



# UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

## ESCUELA DE POSGRADO

### DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



#### TESIS

### RELACIÓN DEL PRESUPUESTO PÚBLICO ASIGNADO A LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES CON LOS INDICADORES DE SALUD EN LAS REDES DE LA REGIÓN DE PUNO: PERIODO 2015-2020

**PRESENTADA POR:**

**ARTURO ZAIRA CHURATA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

**DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**PUNO, PERÚ**

**2022**



# UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

## ESCUELA DE POSGRADO

### DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

#### TESIS

### RELACIÓN DEL PRESUPUESTO PUBLICO ASIGNADO A LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES CON LOS INDICADORES DE SALUD EN LAS REDES DE LA REGIÓN DE PUNO: PERIODO 2015-2020

PRESENTADA POR:

ARTURO ZAIRA CHURATA

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD

APROBADA POR EL JURADO SIGUIENTE:

PRESIDENTE

  
.....  
Dr. JOSE DANTE GUTIERREZ ALBERONI

PRIMER MIEMBRO

  
.....  
Dr. JORGE LUIS MERCADO PORTAL

SEGUNDO MIEMBRO

  
.....  
Dra. VILMA MAMANI CORI

ASESOR DE TESIS

  
.....  
Dr. WILBER PAREDES UGARTE

Puno, 20 de Julio del 2022

**ÁREA:** Ciencias de la Salud.

**TEMA:** Evaluación de programas y proyectos de intervención en salud.

**LÍNEA:** Presupuesto público asignado a los programas presupuestales



## DEDICATORIA

A Dios, por guiarme a lo largo de mi vida y ser el apoyo, fortaleza en los momentos difíciles y de debilidad.

A mi querido padre Eleuterio S. Zaira Espinoza, quien desde el cielo está presente conmigo y seguro me estará guiando.

A mi madre Fortunata, mis hermanos David, Nora, Roger, Rubén y Mariela, por estar siempre conmigo en los momentos de felicidad y en las situaciones negativas que tiene la vida.

A mi esposa, por apoyarme en mi desarrollo personal y profesional.

A mis hijos Andrea y Álvaro que son la inspiración y motor de seguir avanzando profesionalmente.



## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional del Altiplano Puno por ser mi alma mater de formación académica y profesional, especialmente al Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud.

A todos los docentes del Doctorado en Ciencias de la salud, por sus enseñanzas teóricas y prácticas en las clases virtuales y presenciales durante los seis semestres de estudio.



## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE GENERAL	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
INDICE DE ACRÓNIMOS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	1

### CAPITULO I

#### REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. Marco teórico	2
1.1.1. Presupuesto publico	2
1.1.2. Etapas del proceso presupuestario	4
1.1.3. Presupuesto público en el sector salud	6
1.1.4. Programas presupuestales en salud	7
1.1.5. Indicadores de salud	13
1.1.6. Estadística de indicadores de salud	15
1.2. Antecedentes	20
1.2.1. A nivel internacional	21
1.2.2. A nivel nacional	22
1.2.3. A nivel regional	26



## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1.	Identificación del problema	27
2.2.	Enunciado del problema	28
2.3.	Justificación	29
2.4.	Objetivos	30
2.4.1.	Objetivo general	30
2.4.2.	Objetivos específicos	30
2.5.	Hipótesis	30

## CAPITULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.	Lugar de estudio	31
3.2.	Población	31
3.3.	Muestra	32
3.4.	Método de la investigación	32
3.5.	Descripción detallada de métodos por objetivos específicos	32

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.	Presupuesto público de los programas presupuestales	35
4.2.	Indicadores de resultado final de los programas presupuestales.	40
4.3.	Relación del presupuesto público con los indicadores de resultado final de los programas presupuestales.	51

CONCLUSIONES	80
--------------	----

RECOMENDACIONES	82
-----------------	----

BIBLIOGRAFÍA	83
--------------	----

ANEXOS	96
--------	----

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
1. Tabla 1 Presupuesto público programado y ejecutado de los programas presupuestales en la REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020	36
2. Tabla 2 Indicadores de resultado final de los programas presupuestales en la REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020	40
3. Tabla 3 Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa articulado nutricional (desnutrición crónica)	51
4. Tabla 4 Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa salud materno infantil (mortalidad materna)	54
5. Tabla 5 Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa salud materno infantil (mortalidad neonatal)	56
6. Tabla 6 Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa TBC – VIH/SIDA (VIH)	58
7. Tabla 7 Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa TBC – VIH/SIDA (TBC)	60
8. Tabla 8 Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Enfermedades metaxénicas y zoonosis (Parasitosis)	62
9. Tabla 9 Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Enfermedades metaxénicas y zoonosis (Rabia humana)	64
10. Tabla 10 Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Enfermedades no transmisibles (Presión arterial alta)	66
11. Tabla 11 Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Enfermedades no transmisibles (Diabetes)	68
12. Tabla 12 Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Prevención y control del cáncer (Mortalidad por cáncer)	71
13. Tabla 13 Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas (Mortalidad por emergencias y urgencias)	73



