasto. El caso más emblemático de esta situación era la desnutrición crónica infantil (DCI) que hacia el año 2008 presentaba las mismas prevalencias de 10 años atrás: 1 de cada 4 niños menores de 5 años padecía de DCI. Atacar este problema había logrado un enorme capital como consecuencia de un trabajo articulado de diferentes actores para posicionarlo en el debate y sobre todo en la decisión política. Pero de la prioridad política a la vulneración real del problema hay un gran trecho.

Frente a ello, desde el año 2007, la introducción del PpR significó la aplicación de una lógica diferente en materia de identificación, diseño, gestión y evaluación del problema público. Se experimentó con una nueva forma de decidir qué es lo que se va a financiar; de cuánto se va a financiar; de a quién (entidad) se va a financiar; de cómo se va a ejecutar y proveer los servicios públicos, y de qué manera se logra generar un alineamiento de intereses desde el nivel político, pasando por el presupuestal, con el nivel operativo y gerencial.

Luego de pocos años de implementación del PpR al caso particular de la DCI, se logró un éxito rotundo. La DCI se redujo de 28,5 por ciento el 2007 a 19,5 por ciento apenas el 2011. Esto como consecuencia de (i) contar con una estrategia basada en evidencia para atacar la DCI; (ii) compromiso de las entidades involucradas en la provisión de los servicios (Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, principalmente); (iii) mejoras en gestión de la logística y administración así como de decisiones de asignación prioritaria hacia estos servicios por parte de la autoridad central y el uso de incentivos al desempeño, lo que propició un respuesta articulada de las diferentes instancias del Estado. Todo ello derivó en una mejora notable de las coberturas de los servicios que funcionan (*Ver Gráfico N° 1*) para lograr dicha reducción. El liderazgo en este caso del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) a través de la Dirección de Presupuestos, para generar un entorno fiscal y de gestión alineada al resultado, fue un elemento tan inédito como diferenciador.

© UNICEF Perú/Bonacini L.

Gráfico 1 Evolución de la DCI y de la cobertura de servicios eficaces en Perú



Fuente: Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

Las dudas respecto a si la reducción de la DCI fue realmente consecuencia de la aplicación del PpR se resolvió en gran medida con un estudio de impacto que concluía que la implementación del Programa Articulado Nutricional como parte del PpR en Perú tuvo efectos positivos en incrementar las coberturas de los servicios que funcionan para reducir la DCI.[1]

Principios claves del PpR en Perú

Los principios que guían el PpR son: tener al ciudadano como eje de la gestión (presupuestal) y el uso intensivo de la evidencia científica para entender la naturaleza de las condiciones claves del ciudadano y qué es lo que funciona para incidir en ellas.

El principio ciudadano tiene aplicación concreta en todo momento del ciclo presupuestal, es decir desde cuando se identifica el problema público que se debe abordar; cuando se identifica qué entidad debe recibir y ejecutar presupuestos; cuando se decide cuánto presupuesto debe ser asignado; cómo es la ejecución financiera y la entrega misma de los servicios públicos, pasando por el seguimiento, evaluación e incluso la rendición de cuentas.

Por su parte, el principio de evidencia orienta los procesos de entendimiento de las causas y consecuencias de aquella condición sobre el ciudadano que desea ser abordada, y la identificación de las intervenciones que funcionan para lograr los efectos deseados. De este modo se busca minimizar la enorme subjetividad, discrecionalidad y sesgos de diferente naturaleza en las políticas públicas y su financiamiento.

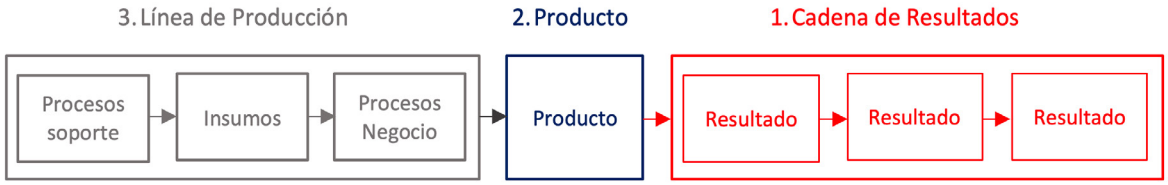
Esto en buena cuenta significa que el presupuesto público debe conectar la asignación de los fondos y la acción misma con condiciones o resultados concretos sobre las personas, como aquellas expresados en el DIT, por ejemplo.

1 Cruzado, Viviana, 'Análisis del impacto del programa presupuestal articulado nutricional sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años', DT01/2012, Plataforma digital única del Estado Peruano, Ministerio de Economía y Finanzas, Lima, 2012, <www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/estudios>

Elementos centrales del PpR

Previo a las decisiones de asignación del presupuesto, en el marco del PpR se exige tener una comprensión adecuada del resultado que se desea lograr. Esto es tanto en su especificidad (un resultado podría tener una naturaleza compleja), como en los factores causales y las acciones o intervenciones concretas que deben ser realizadas para incidir en los factores y lograr resultados en secuencia (*Ver Esquema N°1 "1. Cadena de Resultados"*). Asimismo, con el fin de poder organizar el presupuesto, y luego tomar decisiones de financiamiento adecuadas, se estructuran las intervenciones o servicios eficaces en productos (*Ver Esquema N°1 "2. Productos"*). Finalmente, se requiere organizar y ejecutar procesos que van desde la estimación de los recursos que se requieren hasta la entrega misma de los servicios. A esto último se le denomina línea de producción (*Ver Esquema N°1 "3. Línea de Producción"*).

Esquema 1 Elementos centrales del PpR



Cadena de resultados

La cadena de resultados es la secuencia de cambios esperados que deben ocurrir previo al logro del resultado priorizado. Su especificación en el diseño del programa constituye decisiones que se toman respecto de qué o sobre qué se va a incidir como estrategia para lograr los efectos deseados sobre la población. Se define a partir de las cadenas de factores con mayor incidencia o efecto sobre otros factores o sobre el resultado priorizado directamente. Su construcción se da en el marco del diseño de una política pública basada en evidencia.

Producto

El producto es el conjunto de servicios, derivados de la evidencia, que deben ser entregados a las personas con el propósito de generar los cambios (resultados) sobre ellas. Se estructuran en el sistema de información financiera del Estado en la categoría Producto y es la unidad de presupuestación y de asignación de los fondos. En esquemas anteriores de estructuración y asignación se tenía a la entidad como eje, y era por debajo de esta que se identificaban las acciones o servicios que debían ser financiados.

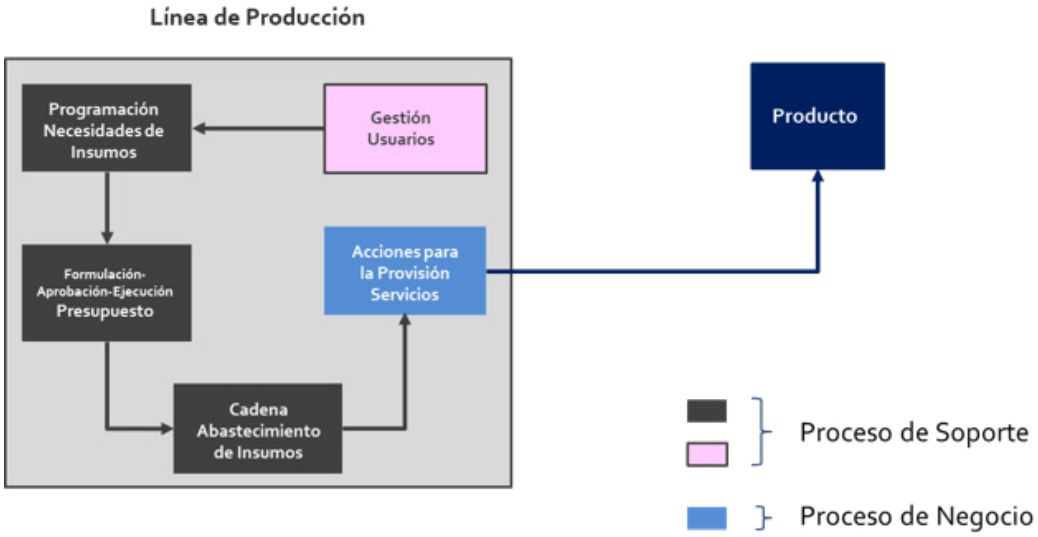
Línea de producción y sistemas

La línea de producción (LdP) se refiere al conjunto de procesos que deben realizarse de manera eficiente para garantizar la entrega de los servicios que componen el producto a los usuarios. Estos comprenden el establecimiento de protocolos técnicos para la identificación, priorización y seguimiento a usuarios que recibirán el producto, las estructuras de costo para la determinación del presupuesto necesario para cubrir una determinada cantidad de usuarios y las estimaciones necesarias con el propósito de presentar o plantear una

demanda de recursos a la entidad a cargo del financiamiento.

Incluye además el proceso decisional mismo de los recursos que serán asignados, la estructuración del presupuesto en los clasificadores de gasto, el desarrollo de la cadena de abastecimiento, incluyendo las contrataciones de personal y las adquisiciones de los insumos necesarios y su adecuada distribución a los lugares en los que se proveerán los servicios al ciudadano. Finalmente, se incluye las acciones concretas que derivan en la entrega de los servicios.

Esquema 2 Procesos de la línea de producción



© UNICEF Perú/Hildebrandt C.

El proceso presupuestal bajo la lógica del PpR

De acuerdo con la normatividad, el presupuesto en el país se desarrolla en cuatro fases: programación y formulación; aprobación; ejecución y evaluación. Bajo el PpR, el desenvolvimiento de cada fase adquiere características particulares consistentes con los principios y con lo establecido en la normatividad.

Esquema 3 Fases del presupuesto

Programación y formulación

La fase de programación y formulación, se compone de tres momentos complementarios entre sí. El primero en el que se construye y legitima el diseño de una política pública basada en evidencia para abordar un resultado prioritario. El resultado prioritario, como en el caso del DIT por ejemplo, resulta de un mandato explícito de la Ley de Presupuesto, la misma que anualmente señala las prioridades que sobre el ciudadano deben ser abordados con el enfoque de PpR. El diseño culmina con la aprobación de la política y con su inserción en la clasificación presupuestal a nivel de programa y producto.

El segundo momento, se aplica luego de la aprobación del programa, y comprende el establecimiento un requerimiento presupuestal por producto para atender una población determinada. Es decir, se presupuesta lo que es necesario para cubrir aquello que se ha definido como meta según los parámetros con que se aprueban los productos.

En el tercer momento, que corresponde ya a la formulación, luego de las consideraciones de marcos fiscales y el establecimiento de los límites máximos de recursos, se especifican los montos definitivos de presupuestos por productos[2] y se inscriben en el sistema de información financiera del Estado utilizando todos los clasificadores de gasto correspondientes. De este modo, el presupuesto está listo para ser sometido a la aprobación formal por parte del Congreso de la República. Cabe señalar, sin embargo, que este proceso así descrito, es el propósito del nuevo marco legal y lo que está aun en progreso. En la práctica, las asignaciones aún se realizan a nivel de cada entidad, luego son estas las que aseguran la financiación de los productos según les corresponda.

2 Si bien en la estructura presupuestal aún en aplicación, la clasificación Programática desagrega el Producto en un nivel de Actividad, la nueva normatividad presupuestal (Decreto Legislativo N° 1440), sólo considera Programa, Producto y Proyecto. Los detalles por debajo del producto se registrarían en otro sistema de información, diferente al Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), que permita gestionar el detalle de la fase de programación.

