



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN ECONOMÍA Y GESTIÓN



TESIS

**LA POLÍTICA DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS EN LOS
PROGRAMAS DE ARTICULADO NUTRICIONAL Y SALUD MATERNO
NEONATAL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO, PERÍODO
2012 - 2017**

PRESENTADA POR:

RAUL TIMOTEO CANAHUIRE CRUZ

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTORIS SCIENTIAE EN ECONOMÍA Y GESTIÓN

PUNO, PERÚ

2020



DEDICATORIA

A mi esposa Alberta a mi hijo Sergio Raúl y a mis hijas Eva Belinia y Nadia Estefany, por el gran apoyo moral y personal por la elaboración y culminación del presente trabajo de investigación.



AGRADECIMIENTOS

- Agradecimiento especial a mi Asesor Dr. Ernesto Calancho Mamani, a mis jurados del trabajo de investigación Dr. Teodocio Lupa Quisocala, Dr. Erasmo Manrique Zegarra, Dr. Edson Apaza Mamani y a los docentes del programa doctorado de la Facultad de Ingeniería Económica de la UNA Puno y de la Universidad Mayor de San Marcos de Lima.
- A los trabajadores asistenciales y administrativas de la Dirección Regional de salud de Puno y de la Red de salud San Román, quienes en forma directa e indirecta han participado en la elaboración del presente trabajo de investigación.
- A los responsables del programa estratégico de Articulado Nutricional y el Programa de Salud Materno Neonatal, quienes participaron en la especificación y mayor detalle sobre el manejo de los programas señalados.



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE GENERAL	iii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE ANEXOS	xiv
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1	Marco teórico	2
1.1.1	Gestión Administrativa	2
1.1.2	La gestión pública	4
1.1.3	La gestión pública y administración pública	4
1.1.4	La gestión pública por resultados (GPR)	5
1.1.5	Presupuesto	7
1.1.6	El presupuesto por resultados en América Latina	7
1.1.7	El Presupuesto por Resultados	10
1.1.8	Presupuesto por Resultados: Propósito del cambio.	11
1.1.9	Implementación del Presupuesto por Resultados	12
1.1.10	Objetivos del Presupuesto por Resultados	12
1.1.11	Presupuesto por Resultados y la Eficacia del Gasto Público.	13
1.1.12	Cadena de valor público (CVP)	14
1.1.13	Teoría de la eficiencia y eficacia	16
1.1.14	Documentos de Gestión Institucional	17
1.1.15	El Presupuesto por programas	18
1.1.16	Mortalidad Materna	18
1.1.17	El Programa Estratégico de Articulado Nutricional en el Perú	20
1.1.18	Programa Estratégico Salud Materno Neonatal	21
1.1.19	Indicadores de Eficiencia	22



1.1.20	El Presupuesto por Resultados como herramienta de gestión	23
1.2	Antecedentes	24
1.2.1	Marco referencial	36
1.2.1.1	Conformación Orgánica del Sector Salud	36
1.2.1.2	Información Estratégica y de línea de base de Salud	37
1.2.1.3	Misión y objetivos estratégicos institucionales de la Región Puno en materia de salud	38
1.2.1.4	Naturaleza de la Dirección Regional de Salud Puno	39
1.2.1.5	Organización geográfica y organización estructural de la Dirección Regional de Salud de Puno.	39
1.2.1.6	Estructura Orgánica	40
1.2.1.7	Demanda de Servicios de salud de la Región Puno	41
1.2.1.8	Capacidad Operativa Institucional	42

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1	Identificación del problema	44
2.2	Enunciados del problema	44
2.2.1	Enunciado general	44
2.2.2	Enunciados específicos	45
2.3	Justificación	45
2.4	Objetivos	46
2.4.1	Objetivo General	46
2.4.2	Objetivos Específicos	46
2.5	Hipótesis	46
2.5.1	Hipótesis General	46
2.5.2	Hipótesis Específicos	47

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1	Lugar de estudio	48
3.2	Población	48
3.3	Muestra	49
3.4	Método de la Investigación	49
3.4.1	Método Deductivo	49
3.4.2	Método Inductivo	49



3.4.3	Método Descriptivo	50
3.4.4	Método Analítico	50
3.4.5	Método Utilizado	50
3.5	Descripción detallada de métodos por objetivos específicos	52
3.5.1	Técnicas de Investigación	52
3.5.2	Materiales de Investigación	54
3.5.3	Variables e Indicadores.	55

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1	Análisis de la mortalidad materna y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años a nivel de la Región Puno.	56
4.1.1	Análisis de la Mortalidad Materna en la Región de Puno.	56
4.1.2	Análisis de la Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años en la Región de Puno.	57
4.1.3	Análisis y discusión del objetivo específico a).	59
4.2	Analizar la eficacia y eficiencia en el avance de metas físicas respecto a la ejecución del presupuesto en los programas de articulado nutricional y materno neonatal.	61
4.2.1	Analizar la eficacia y eficiencia en el programa de articulado nutricional	61
4.2.1.1	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de municipios saludables.	62
4.2.1.2	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de comunidades saludables.	64
4.2.1.3	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de instituciones saludables.	65
4.2.1.4	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de familias saludables	67
4.2.1.5	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de niños con vacuna completa.	68
4.2.1.6	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de niños con CRED completo.	70
4.2.1.7	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de niños con suplemento de hierro y vitamina A.	71



4.2.1.8	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de control de calidad nutricional.	73
4.2.1.9	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de vigilancia de la calidad de agua.	75
4.2.1.10	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de desinfección y tratamiento del agua.	76
4.2.1.11	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención de infecciones respiratorias agudas.	78
4.2.1.12	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención de enfermedades diarreicas agudas	79
4.2.1.13	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de gestantes con suplemento de hierro y ácido fólico.	80
4.2.1.14	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención de niños y niñas con parasitosis intestinal.	82
4.2.1.15	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa.	83
4.2.2	Analizar la Eficacia y Eficiencia en el programa de Salud Materno Neonatal	85
4.2.2.1	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de población informada sobre salud sexual.	86
4.2.2.2	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de adolescentes que acceden a servicios de salud sexual.	87
4.2.2.3	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención prenatal reenfocada	89
4.2.2.4	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de municipios saludables que promueven la salud sexual.	90
4.2.2.5	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de comunidades saludables que promueven la salud sexual.	92
4.2.2.6	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de instituciones saludables que promueven la salud sexual.	93
4.2.2.7	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de población que accede a métodos de planificación familiar.	94



4.2.2.8	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención a las gestantes con complicaciones.	96
4.2.2.9	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención del parto normal	97
4.2.2.10	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención del parto complicado no quirúrgico.	99
4.2.2.11	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención del parto complicado quirúrgico (cesárea)	100
4.2.2.12	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención del puerperio	102
4.2.2.13	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención del puerperio con complicaciones	103
4.2.2.14	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de acceso al sistema de referencia institucional	105
4.2.2.15	Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa	107
4.2.3	Análisis y discusión del objetivo específico b	109
4.2.3.1	Análisis y discusión del programa de articulado nutricional.	109
4.2.3.2	Análisis y discusión de los indicadores de desempeño del programa de Salud Materno Neonatal	110
4.3	Análisis del rendimiento laboral del personal de salud en los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal.	112
4.3.1	Análisis y discusión del objetivo específico c	113
4.4	Análisis de resultados de los objetivos específicos respecto a la cadena del valor público	114
CONCLUSIONES		116
RECOMENDACIONES		118
BIBLIOGRAFÍA		119
ANEXOS		122

Puno, 18 de diciembre de 2020

ÁREA: Ciencias Económico Empresariales.

TEMA: La Política Del Presupuesto por Resultados en los Programas de Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal de la Dirección Regional de Salud Puno, Período 2012 – 2017.

LÍNEA: Gestión y Responsabilidad Social.

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
1. Cuadro de rangos de calificación	17
2. Población estimada INEI año 2017, por Red de Salud, DIRESA Puno.	42
3. Establecimientos de salud por niveles, categoría y por unidad ejecutora de la Región de Salud Puno	43
4. Tabla de rangos de calificación, mediante la evaluación por semáforo	51
5. Rangos de medición del indicador de eficiencia	52
6. Cuadro de variables, dimensiones, indicadores, métodos y técnicas	55
7. Promedio de muertes maternas a nivel nacional y a nivel regional de Puno en los años 2012 – 2017.	57
8. Porcentaje de desnutrición crónica infantil en el Perú y en la región de Puno, años 2012 – 2017.	58
9. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en municipios saludables, años 2012 - 2017	63
10. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en las comunidades saludables, años 2012 - 2017.	65
11. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en las instituciones saludables, años 2012 – 2017	66
12. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en la actividad de familias saludables, años 2012 - 2017	68
13. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en niños con vacuna completa, años 2012 - 2017.	69
14. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en niños con CRED Completa, años 2012 - 2017.	71
15. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en niños con suplemento de hierro y vitamina a, años 2012 - 2017	72
16. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en control de calidad nutricional, años 2012 - 2017	74
17. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en vigilancia en la actividad de calidad de agua , años 2012 - 2017	75
18. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en desinfección y tratamiento del agua , años 2012 - 2017.	77



19. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en atención de infecciones respiratorias agudas, años 2012 – 2017	78
20. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en atención de enfermedades diarreicas agudas, años 2012 – 2017	80
21. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en gestantes con suplemento de hierro y ácido fólico, años 2012 - 2017	81
22. Indicadores de economía, eficacia y eficiencia en atención de niñas y niños con parasitosis intestinal, años 2012 - 2017	83
23. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa, años 2012 – 2017	84
24. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en población informada sobre salud sexual 2012-2017	86
25. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en adolescentes que acceden a servicios de salud sexual, años: 2012 – 2017	88
26. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en atención prenatal reenfocada, años 2012 - 2017	89
27. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en municipios saludables que promueven la salud sexual, años 2012 - 2017.	91
28. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en comunidades saludables que promueven la salud sexual, años 2012 - 2017	92
29. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en instituciones saludables que promueven la salud sexual, años 2012 – 2017.	94
30. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en población que accede a métodos de planificación familiar, años 2012 - 2017.	95
31. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en gestantes con complicaciones, años 2012-2017	97
32. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en atención del parto normal, años 2012 - 2017	98
33. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en atención del parto complicado no quirúrgico	100
34. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en atención del parto complicado quirúrgico (cesárea), años 2012 – 2017	101
35. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en atención del puerperio, años 2012 - 2017	103



36. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en atención del puerperio con complicaciones, años 2012 – 2017	104
37. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en acceso al sistema de referencia institucional, años 2012 – 2017	106
38. Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa, años 2012 – 2017	108
39. Rendimiento laboral del profesional de salud en la DIRESA puno, por REDESS del año 2017	113

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
1. Cadena de valor publico simplificado y extendido	16
2. Organigrama estructural de la Dirección Regional de Puno	41
3. Cadena de valor público (CVP)	51
4. Comportamiento de promedio de las muertes maternas a nivel nacional y a nivel regional de Puno en los años, 2012 – 2017.	57
5. Comportamiento del % de desnutrición crónica a nivel regional y a nivel nacional, años 2012 – 2017.	58
6. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en la actividad de municipios saludables, años 2012 – 2017.	64
7. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en la actividad de comunidades saludables, años 2012 – 2017.	65
8. Comportamiento de los indicadores de: economía y eficacia de las instituciones saludables, años 2012 – 2017.	67
9. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en las familias saludables, años 2012 – 2017.	68
10. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en niños con vacuna completa, años 2012 – 2017.	70
11. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en niños con CRED completo, años 2012 – 2017.	71
12. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en niños con suplemento de hierro y vitamina a, años 2012 – 2017.	73
13. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en control de calidad nutricional, años 2012 – 2017.	74
14. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en vigilancia de la calidad de agua, años 2012 – 2017.	76
15. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en desinfección y tratamiento del agua, años 2012 – 2017.	77
16. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en atención de infecciones respiratorias agudas, años 2012 – 2017.	79
17. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en enfermedades diarreicas agudas, años 2012 – 2017.	80



18. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en gestantes con suplemento de hierro y ácido fólico, años 2012 – 2017.	82
19. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en niños y niñas con parasitosis intestinal, años 2012 – 2017	83
20. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en la actividad de monitoreo, evaluación, supervisión y control	85
21. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, actividad de población informada en salud sexual, 2012 – 2017.	87
22. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, actividad de adolescentes que acceden a servicio de salud sexual, años 2012 – 2017.	88
23. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, actividad de atención prenatal reenfocada, años 2012 – 2017.	90
24. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, actividad de municipios saludables, años 2012 – 2017.	91
25. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, actividad de comunidades saludables, años 2012 – 2017.	93
26. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, actividad de instituciones saludables, años 2012 – 2017.	94
27. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, actividad de planificación familiar, años 2012 – 2017.	96
28. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, actividad de gestante con complicaciones, años 2012 – 2017.	97
29. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, en la actividad de parto normal, años 2012 – 2017.	99
30. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, actividad de parto complicado no quirúrgico, años 2012 – 2017.	100
31. Comportamiento del indicador de economía y eficacia.	102
32. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, en la actividad de atención del puerperio, años 2012 – 2017.	103
33. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, en la actividad de atención del puerperio con complicaciones, años 2012 – 2017.	105
34. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, en la actividad del sistema de referencia institucional, años 2012 – 2017.	106



- 35.** Comportamiento del indicador de economía y eficacia, en la actividad de monitoreo, supervisión y evaluación del programa, años 2012 – 2017. 108



ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
1. Ejecución del presupuesto respecto al avance de metas físicas del programa articulado nutricional	123
2. Ejecución del presupuesto respecto al avance de metas físicas programa de materno neonatal	127
3. Ejecución del presupuesto de bienes y servicios en forma mensual y por FTE.FTO. de recursos ordinarios del programa articulado nutricional, años 2012 – 2017	131
4. Técnica de la encuesta aplicada	133

RESUMEN

El trabajo de investigación tiene como finalidad analizar el comportamiento de la implementación de la política del presupuesto por resultados en los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal de la Dirección Regional de Salud de Puno, período 2012 – 2017, lo cual fue creado mediante la Ley No. 28927, Ley del Presupuesto del Sector Público del Año 2007, su estrategia inicial fue de mejorar los procesos de formulación, ejecución y evaluación presupuestal para lograr la mejora de la gestión pública con la vinculación entre planificación y presupuesto. De acuerdo a los objetivos, primeramente, se analizó los indicadores de salud, tales como la mortalidad materna y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, luego se analizó los indicadores de desempeño de los programas presupuestales de articulado nutricional y salud materno neonatal, tales como: de economía, eficacia y eficiencia, y así mismo se analizó el rendimiento laboral del recurso humano. La hipótesis general planteada fue que la política del presupuesto por resultados no logra su impacto en los programas de articulado nutricional y materno neonatal en la gestión de la Dirección Regional de Salud de Puno. El ámbito de estudio fue toda la Región de Salud de Puno integrado por sus 12 REDESS, con sus respectivos establecimientos de salud de niveles I-1, I-2, I-3, I-4, II-1 y II-2. Y como métodos de investigación se utilizó el método deductivo, inductivo, descriptivo y analítico, se aplicó una encuesta y se utilizó el acervo documental del portal de transparencia económica del Ministerio de Economía y Finanzas. Los resultados en cuanto a indicadores de salud, el porcentaje de niños desnutridos en los seis años de estudio no bajó del 15% y las muertes maternas fueron un promedio de 25 a 28 por año en todo el período estudiado; y en cuanto a indicadores de eficacia y eficiencia, de acuerdo a los rangos de calificación del Ministerio de Economía y Finanzas MEF, en los diferentes actividades de salud de las dos programas estratégicos no lograron alcanzar el rango calificativo de eficiente, en la mayoría de las actividades lograron obtener el rango regular y en alguna de las actividades inclusive tuvieron el calificativo de rango deficiente.

Palabras clave: Articulado nutricional, desnutrición crónica, materno neonatal, mortalidad materna, presupuesto por resultados y rendimiento laboral.

ABSTRACT

The purpose of the research work is to analyze the behavior of the implementation of the budget for results in the nutritional articulation and maternal and newborn health programs of the regional health Department of Puno, period 2012 – 2017, which was created by Law No. 28927, Public Sector Budget Law Of 2007, its initial strategy was to improve budget formulation, execution, and evaluation processes to achieve better public management with the link between planning and budget. According to the objectives, the health indicators were analyzed first, such as maternal mortality and chronic malnutrition in children under 5 years of age, then the performance indicators of the nutritional articulation and neonatal maternal health budget programs were analyzed, such as: of economy, effectiveness and efficiency, and likewise the labor performance of the human resource was analyzed. The general hypothesis raised was that the results-based budget policy does not achieve its impact on the nutritional and maternal neonatal articulation programs in the management of the Puno Regional health directorate. The scope of the study was the entire Puno health Region, made up of its 12 networks with their respective health facilities of levels I-1, I-2, I-3, I-4 y II-2. And as research methods the deductive, inductive, descriptive and analytical method was used, using statistical data, with the documentary heritage technique, a survey and mainly with information from the economic transparency portal of the Ministry of Economy and Finance. The results regarding health indicators the percentage of chronic malnutrition in children under 5 years in the six years of de study did not drop below 15 % of malnourished and maternal mortality was 25 to 28 maternal deaths per year in the period studied. As for indicators of effectiveness and efficiency according to the qualification ranges proposed by the Ministry Economy and Finance MEF in the different health activities of the two strategic programs, they did not achieve the qualification of efficient. In most of the activities they achieved obtaining the regular rank and in other activities they even had the rank of deficient.

Keywords: Nutritional articulation, chronic malnutrition, maternal neonatal, maternal mortality, budget for results and labor performance.

INTRODUCCIÓN

En la Región de Puno la mortalidad materna sigue siendo un problema social y latente, en los últimos años las ocurrencias fluctúan entre 25 a 28 muertes maternas en forma anual, datos que nos ponen por encima a nivel nacional e internacional, lo que es muy preocupante para nuestra Región, siendo la madre considerada con un elemento importante e indispensable en el núcleo de la familia para conllevar un hogar sano y vigoroso. Y así mismo el porcentaje de niños con desnutrición crónica está en 15.9 % en el último año de estudio continúa siendo alto en comparación a nivel nacional que es de 12.9%, lo que afecta al niño su capacidad intelectual y cognitiva posteriormente su desarrollo físico corporal.

Teniendo esta realidad, el Gobierno Peruano ha implementado la política del presupuesto por resultados a nivel nacional, mediante diferentes programas estratégicos y dentro de ello se ha considerado los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal, el propósito del presupuesto por resultados es de fortalecer la eficacia y equidad del gasto público, para contribuir a la mejora del desempeño del Estado, respecto al bienestar de la población, mediante la disminución de los indicadores más impactantes como la tasa de la mortalidad materna y como también el porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición crónica infantil.

Por tanto, a nivel regional de salud en Puno se ha implementado y se viene ejecutándose el programa del presupuesto por resultados, a partir de la aprobación de la Ley No. 28927, Ley del presupuesto del sector público para el año de 2007, el mismo que ingresa con mayor fuerza a partir del año 2012 hasta la actualidad; sin embargo, su impacto no fue significativo, en los dos programas estratégicos, nunca se logró alcanzar eficientemente los indicadores de desempeño tales como de: economía, eficacia y la eficiencia en el período de los años 2012 - 2017. Por lo mismo que es necesario realizar un estudio de investigación para determinar y demostrar el anuncio planteado en la parte de la hipótesis del presente trabajo de investigación.

Finalmente, el presente trabajo de investigación está compuesto por IV Capítulos en donde se detallan de la siguiente manera: Capítulo I: Revisión de Literatura, Capítulo II: Planteamiento del Problema, Capítulo III: Materiales y Métodos y Capítulo IV: Resultados y Discusión.

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1 Marco teórico

1.1.1 Gestión Administrativa

Ayala (2006), define a la Gestión Administrativa como el proceso administrativo, implementado de forma sistemática, genera resultados favorables en la gestión de empresas, dicho proceso considera a la administración como la ejecutante de ciertas actividades llamadas funciones administrativas, Planeación, Organización, Dirección y Control. Se considera proceso porque no se puede desarrollar la Organización sino se ha establecido la planificación, no se puede dirigir si anteriormente no se ha planificado y organizado; y así sucesivamente hasta que no se podrá controlar si antes no se planifica, organiza y dirige las actividades, tareas, operaciones y acciones. La gestión administrativa es necesario trabajarla de la manera correcta, es por ello que se requiere de personal capacitado que desarrolle el proceso efectivamente trayendo como resultado el éxito del manejo de la organización.

Terry (2011), explica que el administrar es una secuencia que consiste en planear, organizar, ejecutar y controlar, desempeñada para determinar y lograr objetivos manifestados mediante el uso de seres humanos y de otros recursos. Por lo tanto, se entiende como gestión administrativa a la secuencia que se sigue desde la planificación, organización, dirección y control para lograr el cumplimiento de metas, con los recursos con los que se cuenta desde humanos, financieros, entre otros.

Chiavenato (1995), el proceso administrativo es el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar las actividades de los miembros de la organización y de utilizar todos los recursos organizacionales, establecidos, que, incluyendo no solo categorías económicas como tierra, capital, y trabajo, sino también información y tecnología. Es obvio que las personas constituyen el elemento inteligente y dinámico que maneja, opera y agiliza todos estos recursos. Y como etapas del proceso administrativo define:

Planeación: Lo que pretende realizar la organización en el futuro y cómo debe realizarlo. Por esta razón, la planeación es la primera función administrativa, y se encarga de definir los objetivos para el futuro desempeño organizacional y decide sobre los recursos y tareas necesarias para alcanzarlos de manera adecuada.

Organización: busca los medios y recursos necesarios que permiten llevar a cabo la planeación, y refleja la manera como la organización o empresa intenta cumplir los planes. La organización es la función administrativa relacionada con la asignación de tareas, la distribución de tareas y la asignación de los recursos necesarios a los equipos o los departamentos.

Dirección: Representa la puesta en marcha de lo que fue planeado y organizado.

Control: Representa el acompañamiento, monitoreo y evaluación del desempeño organizacional para verificar si las tareas se ejecutan de acuerdo con lo planeado, organizado y dirigido. El control es la función administrativa relacionada con el monitoreo de las actividades para mantener la organización en el camino correcto.

Evaluación: Se refiere a una serie de factores y aspectos que apuntan directamente hacia la productividad y la calidad en el cumplimiento de un proceso o trabajo.

Retroalimentación: Es un sistema de control en el desarrollo de tareas, actividades o productos, implementado mediante la supervisión y evaluación continua, cuyo objetivo es el mejoramiento paulatino de los resultados. La retroalimentación permite valorar fortalezas y reducir debilidades, considerar puntos positivos y negativos.

1.1.2 La gestión pública

Moreno (2009), explica que la Gestión Pública es conocer como el Estado se organiza, obtiene y moviliza sus recursos para alcanzar determinados fines políticamente establecidos; así mismo saber el rol del estado, los procesos políticos de toma de decisiones y espacios institucionales en que se desarrollan, los actores que intervienen; como por ejemplo, los políticos y la ciudadanía, los procesos de formulación y aplicación de políticas públicas, el sistema de asignación de recursos y como se gerencia las instituciones públicas.

Para acercar los conceptos de gestión pública y Estado, decimos que este es la organización política soberana de una sociedad humana establecida en un territorio determinado, bajo un régimen jurídico, con independencia y autodeterminación, con órganos de gobierno y sistemas de gestión que persiguen determinados fines mediante actividades concretas.

La relación entre poder y función marca la esencia de la administración pública, donde a través de ésta se pone en práctica el ejercicio del poder, mediante un gobierno en beneficio de la sociedad. El funcionamiento del Estado, se origina en el cumplimiento de sus funciones, del cual se desprenden un conjunto de actividades, operaciones, tareas para actuar: jurídica, política y técnicamente. Estas actividades las asume como persona jurídica de derecho público y lo realiza por medio de los órganos que integran la administración pública, tanto nacional, como regional y local.

El Estado en su doble carácter de gobierno y administrador cumple sus fines, competencias y funciones en sus órganos jurídicos que forman una estructura especial y un conjunto de técnicas y procedimientos que lo ponen en marcha.

1.1.3 La gestión pública y administración pública

Gamero (2009), explica en términos generales las expresiones de gestionar y administrar aparecen como sinónimos, similares, de uso indistinto. Incluso a ambos se los define como la acción y efecto de hacer algo, de asumir una función o tarea para cumplir un propósito. Sin embargo, en la legislación peruana estos conceptos aparecen diferenciados. En ese sentido se entiende por administración pública, en su enfoque procedimental, a todas las instituciones y organismos

públicos y privados que prestan servicios públicos. Son las entidades de cualquier naturaleza que sean dependientes del Gobierno Central, los Gobiernos Regionales o los Gobiernos Locales, incluido sus correspondientes organismos públicos. En efecto, la administración pública comprende a los organismos que desempeñan una función de interés público, especialmente de provisión de servicios y/o regulación de los comportamientos e intereses de la sociedad, el mercado, así como del propio Estado y sus instituciones. Por otro lado, a la gestión pública lo define, como el conjunto de acciones mediante las cuales las entidades tienden al logro de sus fines, objetivos y metas, los que están enmarcados por las políticas gubernamentales establecidas por el Poder Ejecutivo. Integrando ambos conceptos, porque en sí encierran dos elementos que dan origen a la acción estatal y gubernamental; podemos decir que, la gestión pública está configurada por los espacios institucionales y los procesos a través de los cuales el Estado diseña e implementa políticas, suministra bienes y servicios y aplica regulaciones con el objeto de dar curso a sus funciones. La Gestión Pública se ocupa de la utilización de los medios adecuados para alcanzar un fin colectivo. Trata de los mecanismos de decisión para la asignación y distribución de los recursos públicos, y de la coordinación y Gestión Pública y Administración Pública.

1.1.4 La gestión pública por resultados (GPR)

Gamero (2011), en su texto indica que la Gestión Pública por resultados es un proceso estratégico, político y técnico, que parte del principio del “Estado contractual” en el marco de la Nueva Gestión, es decir la relación y vínculo formal que se da entre un principal (sociedad) y un agente (gobierno), en el cual ambas partes acuerdan efectos o resultados concretos a alcanzar con acción del agente y que influyen sobre el principal, creando valor público. La GPR implica una administración de las organizaciones públicas focalizadas en la evaluación del cumplimiento de acciones estratégicas definidas en un plan de gobierno y un plan de desarrollo. El proceso de Modernización de la Gestión Pública ha tenido por finalidad “elevar las competencias y la capacidad de movilizar los recursos públicos de manera más eficiente, comprometiendo en su gestión y en sus resultados al conjunto de los actores que intervienen en la generación de los respectivos servicios, orientados a satisfacer los requerimientos de la sociedad”. De este modo, el modelo gerencial se convirtió en un aspecto fundamental para

mejorar la capacidad de gestión del Estado, así como para incrementar la gobernabilidad democrática del sistema político. Para que lo anterior se cumpla, se pone énfasis en la transformación de la cultura organizacional que caracterizaba a la Administración Pública. Lo fundamental era dar un giro en los hábitos, costumbres y forma de actuar de la Administración Pública. Asimismo, este cambio cultural debe contemplar a los funcionarios públicos, de tal modo que se impulsaran políticas de personal, centradas en premiar el buen desempeño, fomentar la capacitación y el perfeccionamiento profesional, hoy ausentes en la gestión pública peruana. La Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado Peruano, tiene como finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos. El enfoque que debe orientar y marcar el paso de la modernización del Estado es institucionalizar la gestión por resultados, a través del uso de modernos recursos tecnológicos, como la planificación estratégica y concertada, la incorporación de sistemas de monitoreo y evaluación, la rendición pública y periódica de cuentas, la transparencia a fin de garantizar canales que permitan el control de las acciones del Estado. La estructura y organización de la Administración Pública, deben ser dinámicas y responder de manera efectiva al cumplimiento de los objetivos y metas señalados en los planes. La organización debe estructurarse para responder al cumplimiento de la misión, que a su vez está articulada a la visión, donde las funciones no se cumplan en sí misma, sino a través de proyectos y actividades en el marco de una cultura de proyecto, donde toda acción gubernamental este orientado a cumplir un objetivo y por lo tanto a producir un resultado que tenga beneficio hacia la población beneficiaria.

Makón (2000), la gestión por resultados puede definirse como el modelo que propone la administración de los recursos públicos centrada en el cumplimiento de las acciones estratégicas definidas en el plan de gobierno, en un periodo determinado para atender las demandas de la sociedad. Dado que el modelo pone en el centro de la discusión la medición del desempeño de la gestión pública, adquiere relevancia una distinción conceptual que hace a la naturaleza de la producción pública: productos y resultados. Los organismos públicos responsables de una determinada producción pública utilizan insumos financieros,

humanos y materiales asignados a través del presupuesto, para la producción de bienes y servicios (productos).

1.1.5 Presupuesto

La Ley del Presupuesto del Sector Público N° 28411, y su modificatoria por la Ley N° 29626 del año 2010; precisa que el presupuesto constituye el instrumento de gestión del Estado para el logro de resultados a favor de la población, a través de la prestación de servicios y logro de metas de coberturas con eficacia y eficiencia por parte de las Entidades. Así mismo, es la expresión cuantificada, conjunta y sistemática de los gastos a atender durante el año fiscal, por cada una de las Entidades que forman parte del Sector Público y refleja los ingresos que financian dichos gastos.

Andrade (2006), define al presupuesto como la expresión monetaria de los costos e ingresos de la actividad económica, expresados en las decisiones directas del gerente general o las que hace de veces de director ejecutivo. Considera también que el presupuesto es una herramienta de gestión económica que se anticipa a la toma de decisiones gerenciales a través de la estimación de los costos incurridos y beneficios estimados.

1.1.6 El presupuesto por resultados en América Latina

Vilca (2012), manifiesta que el presupuesto por resultados es una metodología que están usando diversos países del mundo. La mayoría de ellos inició su aplicación en contextos de crisis económica, en años de "vacas flacas", con el objetivo de garantizar la eficacia y eficiencia de la acción pública en beneficio de la población.

También señala que, en América Latina, países como México, Brasil, Chile y Colombia tiene experiencias en esa dirección. En el caso de Chile, por ejemplo, la inclusión del uso de indicadores de eficacia eficiencia y calidad con metas en el proceso presupuestario se remonta a 1994, la evaluación de programas se estableció en 1996 y se inició en 1997. En el 2004, Chile manejaba 1684 indicadores de desempeño, de los cuales 1590 tenían seguimiento y evaluación, incluidas evaluaciones de impacto realizadas por instituciones independientes.

En el caso de Brasil, el concepto de presupuesto por resultados se introduce en el año 2000. Entre el 2001 y 2003, se introducen modificaciones en los programas y se dispone el uso del mismo sistema de clasificación de actividades y gastos tanto para el planeamiento como para el presupuesto. Asimismo, se dispone la elaboración de reportes anuales de transparencia respecto al desempeño de las instituciones y los programas. A partir del 2004 el sistema se consolida, vinculando el seguimiento de los programas a los instrumentos de planificación sectorial y nacional.

En el caso de Colombia, merece un comentario especial. La introducción del PpR se inició a niveles sub nacionales, destacando inicialmente la experiencia de la Alcaldía de Bogotá bajo la gestión de Antanas Mockus, quién inició este cambio metodológico sin existir obligación legal de hacerlo. El PpR permitió a esta gestión y a las siguientes a orientar la discusión pública y la asignación de recursos hacia los programas y resultados prioritarios y evitar las tentaciones del "micro manejo" del gasto.

Lo particular del caso peruano es la aplicación del cambio metodológico en una coyuntura de crecimiento económico y de incremento de los recursos fiscales. Este momento de prosperidad económica es una oportunidad para realizar un cambio metodológico, aprovechando los recursos existentes de otros. Se trata, entonces, de recuperar el tiempo perdido y prepararnos oportunamente para eventuales cambios.

Hoy en día en América Latina y también en el Perú se está trabajando con presupuestos inerciales, que son aquellas asignaciones que se destinan a cosas que se hicieron el año anterior, y el año anterior al precedente y así sucesivamente lo que conlleva a que nos estemos retro trayendo en el tiempo, esto quiere decir que se está trabajando en algo de hace 30 años atrás y esto jamás lo han sometido a evaluaciones, de alguna manera presentan algunas innovaciones que no son muy significativas, lo que pasa es que no hay un patrón para trabajar y se hacen las cosas al azar sustentado en el enfoque inercial.

El presupuesto puede sufrir incrementos que se obtiene de la dinámica de la economía y la recaudación fiscal, pero lamentablemente no hay personas con criterio para poder asignarles recursos a los que más los necesitan, así, de esta

manera, es como se hace el presupuesto sin criterios, y no como lo manda las definiciones. Ahora en pleno proceso presupuestario no se toman en cuenta a los excluidos, como por ejemplo las personas más pobres, personas individuales, aquellas que no tienen acceso a servicios fundamentales, etc. No participan en la toma de decisiones para armar el presupuesto, esto también incluye a instituciones pequeñas que tienen menos capacidad de llegada a donde los que toman las decisiones en un enfoque formal o informal que no consiguen recursos para sus intereses.

El objetivo es lograr la eficiencia, si recordamos que la eficiencia es la capacidad de usar óptimamente los recursos escasos. O sea, es distribuir bien lo que hay disponible para reducir las necesidades de la población y tener resultados concretos, y lo que se hace en la práctica es sólo controlar el gasto, o sea tratan de no gastar más, y a eso le llaman eficiencia, lo que hacen es reducir los gastos mediante el control de flujos mensuales, trimestrales y nada más, es que se basan en lo que dice la norma "lo que no gastas tienes que devolverlo" ¿y la eficiencia?

Lamentablemente quien sale perdiendo en todo esto es el ciudadano que llega a perder presencia, su visión, como eje central, como actor importante y preponderante al momento de tomar decisiones. Este esquema inercial afecta también al enfoque institucional donde dichas instituciones sólo se ven así mismas cuando presupuestan y se preguntan ¿Cuánto necesito para lo que quiero hacer? o ¿Cuánto necesito para lo que estoy haciendo? En vez de preguntarse ¿Cuánto es el presupuesto que se requiere para lograr el resultado?, sin contar que los gerentes sin ideas ni criterios tratan de contratar más personal para hacer las cosas que ellos hacen, que es diferente lo que se logra, lo que se entrega como producto y como resultado.

Y como recomendaciones Vilca nos plantea que deben cambiarse las formas tradicionales e inerciales al momento de presupuestar, esto quiere decir, dejar de presupuestar para el año anterior y así sucesivamente para no quedarnos atrapados en el pasado y sobre todo someterlo a evaluaciones, deben existir criterios lógicos para poder determinar los presupuestos, o sea, cambios metodológicos usando para esto programas o indicadores como lo hacen otros países pero que sean evaluados como mencioné anteriormente y sean informados de manera adecuada,

buscar entidades que se acerquen más al pueblo, así como alguna vez el Congreso se trasladaba a las diferentes ciudades de nuestro país para estar más cerca a la población y su realidad.

La misma entidad con la norma "lo que no gastas tienes que devolverlo" se encarga de limitarlo a uno al momento de presupuestar sólo gastan lo que deben gastar, y nada más, y nadie mira al ciudadano, al producto, ni mucho menos al resultado que requiere el poblador, que es el eje central, es el actor principal al momento de presupuestar. Parte de esta reforma es cambiar esa visión.

Para poder elaborar el presupuesto por resultados (PpR) es bueno desarrollar un ciclo presupuestal que consta en:

- La Programación: donde se define las intervenciones coherentes
- La Aprobación se orienta hacia una discusión de prioridades en la asignación presupuestaria
- La ejecución donde se da la eficiencia técnica
- Evaluación donde se da la rendición de cuentas y aprendizaje.

El resultado serían los ejes centrales, me refiero al ciudadano que es el motor de decisiones que se toman, lo que el necesita en su desarrollo, de tal manera ingresa al logro de sus intereses de su demanda de la familia y de la sociedad, lo cual está establecido en las políticas del presupuesto por resultados.

1.1.7 El Presupuesto por Resultados

Gamero (2009), explica que el presupuesto por resultados obedece a una metodología o “esquema de presupuestos que integra la programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación del presupuesto en una visión de logro de resultados a favor de la población, retroalimentando los procesos anuales para la reasignación, reprogramación y ajustes de las intervenciones”. Es importante tener en cuenta en el ciclo de gestión presupuestaria, la programación es el punto de encuentro entre el planeamiento y el proceso presupuestario propiamente dicho, luego de la programación siguen la formulación, aprobación,

ejecución y conjuntamente con ésta, el seguimiento y el control, y finalmente la evaluación; para re iniciar el ciclo.

El mismo autor señala que el presupuesto por resultados busca enfatizar que todo este proceso que tiene como eje articulador a la población y el logro de resultados a su favor. Para llevar adelante el proceso es importante que, a nivel sectorial, así como en cada institución pública o pliego presupuestal se establezca, cuáles son las necesidades y demandas de la población que están en su ámbito de competencias a atender. Y con base en el análisis de dichas demandas o problemas de la población, establecer los resultados a alcanzar y las acciones para ello; así como asignar los recursos respondiendo a las prioridades planteadas. Se define como todo tipo de mecanismos y procesos destinados a estrechar el vínculo entre la financiación de los programas y los resultados a través del uso sistemático de información de desempeño.

Shack (2008), manifiesta lo siguiente: El Presupuesto por Resultados (PpR) introduce una nueva perspectiva al presupuesto, focalizado en la atención de las mejoras del bienestar ciudadano, dicho de otra manera, en los Resultados que precisan los ciudadanos para lograr su desarrollo. Asimismo, centra su trabajo operativo alrededor de los bienes y servicios que deben ser provistos, bajo principios de eficacia, para el logro de resultados, a los cuales se les denomina Productos. La construcción de esta nueva manera de hacer el presupuesto es progresiva. De este modo, los avances han permitido construir, sobre la base de las experiencias de otros países, principalmente anglosajones, metodologías específicas para su implementación, algunas de ellas de origen o creación local. La aplicación de estas metodologías ha ido incrementándose en cada ejercicio presupuestal, lo cual se demuestra en que la mayoría de Sectores y los Gobiernos Regionales vienen aplicándolas en su accionar.

1.1.8 Presupuesto por Resultados: Propósito del cambio.

Arnillas (2007), de acuerdo al plan de implementación del presupuesto por resultados, el propósito del cambio es “Fortalecer la eficacia y equidad del gasto público, para contribuir a la mejora del desempeño del Estado respecto al bienestar de la población, en particular de los pobres y excluidos”. Esto pone a la persona humana y su bienestar en el centro de la acción del Estado, ya sea del Gobierno

Nacional o de los Gobiernos Regionales y Locales, se trata por tanto de mejorar el desempeño del Estado en las áreas que mayor incidencia tengan en el bienestar de la población. Y además indica que en esta línea la Ley del equilibrio financiero y la Ley del Presupuesto para el Año 2007, establecen la prioridad en la infancia y en las zonas rurales y urbano marginales de mayor pobreza del país y para lo cual define actividades prioritarias que debe realizarse.

1.1.9 Implementación del Presupuesto por Resultados

Arnillas (2007), el autor señala que la implementación del presupuesto por resultados en el Perú se da mediante la Ley No. 28927, Ley del Presupuesto del Año 2007, para ello incorpora un capítulo específico que establece la aplicación de la metodología de “Presupuesto por Resultados su sigla PpR”, dando con ello un paso adelante para mejorar los procesos de programación, formulación y ejecución presupuestal. Se busca con ello vincular planificación con presupuesto y contribuir así a la mejora de la gestión pública. Además, señala que la Ley establece que la metodología del presupuesto por resultados se aplica desde el año 2007 para las actividades prioritarias a favor de la infancia y desde el año 2008 en todas las instituciones del Estado, a nivel nacional, regional y local.