- 14.** Tabla 14 Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad (Personas con discapacidad) 75
- 15.** Tabla 15 Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Control y prevención en salud mental (Suicidios) 77



## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
1. Figura 1 Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa articulado nutricional (desnutrición crónica) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020	51
2. Figura 2 Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa salud materno infantil (mortalidad materna) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020	53
3. Figura 3 Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa salud materno infantil (mortalidad neonatal) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020	55
4. Figura 4 Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa TBC – VIH/SIDA (VIH) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020	57
5. Figura 5 Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa TBC – VIH/SIDA (TBC) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020	60
6. Figura 6 Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Enfermedades metaxénicas y zoonosis (Parasitosis) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020	62
7. Figura 7 Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Enfermedades metaxénicas y zoonosis (Rabia humana) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020	64
8. Figura 8 Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Enfermedades no transmisibles (Presión arterial alta) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 - 2020	66
9. Figura 9 Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Enfermedades no transmisibles (Diabetes) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020	68



10. Figura 10 Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Prevención y control del cáncer (Mortalidad por cáncer) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020 71
11. Figura 11 Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas (Mortalidad por emergencias y urgencias) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020 73
12. Figura 12 Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad (Personas con discapacidad) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 202 75
13. Figura 13 Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Control y prevención en salud mental (Suicidios) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020 77



## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
1. Anexo N° 1:Ficha de presupuesto público asignado y ejecutado a los programas presupuestales en las 11 REDES de Salud entre el 2015 al 2020	97
2. Anexo N° 2:Ficha de indicadores de salud de los programas presupuestales de las 11 REDES de Salud entre el 2015 al 2020	98



## INDICE DE ACRÓNIMOS

CRED	: Control de Crecimiento y Desarrollo
CPN	: Control Pre Natal
DGPP	: Dirección General del Presupuesto Público
DIRESA	: Dirección Regional de Salud
EDA	: Enfermedad Diarreica Aguda
EDEP	: Evaluaciones de Diseño y Ejecución Presupuestal
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EESS	: Establecimientos de Salud
ENT	: Enfermedades No Transmisibles
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
INEN	: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
INS	: Instituto Nacional de Salud
IRA	: Infección Respiratoria Aguda
MEF	: Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS	: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	: Ministerio de Salud
OCDE	: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	: Organización Mundial de la Salud
ODS	: Objetivos de Desarrollo Sostenible
PAN	: Programa Articulado Nutricional
PBI	: Producto Bruto Interno
PCA	: Programación de Compromisos Anual



PEI	: Plan Estratégico Institucional
PIA	: Presupuesto Institucional de Apertura
PIM	: Presupuesto Institucional Modificado
PpR	: Presupuesto por Resultados
REDES	: Red de Salud
SIDA	: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIAF	: Sistema de Integrado de Administración Financiera
TBC	: Tuberculosis Pulmonar
VIH	: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

## RESUMEN

El presente estudio tuvo por objetivo determinar la relación entre el presupuesto público asignado a los programas presupuestales y los indicadores de salud en las Redes de Salud entre los años 2015 - 2020, la investigación fue de tipo descriptivo y de corte transversal, la muestra estuvo constituido por 09 programas presupuestales, el método utilizado fue el observacional mediante la recolección de datos de series históricas, la hipótesis estadística fue realizada con la correlación de Pearson. Los resultados indican que los programas presupuestales con mayor incremento presupuestal fueron articulado nutricional con S/. 27'578,780.0, salud materno infantil S/. 13'805,386.0, enfermedades no transmisibles S/. 7'419,410.0, control y prevención en salud mental S/. 6'184,140.0 y los de menor incremento fueron enfermedades metáxicas y zoonosis con S/. 912,606.0, prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad con S/. 1'248,088.0. Los indicadores que más disminuyeron fueron la desnutrición crónica con 3.4 %, mortalidad materna en 39.7 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, mortalidad por cáncer en 14.8 defunciones por cada 100,000 habitantes y mortalidad por TBC en 6.4 defunciones por cada 100,000 habitantes, los que aumentaron fueron el porcentaje de personas con presión elevada en 1.1 % y la diabetes en 2.8 %. Existe relación entre la asignación presupuestal y la evolución del indicador de desnutrición crónica ( $p < 0.05$ ) y no existe relación con los demás indicadores de los programas presupuestales de las REDES de Puno ( $p > 0.05$ ).