Aprobación

La aprobación del presupuesto, según la ley peruana, está a cargo del Congreso de la República. Este es remitido junto con el proyecto de ley a más tardar el 30 de agosto de cada año y antes del final del mes de noviembre el Congreso lo aprueba. El hecho relevante a partir de PpR es que los montos aprobados están establecidos también a nivel de programa (que da visibilidad presupuestal al resultado prioritario) y de productos, independientemente de qué entidad es la que ejecutará dichos recursos.

Con esta aprobación se da formalidad definitiva a una discusión y asignación de recursos que empezó con la priorización de una o más condiciones de interés al desarrollo de las personas.

Ejecución

La ejecución presupuestal bajo la lógica de PpR centra la atención en el flujo de gastos orientado a los productos priorizados. El Decreto Legislativo (DL) N° 1440, al respecto es explícita al señalar que cada fase del presupuesto es funcional al logro de los resultados priorizados.

Evaluación

La evaluación presupuestal bajo la lógica de PpR, según lo establecido en la nueva normatividad (Artículo 55° del Decreto Legislativo N° 1440) centra su atención en la situación y relaciones que existen en la cadena de resultados, productos y línea de producción. Se realiza siguiendo el principio de prioridad, en cadenas seleccionadas por su nivel de vinculación (poder explicativo y eficacia). Busca principalmente la toma de decisiones en el nivel gerencial que anticipen fallos en la provisión de productos y logro de resultados, antes que ser una herramienta de rendición de cuentas burocrática clásica.

En tal sentido, la evaluación presupuestal se compone del seguimiento de indicadores de desempeño en cada hito de la cadena de resultados, producto y línea de producción, y de evaluación de procesos que conectan los hitos de las cadenas y de efectividad respecto de los resultados. De este modo, la evaluación presupuestal pretende constituir un esfuerzo de análisis de la información relevante para generar juicios y reportar hallazgos respecto de los cuales es necesario tomar decisiones[3].

3 Por ejemplo, una evaluación del proceso de abastecimiento de un determinado paquete de insumos críticos para la entrega de un producto seleccionado puede recomendar ajustes y decisiones concretas en la forma en que se gestionan los requerimientos desde los puntos de atención de tal modo que se gane oportunidad en la provisión de insumos a los puntos de atención.

El DIT y su inserción bajo el esquema de PpR: el proceso

Año 2013: Los lineamientos del desarrollo infantil temprano

La idea de establecer una política o lineamientos de política específicos a favor de la primera infancia se empezó a materializar con la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)[4]. La finalidad de este ministerio según su norma de creación, es la de mejorar la calidad de vida, el ejercicio de derechos y el acceso a oportunidades desde una perspectiva de inclusión económica y social de la población. Consecuente con ello, en abril de 2013 se aprobó la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social "Incluir para Crecer"[5] la misma que definió cinco ejes estratégicos. El primer y segundo refería a condiciones de la primera infancia a saber: nutrición infantil y desarrollo infantil temprano (DIT).

Un aspecto particular de "Incluir para Crecer" fue que tenía a la "Gestión por Resultados" como principio. Esto significaba que su materialización tendría un énfasis instrumental para una adecuada definición de servicios o intervenciones específicas y de mejora del desempeño de las entidades a cargo de las políticas de la estrategia. Esto es, el uso de modelos lógicos (causales) para el entendimiento y abordaje de los 5 ejes, la definición y priorización de metas, el uso del conocimiento para identificar intervenciones efectivas y el uso de información de desempeño para la gestión, entre otros. Es evidente en esto la influencia de los principios e instrumental del presupuesto por resultados definidos en años anteriores.

Con el fin de dar desarrollo y contenido a "Incluir para Crecer" el MIDIS impulsó la formulación y aprobación de lineamientos de política para cada eje de la estrategia. En tal sentido, en diciembre de 2013, mediante Resolución Suprema suscrita por el Presidente de la República se conformó una Comisión Multisectorial para proponer los lineamientos "Primero la Infancia". Resulta destacable la clara intención de dotar desde el inicio de un alto nivel de visibilidad política al DIT.

Diseño y aprobación de los lineamientos: proceso y entregable

Lograr resultados en la primera infancia exige un abordaje multidimensional y un involucramiento multisectorial e intergubernamental[6] desde diversas instancias del Estado. En tal sentido, la formulación de los lineamientos debía ser realizada de manera colaborativa entre las diferentes entidades con involucramiento en el tema y gozar, por lo tanto, de legitimidad. Por tal razón, el 5 de diciembre de 2013 mediante Resolución Suprema N° 413-2013-PCM, se conforma o constituye la Comisión Multisectorial para proponer los lineamientos "Primero la Infancia" y el Plan de Acciones Integradas para el periodo 2014-2016. [7]

Los miembros de la Comisión fueron los ministros (as) de Economía y Finanzas; Educación; Salud; Mujer y Poblaciones

4 Creado mediante Ley N° 29792 Ley de Creación, Organización y Funciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. 19 de octubre de 2011. Recuperado de: https://www.gob.pe/institucion/midis/normas-legales/270069-29792

5 Aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2013-MIDIS. 25 de abril de 2013. Recuperado de: https://www.gob.pe/institucion/midis/normas-legales/9788-008-2013-midis

6 En el caso peruano se tiene tres niveles de gobierno: Gobierno Nacional, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales.

7 Resolución Suprema N° 413-2013-PCM. 5 de diciembre de 2013. Recuperado de: https://www.gob.pe/institucion/midis/normas-legales/5960-413-2013-pcm

Vulnerables; Vivienda, Construcción y Saneamiento; Justicia y Derechos Humanos; Cultura; Trabajo y Promoción del Empleo y; Energía y Minas. Se consideró también la participación de un representante de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, un representante de la Red de Municipalidades Urbanas y Rurales y un representante de la Asociación de Municipalidades del Perú.

Para fines de la operación y gestión del proceso de diseño se conformó un Grupo de Trabajo integrado por viceministros de las entidades señaladas previamente, y se estableció una Secretaría Técnica. En este último caso, a cargo del propio MIDIS, a través del Viceministerio de Políticas y Evaluación Social.

Asimismo, se definió un contenido específico para los lineamientos a saber: (i) Definición e implicancias del DIT; (ii) Marco conceptual; (iii) Cadenas causales y resultados; (iv) Intervenciones efectivas asociadas; (iv) Diseño de un mecanismo de incentivos para el logro de resultados y; (v) Propuesta de indicadores para el seguimiento y evaluación de los resultados. Como se señaló previamente, estos componentes se inspiran en el PpR iniciado el año 2008 con la diferencia que en este caso el conductor y líder del proceso no es el MEF sino el MIDIS.

Si bien el proceso de diseño culminó durante el año 2014, los lineamientos se aprobaron[8] recién en julio del año 2016, junto con la culminación del período de gobierno vigente, dejando la implementación de los mismos para el siguiente gobierno.

Cabe complementar que antes de la formulación y aprobación de los lineamientos y por iniciativa del MIDIS se llegó a crear un mecanismo de incentivos para el logro de resultados, denominado el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED)[9]. Este FED logró más adelante dotarle de una dinámica importante a determinados resultados en la primera infancia a través de la asignación de recursos adicionales a Gobiernos Regionales que cumplían compromisos de mejora en gestión y lograban determinadas metas de cobertura de servicios. El FED introdujo además en su operatividad el concepto de "paquete integrado" de servicios o intervenciones, mediante el cual se exige el cumplimiento de metas de coberturas no de productos individuales, sino en paquete, como un todo. De este modo se fuerza a visibilizar y lograr todas las metas de servicios[10].

Otra herramienta creada por el MIDIS en julio de 2015, en este caso con el fin de incentivar el involucramiento de Gobiernos Locales en la estrategia "Incluir para Crecer" fue el "Sello Municipal"[11]. Este instrumento constituía un reconocimiento público no monetario a los gobiernos locales que voluntariamente cumplían determinados indicadores conectados con resultados de la estrategia, particularmente con aquellos del desarrollo infantil temprano. En su primera edición

8 Aprobado mediante Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS del 27 de julio de 2016. Recuperado de: https://www.gob.pe/institucion/midis/normas-legales/9682-010-2016-midis .

9 Creado mediante la Octogésima Cuarta Disposición Complementaria Final de la Ley N° 30114 - Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2014 aprobada en noviembre de 2013. Recuperado de https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-presupuesto-del-sector-publico-para-el-ano-fiscal-201-ley-n-30114-1021929-1/ .

10 Por ejemplo, un paquete evaluable en niños y niñas en los primeros 24 meses sería que tengan el CRED completo para la edad, las vacunas de neumococo y rotavirus, los multimicronutrientes, el acompañamiento familiar y el documento nacional de identidad, al mismo tiempo.

11 Creado mediante Resolución Suprema N° 0002-2015-MIDIS. Recuperado de: https://busquedas.elperuano.pe/download/url/crean-el-premio-nacional-sello-municipal-incluir-para-crece-resolucion-suprema-n-002-2015-midis-1257806-7 . En su primera edición el año 2015-2016 por ejemplo se premió el cumplimiento de indicadores vinculados a los servicios de acceso a la identidad en niños y niñas menores de 12 meses, identificación en un padrón nominal para la provisión de servicios, y disposición de espacios públicos de juegos para los niños y las niñas. Más información en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/16335/RM_150_2015MIDIS.pdf .

2015-2016 se inscribieron 621 municipios y 326 de ellos obtuvieron el "Sello Municipal".[12]

Marco conceptual

Los lineamientos "Primero la Infancia"[13] establecen que en Perú los niños y niñas son sujetos titulares de derechos y consideran que orientar recursos a su desarrollo es la inversión social más rentable para el país. La primera infancia, constituye un conjunto de ventanas de oportunidad que va desde la gestación hasta los cinco años. En ese lapso se identifican periodos críticos de cambios en condiciones específicas, definidos como resultados. Favorecer el desarrollo adecuado en estas condiciones es una oportunidad para las personas y la sociedad, ignorarlos un riesgo y una amenaza para el desarrollo del país.

En este marco se priorizan 7 resultados: (i) bajo peso (menos de 2,500 gramos) y prematuridad (antes de las 37 semanas) del recién nacido; (ii) apego seguro del niño o niña menor de 12 meses; (iii) desnutrición crónica hasta los 24 meses de edad; (iv) camina solo hasta los 18 meses; (v) comunicación verbal efectiva hasta los 36 meses; (vi) regulación de emociones y comportamientos entre los 24 y 60 meses y; (vii) función simbólica entre los 24 y 60 meses.

Se identifica un conjunto de factores de riesgo que inciden siguiendo una lógica y una secuencia de causa-efecto sobre los siete resultados priorizados.

Con relación al **bajo peso y prematuridad**, diferentes factores inciden, en primer lugar sobre la mujer gestante: estado nutricional particularmente la deficiencia de dos micronutrientes: hierro y ácido fólico. Durante la gestación, se tienen identificados factores como: la deficiencia de micronutrientes en el primer trimestre del embarazo; las infecciones en el primer trimestre (tracto urinario, enfermedades de transmisión sexual e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana); la hipertensión gestacional, explicada en parte por la deficiencia de calcio; el embarazo adolescente; la alteración del estado emocional por depresión, ansiedad y estrés y; la exposición a situaciones de cualquier forma de violencia.

En cuanto al segundo resultado, **apego seguro**, que es el vínculo afectivo con la madre o un adulto significativo para el menor, los lineamientos identifican como factores de riesgo a la interacción de mala calidad con su madre; el bajo peso, prematuridad, anemia antes del primer año; la baja sensibilidad frente a los requerimientos del niño por parte de la madre o persona a cargo del menor; la depresión posparto; violencia en cualquiera de sus formas; la ausencia manera temporal o permanente de la madre.