1.1.10 Objetivos del Presupuesto por Resultados

Gamero (2009), plantea como los principales objetivos que tiene el programa de presupuesto por resultados son las siguientes:

- Lograr que el proceso presupuestario favorezca e impulse el desarrollo progresivo de una gestión orientada a resultados en toda la administración pública.
- Fortalecer la eficacia y equidad del gasto público, para contribuir a la mejora del desempeño del Estado respecto del bienestar de la población, en particular, de los pobres y excluidos.
- Evitar el seguir asignando recursos a programas que son inefectivos o que no son prioritarios.
- Responder a la necesidad de dar gerencia la escasez de forma óptima y de desarrollar técnicas para gestionar los recortes presupuestarios, de forma que

no se efectúen de forma mecánica y recaigan en la inversión y/o en los gastos de mantenimiento.

- Y lograr que el proceso de gestión presupuestaria se desarrolle según los principios y métodos del enfoque por resultados contrayendo a construir un Estado eficaz, capaz de generar mayores niveles de bienestar en la población.

1.1.11 Presupuesto por Resultados y la Eficacia del Gasto Público.

Acuña *et al.* (2012), los tres funcionarios de la Dirección General del Presupuesto Público, explican y analizan sobre el avance del presupuesto por resultados que viene implementándose en el Perú no con muchas expectativas como se esperaba inicialmente, mucho se ha hablado sobre la eficacia o efectividad en el logro de resultados. Se suele creer que mediante la implementación del PpR se garantiza la efectividad de los resultados, si no es así se piensa que esta estrategia presupuestaria es incompleta o inadecuada. Estas afirmaciones olvidan que el ejercicio de presupuestación comprende sólo un subconjunto de todas las decisiones que se toman en la administración de una entidad pública. Están las decisiones que se toman diariamente referidas a la contratación de personal, a la compra de insumos, entre otros, y que el ejercicio de presupuestación no garantiza la calidad o idoneidad de quienes son contratados, o de los bienes comprados, ni la pertinencia del procedimiento o del momento en que se toma la decisión, para mencionar solo algunos ejemplos.

El PpR es una estrategia que pretende crear los incentivos para que el conjunto de las decisiones de la administración pública alcance los resultados esperados. Pero es un error creer que es la única estrategia, o que es condición suficiente para garantizar el logro de resultados. Para ello, hay que concebir un conjunto de reformas que construyan una verdadera “administración o gestión pública por resultados”, entre las cuales podemos mencionar, además del PpR, las reformas al servicio civil que promuevan la motivación del personal, una mejor estructura organizacional entre las instituciones públicas y al interior de las mismas, un ejercicio de control interno con un nivel de flexibilidad adecuado que permita a las gerencias enfocarse menos en sus procesos internos y más en sus resultados, el uso de sistemas informáticos de gestión, etc.

Hay varias acciones por tomar para caminar hacia una gestión por resultados que van más allá de los límites de acción del Sistema Nacional de Presupuesto Público. Mientras tanto, se viene dando un cambio fundamental en la mirada de la ejecución presupuestal por parte de la DGPP. Si bien tradicionalmente y por aplicación de la Ley N° 28411, la participación de la DGPP en la ejecución presupuestaria de los pliegos se ha dado básicamente a través de un seguimiento de los niveles de ejecución de egresos respecto a los créditos presupuestarios aprobados, ahora con el PpR por un lado, a través de las modificaciones en el ejercicio de programación presupuestaria se transita hacia un monitoreo de la cadena de insumo-producto-resultado, y por otro lado, con las evaluaciones independientes, se hace una revisión de la gestión de las entidades, aunque es sólo complementaria a las tareas que se deben implementar desde otros Sistemas del Estado.

Finalmente indican que la buena ejecución del gasto que asegure resultados está en manos de las entidades antes que en la DGPP del MEF. Hay espacios por recorrer por otros sistemas administrativos del Estado que pueden ayudar en el tránsito hacia una gestión por resultados en el sector público, tales como el CEPLAN, órgano rector del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico, SERVIR, organismo rector del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos, la Secretaría de Gestión Pública, que es el órgano que conduce el proceso de modernización del Estado y competente en materia de funcionamiento y organización del Estado y la Contraloría General de la República, ente rector del Sistema Nacional de Control. Y el avance en los instrumentos de PpR, ha permitido que se inicien diálogos con varias de estas entidades para trabajar coordinadamente en una gestión por resultados.

1.1.12 Cadena de valor público (CVP)

Sotelo (2016), participando en el III Seminario Internacional de Modernización de la Gestión Pública realizado por los funcionarios del Ministerio de Economía y Finanzas MEF, y como resultado en su texto “Vinculando planeamiento estratégico y presupuesto para mejorar resultados de políticas”, donde lo establece y fortalece indicando que la cadena de valor público (CVP); es fundamentalmente un modelo descriptivo, más que un método prescriptivo. Su potencial primordial



radica en posibilitar una expresión simple y rigurosa de lo que es. En tal sentido ayuda más a entender y, en alguna medida, a “descubrir” las políticas y el accionar del sector público, ante la sociedad.

Así mismo indica que el núcleo del modelo lo constituye lo que en algún momento denominamos cadena de producción pública, entonces el sector público puede ser entendido como un conjunto de instituciones dedicadas a generar productos de bienes y servicios que se entregan a la población. Estos productos constituyen la razón de ser de una institución ya que a través de ellos satisfacen las necesidades sociales, contribuyendo de este modo en forma directa al logro de las políticas públicas. Los objetivos de política a su vez, se ordenan en resultados e impactos esperados; ambos cotejables y susceptibles de seguimiento. Para producir los bienes y servicios se requieren cantidades y calidades adecuadas de insumos y, para adquirirlos se necesitan recursos financieros, luego viene los procesos o transformación de insumos en productos de bienes y servicios a nivel de la institución pública lo cual tendrá como resultado e impacto en la sociedad. El detalle se denota en la figura 1.

CADENA DE VALOR PÚBLICO SIMPLIFICADO Y EXTENDIDO

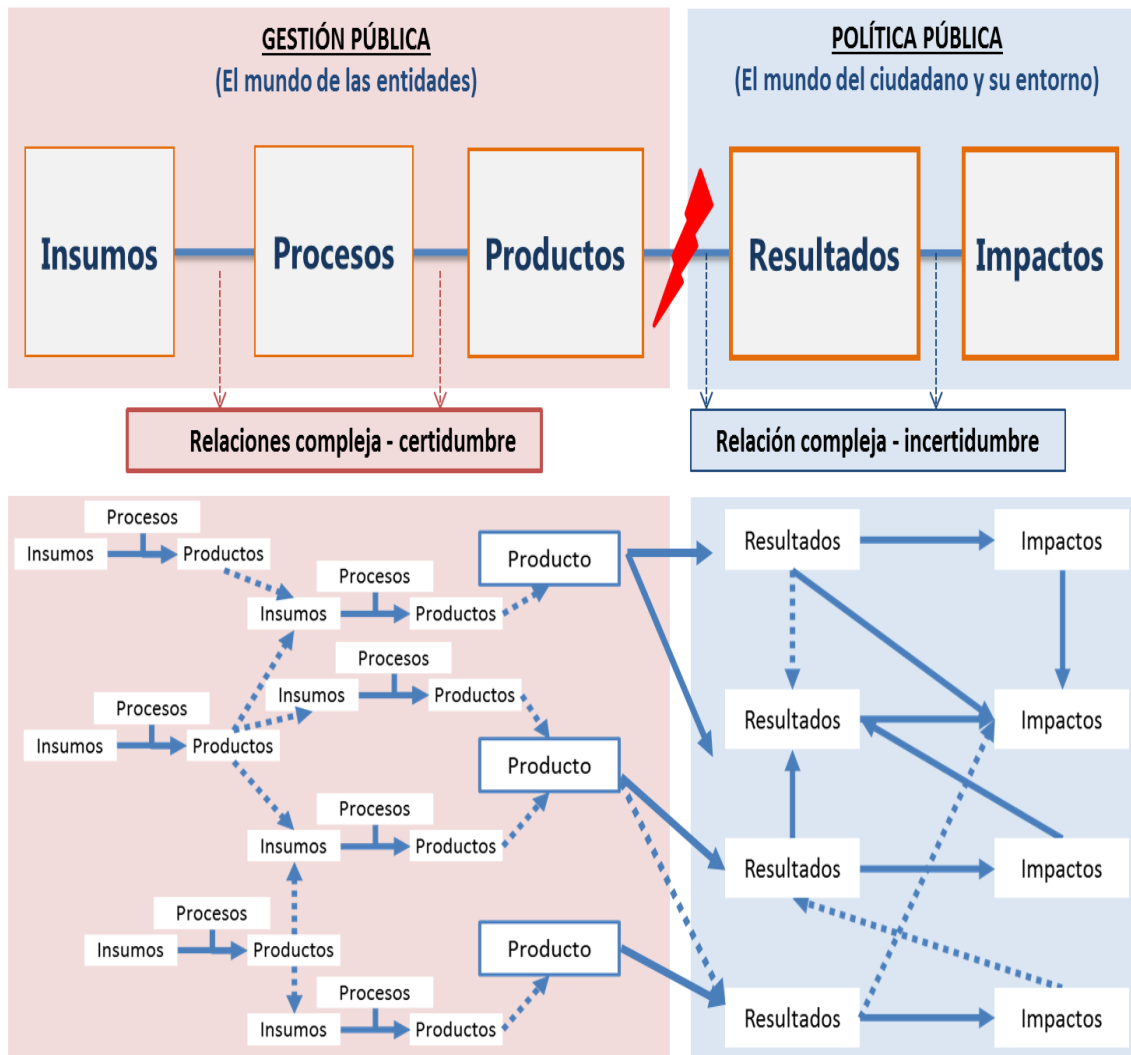


Figura 1. Cadena de valor publico simplificado y extendido

1.1.13 Teoría de la eficiencia y eficacia

La evidencia teórica es mencionada por la Facultad de Administración y Finanzas de Santafé de Bogotá (2000), cuando menciona que el punto de partida para los conceptos de eficiencia y eficacia son las teorías clásica y neoclásica de la administración. La eficacia es una medida del alcance de los resultados; se preocupa por hacer las cosas correctas para atender las necesidades de la empresa y el ambiente que lo rodea. En términos económicos la eficacia de una empresa se refiere a su capacidad de satisfacer una necesidad de la sociedad a través de proveerle productos (bienes o servicios); se concentra en el éxito en cuanto al

alcance de los objetivos y tiene la atención dirigida hacia los aspectos externos de la organización.

Aplicación de los indicadores presupuestarios a que se refiere el artículo 10° de la Directiva N° 007-2008-EF/76.01, es decir los indicadores de eficacia, eficiencia y desempeño, mencionado por el Ministerio de Economía y Finanzas (2008). Utilizando así Rangos de calificación, para la calificación de los resultados obtenidos en los indicadores de eficiencia y eficacia, se utilizan los siguientes rangos:

Tabla 1

Cuadro de rangos de calificación

Porcentaje de calificación	Rangos de calificación
> 90%	Eficiente
85% - 90%	Regular
< 85%	Deficiente

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas. Lima: Perú.

1.1.14 Documentos de Gestión Institucional

Choque (2006), detalla la definición de los principales documentos de gestión que toda entidad pública debe tener presente para realizar una buena gerencia institucional, lo a continuación se detalla:

a) El Plan De Desarrollo Concertado (PDC)

Instrumento de base territorial y de carácter integral, orientador del desarrollo regional o local, y del proceso del Presupuesto Participativo que contiene los acuerdos sobre la visión del desarrollo y objetivos estratégicos de la comunidad, en concordancia con los planes sectoriales y nacionales. Debe ser el resultado de un proceso de naturaleza participativa, concertada y permanente.

b) Plan Estratégico Institucional (PEI)

Instrumento orientador de la gestión o quehacer institucional del gobierno regional o local, formulado desde una perspectiva multianual. Toma en cuenta la visión del desarrollo, los objetivos estratégicos y acciones concertadas en el Plan de Desarrollo Concertado y Presupuesto Participativo, y los lineamientos establecidos en los Planes Estratégicos Sectoriales Multianual (PESEM).

Contiene los objetivos institucionales y las acciones que le corresponde realizar en el marco de sus competencias.

c) Plan operativo Institucional (POI)

Herramienta de planificación institucional de corto plazo, en la que se establecen los objetivos y se programan las metas operativas de cada una de las dependencias de la entidad, según las prioridades institucionales que se establezcan para cada período anual. El Plan Operativo Institucional es un plan de trabajo consolidado que expresa lo que esta va a hacer durante un determinado año. Su objetivo es priorizar, organizar y programar las acciones de corto plazo de todas las dependencias de la entidad teniendo en cuenta las prioridades institucionales que se definan para el año. El POI debe contener como mínimo la siguiente información: prioridades institucionales, objetivos operativos de cada dependencia institucional, la programación de metas operativas, los responsables y el cuadro de necesidades.

1.1.15 El Presupuesto por programas

Al respecto Andía (2016), explica que programa presupuestal se denomina a la categoría que constituye un instrumento del presupuesto por resultados, que es una unidad de programación de las acciones de las entidades públicas, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos, para lograr un resultado específico en la población y así contribuir al logro de un resultado final asociado a un objetivo de política pública.

También refiere que el presupuesto por programas al constituir un instrumento del presupuesto por resultados pone el énfasis en la planificación y en el estudio de las diversas alternativas para alcanzar un mismo objetivo, es más el presupuesto por programas refleja la gestión planificada, mediante la triple clasificación orgánica, económica y funcional.

1.1.16 Mortalidad Materna

Según Bahr Wehrhahn, indica que la razón de mortalidad materna estimada por OMS/OPS para la región a comienzos de los noventa fue de 190/100,000 nacidos vivos, cifra desproporcionadamente alta en relación al 72%, y el aumento, de la

atención profesional del parto, esta situación refleja un problema de calidad y capacidad en la organización de los servicios de salud de la región.

También refiere que la mortalidad materno neonatal es un indicador de desarrollo que genera calidad de vida, en el Perú y Bolivia se consideran como tasas muy altas, según estudios realizados en Bolivia donde los indicadores materno neonatales alcanzaron en control prenatal encontramos de 70% a pero relacionado con una buena organización de los servicios que brindan control prenatal, 77%, puerperio 12% planificación familiar 35%, estos indicadores son similares a nuestro país y distritos de nuestra región, Bolivia designa para el gasto en salud un Producto Bruto Interno de 4,8%, similar a Perú que es el 4% y de esto solo designa solo el 2% esto es relativamente bajo comparando con otros países donde su presupuesto para salud, como es Estados Unidos, asigna el 18% de producto bruto interno, Panamá el 8,1% es así como en nuestro país y distrito de nuestra región se originan graves problemas en la salud materno neonatal, porque no hay una distribución adecuada de presupuestos a nivel de ministerio y también la distribución de recurso humanos y organización a través de procesos de atención de dichos recursos en las diferentes establecimientos de nuestro distrito dentro de otros factores tiene que ver también con la capacitación de este recurso humano, equipamiento e infraestructura que pueda llegar a las regiones y ser distribuidas a nivel de distritos, en aras de vulnerar la inequidades y mejorar los indicadores materno neonatales.

Según Law Lam (1999), los estudios observacionales y epidemiológicos tienden a mostrar que aquellas mujeres, quienes reciben cuidado prenatal, tienen más baja morbilidad y mortalidad y mejores productos de la concepción, sobre las que no tienen control o éste es francamente inadecuado en asesoría y consejería prenatal. Estos estudios también tienden a demostrar una asociación entre el número de visitas y edad gestacional al inicio del cuidado u la terminación del embarazo después de controlar factores de confusión como la duración del embarazo. Debido a esta sugerencia de efectos, los programas de cuidado antenatal han mostrado la tendencia a aumentar el número de visitas, sin considerar el tiempo en el cual las pacientes consultan por primera vez.

1.1.17 El Programa Estratégico de Articulado Nutricional en el Perú

Quevedo (2014), manifiesta que promover la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida y evitar las enfermedades infecciosas es básico pero el principal problema de salud pública en Latinoamérica es la desnutrición crónica en los niños. Las proporciones más altas de desnutridos crónicos están en Ecuador, Bolivia y Perú, en donde a inicios de esta década el 25% de los niños menores de 5 años padecía este problema. Un resultado nada alentador si se tiene en cuenta que la desnutrición en niños menores de 5 años afectará la calidad de vida de estos en su adultez, pues la desnutrición genera problemas de salud (incluso la muerte), puede producir trastornos psicológicos, limita su capacidad de aprendizaje y, por tanto, restringe sus posibilidades de desarrollo profesional e incluso personal. Peor aún si estos niños suelen ser los de menores recursos.

Continúa analizando, que de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), si bien en la década del 90 se logró reducir la desnutrición de 36% a 25%, hasta el 2007, la reducción fue imperceptible (apenas bajó en tres puntos porcentuales) y es el área rural en donde mayor esfuerzo se requiere desplegar pues la desnutrición crónica afectaba en el 2007 al 37% de los niños menores de 5 años. Y si se analiza por su situación económica, más del 40% de la población de menores recursos atravesaba por esta condición, lo que denota que, de no actuar, la pobreza extrema en el país no se podrá combatir. Es, además, la desnutrición asociada a las malas condiciones de vida, producto de la pobreza, lo que engrosa el número de muertes por oleadas de frío en las zonas alto andinas. Por último, indica que, de las 24 regiones del país, solo 7 tenían en el 2007 una tasa de desnutrición infantil menor al 10% (un valor aceptable como meta inicial, aunque lo ideal es no tenerla), mientras que 15 están por encima del 20% (el promedio actual), siendo los casos extremos los de Huánuco y Huancavelica, en donde el 42% y 52% de los niños respectivamente presenta desnutrición crónica. Frente a esto el Programa Estratégico de Articulado Nutricional PAN, plantea reducir la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años. Para ello el Programa se propone alcanzar los siguientes resultados intermedios: a) Reducir la incidencia de bajo peso al nacer, principalmente, a través de la mejora del estado nutricional de la gestante y el control de las infecciones en el primer trimestre de embarazo, b) Reducir la morbilidad por infecciones respiratorias agudas (IRA),

enfermedades diarreicas agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes y c) Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses. Promover la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida y evitar las enfermedades infecciosas.

1.1.18 Programa Estratégico Salud Materno Neonatal

La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que cada año, en el mundo, fallecen 585 000 mujeres debido a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Una de las características cruciales de la muerte materna es el que la mujer corre riesgo de muerte en cada embarazo, y este es un riesgo que la acompaña durante buena parte de su vida. Hay similitud epidemiológica en las hemorragias, infecciones e hipertensión inducida por el embarazo; causas que provocan la mortalidad materna tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La diferencia radica en que en países desarrollados los establecimientos de salud están preparados para dar respuesta oportuna y adecuada a estas emergencias. La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencia la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales. En países subdesarrollados como el nuestro, la mortalidad materna es 100 veces más alta que en los países desarrollados, y esto afecta principalmente a mujeres pobres, y más vulnerables. Ante estas brechas en la calidad de vida materno-neonatal y en los servicios que se brinda, donde se plantea metas a lograr en resultados en la población y metas específicas en cada uno de los servicios públicos, el presupuesto por resultados ha creado el **Programa Estratégico de Salud Materno Neonatal**, al cual inicialmente el Ministerio de Economía y finanzas a asignado el presupuesto total de S/ 370,642,866.00, que representa el 0.45% del total del Presupuesto Público y generándose una brecha presupuestal, lo que refleja la falta de articulación entre la programación y asignación presupuestal. Ante esta situación se hace evidente la necesidad de reducir la inercia presupuestaria y de vincular las asignaciones a incrementos en productos, servicios y resultados; de articular la planificación estratégica con la programación presupuestaria; de desarrollar evaluaciones efectivas que generen

información útil para tomar decisiones; y, finalmente, de lograr que el presupuesto sea una herramienta real de gestión, que incida en la eficacia de la acción y posibilite el cumplimiento de las funciones constitucionales del Estado.

1.1.19 Indicadores de Eficiencia

Pielemeier (1997), explica que tradicionalmente, al igual que se aplica a los programas o proveedores de salud individuales, la eficiencia tiene tres dimensiones (técnica, económica y de asignación) que se relacionan con los servicios de salud que se producen y con el modo en que se producen. Estos conceptos también pueden aplicarse a la medición del desempeño del sistema de la salud.

Para los efectos de una clara presentación, la eficiencia tal como se define a continuación, se presenta sin una mención extensa de la calidad de los servicios de salud que se proveen. Cuando se aplica a los sistemas o proveedores de servicios de salud, en la interpretación del concepto de eficiencia a menudo se incluyen nociones de efectividad del servicio de atención de salud. Asimismo, a menudo se usan indicadores similares para medir la eficiencia y para medir los aspectos del proceso en la evaluación de la calidad de atención. En esta guía se analizan las medidas de la calidad de atención bajo una categoría separada, dado que se necesitan indicadores separados para medir calidad, eficacia o efectividad. Es necesario tomar en cuenta los resultados de los indicadores de eficiencia y calidad cuando se evalúa el desempeño general del sistema de salud. Un proveedor de salud es eficiente desde un punto de vista técnico cuando produce el máximo de servicios (efectivos) físicos (por ejemplo, número de visitas) para un determinado nivel de insumos. La ineficiencia técnica es común en los sistemas de salud públicos y a menudo es el resultado de fallas en la gestión y supervisión.

Un proveedor de salud es eficiente desde el punto de vista económico si usa combinaciones de insumos (por ejemplo, médicos, enfermeras, medicamentos) que le permiten producir un determinado nivel de servicios (efectivos) al menor costo. En el largo plazo, la eficiencia económica también exige a los proveedores que operen a una escala que les permita producir al menor costo unitario posible (aunque en mercados de tamaño reducido tal escala óptima no sea factible). A menudo, se encuentra ineficiencia económica en aquellas situaciones en que los

administradores tienen reducido o ningún control sobre las combinaciones de insumos que utilizan, y donde los establecimientos se construyen para servir a mercados que son demasiado pequeños para soportar una escala de servicios óptima.

También menciona que un proveedor de servicios es eficiente desde el punto de vista de la asignación cuando asigna los recursos a actividades en que éstos tienen el máximo valor (esto es, cuando el nivel de producción de cada servicio producido es tal que el costo social marginal de la última unidad producida es igual a su valor social marginal). El sistema de salud asigna los recursos de manera eficiente si produce una combinación y nivel óptimos de servicios de salud, donde óptimo significa que se obtiene la mayor cantidad de valor en salud para la mayor cantidad de personas por el costo incurrido (se entrega cada servicio hasta el punto donde su costo social marginal es igual a su valor social marginal).

1.1.20 El Presupuesto por Resultados como herramienta de gestión

Ministerio de Economía y Finanzas (2010), explica que la Gestión por Resultados se convierte en una estrategia para mejorar los conceptos de la Nueva Gerencia Pública, la implementación de un Presupuesto por Resultados es una manera efectiva de interpretar y aplicar la estrategia de Gestión por Resultados. A lo largo del tiempo, los países han experimentado con diversas maneras de planificar los ingresos y gastos del sector público, elaborando un Presupuesto Público el cual, por lo general normalmente está definido por ley y contiene, entre otros elementos, las características de las etapas de programación, formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación del Presupuesto, su periodicidad y las competencias de las agencias y poderes del Estado.

Bajo este panorama, desde finales de 2006 el Perú tomó la decisión de implementar un Presupuesto por Resultados bajo un esquema inédito para la Región, pero en línea con los postulados de reforma en la administración pública y algunas experiencias registradas en países desarrollados. Después de algunos intentos de aplicar la gestión por resultados mediante los convenios de gestión, el Congreso de la República avaló los desarrollos e iniciativas que el gobierno intentaba plasmar desde el Ministerio de Economía y Finanzas, definiéndose las bases para el diseño e implementación de un presupuesto por resultados en el Perú.

Siguiendo un enfoque gradual, con el apoyo de la cooperación internacional y bajo el liderazgo de la Dirección Nacional del Presupuesto Público, desde 2007 y bajo la Ley Nro. 28927, se empezaron a diseñar las metodologías correspondientes y a fortalecer los equipos de trabajo.

El Presupuesto por Resultados es importante porque: Coloca al ciudadano como objetivo principal, vincula planificación con presupuesto, permite identificar duplicidades, prioriza lo potencialmente efectivo (reduce la inercia), mejora la focalización (cobertura de brechas de productos), genera una agenda de definición y seguimiento de indicadores, le da el valor de evaluación al gasto público (se esclarece la lógica causal y la forma en que se van a medir las cosas) y señala las prioridades y la articulación de los niveles de gobierno hacia el logro de resultados nacionales.

1.2 Antecedentes

En el contexto del ámbito en el que desarrollamos la investigación, que es a nivel de la Región de Puno, investigaciones relacionadas al tema de salud materno neo natal y salud materno neonatal son pocos; sin embargo, relacionado al ámbito del presupuesto sí existen, lo que a continuación detallamos:

Moreno (2009), cuando analiza el presupuesto por resultados como factor de crecimiento socio-económico y de infraestructura en la Región la Libertad, obtiene como conclusiones: que las distintas Entidades Públicas Regionales y el Gobierno Regional vienen observando la normatividad referida al PpR, donde al término del ejercicio presupuestal 2008, la ejecución presupuestal de ingresos y gastos muestran que las metas programadas dentro de las diferentes actividades y en cada componente se han cumplido de manera aceptable, permitiendo cumplir con los objetivos institucionales y la misión de la misma. Así mismo indica que el Presupuesto por Resultados en el Gobierno Regional de la Libertad ayudó a fortalecer la eficacia y equidad del gasto público, para contribuir a la mejora del desempeño del Estado respecto al bienestar de la población, en particular, de los pobres y excluidos. Y por último el autor concluye que el centro de este esquema presupuestario está el compromiso político de las autoridades gubernamentales y la institucionalización del proceso en todos los niveles de gobierno, lo que conllevará a que el Perú logrará poner en marcha un instrumento innovador, eficaz y eficiente para

optimización del gasto público, que tenga impacto sostenible en el mejoramiento de la calidad de vida y en bienestar de los más pobres del país.

Tanaka (2011), realiza su análisis sobre el presupuesto por resultados cuando esta política de gestión se implementa en el Ministerio de Salud a partir del año 2007, llegando a conclusiones no tanto alentadoras, pero como antecedente es importante tener en cuenta, éstas fueron: Que en el MINSA, se observa una débil articulación del planeamiento con el presupuesto desde una perspectiva de resultados, asimismo, no se cuenta con instancias de coordinación sistemática, lo que dificulta una sinergia natural entre los diferentes instrumentos como los Planes Estratégicos Sectoriales y Territoriales, la Programación Multianual y los Planes Estratégicos Institucionales. La regulación de la ejecución del gasto público, no contribuye a una gestión por resultados, toda vez que se orienta a los procedimientos y cumplimiento de normas y leyes, mas no a resultados tangibles en beneficio de la población con mayores necesidades. Por último, concluye indicando de acuerdo a los datos obtenidos en el trabajo de campo y el análisis de los mismos, se confirma la hipótesis general y las hipótesis específicas planteadas en el trabajo, en el sentido de que cambiar las relaciones significativas mejoró los resultados en el desempeño de los programas. Esto se verifica con el cambio de la asignación presupuestal en el año 2007, para priorizar tanto la salud individual como la colectiva, con una participación superior al 80%. mejorando la eficacia y la eficiencia del gasto público.

Olaguivel (2012), en su estudio sobre diseño eficiencia y eficacia de un modelo econométrico de series de tiempo para recursos directamente recaudados en la UNA-Puno, resalta de que la captación del presupuesto mediante el fuente de financiamiento de Recursos Directamente Recaudados de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno son principalmente de las actividades académicas y han sido demostrado que son eficaces, ya que los indicadores de eficacia muestran que la ejecución y compromisos son buenos y muy buenos dentro del rango de eficacia de 0.90 a 1.00; Si las actividades académicas son las que influyen fundamentalmente en los ingresos de los recursos directamente recaudados, el plan estratégico de la UNA Puno debe priorizar las actividades de formación profesional presencial o virtual fundamentados en un conocimiento de calidad total, actualizada y moderna basado en la investigación para que cada facultad contribuya al proceso productivo de acuerdo a su especialidad. Por último, el mismo autor recomienda si los presupuestos vía los ingresos de los recursos directamente recaudados se destinan mayormente a bienes y servicios de la actividad académica, se debe incentivar

las actividades de investigación y proyección para efectos de la acreditación académica, resultados que deben ser difundidos a nivel de la gestión universitaria.

Acuña *et al.* (2012), los tres funcionarios de la Dirección General del presupuesto sacan una conclusión en la nota sobre los avances recientes en la programación presupuestaria denominado “En camino de un presupuesto por resultados (PpR)”, donde concluyeron en cinco puntos básicos, tales como:

1. La clasificación del presupuesto en base a programas presupuestales facilita la priorización del gasto público, adicionalmente pretende imponer presión sobre las entidades para mejorar el desempeño de su ejecución del gasto. Sin embargo, es necesario que se produzca información sistemática de los programas presupuestales.
2. Los avances recientes que se han producido en la programación presupuestaria, han seguido las recomendaciones de la literatura existente y han sido bien evaluados por expertos internacionales que han tenido la oportunidad de revisarlos.
3. Los avances recientes en la programación estimulan el desarrollo de la capacidad gerencial, permiten asociar los esfuerzos y responsabilidades desde los objetivos más elevados de desarrollo para el país hasta el de los ministerios y entidades. Adicionalmente, la mayor cobertura de los programas presupuestales permite proyectar una gestión pública basada en resultados, en la que el PpR es uno de sus componentes principales, pero no el único. Este avance en cobertura ha permitido poner en perspectiva que los cambios necesarios en modernización de la gestión, estructuras organizacionales, planificación estratégica, medición de resultados y evaluaciones, entre otros, pueden usar como base a los programas presupuestales.
4. Igualmente, para la construcción de un marco fiscal de mediano plazo que haga más predecible y transparente el gasto público, es necesario tener una proyección del gasto, así como de las brechas que están por cerrarse, y el avance de los programas presupuestales es una herramienta que aumenta las posibilidades de construir con éxito este marco.
5. Si bien ha habido avances significativos en el PpR y en la programación presupuestaria, los desafíos son aún numerosos. El riesgo de la falta de apropiación por parte de las entidades no está disuelto todavía, las capacitaciones y las exigencias impartidas por la DGPP no han hecho que se sustituya completamente la manera

tradicional de elaborar el presupuesto, por lo que es necesario que se den avances en otros sistemas administrativos del Estado para caminar hacia una gestión integral por resultados. En la programación presupuestaria falta todavía mejorar la articulación con los gobiernos sub nacionales y asegurar una rutina de recojo de información que asegure su disponibilidad en los momentos de toma de decisiones.

Prieto (2012), en su estudio sobre Influencia de la Gestión del Presupuesto por Resultados en la calidad de gasto en las Municipalidades del Perú (2006 – 2010), explica como resultados, que la manera como mejorar la calidad de vida de la población es mediante la asignación de recursos presupuestales en los programas estratégicos tales como: Mejorar la desnutrición crónica infantil, Mejorar la calidad de la educación básica. Mejorar la dación de servicios a la población. Ya que los programas estratégicos constituyen el instrumento del presupuesto por resultados, pero sin embargo la toma de decisiones con respecto al gasto público no es muy eficiente, ya que generalmente el gasto se centra en los gastos de capital y no en gastos que mejoren las condiciones de vida de la población y además dichos gastos públicos son asumidas por un grupo minoritario de funcionarios públicos que generalmente es el alcalde y el Consejo Municipal.

Y frente a estas realidades el mismo autor plantea lo siguiente: que debe proponerse al Congreso de la República del Perú, que apruebe un proyecto de ley para la aplicación del Presupuesto por Resultados en todas las municipalidades del Perú, que durante la fase de evaluación presupuestal, se recomienda a la Dirección General de Presupuesto Público, emitir una directiva considerando indicadores que reflejan el avance de mejoramiento de los niveles de vida de la población, de manera que el gasto público debe ser evaluado por su impacto social y no por la cantidad de recursos que se gasta y por último indica que para lograr un proceso adecuado de toma de decisiones con respecto al gasto público, recomienda que durante la programación del gasto, deben participar tanto la sociedad civil, El Consejo Municipal y los empleados públicos.

Delgado (2013), en su análisis sobre “Tesis sobre avances y perspectivas en la implementación del presupuesto por resultados en el Perú”, como introducción indica que la implementación del presupuesto por resultados que es un cambio cultural que requiere tiempo, paciencia, persistencia y flexibilidad en su implementación. Los lineamientos comúnmente aceptados de nuevas prácticas aplicadas por la mayoría de países que han implementado este tipo de presupuestos, señalan la importancia del liderazgo

institucional con mandato y visión, la importancia de la amplia participación de los sectores y la participación de otros actores adicionales, particularmente del Congreso.

Así mismo explica que no existen un modelo único de presupuesto basado en resultados, los modelos tienden a adecuarse a realidades específicas; sin embargo, destacan tres instrumentos claves en la orientación del presupuesto a resultados: i) contar con un conjunto de programas, ii) un sistema de seguimiento y evaluación dirigido a mejorar el desempeño y iii) un sistema de incentivos para la gestión. Estos instrumentos pueden orientar las decisiones de asignación de recursos en el proceso presupuestario, contribuir a la planificación nacional sectorial, favorecer la gestión y prestación de servicios públicos y reforzar la rendición de cuentas.

Y como resultados del estudio afirma varias conclusiones, de las cuales lo más importantes detallamos:

Indica que se ha logrado un avance significativo en la reforma presupuestaria en el Perú. Se están consolidando los elementos básicos de un presupuesto por resultados y generando sinergias entre sí. Se han desarrollado alianzas estratégicas y se han implementado acciones con actores claves para propiciar la implementación de la reforma; sin embargo, se requiere profundizar este tipo de relaciones para consolidar la institucionalización de la reforma.

En términos de cobertura se ha logrado un avance significativo en la implementación de los principales instrumentos de la reforma, pero su incidencia para orientar el proceso presupuestario hacia un enfoque por resultados es limitada. Los programas presupuestales, el seguimiento del desempeño, las evaluaciones independientes, presentan deficiencias en su implementación y no cuentan con mecanismos efectivos para utilizar de manera sistemática la información de desempeño en el proceso presupuestario.

Los avances en la implementación del presupuesto por resultados representan un gran desafío para la DGPP para brindar la asistencia técnica correspondiente; en este contexto, se requiere propiciar una mayor apropiación de los instrumentos que impulsan la reforma, por parte de las entidades del gobierno nacional y regional, para generar sinergias que contribuyan a una implementación adecuada.

Coronado (2014), en su estudio de gerencia de servicios de salud factores organizacionales de enfermería condicionantes en el impacto del programa articulado

nutricional sobre desnutrición crónica del presupuesto por resultados de la Red de salud san Román 2011 – 2012, llega a las siguientes conclusiones; primeramente indica que los factores personales de enfermería: edad, genero, tiempo de servicio, nivel de estudios, condición laboral, experiencia en el trabajo con programas de salud, condicionaron en el impacto del programa articulado nutricional disminuyendo el índice de desnutrición crónica de la RED de Salud San Román 2011, existiendo variación con los rangos del 2012. Siendo estadísticamente con relación positiva y negativa muy débil, luego como segunda conclusión también manifiesta que los factores institucionales del personal de enfermería: acceso geográfico, el acceso cultural, la capacitación en CRED, horas de 97 labor, antigüedad en el establecimiento de salud, tiempo de permanencia y tipo de actividad condicionaron en el impacto del programa articulado nutricional sobre desnutrición crónica del Presupuesto por Resultado de la RED de salud San Román 2011, existiendo variaciones para el 2012, se prueba la hipótesis con una relación positiva y negativa muy débil, no existiendo relación con el monitoreo de avances de la estrategia y el número de enfermeras en el establecimiento de salud, y por último concluye indicando que el impacto del programa articulado nutricional sobre desnutrición crónica de la RED de Salud San Román 2011, se encontró que, un 38.54% estuvieron en el rango de 16 a 17.6% de niños desnutridos, y en el año 2012, sólo en el 8.33% en el rango de 16.1 a 17.6% de niños desnutridos. En el 2011, el 17.71% estuvo en el rango de 12.1 a 13% de niños desnutridos crónicos, pasando en el año 2012 al 57.29% que estuvieron en el mismo rango.

Lupa (2014), en su estudio de análisis sobre presupuesto y proyectos de la Universidad Nacional del Altiplano, demostró que en los cinco años de estudio el presupuesto principalmente por el fuente de financiamiento de recursos ordinarios se ha incrementado en un porcentaje bastante alto con una tasa anual promedio de 12 % cuyo origen fue del Ministerio de Economía y Finanzas, dicho incremento significativo fueron destinados para los gastos de bienes corrientes y como también para los gastos de capital de la Universidad, lo que ha sido el medio indispensable para el desarrollo de las actividades académicas, la construcción de la infraestructura de aulas y el equipamiento universitario. Dichos resultados podemos aceptar ya que en los años 2009 y en lo posterior la política del presupuesto por resultados no solamente fue implementado en el sector salud sino también en el sector educación con fuertes incrementos presupuestales de parte del gobierno central.

Asimismo, el autor analiza y llega a la conclusión de que el manejo del indicador de eficacia logra una calificación regular de acuerdo a los rangos establecidos por el Ministerio de Economía y Finanzas, esto es en cuanto a la ejecución del presupuesto respecto al presupuesto institucional modificado (PIM), por cuanto los avances de ejecución presupuestal fueron de 86%, 86%, 87% y 92% en los años de 2010, 2011, 2012 y 2013 respectivamente.

Florián (2015), en su estudio sobre “Relación entre el gasto de salud materno neonatal y la cobertura de los indicadores sanitarios en el distrito de Trujillo 2000 – 2012”, después de haber realizado el análisis sobre presupuesto y cobertura de los indicadores del programa materno neonatal a nivel del distrito de Trujillo llega a las siguientes conclusiones: Los presupuestos maternos neonatales no fueron significativos para mejorar la cobertura de los indicadores mencionados. Según la correlación de Pearson concluye que los que tienen relación con incrementos presupuestales son planificación familiar, atención del puerperio y atención del parto institucional. La organización de los servicios de salud, distribución de recurso humano constituye un proceso clave en el logro de coberturas de los indicadores salud materna neonatal. El indicador de planificación familiar constituye una propuesta que debe influir no solo en mejorar la salud sexual y reproductiva, sino también en el desarrollo económico de las naciones. Y por último considera que los indicadores maternos neonatales son considerados esenciales para disminuir la mortalidad materna.

Laurente (2015), cuando analiza el Presupuesto por Resultados y el desarrollo económico local, Distrito Ongoy, provincia Chincheros, Región Apurímac, 2010-2014, llega a las conclusiones siguientes: Los programas presupuestales incidieron en el sector agricultura en forma fuerte; debido a que el primer y tercer año de análisis se demostró que el Presupuesto por Resultados alcanzó una ejecución del 88% en promedio en los años; siendo los tres años restantes un nivel de logro del 78%; lo cual determina una incidencia fuerte en este sector. Sin embargo, en el sector salud los programas presupuestales incidieron moderadamente ya que los porcentajes de ejecución van desde 42.18% hasta 90.62% de manera progresiva en los cinco años de estudio. En el sector educación el programa presupuestal incidió en forma moderada; debido a que la variación estuvo en el rango del 45% al 75% cuyo promedio del período alcanzó el 60% en los años de estudio, lo cual determina una incidencia moderada. El desempeño y ejecución presupuestal incidió en el sector agricultura de manera fuerte y moderadamente en el sector salud y en

el sector educación de manera moderada, estos resultados porque los porcentajes varían en el sector agricultura de 50% hasta 98%, sector salud de 42% hasta 90% y en el sector educación de 45% hasta 75%. El incentivo a la gestión incidió de manera moderado en los tres sectores de estudio ya que hubo falencias de cumplimiento de metas en el primer, tercero y quinto años de estudio. Y por último indica diciendo de manera general y, en síntesis, que el resultado de la investigación es que el Presupuesto por Resultados incidió moderadamente en el Desarrollo Económico Local en el distrito Ongoy, Provincia Chincheros, Región Apurímac, 2010 – 2014.

Choque (2016), en su estudio de análisis del presupuesto participativo y la efectividad de la gestión de las municipalidades de la Región Puno, periodo 2013-2014 concluye que respecto a la legalidad del Presupuesto Participativo; el nivel de cumplimiento fue de: 27% para Yunguyo, 52% para Azángaro y 51% para Chucuito; sobre la legitimidad de actores involucrados las proporciones fueron: 18%, 24% y 28%; respecto a la ejecución financiera de proyectos de inversión, los porcentajes de ejecución promedio para los años 2013 y 2014 fueron: Yunguyo 74%, Azángaro 77% y Chucuito 55%. Sobre la efectividad de la gestión: Yunguyo 16%; Azángaro: 38%; Chucuito: 36%. Especificando que la implementación de las fases del presupuesto participativo solo ha servido como formalidad para llevar adelante el proceso. En cuanto al marco legal solo se considera como enunciado en la parte considerativa del documento no para su aplicabilidad, la legitimidad de actores involucrados es ilegítimo nada representativo, la ejecución financiera no fue con calidad de gasto y la efectividad de la gestión fue deficiente.

Es más, hace notar que en la ejecución y asignación financiera en los proyectos de inversión priorizados del presupuesto participativo del total de proyectos en los municipios provinciales investigados en la gestión 2013 y 2014. En el caso de la Municipalidad Provincial de Yunguyo fue deficiente a razón de que su ejecución está en un promedio del 28% y 12%. En relación a la gestión municipal de la Provincia de Azángaro de igual forma fue deficiente a razón de que su ejecución se encontró en un promedio de 33% y 42%. En cuanto a la gestión municipal de la Provincia de Chucuito; su ejecución está en un promedio del 29% y 42%; casi similar a los anteriores.

Teniendo estos resultados no tan expectantes de la participación del presupuesto participativo en las municipalidades de la Región de Puno, el autor propone el fortalecimiento de los mecanismos de control y seguimiento del presupuesto participativo

a razón de que este proceso tiene deficiencias en su desarrollo, en virtud de ello determina que los comités de vigilancia son de vital importancia ya que estos deben tener básicamente tres funciones: control, representación y articulación social. Este modelo posibilita la organización interna del Comité de Vigilancia para el cumplimiento de las atribuciones establecidas en el Art. 2°, 3° y 7° de la Ley N° 26300, Ley de los Derechos de Participación y Control Ciudadanos y las responsabilidades, funciones y facultades establecidas en el Art. 111° de la Ley Orgánica de Municipalidades.

Benito (2017), realiza el estudio sobre Presupuesto por Resultados en el Hospital Manuel Núñez Butrón de los años 2013 – 2014, donde analiza el presupuesto programado y lo ejecutado con el siguiente resultado: que el presupuesto de ingresos o mejor dicho recursos directamente recaudados del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón”, siendo el presupuesto de ingresos programado para el período 2013 según el (PIM) fue de S/. 6,342,222.00 nuevos soles, y el presupuesto ejecutado fue de S/. 6,342,222.00 nuevos soles, que representa el 100% y en el período 2014 se tuvo un presupuesto programado según (PIM) de S/. 6,593,208.00 nuevos soles, y el presupuesto ejecutado fue de S/. 6,593,207.00 nuevos soles, que representa el 100% demostrando en ambos períodos capacidad de generación de ingresos que incidiría positivamente en el cumplimiento de metas y objetivos propuestos. Respecto al presupuesto de gastos o mejor dicho recursos ordinarios del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón”, siendo el presupuesto de gastos programados para el período 2013 según el (PIM) fue de S/. 37,792, 836.00 nuevos soles, y el presupuesto ejecutado fue de S/. 32,463, 391.00 nuevos soles, que representa el 85.90% y en el período 2014 se tuvo un presupuesto programado de gastos según (PIM) S/. 36,316,367.00 nuevos soles, y el presupuesto ejecutado de S/. 34,585,113.00 nuevos soles, que representa el 95.23%, demostrando en ambos períodos una deficiente capacidad de gastos que incidió negativamente en el cumplimiento de los objetivos y las metas presupuestales.

Quispe (2017), cuando realiza el estudio sobre influencia del presupuesto por resultados y su incidencia en la gestión del gasto de la municipalidad distrital de Atuncolla, período 2013 – 2014, concluye que la aplicación y la ejecución del presupuesto de parte de la gestión municipal no fue destinado de prioridad para gastos que mejoren las condiciones de vida de la población, lo cual fue demostrado mediante una encuesta a la población de Atuncolla sobre los servicios prestados por la municipalidad en saneamiento, energía, salud, educación y transporte períodos 2013 – 2014, dando resultado que un alto

porcentaje de las familias no cuentan con los servicios básicos, tales como: energía, mejoras en salud, mejoras en transporte y mejoras en educación, y concluye manifestando que la gestión municipal destina recursos presupuestarios en gran porcentaje para gastos de capital (infraestructura pública), lo que enfoca no principalmente para la mejora de los niveles de la calidad de vida de la población; sin embargo, la aplicación del presupuesto por resultados debe estar orientado a resolver los problemas sociales de la población a través de los programas presupuestales que son los instrumentos del presupuesto por resultados.

Hernández (2017), en su trabajo “Presupuesto por resultados y la capacitación del personal en la gestión financiera de la Unidad Ejecutora 001: OGA MININTER, Lima, 2016”, plantea que el presupuesto por resultados y la capacitación del personal influyen en la gestión financiera de la Unidad Ejecutora 001: OGA – Mininter, Lima, 2016, se muestra el resultado del coeficiente Nagelkerke igual a 0,731, el cual se tiene que la variabilidad de la gestión financiera de la Unidad Ejecutora 001: OGA – Mininter, Lima, 2016, se debe al 73.10% del presupuesto por resultados y la capacitación del personal. Y como recomendación sugiere implementar cursos de capacitación dirigido a los profesionales y técnicos en las áreas de presupuesto y en gestión financiera, a fin de fortalecer sus capacidades que les permitan mejorar su desempeño, para coadyuvar a lograr los objetivos y metas de la institución.

Martínez (2018), en su estudio “Evaluación de la ejecución del presupuesto por resultados Unidad Ejecutora 406 Red de Salud Ica 2009-2016” llega a evaluar el manejo del presupuesto en los programas presupuestales más importantes, tales el articulado nutricional y el programa salud materno neonatal, detallando que en el programa de articulado nutricional durante el periodo 2009-2016, se llegaron a ejecutar los recursos financieros sin obtener el 100% de ejecución, donde en el año 2009 se obtuvo el 99.99% (el mayor porcentaje de ejecución durante el periodo) y en el año 2010 el 73.43% (el menor porcentaje), siendo estos porcentajes variables debido a la asignación de presupuesto, transferencias y modificaciones realizadas en el marco de implementar correctamente el presupuesto por resultados y en cuanto al programa presupuestal Materno Neonatal determina que durante el periodo 2009-2016, se llegaron a ejecutar los recursos financieros sin obtener el 100% de ejecución, donde en el año 2009 se obtuvo el 53.46% (el menor porcentaje de ejecución durante el periodo) y en el año 2016 el 99.55% (el mayor porcentaje) siendo estos porcentajes variables debido a la asignación de

presupuesto, transferencias y modificaciones realizadas en el marco de implementar correctamente el presupuesto por resultados.

Quispe (2018), realiza su estudio sobre “Ejecución presupuestal y sus respectivos indicadores del programa articulado nutricional, programa salud materno neonatal y programa nacional de saneamiento rural de la región cusco, 2012-2016”, sus conclusiones más importantes son: que la ejecución presupuestal del programa articulado nutricional, ha tenido un incremento de 64.6%. del año 2012 al año 2016. Sin embargo, la proporción de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad con prevalencia de anemia, también se ha incrementado en el periodo estudiado, de 50.60% a 56.64 %, es decir 6.04 puntos porcentuales. Asimismo, el porcentaje de menores de seis meses con lactancia exclusiva (desnutrición crónica) ha disminuido en el periodo estudiado de 85.5% a 84.87%, es decir ha disminuido 0.3 puntos porcentuales. También la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años (PATRÓN OMS), ha disminuido en el periodo estudiado de 24.28% a 16.70%. Los funcionarios coordinadores del programa articulado nutricional, de Cusco, indican que, en la ejecución presupuestal, presentan dificultades de orden administrativo y de control; y en el logro de indicadores se presenta dificultades de orden administrativo y operativo.

De igual manera concluye que la ejecución presupuestal del programa salud materno neonatal, ha tenido un incremento de presupuesto de 47.98% en el periodo 2012-2016. Sin embargo, la proporción de gestantes que en el último nacimiento recibieron 6 o más controles prenatales ha aumentado de 88.3% a 89.3%, es decir ha aumentado solo 1 punto porcentual. El porcentaje de gestantes procedentes del área rural con parto institucional en el último nacimiento, se ha aumentado de 89.98% a 94.68%, lo que quiere decir que tuvo un aumento de 4.7 puntos porcentuales. Y como conclusión última el autor ha realizado una encuesta estructurada a los funcionarios y coordinadores de articulado nutricional y materno neonatal donde señalan que en la ejecución presupuestal se presentan dificultades en el aspecto de control al igual que en logro de indicadores.

Asencios (2019), en su investigación sobre “El presupuesto por resultados y la calidad de gasto del programa salud materno neonatal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018”, llega a las siguientes conclusiones: Primero.- El presupuesto por resultados se relaciona significativamente con la calidad de gasto del programa de salud materno neonatal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el grado de relación entre las variables

es correlación positiva media ($R = 0.344$) y significancia ($p = 0.000 < 0.05$), lo cual determina que a una mejor gestión del Presupuesto por resultados el impacto será mayor en la calidad del gasto. Segundo. - El presupuesto por resultados en su dimensión eficiencia se relaciona significativamente con la calidad de gasto del programa de salud materno neonatal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el grado de relación entre las variables es correlación positiva media ($R = 0.344$) y significancia ($p = 0.000 < 0.05$), lo cual determina que a una adecuada ejecución presupuestal y gasto de capital el impacto será mayor en la calidad del gasto. Tercero. - El presupuesto por resultados en su dimensión eficacia se relaciona significativamente con la calidad de gasto del programa de salud materno neonatal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el grado de relación entre las variables es correlación positiva media ($R = 0.190$) y significancia ($p = 0.028 < 0.05$), lo que determina que a una adecuada ejecución de metas físicas y financieras será mayor el impacto en la calidad del gasto. Cuarto. - El presupuesto por resultados en su dimensión calidad se relaciona significativamente con la calidad de gasto del programa de salud materno neonatal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el grado de relación entre las variables es correlación positiva media ($R = 0.307$) y significancia ($p = 0.000 < 0.05$), lo cual determina que a una mejor calidad de la salud del programa materno neonatal será mayor el impacto en la calidad del gasto. Quinto. - El presupuesto por resultados en su dimensión economía se relaciona significativamente con la calidad de gasto del programa de salud materno neonatal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el grado de relación entre las variables es correlación positiva 93 media ($R = 0.241$) y significancia ($p = 0.005 < 0.05$), lo cual determina que a una mejor administración de los recursos financieros asignados al presupuesto del programa, será mayor el impacto en la calidad del gasto.

Benavides (2019), en su investigación sobre “Calidad del gasto del programa presupuestal de articulado nutricional en la Red de salud Bagua 2015 – 2018”, después de un análisis y discusión llega a las siguientes conclusiones: Que el gasto en los productos de mayor ejecución presupuestal como: Niños con vacuna completa y Niños con CRED Completo según edad, se ha incrementado desde el año 2015 al 2018 en S/. 2,374,004.11 soles, lo que significa un incremento del 32.47%, que la mayor ejecución del gasto en los productos: Niños con vacuna completa y Niños con CRED Completo según edad, se realizó en el pago de personal lo que en promedio para los años del 2015 al 2018 representa el 90.58%, que el gasto en el recurso humano en los productos: Niños con

vacuna completa y Niños con CRED Completo según edad, no se efectuó adecuadamente dado que se evidenció gasto en personal de vigilancia, limpieza, técnicos informáticos y conductores. Que los indicadores estudiados de los productos: Niños con vacuna completa y Niños con CRED Completo según edad, no se vienen logrando porque no cumple con las metas trazadas, que la calidad del gasto en el PAN no es adecuado por cuanto no se cumple con la contratación del personal de acuerdo al perfil requerido, no se les capacita adecuadamente y los indicadores no se cumplen de manera óptima y por último manifiesta que los fundamentos teóricos que otorgan soporte a la propuesta del modelo para contribuir a mejorar la calidad del gasto del PAN, son la teoría del conocimiento, la teoría de las políticas públicas y el modelo integral de salud.

1.2.1 Marco referencial

1.2.1.1 Conformación Orgánica del Sector Salud

El sector salud no es sinónimo del Ministerio de Salud, porque también lo integran todos los prestadores de servicios de salud, que están subdivididos en dos subsectores: a) público o estatal y b) privado.

Según la estructura del sector salud, se encuentran conformadas por otras instituciones además del Ministerio de Salud, tales como: ESSALUD (Instituto Peruano de Seguridad Social); Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, dependencias de salud de instituciones públicas de otros sectores; las dependencias de salud de organismos de desarrollo Regional o Departamental y de los Gobiernos Locales; las personas naturales y jurídicas del sector no público que proveen servicios de salud en forma individual o asociada, los organismos públicos descentralizados que dependen del Ministerio de Salud: Consejo Nacional de Población, Consejo Nacional de Beneficencias y de Juntas de Participación Social, Comité Nacional de Medicamentos, Insumos y Drogas en el Instituto Peruano para el Desarrollo de la Salud.

Todo el sector salud está sujeto al cumplimiento de la política nacional de salud, dado por el poder ejecutivo que controla y supervisa su aplicación a través del Ministerio de Salud que debe ejercer de esta manera su Rol

Rector sobre los demás integrantes del sistema de salud y por ello dar cumplimiento a los lineamientos de política nacional de salud vigentes.

Actualmente se ha distribuido la complejidad del sector salud en todo el país, conformado por los actuales Direcciones Regionales de salud o Gerencias Regionales de Salud, luego las REDESS de Salud y las Microredes de Salud que estos últimos se encuentran mayormente en todas las provincias de las Regiones del Perú.

1.2.1.2 Información Estratégica y de línea de base de Salud

(Plan de Desarrollo Concertado regional de Puno al 2021, año 2013). El documento menciona que durante los últimos años, las condiciones de salud y saneamiento básico de la población del departamento, viene mostrando resultados positivos, debido a la implementación de un conjunto de programas sociales, orientados a disminuir las tasas de mortalidad infantil y materna, desnutrición crónica y fecundidad general, asimismo, mejorar la calidad de vida de la población y condiciones adecuadas del hogar a través de la disponibilidad de agua y desagüe, para evitar los riesgos de contaminación y la presencia de factores que atenten contra la vida y la salud de la población.

Sin embargo, los indicadores de salud a nivel departamental se mantienen por encima del promedio nacional, lo que indica que existe bajos niveles de vida de la población, a pesar de que en los últimos años se viene implementándose programas de políticas públicas de parte del Estado a favor de la población, como el programa de presupuesto por resultados para los indicadores más resaltantes de la población como la desnutrición crónica y las altas tasas de la mortalidad materna e infantil.

La desnutrición crónica en niños y niñas en menores de 5 años de edad sigue siendo bastante elevados como 21.5 %, repercutiendo en daños físicos y cognitivos irreversibles en el bienestar social y económico de la población, lo que es producto del estado deficiente de los nutrientes y tratamiento de las madres gestantes, en especial de las familias que se encuentran en situación de pobreza.

1.2.1.3 Misión y objetivos estratégicos institucionales de la Región Puno en materia de salud

(Plan Estratégico Institucional 2016-2018 Gobierno Regional Puno, 2015).

En este documento Regional de mediano plazo de Puno se plantea que la misión Regional es de formular, aprobar, ejecutar, evaluar y administrar las políticas regionales de salud, educación, cultura, ciencia y tecnología, programas en materia de población, trabajo y promoción del empleo, vivienda y saneamiento y desarrollo social e igualdad de oportunidades, para garantizar los servicios con calidad y garantía, orientados a lograr los adecuados niveles de vida y la salud y mejorar las condiciones socioeconómicas de la población.

Los objetivos estratégicos institucionales, son importantes porque definen los procedimientos adecuados para alcanzar las metas, constituyen una guía para que la institución obtenga los beneficios, en tal sentido los actores de la institución desempeñan actividades y toman decisiones congruentes con los objetivos y procedimientos escogidos, ya que enfoca la atención de los servidores sobre los objetivos que generan resultados. Por otra parte, ayudan a fijar las prioridades, aprovechando las fortalezas de la institución, como son: la existencia de la información, capacidad operativa, recursos económicos, experiencia de los servidores entre otros.

Los objetivos son los propósitos orientados a lograr cambios en la institución, mediante la consecución de acciones, para alcanzar el cumplimiento de metas que conduzcan a los resultados en el período 2016 – 2018, para lo cual se ha determinado los siguientes objetivos estratégicos institucionales en materia de salud:

- Reducir la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 05 años.
- Disminuir la anemia en niños y niñas de 06 a 36 meses.
- Reducir la mortalidad materna- perinatal.

Para cumplir estos objetivos estratégicos se plantean acciones estratégicas, las mismas que constituyen un conjunto de actividades que permiten el logro de los objetivos estratégicos planteados para el período de mediano plazo, mediante el uso de recursos, establecer unidad de medida y meta física determinada. A nivel estratégico, las acciones constituyen programas o conjunto de acciones para el desarrollo regional, de tal manera en la etapa institucional en la que los planes son desarrollados a nivel operativo.

1.2.1.4 Naturaleza de la Dirección Regional de Salud Puno

De acuerdo al Plan Operativo 2017 de la Dirección Regional de Salud de Puno, la DIRESA es un órgano de línea de la Gerencia De Desarrollo Social del Gobierno Regional de Puno, responsable de conducir las políticas regionales de salud, así como, dirigir, normar y evaluar a los establecimientos de salud del ámbito regional, en concordancia con las políticas nacionales y planes sectoriales, depende administrativa y presupuestalmente del Gobierno Regional (Pliego) y depende técnica y normativamente del Ministerio de Salud. Y así mismo ejerce su jurisdicción como única autoridad de salud en el ámbito del departamento de Puno y sobre todas las personas jurídicas y naturales que prestan servicios de salud a nivel de la población Regional.

1.2.1.5 Organización geográfica y organización estructural de la Dirección Regional de Salud de Puno.

La Dirección Regional de Salud de Puno es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud de Lima, que tiene como jurisdicción sanitaria a toda la Región de Puno con sus 13 provincias, donde están ubicadas las 12 Unidades Ejecutoras y/o REDESS de Salud, los cuales son: Red de salud Puno, Red de salud San Román, Red de salud Melgar, Red de salud Azángaro, Red de Salud Huancané, Red de Salud Chucuito, Red de salud el Collao, Red de salud Macusani, Red de salud Yunguyo, Red de salud Sandía, Red de salud Lampa y el Hospital Manuel Nuñez Butrón de Puno.

1.2.1.6 Estructura Orgánica

La Dirección Regional de salud de Puno tiene la siguiente estructura orgánica:

a) Órgano de Alta Dirección

-Dirección Regional de Salud Puno

b) Órgano de Control

-Oficina de Control Institucional

c) Órganos de Asesoramiento

-Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto

d) Órganos de Apoyo

-Oficina de Ejecutiva de Administración

-Oficina de Ejecutiva de Recursos Humanos

-Oficina de Tecnologías de la Información

e) Órganos de Línea

-Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental

-Dirección Ejecutiva de Epidemiología y Control de Emergencias

-Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud

-Dirección Ejecutiva de Salud a las Personas

-Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas

-Dirección de Laboratorio y Referencias en Salud Pública

f) Órgano Desconcentrado

-11 direcciones de REDESS de Salud, y

-El Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno

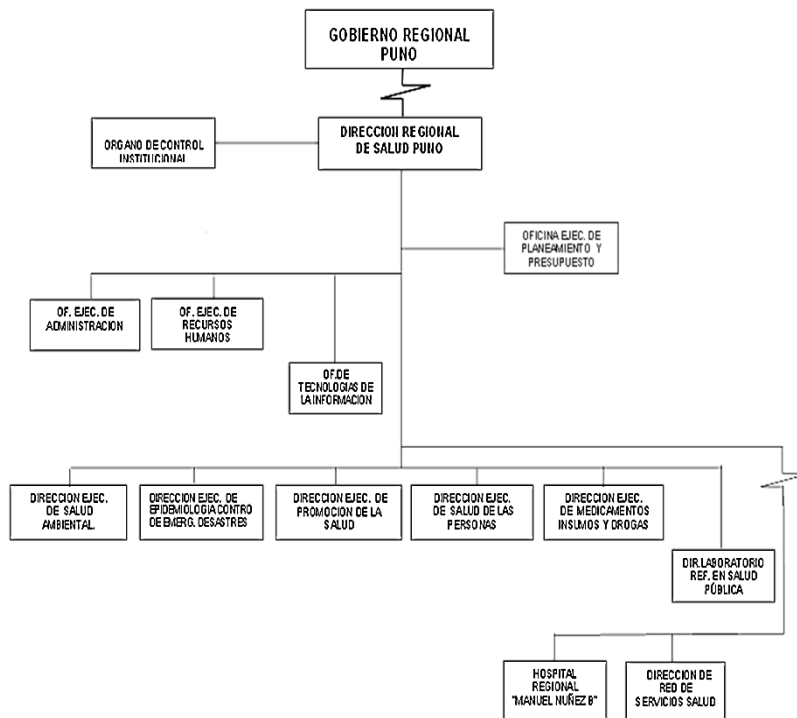


Figura 2. Organigrama estructural de la Dirección Regional de Puno

1.2.1.7 Demanda de Servicios de salud de la Región Puno

Los servicios que brinda la región de salud de Puno, es a una población bastante grande y considerable, donde básicamente se dan a nivel de: promoción, prevención y rehabilitación de la salud, en este caso de acuerdo a nuestro estudio las actividades principales que realiza la DIRESA en los dos programas de salud de articulado nutricional y salud materno neonatal.

La población que atiende la DIRESA en forma anual, está agrupada en grupos etarios, tales como: en niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adulto mayor, dentro de ello están considerados la población de niños y niñas menores de 5 años y así mismo las madres gestantes. La cantidad de la población varía de año en año, en este caso tenemos un ejemplo del año 2017. Ver tabla 2.

Tabla 2

Población estimada INEI año 2017, por Red de Salud, DIRESA Puno.

Cod Red	Red	Total	Niño	Adolescente	Joven	Adulto	Adulto mayo
			0-11	12-17	18-29	30-59	60 – mas
02	Azángaro	110154	31611	15912	21568	31125	9938
06	Chucuito	153139	45505	21584	28069	44863	13118
07	Collao	86724	18914	10747	18722	27620	10721
08	Huancané	143396	35830	18118	32248	45156	12044
09	Lampa	39740	11652	5607	7845	10811	3825
05	Macusani	47758	13312	5879	11312	13769	3486
10	Melgar	156418	45019	20927	32172	44488	13812
01	Puno	253173	61390	32819	60507	77671	20786
11	San Román	346990	57215	30907	83560	133865	41443
03	Sandia	57126	16294	7831	11311	16410	5280
04	Yunguyo	48312	13086	6109	12120	14581	2416
	Total	1442930	349828	176440	319434	460359	136869

Fuente: Plan Operativo del año 2017, DIRESA Puno.

1.2.1.8 Capacidad Operativa Institucional

Los recursos necesarios o disponibles que usualmente intervienen en el proceso de gestión institucional para la prestación de los servicios de salud en el ámbito de la Región de Salud de Puno, constituyen imprescindibles para el funcionamiento óptimo de la entidad, estas son: el recurso humano o el capital humano, recursos financieros, infraestructura, equipamiento, materiales e insumos, etc. con las cuales los establecimientos de salud cumplen sus objetivos y metas.

Para atender las diferentes actividades de salud, principalmente hacia los grupos etarios de niños y madres gestantes, la Dirección Regional de salud cuenta con una capacidad instalada de 463 establecimientos debidamente categorizados de acuerdo a la complejidad de atención, desde el primer nivel de categoría (I-1, I-2, I-3 y I-4); hasta el segundo nivel de categoría (II-1 y II-2); donde se realizan fundamentalmente las actividades de acuerdo a la complejidad y capacidad resolutive, tales como: promoción de la salud, prevención y educación de la salud y recuperación y rehabilitación de la salud. Dichos establecimientos de salud se encuentran ubicados en los 12 Unidades Ejecutoras de la Dirección Regional de salud de Puno. Ver tabla 3.

Tabla 3
Establecimientos de salud por niveles, categoría y por unidad ejecutora de la Región de Salud Puno

EESS POR U.EJECUTORA.	CATEGORÍA	DEL	EESS				Total, general
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	
Red de salud							
Azángaro	12	6	2	7	1		28
Chucuito	27	12	7		1		47
Collao	16	19	7	2	1		45
Huancané	35	14	1	7	1		58
Lampa	7	5	1	3	1		17
Macusani	10	11	3	2	1		27
Melgar	45	10	13	1	1		70
Hospital MNB						1	3
Puno	36	31	11	1			79
San Román	21	13	10	3		1	48
Sandia	13	4	2	4	1		25
Yunguyo	4	3	8		1		16
Total, general	226	128	65	30	9	2	463

Fuente: OEIT. Diresa Puno.

Y como recurso humano en los diferentes establecimientos de salud, se encuentran trabajadores entre nombrados y contratados considerados como potencial humano, quienes son las que ejecutan básicamente las actividades asistenciales y administrativas para el buen funcionamiento de la entidad y cumplir con las metas y objetivos de los programas presupuestales en el marco del lineamiento del presupuesto por resultados. De acuerdo al plan operativo institucional del año 2017 de la DIRESA Puno, tenemos un total de 7,055 trabajadores (721 médicos cirujanos, 243 cirujano dentistas, 729 obstetras, 1552 enfermeras, 73 psicólogos, 113 nutricionistas, 1349 técnicos asistenciales y 2275 otros profesionales de salud y administrativos y técnicos); quienes están ubicados en las 12 Unidades Ejecutoras de salud de la Región.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Identificación del problema

El propósito de la política del Presupuesto por Resultados es de fortalecer la eficacia y equidad del gasto público, para contribuir a las mejora de la gestión Estatal respecto al bienestar de la población, en particular de los pobres y excluidos, su implementación fue para lograr que el proceso de gestión presupuestaria se desarrolle según los principios y métodos del enfoque por resultados contribuyendo a construir un Estado eficaz, capaz de generar mayores niveles de bienestar en la población.

En la Región de Puno existen problemas sociales, tales como la mortalidad materna que está entre 25 a 28 muertes por año, que afecta fuertemente en los niños que quedan sin protección materna, por ser la madre el núcleo básico e importante en el hogar que conforma la familia y así mismo la desnutrición crónica en niños menores de 5 años no baja del 15 % a nivel regional, lo que perjudica en el crecimiento, desarrollo y en el aprendizaje intelectual del niño.

2.2 Enunciados del problema

2.2.1 Enunciado general

¿Por qué la política del presupuesto por resultados implementado en los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal no tiene un impacto significativo en la gestión de la Dirección Regional de Salud de Puno, en el período de 6 años de gestión, 2012 - 2017?

2.2.2 Enunciados específicos

- a) ¿Por qué la mortalidad materna no disminuye de 25 muertes por año y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años sigue siendo más del 15 % anual en la Región de Puno?
- b) ¿Por qué no se logra la eficacia y la eficiencia en el avance de metas físicas y respecto a la ejecución del presupuesto en los programas estratégicos de articulado nutricional y materno neonatal?
- c) ¿Por qué el personal de salud no logra alcanzar el rendimiento laboral en los programas de articulado nutricional y materno neonatal de acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud OMS, donde se establece el rendimiento horas hombre de 4 atenciones de salud por hora?

Y para responder estas preguntas es necesario realizar el trabajo de investigación, que su objetivo es analizar los variables planteadas como: la mortalidad materna y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años mediante sus indicadores de salud, analizar el comportamiento de la eficacia y la eficiencia mediante los indicadores de desempeño en los programas de articulado nutricional y materno neonatal y así mismo analizar el rendimiento laboral del recurso humano de acuerdo a los estándares establecido por la organización mundial de salud OMS.

2.3 Justificación

El presente investigación servirá para solucionar problemas prácticos de gestión institucional, teniendo en consideración que la implementación de la Política del Presupuesto por Resultados a nivel nacional y regional, su propósito y objetivo principal fue de fortalecer la eficacia y equidad del gasto público, para contribuir a las mejora del desempeño del Estado respecto al bienestar de la población, en particular de los pobres y excluidos, su ejecución fue para lograr que el proceso de gestión presupuestaria se desarrolle según los principios y métodos del enfoque por resultados contribuyendo a construir un Estado eficaz, capaz de generar mayores niveles de bienestar en la población de la Región de Puno.

Sin embargo, a nivel de la Regional existen problemas sociales, como la mortalidad materna que afectan fuertemente en los niños que quedan sin protección materna, por ser

la madre el núcleo básico e importante en el hogar que conforma la familia y así mismo la desnutrición crónica en niños menores de 5 años continúa siendo latente que perjudica en el crecimiento, desarrollo y en el aprendizaje intelectual del niño.

La Región de Puno que tiene una población considerable y teniendo problemas en materia de salud es necesario realizar el trabajo de investigación en los programas estratégicos de salud materno neonatal y articulado nutricional en el período de 6 años (2012 – 2017); programas que fueron implementados mediante la política del presupuesto por resultados, con el objetivo de disminuir la mortalidad materna y la desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de 5 años de edad.

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo General

Analizar la política del presupuesto por resultados implementada en los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal en la gestión de la Dirección Regional de Salud de Puno, periodo 2012 - 2017.

2.4.2 Objetivos Específicos

- a) Analizar la mortalidad materna y la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años a nivel de la Región de Puno.
- b) Analizar la eficacia y la eficiencia en el avance de metas físicas y respecto a la ejecución del presupuesto en los programas estratégicos de articulado nutricional y salud materno neonatal.
- c) Analizar el rendimiento laboral del personal de salud en los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal con relación a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud.

2.5 Hipótesis

2.5.1 Hipótesis General

La política del presupuesto por Resultados, no logra su impacto en los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal en la gestión de la Dirección Regional de Salud de Puno.



2.5.2 Hipótesis Específicos

- a) La mortalidad materna y la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años son altos en la Región de Puno en comparación a nivel nacional.
- b) No se logra en forma positiva la eficacia y la eficiencia en el avance de metas físicas y respecto a la ejecución del presupuesto en los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal.
- c) El personal de la salud no logra alcanzar el rendimiento laboral en los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal según planteado por la Organización mundial de la salud.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

Para alcanzar los objetivos y para poder determinar la veracidad de la hipótesis planteado en el presente trabajo de investigación se ha utilizado los métodos: deductivo, inductivo, descriptivo, analítico y como modelo la cadena de valor público. Y como materiales se utilizarán el acervo documental debidamente comprobada y oficializada en la gestión gubernamental a nivel nacional y regional y así mismo la encuesta realizada a mujeres en edad fértil.

3.1 Lugar de estudio

El ámbito del estudio de investigación será a nivel de toda la jurisdicción de la Dirección Regional de salud de Puno con sus 12 REDESS de salud, tales como: Red de salud de Puno, Red de salud San Román, Red de salud Melgar, Red de salud Azángaro, Red de salud Huancané, Red de salud Chucuito, Red de salud El Collao, Red de salud Yunguyo, Red de salud Macusani, Red de salud Sandia, Red de salud Lampa y el Hospital Manuel Núñez Butrón, donde están ubicados los Microredes y los establecimientos de salud de primer nivel (I-1, I-2, I-3 y I-4); y así mismo los de segundo nivel (II-1 y II-2).

3.2 Población

En la población, se dan dos clases de población observable, siendo esta la población técnica y la población estudiada. Nuestra población estudiada fueron el número de mujeres de la Región de Puno en edad de gestación (entre 20-49 años), que son en total de 304,456 distribuidas en los distintas REDESS de Salud de la DIRESA Puno, (dicha información fue extraída de la proyección inferencia para el 2017 INEI-DIRESA PUNO

- OEIT). Siendo esta población nuestro marco o espacio de muestra donde se aplicarán nuestras encuestas.

3.3 Muestra

La muestra fue elegida por los métodos estadísticos más apropiados para este tipo de estudios, siendo esta muestra en lo posible representativa, al reunir las características de la población que son importantes para nuestro estudio, para ello, de forma preliminar se realizó una encuesta piloto para determinar la proporción de acierto.

El método de muestreo elegido fue el muestreo probabilístico al basarse este en el principio de la equiprobabilidad, y así asegurar la representatividad de la muestra extraída.

3.4 Método de la Investigación

Los métodos que se utiliza principalmente son: deductivo, inductivo, descriptivo, analítico y como modelo la cadena del valor público.

3.4.1 Método Deductivo

Cuando nos referimos al método deductivo, estamos hablando de la deducción que va de lo general a lo particular, esto nos conlleva de partir de los datos generales como valederos, para deducir por medio del razonamiento lógico, previamente establecidas como principios generales, para luego aplicarlo a casos individuales y comprobar así su validez. En la investigación se partió de una política del presupuesto por resultados implementado por el Estado a nivel nacional, en los diferentes sectores sociales mediante un marco normativo y oficial, lo que fue particularizado y analizado a un nivel de la región de Puno y a un sector de salud de mayor impacto en la sociedad.

3.4.2 Método Inductivo

Método que nos induce de lo particular a lo general, entonces podemos referir que el estudio realizado debidamente comprobado con la veracidad del caso a nivel de la Región de Puno en materia de la gestión del presupuesto por resultados, puede ser valedero para fines de aplicación e investigación en las diferentes regiones del país, teniendo en cuenta que esta política de gestión es de largo plazo.

3.4.3 Método Descriptivo

Este tipo de investigación busca describir de modo sistemático las características y hechos ocurridos en la implementación del presupuesto por resultados en la Región de Salud de Puno en un período de 6 años de experimento, hasta conocer, determinar y definir lo planteado en los objetivos mediante la descripción exacta, para ello se recurrirá a toda la documentación existente en las oficinas correspondientes, principalmente los fuentes oficiales del Ministerio de Economía y Finanzas y otros documentos de gestión institucional de nivel nacional y regional y así las encuestas realizadas.

3.4.4 Método Analítico

Es aquél que distingue las partes de un todo y procede a la revisión ordenada de cada uno de sus elementos por separado, observando y penetrando en cada una de las partes de un objeto que se considera como unidad. En el presente estudio se analizó en forma detallada y minuciosa el comportamiento de las diferentes variables y los indicadores que participaron en el proceso de la implementación del presupuesto por resultados dentro de un período historial de 6 años de gestión.

3.4.5 Método Utilizado

El método utilizado fue mediante el modelo de Cadena de Valor Público CVP, como instrumento de la política del presupuesto por resultados, llamado también como la cadena de la producción pública, donde el sector público es entendido como un conjunto de instituciones dedicadas a generar productos de bienes y servicios que se entrega a la población. Estos productos constituyen la razón de ser de una institución, a través de ellos satisfacen las necesidades sociales contribuyendo de este modo en forma directa al logro de las políticas públicas dentro de ello el presupuesto por resultados. Los objetivos de política a su vez, se ordenan en resultados e impactos esperados; ambos cotejables y susceptibles de seguimiento. Para producir los bienes y servicios se requieren cantidades y calidades adecuadas de insumos y para adquirirlos se necesitan recursos financieros, luego viene los procesos o la transformación de insumos en productos a nivel institución pública, lo cual tendrá como resultado e impacto en la sociedad. El detalle se denota en la figura 3.

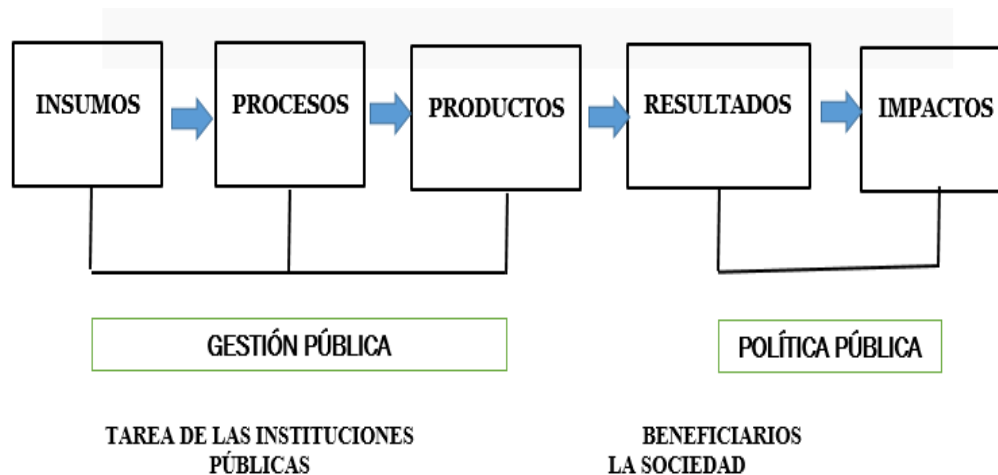


Figura 3. Cadena de valor público (CVP)

Teniendo como modelo el Cadena de Valor Público CVP, para lograr el resultado e impacto en la sociedad, el presupuesto por resultados utiliza la técnica de evaluación por semáforo de políticas públicas con lo que mide los indicadores de desempeño (economía, eficacia y eficiencia).

La Directiva N°002-2016-EF/50.01 “Directiva para los Programas Presupuestales en el marco del Presupuesto por Resultados” El Ministerio de Salud en concordancia con lo establecido en la Directiva en mención establece la evaluación de programas presupuestales como articulado nutricional y salud materno neonatal, donde su objetivo general es de articular de manera eficaz y efectiva las intervenciones de los Programas Presupuestales en Salud de acuerdo a los niveles de gobierno Nacional, Regional y Local, durante las distintas fases del proceso presupuestario, que permitan garantizar la efectividad de los mismos y para medir los indicadores de desempeño establece la utilización de la técnica de Evaluación por Semáforo, detallado en el tabla 4 y la tabla 5.