La **desnutrición crónica** por su parte está condicionada por las deficientes prácticas de cuidados de la salud, nutrición e higiene y con una inadecuada alimentación complementaria, y por el riesgo consecuente de enfermedades diarreicas agudas (EDA), las infecciones respiratorias agudas (IRA) y la deficiencia de micronutrientes (hierro, zinc).

Caminar sólo y comunicarse verbalmente, constituyen otros dos hitos del desarrollo, el primero de los cuales tiene como precursores la eliminación de los reflejos, el control de la cabeza, el poder pararse y el coger objetos. El segundo expresado en la capacidad para seguir indicaciones, responder a preguntas sencillas y sostener conversaciones.

El sexto resultado, la **regulación de emociones y comportamientos**, aparece condicionado a su vez por el apego seguro. Finalmente la **función simbólica**, que expresa un hito en el desarrollo

12 http://www.midis.gob.pe/sello_municipal/ediciones-anteriores/
13 http://www.midis.gob.pe/wp-content/uploads/2019/08/DS_N_010-2016-MIDISv2.pdf

de la capacidad cognitiva y que se enriquece por la interacción del menor con su entorno.

Intervenciones efectivas asociadas

Para lograr los resultados e incidir en los factores de riesgo, los lineamientos establecen un conjunto de intervenciones que, desde la evidencia científica, prometen eficacia. Estas son organizadas en función a su incidencia en el estado nutricional del menor, estado de salud y emocional de la madre y en función a los resultados cognitivos y no cognitivos, así como etapas del curso de vida.

© UNICEF/UNI96620/Markisz

Tabla 1 Intervenciones efectivas hacia el DIT

Intervenciones efectivas	Preembarazo	Embarazo (Trimestre)			Parto	Edad del menor (semestres)						3 a 5 años
		1	2	3		1	2	3	4	5	6	
Mejorar el estado nutricional del recién nacido												
Suplemento con micronutrientes	o	o	o	o		o	o	o	o	o	o	
Clampaje tardío del cordón umbilical					o							
Mejorar el estado de salud y emocional de la madre												
Tamizaje, detección y tratamiento de depresión, ansiedad y estrés en las gestantes y madres con niños y niñas menores de 5 años		o	o	o		o	o	o	o	o	o	o
Tamizaje y tratamiento de ITU, ITS y VIH		o										
Mantener en buen estado la salud del niño y la niña												
Contacto piel a piel					o							
Consejería sobre lactancia materna exclusiva				o		o						
Tratamiento de anemia por deficiencia de hierro							o	o	o	o	o	
Inmunizaciones						o	o	o	o			
Tratamiento de enfermedad diarreica aguda						o	o	o	o	o	o	o
Consejería sobre alimentación complementaria							o	o	o			
Consejería sobre lavado de manos						o	o	o	o			
Agua, saneamiento y promoción de la higiene		Transversal a todas las etapas de vida										
Mejoramiento básico de las condiciones físicas de la vivienda y servicios de atención a niños y niñas		Transversal a todas las etapas de vida										
Tamizaje de las deficiencias y trastornos en las niñas y los niños						o	o	o	o	o	o	o
Promover el desarrollo: apego seguro, motor regulación de emociones y comportamientos y función simbólica												
Consejería y acompañamiento sobre sensibilidad materna				o		o	o					
Licencia pre y posnatal de al menos 6 meses				o		o						
Consejería y acompañamiento para la promoción del desarrollo motor del niño o niña						o	o	o				
Sesiones educativas y acompañamiento para promover la práctica de narraciones dialogadas							o	o	o	o	o	
Consejería, acompañamiento y sesiones educativas para promover la interacción adulto – niño o niña							o	o	o	o	o	
Sesiones educativas grupales dirigidas a madres, padres para promover la regulación de emociones y comportamiento en niños y niñas										o	o	o
Sesiones educativas grupales dirigidas a docentes para promover el aprendizaje de la regulación de emociones y comportamiento en niños y niñas										o	o	o
Promoción del juego libre										o	o	o
Exposición a experiencias significativas en los servicios de atención al niño y niña que promueven el aprendizaje												o
Organización de ambientes y espacios físicos para la actividad autónoma y el juego para niños y niñas							o	o	o	o	o	o
Prevenir y mitigar el impacto de la violencia y la ausencia de cuidados parentales en niños y niñas												
Promoción de prácticas adecuadas de crianza y métodos de disciplina sin violencia								o	o	o	o	o
Entrenamiento y acompañamiento a cuidadores de niños o niñas que egresan de centros de atención residencial (niños y niñas sin cuidados parentales)						o	o	o	o	o	o	o
Prevenir y mitigar el impacto de la violencia en las mujeres												
Promover relaciones igualitarias entre mujeres y hombres	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Atención de casos de violencia contra la mujer	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o

Fuente: Lineamientos "Primero la Infancia"

De manera complementaria y para fines de seguimiento y evaluación, los lineamientos contenían un conjunto de indicadores para los siete resultados priorizados, aunque en esta ocasión no se establecieron metas a alcanzar.

Tabla 2 Indicadores de resultados DIT

Resultado	Indicador
Niñas y niños nacen entre 37 y 41 semanas de gestación y con un peso adecuado	Porcentaje de niñas o niños que tengan un peso inferior a los 2 500 gramos
	Porcentaje de niñas y niños nacidos antes de la semana 37 del embarazo
Niñas y niños menores de 12 meses de edad con apego seguro	Porcentaje de niñas y niños con apego seguro con su madre u otro adulto significativo
Niñas y niños de 0 a 36 meses de edad con un adecuado estado nutricional	Porcentaje de niñas y niños que se encuentran en -2 de o menos del puntaje Z de talla para la edad (estándar OMS)
	Prevalencia de anemia en niñas y niños (Hemoglobina menor a 11g/dL)
	Prevalencia de deficiencia de hierro en niñas y niños (Ferritina)
Niñas y niños de 9 a 36 meses de edad se comunican verbalmente de forma efectiva	Porcentaje de niñas y niños con comunicación verbal efectiva apropiado para la edad
Niñas y niños de 12 a 18 meses de edad caminan solos	Porcentaje de niñas y niños que caminan solos hasta los 18 meses
Niñas y niños de 2 a 5 años aprenden a regular sus emociones y comportamientos	Porcentaje de niñas y niños que regulan sus emociones y comportamientos de acuerdo con su edad
Niñas y niños de 2 a 5 años desarrollan función simbólica (representan sus vivencias)	Porcentaje de niñas y niños con nivel de función simbólica apropiado para la edad

Fuente: Lineamientos "Primero la Infancia"

Implementación

De acuerdo con la norma de aprobación de los lineamientos, cada entidad involucrada en su implementación "adoptará las medidas necesarias para su ejecución y velará por su cumplimiento"[14]. Complementariamente, la norma también señala que el desarrollo de los lineamientos "se financiarán con cargo al presupuesto institucional de las entidades involucradas…"[15]

Estas fórmulas normativas sólo reflejan el hecho que el proceso decisional presupuestal se da en otro espacio y con otros actores. Que su aprobación haya sido suscrita por los ministros que incluían el grupo multisectorial, incluido el de Economía y Finanzas, ciertamente no le garantizaba prioridad fiscal ni que estaría inserto en el proceso decisional.

Si bien las entidades involucradas, como el Ministerio de Inclusión y Desarrollo Social o el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales, ya tenían asignaciones para servicios orientados a la madre y al niño o niña, los lineamientos plantearon un abanico más grande y de mayor sustento para acciones gubernamentales. Estas ciertamente, no tenían financiamiento,

14 Artículo 2° del Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS. Recuperado de: https://www.gob.pe/institucion/midis/normas-legales/9682-010-2016-midis

15 Artículo 3° del Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS. Recuperado de: https://www.gob.pe/institucion/midis/normas-legales/9682-010-2016-midis

o implicaban la necesidad de expansión de aquellas que sí tenían algo de recursos. En este escenario una implementación razonable de los lineamientos se hacía dudosa.

La formulación de políticas en Perú, como en la mayoría de países de Latinoamérica, se da de manera paralela al proceso presupuestal. Es, conceptualmente, un espacio en el que se establece el norte de la política pública y hacia el cual, las decisiones presupuestales deberían dirigirse. En la práctica sin embargo, las decisiones de asignación de fondos siguen otro proceso, otras prioridades y si bien las políticas aprobadas pueden ser argumento para sustentar decisiones, los factores de mayor incidencia son menos estructuradas, más coyunturales y menos transparentes.

Otro factor que evitó una implementación adecuada de los lineamientos fue el momento de su aprobación, con un gobierno que se despedía, exactamente el mismo día en que se publicaba la norma de aprobación y con un nuevo gobierno que muy probablemente[16] no daría continuidad a los avances del anterior.

Debe señalarse que algunas intervenciones contenidas en los lineamientos ya se estaban implementando, aunque aún con una lógica sectorial, como consecuencia de los primeros programas diseñados y ejecutados como parte del PpR, entre ellos el Programa Articulado Nutricional orientado a reducir la DCI y el Programa Salud Materno Neonatal a reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Sin embargo, el limitante de estos programas era que sólo cubrían un espectro limitado de los resultados claves ya identificados para la primera infancia.

Asimismo, el año 2019, el MIDIS retoma con fuerza el liderazgo, en materia del DIT impulsando una Estrategia de Gestión Territorial "Primero la Infancia" para la articulación de las entidades del Gobierno Nacional, Regional y Local en la promoción del DIT[17] dándole mayor visibilidad al concepto de "Paquete Integrado de Servicios Priorizados" en niños y niñas, desde la gestación hasta los cinco años de edad y que sería el referente para la implementación futura del PPoR DIT. Por otro lado, en junio de 2019, se presentan los "Resultados de Desarrollo Infantil Temprano-Módulo DIT ENDES 2018" que comprende la medición de los indicadores de resultados[18] priorizados en el DIT (lineamientos). Este fue consecuencia de un esfuerzo sostenido y coordinado, desde el tercer trimestre de 2014, entre el MIDIS y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) que más adelante servirán como instrumento de monitoreo de resultados y para la definición de metas en la siguiente etapa en este proceso de institucionalización de la política a favor del DIT.

16 Se aprueba hacia el final del gobierno del Presidente Ollanta Humala Tasso (28 de julio de 2011-28 de julio de 2016) que cede la posta al gobierno del Presidente Pedro Pablo Kuczynski (28 de julio de 2016-23 de marzo de 2018).

17 https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342947/DS_N_003_2019_MIDIS.pdf

18 Nacimiento Saludable (prematuridad y bajo peso), Apego Seguro, Adecuado estado nutricional, Comunicación verbal efectiva, Camina solo, Regulación de emociones y comportamientos y Función Simbólica. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1edec5XvybSju3AZU5nj2SgJM4hSl8-6i/view

Años 2018-2020: Diseño e implementación del PPoR para el DIT

Los logros en materia de PpR 2008-2011 y el experimento innovador de construir unos lineamientos de política pública, basada en evidencia, centrada en una prioridad clave al desarrollo y con un diseño multisectorial exigido desde la Presidencia de la República, constituyeron experiencias importantes por capitalizar en la gestión pública peruana.

Por ello, no sorprende que hacia el año 2018 se buscara conectar procesos, tomar decisiones y alinear recursos y gestión del Estado hacia prioridades definidas explícitamente en una ley que se debate y aprueba cada año: la ley de presupuesto.