Tabla 4

Tabla de rangos de calificación, mediante la evaluación por semáforo

Símbolo y color	Rango de límite en %	Calificación
Rojo	< de 85 %	Deficiente
Amarrillo	85 % a 90 %	Regular
Verde	> de 90 %	Eficiente

Fuente: Directiva N°002-2016-EF/50.01

Tabla 5
Rangos de medición del indicador de eficiencia

Rango	Calificación
= 0	Es óptimo, cuando la ejecución del presupuesto es igual a la meta física avanzada en el año.
< 0	Cuando la ejecución del presupuesto es mayor que la meta física avanzada en el año, donde refleja que el costo unitario de la actividad es más caro.
> 0	Cuando la ejecución del presupuesto es menor que la meta física avanzada en el año, minimización del gasto.

Fuente: Directiva N°002-2016-EF/50.01

3.5 Descripción detallada de métodos por objetivos específicos

3.5.1 Técnicas de Investigación

Las técnicas para obtener las variables de la investigación, tales como: tasa de la mortalidad materna, porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica infantil, los indicadores de desempeño y el rendimiento laboral se tiene:

a) Técnica para obtener el primer objetivo específico de la mortalidad materna y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años.

Fórmula para hallar el indicador de la tasa de la mortalidad materna:

$$TMM = \frac{\text{Muertes maternas}}{\text{Nacidos vivos en el año T}} \times 100,000$$

Donde:

TMM = Tasa de la mortalidad materna en un período de año.

Muertes maternas = La cantidad de muertes maternas ocurridas en el año.

Nacidos vivos en el año T = Cantidad de madres que han dado parto a niños vivos en el período del año T.

Fórmula para hallar el porcentaje de la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 de años.

$$\% \text{ DCI} = \frac{\text{No. Niños con DCI}}{\text{No. Niños < de 5 años}} \times 100$$

Donde:

% DCI = Es el indicador expresado en porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica infantil.

No. Niños con DCI = Cantidad de niños menores de 5 años examinados con desnutrición crónica infantil.

No. Niños < de 5 años = Cantidad de niños y niñas menores de 5 años.

b) Técnica para obtener el segundo objetivo específico de eficacia, economía y eficiencia respecto de la actividad de salud con presupuesto asignado al programa presupuestal.

Fórmula para hallar el indicador de eficacia:

$$IEca = \frac{\text{Avance de meta del año (x)}}{\text{Meta programada del año (x)}} \times 100$$

Donde:

IEca. = Indicador de eficacia expresado en % de la actividad (x) en el año (x).

Avance de meta del año (x) = Cantidad ejecutada en el año (x).

Meta programada del año (x) = Cantidad programada para el año (x).

Fórmula para hallar el indicador de economía:

$$IEcon = \frac{\text{Ejecución Pptal, año (x)}}{\text{PIM Aprobado, año (x)}} \times 100$$

Donde:

IEcon = Indicador de economía expresado en % de la actividad (x) del año (x).

Ejecución Pptal. = Ejecución del presupuesto de la actividad (x) en el año (x).

PIM Aprobado = Presupuesto institucional modificado aprobado para el año (x) de la actividad (x).

Fórmula para hallar el indicador de eficiencia:

$$IEcia = \frac{A - B}{A}$$

Donde:

IEcia = Indicador de eficiencia expresado en números naturales.

A = (IEca) Indicador de eficacia.

B = (IEcon) Indicador de economía.

c) Técnica para analizar el tercer objetivo específico del rendimiento laboral del personal profesional de salud.

Fórmula para hallar el rendimiento laboral

$$RL = \frac{\text{Atenciones X día}}{4 \text{ pacientes X hora}}$$

Donde:

RL = Rendimiento Laboral del Profesional de salud.

Atenciones X día = Es la cantidad de atenciones de salud por el profesional de la salud en el día laborable.

4 pacientes X hora = Escala establecida por la Organización Mundial de la Salud OMS.

3.5.2 Materiales de Investigación

Para el presente estudio de investigación se ha obtenido de las diferentes documentos de gestión institucional que se tiene y a los datos estadísticos e informaciones, tales como: Portal de la Transparencia Económica del MEF, textos publicados oficialmente relacionados al tema, trabajos de investigación a nivel de post grado, Plan estratégico concertado de la región, Compendio estadístico de la región, Planes operativos institucionales, Banco de datos de estadística de la región de salud Puno y el documento de Análisis Situacional de Indicadores de Salud ASIS y el resultado de las encuestas.

3.5.3 Variables e Indicadores.

Para la identificación de las variables, así como sus dimensiones e indicadores, se hace necesario diseñar una tabla de operacionalización de variables, donde se aprecia los métodos y técnicas de la investigación.

Operacionalización de Variables

Tabla 6

Cuadro de variables, dimensiones, indicadores, métodos y técnicas

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	MÉTODOS	TÉCNICAS
1.Variable Dependiente				
La Mortalidad materna neonatal en la de Región de Puno.	La gestión del Presupuesto por Resultados en los programas estratégicos de salud, materno neonatal y articulado nutricional de la dirección Regional de salud de Puno en el período, 2012 - 2017.	Tasa de la Mortalidad materna en la de Región de Puno.	Analítico y comparativo	Documental Encuesta
Niños y niñas menores de 5 años con desnutrición crónica en la Región de Puno.		Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición crónica en la Región de Puno.	Analítico y comparativo	Documental Encuesta
2.Variable Independiente				
Ejecución del presupuesto respecto a la asignación del MEF		Indicador de Economía, porcentaje de ejecución del presupuesto respecto a la asignación.	Analítico	Documental
Avance de metas físicas respecto a la programación de actividades de salud.		Indicador de eficacia, porcentaje de avance de metas físicas respecto a la programación de actividades de salud.	Analítico	Documental
Avance de metas físicas de actividades respecto a la ejecución del presupuesto.		Indicador de eficiencia, porcentaje de avance de metas físicas respecto al porcentaje de la ejecución del presupuesto.	Analítico	Documental
Atención de salud por personal profesional a niños menores de 5 años y a madres gestantes.		Rendimiento laboral del personal de salud. según a las normas establecidas.	Analítico	Documental Encuesta

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De acuerdo a la hipótesis planteada en el presente estudio de investigación y mediante sus objetivos específicos analizaremos, la mortalidad materna en la Región de Puno, la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años de la Región de Puno, la eficacia y la eficiencia en el avance de metas físicas respecto a la ejecución del presupuesto en los programas estratégicos de articulado nutricional y salud materno neonatal, en el período de los años 2012 – 2017. Y por último analizaremos el rendimiento laboral del personal de salud en los programas en mención.

4.1 Análisis de la mortalidad materna y la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años a nivel de la Región Puno.

4.1.1 Análisis de la Mortalidad Materna en la Región de Puno.

La mortalidad materna a nivel de la Región de Puno de acuerdo a los datos reflejados en ENDES PERÚ 2017 y el documento de Análisis Situacional de Salud ASIS 2016 de la DIRESA Puno, en el año de 2012 se tuvo 30 muertes maternas, en el año de 2013 disminuye a 25 muertes maternas, luego comienza a incrementarse a 26 muertes maternas en el año 2014 y continúa el incremento hasta 28 muertes maternas en el año 2015, luego nuevamente disminuye en el año 2016 a 25 muertes maternas y por último en el año de 2017 se incrementa a 26 muertes maternas. Si comparamos con el promedio de muertes maternas a nivel nacional, la Región de Puno está con un promedio de más de 10 muertes maternas por año en los diferentes años de estudio, lo cual se demuestra en la tabla 7.

Tabla 7
Promedio de muertes maternas a nivel nacional y a nivel regional de Puno en los años 2012 – 2017.

Años	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Promedio de muerte materna a nivel nacional	18	15	16	17	13	15
Promedio de muerte materna a nivel regional Puno	30	25	26	28	25	26

Fuente: ENDES PERU 2017 y ASÍS 2016 DIRESA PUNO.

El comportamiento de las muertes maternas a nivel nacional y regional podemos ver en la figura 4, donde la curva de la mortalidad materna regional se ubica por encima de la curva de la mortalidad materna de nivel nacional en todos los años de estudio (2012 – 2017), ambas curvas tienen similar comportamiento en los diferentes años, la tendencia a la baja no es tan significativa al futuro.

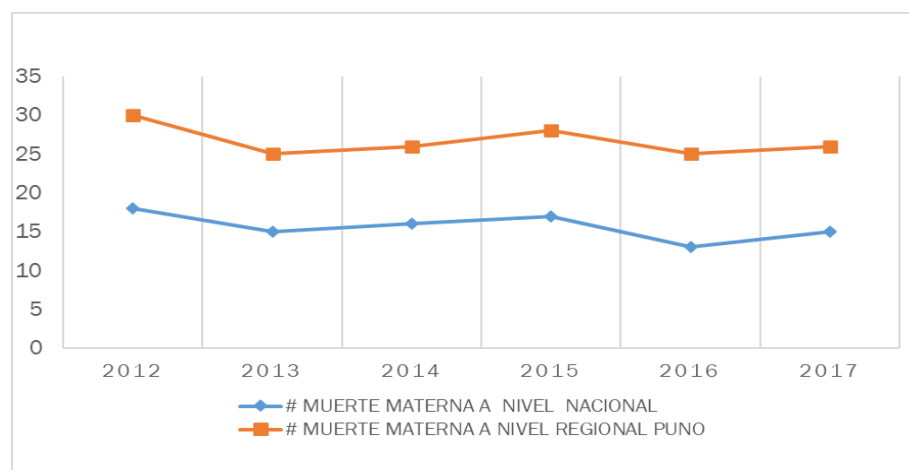


Figura 4. Comportamiento de promedio de las muertes maternas a nivel nacional y a nivel regional de Puno en los años, 2012 – 2017.

Fuente: Elaborado en base a la tabla 7.

4.1.2 Análisis de la Desnutrición Crónica en niños y niñas menores de 5 años en la Región de Puno.

De acuerdo a los datos obtenidos de la oficina de Estadística e informática de la DIRESA Puno, la desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de 5 años en la Región de Puno, continúa siendo elevado en comparación del nivel nacional, su disminución es bastante lento en los 6 años de estudio, por ejemplo, en el año de 2012 la desnutrición crónica infantil fue del 19.5 % y con el correr del tiempo

en el último período del año del 2017 la desnutrición fue del 15.9 %, la disminución en los 6 años fue de 3.6% obviamente menos que a nivel nacional.

Mientras que el porcentaje de la desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de 5 años a nivel nacional su comportamiento fue de la siguiente manera: en el año de 2012 la desnutrición crónica infantil fue del 18.1 % y luego con el correr del tiempo ya en el año de 2017 fue del 12.9 %, la disminución en el período del tiempo de estudio fue de 5.2%. Ver tabla 8.

Tabla 8
Porcentaje de desnutrición crónica infantil en el Perú y en la región de Puno, años 2012 – 2017.

Años	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% DCI Nivel Nacional	18.1	17.5	14.6	14.4	13.1	12.9
% DCI Región Puno	19.5	19.2	17.9	18.3	16.9	15.9

Fuente: ENDES PERU 2017 y OF. Estadística DIRESA PUNO.

El comportamiento de la desnutrición crónica infantil se nota en la figura 5, donde la línea de la desnutrición crónica infantil del nivel regional se ubica por encima de la línea de desnutrición crónica infantil de nivel nacional.

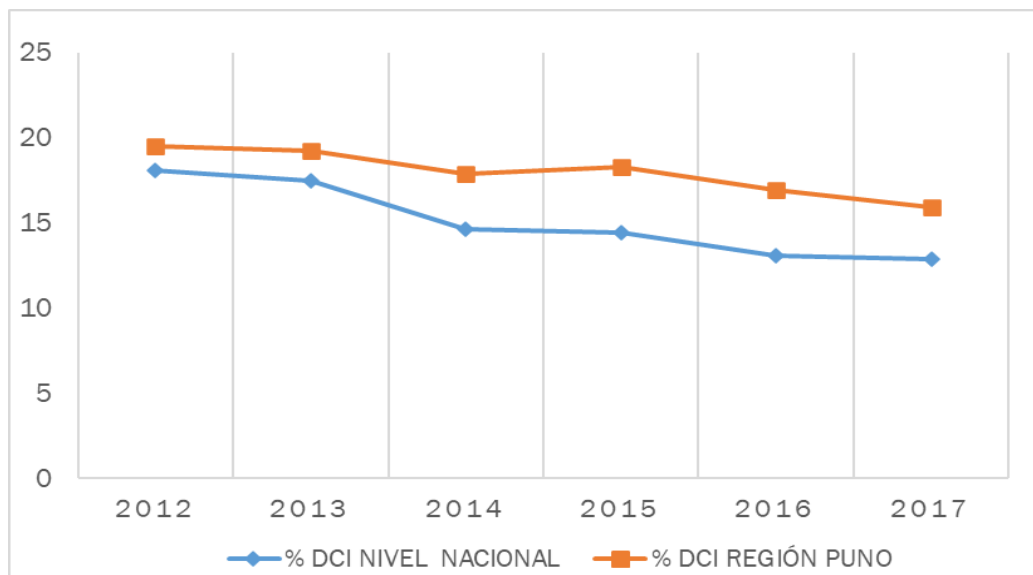


Figura 5. Comportamiento del % de desnutrición crónica a nivel regional y a nivel nacional, años 2012 – 2017.

Fuente: en base a la tabla 8.

4.1.3 Análisis y discusión del objetivo específico a).

Nuestro objetivo específico de la investigación es analizar la mortalidad materna y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la Región de Puno, lo cual a continuación detallamos:

1.- De acuerdo al análisis realizado y planteado la hipótesis se ha demostrado que la cantidad de muertes maternas a nivel de la Región de Puno es mayor que a nivel nacional, en todo el período de los años en estudio 2012 – 2017, la mortalidad materna Regional tiene un promedio de 10 muertes más al año que a nivel nacional y de igual forma el porcentaje de desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años en la Región de Puno también continúa siendo mayor en comparación de nivel nacional, por ejemplo en todo el período de los 6 años en estudio el porcentaje de desnutrición es de 3% mayor. Si analizamos con respecto a la disminución de los indicadores de la mortalidad materna y como también del porcentaje de desnutrición crónica de año en año es bastante lento.

2.- En el documento del Plan Estratégico Institucional 2016 – 2018 del Gobierno Regional de Puno, se establece como objetivo estratégico de disminuir la mortalidad materna tomando como año base el año 2014, donde se tiene 26 muertes maternas, lo cual para el año 2021 debe ser 13 muertes maternas por año (en período de 7 años); de igual manera se establece como objetivo estratégico de disminuir el porcentaje de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, tomando como año base el año 2014 donde se tiene el 17.9 % de desnutridos lo cual en el año 2021 debe ser 12.6 % de desnutridos. Y para lograr estos objetivos estratégicos trazados en la Región se ha implementado mediante la política del presupuesto por resultados los programas presupuestales de articulado nutricional y salud materno neonatal.

3.- La mortalidad materna no tiene indicios de una disminución real por las razones de que el programa de salud materno neonatal implementado para este fin no está conllevándose con una buena gestión por resultados, por ejemplo en el periodo de 6 años (2012 – 2017); ha utilizado un presupuesto promedio de S/ 13,565,949 nuevos soles en forma anual, los cuales han sido para la adquisición de bienes y servicios, equipos y un promedio S/ 6,471,966 nuevos soles fue exclusivamente para la contratación del personal mediante el contrato CAS, sin

embargo, su ejecución no fue con normalidad ya que los primeros meses del año casi o nunca se ha ejecutado el presupuesto según la programación, mayormente las ejecuciones del presupuesto fueron en los últimos meses del año (noviembre y diciembre); esta situación trae consigo que la distribución de los insumos y materiales no fueron distribuidos al programa con normalidad y la calidad del gasto no fue eficiente, el profesional de salud contratado para tal fin no lograron alcanzar el rendimiento laboral establecido por la OMS, es más, el programa en sus 15 actividades principales que realiza no ha logrado obtener el indicador de eficacia y eficiencia en forma eficiente de acuerdo a la evaluación por semáforo, en la mayoría de sus actividades y en todos los años en estudio sus avances fueron menores al 85% que se consideran como rojo (deficiente); y como complemento a esta situación se ha realizado una encuesta en esta investigación a mujeres en edad fértil quienes manifiestan algunas aspectos que corroboran la mala conducción del programa, indican por ejemplo: que en los establecimientos de salud la atención de las actividades de salud no son buenas, el personal de salud no hace el control y seguimiento permanente a los gestantes, los gestantes no quieren tener parto en los establecimientos de salud por desconfianza y mala atención que reciben, aspectos que limitan la mayor concurrencia al establecimiento de salud de parte de la población demandante, factores que se consideran como negativos en la disminución de la mortalidad materna.

4.- La desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años de igual manera no tiene indicios de una disminución real, el programa de articulado nutricional implementado para este fin tampoco viene desempeñándose con una buena gestión por resultados, a pesar de utilizar un presupuesto promedio de S/ 23,520,404 nuevos soles en forma anual en el período de los 6 años, de los cuales ha destinado exclusivamente para el contrato del personal mediante CAS, la suma de un promedio de S/ 12,768,683, su comportamiento y manejo presupuestal es similar que programa de materno sin resultados positivos no hay calidad de gasto ni uniformidad en los diferentes meses del año, tampoco los profesionales de salud han logrado el rendimiento laboral establecido, el manejo de los indicadores de salud como eficacia y eficiencia no fueron eficientes porque el avance de metas físicas casi o nunca sobrepasaron el 85 % de avance. Y como complemento al estudio se ha realizado una encuesta a mujeres en edad fértil, quienes manifestaron

algunos aspectos negativos de la gestión institucional, tales como: que en los establecimientos de salud la atención de actividades de salud no son buenas, que el buen porcentaje de niños vienen consumiendo alimentos chatarra, que las chispitas como alimento complementario distribuido por el MINSA no son aceptados ni consumidos por los niños y así mismo indican que las madres no reciben con frecuencia la educación y promoción sobre el uso y consumo de alimentos por parte del profesional de la salud; factores que se consideran como aspectos negativos en la disminución de la desnutrición crónica infantil.

4.2 Analizar la eficacia y eficiencia en el avance de metas físicas respecto a la ejecución del presupuesto en los programas de articulado nutricional y materno neonatal.

Analizando el segundo objetivo específico planteado en el presente estudio, tenemos que ver en qué medida ha logrado alcanzar la eficacia y la eficiencia los programas de articulado nutricional y el programa salud materno neonatal, para lo cual se tiene analizar mediante la técnica de la evaluación por semáforo a los indicadores de gestión, tales como: el indicador de economía, indicador de eficacia y el indicador de eficiencia.

La técnica de la evaluación por semáforo se utiliza principalmente para los indicadores de economía y eficacia, donde se usará rangos de calificación con sus colores respectivos tales como: cuando el avance es menor del 85 % entonces se marca con el color rojo que significa deficiente, cuando el avance es de 85 % al 90 % es de calificación regular y es de color amarillo y cuando el avance es de mayor de 90 % entonces la calificación es eficiente que lleva el color verde.

4.2.1 Analizar la eficacia y eficiencia en el programa de articulado nutricional

En el contexto de la alta prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, localizada especialmente en regiones rurales y de bajos recursos, el Estado ha establecido lineamientos de política de presupuesto por resultados para contribuir a la reducción de esta problemática. En este sentido se ha implementado el programa de articulado nutricional PAN, el cual se relaciona con el Plan Bicentenario Nacional 2012-2020, el cual tiene como prioridad reducir la desnutrición crónica en el país.

El programa del articulado nutricional para lograr sus objetivos realiza diferentes actividades, tales como: Municipios saludables, comunidades saludables, instituciones saludables, familias saludables, niños con vacuna completa, niños con CRED completo, niños con suplemento de hierro y vitamina A, control de calidad nutricional, vigilancia de la calidad de agua, atención de infecciones respiratorias agudas, atención de enfermedades diarreicas agudas, gestantes con suplemento de hierro y ácido fólico, atención de niños y niñas con parasitosis intestinal y monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa de articulado nutricional, de los cuales analizaremos sus indicadores de desempeño mediante la técnica de la evaluación por semáforo.

4.2.1.1 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de municipios saludables.

La actividad de municipios saludables, su finalidad es lograr un municipio capacitado para promover el cuidado infantil mediante el Comité multisectorial capacitado para promover el cuidado de la infancia, su accionar es netamente a nivel de la promoción de la salud relacionado a capacitación y vigilancia comunal.

Realizando el análisis del indicador de economía en esta actividad de municipios saludables en los 06 años de estudio, su comportamiento fue de rango de calificación eficiente de color verde por cuanto la ejecución del presupuesto en todos los años ha sobrepasado el 90% de avance, lo que quiere decir que el presupuesto asignado para este fin fue ejecutado en forma óptima y satisfactoria.

En cuanto al indicador de eficacia, en la actividad de municipios saludables existe una variación en los diferentes años de estudio (el avance de metas físicas respecto a su programación anual); por ejemplo en el 2012 el porcentaje de avance es del 94.94% logrando el rango de calificación de eficiente de color verde, mientras que en el año 2013 el porcentaje de avance fue de 89.13 % su rango de calificación es regular de color amarillo y en los años 2014, 2015, 2016 y 2017 el avance de metas físicas no han logrado alcanzar el 85 %, considerándose sus rangos de calificación deficiente de color rojo.

Por último, analizamos el indicador de eficiencia en la actividad de municipios saludables, teniendo en consideración de que este indicador mide el porcentaje de la ejecución del presupuesto respecto al porcentaje de avance de metas en cada período anual. En el año 2012 este indicador logra acercarse a cero en forma positiva con 0.02, lo que significa que el gasto realizado va a la par con las metas físicas logradas, allí podemos decir que el uso del presupuesto fue en forma racional y óptima respecto a la realización de las actividades, sin embargo en el resto de los años el indicador de eficiencia refleja datos menores de cero (< 0); con signo negativo y se alejan del cero, lo que significa que el uso del presupuesto no es óptima, más es el gasto realizado que la meta física lograda. Ver tabla 9.

Tabla 9

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en municipios saludables, años 2012 - 2017

Años	Ind. Economía. (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	93.30	94.94	0.02
2013	98.50	89.13	-0.11
2014	99.60	70.23	-0.42
2015	100.00	58.09	-0.72
2016	95.50	71.71	-0.33
2017	96.40	74.28	-0.30

Fuente: En base al portal de transparencia económica – MEF.

Cuando vemos el comportamiento del indicador de economía y el indicador de eficacia según la figura 6, en los diferentes años de estudio, las líneas del indicador se acercan en el año de 2012 y en el resto de los años cada vez más se alejan las brechas entre ambas líneas de indicadores, lo cual no es recomendable, en consecuencia, el uso del presupuesto respecto a la actividad realizada no es eficiente.

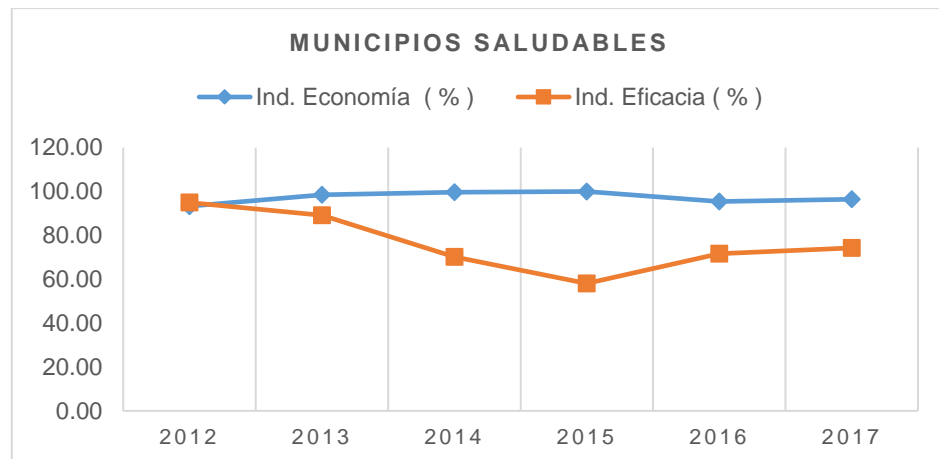


Figura 6. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en la actividad de municipios saludables, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 9.

4.2.1.2 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de comunidades saludables.

Esta actividad del programa articulado nutricional, su finalidad es a nivel de promoción y educación para formar Juntas vecinales, juntas comunales y agentes capacitados para promover el cuidado infantil y del niño.

En la actividad de comunidades saludables se nota que los indicadores de desempeño no han sido satisfactorios, si analizamos el indicador de economía es lo único que ha logrado alcanzar más del 90% de avance en la ejecución del presupuesto en los diferentes años de estudio, considerándose con rangos de calificación eficiente de color verde, sin embargo cuando realizamos el análisis del indicador de eficacia en ningún año ha logrado su propósito, sus indicadores fueron con rangos de calificación deficiente de color rojo (el porcentaje de avance de metas físicas no lograron sobrepasar el 85 %).

Y en cuanto al indicador de eficiencia podemos manifestar que por lógica no ha logrado ser eficiente, siendo este indicador que depende del comportamiento de los indicadores de economía y el indicador de eficacia, viendo así en números naturales en ninguno de los años el indicador se acerca al cero, más al contrario se alejan del cero y con el signo negativo,

lo que significa que en esta actividad fue más el gasto ejecutado que la actividad realizada. Ver tabla 10.

Tabla 10
Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en las comunidades saludables, años 2012 - 2017.

Años	Ind. Economía. (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	96.30	59.46	-0.62
2013	96.00	76.61	-0.25
2014	99.30	56.48	-0.76
2015	96.80	76.00	-0.27
2016	100.00	27.62	-2.62
2017	93.50	63.10	-0.48

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

En la figura 7, se aprecia claramente el comportamiento del indicador de economía y el indicador de eficacia, las líneas de ambos indicadores se distancian en los diferentes años de estudio, no hay indicios de acercamiento de los indicadores, lo que significa que la actividad no está bien conllevada.

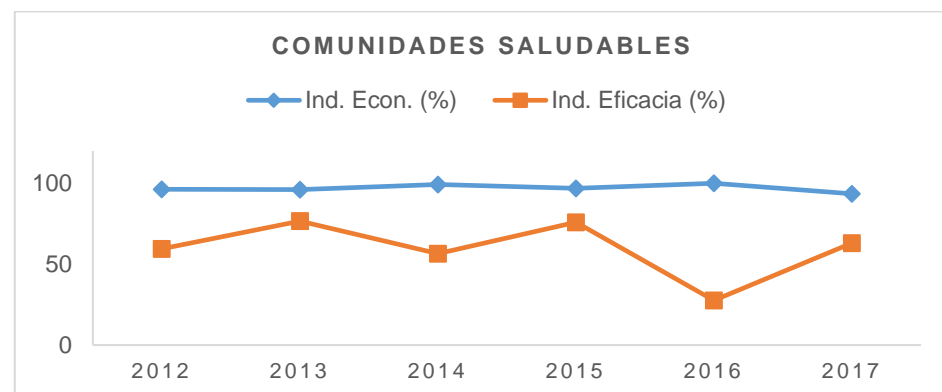


Figura 7. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en la actividad de comunidades saludables, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 10.

4.2.1.3 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de instituciones saludables.

Esta actividad se realiza a nivel de promoción de la salud, mediante el personal de salud en las instituciones educativas con prácticas saludables para reducir la desnutrición crónica infantil, con docentes de instituciones educativas capacitados en prácticas saludables y con asociación de padres

de familia (APAFAS) que promueven y desarrollan prácticas y entornos saludables en alimentación y nutrición saludable.

El análisis de los indicadores de desempeño se realiza en el período de 06 años de implementación del presupuesto por resultados, donde fueron asignados los presupuestos y como también se han realizado las actividades de promoción en las instituciones saludables, con el resultado siguiente: en cuanto al indicador de economía se nota que el porcentaje de ejecución del presupuesto fue bastante elevada muy cerca al 100 % en los diferentes años de estudio, logrando el rango de calificación eficiente de color verde. Sin embargo, el indicador de eficacia en los diferentes años de estudio fue deficiente de color rojo (< de 85 % de avance de meta física); con excepción del año 2014 donde logra alcanzar al rango de calificación de eficiente de color verde (93.92 % de avance de meta física).

El indicador de eficiencia tuvo un resultado de signo negativo en todos los años de estudio, salvo en el año de 2014 que lleva el signo positivo y cercano al cero, lo que significa que en esta actividad más se ha realizado el gasto presupuestal que el avance de metas físicas. Ver tabla 11.

Tabla 11

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en las instituciones saludables, años 2012 – 2017

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	99.0	76.94	-0.29
2013	98.5	84.08	-0.17
2014	99.3	93.92	0.47
2015	98.5	81.31	-0.21
2016	99.9	83.01	-0.20
2017	99.8	65.69	-0.52

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

El comportamiento de los indicadores de economía y eficacia se nota en la figura 8, donde las líneas del indicador de economía y las líneas del indicador de eficacia se diferencian entre sí, no hay un acercamiento entre ambas líneas de la actividad.

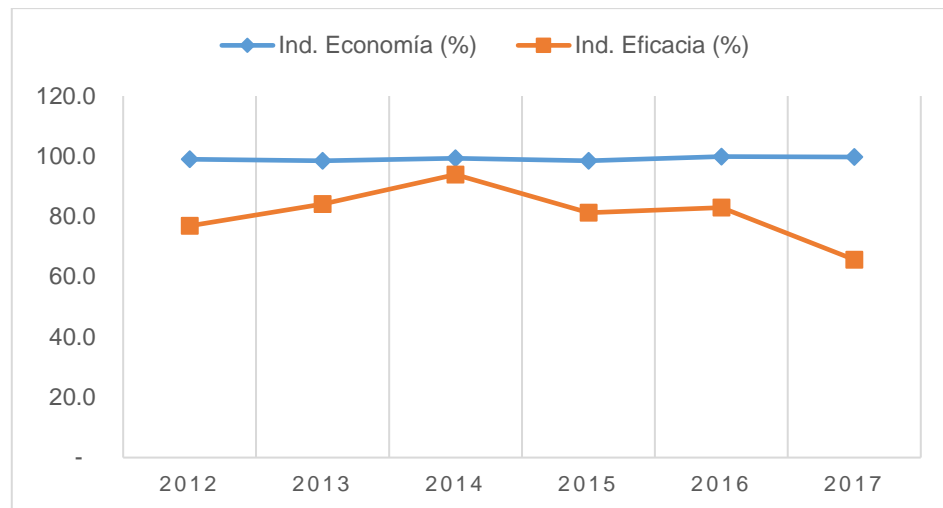


Figura 8. Comportamiento de los indicadores de: economía y eficacia de las instituciones saludables, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 11.

4.2.1.4 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de familias saludables

En esta actividad el personal de salud realiza su participación con las familias que tienen niños menores de 36 meses, las cuales han recibido consejería en el hogar, sesiones educativas, demostrativas y sesiones de grupo de apoyo, para promover prácticas de comportamientos saludables como, hábitos, conductas y entornos saludables del cuidado infantil, en temas como: brindar cuidados adecuados al recién nacido, promover la lactancia materna exclusiva, brindar alimentación complementaria a partir de los 6 meses a las niñas y los niños, mientras se continua con la lactancia materna hasta los 24 meses a más, brindar suplemento de hierro o micronutrientes a niñas/niños de 6 a 35 meses de edad, lavado de manos, consumir agua segura.

El indicador de economía en esta actividad de familias saludables, en todos los años el porcentaje de ejecución presupuestal logra prácticamente el 100%, considerándose así con el rango de calificación eficiente de color verde, sin embargo, el indicador de eficacia no logra alcanzar al 85% de avance de meta física en los diferentes años, considerándose en el rango de calificación deficiente de color rojo. Y por último se analiza que el indicador de eficiencia tiene signo negativo y muy lejano al cero en los diferentes años de estudio, en conclusión, en esta actividad los gastos

presupuestales fueron bastante elevados, sin embargo, las familias poco o nada han sido capacitadas y educadas de parte del trabajador de salud como para ser consideradas como familias saludables. Ver tabla 12.

Tabla 12

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en la actividad de familias saludables, años 2012 - 2017

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	99.8	67.96	-0.47
2013	99.2	60.38	-0.64
2014	99.1	76.76	-0.29
2015	99.5	50.95	-0.95
2016	99.7	46.38	-1.15
2017	98.7	67.28	-0.47

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

El comportamiento de los indicadores de eficacia y economía se precisan en la figura 9, donde la línea del indicador de economía y la línea del indicador de eficacia nunca son similares en los diferentes años de estudio, además la línea del indicador de economía siempre está ubicada más arriba de la línea del indicador de eficacia.

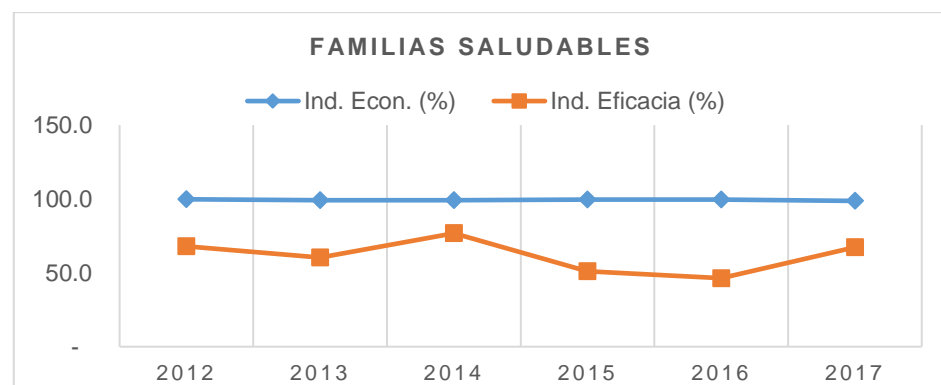


Figura 9. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en las familias saludables, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 12.

4.2.1.5 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de niños con vacuna completa.

Cuando hablamos de vacuna completa, es aquel niño o niña que de acuerdo a su edad ha recibido las vacunas, a través del proceso de inmunización: Recién nacido, Niños menores de 1 año Niños de 1 año Niños de 2 años Niños de 3 años y Niños de 4 años. El proceso de inmunización implica un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el

profesional de enfermería con el objetivo de asegurar de manera adecuada y oportuna la vacunación.

En esta actividad, la ejecución del presupuesto tuvo avance porcentual de más del 90% en los diferentes años, lo que significa que el indicador de economía tuvo el rango de calificación eficiente de color verde, con excepción del año 2013 donde el rango de calificación del indicador de economía fue deficiente de color rojo (83.1% de ejecución presupuestal); mientras que el indicador de eficacia tuvo un comportamiento bastante baja en los años, 2013 - 2017, no logrando alcanzar el avance de metas físicas más del 85% y por ende se consideran con rango de calificación deficiente de color rojo, y muy excepcionalmente en el año de 2012 el avance de metas físicas logró alcanzar el porcentaje de 127.51%.

El indicador de eficiencia en esta actividad de vacuna completa, en el año 2012 fue positivo, lo que significa que hubo menor gasto presupuestal y mayor cantidad de actividades realizadas, luego en el resto de los años (2013-2017); el resultado del indicador de eficiencia tuvo signos negativos, significa que no hubo optimización de la producción en esta actividad. Se denota en la tabla 13.

Tabla 13

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en niños con vacuna completa, años 2012 - 2017.

Años	Ind. Economía. (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	97.5	127.51	0.24
2013	83.1	77.89	-0.07
2014	98.9	70.91	-0.39
2015	98.1	76.33	-0.29
2016	99.2	79.02	-0.26
2017	98.8	83.51	-0.18

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

El comportamiento de los indicadores de economía y eficacia existen diferenciación entre sí, a principio en el año 2012 la línea del indicador de eficacia se sobrepone a las líneas del indicador de economía, y posteriormente en el resto de los años la línea del indicador de economía se ubica por encima de la línea del indicador de eficacia. Ver la figura 10.

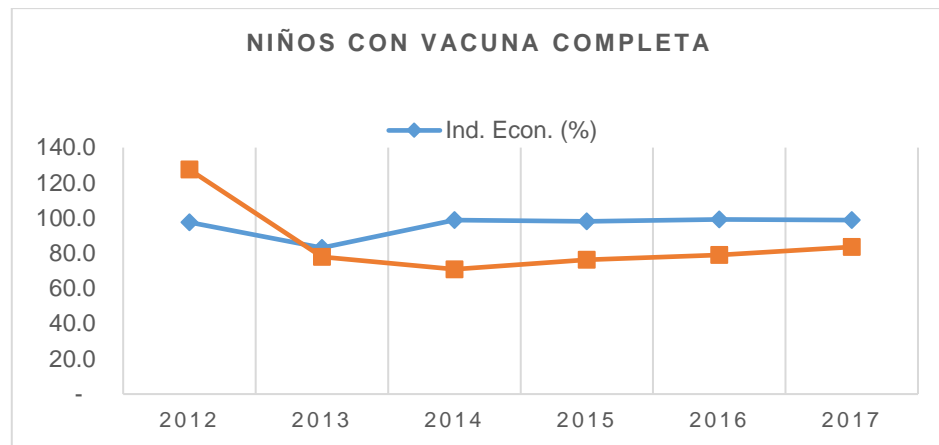


Figura 10. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en niños con vacuna completa, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 13.

4.2.1.6 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de control de crecimiento y desarrollo del niño CRED.

La actividad de control de crecimiento y desarrollo del niño CRED, es el conjunto de acciones periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería o médico como son: Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno para el crecimiento y desarrollo del niño, Examen Físico, Detección de enfermedades prevalentes u otras alteraciones físicas.

En esta actividad de niños con control de crecimiento y desarrollo completo, el comportamiento de los indicadores de economía y como también el indicador de eficacia fueron bastante diferenciados, lo cual afectan en forma negativa al indicador de eficiencia. Mientras que el indicador de economía que tuvo por más del 90% con rango de calificación eficiente de color verde, el indicador de eficacia no logró alcanzar al 85% en los diferentes años de estudio y teniendo el rango de calificación deficiente de color rojo, lo cual ha afectado al comportamiento del indicador de eficiencia que tuvo un resultado de signo negativo y muy distanciado al cero. Como conclusión podemos afirmar que en esta actividad el presupuesto no fue óptimamente utilizado, más hubo gasto del presupuesto que el avance de metas físicas. Ver tabla 14.

Tabla 14

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en niños con CRED Completa, años 2012 - 2017.

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	96.5	71.97	-0.34
2013	90.9	73.61	-0.23
2014	94.8	64.33	-0.47
2015	96.3	61.61	-0.56
2016	98.9	60.25	-0.64
2017	98.5	70.36	-0.40

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

En la figura 11, Se nota el comportamiento de las líneas del indicador de eficacia y economía, donde hay un sesgo bastante diferenciado entre ambas líneas de indicadores, la línea del indicador de economía siempre está por encima de la línea del indicador de eficacia, lo que indica que hubo mayor gasto ejecutado que el avance de metas físicas.

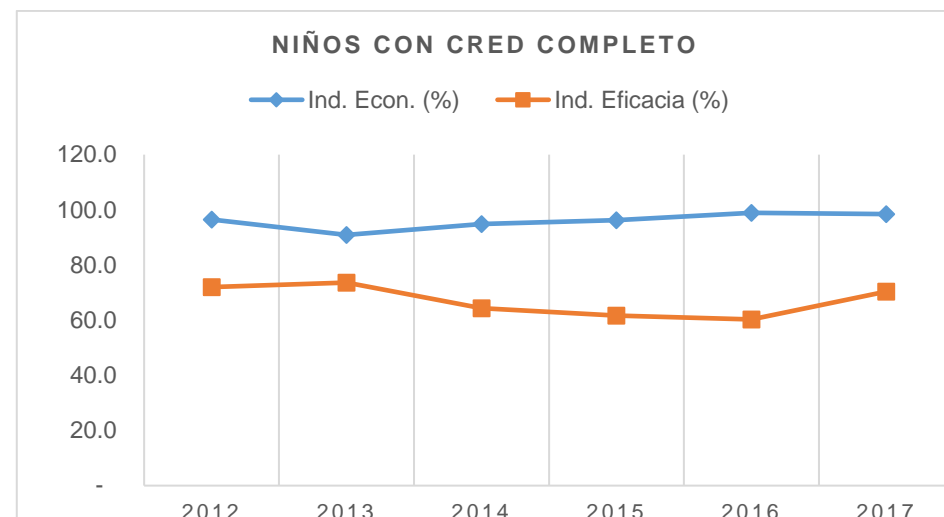


Figura 11. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en niños con CRED completo, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 14.

4.2.1.7 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de niños con suplemento de hierro y vitamina A.

En esta actividad se considera como el niño menor de 01 año con suplemento de vitamina “A”, al aquel niño o niña de 06 a 11 meses que ha recibido suplemento de vitamina “A” según esquema vigente. La intervención consiste en la administración de 01 dosis de 100,000 UI de

vitamina “A” a niños de 06 a 11 meses, implica 01 atención como parte del control de crecimiento y desarrollo del niño. Esta actividad es de mucha importancia donde los niños reciben suplementación de hierro y la vitamina A, que de eso depende directamente la buena nutrición o mala nutrición del niño.

En esta actividad no hubo logros como se esperaba, empezando de la ejecución del presupuesto que no alcanzó en ningún caso el porcentaje de 90%, lo que indica que el indicador de economía tuvo rangos de calificación regular de color amarillo y deficiente de color rojo, igualmente el indicador de eficacia tuvo rangos de calificación deficiente de color rojo porque sus avances de metas físicas fueron menores del 85% en todos los años de estudio.

Como el indicador de eficiencia depende del comportamiento de los indicadores de economía y eficacia, prácticamente este indicador no ha logrado ser eficiente, sus datos son de signo negativo y distanciado al cero en todos los años de estudio, como resultado, que nunca hubo un esfuerzo alguno de parte de los responsables del programa para conllevar mejor esta actividad nutricional para disminuir la desnutrición crónica. Ver tabla15.

Tabla 15

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en niños con suplemento de hierro y vitamina a, años 2012 - 2017

Años	Ind. Economía. (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	89.6	40.48	-1.21
2013	80.5	57.17	-0.41
2014	87.7	33.52	-1.62
2015	89.5	66.62	-0.34
2016	56.6	47.13	-0.20
2017	85.3	76.66	-0.11

Fuente: En base al portal de transparencia económica- MEF.

El comportamiento de las líneas de los indicadores de economía y eficacia se observan en la figura 12, donde no hay un indicio de acercamiento entre ambas líneas, además que la línea del indicador de economía siempre se ubica por encima de la línea del indicador de eficacia.

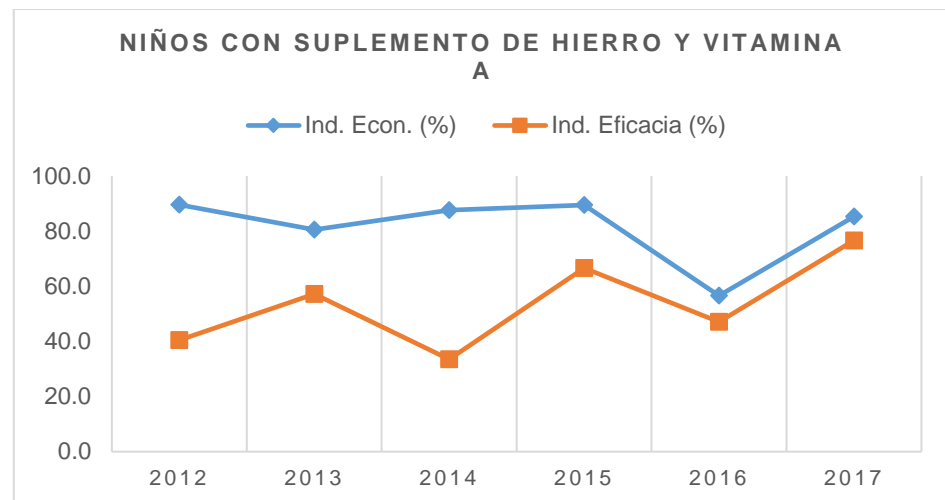


Figura 12. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en niños con suplemento de hierro y vitamina a, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 15.

4.2.1.8 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de control de calidad nutricional.

El control de la calidad nutricional es el conjunto de actividades desarrolladas en los servicios alimentarios de cuidado diurno (Programa Cuna Más) y/o asistencia alimentaria (PVL) de los programas sociales en los que se preparan, almacenan y/o distribuyen alimentos, dirigidos a niñas y niños menores de 60 meses, mujeres gestantes y mujeres que dan de lactar a fin de identificar los factores o puntos críticos de riesgo durante el proceso, de manera que se contribuya a mejorar su estado nutricional en el marco del programa presupuestal de articulado nutricional.

Analizando el comportamiento de esta actividad del control nutricional vemos que en cuanto al manejo del presupuesto respecto a su ejecución sobrepasa el 90 % de avance porcentual en todos los años de estudio, logrando el rango de calificación de eficiente de color verde. Sin embargo, en el avance de metas físicas esta actividad nunca logró ser eficiente, en los 5 años de estudio sus resultados fueron de rango de calificación regular y deficiente de color amarillo y rojo, a excepción del año de 2016 donde obtiene el 94.66 % de avance de meta física con rango de calificación eficiente de color verde.

En cuanto al análisis del indicador de eficiencia se nota que en todos los años lleva el signo negativo y distanciado al cero, salvo en el año 2016 el indicador se aproxima al cero, de manera que siempre se viene realizando mayores gastos presupuestales que el avance de metas físicas de la actividad. Ver tabla 16.

Tabla 16

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en control de calidad nutricional, años 2012 - 2017

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	99.90	51.01	-0.96
2013	99.80	74.45	-0.34
2014	98.95	82.72	-0.20
2015	96.50	84.86	-0.14
2016	99.12	94.66	-0.05
2017	99.13	86.17	-0.15

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

El comportamiento de las líneas de los indicadores de economía y del indicador de eficacia se observa que guardan cierta distancia entre sí, en ningún de los casos la línea del indicador de eficacia es superior a la línea del indicador de economía, con excepción del año de 2016 donde ambas líneas de los indicadores se igualan. Ver figura 13.

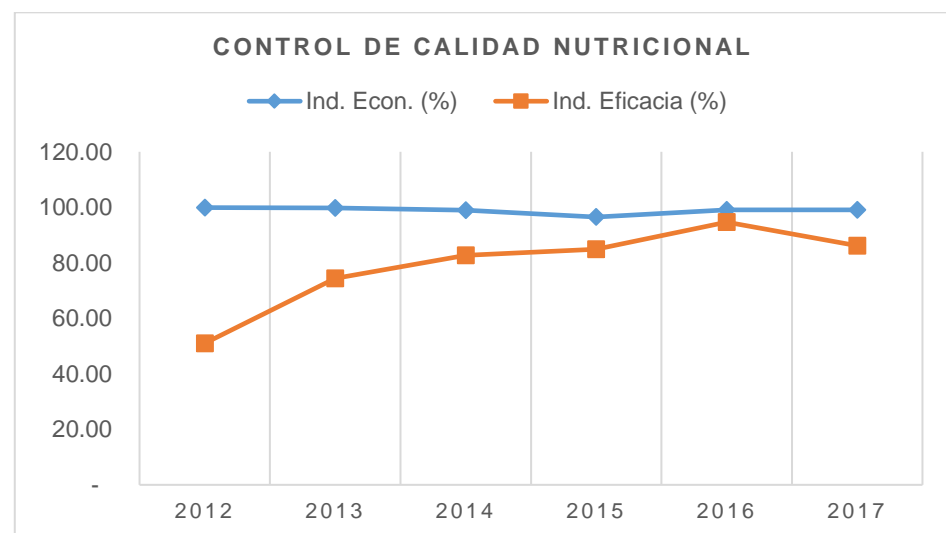


Figura 13. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en control de calidad nutricional, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 16.

4.2.1.9 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de vigilancia de la calidad de agua.

La vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, comprende el desarrollo de un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por personal de salud competente con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna la calidad del agua para consumo humano y el nivel de riesgo sanitario de los sistemas abastecimiento de agua de modo que puedan tomarse las acciones correctivas pertinentes antes que presenten problemas de salud pública en la población consumidora.

La ejecución del presupuesto en esta actividad en los 4 años (2012, 2013, 2014 y 2017); fue superior al 90 %, donde el indicador de economía logra el rango de calificación de eficiente de color verde, mientras que en los años 2015 y 2016 la ejecución presupuestal fue del 82.80 % y 82.54 % respectivamente, donde el indicador de economía tiene el rango de calificación deficiente de color rojo; por otro lado el avance de metas físicas no sobrepasa el 85% en los diferentes años, por tanto su indicador de eficacia es de rango de calificación deficiente de color rojo, con la diferencia de que en el año de 2013 el avance de metas físicas fue del 91.78% considerándose de rango de calificación eficiente de color verde. Por último, analizamos que el indicador de eficiencia en los diferentes años casi nunca fue optimo, sus resultados fueron de signo negativo y distanciados al cero, con la salvedad de que en el año de 2015 el indicador logra optimizar el gasto por tener resultado de 0.01 bastante cercano al cero. Ver tabla 17.

Tabla 17
Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en vigilancia en la actividad de calidad de agua , años 2012 - 2017

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	94.40	56.46	-0.67
2013	99.50	91.78	-0.08
2014	99.40	83.18	-0.19
2015	82.80	83.55	0.01
2016	82.54	63.86	-0.29
2017	91.05	63.48	-0.43

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

Observando el comportamiento de los indicadores de eficacia y economía se nota que en el año de 2015 prácticamente las líneas de ambos indicadores se igualan, lo que significa que allí el presupuesto se ha optimizado. Y en el resto de los años las líneas de los indicadores se distancian entre sí, de manera que la ejecución del presupuesto siempre es mayor que el avance de metas físicas de la actividad. Ver la figura 14.

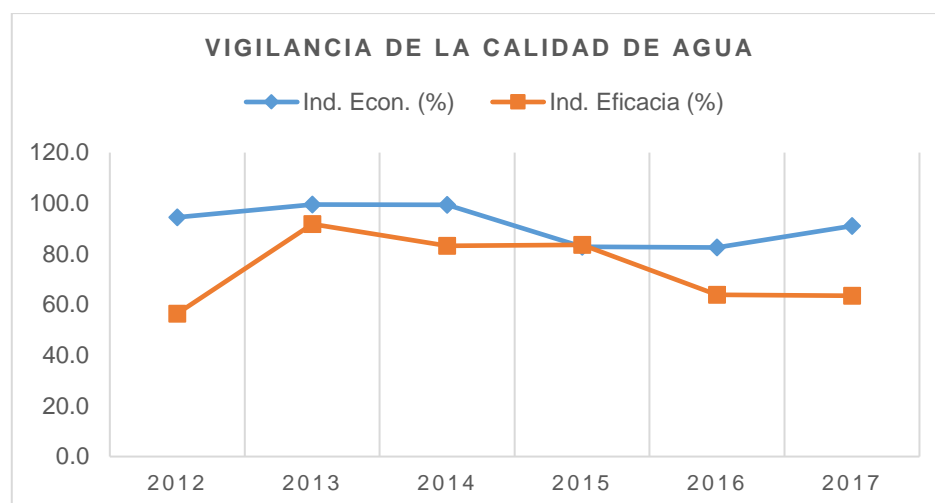


Figura 14. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en vigilancia de la calidad de agua, años 2012 – 2017.
Fuente: Resultado de la tabla 17.

4.2.1.10 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de desinfección y tratamiento del agua.

Mediante esta actividad de desinfección y/o tratamiento del agua para consumo humano, se brinda asistencia técnica en tecnologías de tratamiento y desinfección a nivel domiciliario, que contribuyan a la mejora de la calidad microbiológica del agua en la vivienda. Así mismo se da asistencia técnica a las Juntas Administradoras de los Servicios de Saneamiento y Áreas Técnicas Municipales en prácticas de desinfección y cloración de los sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano; así como en operación mantenimiento de los sistemas de abastecimiento de agua.

En la actividad de tratamiento y desinfección del agua se observa que los variables como presupuesto y la meta física no van a la par, la ejecución

del presupuesto siempre logra alcanzar a más del 90 % con lo que el indicador de economía logra el rango de calificación eficiente de color verde, mientras que el avance de metas físicas en los diferentes años no logra alcanzar más del 85% donde el indicador de eficacia tiene el rango de calificación deficiente de color rojo y amarillo, con excepción del año 2013 donde el avance de metas físicas alcanzó al 113.33 % considerándose su indicador como eficiente de color verde.

El indicador de eficiencia tuvo resultado de signo negativo en todos los años, menos en el año 2013 que tuvo signo positivo, en conclusión, como las otras actividades no siempre existe la optimización del presupuesto respecto a la ejecución de las actividades. Ver tabla 18.

Tabla 18
Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en desinfección y tratamiento del agua, años 2012 - 2017.

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	99.90	69.69	-0.43
2013	99.10	113.33	0.13
2014	92.81	82.99	-0.12
2015	95.12	74.09	-0.28
2016	99.40	88.18	-0.13
2017	98.21	63.48	-0.55

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

El comportamiento de los indicadores de economía y eficacia se observa en la figura 15, donde existe una distancia entre las líneas de ambos indicadores, con la diferencia de que en el año 2013 la línea del indicador de eficacia sobrepasa a la línea del indicador de economía

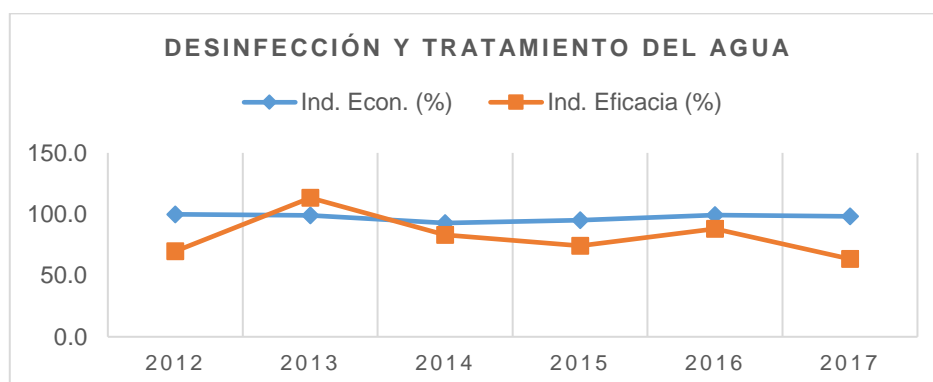


Figura 15. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en desinfección y tratamiento del agua, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 18.

4.2.1.11 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención de infecciones respiratorias agudas.

Esta actividad consiste en la intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Neumonía en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria o con internamiento. La atención ambulatoria Incluye tres (03) consultas por episodio como mínimo exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda (laboratorio, imágenes). Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente; de corresponder, referencia de acuerdo a severidad.

Según la tabla 19, el comportamiento del indicador de economía no fue uniforme año en año, por ejemplo, en el año 2012 el indicador fue de 55.2 % de rango de calificación deficiente de color rojo, luego en los años 2013 y 2015 el indicador tuvo el rango de calificación regular de color amarillo y en los años 2014, 2016 y 2017 el indicador logró el rango de calificación eficiente de color verde. Mientras que indicador de eficacia en los diferentes años de estudio su rango de calificación fue deficiente de color rojo (su avance de metas físicas no ha sobrepasado el 85%). Y, por último, el indicador de eficiencia como es reflejo del comportamiento de los indicadores de eficacia y economía, en la mayoría de los años fue de signo negativo y distanciado del cero, el único año 2012 donde el indicador tuvo el signo positivo, en resumen, en esta actividad los gastos presupuestales no fueron optimizados frente al avance de metas físicas.

Tabla 19
Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en atención de infecciones respiratorias agudas, años 2012 – 2017

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	55.2	68.20	0.19
2013	89.4	84.04	-0.05
2014	90.4	77.67	-0.16
2015	87.9	82.23	-0.07
2016	94.4	79.69	-0.18
2017	96.9	75.51	-0.28

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

En la figura siguiente se denota el comportamiento de las líneas de los indicadores de economía y eficacia, donde siempre existe una variación, salvo en el año de 2013 se aproximan ambas líneas.

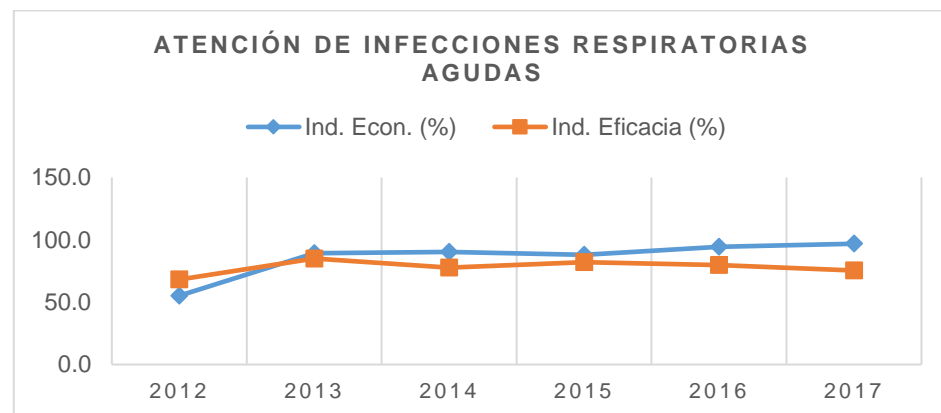


Figura 16. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en atención de infecciones respiratorias agudas, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 19.

4.2.1.12 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención de enfermedades diarreicas agudas

Esta actividad consiste en la intervención orientada al diagnóstico de enfermedad diarreica aguda con deshidratación, en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria. La atención ambulatoria Incluye tres (03) consultas por episodio como mínimo exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda (laboratorio, imágenes). Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente; de corresponder, referencia de acuerdo a severidad.

En esta actividad el comportamiento de los indicadores de desempeño fueron bastante bajos, en la mayoría de los años el indicador de economía tuvo el rango de calificación deficiente de color rojo, solamente en los 2 últimos años de 2016 y 2017 el indicador logró el rango de calificación eficiente de color verde, de igual manera el indicador de eficacia en ningún año ha logrado el rango de calificación deficiente, en los diferentes años su rango de calificación fue regular y deficiente de color amarillo y rojo respectivamente. Y por último el indicador de eficiencia en 3 años (2012, 2014 y 2015); tuvo resultado de signo positivo que significa mayor avance

de metas físicas que el gasto presupuestal, mientras que en 3 años (2013, 2016 y 2017); el indicador tuvo resultado de signo negativo. Ver tabla 20.

Tabla 20

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en atención de enfermedades diarreicas agudas, años 2012 – 2017

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	64.40	83.82	0.23
2013	89.60	79.17	-0.13
2014	83.40	87.30	0.04
2015	81.75	89.91	0.09
2016	95.80	85.48	-0.12
2017	99.10	69.65	-0.42

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

El comportamiento de las líneas de los indicadores de economía y como también del indicador de eficacia son indistintos, en algunos años la línea del indicador de eficacia se ubica por encima del indicador de economía y en otros años por debajo del mismo. Ver figura 17.

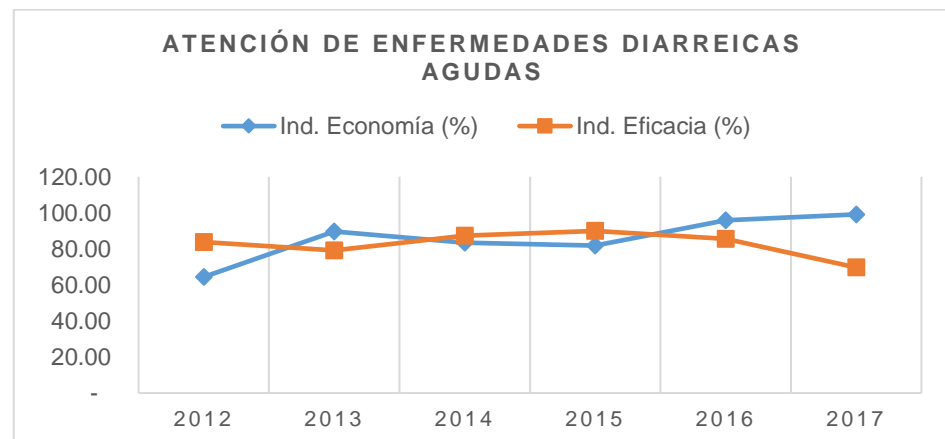


Figura 17. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en enfermedades diarreicas agudas, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 20.

4.2.1.13 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de gestantes con suplemento de hierro y ácido fólico.

Esta actividad se realiza mediante la suplementación diaria a la gestante con hierro (solo o con ácido fólico u otras vitaminas y minerales) que tiene efecto significativo en reducir el riesgo de anemia; mientras que la

suplementación intermitente de hierro (solo o en combinación), encontró similares resultados maternos y neonatales que la suplementación diaria, pero estuvieron asociados con menores efectos secundarios.

Esta actividad es de mucha importancia dentro del programa de articulado nutricional, sin embargo el comportamiento de sus indicadores de desempeño no son tan alentadoras, por ejemplo el indicador de economía tuvo rangos de calificación deficiente, regular y eficiente en todo el período de estudio, mientras que el indicador de eficacia en todo los años fue de rango de calificación deficiente de color rojo, de manera que el avance de metas físicas fue mínimo (< del 85%), dichos resultados hacen que el indicador de eficiencia tenga resultados negativos y distanciados al cero. En conclusión, podemos indicar que el gasto presupuestal realizado en esta actividad no fue optimizado en relación al avance de meta física realizada. Ver tabla 21.

Tabla 21

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en gestantes con suplemento de hierro y ácido fólico, años 2012 - 2017

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	73.2	49.67	-0.47
2013	87.4	63.25	-0.38
2014	90.9	52.19	-0.74
2015	76.4	62.18	-0.23
2016	99.1	73.13	-0.36
2017	93.4	73.84	-0.26

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

En la figura siguiente se nota el comportamiento de los indicadores de economía y eficacia, donde las líneas del indicador de economía y las líneas del indicador de eficacia se diferencian bastante de año en año, y por otro lado se nota que la línea del indicador de economía siempre se ubica por encima de la línea del indicador de eficacia, en materia de análisis resulta, que la ejecución del presupuesto siempre es superior a la meta física realizada.

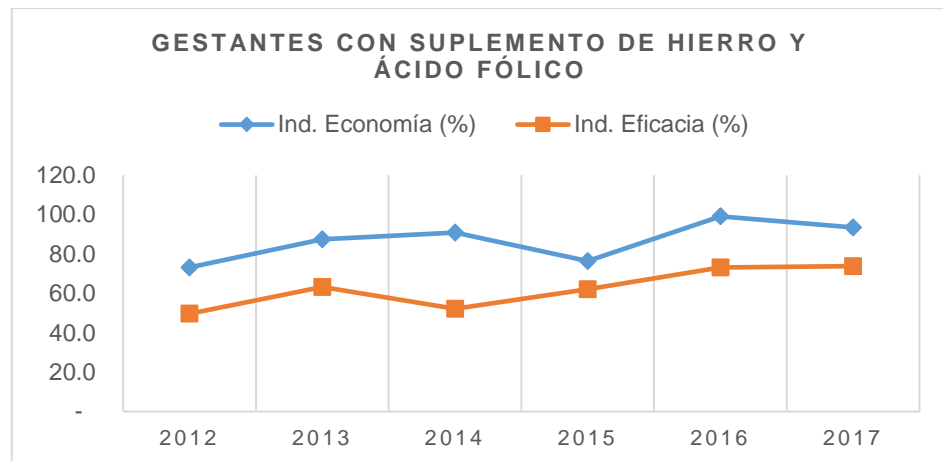


Figura 18. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en gestantes con suplemento de hierro y ácido fólico, años 2012 – 2017.
Fuente: Resultado de la tabla 21.

4.2.1.14 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención de niños y niñas con parasitosis intestinal.

Esta actividad consiste en la intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de parasitosis intestinal en niños menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria. Incluye: 2 consultas ambulatorias por episodio como mínimo, 01 examen seriado de Heces (tomar tres muestras y analizarlas por método directo y por técnica de sedimentación espontánea en tubo) y Test de Graham de diagnóstico y 01 de control, Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica, Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda.

De acuerdo a la tabla 22, se realiza el análisis de los indicadores de desempeño, tales como: economía, eficacia y eficiencia; primeramente analizamos el indicador de economía con el resultado siguiente: en los 3 años (2012, 2015 y 2016), su rango de calificación fue eficiente de color verde, luego en los años: 2013, 2014 y 2017 su rango de calificación fue regular y deficiente porque no han logrado alcanzar al 90 % de ejecución del presupuesto, mientras que el indicador de eficacia en todo el período de estudio su rango de calificación fue deficiente bastante bajo al 85 % de avance de meta física. Por último, el indicador de eficiencia del año 2012

al 2017 tuvo resultados de signo negativo y lejano al cero, en conclusión, el gasto ejecutado no fue optimizado frente al avance de metas físicas de la actividad. Ver tabla 22.

Tabla 22

Indicadores de economía, eficacia y eficiencia en atención de niñas y niños con parasitosis intestinal, años 2012 - 2017

Años	Ind. Economía. (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	92.1	28.78	-2.20
2013	86.9	48.92	-0.78
2014	79.7	63.5	-0.26
2015	91.2	40.12	-1.27
2016	99.9	19.94	-4.01
2017	88.6	25.45	-2.48

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

En la figura siguiente se visualizan el comportamiento de la línea de los indicadores de economía y eficacia, donde las líneas de ambos indicadores nunca logran acercarse más al contrario se diferencian en los diferentes años de estudio, donde también se nota que la línea del indicador de economía siempre es superior a la línea del indicador de eficacia.

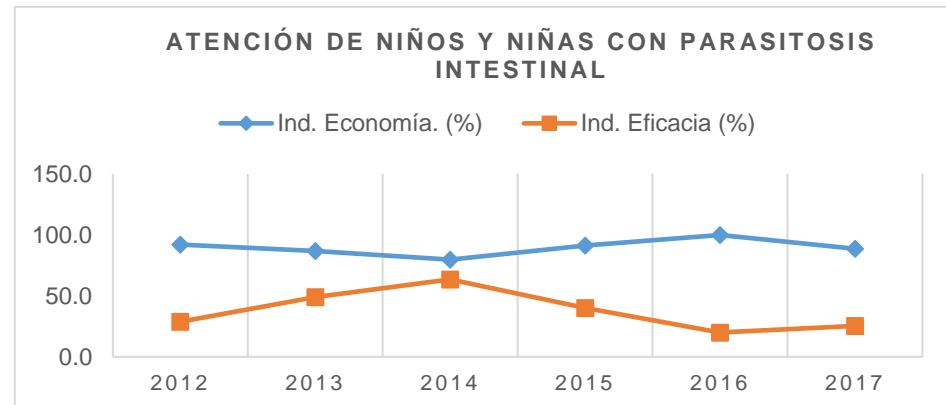


Figura 19. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en niños y niñas con parasitosis intestinal, años 2012 – 2017

Fuente: Resultado de la tabla 22.

4.2.1.15 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa.

Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa, es una actividad de control gerencial, que implica un proceso sistemático de recolección, análisis y utilización de información para hacer seguimiento

al progreso del programa presupuestal en la consecución de sus resultados para guiar las decisiones de gestión. Las acciones están dirigidas a monitorear especialmente los indicadores de resultados inmediatos, intermedios, de producción física y ejecución presupuestal, Evaluar el programa articulado nutricional con la finalidad determinar el grado de eficacia, efectividad y eficiencia del programa presupuestal.

Si analizamos el comportamiento del indicador de economía en 3 años (2012, 2013 y 2016), tuvo resultado de rango de calificación eficiente de color verde y el resto de los años 2014, 2015 y 2017 su rango de calificación fue deficiente y bastante bajo al 85 % que es lo mínimo, mientras que el indicador de eficacia en el año de 2012 tuvo un resultado de rango de calificación deficiente de color rojo, posteriormente en los años 2014, 2015 y 2016 su resultado fue de calificación regular de color amarillo y en los años 2013 y 2017 logró obtener el rango de calificación eficiente de color verde, no habiendo una estabilidad del comportamiento de los indicadores de economía y como también del indicador de eficacia en los años en estudio. Por último, el indicador de eficiencia que es dependiente de los indicadores de economía y eficacia no tuvo su optimización como se esperaba, teniendo resultados de signo positivo y negativo; como conclusión ésta actividad no fue conllevado con eficaz y eficiente, a pesar de considerarse de mucha importancia para la gestión del programa e institucional. Ver tabla 23.

Tabla 23

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa, años 2012 – 2017

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	99.3	81.9	-0.21
2013	98.0	92.31	-0.06
2014	34.5	85.55	0.60
2015	66.6	88.33	0.25
2016	96.8	88.17	-0.10
2017	75.8	91.71	0.17

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

En la figura siguiente se muestra el comportamiento de la línea de los indicadores de economía y eficacia, donde claramente se nota que las

líneas de ambos indicadores no tienen signos de acercamiento, más al contrario se diferencian de año en año entre ambas líneas.

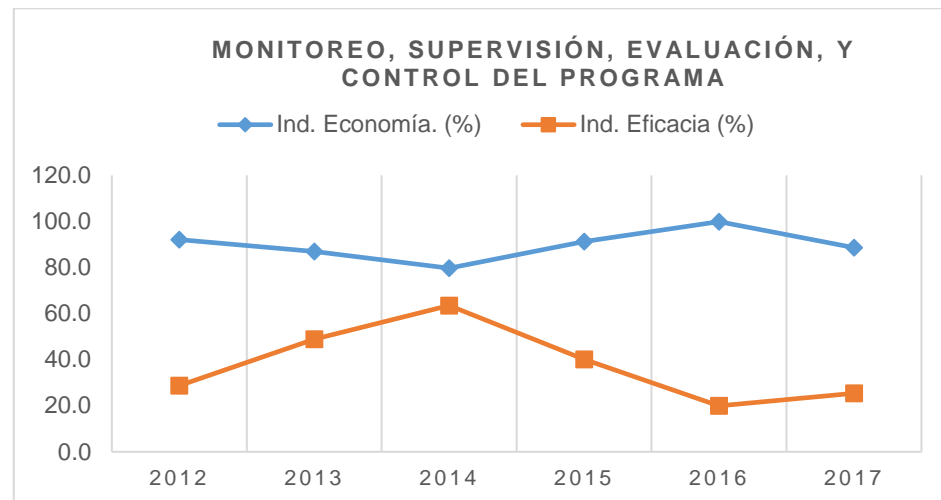


Figura 20. Comportamiento del indicador de economía y eficacia en la actividad de monitoreo, evaluación, supervisión y control
Fuente: Resultado de la tabla 23.

4.2.2 Analizar la Eficacia y Eficiencia en el programa de Salud Materno Neonatal

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencian la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales. Frente a ello igualmente el Estado mediante la política de Presupuesto por Resultados ha implementado el programa de salud materno neonatal el cual, para cumplir con su propósito y objetivos, ha priorizado 15 actividades de salud tales como: población informada sobre salud sexual, adolescentes que acceden a servicios de salud, atención de prenatal reenfocada, municipios saludables que promueven la salud sexual, comunidades saludables que promueven la salud sexual, instituciones saludables que promueven la salud sexual, población que accede a métodos de planificación familiar, atención de la gestante con complicaciones, atención del parto normal, atención del parto complicado no quirúrgico, atención del parto complicado quirúrgico (Cesárea); atención del puerperio, atención del puerperio con complicaciones, acceso de referencia institucional y monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa salud materno neonatal, de los cuales

analizaremos sus indicadores de desempeño mediante la técnica de evaluación por semáforo.

4.2.2.1 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de población informada sobre salud sexual.

Esta actividad es el conjunto de intervenciones comunicacionales que buscan informar, sensibilizar y orientar a la población objetivo (adolescente, mujer gestante en todas sus etapas: prenatal, parto y puerperio, familia y responsables del cuidado del recién nacido); medidas para promover hábitos y entornos saludables para preservar la salud materna neonatal, disminuir la morbilidad y mortalidad materno neonatal.

Según la tabla 24, en esta actividad el indicador de economía en todos los años desde 2012 hasta el año 2017 tuvo rango de calificación eficiente de color verde, porque su ejecución del presupuesto ha logrado superar el 90% en todo el período, sin embargo, en cuanto al indicador de eficacia podemos notar que en los años 2012 al 2016 su comportamiento fue rango de calificación deficiente, de manera que el avance de metas físicas no logra alcanzar al 85 %, con excepción del año 2017 donde el indicador de eficacia logró obtener el rango de calificación eficiente (101.73% de avance de meta física). El indicador de eficiencia en los años 2012 a 2016 su resultado fue de signo negativo, de manera que la ejecución del presupuesto respecto a la actividad realizada no fue óptima, con la particularidad de que en el año 2017 el indicador tuvo resultado de signo positivo.

Tabla 24
Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en población informada sobre salud sexual 2012-2017

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	99.90	84.72	-0.11
2013	100.00	82.52	-0.21
2014	98.40	80.66	-0.22
2015	99.90	79.47	-0.26
2016	99.20	78.62	-0.26
2017	95.30	101.73	0.06

Fuente: En base al portal de transparencia económica –MEF.

El comportamiento de los indicadores de economía y de eficacia se refleja en la figura 21, donde las líneas de ambos indicadores se diferencian en los 5 años de estudio (2012 al 2016) y además la línea del indicador de eficacia se ubica por debajo de la línea del indicador de economía, con la salvedad de que únicamente en el año de 2017 ambas líneas se asemejan.

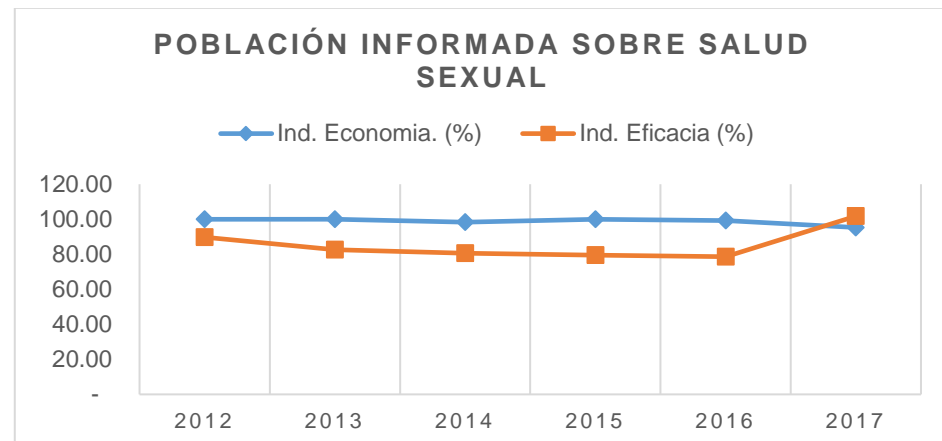


Figura 21. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, actividad de población informada en salud sexual, 2012 – 2017.
Fuente: Resultado de la tabla 24.

4.2.2.2 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de adolescentes que acceden a servicios de salud sexual.

Actividad realizada mediante el conjunto de intervenciones normadas por el Ministerio de Salud que contribuyen a la prevención de riesgos en adolescentes, en especial a la prevención del embarazo, y se brindan a través del Plan de Atención Integral de Salud, mediante la atención integral para la prevención del embarazo adolescente que comprende la provisión diferenciada, continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud de las y los adolescentes.

En esta actividad el comportamiento de sus indicadores de desempeño es muy similar al resto de las actividades, cuando realizamos el análisis del indicador de economía en todos los años su ejecución del presupuesto superó el 90% de manera que su rango de calificación fue eficiente de color verde, mientras que el indicador de eficacia en el año 2012 fue

eficiente de color verde donde su avance de metas físicas fue del 94.11%, y en el resto de los años (2013, 2014, 2015, 2016 y 2017), el avance de metas físicas no ha superado el 85% de manera que su rango de calificación es deficiente de color rojo. Por último, el indicador de eficiencia que obedece al comportamiento de los indicadores de economía y eficacia, tuvo resultados de signo negativo en todo período de estudio, demostrando que la actividad no ha optimizado el gasto respecto al avance de metas físicas. Ver tabla 25.

Tabla 25

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en adolescentes que acceden a servicios de salud sexual, años: 2012 – 2017

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	99.8	94.11	-0.06
2013	92.7	74.69	-0.24
2014	99.4	71.65	-0.39
2015	99.0	84.44	-0.16
2016	96.5	79.40	-0.22
2017	94.3	84.58	-0.11

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

Cuando analizamos el comportamiento de las líneas de los indicadores de economía y eficacia no siempre son similares, guardan cierta distancia entre ambas líneas; con la diferencia del año 2012 donde las líneas de los indicadores se asemejan entre sí. Ver figura 22.

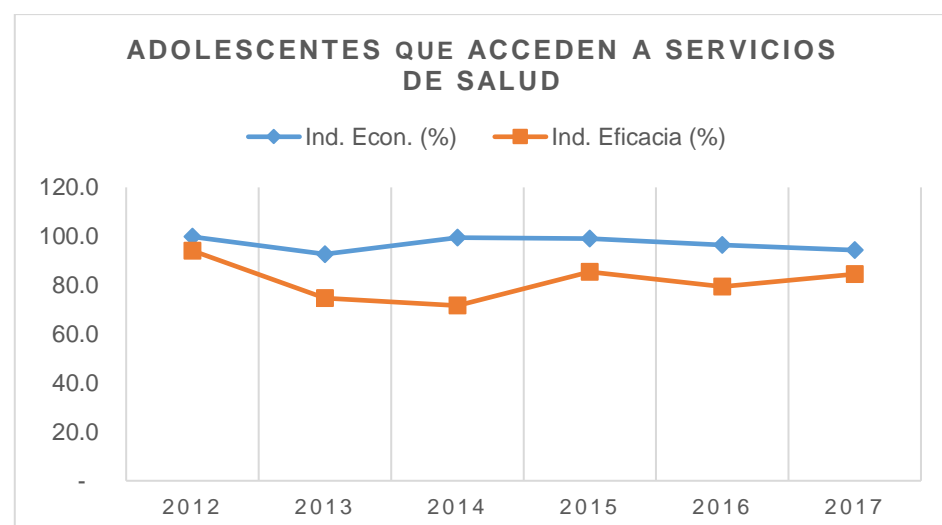


Figura 22. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, actividad de adolescentes que acceden a servicio de salud sexual, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 25.

4.2.2.3 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención prenatal reenforcada

Son todas aquellas actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento sano del niño, sin deterioro de la salud de la madre. Lo realiza el médico gineco-obstetra, médico cirujano con competencias y obstetra, con la participación de todo el equipo multidisciplinario; se realiza en todo el establecimiento de salud.