En efecto, en setiembre del 2018 en el marco de facultades legislativas otorgadas por el Congreso de la República al Poder Ejecutivo, se aprobó una nueva ley general del presupuesto[19], en la que se introdujo los siguientes elementos:

1. Se establece como principios que: (i) el proceso presupuestario se orienta al logro de **resultados a favor de la población** y de mejora o preservación de las condiciones de su entorno y; (ii) las decisiones en el proceso presupuestario se basan en la mejor **evidencia** (científica) disponible y pertinente.[20]

2. Las leyes anuales de presupuesto del Sector Público establecen **resultados priorizados**. Estos resultados priorizados dan origen a programas presupuestales orientados a resultados (PPoR). Los PPoR se formulan siguiendo parámetros técnicos de causalidad y evidencia, de manera participativa entre todas las entidades con involucramiento en la temática, bajo la conducción de la Dirección General de Presupuesto Público. El PPoR diseñado es aprobado mediante Resolución Suprema, con las firmas de aprobación del Presidente del Consejo de Ministros, el Ministro (a) de Economía y Finanzas y los Ministros de los sectores involucrados.[21]

3. Se crea la instancia del **responsable de programa presupuestal**[22]: gestiona los aspectos estratégicos y políticos de los programas y aspectos operativos que derivan en la provisión de los servicios a la población. Rinde cuentas de lo avanzado. Ejerce un liderazgo intersectorial e intergubernamental hacia el logro del resultado prioritario.

4. La asignación presupuestaria (multianual), se realiza, además de las consideraciones de ingresos y de reglas fiscales, en función a las **prioridades de política a nivel de resultados**. Asimismo, la asignación **se estima a nivel de programa presupuestal**[23], lo que implica una asignación a nivel de **productos** independiente de la entidad que debe recibir los fondos.[24]

5. Se formaliza la existencia de la **clasificación programática** del

19 Decreto Legislativo N° 1440. Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público. Aprobado el 15 de setiembre de 2018.
20 Artículo N° 2. DL 1440. Recuperado de: https://www.mef.gob.pe/es/por-instrumento/decreto-legislativo/18247-fe-de-erratas-239/file
21 Artículo N° 16. DL 1440. https://www.mef.gob.pe/es/por-instrumento/decreto-legislativo/18247-fe-de-erratas-239/file
22 Artículo N° 10. DL 1440
23 Esta consideración es muy importante, puesto tradicionalmente los presupuestos son asignados por Entidad, y luego esta redistribuye en función a programas. En este esquema, se invierte la lógica. Primero el producto y luego la Entidad, según el rol que desempeñe en la provisión del mismo.
24 Artículo N° 24. DL 1440.

gasto público [25], que establece que el presupuesto se estructura en categorías presupuestarias (los programas presupuestales, incluyendo el PPoR), productos y proyectos. La existencia de una clasificación programática, y de programas que se derivan de resultados prioritarios definidos en la política, ayudan en el caso peruano a conectar finalmente el plan con el presupuesto.

6. Se consolidan los **incentivos presupuestarios** como mecanismo de asignación condicionada de presupuestos[26] a favor de entidades que implementan los productos orientados al logro de los resultados prioritarios y definidos en el marco del PPoR correspondiente. Este mecanismo consiste básicamente en la asignación y transferencia de recursos adicionales a las entidades si estas ejecutan mejoras concretas de gestión especificadas formalmente en un acuerdo o convenio o logran coberturas determinadas de los productos que permiten el logro de los resultados prioritarios.

Como se ha visto previamente, se normó que las leyes anuales de Presupuesto establecen prioridades de resultados que deben ser abordados preferentemente en la gestión del Estado. Estos resultados son reflejados en la estructura presupuestal a nivel de programas denominados programas presupuestales orientados a resultados (PPoR). Los PPoR constituyen la máxima expresión de correspondencia entre un objetivo de política pública (resultado), los productos y el presupuesto. Estos (resultados y productos) se deciden de manera participativa entre las diversas entidades del Poder Ejecutivo vinculadas a ellos. El PPoR canaliza las decisiones de financiación y de gestión que según todo lo que se puede apreciar en la normatividad constituyen prioridad para la orientación de los recursos públicos, tanto en su asignación como en su ejecución.

La primera experiencia de aplicación de esta normativa es la del desarrollo infantil temprano como conjunto de resultados claves. Ciertamente, el proyecto de Ley de Presupuesto 2019[27] finalmente aprobado en noviembre de dicho año, especificaba que constituyen resultados prioritarios aquellos comprendidos en el **desarrollo infantil temprano.** A partir de aquí, se inició un proceso decisional respecto de qué resultados específicos componen el DIT, qué metas concretas se deben lograr, qué productos deberán ser provistos, qué entidades participan en su provisión, qué entidad es responsable del PPoR.

El DIT goza de la más alta legitimidad política, tanto a nivel del Poder Ejecutivo como del Poder Legislativo. Como señala la normatividad en materia presupuestal, el PPoR debe ser aprobado por el Presidente de la República, mediante Resolución Suprema (RS) refrendada por los ministros involucrados. Asimismo, al haberse establecido previamente como prioridad de resultados del presupuesto en la ley de presupuesto anual, habría sido parte de la discusión y aprobación por parte del Congreso de la República. El PPoR DIT fue aprobado mediante RS N° 023-2019-EF del 30 de diciembre del 2019, luego de culminado el proceso de diseño.

25 Artículo N° 21. DL 1440

26 Artículo N° 67. DL 1440. Si bien los incentivos como herramienta de PpR ya estaban plasmados en la legislación anterior (Ley General del Presupuesto N° 28411), en esta ocasión se organiza de manera adecuada los tipos de instrumentos, los objetivos, su creación específica, así como también se establece la posibilidad de utilizar recursos ordinarios en el financiamiento de convenios de desempeño.

27 Artículo 22° de la Ley N° 30879. Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2019. Recuperado de: https://www.mef.gob.pe/es/normatividad-sp-9867/por-instrumento/leyes/18641-ley-n-30879-30880-y-30881-1/file

Metodología para el diseño

Una de las fortalezas del PpR peruano es la metodología seguida en el diseño del PPoR. Se basa en una lógica de toma de decisiones, participativa y multisectorial, respecto de cómo se va a entender la fenomenología del resultado (las relaciones de causalidad); qué intervenciones se deben implementar y qué metas específicas a nivel de resultados serán las que orientarán la gestión de la política pública, en este caso del DIT, en los siguientes años. Las propuestas sobre las que se decide se establecen sobre la base de la mejor evidencia científica disponible, tanto para los factores vinculados a los resultados, como para las intervenciones que funcionan para atacar los factores o directamente los resultados.

En cumplimiento de lo que señala la ley del sistema presupuestal, el Ministerio de Economía y Finanzas, para el caso del DIT creó, mediante Resolución Ministerial[28], el Grupo de Trabajo (GdT) multisectorial encargado de desarrollar los contenidos técnicos del programa presupuestal orientado a resultados de desarrollo infantil temprano.

Este GdT conformado por viceministros[29] se creó como una instancia de decisión intermedia, previa a la aprobación presidencial. Al interior de dicho GdT, el desarrollo de las propuestas estuvo a cargo de equipos técnicos conformados por profesionales de los ministerios, especialistas temáticos y especialistas metodológicos del Ministerio de Economía y Finanzas que conducían el proceso acorde con los principios ciudadano, causalidad y uso de evidencias científicas.

Proceso de diseño

El proceso en total duró del 20 de abril al 30 de noviembre de 2019, aproximadamente 7 meses. Involucró la participación de 39 profesionales de los ministerios[30] señalados que se reunían de manera semanal en días fijos (1 vez a la semana) y en reuniones con sede, día y lugar variables, dependiendo de la necesidad.

El GdT, conformado por viceministros, se reunía en agenda fija una vez al mes, en la que se presentaba y discutían las propuestas y acuerdos de los equipos técnicos y se procedía a la aprobación correspondiente.

Los hitos decisionales que debían proponer los equipos técnicos, según la metodología establecida y las definiciones manejadas en Perú en el marco de PpR fueron los siguientes:

- Primero: condición de interés
- Segundo: modelo conceptual
- Tercero: modelo explicativo
- Cuarto: modelo prescriptivo
- Quinto: teoría de cambio
- Sexto: indicadores

La condición de interés, exige la identificación de condiciones específicas en determinadas personas o grupos de personas, sobre las cuales se deberá incidir como parte de la política pública y del programa. Por ejemplo, en el marco del concepto de DIT se pueden identificar variables referidas a la salud física, dominio cognitivo o socioemocional. Lo importante de este hito es que lo que se decida será lo que se aborde y lo que más adelante dará contenido a los resultados.

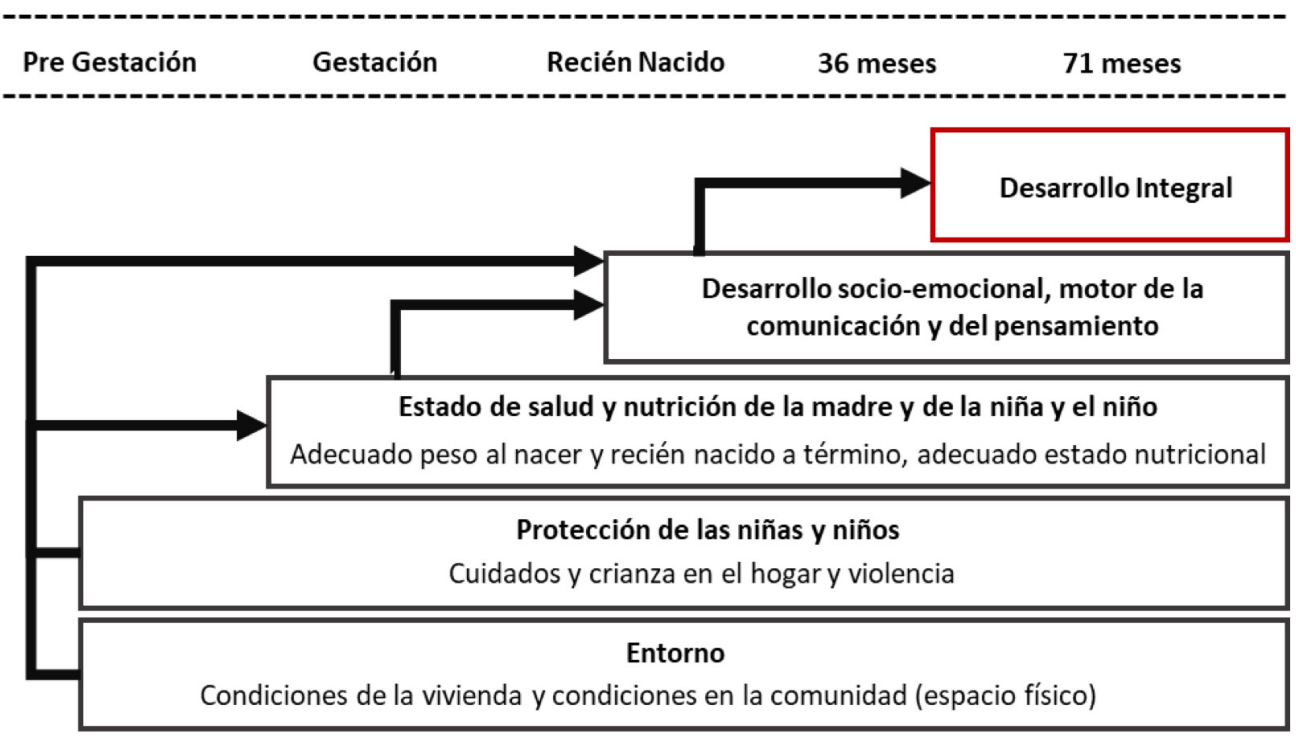
28 Resolución Ministerial N° 161-2019-EF/10 del 20 de abril de 2019. Recuperado de: https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/273972-161-2019-ef-10

29 Viceministros de los ministerios de: Justicia; Cultura; Trabajo y Promoción del Empleo; Vivienda, Construcción y Saneamiento; Mujer y Poblaciones Vulnerables; Salud; Educación; Desarrollo e Inclusión Social y; Economía y Finanzas.

30 Asimismo, organizaciones como UNICEF Perú y la Cooperación Suiza SECO brindaron Asistencia Técnica durante el proceso.

El modelo conceptual, refiere a un marco general de entendimiento de las condiciones de interés en cuanto a las causas y factores que los influencian. Debe haber sido planteado o definido por instancias con liderazgo en la temática sobre la base de síntesis del conocimiento. Siguiendo esta dinámica, se busca reducir los sesgos en el proceso de identificación de causas y más delante de las intervenciones o soluciones. El hecho clave de este hito es que una vez aprobado, establece las fronteras dentro de las cuales se identificará y priorizarán de manera específica aquellos factores que deberán ser abordados hacia el logro de los resultados.

Esquema 4 Modelo conceptual adoptado en el marco del diseño del PPoR para el DIT



Fuente: Programa Presupuestal orientado a Resultado para el Desarrollo Infantil Temprano (2019).

El modelo explicativo, especifica y prioriza las relaciones de causa-efecto entre factores específicos identificados al interior del modelo conceptual. Se identifican a partir de revisiones exhaustivas de literatura científica y selecciones de sustentos en base a la calidad de la evidencia y el poder o fuerza explicativa de la incidencia de determinado factor sobre otro factor o sobre la condición de interés. El elemento clave en este hito es que se decide la secuencia de factores (causas) sobre las que preferentemente deberán incidirse y que más adelante orientarán las decisiones de asignación presupuestal.

El modelo prescriptivo, contiene la decisión de qué intervenciones (servicios) deben ser provistas para incidir sobre los factores priorizados del modelo explicativo y sobre la condición de interés. Al igual que el modelo explicativo se construye sobre la base de la evidencia científica disponible y su

inclusión se realiza en función al poder explicativo o fuerza causal sobre los factores o condición de interés y la calidad de la evidencia de sustento. El modelo prescriptivo, por tanto, contiene el portafolio de servicios que desde el Estado y en el marco de la política y el programa, podrán proveerse para lograr los resultados.

La teoría de cambio, corresponde a la síntesis esquemática de la política y el programa en términos de resultados a lograr y productos a entregar. Los resultados a lograr especifican las metas que se establecen sobre las condiciones de interés como retos y desafíos a la administración pública para un horizonte determinado. En el caso del PPoR DIT se determinaron metas para el 2021 y 2026. Los productos, por su parte constituyen conjuntos de intervenciones agrupadas para organizar una provisión efectiva y eficiente de los servicios, en función a si comparten el beneficiario, si se entregan a través de un mismo lugar o canal (centro de salud, por ejemplo) y si tienen propósitos similares o complementarios. Esta agrupación facilita la gestión financiera de los servicios, dado que la asignación y registro del presupuesto se hace a nivel del producto. La decisión tomada sobre la TdC es el momento cúspide del proceso, puesto que son los productos los que se insertarán en las estructuras gubernamentales de gasto y las metas de resultados establecerán la exigencia para el nivel político.

Indicadores, finalmente también se aprueban los indicadores que permitirán hacer el seguimiento a nivel de resultados prioritarios y a nivel de productos.

El programa presupuestal orientado a resultados para el DIT[31]

Teoría de cambio (TdC)

Los resultados

Para abordar el DIT, Perú ha establecido 3 grupos de resultados centrales e interdependientes. El primer grupo comprende a los resultados relevantes a un nacimiento saludable, que para el caso del país significa reducir la prematuridad, el bajo peso al nacer[32] y la macrosomía[33]. El segundo grupo comprende el conjunto de resultados que definen un adecuado estado de salud y nutrición del menor de 60 meses. En este caso se busca reducir la desnutrición crónica, la anemia y el sobrepeso infantil. Finalmente el tercer grupo está referido al desarrollo socioemocional, motor, de la comunicación y el pensamiento del niño o niña. Ello significa concretamente mejorar el apego seguro[34] en menores de 12 meses de edad; lograr una marcha estable y autónoma[35] en niños y niñas de entre 12 a 18 meses de edad; lograr una comunicación verbal efectiva[36]; mejorar la regulación de emociones y comportamientos[37] en niños y niñas de entre 24 a 71 meses de edad y; la función simbólica[38] en niños y niñas de entre 55 a 71 meses de edad. Los rangos de edad establecidos significan ventanas de oportunidad en las que esos resultados deben ser logrados. Cualquier situación en contrario significaría una posición desfavorable hacia el desarrollo en edades posteriores de la vida.

Lograr estos resultados, será a su vez posible, a través de la incidencia sobre factores causales críticos de cada uno de ellos. En el caso del primer grupo de resultados se incidirá sobre la mejora del estado de salud y nutrición de la mujer gestante, la reducción de estilos de vida adversos en la gestante (consumo de alcohol y tabaco), la mejora del estado emocional y la reducción de la violencia sobre la mujer gestante. Asimismo, se ha establecido la necesidad de mejorar también la nutrición de las mujeres adolescentes de entre 12 y 17 años (hierro y ácido fólico) como medida preventiva.

Para el segundo grupo de resultados, se buscará, además de la mejora del nacimiento saludable (primer grupo de resultados), la adopción de prácticas saludables como la lactancia materna exclusiva, lavado de manos y adecuada alimentación complementaria, en madres con menores de 24 meses. Asimismo, se trabajará en la reducción de las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles (diarrea e infección respiratoria agudas) del menor de 24 meses y en la mejora de las condiciones del entorno (vinculado a agua potable, disposición de excretas, piso firme y cocina mejorada principalmente.

31 Anexo de la Resolución Suprema N° 023-2019-EF. Aprueban el Programa Presupuestal orientado a Resultados de Desarrollo Infantil Temprano
32 Se considera como peso apropiado al rango de 2500-4000 gramos.
33 "Peso al nacer igual o mayor de 4000 g en países latinos e igual o mayor de 4500 g en otros países". pág. 40 de Anexo de la Resolución Suprema N° 023-2019-EF. Aprueban el Programa Presupuestal orientado a Resultados de Desarrollo Infantil Temprano
34 Definido como "Niño y niña que se siente querido y seguro por la relación cálida, respetuosa, apropiada y oportuna, atendido por un adulto significativo que responde a sus necesidades e intereses". P.149
35 Definida como "Niño y niña que se desplaza caminando por propia iniciativa en un espacio seguro y con un adulto que respeta su proceso de desarrollo". P.149
36 "Niño y niña que entiende y dice de manera espontánea lo que conoce, siente y piensa en su lengua materna". P.149
37 "Niño y niña que reconoce sus emociones, las expresan y responde progresivamente a la situación sin dañarse, dañar al otro o al entorno." P.149
38 "Niño y niña que establece relaciones con su entorno y los representa a través del juego y el arte". P.149

En el tercer grupo de resultados, está supeditado al logro de los dos primeros grupos, pero también a una mejora en el entorno, mayores mejores interacciones y juegos de los niños y niñas, una mayor sensibilidad del adulto significativo, mejores patrones y prácticas de crianza (parentalidad) y la reducción de la violencia sobre los niños y niñas (castigo físico, violencia sexual, maltrato y negligencia) y de la reducción de la ausencia o deficiencia de cuidados parentales.

Asimismo, la aprobación del PPoR incluyó la definición de metas de resultados a lograr para cada uno de los indicadores formulados en los 7 grupos de resultados.[39]

Los productos

Para lograr los resultados establecidos previamente, se ha decidido, sobre la base de la evidencia de eficacia disponible y la factibilidad de su provisión dado el marco institucional peruano, la provisión de hasta 30 productos. Estos tienen un efecto en cadena, incidiendo en resultados preliminares que a su vez conducen al logro de los resultados estructurados en los tres grupos.

Por su parte, estos productos, son agrupados en cinco categorías a saber: (i) salud y nutrición de la adolescente, gestante, y del niño y niña; (ii) condiciones para el hogar; (iii) cuidado y aprendizaje infantil; (iv) sistema de protección y; (v) acompañamiento familiar.

Tabla 3 Productos del PPoR DIT

Categoría	Producto
Salud y nutrición de la adolescente gestante y del niño y niña	Atención prenatal reenfocada
	Atención de la gestante con complicaciones
	Atención del parto normal
	Atención del recién nacido con complicaciones
	Adolescentes con atención preventiva de anemia y otras deficiencias nutricionales
	Mujeres gestantes reactivas y niños expuestos al VIH/SIDA reciben tratamiento oportuno
	Población accede a métodos de planificación familiar
	Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol y tabaco tratada oportunamente
	Personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente
	Niños y niñas con CRED completo según edad
	Niños y niñas con vacuna completa
	Atención de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas
	Niños y niñas con atención de la anemia por deficiencia de hierro
Condiciones para el hogar	Agua potable para hogares concentrados
	Agua apta para consumo humano para hogares dispersos
	Disposición sanitaria de excretas adecuada
	Vivienda saludable

39 El detalle de las metas establecidas puede ser consultadas en las páginas 149-153 del documento del PPoR DIT: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/anexos/anexo_RS023_2019EF.pdf

Categoría	Producto
Cuidado infantil	Niños y niñas de 6 a 36 meses que requieren de cuidado extrafamiliar por ausencia de un adulto competente para su atención en el ámbito del hogar reciben servicios de cuidado y atención integral
	Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos
	Niños y niñas de 36 a 71 meses reciben servicios de aprendizaje y cuidado infantil (Ciclo II)
Sistema de protección	Niños y niñas en riesgo de desprotección familiar reciben servicios de protección
	Niños y niñas en desprotección familiar en familia acogedora (familia extensa/ terceros) reciben servicios de protección
	Niños y niñas en adopción y sus familias adoptivas reciben servicios de protección
	Niños y niñas en desprotección familiar en centros de acogimiento residencial reciben servicios de protección
	Niños y niñas y sus madres o gestantes privadas de libertad reciben servicios de protección
Acompañamiento familiar	Niñas y niños y sus familias reciben acompañamiento familiar para el fortalecimiento de capacidades orientadas al desarrollo integral de la niña y niño

Fuente: Programa Presupuestal orientado a Resultados para el DIT (2019). Anexo del Decreto Supremo N°023-2019-MEF.

Cada producto es una construcción realizada a partir de intervenciones específicas que según la evidencia funciona para lograr un determinado efecto en la cadena de resultados del PPoR DIT. El producto así formulado, constituye entonces un título conceptual que sintetiza qué es lo que cada grupo de personas específicas según rangos de edad, de ser el caso, recibirá como parte del mismo. Por ejemplo, en el caso de atención prenatal reenfocada, el producto es entregado a mujeres gestantes, buscando identificar aquellas con sobrepeso o excesiva ganancia de peso, con anemia, con posibles de depresión, estrés, ansiedad, alcoholismo o tabaquismo, infecciones y posible violencia de pareja. A estas mujeres, de manera diferenciada por su situación se le entregan servicios preventivos en materia de salud y plan de seguridad y acompañamiento para casos de violencia.[40]

Para este caso particular, por ejemplo para las intervenciones específicas contenidas en el producto tales como la administración de antiagregantes plaquetarios, la suplementación con hierro y ácido fólico, la suplementación con calcio, y el asesoramiento dietético, se tiene la siguiente síntesis de evidencia utilizada:

- "En gestantes con riesgo de preeclampsia, la administración de dosis bajas de aspirina u otros agregantes plaquetarios, proporcionada por el personal de salud, disminuye el riesgo de preeclampsia en el embarazo y de parto pretérmino. Esto lo indica un meta-análisis de 31 ECR, que incluyó a 32,217 gestantes y sus 32,819 hijos (…)".[41]

- "En gestantes durante el 1er trimestre del embarazo, la suplementación con hierro y ácido fólico, proporcionada desde el 1er trimestre del embarazo (ácido fólico) y hierro (desde la segunda mitad del embarazo) por cualquier profesional y/o técnico de salud entrenado, en establecimientos de salud y/o centros de trabajo de las madres, reduce

40 Ver detalle de contenido de productos en el Anexo.
41 Meher, S., L. Duley, K. Hunter, & L. Askie, 'Antiplatelet therapy before or after 16 weeks´ gestation for preventing preeclampsia: An individual participant data meta-analysis', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 216, no. 2, 2017, págs. 121-128.e2.

el riesgo de anemia y de anemia por déficit de hierro. Esto lo indica una revisión de 44 ensayos clínicos de 43,274 gestantes".[42]

- "En gestantes, la suplementación con calcio a dosis mayor o igual a 1g/día proporcionada por el personal de salud, disminuye la incidencia de hipertensión arterial y la preeclampsia en el embarazo. Una revisión sistemática de 24 ensayos clínicos realizados en EE.UU., Ecuador, Colombia, India, Bangladesh, México, Argentina y Australia estableció que las gestantes que recibieron suplementación de calcio mayor o igual a 1g/día durante el embarazo, en relación con la presión arterial elevada: tenían 35 por ciento menos probabilidades de tener presión arterial elevada (con o sin proteinuria) en comparación con aquellas que habían tomado placebo"[43].