Es la actividad más importante del programa de salud materno neonatal, sin embargo, el comportamiento de sus indicadores de desempeño fueron bastante bajos y deficientes, por ejemplo, el indicador economía tuvo rango de calificación deficiente de color rojo en los primeros años de 2012 – 2014, por cuanto la ejecución del presupuesto no ha sobrepasado el 85%, y posteriormente en los años de 2015 - 2017 el indicador de economía se recupera logrando obtener el rango de calificación eficiente de color verde, donde la ejecución del presupuesto ha sobrepasado el 90%; más aún si analizamos el indicador de eficacia, en todo período de los años en estudio su rango de calificación fue deficiente de color rojo y bastante bajos. Y por último se observa que el indicador de eficiencia tuvo resultados de signo negativo lejano al cero en todo el período de estudio, con lo que se demuestra que el gasto público no fue óptimamente utilizado en relación a la actividad ejecutada del programa. Ver cuadro 26.

Tabla 26
Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en atención prenatal reenforcada, años 2012 - 2017

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	79.6	59.23	-0.34
2013	78.9	63.16	-0.25
2014	84.3	64.83	-0.38
2015	95.2	60.00	-0.59
2016	93.1	58.35	-0.60
2017	95.7	61.34	-0.56

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

El comportamiento de los indicadores de economía y de eficacia, se notan en la figura siguiente, donde las líneas de ambos indicadores se diferencian

bastante, y así mismo se nota que la línea del indicador de eficacia se ubica muy por debajo de la línea del indicador de economía.

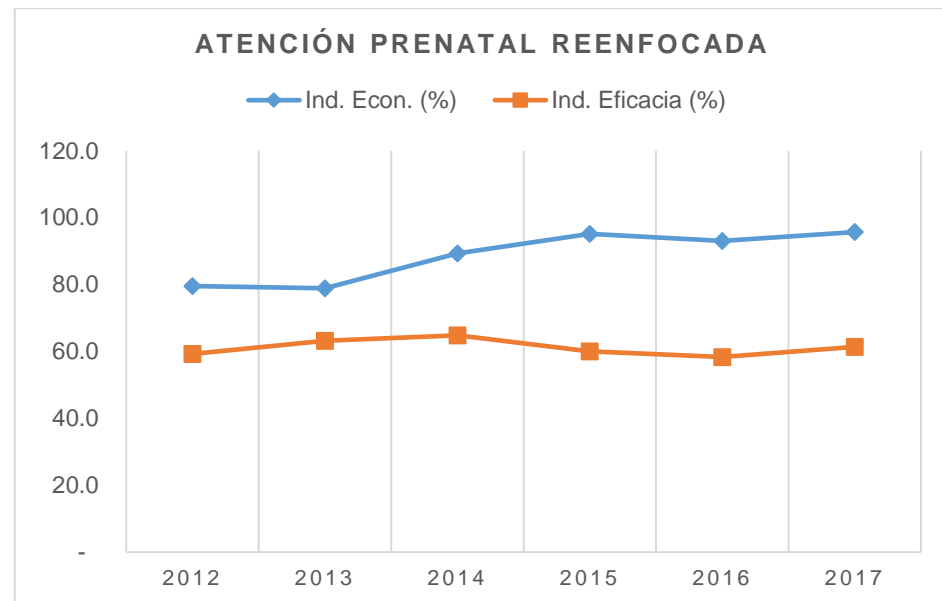


Figura 23. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, actividad de atención prenatal reenfocada, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 26.

4.2.2.4 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de municipios saludables que promueven la salud sexual.

Como resultado es cuando el personal del municipio está informado, motivado y capacitado por el personal de salud, para implementar políticas públicas, programas y proyectos de inversión, en el marco de la gestión territorial y los determinantes sociales de la salud, orientado a promover prácticas y entornos saludables para la mejora de la salud sexual y reproductiva, enfatizando acciones hacia la maternidad y recién nacido sano, así como la prevención del embarazo en adolescentes, implementados en las Casas Maternas y/o Centros de Desarrollo Juvenil.

En esta actividad el comportamiento del indicador de economía logra ser eficiente de color verde en todos los años, de manera que su ejecución del presupuesto anual fue del 99% al 100%, sin embargo, el avance de las metas físicas del año 2014 al 2017 no sobrepasan el 67% anual, de tal manera que el indicador de eficacia tiene el rango de calificación deficiente

de color rojo, con excepción de los primeros años (2012 y 2013), donde el indicador de eficacia logra el rango de calificación eficiente y regular respectivamente); por último el indicador de eficiencia obedece al comportamiento de los indicadores arriba en mención, el único año que tuvo un resultado positivo y optimo fue en el año de 2012 y en el resto de los años su resultado fue negativo y distanciado al cero, en conclusión, se aprecia que en la mayoría de los años más lo que se ha ejecutado el gasto público que la actividad realizada. Ver Tabla 27.

Tabla 27

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en municipios saludables que promueven la salud sexual, años 2012 - 2017.

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	99.9	101.98	0.02
2013	99.6	89.13	-0.12
2014	99.1	66.23	-0.50
2015	99.7	53.92	-0.85
2016	99.8	53.12	-0.88
2017	100.0	64.64	-0.55

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

En la figura 24 aparece muy claramente el comportamiento de los dos indicadores, economía y eficacia, donde tan solamente hay un acercamiento de las líneas de los indicadores en el año de 2012, luego cada vez más se alejan las líneas de ambos indicadores.

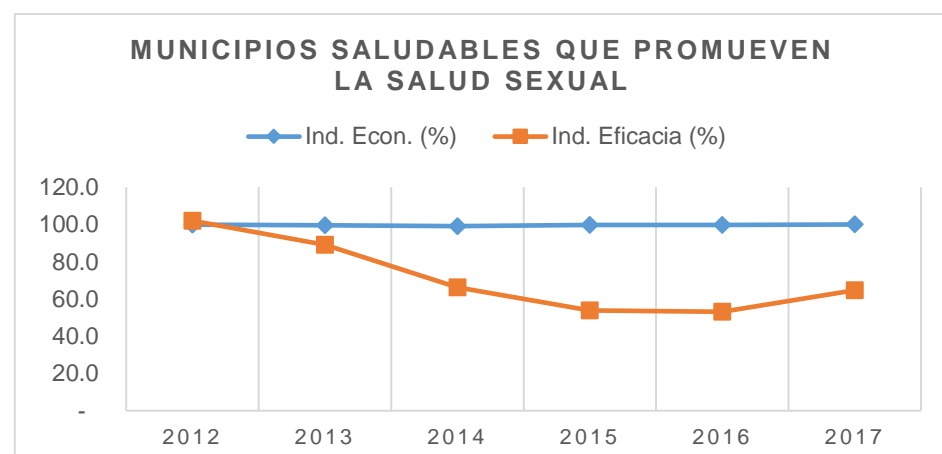


Figura 24. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, actividad de municipios saludables, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 27.

4.2.2.5 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de comunidades saludables que promueven la salud sexual.

Actividad que se refiere a aquella comunidad representada por las juntas vecinales comunales y agentes comunitarios que en el marco de la gestión comunal están informados, sensibilizados y capacitados por el personal de salud, mediante reuniones y talleres, para promover prácticas y entornos saludables e implementar la vigilancia comunitaria; para contribuir a la mejora de la salud materna y neonatal.

En esta actividad de comunidades saludables, el indicador de economía tuvo un comportamiento de rango de calificación eficiente de color verde, por cuanto su ejecución del presupuesto en forma anual fue mayor al 90% en todos los años en estudio, sin embargo, el indicador de eficacia jamás ha logrado el rango de calificación eficiente ni regular, siendo su avance de metas físicas bastante menores al 85%; concluyendo el análisis, el indicador de eficiencia en todos los años tuvo resultados negativos y bastante distanciados al cero, de manera que en esta actividad tampoco hubo optimización de la producción. Ver tabla 28.

Tabla 28

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en comunidades saludables que promueven la salud sexual, años 2012 - 2017

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	99.6	53.68	-0.86
2013	99.9	70.95	-0.41
2014	99.1	39.30	-1.52
2015	97.5	58.08	-0.68
2016	100.0	28.21	-2.54
2017	90.6	48.95	-0.85

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

Este comportamiento deficiente del indicador de eficacia respecto al indicador de economía es bastante notorio según la figura 25, donde las líneas de ambos indicadores no tienen indicios de acercamiento y además la línea del indicador de eficacia siempre se ubica por debajo de la línea del indicador de economía.

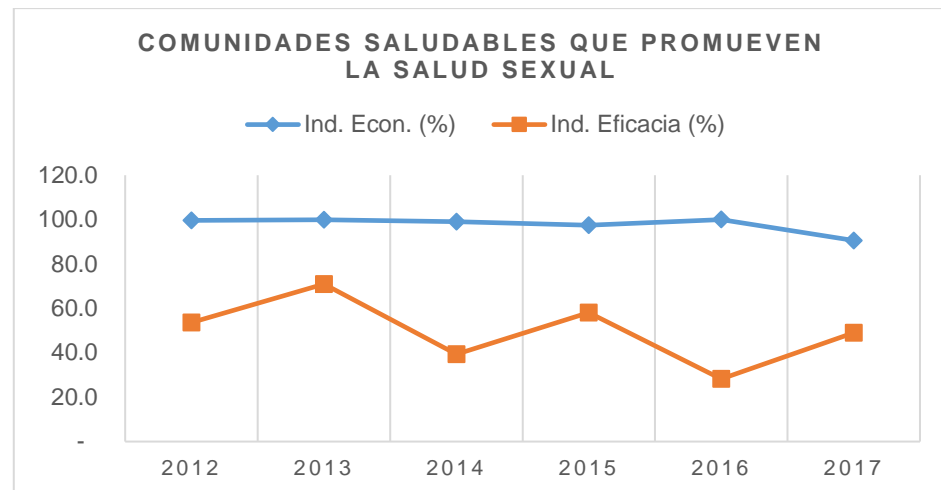


Figura 25. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, actividad de comunidades saludables, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 28.

4.2.2.6 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de instituciones saludables que promueven la salud sexual.

Donde el personal de salud promueve prácticas saludables en salud sexual integral a las instituciones educativas (directivos, docentes escolares y padres de familia organizados); en salud sexual integral en los escolares; así mismo implementan proyectos de aprendizaje y/o sesiones de aprendizaje en el aula. Universidades que favorezcan entornos y prácticas responsables de salud sexual integral en la comunidad universitaria.

En esta actividad la ejecución del presupuesto en forma anual ha superado el 90% y fue muy cercano al 100% en los diferentes años (2012 – 2017), de manera que el indicador de economía tuvo rangos de calificación eficiente de color verde, sin embargo, el avance de metas físicas no ha logrado su propósito, su avance fue menores al 85% en los diferentes años, por tanto el indicador de eficacia tuvo rangos de calificación deficiente de color rojo; con excepción de que en el año 2014 ha logrado su calificación de eficiente (91.80% de avance); en consecuencia el indicador de eficiencia tuvo resultados negativos y distanciados al cero, lo que significa que no existe la optimización de la producción respecto al gasto ejecutado. Ver. tabla 29.

Tabla 29

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en instituciones saludables que promueven la salud sexual, años 2012 – 2017.

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	99.5	67.05	-0.48
2013	97.4	84.04	-0.16
2014	99.7	91.80	-0.09
2015	96.9	36.80	-1.63
2016	99.6	54.45	-0.83
2017	100.0	42.20	-1.37

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

En la figura siguiente se muestra el comportamiento de los indicadores de economía y eficacia, donde las líneas de ambos indicadores solamente se acercan en el año de 2014, luego empiezan a distanciarse en los años posteriores.

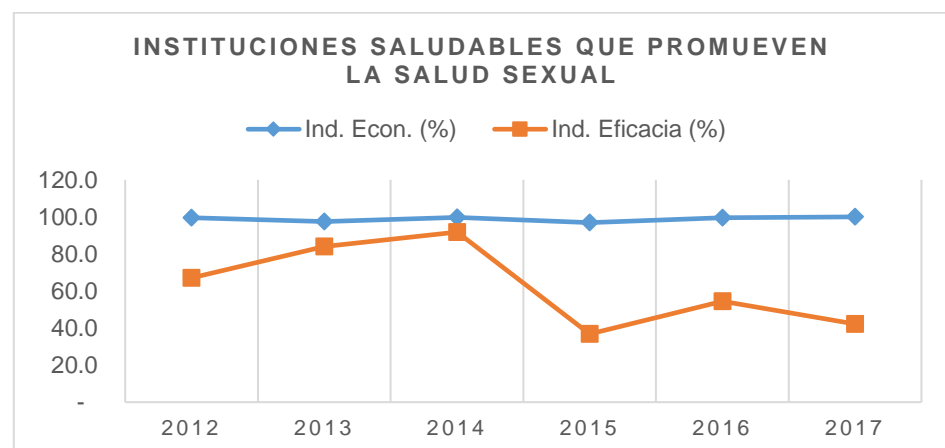


Figura 26. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, en la actividad de instituciones saludables, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 29.

4.2.2.7 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de población que accede a métodos de planificación familiar.

Esta actividad consiste en provisión de métodos anticonceptivos a la persona o pareja por el personal de salud, mediante promoción y educación de la salud para buen manejo de los métodos de parte del usuario, y así mismo lograr una pareja protegida.

Es menester analizar el comportamiento de los indicadores que de economía, eficacia y eficiencia en esta actividad para conocer el efecto que tiene en la población usuaria. De acuerdo a la tabla siguiente se nota que el indicador de economía en los diferentes años logra la calificación de eficiente de color verde (> del 90% su ejecución presupuesta); mientras que el indicador de eficacia al igual que el resto de las actividades tuvo su rango de calificación de deficiente de color rojo (< del 85% de avance meta físico); con salvedad de que en el año 2016 logra el rango de calificación regular de color amarillo (89.27 % de avance de meta física). Culminando el análisis el indicador de eficiencia nunca logró su uso óptimo del gasto público en los diferentes años, por cuanto su resultado de signo negativo, de manera que la ejecución del presupuesto o gasto público siempre fue mayor que el avance de las metas físicas. Ver tabla 30.

Tabla 30

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en población que accede a métodos de planificación familiar, años 2012 - 2017.

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	98.1	76.14	-0.29
2013	88.8	71.08	-0.25
2014	97.4	78.82	-0.24
2015	96.7	74.88	-0.29
2016	99.9	89.27	-0.12
2017	89.6	77.24	-0.16

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

En la figura 27, se nota el comportamiento de las líneas de los indicadores de economía y eficacia, nunca fueron similares y/o concordantes en todo el transcurso del tiempo de estudio, es más la línea del indicador de eficacia siempre se encuentra por debajo de la línea del indicador de economía.

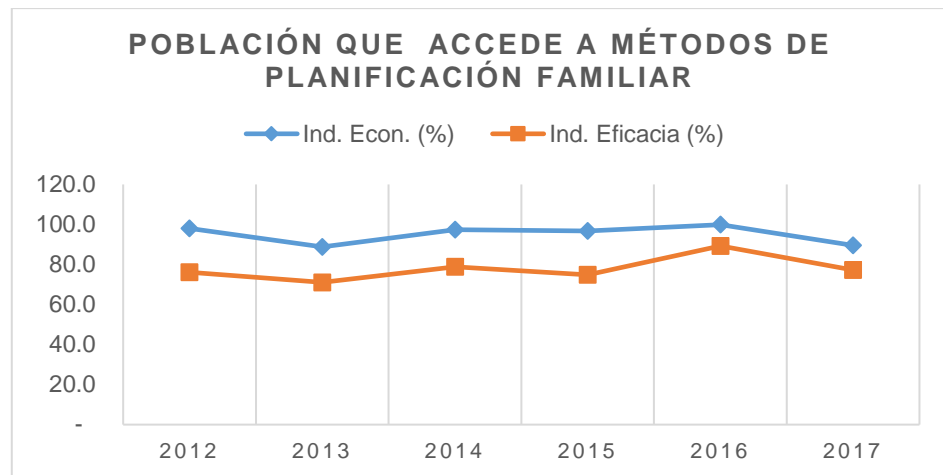


Figura 27. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, en la actividad de planificación familiar, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 30.

4.2.2.8 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención a las gestantes con complicaciones.

Es la atención por consulta externa o emergencia que se brinda a la gestante que acude con patologías. Lo realiza el médico gineco-obstetra con participación del equipo multidisciplinario capacitado en Manejo Estandarizado para la Atención de las Emergencias Obstétricas.

En esta actividad de atención a las gestantes con complicaciones, el comportamiento del manejo del presupuesto y como también las metas físicas tuvieron mejores resultados que el resto de las actividades, de manera que sus indicadores de economía y eficacia lograron el rango de calificación eficiente de color verde en la mayoría de los años (> del 85% la ejecución presupuestal y el avance de metas físicas); con excepción del año 2012 donde el rango de calificación del indicador de eficacia fue deficiente de color rojo (avance de meta física 71.85%). Y por ende el indicador de eficiencia ha optimizado el gasto público en la mayoría de los años siendo su resultado de signo positivo, menos en los años de 2012 y 2014 donde el resultado fue negativo. Ver tabla 31.

Tabla 31

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en gestantes con complicaciones, años 2012-2017

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	93.1	71.85	-0.30
2013	86.1	103.10	0.16
2014	95.3	94.76	-0.01
2015	97.1	97.57	0.00
2016	98.3	114.96	0.14
2017	88.7	121.94	0.27

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

En la figura 28, se nota el comportamiento de las líneas de los indicadores de economía y eficacia, guardan cierta congruencia entre ambas y en algunos años, inclusive la línea del indicador de eficacia se ubica por encima del indicador de economía.

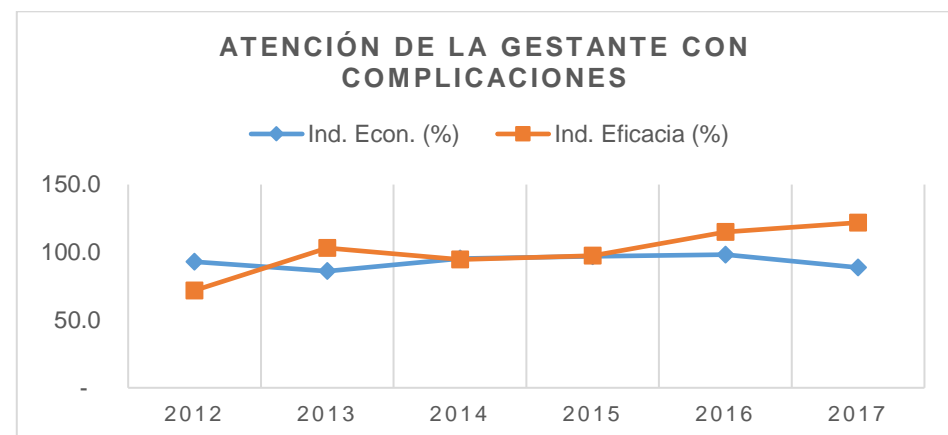


Figura 28. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, actividad de gestante con complicaciones, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 31.

4.2.2.9 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención del parto normal

Esta actividad consiste en la atención que se brinda a la gestante y al recién nacido durante el proceso del parto vaginal, la duración de este proceso varía de una mujer nulípara a una multípara; lo realiza el médico gineco-obstetra, obstetra, médico cirujano capacitado, a partir de los establecimientos de salud de nivel 1-3. Incluye parto vertical con adecuación intercultural. En caso de emergencia y ausencia del profesional calificado, el parto inminente puede ser asistido por otro personal de salud, en los establecimientos de salud de nivel I-1, I-2 y I-3.

En esta actividad se ha utilizado buena cantidad de presupuesto en todos los años, su ejecución del presupuesto tuvo porcentajes mayores que del 90%, por tanto el indicador de economía logra rangos de calificación eficiente de color verde, únicamente en el año de 2013 el indicador de economía logra rango de calificación regular de color amarillo (88.1% de ejecución presupuestal); y en cuanto al avance de las metas físicas no tuvo buenos logros, el indicador de eficacia tuvo rangos de calificación deficiente de color rojo (< del 85% su avance de meta física); con la salvedad de que en el año de 2015 el indicador de eficacia logra el rango de calificación regular de color amarillo. Y el indicador de eficiencia no logra el óptimo en los diferentes años en estudio, siendo su resultado de signo negativo, en conclusión, podemos afirmar que el gasto público siempre es mayor a la actividad realizada. Ver tabla 32.

Tabla 32

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en atención del parto normal, años 2012 - 2017

Años	Ind. Economía. (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	95.2	71.87	-0.32
2013	88.1	84.14	-0.05
2014	93.6	74.01	-0.26
2015	94.5	86.07	-0.10
2016	98.5	81.32	-0.21
2017	95.9	82.63	-0.16

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

En la figura 29, se nota el comportamiento del indicador de economía y eficacia, en todos los años siempre existe una distancia entre ambas líneas, es más la línea de eficacia se ubica por debajo de la línea de economía, lo que refleja que el gasto público tiene mayor intensidad que la actividad ejecutada en los diferentes años en estudio.

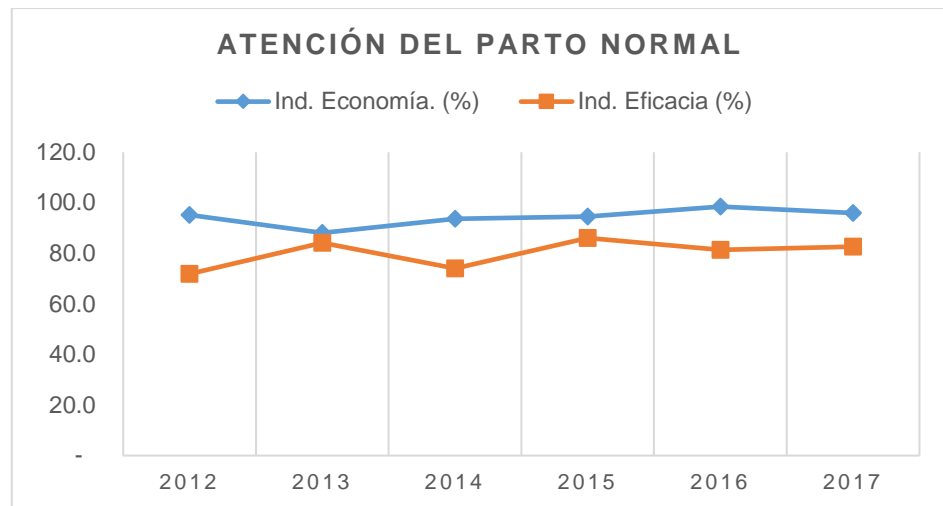


Figura 29. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, en la actividad de parto normal, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 32.

4.2.2.10 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención del parto complicado no quirúrgico.

Esta actividad consiste a un conjunto de intervenciones orientadas a atender las complicaciones que se presenta durante las fases del parto, independientemente si se trata de un parto eutócico o distócico y que puede o no terminar en cirugía. Lo realiza el médico gineco-obstetra, médico cirujano y/u obstetra, a partir del establecimiento de nivel I - 4.

En esta actividad el comportamiento de la ejecución del presupuesto y como también del avance de metas físicas fueron bastante diversificadas en los diferentes años en estudio, de manera que los indicadores de desempeño (economía, eficacia y eficiencia), ejemplo en el año 2012 el indicador de economía tiene un rango de calificación deficiente de color rojo (ejecución del presupuesto es de 75.6%), y su indicador de eficacia es regular de color amarillo (avance de meta física 86.70%), posteriormente en los años 2013, 2014 y 2016 el indicador de economía logra rango de calificación eficiente, sin embargo su indicador de eficacia es deficiente de color rojo (sus avances de metas físicas fueron: 69.76%, 72.22% y 71.91% respectivamente), y en el último de 2017 a pesar de tener un indicador de economía deficiente de color rojo la meta física fue bastante alto de 116.48%. En cuanto al comportamiento del indicador de eficiencia

fue moderado, en muchos de los años tuvo resultados con signo positivo y en otros de signo negativo indistintamente. Ver tabla 33.

Tabla 33

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en atención del parto complicado no quirúrgico

Años	Ind. Economía. (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	75.6	86.70	0.13
2013	92.3	69.76	-0.32
2014	99.0	72.22	-0.37
2015	87.9	94.28	0.07
2016	99.3	71.94	-0.38
2017	74.1	116.48	0.36

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

La figura que precede explica el comportamiento de los dos indicadores de economía y de eficacia, con ciertas características muy variadas de año en año, con signos de lograr una mejora del indicador de eficacia.

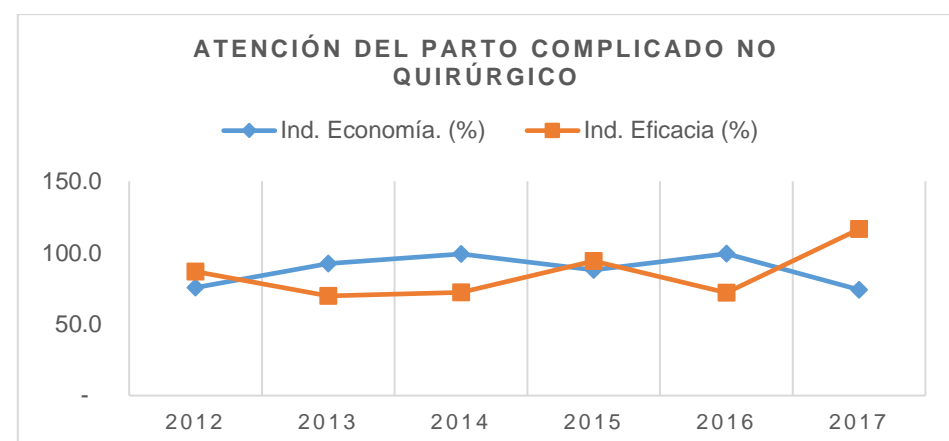


Figura 30. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, actividad de parto complicado no quirúrgico, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 33.

4.2.2.11 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención del parto complicado quirúrgico (cesárea)

Esta actividad consiste en la atención del parto que, por complicación propia del embarazo y trabajo de parto, culmina en cesárea o histerectomía, lo realiza un equipo de profesionales: médico gineco-obstetra, médico

anestesiólogo, neonatología, obstetra, enfermera capacitada y técnica asistencial.

Para esta actividad se ha destinado un regular presupuesto para los diferentes años, en donde la ejecución del presupuesto que es reflejo del indicador de economía, en todos los años logra ser eficiente de color verde sobrepasando el 90% de ejecución, salvo en los años de 2012 y 2017 el indicador de economía tiene rangos de calificación deficiente y regular respectivamente, mientras que el comportamiento del indicador de eficacia en esta actividad fue eficiente de color verde en todos los años (el avance de metas físicas fueron > al 90%). En conclusión, el indicador de eficiencia logra tener resultados favorables con signo positivo en todos los años, de manera que, se puede explicar que en esta actividad se ha logrado optimizar el gasto público. Ver tabla 34.

Tabla 34

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en atención del parto complicado quirúrgico (cesárea), años 2012 – 2017

Años	Ind. Economía. (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	84.4	91.20	0.07
2013	92.5	99.34	0.07
2014	94.5	97.89	0.03
2015	93.9	94.53	0.01
2016	98.4	102.33	0.04
2017	88.4	106.96	0.17

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

En la figura 31, se detalla el comportamiento de la línea del indicador de economía y eficacia, donde ambos guardan una concordancia bastante estrecha e inclusive en el año de 2015 ambos se igualan, y por otro lado la línea del indicador de eficacia siempre se ubica por encima de la línea del indicador de economía en todos los años en estudio, con lo que podemos afirmar que efectivamente se tuvo un resultado muy satisfactorio en todos los años, en cuanto a la ejecución del presupuesto y el avance de metas físicas de la actividad.

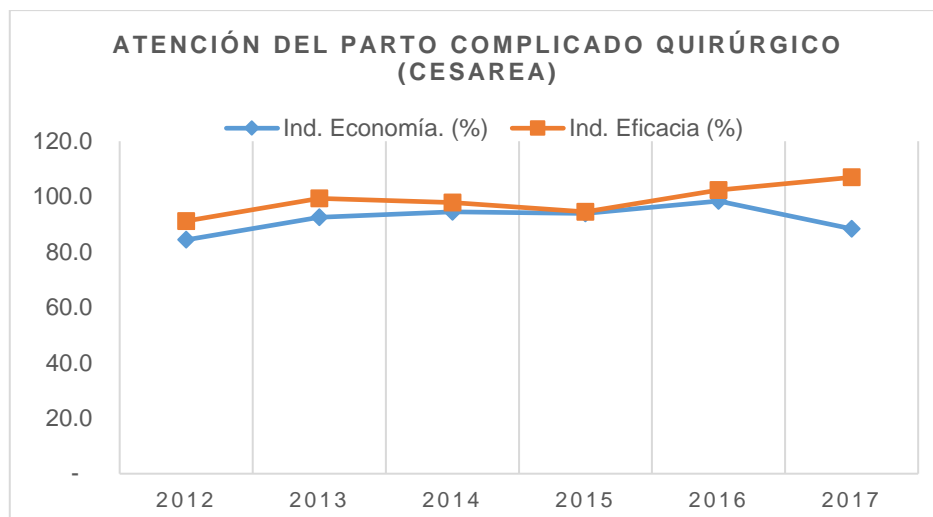


Figura 31. Comportamiento del indicador de economía y eficacia.
Fuente: Resultado de la tabla 34.

4.2.2.12 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención del puerperio

Su finalidad es las atenciones por consulta externa que se brinda a la puérpera; lo realiza el médico gineco-obstetra, médico cirujano capacitado y obstetra a partir de los establecimientos de salud nivel I. Orientación y consejería en lactancia materna, salud sexual y reproductiva provisión de métodos anticonceptivos. Visita domiciliaria en caso que la puérpera no acuda a su centro y una toma de hemoglobina en el primer control de puerperio.

De acuerdo a la tabla 35, la ejecución del presupuesto a principio de los primeros años 2012 y 2013 no logra alcanzar al 90% de ejecución, de manera que el indicador de economía en ambos años tiene un rango de calificación deficiente y regular respectivamente, luego a partir del año 2014 al 2017 el indicador de economía logra el rango de calificación eficiente de color verde (ejecución del presupuesto supera el 90%), mientras que el indicador de eficacia tiene rango de calificación deficiente de color rojo en todos los años, ya que el avance de metas físicas no lograron superar el 85%, consecuentemente el indicador de eficiencia tuvo resultados de signo negativo, lo que significa que el gasto público no ha sido óptimamente utilizado en esta actividad.

Tabla 35

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en atención del puerperio, años 2012 - 2017

Años	Ind. Economía. (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	83.1	76.11	-0.09
2013	87.9	69.28	-0.27
2014	92.6	72.55	-0.28
2015	92.8	77.68	-0.19
2016	96.6	66.41	-0.45
2017	96.5	77.44	-0.24

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

En la figura 32, se denota el comportamiento del indicador de economía y eficacia, donde las líneas de ambos indicadores se diferencian cada vez más de año en año, nunca hubo una concordancia entre ambas líneas, y por otro lado se nota que la línea del indicador de eficacia siempre está ubicada por debajo de la línea del indicador de economía.

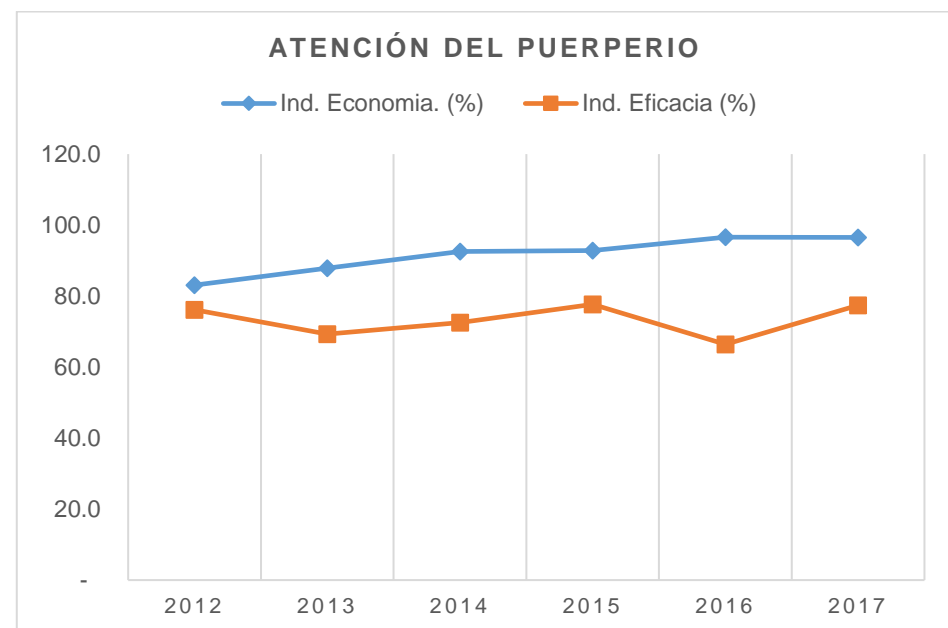


Figura 32. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, en la actividad de atención del puerperio, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 35.

4.2.2.13 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de atención del puerperio con complicaciones

Es toda complicación que se presenta durante el periodo del puerperio. Debe ser realizada por profesional médico gineco-obstetra en los establecimientos de capacidad resolutoria, su manejo puede ser ambulatorio

y será de acuerdo a guías de atención vigentes, existen complicaciones menores que en el primer nivel pueden ser atendidas por el médico cirujano capacitado y la vigilancia u observación por la obstetra con apoyo del equipo multidisciplinario en caso contrario deberá ser referido al establecimiento de mayor capacidad resolutive.

En cuanto a esta actividad podemos analizar que el indicador de economía ha logrado el rango de calificación eficiente de color verde (la ejecución del presupuesto supera el 90%); en los diferentes años de estudio, mientras que el indicador de eficacia en los primeros años de 2012 - 2015 obtiene el rango de calificación deficiente de color rojo, porque su avance de metas físicas no supera el 85% y posteriormente en los años de 2016 y 2017 el indicador de eficacia logra su mejoría, obteniendo así el rango calificativo de eficiente de color verde (avance de metas físicas de 90.93% y 137.61% respectivamente). Con relación al indicador de eficiencia, podemos analizar que en los años 2012 - 2016 tuvo resultados de signo negativo, con excepción del año 2017 su resultado fue positivo, en conclusión, en esta actividad no hubo optimización del gasto público. Ver Tabla 36.

Tabla 36

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en atención del puerperio con complicaciones, años 2012 – 2017

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	96.6	41.72	-1.32
2013	94.9	82.66	-0.15
2014	96.5	68.75	-0.40
2015	88.4	72.50	-0.22
2016	98.1	90.93	-0.08
2017	95.9	137.61	0.30

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

La figura 33, nos muestra el comportamiento de los indicadores de economía y eficacia, donde con claridad se muestra las líneas de ambos indicadores, a principio de los años tienen una diferenciación luego en los últimos años de 2016 y 2017, la línea del indicador de eficacia iguala y supera respectivamente a la línea del indicador de economía.

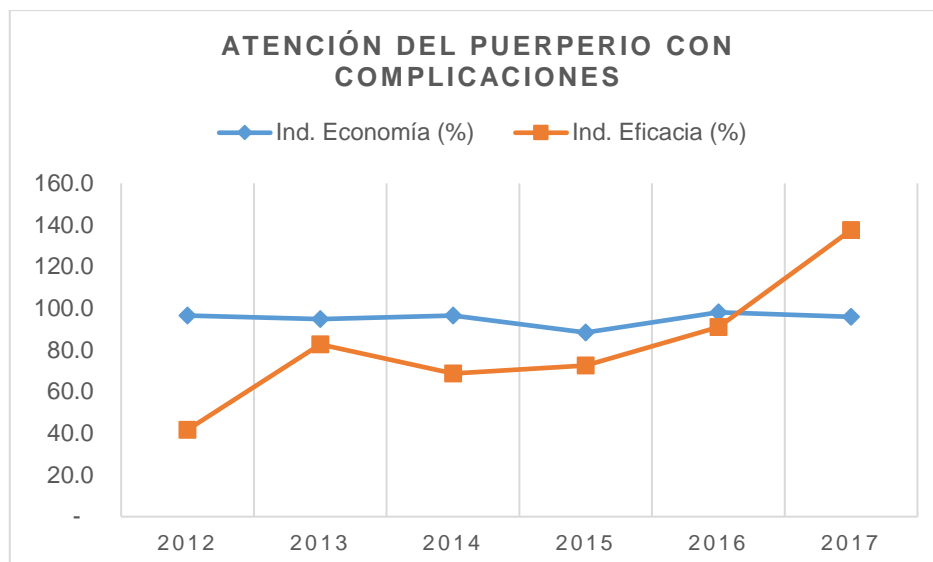


Figura 33. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, en la actividad de atención del puerperio con complicaciones, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 36

4.2.2.14 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de acceso al sistema de referencia institucional

Esta actividad consiste en procedimientos asistenciales y administrativos que aseguren la continuidad de la atención oportuna, eficaz y eficiente de la gestante, puérpera o neonato en un establecimiento de mayor complejidad, el traslado se realizará acompañado por profesional médico, obstetra, enfermera o personal técnico de enfermería, dependiendo de la complejidad del caso. El traslado de los casos complicados debe ser mediante vía terrestre, fluvial y/o aérea.

Continuando con el análisis, vemos que el indicador de economía que es reflejo de la ejecución del presupuesto año en año, en los 5 años ha logrado el rango calificativo de eficiente (> del 90 % su ejecución presupuestal); mientras que en el año 2017 el indicador de economía obtiene el calificativo de deficiente de color rojo (ejecución presupuestal de 80.9%); en cuanto al indicador de eficacia su comportamiento fue bastante diversificado en los diferentes años, hubo años que logró ser eficiente, regular y deficiente respectivamente, es más el año 2017 fue muy especial donde el indicador de eficacia logra obtener el rango de calificación

eficiente (avance de meta física 123.75%); a pesar de tener una ejecución del presupuesto del 80.9% que se considera como deficiente. En cuanto al indicador de eficiencia podemos indicar que en la mayoría de los años ha tenido el resultado de signo negativo y solamente en el año 2013 y 2017 tuvo el resultado de signo positivo. Ver Tabla 37.

Tabla 37

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en acceso al sistema de referencia institucional, años 2012 – 2017

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	93.0	86.27	-0.08
2013	97.3	97.74	0.00
2014	90.7	82.46	-0.06
2015	97.1	75.00	-0.29
2016	96.8	92.13	-0.05
2017	80.9	123.75	0.34

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

La figura 34, nos muestra el comportamiento bastante diversificado de los indicadores de economía y eficacia, donde las líneas de ambos indicadores se separan y se asemejan en los diferentes años, además en el último año la línea del indicador de eficacia logra superar a la línea del indicador de economía.

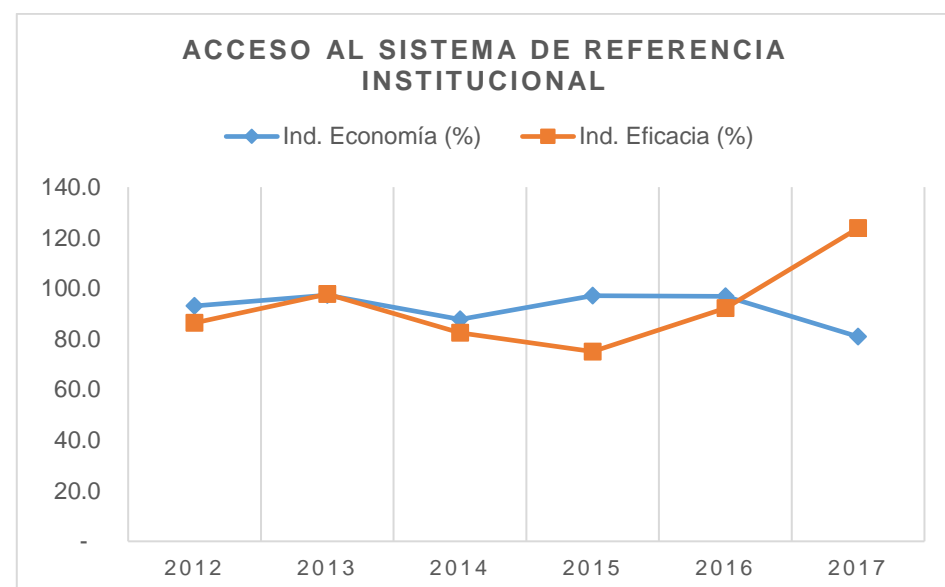


Figura 34. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, en la actividad del sistema de referencia institucional, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 37.