- "En gestantes la consejería en alimentación saludable disminuye la prevalencia de excesiva ganancia de peso en el embarazo. Una revisión sistemática y metaanálisis de 65 ensayos clínicos randomizados realizados en Australia, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Irlanda, Italia, Kosovo, Noruega, Suecia, Países Bajos, España, Inglaterra, EEUU, Canadá, Brasil, Colombia y Taiwán, donde participaron 13,523 gestantes (…)"[44].

Seguimiento

Con la finalidad de poder verificar las mejoras que se van logrando se ha definido indicadores para cada uno de los resultados que componen la política y PPoR DIT. Estos indicadores, casi en su totalidad, cuentan para el caso peruano con herramientas de recojo, procesamiento y reporte de la información correspondiente, principalmente a través del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y en menor medida bases de datos administrativas del sistema nacional de salud.

Tabla 4 Indicadores de resultados del DIT

Resultado	Indicador	Periodicidad de reporte	Fuente de datos
Nacimiento saludable	Proporción de nacimientos prematuros	Mensual	Base de datos del Certificado de Nacido Vivo del Ministerio de Salud
	Proporción de nacimientos con bajo peso al nacer	Mensual	Base de datos del Certificado de Nacido Vivo del Ministerio de Salud
	Proporción de nacimientos con macrosomía	Mensual	Base de datos del Certificado de Nacido Vivo del Ministerio de Salud
	Porcentaje de niños nacidos de madres infectadas con Virus de la Inmunodeficiencia Humana, que son positivos para Virus de la Inmunodeficiencia Humana	Anual	No definida

42 Peña-Rosas, J. P., De-Regil, L. M., Garcia-Casal, M. N., & Dowswell, T. (2015). Daily oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, (7).
43 Hofmeyr, G. J., Lawrie, T. A., Atallah, A. N., Duley, L., & Torloni, M. R. (2014). Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (6), CD001059.
44 Muktabhant, B., Lawrie, T. A., Lumbiganon, P., & Laopaiboon, M. (2015). Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (6), CD007145.

Resultado	Indicador	Periodicidad de reporte	Fuente de datos
Mejorar el estado de salud y nutrición de la adolescente y gestante	Prevalencia de anemia en mujeres adolescentes entre 12 y 17 años	Semestral	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
	Prevalencia de anemia en mujeres gestantes	Semestral	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
	Proporción de mujeres gestantes con intervalo intergenésico superior a 18 meses	Mensual	Base de datos del Certificado de Nacido Vivo del Ministerio de Salud
Mejorar el estado de salud y nutrición del menor de 60 meses	Prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 60 meses	Semestral	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
	Prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 23 meses	Semestral	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 36 a 59 meses de edad	Semestral	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Reducir las enfermedades infecciosas e inmunoprevenibles en menores de 36 meses	Prevalencia de la enfermedad diarreica aguda en menores de 36 meses	Semestral	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
	Prevalencia de infección respiratoria aguda en menores de 36 meses	Semestral	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Incrementar la adopción de prácticas saludables en madres de menores de 24 meses	Proporción de madres con menores de 6 meses con práctica lactancia materna exclusiva en las últimas 24 horas	Semestral	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
	Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable (integrado)	Semestral	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
	Proporción de menores de 6 a 23 meses con consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro	Semestral	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
	Porcentaje de madres con hijos menores de 24 meses que se lavan las manos en los momentos claves	Semestral	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Entorno	Porcentaje de niñas y niños de 9 a 12 meses de edad que tiene, en el hogar, un espacio físico para desplazarse/caminar libremente	Anual	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)- Módulo de desarrollo infantil temprano en niñas y niños menores de 6 años
	Porcentaje de niñas y niños de 13 a 18 meses de edad que tiene, en el hogar, un espacio de juego libre de peligros para su integridad física	Anual	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)- Módulo de desarrollo infantil temprano en niñas y niños menores de 6 años

Fuente: Programa Presupuestal orientado a Resultados para el DIT (2019). Anexo del Decreto Supremo N°023-2019-MEF.

Gobernanza

La gobernanza de la política DIT y consecuentemente del PPoR, es un desafío debido a su naturaleza. La complejidad de los resultados del DIT y de los productos, exige una intervención articulada y armoniosa entre diferentes actores, sectores y entidades del Estado. Es decir requiere una respuesta multisectorial e intergubernamental.

El Estado peruano si bien se define como unitario, se gestiona de manera descentralizada a través de tres niveles de gobierno: Gobierno Central o Gobierno Nacional, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales. El Presidente de la República desarrolla las funciones de Jefe de Estado y de Jefe de Gobierno, dirigiendo en tal medida la política gubernamental nacional desde el Gobierno Central. Los Gobiernos Regionales conducen la gestión pública regional y promueven el desarrollo de su jurisdicción[45] que corresponde a 26 unidades en las que se organiza. Por su parte los Gobiernos Locales compuesto por Municipalidades Provinciales y Municipalidades Distritales, son órganos de gobierno promotores del desarrollo local[46]. Tanto los Gobiernos Regionales como los Gobiernos Locales gozan de autonomía política, económica y administrativa en aspectos de su competencia.

En este escenario, para fines de organizar la implementación de la política se han identificado los siguientes actores:

a. Ministerios sectoriales
b. Entidades del gobierno nacional no ministeriales
c. Gobiernos Regionales
d. Gobiernos Locales

Se han definido los siguientes roles:

a. Responsabilidad y liderazgo nacional de los resultados del PPoR
b. Rectoría de productos: definición de los parámetros técnicos
c. Provisión de productos: entrega de los servicios a los ciudadanos
d. Seguimiento
e. Evaluación
f. Asignación de fondos a los productos

Asimismo, como parte del instrumental de PpR se cuenta con instrumentos de incentivos al desempeño como el FED, los Convenios de Apoyo Presupuestario entre otros que buscan alinear los intereses y accionar de los actores involucrados. El seguimiento permanente de indicadores de resultado, producto y en la línea de producción también será un proceso clave a ser utilizado tanto por los responsables del PPoR como por los mismos ejecutores o responsables de productos.

Responsable del PPoR DIT

La conducción global del DIT está a cargo de un ministerio sectorial con atribuciones y capacidades para el liderazgo intersectorial e intergubernamental. En el caso peruano, esta función recae en el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), a través de la titular de dicho ministerio o un funcionario asignado para esta función.[47]

De acuerdo con la norma de creación del PPoR una de las funciones específicas es el de emitir disposiciones para la articulación y actuación conjunta para la implementación del programa. Asimismo, como responsable debe coordinar con las entidades involucradas las acciones que sean necesarias.

45 http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/67DAE9FB43F02332052578530065 01EC/$FILE/Ley_27867.pdf
46 https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/capacita/programacion_formulacion_presupuestal2012/Anexos/ley27972.pdf
47 Artículo 2° de la Resolución Suprema N° 023-2019-EF. https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/394077-023-2019-ef

Tomando como referencia la metodología aplicada al PpR, estas funciones significan que el MIDIS, lidera, conduce o establece los procedimientos para la aprobación de las normas o protocolos técnicos específicos de los productos, principalmente a nivel de línea de producción.

Estos protocolos, organizados según proceso de LdP, deben permitir responder diferentes cuestiones conducentes a presupuestar, asignar y fundamentalmente ejecutar los servicios del DIT.

Proceso 1: gestión de usuarios

Busca establecer quiénes son, dónde están y qué características tienen, principalmente los niños y niñas así como las gestantes y hogares que deben recibir los servicios, y consecuentemente sobre los que se tiene que presupuestar y monitorear a lo largo del tiempo.

- Identificación de la población usuaria según punto de atención (PA), es decir, según lugar dónde se les proveerán los servicios.[48]

- Utilización de algún sistema de información para el registro y seguimiento de los usuarios por punto de atención.

- Captación de la población usuaria según punto de atención.

- Seguimiento a la población beneficiaria luego de recibidos los servicios.

Proceso 2: programación de necesidades

Es la determinación de un monto o cantidad de recursos financieros que se necesitan para atender con los servicios a la población usuaria estimada en un año. Para contar con esto, ciertamente se requiere:

- Identificar los puntos de atención (PA) para la provisión de los productos.

- Contar con un listado de insumos (o función de producción) genérico y otro personalizado por PA para cada uno de los servicios contenidos en los productos.

- Listado de insumos disponible en el módulo PpR[49] del Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA)[50] del MEF.

- Catálogo de precios actualizado en el SIGA-MEF para los productos priorizados.

- Se ha realizado algún ejercicio de determinación del presupuesto requerido por PA.

Proceso 3: programación y formulación presupuestal

Una vez concluidos los procesos 1 y 2, el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección General de Presupuestos, asigna los denominados "techos"[51] presupuestales que según la normatividad es estimado entre otros criterios en función a las prioridades de política a nivel de resultados y productos, así como también criterios de programación, costos unitarios y

48 Por ejemplo una escuela, un centro de salud, una comisaría, etc constituyen Puntos de Atención.
49 El Módulo PpR es una sección del SIGA a través del cual se gestiona las relaciones insumo-producto así como los procesos de determinación de presupuestos según metas de atención definidas.
50 El SIGA es el sistema mediante el cual se realiza la gestión de los insumos y del abastecimiento de las unidades ejecutoras del gasto y encargadas de la provisión logística de las entidades a cargo de los productos. Su administración está a cargo del MEF y su aplicación o uso por parte de las entidades, principalmente aquellas involucradas en PpR.
51 En Perú se utiliza este término de manera coloquial para referirse al monto máximo asignado a cada entidad en el presupuesto. No obstante, es usual que sea más un punto de partida en el proceso decisional, puesto que es posible que la entidad reciba más recursos hacia la aprobación final. Para el caso de los PPoR la novedad radica en que se prevé que los techos sean asignados por Producto del DIT y que la asignación por entidad responda al rol que tenga cada una.

metas de cobertura. Como se puede apreciar, normativamente se ha establecido una ruta para que las decisiones claves de asignación respondan a las prioridades establecidas y a las estimaciones realizadas, en este caso a favor del PPoR DIT.

Este proceso abarca una serie de trabajos específicos dado el contexto nacional:

- Los techos presupuestales deben ser establecidos por producto, a nivel departamental y nacional.

- Si los techos son inferiores a las demandas establecidas en la fase 2, será necesario ajustar la programación de necesidades y las metas físicas por PA.

- Toda la información generada en este proceso y en el anterior debe estar integrada y fluir a través de los sistemas de gestión administrativa[52] y de gestión financiera del Estado[53].

- A partir de estas definiciones y decisiones, las entidades públicas que reciben presupuestos para cumplir algún rol en la provisión de los productos pueden elaborar sus planes operativos como si fueran planes de producción de servicios.

Proceso 4: cadena de abastecimiento

Este proceso tiene como propósito asegurar que los PA dispongan oportunamente de los insumos necesarios para desplegar el conjunto de productos que componen el PPoR DIT. Si bien al igual que el presupuesto constituye en sí mismo un sistema administrativo, se espera una exigencia por parte del responsable del PPoR que las entidades que participan en la entrega de los productos, tengan organizado este proceso. Es decir, cuenten al menos con cuadro (multianual) de necesidades ajustado por producto priorizado, un plan de distribución por producto alineado con la programa y las necesidades por PA, y ciertamente dispongan de los sistemas de información correspondientes.

Proceso 5: proceso de negocio (entrega de servicios)

La aprobación del PPoR DIT permitió establecer, además de los resultados y los productos, las características y estándares específicos de estos últimos. Ello con el fin de que los ciudadanos sepan exactamente qué deben recibir como servicios y las entidades tengan claridad de lo que tienen que proveer y orienten sus procesos y sistemas en dicha dirección. Sin embargo, el detalle con que se aprueba el producto puede no ser suficiente con fines de orientar el desarrollo de la provisión misma, sobre todo teniendo las particularidades de la población, que en el caso de Perú y de otros, mantienen una enorme diversidad cultural. Por ello, parte de las acciones promovidas por el responsable del PPoR DIT comprende la formulación y aprobación de los protocolos técnicos específicos para cada uno de los productos del DIT. Asimismo, considera la incorporación de enfoques interculturales que permitan responder a la diversidad.

Incentivos al desempeño

Con miras a la implementación del DIT, el PpR cuenta con un instrumental que ha probado ser efectivo para lograr un mayor compromiso de las entidades involucradas en los productos y resultados. Esto son los incentivos al desempeño. En la actualidad se encuentra vigentes el FED y

52 Para el caso peruano, el sistema vigente es denominado Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA) que permite organizar la información de insumos en función a lo que se requiera de ellos para cada producto, de tal modo que programar por PA sea un ejercicio ágil e integrado a sistemas y bases de datos.

53 En este caso, para Perú se cuenta con el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) que permite gestionar los datos presupuestales según los clasificadores de gastos reconocidos en este sistema administrativo. Notar que el detalle en la relación insumo-producto sólo es posible de verificar en el SIGA dado que el SIAF opera a un nivel más agregado. Por ello, es importante que exista una articulación entre ambos sistemas.

los Convenios de Apoyo Presupuestal (CAP) como herramienta específica del PpR. De acuerdo con una evaluación de impacto de los CAP realizada el 2017, este mecanismo tuvo un efecto positivo en el incremento de la cobertura de vacunación, particularmente la vacuna de rotavirus, lo que conduce a una menor incidencia de diarreas en niños y niñas y consecuentemente a una menor desnutrición crónica infantil.[54]

La lógica de estos instrumentos es la siguiente: las entidades a cargo de la provisión de los productos reciben recursos presupuestales adicionales, si es que introducen de manera efectiva mejoras concretas en gestión, vinculadas a desarrollo adecuado de los procesos en línea de producción, y en función al logro de metas de cobertura de los productos. El propósito es alentar y acelerar mejoras específicas en la administración pública que doten de eficiencia y efectividad al estimar los recursos que se requieren para atender a los usuarios, organizar adecuadamente la provisión logística a los lugares donde se proveen los servicios, entregar de manera oportuna y con calidad los servicios que permiten lograr los resultados e implementar mecanismos para el monitoreo directo y permanente de los usuarios y de su situación.

Seguimiento

En este proceso, se espera que el responsable del PPoR conjuntamente con el Ministerio de Economía y Finanzas, pueda establecer mecanismos de recojo de información de los indicadores del PPoR a nivel de resultados y productos, cuando no estén disponibles. A nivel de línea de producción, seleccionar indicadores de procesos críticos y de insumos que permitan anticipar potenciales problemas de abastecimiento de materiales y personal en los puntos de atención o incorrectas estimaciones de recursos demandados, entre otros. Estos datos así generados deben retroalimentar con oportunidad a los responsables de PPoR y gerentes de productos para adoptar los correctivos necesarios.

54 Cruzado de la Vega V. Pagos por desempeño para mejorar estado nutricional infantil: impacto de los convenios de apoyo presupuestario en tres regiones peruanas con alta prevalencia de desnutrición crónica infantil, 2010-2014. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(3):365-76. doi:10.17843/rpmesp.2017.343.2987. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v34n3/a02v34n3.pdf

Lecciones aprendidas y desafíos

La promesa del PpR, y en particular su aplicación al DIT, es ganar efectividad para el Estado y lograr mover positivamente condiciones críticas en el curso de vida. Con este fin, se aprecia en Perú una ruta prometedora en lo conceptual e instrumental, además de una aparente voluntad y convicción expresada en el marco normativo aprobado y en los avances logrados a la fecha.

El desafío central parece estar en saltar de lo avanzado hacia la implementación. La frustración es una amenaza constante, sobre todo si se tiene en cuenta que aterrizar los diseños a la formulación y asignación presupuestal por productos, y luego a la provisión adecuada de servicios, ya ha sido intentado con luces y sombras desde el inicio del PpR. Lograr resultados comprensivos y ambiciosos como propone el PPoR DIT exige esfuerzos y compromisos significativamente mayores a aquellos que permitieron lograr el éxito de la reducción de la DCI.

Hacia noviembre de 2020, la implementación se veía aun ralentizada. Uno de los daños colaterales del COVID-19 ha sido primero la paralización de las acciones de implementación de la LdP y de la consolidación de un liderazgo del binomio MEF-MIDIS. Por un lado debido a que la atención de la pandemia desde diversos frentes, incluido el de la gestión presupuestal, convirtió en poco relevantes todas las iniciativas en marcha y posiblemente haya generado dudas e inseguridad en los equipos técnicos.

El DIT requiere por su complejidad y dinámica una respuesta articulada y sincronizada de los diferentes instancias de gobierno y de la administración pública. Si bien esta última ha sido estructurada para responder a los problemas públicos de manera sectorial y fragmentada, la experiencia peruana de reducción de la DCI muestra que sí es posible tener respuestas más coordinadas y enfocadas, cuando todos están mirando y actuando en la misma dirección.

La buena noticia, constituye que Perú ha mostrado que la introducción de formas y reformas en cómo se definen las políticas públicas y se instrumentalizan las soluciones, sí son capaces de generar cambios reales. Los esquemas de gobernanza creados en la legislación ya aprobada[55] y en la que con seguridad, luego del primer efecto del COVID-19, se ha estado trabajando, permitirán experimentar en el terreno. Perú no tiene nada que perder al respecto y sí, mucho que ganar, puesto que hacer gestión pública en modo *business as usual* es un camino que se sabe conduce a la inercia y estancamiento. La experiencia de la DCI y de los recientes avances en diseño y aprobación del PPoR demuestran que un liderazgo fuerte y sostenido del Ministerio de Economía y Finanzas así como la perseverancia, resultan cruciales para el éxito. Esto último por supuesto como complementariedad al rol conductor y articulador de la política social que debe desempeñar un ministerio como el MIDIS.

El avance logrado en materia de diseño del PPoR, que incluye una caracterización de las condiciones del DIT, los factores que inciden en ellos y las intervenciones eficaces que se podrían implementar desde la gestión del Estado, muestran que es plenamente factible utilizar la evidencia científica disponible para políticas públicas claves al desarrollo. El

55 DL 1440, DS, RS de aprobación de PPoR

desafío será siempre la capacidad instalada y la capacidad de adaptación que los países tengan para llevar al terreno de la provisión las intervenciones determinadas desde la evidencia.

Juegan en contra los vaivenes políticos que generan inestabilidad y quiebres en los procesos de innovación y reforma en materia de política y gestión pública. Frente a esto queda la expectativa de que una tecnocracia calificada y con visión, independiente de quién tenga la conducción política, pueda continuar y llevar a buen puerto y a un final feliz esta historia. En tanto, lo avanzado hasta este punto puede ser de interés y servir de inspiración a los reformadores de otros países.

Anexo

Productos del PPoR DIT: síntesis de contenidos[56]

Categoría	Producto	Descripción
Salud y nutrición de la adolescente, gestante, y del niño y niña	**Atención prenatal reenfocada**	Cuatro a cinco consejerías en nutrición durante el primer y segundo trimestre orientado a gestantes con sobrepeso, obesidad o excesiva ganancia de peso. Se incluye plan de dieta y plan de ejercicios. Considera además tamizaje en el primer trimestre del embarazo (detección de anemia, de infecciones, de salud mental, de situación de violencia) y servicios preventivos como la provisión de suplemento de ácido fólico y la entrega de antiagregante plaquetarios en gestantes con riesgos de preeclampsia.
	Atención de la gestante con complicaciones	Tratamiento de la anemia, Diabetes gestacional, Enfermedad Hipertensiva Gestacional, las infecciones (ITU, ITS, Sífilis).
	Atención del parto normal	Corte tardío del cordón umbilical, consejería para inicio de lactancia en la primera hora, contacto piel a piel en la primera hora Habilitar entorno favorable para la lactancia materna exclusiva Hospitalización de 48 horas. Tamizaje para las 4 deficiencias antes de las 48 horas: catarata congénita (alojamiento conjunto), hipoacusia neurosensorial (alojamiento conjunto), Retinopatía Temprana del prematuro (UCI intermedios neonatal), cardiopatías congénitas (alojamiento conjunto).
	Atención del recién nacido con complicaciones	
	Adolescentes con atención preventiva de anemia y otras deficiencias nutricionales	Suplementación con micronutrientes a mujeres adolescentes de 12 a 17 años. Todos los días, durante tres meses, un ciclo por año.
	Mujeres gestantes reactivas y niños expuestos al VIH/SIDA reciben tratamiento oportuno	Incluyen intervenciones en la madre durante el embarazo, parto y puerperio, así como al recién nacido expuesto; desde el nacimiento hasta alcanzar el primer año. Entrega de medicamentos antirretrovirales a la gestante y a los niños expuestos. Cesárea electiva. Entrega de medicamentos para suspender lactancia materna. Exámenes de Laboratorio complementarios (hemograma, baciloscopia, etc.) y para monitoreo (CD4, CV, genotipificación). Prueba de VIH a la pareja o contacto. Exámenes de laboratorio para confirmar la infección de VIH en los niños/as expuestos (PCR). Aplicación del calendario de vacunas especial a los niños/as expuestos Alimentación con sucedáneos de la leche materna (SLM), hasta los primeros 12 meses de vida.
	Población accede a métodos de planificación familiar	Intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil, dentro de las cuales se encuentra la información, educación, orientación/consejería y la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos.