4.2.2.15 Análisis de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia en la actividad de monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa salud materno neonatal.

La actividad consiste en el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores del programa presupuestal salud materno neonatal, usando información de insumos, procesos y resultados, obtenidos a través de la recolección sistemática y oportuna de datos, su procesamiento, control de calidad, análisis, retroalimentación, difusión y seguimiento de cumplimiento de actividades. Se utiliza para medir el cumplimiento de los indicadores programados en el tiempo y ámbito de la forma establecida con el fin de permitir a los decisores de los diferentes niveles (local, regional y nacional) determinar si los indicadores están alcanzando la meta esperada según lo planificado; proporcionando insumos para la evaluación del programa presupuestal.

Analizamos los indicadores de desempeño de esta actividad, con el siguiente resultado: en cuanto al indicador de economía, a principio de los años 2012 y 2013 logra obtener el rango de calificación eficiente de color verde (ejecución presupuestal fue de 98.1% y 95.9% en ambos años respectivamente), luego en los años 2014 y 2015 el indicador de economía cae a un rango de calificación deficiente de color rojo (ejecución presupuestal muy baja de 26.5% y 61.2% respectivamente), posteriormente en el año 2016 el indicador se recupera y logra el rango de calificación eficiente de color verde con 96.4% de ejecución presupuestal, finalmente en el año 2017 nuevamente el indicador de economía baja a un resultado deficiente (ejecución presupuestal de 80.6%); mientras que el indicador de eficacia tiene los siguientes resultados: en los primeros años de 2012 y 2013 logra el rango de calificación regular de color amarillo (avance de metas físicas de: 87.74% y 85.45% respectivamente), continuando el análisis en los años 2014 y 2015 el indicador obtiene el rango de calificación deficiente de color rojo en ambos años, y a partir del año 2016 el indicador se recupera hasta que en el año 2017 logra obtener el rango de calificación eficiente de color verde (avance de metas físicas

del 97.32%). Culminando el análisis, el indicador de eficiencia tuvo resultados de signo positivo y negativo en los diferentes años de estudio, de manera que no hubo una buena optimización de la actividad respecto al gasto realizado, es más siendo esta actividad de mucha importancia para el programa de salud materno neonatal. Ver tabla 38.

Tabla 38

Indicadores de: economía, eficacia y eficiencia en monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa, años 2012 – 2017

Años	Ind. Economía (%)	Ind. Eficacia (%)	Ind. Eficiencia
2012	98.1	87.74	-0.12
2013	95.9	85.45	-0.12
2014	26.5	83.87	0.68
2015	61.2	79.41	0.23
2016	96.4	87.09	-0.11
2017	80.6	97.32	0.17

Fuente: En base al portal de transparencia económica - MEF.

La figura 35, nos muestra que el comportamiento de las líneas del indicador de economía y eficacia, fueron muy diversificados en los diferentes años de estudio.

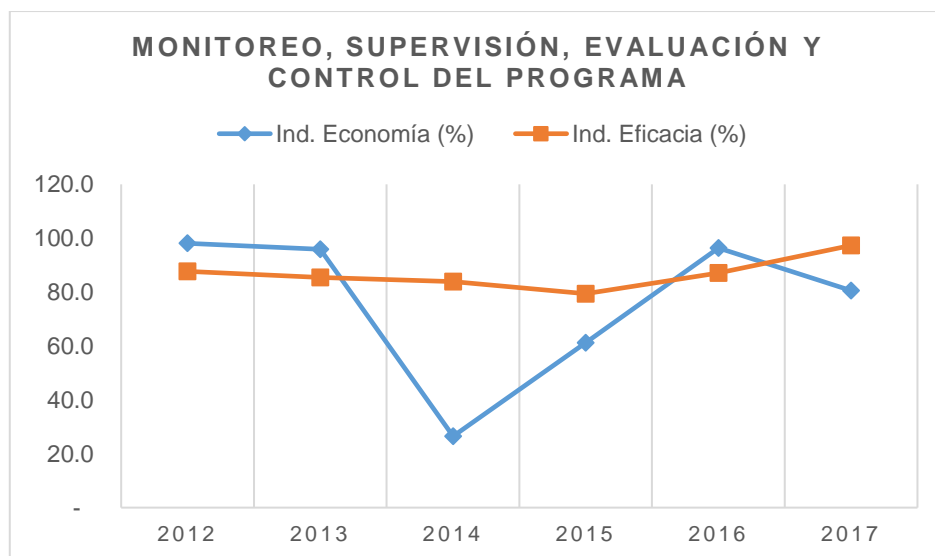


Figura 35. Comportamiento del indicador de economía y eficacia, en la actividad de monitoreo, supervisión y evaluación del programa, años 2012 – 2017.

Fuente: Resultado de la tabla 38.

4.2.3 Análisis y discusión del objetivo específico b

4.2.3.1 Análisis y discusión del programa de articulado nutricional.

De acuerdo al análisis realizado mediante la técnica de evaluación por semáforo, de las 15 actividades prioritarios que compone el programa, el comportamiento de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia fue el siguiente: el indicador de economía en 9 actividades ha logrado el rango de calificación eficiente de color verde ($>$ del 90% de ejecución presupuestal en los años de 2012 -2017); y en las 6 actividades restantes, el indicador tuvo resultados de rango de calificación indistintas de: eficiente, regular y deficiente en los diferentes años de estudio. Cabe resaltar que la actividad de niños con suplemento de hierro y vitamina A, considerado como básico para la disminución de la desnutrición crónica infantil, su indicador no logró alcanzar el rango de calificación eficiente de color verde en los años diferentes años de estudio (su ejecución fue $>$ de 56.6% y $<$ del 89.6%).

Las ejecuciones del presupuesto nunca se llevaron a cabo por igual en los diferentes meses del año, siempre fueron en los últimos meses (noviembre y diciembre de cada año), de manera que no hubo la calidad y oportunidad del gasto público, como para lograr las metas físicas en forma eficiente de las diferentes actividades del programa. Ver la tabla del anexo 3 del presente estudio.

El indicador de eficacia en las 13 actividades del programa tuvo el rango de calificación deficiente de color rojo (avance de metas $<$ al 85%), y muy excepcionalmente en algunos años ha logrado tener rangos de calificación regular y eficiente, de manera que las metas físicas de las diferentes actividades fueron de 85% y $>$ al 90% de avance. Analizando específicamente la actividad de niños con suplemento de hierro y vitamina A, su indicador de eficacia tuvo rango de calificación deficiente de color rojo y bastante bajo en los diferentes años (avance de meta: mínima 33.52% y máxima 76.66%); a pesar de que esta actividad se considera de mucha importancia para el programa.

El indicador de eficiencia tampoco ha logrado un buen rendimiento óptimo en la mayoría de las actividades del programa, su resultado fue de signo negativo ($<$ del 0), de manera que, no se ha optimizado el manejo del gasto público respecto a la actividad realizada en los diferentes años de estudio.

Concluyendo el análisis de acuerdo a la evaluación por semáforo, el indicador de economía en la mayoría de las actividades y en los diferentes años alcanzó el rango calificativo de eficiente, mientras que el indicador de eficacia fue a la inversa, en la mayoría de las actividades tuvo el rango calificativo de deficiente, obviamente esta situación afectó al indicador de eficiencia de no tener un resultado óptimo y eficiente en las diferentes actividades del programa. Y para demostrar esta realidad se ha llevado a cabo una encuesta a nivel de la población de madres en edad fértil de la región, el mismo que aparece en el anexo 4 del presente estudio, donde los encuestados manifiestan lo siguiente: 1ero. que no siempre está el trabajador en los establecimientos de salud y si están tampoco dan una buena atención de salud, 2do. en cuanto a promoción y capacitación sobre alimentación casi nunca han realizado los trabajadores de salud y 3ero. las chispitas como alimento complementario que reciben de parte del Ministerio no son aceptados ni consumidos por los niños. Siendo estos aspectos que no permiten la buena gestión del programa, para una real disminución de la desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de 5 años, según lo planteado en el plan estratégico institucional de largo plazo de la Región de Puno.

4.2.3.2 Análisis y discusión de los indicadores de desempeño del programa de Salud Materno Neonatal.

De acuerdo al análisis realizado mediante la técnica de evaluación por semáforo, de las 15 actividades prioritarios que compone el programa, el comportamiento de los indicadores de economía, eficacia y eficiencia fue el siguiente: el indicador de economía en 12 actividades ha logrado el rango de calificación eficiente de color verde ($>$ del 90% de ejecución presupuestal en los años de 2012 -2017); y en las 3 actividades restantes, el indicador tuvo resultados de rango de calificación indistintas de:

eficiente, regular y deficiente en los diferentes años de estudio. Cabe resaltar que la actividad de monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa considerado como una actividad primordial para la buena gestión, su indicador logró alcanzar solamente en 3 años el rango de calificación eficiente de color verde (años 2012, 2013 y 2016 con ejecución presupuestal de 98.1%, 95.9% y 96.4% respectivamente), y en los 3 años restantes su rango de calificación fue deficiente de color rojo y bastante bajo (años 2014, 2015 y 2017 con ejecución presupuestal de 26.5%, 61.2% y 80.6% respectivamente); existiendo una inestabilidad del manejo del presupuesto en esta actividad de vital importancia.

Las ejecuciones del presupuesto nunca se llevaron a cabo por igual en los diferentes meses del año, siempre fueron en los últimos meses (noviembre y diciembre de cada año), de manera que no hubo la calidad y oportunidad del gasto público, como para lograr las metas físicas en forma eficiente de las diferentes actividades del programa. Ver la tabla del anexo 3-A del presente estudio.

El indicador de eficacia en las 12 actividades del programa tuvo el rango de calificación deficiente de color rojo (avance de meta física < al 85%), y muy excepcionalmente en algunos años ha logrado tener rangos de calificación regular y eficiente, de manera que las metas físicas de las diferentes actividades fueron de 85% y > al 90% de avance. Analizando específicamente 2 actividades de: gestantes con complicaciones y parto con cesárea, donde el indicador logró el rango de calificación eficiente de color verde (avance de metas físicas > al 90%).

El indicador de eficiencia tampoco ha logrado un buen rendimiento óptimo en la mayoría de las actividades del programa, su resultado fue de signo negativo (< del 0), de manera que, no se ha optimizado el manejo del gasto público respecto a la actividad realizada en los diferentes años de estudio.

Concluyendo el análisis de acuerdo a la evaluación por semáforo, el indicador de economía en la mayoría de las actividades y en los diferentes años alcanzó el rango calificativo de eficiente, mientras que el indicador de eficacia fue a la inversa, en la mayoría de las actividades tuvo el rango

calificativo de deficiente, obviamente esta situación afectó al indicador de eficiencia de no tener un resultado óptimo y eficiente en las diferentes actividades del programa. Y para demostrar esta realidad se ha llevado a cabo una encuesta a nivel de la población de madres en edad fértil de la región, el mismo que aparece en el anexo 4 del presente estudio, donde los encuestados manifiestan lo siguiente: 1ero. que los trabajadores de salud no están permanentemente en el establecimiento aparte que no dan una buena atención de salud al usuario, 2do. no se realizan en forma oportuna las actividades básicas como el seguimiento al gestante reenfocada y 3ero. no se realizan educación y promoción de la salud en aspectos de planificación familiar de parte del trabajador de salud. Siendo estos aspectos que no permiten la buena gestión del programa, para una real disminución de la mortalidad materna, según lo planteado en el plan estratégico institucional de largo plazo de la Región de Puno.

4.3 Análisis del rendimiento laboral del personal de salud en los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal.

De acuerdo a los datos obtenidos de la oficina de Estadística de la Dirección Regional de salud de Puno del año 2017, podemos analizar que, el rendimiento laboral por cada profesional de salud en las diferentes REDESS de salud, fueron bastante bajo en comparación con la Organización Mundial de Salud OMS, donde se establece que mínimamente el rendimiento laboral de un profesional de salud debe ser 4 pacientes atendidos por una hora médica.

De acuerdo a la tabla 39, el rendimiento laboral promedio a nivel de la Región de salud de Puno fue de 1 paciente por hora médica por cada profesional de salud, si analizamos por cada Red, los rendimientos más bajos fueron en el Hospital Manuel Nuñez Butrón de Puno con 0.2 pacientes atendidos por hora médica, luego la Red de salud San Román le sigue con un rendimiento de 1 paciente por hora médica y la Red de salud de Yunguyo con rendimiento de 0.6 pacientes por hora médica y en el resto de las REDESS de salud su rendimiento laboral fue de 1 a 2 pacientes atendido por hora médica.

Para realizar el cálculo del rendimiento hora médica que aparece en la tabla 39, se ha considerado los siguientes supuestos que a continuación se detalla: la cantidad de atenciones por año reflejan las diferentes actividades de salud realizados por el

profesional de salud relacionado a los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal, se ha considerado 11 meses laborables del año (vacaciones no incluye), y además de los 150 horas mensuales programadas por cada profesional, solo se ha considerado las 100 horas realizados en la parte asistencial y las 50 horas de actividades administrativas no se ha considerado.

Tabla 39

Rendimiento laboral del profesional de salud en la DIRESA Puno, por REDESS, del año 2017

REDESS de Salud	Prof.de salud	Atc. Por año	Atc. Por prof.	Atc. Por mes	Rend. X hora
Hospital "MÑB"	288	80,590	280	25	0.3
REDESS puno	416	864,604	2,078	189	1.8
REDESS Azángaro	273	477,548	1,749	159	1.6
REDESS Carabaya	147	270,196	1,838	167	1.7
REDESS Chucuito	242	328,218	1,356	123	1.2
REDESS El Collao	245	379,665	1,550	141	1.4
REDESS Huancané	259	499,282	1,928	175	1.7
REDESS Lampa	132	177,702	1,346	122	1.2
REDESS Melgar	255	546,676	2,144	195	1.9
REDESS San Román	719	899,570	1,251	114	1.1
REDESS Sandía	126	245,922	1,952	177	1.8
REDESS Yunguyo	134	142,081	1,060	96	1.0
Total	3236	4912054	18532	1685	1.4

FUENTE: Elaboración propia mediante datos de la oficina estadística DIRESA- PUNO.

4.3.1 Análisis y discusión del objetivo específico c.

Analizando el rendimiento laboral del personal de salud a nivel de la región de Puno realmente es notorio y muy bajo en comparación con lo establecido por la Organización Mundial de Salud OMS, esta situación podemos afirmar de acuerdo al resultado de la encuesta realizado que aparece en el anexo 4 del presente estudio, donde los encuestados manifiestan lo siguiente: que los trabajadores no están permanentemente en los establecimiento de salud, es más la atención no es de buena calidad, por tanto varios actividades a nivel del programa de articulado nutricional y salud materno neonatal no son realizados en forma oportuna y con garantía de parte del profesional de salud, estas se consideraran como algunos de los factores por lo que el personal de la salud no estaría logrando el rendimiento laboral establecido.

Y teniendo en consideración que el recurso humano es fundamental para la gestión institucional, sin embargo, sus resultados no fueron tan alentadoras en cuanto al rendimiento laboral de horas hombre, lo que trae como consecuencia que la política del presupuesto por resultados conllevado en la Región de Puno no tenga resultados positivos a nivel de los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal.

4.4 Análisis de los objetivos específicos respecto a la cadena del valor público.

Teniendo resultados en los tres objetivos específicos del estudio, los analizaremos respecto al cadena del valor público CVP de acuerdo a sus 5 etapas que tiene, tales como: insumos, procesos, producto, resultados e impacto.

En la etapa de insumos de la CVP donde se consideran todos los factores que participan en el proceso para el logro de los productos, de acuerdo al análisis realizado en el estudio, el Ministerio de Economía y Finanzas MEF mediante la Dirección General del Presupuesto anualmente a destinado presupuesto para los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal de la Región de salud de Puno, los mismos que han sido utilizados para el recurso humano, material médico, medicinas y otros insumos necesarios.

En la etapa de procesos de la CVP, a nivel de la institución todavía no se logra una buena combinación entre planificación y el presupuesto a pesar que el presupuesto por resultados tiene una vigencia de más de 10 años, continúa el manejo presupuestal inercial de siempre, no se entiende claramente las bondades, objetivos y propósitos del presupuesto por resultados y como también de la cadena de valor público, no se establecen con seriedad los indicadores de desempeño hasta su evaluación, por tanto, la producción de bienes y servicios como productos en las diferentes actividades de salud de los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal no se logran con eficaz y eficiente en todo el período de estudio, las actividades más primordiales y básicas de los programas no lograron obtener productos y resultados positivos, por lo que, las políticas públicas diseñadas de parte de la gestión gubernamental no son bien recibidos de parte de la población demandante.

En la etapa de productos de la CVP, a nivel de gestión institucional de los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal no se logró con optimismo los productos



consistentes en los servicios de salud en las diferentes actividades, de acuerdo a los indicadores de desempeño podemos manifestar que no hubo racionalización del costo respecto al avance de metas físicas, en gran parte de las actividades de salud más fue la ejecución del presupuesto que la cantidad de metas físicas obtenidas.

En la etapa de resultados de la CVP, de acuerdo al análisis realizado en las diferentes actividades de salud de los dos programas, de acuerdo a la evaluación por semáforo realizado, prácticamente nunca han logrado ser eficientes, medidos mediante sus indicadores de desempeño, solamente en el indicador de economía que mide la ejecución del presupuesto han logrado obtener regularmente el porcentaje de avance de ejecución, sin embargo, el indicador de eficacia que mide el avance de metas físicas y el indicador de eficiencia casi nunca lograron obtener el rango de calificación eficiente.

En la etapa de impacto de la CVP, de acuerdo al análisis realizado no podemos obtener datos reales de esta etapa, que sería materia de otra investigación, pero podemos mencionar que de acuerdo al resultado del primer objetivo específico del estudio, la mortalidad materna no tiene indicios de una disminución real en el transcurso de los años en estudio, el promedio de muertes maternas continúa siendo más altas que a nivel nacional, similar comportamiento ocurre en la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, el porcentaje continúa siendo mayor que a nivel nacional y asimismo debemos mencionar que la disminución del porcentaje es bastante lento que no justifica de acuerdo con lo planteado en el plan concertado regional de mediano plazo.

CONCLUSIONES

- La implementación de la política del presupuesto por resultados en la Región de salud de Puno trajo como consecuencia el permanente envío del presupuesto por fuente de financiamiento de recursos ordinarios (R.O); por parte del Ministerio de Economía y Finanzas a los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal, los cuales fueron destinados exclusivamente para contratos de profesional de salud y para la adquisición de bienes y servicios básicos para atender a la población.
- La desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años en la región de Puno, según estudio en el año 2012 fue del 19.5% y luego en el transcurso de 6 años el resultado es del 15.9% (año 2017); la disminución es de 3.6%, este resultado se considera superior al de nivel nacional que es de 12.9% en el mismo año de 2017, situación que no cumple con los objetivos estratégicos planteados por el Plan Estratégico Institucional 2016 – 2018 del Gobierno Regional de Puno.
- La mortalidad materna ha sido demostrada que realmente no tiene signos de disminución real a nivel de la Región de Puno, en los 6 años de estudio el promedio anual de muertes maternas fue de 26 casos, si comparamos éste dato con el promedio nacional que es de 15 muertes anuales, estamos por encima de 11 casos. De igual manera esta situación no está cumpliendo con los objetivos estratégicos planteados en el Plan Estratégico Institucional 2016 – 2018 del Gobierno Regional de Puno.
- El programa de articulado nutricional de los 15 actividades principales que ejecuta de acuerdo al análisis de evaluación realizado con la técnica de semáforo, en cuanto al indicador de economía podemos decir que el 70% de actividades en los 6 años lograron la calificación de rango eficiente de color verde y el resto logró alcanzar la calificación de rango regular y deficiente de color amarillo y rojo, mientras que el comportamiento del indicador de eficacia en los 15 actividades y en los diferentes años su calificación fue de rango deficiente de color rojo y en algunos años insignificantes tuvo su calificación de rango regular y eficiente. Por último, podemos indicar que el indicador de eficiencia no ha logrado su calificativo de optimo, sus resultados fueron de signo negativo en la mayoría de las actividades del programa, de manera que se concluye que las ejecuciones del presupuesto respecto al avance de metas físicas de las actividades no fueron eficaz y eficiente.

- En las 15 actividades principales del programa de salud materno neonatal de acuerdo a la evaluación y análisis realizada mediante la técnica del semáforo el comportamiento de los indicadores de desempeño fueron de la siguiente manera: el indicador de economía en el 50% de las actividades logra la calificación de rango eficiente de color verde mientras en el resto de las actividades obtiene calificativos de rango regular y deficiente, mientras que el indicador de eficacia casi en el 100% de las actividades predomina el rango calificativo de deficiente de color rojo, salvo que en algunas actividades tuvo la calificación de rango regular y eficiente. Por último, el indicador de eficiencia en la mayoría de las actividades no ha logrado ser óptimo por cuanto sus resultados tuvieron el signo negativo, de manera que se concluye que las ejecuciones del presupuesto respecto al avance de metas físicas de las actividades no fueron eficaces y eficientes.
- El rendimiento laboral del profesional de salud a nivel de la Región de Puno fue de 1.4 pacientes por hora médica, lo que nos demuestra que estamos muy por debajo de la escala planteada por la Organización Mundial de la Salud (4 pacientes atendidos por hora médica).
- Se afirma que en los 6 años de estudio no se ha desarrollado una buena gestión pública orientada a resultados ni se ha fortalecido la eficacia del gasto público a nivel regional de Puno y de acuerdo al análisis realizado respecto a la cadena de valor público prácticamente no se ha conllevado bien la etapa de procesos y/o transformación del insumo producto, lo que no ha permitido obtener buenos resultados con la implementación de la política del presupuesto por resultados en los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal.

RECOMENDACIONES

- La Dirección Regional de Salud de Puno mediante sus autoridades de gestión deben tomar el rol rector del sector salud, para lo cual debe elaborar normas y directivas con capacidad resolutive en aras de reestructurar y replantear nuevas estrategias de labor a fin de que se cumpla la metodología de la cadena del valor público planteado por la política del presupuesto por resultados, a fin de lograr los resultados positivos con la disminución de las muertes maternas y la desnutrición crónica infantil mediante los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal.
- Debe realizarse capacitaciones a los trabajadores de salud haciendo conocer las bondades, objetivos y propósitos que ofrece la implementación del presupuesto por resultados en la Región de salud de Puno, para lo cual se debe hacer participar como ponentes a los funcionarios y autoridades del Ministerio de Economía y Finanzas MEF y del CEPLAN.
- Se debe tomar en cuenta con mayor prioridad e importancia las actividades de monitoreo, supervisión y evaluación por parte de las coordinadoras de los programas de articulado nutricional y salud materno neonatal, a fin de realizar una buena gestión sobre el manejo del recurso humano, financiamiento, infraestructura y equipamiento, para lograr los objetivos del presupuesto por resultados.
- Se debe mejorar la gestión pública a nivel del sector salud con capacidad resolutive de lograr los resultados que fortalezca la eficacia del gasto público implementado por el programa de presupuesto por resultados, tomando como base la metodología de la cadena de valor público que tiene como etapas el manejo de insumos y su transformación hasta lograr un buen producto de calidad y con resultados eficientes, con el propósito de lograr los objetivos estratégicos planteados en el Plan Concertado del Gobierno Regional de Puno.
- El presente trabajo de investigación debe ser elevado ante la autoridad regional de salud de Puno, mediante lo cual debe ser difundido entre todas sus autoridades y funcionarios de las unidades ejecutoras de salud de la Región, a fin de que tomen como diagnóstico y receta para mejorar las políticas públicas que tengan resultados positivos ante la población regional.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, R. Huayta, F. Mesinas, J. (2012). *En Camino de un Presupuesto por Resultados*. Lima: Editorial FECAT.
- Arbulú, C. (2019). *Calidad del gasto del programa presupuestal 0001: programa articulado nutricional en la Red de Salud Bagua 2015 – 2018*.
- Arnillas, Federico. (2007). *Presupuesto por Resultados: Actividades Prioritarias a Favor de la Infancia y Presupuesto Participativo*. Lima: Editorial EDILI S.A.
- Asencios, L. (2019). *El presupuesto por resultados y la calidad del gasto del programa de salud materno neonatal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018*.
- Benito, N. (2017). *Evaluación de la Ejecución del Presupuesto por Resultados y su Incidencia en el Cumplimiento de Metas y Objetivos Institucionales del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en los Períodos 2013-2014*. Puno: Repositorio Institucional UNA Puno.
- Chiavenato, I. (2006). *Introducción a la Teoría General de la administración*. México: Editora McGRAW-HILL.
- Choque, C. (2016). *Análisis del Presupuesto Participativo y la Efectividad de la Gestión de las Municipalidades de la Región Puno, Período 2013 – 2014*.
- Coronado, A. (2014). *Gerencia de servicios de salud factores organizacionales de enfermería condicionantes en el impacto del programa articulado nutricional sobre desnutrición crónica del presupuesto por resultado de la red de salud San Román 2011-2012*.
- Delgado, T. Inder, G. (2013). *Avances y Perspectivas en la Implementación del Presupuesto por Resultados en el Perú*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- DIRESA PUNO (2017). *Plan Operativo Institucional 2017*. Puno: Impresiones Corporación MERU E.I.R.L.
- DIRESA Puno. (2016). *Análisis Situacional de Indicadores de Salud*. Documento de Gestión Institucional.
- Florián (2015). *Relación entre el Gasto de Salud Materno Neonatal y la cobertura de los Indicadores Sanitarios en el distrito de Trujillo 2000 – 2012*.
- Gamero, J. G. (2011). *La Metodología del Presupuesto por Resultados*. Lima: Editorial FECAT.

- Gamero, J. G. (2009). *Marco Estructural del Presupuesto por Resultados*. Lima: Editorial FECAT.
- Gobierno Regional de Puno. (2013). *Plan de Desarrollo Regional Concertado Puno al 2021*. Puno: Impresiones Corporación MERU E.I.R.L.
- Hernández, H. (2017). *Presupuesto por resultados y la capacitación del personal en la gestión financiera de la Unidad Ejecutora 001: OGA MININTER*, Lima, 2016.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Compendio Estadístico*. INEI Puno.
- Makón, M. (2000): *El modelo de gestión por resultados en los organismos de la administración pública nacional*. V Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del estado y de la administración pública. República Dominicana. 24-27 Oct 2000.
- Martínez, A. (2018). *Evaluación de la ejecución del presupuesto por resultados Unidad Ejecutora 406 Red de Salud Ica 2009-2016*.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2010). *De las Instituciones al Ciudadano: La Reforma del Presupuesto por resultados en el Perú*. Lima.
- Ministerio de Salud. (2001). *Manual de Indicadores Hospitalarios*. Lima: Editorial Camilo Carrillo No. 402, Jesús María.
- Moreno, A. (2009). *El Presupuesto por Resultados como Factor de Crecimiento Socio-económico y de Infraestructura en la Región la Libertad*.
- Laurente, E. (2015). *Presupuesto por Resultados y el Desarrollo Económico Local, distrito Ongoy, Provincia Chincheros, Región Apurímac, 2010 – 2014*.
- León, A. (2006). *REDESS y Paquetes Básicos de Servicios de Salud*. Lima: Editorial Camilo Carrillo No. 402, Jesús María.
- Ley No. 28927 (2007). *Ley del Presupuesto del Sector Público año 2007*, Ministerio de Economía y Finanzas, Lima – Perú.
- Lupa, T. (2014). *Gestión de Presupuesto y Proyectos de Inversión en la Universidad Nacional del Altiplano, años 2009 – 2013*.
- Quevedo, D. (2015). *Presupuesto por Resultados y Programas Presupuestales en Salud*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Quispe, M. (2017). *Influencia del Presupuesto por Resultados y su Incidencia en la Gestión del Gasto de la Municipalidad distrital de Atuncolla, 2013 – 2014*.



- Quispe, J. (2018). *Ejecución Presupuestal y sus Respectivos Indicadores del Programa Articulado Nutricional, Programa Salud Materno Neonatal y programa Nacional de Saneamiento Rural de la Región Cusco, 2012-2016.*
- Olaguivel, F. (2012). *Diseño Eficiencia y Eficacia de un Modelo Económico de series de Tiempo para Recursos Directamente Recaudados.* UNA – Puno.
- Pielemeier, N. (1997). *Indicadores de Medición del Desempeño del sistema de Salud.*
- Prieto, M. (2012). *Influencia de la Gestión del Presupuesto por resultados en la calidad de Gasto en las Municipalidades del Perú (2006 – 2010).* Lima – Perú.
- Tanaka, E. (2011). *Influencia del presupuesto por resultados en la Gestión Financiera Presupuestal del Ministerio de Salud.* Lima: Editorial Camilo Carrillo No. 402, Jesús María.
- Shack, Nelson. (2008). *Qué, para qué y cómo es el Presupuesto Orientado a Resultados.* Lima: Fortunata Barrios.
- Sotelo, A. (2016). *Vinculando Planeamiento Estratégico y Presupuesto para mejores resultados de Política.* Lima.
- [https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=100143&lang=es-ES&view=category&id=661.](https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=100143&lang=es-ES&view=category&id=661)



ANEXOS

ANEXO 1 . Ejecución del presupuesto respecto al avance de metas físicas del programa articulado nutricional

**EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO RESPECTO A AVANCE DE METAS FÍSICAS
DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL**

ACTIVIDAD DE MUNICIPIOS SALUDABLES

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	61.171	57.043	93.3	79	75	94.94
2013	58.967	57.963	98.5	92	82	89.13
2014	67.794	67.496	99.6	84	59	70.23
2015	50.945	50.928	100.0	105	61	58.09
2016	51.634	49.287	95.5	99	71	71.71
2017	61.446	59.233	96.4	105	78	74.28

ACTIVIDAD DE COMUNIDADES SALUDABLES

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	37.213	35.826	96.3	666	396	59.46
2013	42.065	40.385	96.0	851	652	76.61
2014	61.201	60.758	99.3	579	327	56.48
2015	44.078	42.664	96.8	771	586	76
2016	52.93	52.915	100.0	818	226	27.62
2017	121.579	113.722	93.5	832	525	63.1

ACTIVIDAD DE INSTITUCIONES SALUDABLES

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	71.023	70.335	99.0	1414	1088	76.94
2013	69.392	68.34	98.5	1439	1210	84.08
2014	1,419,182	706.974	49.8	905	850	93.92
2015	92.597	90.214	98.5	1306	1062	81.31
2016	72.553	72.297	99.9	1354	1124	83.01
2017	84.112	83.834	99.8	1408	925	65.69

ACTIVIDAD DE FAMILIAS SALUDABLES

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	608.548	607.268	99.8	50066	34025	67.96
2013	155.094	153.907	99.2	58578	35371	60.38
2014	907.198	899.26	99.1	47405	36388	76.76
2015	1,378,570	1,368,865	99.5	57147	29120	50.95
2016	1,086,677	1,083,917	99.7	46663	21643	46.38
2017	1,433,915	1,414,841	98.7	38808	26113	67.28

ANEXO 1-A

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO RESPECTO AL AVANCE DE METAS FÍSICAS DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

ACTIVIDAD DE NIÑOS CON VACUNA COMPLETA

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	7,722,831	7,527,360	97.5	120.022	153035	127.51
2013	8,997,260	7,453,661	83.1	104543	81431	77.89
2014	6,476,787	6,407,885	98.9	88625	62849	70.91
2015	5,007,185	4,909,880	98.1	86602	66106	76.33
2016	6,575,139	6,520,895	99.2	74095	58548	79.02
2017	5,063,948	5,001,880	98.8	63318	52877	83.51

ACTIVIDAD DE NIÑOS CON CRED COMPLETO

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	8,079,106	7,794,863	96.5	71090	51161	71.97
2013	8,064,642	7,330,394	90.9	64810	47704	73.61
2014	8,319,225	7,884,635	94.8	55518	35718	64.33
2015	8,469,384	8,154,492	96.3	54959	33864	61.61
2016	6,303,850	6,233,034	98.9	52392	31568	60.25
2017	6,540,470	6,435,677	98.5	46542	32749	70.36

ACTIVIDAD DE NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	380.005	340.495	89.6	89332	36158	40.48
2013	784.276	631.363	80.5	62162	35539	57.17
2014	541.142	474.541	87.7	58815	19718	33.52
2015	1,823,861	1,632,111	89.5	52446	34943	66.62
2016	1,444,964	818.113	56.6	45406	21401	47.13
2017	1,379,058	1,175,665	85.3	32082	24597	76.66

ACTIVIDAD DE CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	36.736	36.706	99.9	445	227	51.01
2013	33.594	33.532	99.8	1558	1160	74.45
2014	50.370	49.792	98.95	272	225	82.72
2015	123.106	118.786	96.5	284	241	84.86
2016	107.295	106.339	99.12	150	142	94.66
2017	148558	147279	99.13	282	243	86.17

ANEXO 1-B

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO RESPECTO AL AVANCE DE METAS FÍSICAS DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

ACTIVIDAD DE VIGILANCIA DE LA CALIDAD DE AGUA

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	380.337	358.963	94.4	820	463	56.46
2013	256.486	255.043	99.5	706	648	91.78
2014	261.514	259.86	99.40	660	549	83.18
2015	388.470	321.552	82.80	675	564	83.55
2016	500.407	413.555	82.54	1201	767	63.86
2017	500.154	455.399	91.05	1183	751	63.48

ACTIVIDAD DE DESINFECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL AGUA

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	254.812	254.468	99.9	617	430	69.69
2013	58.784	53.017	91.1	510	578	113.33
2014	64.401	59.790	92.81	388	322	82.99
2015	71.378	67.873	95.12	471	349	74.09
2016	72.540	68.234	99.4	635	560	88.18
2017	156.130	153.39	98.21	734	480	65.39

ACTIVIDAD DE ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	599.634	330.798	55.2	139940	95434	68.20
2013	722.278	645.433	89.4	109750	93333	85.04
2014	1,015,205	917.554	90.4	99492	77279	77.67
2015	1,633,853	1,436,684	87.93	95485	78526	82.23
2016	868.985	820.364	94.4	97060	77355	79.69
2017	1,051,162	1,018,480	96.9	86656	65438	75.51

ACTIVIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	272.011	175.122	64.4	11596	9720	83.82
2013	189.85	169.529	89.6	11789	9334	79.17
2014	287.431	239.727	83.4	10923	9536	87.30
2015	499.798	408.626	81.75	10257	9223	89.91
2016	369.309	353.764	95.8	10554	9022	85.48
2017	465.238	461.237	99.1	11254	7839	69.65

ANEXO 1-C

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO RESPECTO AL AVANCE DE METAS FÍSICAS DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

ACTIVIDAD DE GESTANTES CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	199.241	145.774	73.2	24549	12194	49.67
2013	322.777	282.053	87.4	24484	15486	63.25
2014	632.141	574.727	90.9	23707	12373	52.19
2015	1,548,509	1,183,379	76.4	21830	13574	62.18
2016	210.814	208.917	99.1	18879	13806	73.13
2017	219.884	204.239	93.4	17595	12992	73.84

ACTIVIDAD DE ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	136.000	125.229	92.1	28781	10053	28.78
2013	106.645	92.462	86.9	17437	8531	48.92
2014	170.176	135.636	79.7	12177	7733	63.50
2015	191.459	174.607	91.2	14121	5665	40.12
2016	147.628	147.407	99.9	16974	3385	19.94
2017	189.540	167.868	88.6	15778	4016	25.45

ACTIVIDAD DE MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	2,629,481	2,608,991	99.3	116	95	81.90
2013	286.301	274.634	98.0	182	168	92.31
2014	2,014,879	695.494	34.5	180	154	85.55
2015	1,902,498	1,258,751	66.6	180	159	88.33
2016	6,260,066	6,055,795	96.8	203	179	88.17
2017	5,705,238	4,323,612	75.8	181	166	91.71

ANEXO 2. Ejecución del presupuesto respecto al avance de metas físicas programa de materno neonatal

**EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO RESPECTO AL AVANCE DE METAS FÍSICAS
DEL PROGRAMA DE MATERNO NEONATAL**

ACTIVIDAD DE POBLACIÓN INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	243.111	242.798	99.9	61665	55328	89.72
2013	62.199	62.050	100.0	162265	133899	82.52
2014	65.061	64.040	98.4	134768	108704	80.66
2015	64.657	64.573	99.9	148177	117764	79.47
2016	106.758	105.896	99.2	292048	229605	78.62
2017	208183	198,427	95.3	186933	190178	101.73

ACTIVIDAD DE ADOLESCENTES QUE ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	304.851	304.385	99.8	23739	22341	94.11
2013	102.999	95.452	92.7	36719	27426	74.69
2014	92.461	91.950	99.4	28860	20680	71.65
2015	127.422	126.091	99.0	36286	31003	85.44
2016	125.303	120.881	96.5	33985	26983	79.40
2017	159,336	150,261	94.3	33817	28602	84.58

ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	2,516,103	2,003,014	79.6	27534	16309	59.23
2013	3,183,954	2,510,025	78.9	26983	17044	63.16
2014	3,958,994	3,533,608	89.3	23848	15461	64.83
2015	4,061,526	3,865,311	95.2	19393	11637	60.00
2016	2,425,749	2,258,075	93.1	19005	11089	58.35
2017	2,479,061	2,371,875	95.7	17360	10650	61.34

ACTIVIDAD DE MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	185.853	184.890	99.9	101	103	101.98
2013	124.693	124.203	99.6	92	82	89.13
2014	85.794	85.020	99.1	77	51	66.23
2015	114.045	113.720	99.7	102	55	53.92
2016	90.049	89.903	99.8	96	51	53.12
2017	98,897	98,859	100.0	99	64	64.64

ANEXO 2-A

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO RESPECTO AL AVANCE DE METAS FÍSICAS DEL PROGRAMA DE MATERNO NEONATAL ACTIVIDAD DE COMUNIDADES SALUDABLES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	186.79	186.109	99.6	801	430	53.68
2013	50.632	50.560	99.9	864	613	70.95
2014	51.317	50.871	99.1	832	327	39.30
2015	53.270	51.915	97.5	408	237	58.08
2016	208.764	208.74	100.0	808	228	28.21
2017	195,965	177,568	90.6	766	375	48.95

ACTIVIDAD DE INSTITUCIONES SALUDABLES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	55.686	55.403	99.5	1138	763	67.05
2013	59.722	58.143	97.4	1439	1210	84.04
2014	82.406	82.182	99.7	903	829	91.80
2015	83.978	81.398	96.9	1636	602	36.80
2016	82.763	82.407	99.6	1717	935	54.45
2017	92,371	92,240	99.9	1398	590	42.20

ACTIVIDAD DE POBLACIÓN QUE ACCEDE A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	112.699	110.542	98.1	52133	39696	76.14
2013	164.405	145.961	88.8	53362	37931	71.08
2014	170.742	166.310	97.4	47785	37665	78.82
2015	239.711	231.888	96.7	47869	35844	74.88
2016	222.770	222.544	99.9	49207	43931	89.27
2017	361,232	323,730	89.6	46662	36044	77.24