56 Síntesis realizada según los contenidos del PPoR_DIT desarrollados en Anexo de Resolución Suprema de aprobación del mismo. Resolución Suprema N° 023-2019-EF

Categoría	Producto	Descripción
Salud y nutrición de la adolescente, gestante, y del niño y niña	**Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol y tabaco tratada oportunamente**	a) En caso depresión leve, ansiedad y estrés: Consejería, psicoeducación, "*mindfulness*", parentalidad, y psicoterapia breve. Proporcionada en 8-10 sesiones de 30-60 minutos por sesión. b) En caso moderado los contenidos de la prestación se desarrollan en la guía clínica basada en evidencias. c) En caso severo se desarrolla en la guía clínica basada en evidencias.
	Niños y niñas con CRED completo según edad	- Promoción de prácticas saludables: a) Promoción de la Lactancia Materna Exclusiva: Cuatro consejerías el primer mes de vida, luego una por mes hasta cumplir los cinco meses de edad. b) Promoción de la adherencia al consumo del hierro: En niños con bajo peso al nacer y prematuros a partir del primer mes de manera mensual hasta cumplir el periodo de suplementación según normatividad vigente. En niños a términos, al menos una por mes desde tercer mes hasta cumplir el periodo de suplementación según normatividad vigente. c) Alimentación complementaria: Desde el quinto mes hasta los 12 meses, una consejería por mes. Incluye una sesión demostrativa de preparación de alimentos entre 6 y 8 meses y una sesión de lavado de manos. d) Lavado de manos: Al menos 5 consejerías en lavado de manos entre el mes 4 y 12 de edad del niño. - Atención Temprana del Desarrollo: La sesión debe ser programada previamente para desarrollarse en grupos de niños de edades y/o necesidades similares, con una duración promedio de 60 minutos. Grupos de máximo 8 madres con menores de 1 a 36 meses. - Áreas que comprende: a) Motora /Posturas y Desplazamientos. b) Coordinación / Exploración. c) Social afectivo / Vínculo de apego. d) Lenguaje y comunicación. - Tamizaje: a) Entre los 2 y 7 días de edad: hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal congénita, fenilcetonuria, fibrosis quística. b) Prueba para la detección de la anemia a los 6 meses de edad, luego a los 12, 18 y 24 meses de edad. c) Violencia y maltrato infantil en todos los controles CRED aplicando instrumentos concordados con el MIMP. d) Evaluación del desarrollo aplicando instrumentos concordados con el MINSA, MINEDU y MIDIS. e) Tamizaje depresión posparto a las madres en control CRED del segundo y sexto mes de edad del niño o niña (el instrumento es la prueba de Edinburgh). - Prevención de deficiencias nutricionales y de enfermedades inmunoprevenibles: Suplementación con micronutrientes (hierro, zinc, calcio, Vit A).
	Niños y niñas con vacuna completa	Esquema de vacunación vigente.
	Atención enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas	Queda para ser homologado el manejo terapéutico en una guía clínica basada en evidencias. ¿Cuál es la modalidad de entrega?. -Frecuencia de la entrega (periodicidad): de acuerdo con la condición clínica del paciente. -Canales de entrega (puntos de atención): establecimientos de salud del primer y segundo nivel.

Categoría	Producto	Descripción
	Niños y niñas con atención de la anemia por deficiencia de hierro	Diagnóstico: Medición de hemoglobina. - Tratamiento: Consulta por médico que incluye diagnóstico clínico, prescripción del tratamiento, dispensación completa del tratamiento, consejería para promover la adherencia al tratamiento, consejería para promover alimentos ricos en hierro, seguimiento del tratamiento.
Condiciones para el hogar	**Agua potable para hogares concentrados**	Comprende el conjunto de acciones como la operación y mantenimiento de sistemas de provisión de agua: gestión técnica, cloración, vigilancia de la calidad, gestión administrativa de los sistemas, promoción y valoración de los servicios, formalización de las juntas administradoras de los servicios, adaptación de la cuota por capacidad de pago de las familias
	Agua apta para consumo humano para hogares dispersos	Provisión de kit de filtración de agua los hogares ubicados de manera dispersa en el territorio; reposición al final de la vida útil de los filtros, capacitación para el uso adecuado de los mismos, visitas de revisión de la operatividad y condiciones de limpieza.
	Disposición sanitaria de excretas adecuada	Provisión de unidades básicas de saneamiento (de acuerdo con la tecnología más conveniente): provisión de UBS considerando la tecnología más conveniente en los hogares rurales. Reposición al final de su vida útil, capacitación a los usuarios en operación y mantenimiento al momento de su instalación y visitas de revisión de operatividad y condiciones de limpieza.
	Vivienda saludable	Entrega de cocina mejorada; componente de sensibilización sobre la importancia del uso de la cocina mejorada; capacitación en el uso, limpieza y mantenimiento de la cocina mejorada; instalación de piso firme; componente de sensibilización sobre la importancia del piso firme y capacitación en el uso, limpieza y mantenimiento del piso firme.
Cuidado infantil	**Niños y niñas entre 6 hasta 36 meses que requieren de cuidado extrafamiliar por ausencia de un adulto competente para su atención en el ámbito del hogar reciben servicios de cuidado y atención integral**	Jornadas de cuidado y atención integral (seguridad, salud, nutrición, aprendizaje, espacios adecuados, etc.): a) Salud y seguridad (seguimientos del estado nutricional del niño o niña, coordinación con los servicios de salud) y alertas tempranas en el desarrollo, medidas de atención ante emergencias (accidentes, medidas de protección sanitaria, alimentación siguiendo pautas de ración del grupo etario (3 raciones en jornada completa y 2 raciones en media jornada), integración a la red de servicios de salud de la zona, desinfección del agua por métodos físicos o químicos.
	Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos	Inspección o tomas de muestras, ensayo de laboratorio, evaluación nutricional teórica a los servicios de cuidado diurno. Digitación, control, procesamiento, análisis de los datos, desarrollo de capacidades, asistencia técnica y seguimiento. Reporte técnico por cada control y/o asistencia alimentaria de programas sociales.
	Niños y niñas de 36 a 71 meses reciben servicios de aprendizaje y cuidado infantil (Ciclo II)	Sesiones educativas integradas durante la jornada educativa que incluyan sesión de lectura de cuentos, de juego libre, actividades lúdicas, proyecto de aprendizaje, actividades para la regulación de emociones y sesiones de autocuidado infantil
Sistema de protección	**Niños y niñas en riesgo de desprotección familiar reciben servicios de protección**	Consejería familiar: Se puede dar por visitas domiciliarias o en talleres con la familia de origen. Las temáticas de la consejería están orientadas a fortalecer habilidades parentales, la sensibilidad del adulto, pautas de crianza afectivos y manejo de disciplina positiva, entre otros. Acompañamiento terapéutico psicológico a niñas y niños con cuidadores: Consiste en una terapia de corta duración y con un foco preciso y claro. Se sugiere enfoque cognitivo conductual. Acompañamiento terapéutico psicológico a cuidadores/familia de origen: Consiste en una terapia corta y con un foco preciso y claro. Visitas de supervisión, mientras dure la medida de protección.

Categoría	Producto	Descripción
	Niños y niñas en desprotección familiar en familia acogedora (familia extensa/terceros) reciben servicios de protección	Consejería familiar: Se puede dar por visitas domiciliarias o en talleres con los padres. En estas visitas las temáticas están orientadas a fortalecer habilidades parentales, la sensibilidad del adulto, patrones de crianza afectivos y manejo de disciplina positiva, entre otros. Acompañamiento terapéutico psicológico a niñas y niños con cuidadores: Consiste en una terapia corta y con foco preciso y claro. Se sugiere enfoque cognitivo conductual. Acompañamiento terapéutico psicológico a cuidadores: Consiste en una terapia corta y con foco preciso y claro. Visitas de supervisión, mientras dure la medida de protección. Compensación económica a la familia acogedora.
	Niños y niñas en adopción y sus familias adoptivas reciben servicios de protección	Consejería familiar: Se puede dar por visitas domiciliarias o en talleres con los padres. En estas visitas las temáticas están orientadas a fortalecer habilidades parentales, la sensibilidad del adulto, patrones de crianza afectivos y manejo de disciplina positiva, entre otros. Acompañamiento terapéutico psicológico a niñas y niños con cuidadores: Consiste en una terapia corta y con foco preciso y claro. Se sugiere enfoque cognitivo conductual. Acompañamiento terapéutico psicológico a cuidadores: Consiste en una terapia corta y con foco preciso y claro. Servicio de apoyo familiar: Consiste en servicios diversos orientados a generar espacios de soporte a las familias adoptivas. Visitas de supervisión durante el periodo establecido.
	Niños y niñas en desprotección familiar en Centros de Acogimiento Residencial reciben servicios de protección	Entrenamiento y certificación a cuidadores CAR previo al inicio de trabajo como operador de servicios. Adicionalmente, se brindará capacitación permanente y en servicio. Acompañamiento terapéutico psicológico niñas y niños: Consiste en terapia corta y con foco preciso y claro. Se sugiere enfoque cognitivo conductual. Acompañamiento terapéutico psicológico a cuidadores de los CAR: Consiste en un servicio de soporte al personal que cumple funciones en los CAR. La terapia tiene como finalidad la contención y acompañamiento a labores. Servicio de cuidado para niños y niñas de 0 a 3 años: Consiste en un espacio diferenciado al espacio donde habitualmente la niña y el niño descansan, el cual cuenta con las características (estándares) del producto ¨Niños y niñas entre 6 hasta 36 meses que requieren de cuidado extra familiar por ausencia de un adulto competente para su atención en el ámbito del hogar reciben servicios de cuidado y atención integral¨ para favorecer su estimulación en relación a salud y seguridad, tamaño de grupo, infraestructura y plan de experiencias de aprendizaje. Visitas de supervisión a los CAR.

Categoría	Producto	Descripción
	Niños y niñas y sus madres o gestantes privadas de libertad reciben servicios de protección	Consejería a madres y familias a través de visitas y talleres. En el caso que el niño/a nazca en prisión, se sugiere seguir la misma estructura del servicio de acompañamiento familiar, añadiendo temas asociados a la situación de prisión y al proceso de separación al cumplir la niña o niño los tres años. Acompañamiento terapéutico psicológico a niñas y niños con cuidadores: Consiste en una terapia corta y con foco preciso y claro. Se sugiere enfoque cognitivo conductual. Acompañamiento terapéutico psicológico a madres: Consiste en una terapia corta y con foco preciso y claro. Servicio de cuidado para niños y niñas de 0 a 3 años: espacio diferenciado al espacio donde habitualmente la niña y el niño descansan con las características (estándares) del producto ¨Niños y niñas entre 6 hasta 36 meses que requieren de cuidado extra familiar por ausencia de un adulto competente para su atención en el ámbito del hogar reciben servicios de cuidado y atención integral¨ para favorecer su estimulación en relación a salud y seguridad, tamaño de grupo, infraestructura y plan de experiencias de aprendizaje. Servicio de apoyo familiar: servicio de apoyo a la madre o gestante privadas de libertad.
Acompañamiento familiar	**Niñas y niños y sus familias reciben acompañamiento familiar para el fortalecimiento de capacidades orientadas al desarrollo integral de la niña y niño**	Consejería a padres y/o cuidadores sobre diversos temas asociados al Desarrollo Infantil Temprano. Las sesiones deben promover las acciones de la madre, padre, cuidadores o adultos significativos con la niña y niño. Esta debe ser entregada en el domicilio de la familia o en un espacio en la comunidad (sesiones grupales). Se ha determinado las siguientes temáticas de salud, desarrollo, cuidado y entorno: Promoción de LME, alimentación complementaria, y prácticas de higiene. Adecuación de espacios. Contacto corporal madre-bebé extendido. Sensibilidad. Desarrollo motor. Narraciones dialogadas en el hogar. Regulación de emociones y comportamiento. Interacción y juego. Pautas de crianza positiva y afectiva. Medición de cloro en el agua. Tamizaje para la detección.

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Calle Alberto Tejada, Edificio 102
Ciudad del Saber
Panamá, República de Panamá
Apartado: 0843-03045
Teléfono: +507 301 7400
www.unicef.org/lac
Twitter: @uniceflac
Facebook: /uniceflac

unicef | para cada niño