ACTIVIDAD DE ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	376.044	350.098	93.1	10724	7706	71.85
2013	224.716	193.443	86.1	8429	8741	103.10
2014	267.042	254.577	95.3	7449	7059	94.76
2015	428.540	416.088	97.1	9432	8345	88.47
2016	540.751	531.697	98.3	10674	12271	114.96
2017	950,348	842,983	88.7	11032	13453	121.94

ANEXO 2-B

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO RESPECTO AL AVANCE DE METAS FÍSICAS DEL PROGRAMA DE MATERNO NEONATAL

ACTIVIDAD DE ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	3,431,683	3,262,446	95.2	18903	13586	71.87
2013	4,713,015	4,150,363	88.1	17772	14953	84.14
2014	4,524,176	4,233,940	93.6	18618	13780	74.01
2015	4,236,875	4,002,300	94.5	15799	13598	86.07
2016	2,249,494	2,215,217	98.5	14334	11657	81.32
2017	2,155,527	2,067,532	95.9	13953	11530	82.63

ACTIVIDAD DE ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRÚRGICO

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	233.746	176.672	75.6	1820	1578	86.70
2013	154.046	142.190	92.3	1769	1234	69.76
2014	213.281	211.062	99.0	1433	1035	72.22
2015	198.415	174.436	87.9	1505	1419	94.28
2016	471.719	468.222	99.3	1176	846	71.94
2017	722,205	535,160	74.1	1092	1272	116.48

ACTIVIDAD DE ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO (CESAREA)

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	535.825	451.970	84.4	2092	1908	91.20
2013	645.954	595.690	92.5	2261	2246	99.34
2014	858.102	810.571	94.5	2425	2374	97.89
2015	465.525	436.915	93.9	2504	2367	94.53
2016	808.424	795.758	98.4	2402	2458	102.33
2017	663,265	586,437	88.4	2425	2594	106.96

ACTIVIDAD DE ATENCIÓN DEL PUERPERIO

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	135.559	112.579	83.1	20051	15260	76.11
2013	115.091	101.109	87.9	20546	14234	69.28
2014	432.273	400.371	92.6	19010	13792	72.55
2015	806.783	746.396	92.8	17998	13981	77.68
2016	228.811	221.091	96.6	16390	10885	66.41
2017	369,149	356,240	96.5	16642	12888	77.44

ANEXO 2-C

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO RESPECTO AL AVANCE DE METAS FÍSICAS DEL PROGRAMA DE MATERNO NEONATAL

ACTIVIDAD DE ATENCIÓN DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	98.560	95.254	96.6	441	184	41.72
2013	109.038	103.507	94.9	496	410	82.66
2014	88.453	85.358	96.5	384	264	68.75
2015	138.207	122.213	88.4	360	261	72.50
2016	219.478	215.255	98.1	353	321	90.93
2017	96,498	92,508	95.9	452	622	137.61

ACTIVIDAD DE ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	259.793	241.502	93.0	5252	4531	86.27
2013	227.691	220.125	97.3	10913	10667	97.74
2014	250.162	219.476	87.7	6496	5357	82.46
2015	368.188	357.566	97.1	13039	9780	75.00
2016	415.532	402.388	96.8	13170	12133	92.13
2017	564,158	456,501	80.9	11195	13854	123.75

ACTIVIDAD DE MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA

AÑOS	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			AVANCE DE META FÍSICA		
	PIM	EJECUCIÓN	%	PROGRAMADO	AVANCE	%
2012	1,203,090	1,178,495	98.1	155	136	87.74
2013	250.501	240.268	95.9	220	188	85.45
2014	1,778,390	468.066	26.5	186	156	83.87
2015	1,507,486	921.623	61.2	204	162	79.41
2016	5,660,475	5,454,278	96.4	155	135	87.09
2017	2,231,339	1,797,947	80.6	187	182	97.32

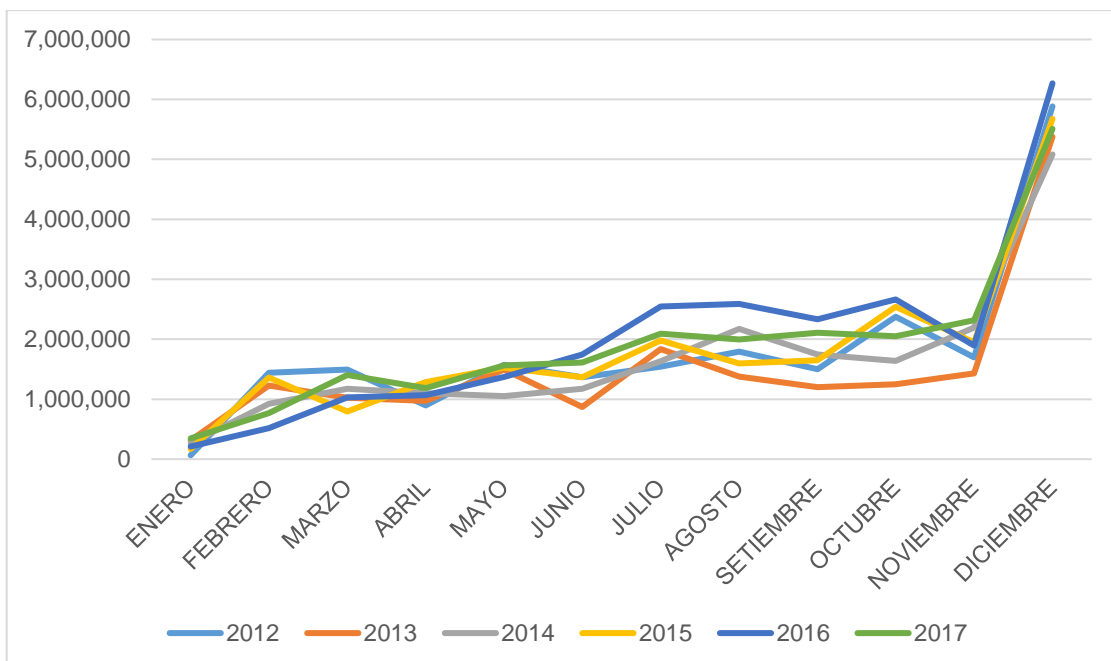
ANEXO 3. Ejecución del presupuesto de bienes y servicios en forma mensual y por FTE.FTO. de recursos ordinarios del programa articulado nutricional, años 2012 – 2017.

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE BIENES Y SERVICIOS EN FORMA MENSUAL Y POR FTE.FTO. DE RECURSOS ORDINARIOS DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL, AÑOS 2012 – 2017

Años/meses	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Enero	64,936	314,594	269,720	170,178	211,217	346,374
Febrero	1,440,366	1,227,800	924,628	1,360,957	517,473	768,013
Marzo	1,496,486	1,026,718	1,176,318	797,365	1,028,593	1,403,783
Abril	896,586	969,677	1,098,681	1,288,261	1,066,136	1,182,227
Mayo	1,574,468	1,496,273	1,052,573	1,525,752	1,373,076	1,562,935
Junio	1,365,087	867,713	1,174,091	1,366,622	1,743,748	1,612,004
Julio	1,541,133	1,836,752	1,635,163	1,981,857	2,543,804	2,092,212
Agosto	1,794,085	1,374,618	2,173,782	1,597,630	2,588,174	1,995,404
Setiembre	1,502,088	1,201,415	1,743,258	1,648,139	2,334,167	2,108,227
Octubre	2,374,309	1,249,320	1,637,503	2,540,355	2,661,722	2,050,380
Noviembre	1,700,059	1,429,555	2,195,281	1,947,017	1,894,140	2,317,010
Diciembre	5,883,262	5,376,613	5,083,137	5,675,884	6,268,081	5,507,887
Totales	21,632,865	18,371,048	20,164,135	21,900,017	24,230,331	22,946,456

FUENTE: Elaboración propia en base al Portal de transparencia Económica - MEF.

Su figura respectiva:



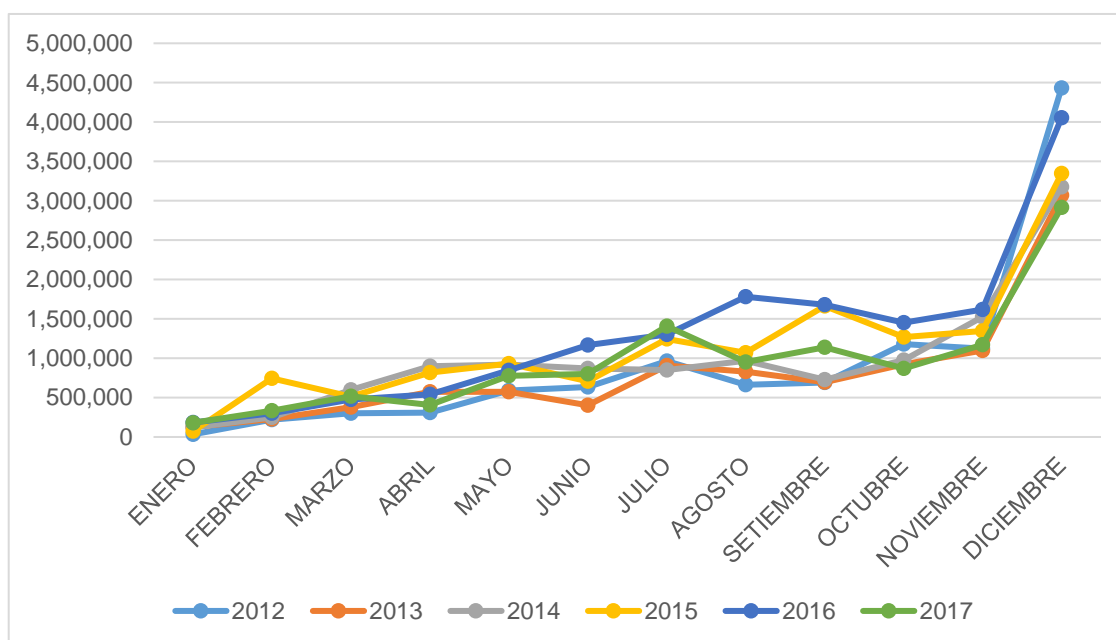
ANEXO 3 - A

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE BIENES Y SERVICIOS EN FORMA MENSUAL Y POR FTE.FTO. DE RECURSOS ORDINARIOS DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL, AÑOS 2012 – 2017

AÑOS/MESES	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ENERO	33,292	126,187	122,037	71,875	183,604	181,016
FEBRERO	219,664	228,468	249,413	744,379	299,180	335,398
MARZO	301,217	376,544	597,830	512,814	474,548	517,329
ABRIL	309,633	572,796	898,775	819,339	539,389	406,513
MAYO	591,536	573,159	918,242	930,400	847,673	776,900
JUNIO	636,153	404,305	869,808	706,541	1,167,917	799,379
JULIO	963,838	908,439	852,062	1,243,709	1,302,097	1,407,523
AGOSTO	663,120	830,961	966,305	1,069,863	1,780,529	949,895
SETIEMBRE	690,752	694,899	728,019	1,664,836	1,679,724	1,136,790
OCTUBRE	1,181,000	924,738	976,971	1,270,673	1,451,406	869,557
NOVIEMBRE	1,121,810	1,096,946	1,523,173	1,344,661	1,619,881	1,171,006
DICIEMBRE	4,432,675	3,070,213	3,173,991	3,345,161	4,053,287	2,915,016
TOTALES	11,146,702	9,809,668	11,878,640	13,726,266	15,401,251	11,468,339

Fuente: Elaboración propia en base al Portal de transparencia Económica - MEF.

Su gráfica respectiva:



ANEXO 4. Técnica de la encuesta aplicada

TÉCNICA DE LA ENCUESTA APLICADA

En el presente trabajo de investigación para complementar el análisis respectivo del estudio, se realizó la técnica de la encuesta a nivel de la Región de Puno, tomando las consideraciones y aspectos técnicos que a continuación detallamos:

POBLACIÓN

En la población, se dan dos clases de población observable, siendo esta la población técnica y la población estudiada.

Nuestra población estudiada fueron el número de mujeres de la Región de Puno en edad de gestación (entre 20-49 años), que en total de 304,456 distribuidas en los distintas REDESS de Salud de la DIRESA Puno, (dicha información fue extraída de la proyección inferencia para el 2017 INEI-DIRESA PUNO - OEIT). Siendo esta población nuestro marco o espacio de muestra donde se aplicarán nuestras encuestas.

MUESTRA

La muestra fue elegida por los métodos estadísticos más apropiados para este tipo de estudios, siendo esta muestra en lo posible representativa, al reunir las características de la población que son importantes para nuestro estudio, para ello, de forma preliminar se realizó una encuesta piloto para determinar la proporción de acierto.

El método de muestreo elegido fue el muestreo probabilístico al basarse este en el principio de la equiprobabilidad, y así asegurar la representatividad de la muestra extraída.

Conforme a los datos obtenidos del INEI, se estratificó la población total en racimos correspondientes al número total de REDESS de la Región, de acuerdo al siguiente detalle:

RED Azángaro, 21194 unidades poblacionales, porcentaje 6.96%.

RED Chucuito, 28116 unidades poblacionales, porcentaje 9.23%.

RED Collao, 17599 unidades poblacionales, porcentaje 5.78%.

RED Huancané, 29835 unidades poblacionales, porcentaje 9.79%.

RED Lampa, 7547 unidades poblacionales, porcentaje 2.47%.

RED Macusani, 9635 unidades poblacionales, porcentaje 3.16%.

RED Melgar, 30122 unidades poblacionales, porcentaje 9.89%.

RED Puno, 57108 unidades poblacionales, porcentaje 18.76%.

RED San Román, 82658 unidades poblacionales, porcentaje 27.15%.

RED Sandia, 9707 unidades poblacionales, porcentaje 3.18%.

RED Yunguyo, 10935 unidades poblacionales, porcentaje 3.59%.

TOTAL 304,456 unidades poblacionales.

Antes de determinar el tamaño de la muestra, fue necesario tomar en cuenta varios factores estadísticos, los cuales son:

Error muestra; para el estudio realizado se tomó un error muestra del 5% al ser un estudio estadístico de campo estándar y no de laboratorio.

Nivel de confianza; para el estudio realizado se tomó un nivel de confianza del 95% al ser este un nivel de confianza estándar para este tipo de investigaciones de campo.

Proporción; el número de casos favorables con respecto al total, para el cálculo de dicha proporción se tomó en cuenta la encuesta piloto de 10 unidades muestrales que nos dio el siguiente resultado: el 50% de los encuestados respondieron favorablemente al estudio piloto realizado; el 50% de los encuestados respondieron negativamente al estudio piloto realizado.

Estratificación; la proporción por racimos tomada para cada sector fue la siguiente:

RED Azángaro, proporción del 0.0696.

RED Chucuito, proporción del 0.0923.

RED Collao, proporción del 0.0578.

RED Huancané, proporción del 0.0979.

RED Lampa, proporción del 0.0247.

RED Macusani, proporción del 0.0316.

RED Melgar, proporción del 0.0989.

RED Puno, proporción del 0.1876.

RED San Román, proporción del 0.2715.

RED Sandia, proporción del 0.0318.

RED Yunguyo, proporción del 0.0359.

Para el cálculo del tamaño de la muestra para la estimación de las proporciones poblacionales, se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)e^2 + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Donde:

Z: Corresponde al nivel de confianza elegido (0.95).

P: Proporción del número de casos favorables respecto al total (0.5).

e: Error máximo (0.05).

N: Tamaño de la población (304456 unidades poblacionales).

Reemplazando:

$$n = \frac{304,456 * 1.96^2 * 0.5 * (0.5 - 1)}{(304,456 - 1) * 0.05^2 + 1.96^2 * 0.5 * (0.5 - 1)} = 383.67 \cong 384$$

La corrección de muestreo aplicable cuando ($n/N > 5\%$) con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

No será aplicable por ser: ($n/N = 0.1\% < 5\%$); por lo que no se cumple la condición, y consecuentemente no es aplicable la fórmula de corrección, siendo el total de unidades muestrales de 384.

Estratificación; la proporción por racimos tomada y multiplicada por el tamaño de la muestra resultante es:

Para la RED Azángaro; $26.72 \approx 27$ unidades muestrales.

Para la RED Chucuito; $35.44 \approx 35$ unidades muestrales.

Para la RED Collao; $22.19 \approx 22$ unidades muestrales.

Para la RED Huancané; $37.59 \approx 38$ unidades muestrales.

Para la RED Lampa; $9.48 \approx 10$ unidades muestrales.

Para la RED Macusani; $12.13 \approx 12$ unidades muestrales.

Para la RED Melgar; $37.97 \approx 38$ unidades muestrales.

Para la RED Puno; $72.03 \approx 72$ unidades muestrales.

Para la RED San Román; $104.25 \approx 104$ unidades muestrales.

Para la RED Sandia; $12.21 \approx 12$ unidades muestrales.

Para la RED Yunguyo; $13.78 \approx 14$ unidades muestrales.

Entonces para la obtención de los distintos preguntas relacionados a las hipótesis de la investigación se observó un total de 384 unidades muestrales representados por; 27 mujeres en edad de gestación de la RED Azángaro, 35 mujeres en edad de gestación de la RED Chucuito, 22 mujeres en edad de gestación de la RED Collao, 38 mujeres en edad de gestación de la RED Huancané, 10 mujeres en edad de gestación de la RED Lampa, 12 mujeres en edad de gestación de la RED Macusani, 38 mujeres en edad de gestación de la RED Melgar, 72 mujeres en edad de gestación de la RED Puno, 104 mujeres en edad de gestación de la RED San Román, 12 mujeres en edad de gestación de la RED Sandia, 14 mujeres en edad de gestación de la RED Yunguyo.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

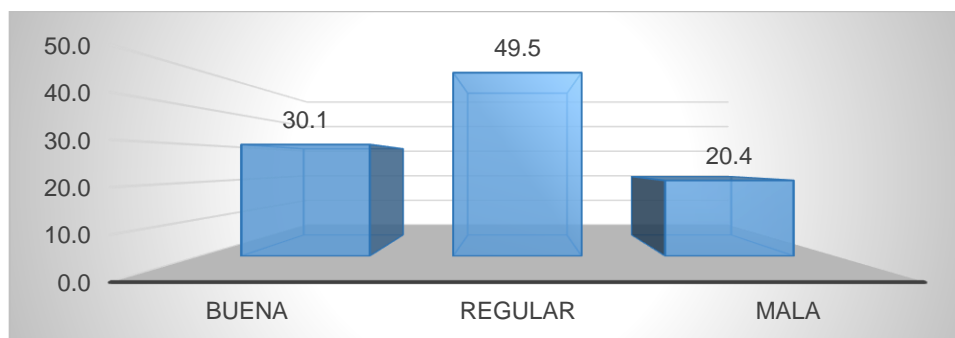
1.- A la pregunta: ¿Cómo es la atención en su establecimiento de salud?

Porcentaje de la atención en el establecimiento de salud.

CUADRO 1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Buena	115	29.9	30.1	30.1
	Regular	189	49.2	49.5	79.6
	Mala	78	20.3	20.4	100.0
	Total	382	99.5	100.0	
Perdidos	Sistema	2	.5		
Total		384	100.0		

GRAFICO 1



INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA

Del 100% de la población, el 49.5% reciben una atención REGULAR en su establecimiento de salud.

Del 100% de la población, el 30.1% reciben una atención BUENA en su establecimiento

Del 100% de la población, el 20.4% reciben una atención MALA en su establecimiento

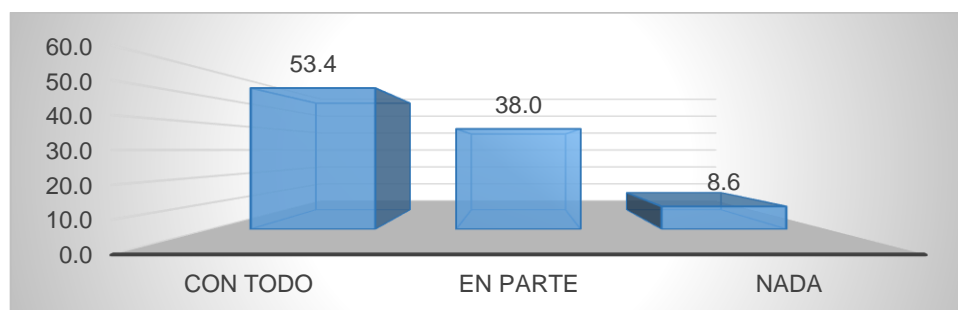
2.- A la pregunta: ¿Cuándo está gestando cumple con los controles de gestación de acuerdo a las normas y recomendados por el profesional de salud?

Porcentaje de cumplimiento de los controles recomendados.

CUADRO 2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Con todo	204	53.1	53.4	53.4
	En parte	145	37.8	38.0	91.4
	Nada	33	8.6	8.6	100.0
	Total	382	99.5	100.0	
Perdidos	Sistema	2	.5		
Total		384	100.0		

GRAFICO 2



INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA

Del 100% de la población, el 53.4% cumplen con todo respecto a sus controles recomendados por los profesionales de salud.

Del 100% de la población, el 38.0% cumplen en parte respecto a sus controles recomendados por los profesionales de salud.

Del 100% de la población, el 8.6% no cumplen con sus controles recomendados por los profesionales de salud.

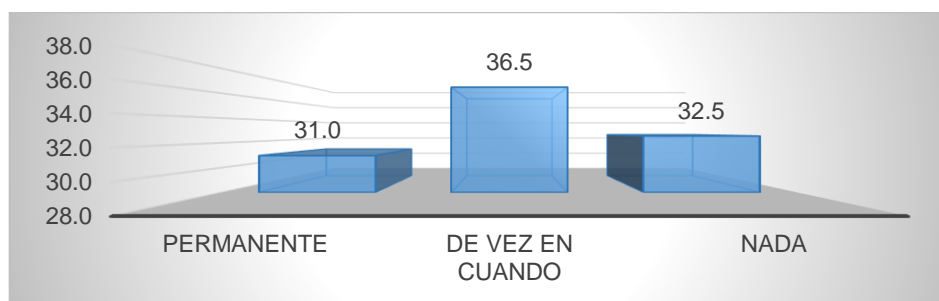
3.- A la pregunta: ¿El personal de salud hace seguimiento de control de gestación?

Porcentaje de seguimiento de control de gestación por el personal de salud.

CUADRO 3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Permanente	118	30.7	31.0	31.0
	De vez en cuando	139	36.2	36.5	67.5
	Nada	124	32.3	32.5	100.0
	Total	381	99.2	100.0	
Perdidos	Sistema	3	.8		
Total		384	100.0		

GRAFICO 3



INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA

Del 100% de la población, el 36.5% considera que el personal de salud realiza un seguimiento del control de gestación de vez en cuando.

Del 100% de la población, el 32.5% considera que el personal de salud no realiza.

Del 100% de la población, el 31.0% considera que el personal de salud realiza un seguimiento del control de gestación permanentemente.

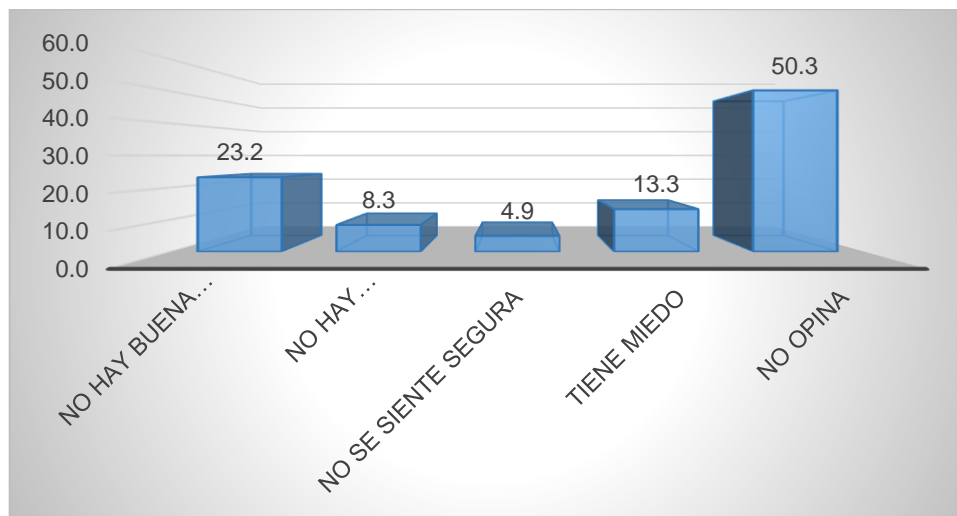
4.- A la pregunta: ¿Usted por qué no quiere tener parto en el EESS?

Porcentaje de razón por la que no quiere dar parto en el establecimiento

CUADRO 4

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hay buena atención	89	23.2	23.2	23.2
	No hay profesional de salud	32	8.3	8.3	31.5
	No se siente segura	19	4.9	4.9	36.5
	Tiene miedo	51	13.3	13.3	49.7
	No opina	193	50.3	50.3	100.0
	Total	384	100.0	100.0	

GRAFICO 4



INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA

Del 100% de la población, el 50.3% no tiene razón por la que no quiere tener parto en el establecimiento de salud.

Del 100% de la población, el 23.2% considera que la razón por la que no quiere tener parto en el establecimiento de salud, es que no hay buena atención.

Del 100% de la población, el 13.3% considera que la razón por la que no quiere tener parto en el establecimiento de salud, es que tiene miedo.

Del 100% de la población, el 8.3% considera que la razón por la que no quiere tener parto en el establecimiento de salud, es que no hay profesional de salud.

Del 100% de la población, el 4.9% considera que la razón por la que no quiere tener parto en el establecimiento de salud, es que no se siente segura.

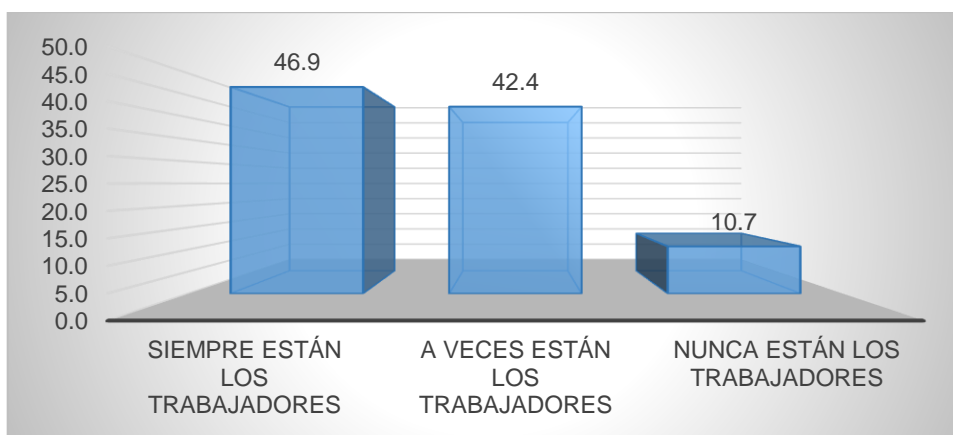
5.- A la pregunta: ¿Cuándo va al EESS para su atención, los trabajadores siempre están o no están?

Porcentaje de permanencia de los trabajadores de los establecimientos de salud.

CUADRO 5

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre están los trabajadores	179	46.6	46.9	46.9
	A veces están los trabajadores	162	42.2	42.4	89.3
	Nunca están los trabajadores	41	10.7	10.7	100.0
	Total	382	99.5	100.0	
Perdidos	Sistema	2	.5		
Total		384	100.0		

GRAFICO 5



INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA

Del 100% de la población, el 46.9% considera que los trabajadores de los establecimientos de salud siempre están.

Del 100% de la población, el 42.4% considera que los trabajadores de los establecimientos de salud a veces están.

Del 100% de la población, el 10.7% considera que los trabajadores de los establecimientos de salud nunca están.

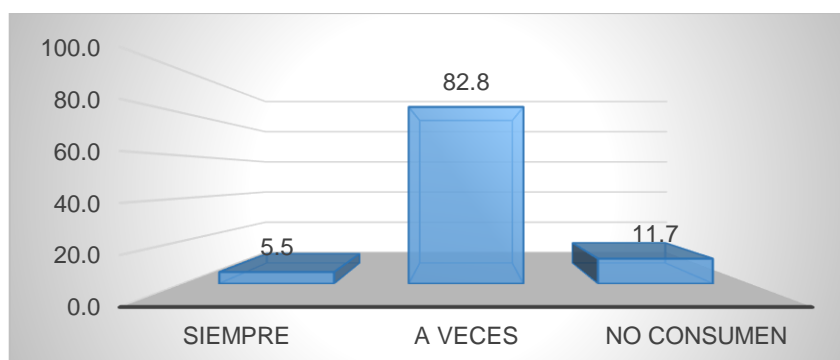
6.- A la pregunta: ¿Tus niños consumen alimentos chatarra?

Porcentaje de consumo de alimentos chatarra por los niños.

CUADRO 6

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	21	5.5	5.5	5.5
	A veces	317	82.6	82.8	88.3
	No consumen	45	11.7	11.7	100.0
	Total	383	99.7	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.3		
Total		384	100.0		

GRAFICO 6



INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA

Del 100% de la población, el 82.8% señalan que sus niños consumen alimentos chatarra a veces.

Del 100% de la población, el 11.7% señalan que sus niños no consumen chatarra.

Del 100% de la población, el 5.5% señalan que sus niños consumen chatarra siempre.

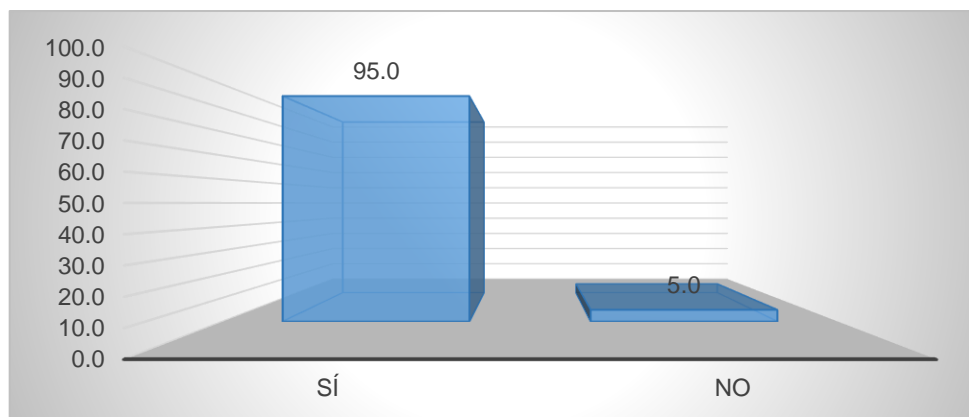
7.- A la pregunta: ¿Le das leche materna a tus niños hasta la edad recomendada?

Porcentaje de leche materna que se da a los niños hasta la edad recomendada.

CUADRO 7

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	364	94.8	95.0	95.0
	No	19	4.9	5.0	100.0
	Total	383	99.7	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.3		
Total		384	100.0		

GRAFICO 7



INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA

Del 100% de la población, el 95.0% señalan que dieron leche materna a sus niños hasta la edad recomendada.

Del 100% de la población, el 5.0% señalan que no dieron leche materna a sus niños hasta la edad recomendada.

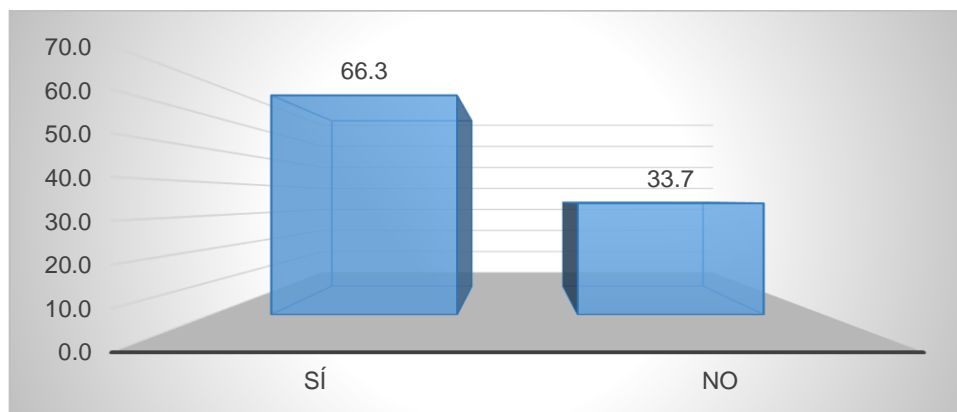
8.- A la pregunta: ¿El establecimiento de salud te da suficientes Chispitas para tus niños?

Porcentaje de otorgamiento de suficientes Chispitas para los niños por parte de los establecimientos de salud.

CUADRO 8

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	248	64.6	66.3	66.3
	No	126	32.8	33.7	100.0
	Total	374	97.4	100.0	
Perdidos	Sistema	10	2.6		
Total		384	100.0		

GRAFICO 8



INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA

Del 100% de la población, el 66.3% señalan que los establecimientos de salud les da suficientes Chispitas.

Del 100% de la población, el 33.7% señalan que los establecimientos de salud no les da suficientes Chispitas.

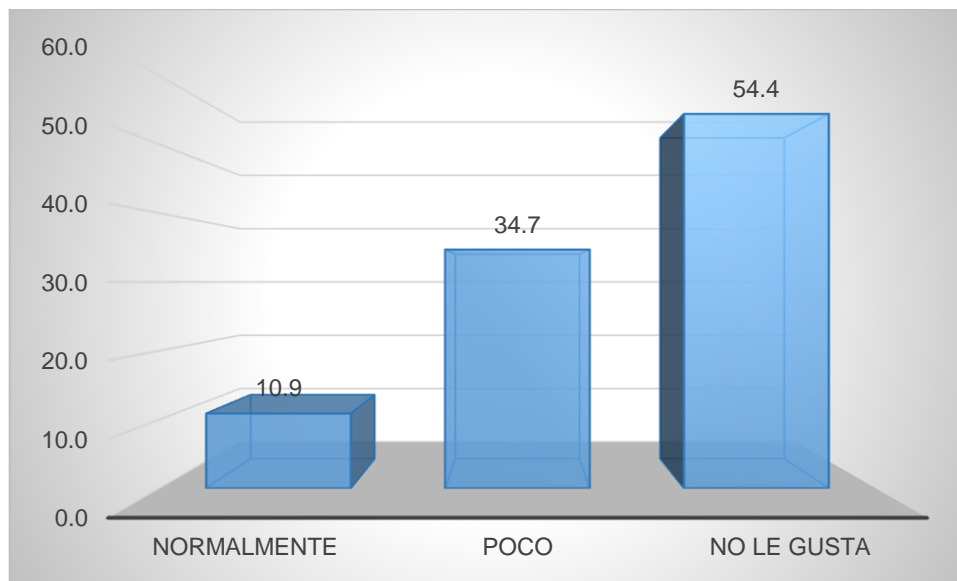
9.- A la pregunta: ¿A tus niños les gusta consumir Chispitas?

Porcentaje de gusto de los niños por las Chispitas.

CUADRO 9

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normalmente	37	9.6	10.9	10.9
	Poco	118	30.7	34.7	45.6
	No le gusta	185	48.2	54.4	100.0
	Total	340	88.5	100.0	
Perdidos	Sistema	44	11.5		
Total		384	100.0		

GRAFICO 9



INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA

Del 100% de la población, el 54.4% señalan que a sus niños no les gusta las Chispitas.

Del 100% de la población, el 34.7% señalan que a sus niños les gusta poco las Chispitas.

Del 100% de la población, el 10.9% señalan que a sus niños les gusta normalmente las Chispitas.

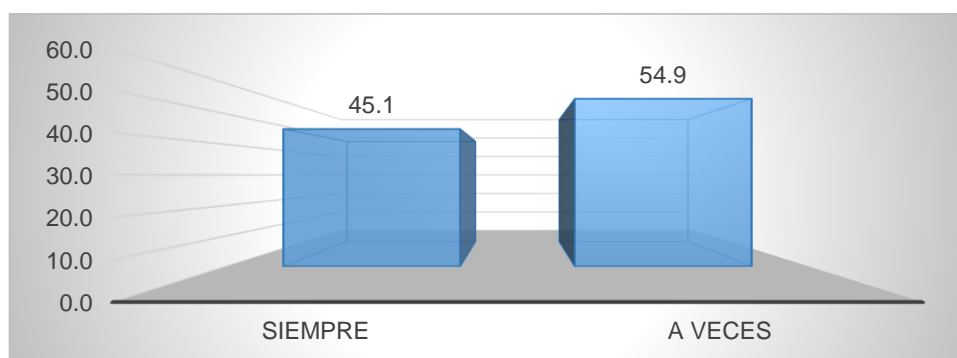
10.- A la pregunta: ¿Usted y tus niños menores de 5 años consumen alimentos naturales como la quinua, cañigua, cebada, habas, chuño y otros?

Porcentaje de consumo de alimentos naturales de la madre y los niños.

CUADRO 10

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	173	45.1	45.1	45.1
	A veces	211	54.9	54.9	100.0
	Total	384	100.0	100.0	

GRAFICO 10



INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA

Del 100% de la población, el 54.9% señalan que sus niños a veces consumen alimentos naturales.

Del 100% de la población, el 45.1% señalan que sus niños siempre consumen alimentos naturales.

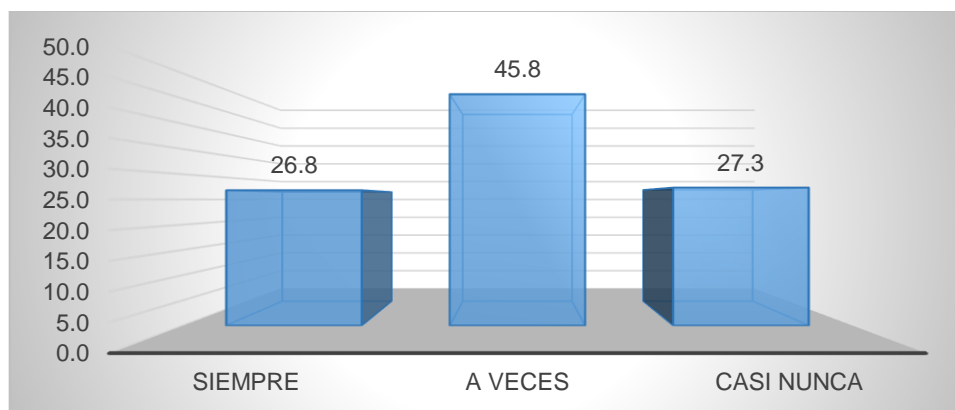
11.- A la pregunta: ¿Recibe educación y promoción del profesional de salud sobre consumo de alimentos?

Porcentaje de educación y promoción de consumo de alimentos por profesional de salud.

CUADRO 11

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	103	26.8	26.8	26.8
	A veces	176	45.8	45.8	72.7
	Casi nunca	105	27.3	27.3	100.0
	Total	384	100.0	100.0	

GRAFICO 11



INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA

Del 100% de la población, el 45.8% señalan que a veces recibe educación y promoción de profesional de salud sobre consumo de alimentos.

Del 100% de la población, el 27.3% señalan que casi nunca recibe educación y promoción de profesional de salud sobre consumo de alimentos.

Del 100% de la población, el 26.8% señalan que siempre recibe educación y promoción de profesional de salud sobre consumo de alimentos.