**Palabras clave:** Indicadores de resultado final, porcentaje de avance, presupuesto ejecutado, presupuesto programado, Red de Salud.



## ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between the public budget assigned to budget programs and health indicators in Health Networks between the years 2015 - 2020, the research was descriptive and cross-sectional, the sample was constituted for 09 budget programs, the method used was observational by collecting data from historical series, the statistical hypothesis was made with the Pearson correlation. The results indicate that the budget programs with the highest budget increase were articulated nutritionally with S/. 27'578,780.0, maternal and child health S/. 13'805,386.0, non-communicable diseases S/. 7'419,410.0, control and prevention in mental health S/. 6'184,140.0 and those with the lowest increase were metaxenic diseases and zoonoses with S/. 912,606.0, prevention and management of secondary health conditions in people with disabilities with S/. 1'248,088.0. The indicators that decreased the most were chronic malnutrition with 3.4%, maternal mortality in 39.7 deaths per 100,000 live births, cancer mortality in 14.8 deaths per 100,000 inhabitants and TB mortality in 6.4 deaths per 100,000 inhabitants, those that increased were the percentage of people with high blood pressure in 1.1% and diabetes in 2.8%. There is a relationship between the budget allocation and the evolution of the chronic malnutrition indicator ( $p < 0.05$ ) and there is no relationship with the other indicators of the budget programs of the NETWORKS of Puno ( $p > 0.05$ ).

**Keywords:** Executed budget, final result indicators, health network percentage of progress, programmed budget.

## INTRODUCCIÓN

La Declaración de Alma-Ata asumió a la salud como un derecho humano fundamental y propuso un modelo de atención en salud integral basado en la atención primaria de salud (APS), que involucra la promoción de la salud, la participación social y la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud (Báscolo et al., 2018).

De igual manera, en el marco de esta nueva agenda de desarrollo, el Perú se ha comprometido a alcanzar 169 metas, muchas de las cuales están directa o indirectamente relacionadas con salud y que comprometen el rol del Ministerio de Salud (MINSA, 2019a).

Por otra parte, el conjunto de elementos administrativos que hacen posible la captación y aplicación de recursos para la consecución eficiente y eficaz de objetivos y metas de la gestión gubernamental se ha denominado Administración Financiera del sector público; en este sentido, el presupuesto público constituye uno de los elementos administrativos de que se vale la acción del gobierno para alcanzar sus metas (Paredes, 2011).

Los presupuestos públicos son considerados una herramienta importante para que los gobiernos logren buenos resultados en términos de eficiencia, eficacia, calidad, costo, equidad y oportunidad a través de la intervención, el sistema presupuestario lo hace, para ello se necesita un sistema tributario consistente que lo habilite y un sistema de gobernanza que promueva el uso eficiente, productivo y eficaz de los recursos públicos. Sin embargo, en el caso del Perú, existe un significativo distanciamiento entre la formulación, diseño e implementación de políticas y los resultados que se obtienen de ellas (ILPES-CEPAL, 2002).

En base a lo descrito el presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el presupuesto público asignado a los programas presupuestales con los indicadores de salud en las REDES de la región de Puno, entre los años 2015 al 2020.

De igual manera, el trabajo de investigación está dividido en IV capítulos, en el capítulo I se describe el marco teórico y los antecedentes, en la capítulo II se menciona el planteamiento del problema, justificación, objetivos e hipótesis; en el capítulo III se describe el lugar de estudio, la población y muestra, método de la investigación, descripción de tallada de métodos por objetivos específicos; en el capítulo IV se muestra los resultados y la discusión, de igual manera la conclusiones y las recomendaciones.



## CAPITULO I

### REVISIÓN DE LITERATURA

#### 1.1. Marco teórico

##### 1.1.1. Presupuesto publico

El Presupuesto Público es un instrumento de gestión del Estado por medio del cual se asignan los recursos públicos sobre la base de una priorización de las necesidades de la población (MEF, 2011), constituye el motor de la administración del Estado y alrededor de él, se desenvuelve gran parte de la vida económica del país. Representa una herramienta que le permite a la organización pública cumplir con las metas y objetivos planteados en el año fiscal y de esa manera buscar mediante alternativas de solución las necesidades de la población en función al rol asignado por el estado.

En este contexto, el presupuesto público moderno tiene dos elementos fundamentales: uno, relacionado con los objetivos y los resultados esperados y, el otro, con la programación y asignación de los recursos necesarios para el cumplimiento de dichos objetivos (Paredes, 2011).

El presupuesto público tiene los siguientes principios:

- **Programación.** Describe claramente los objetivos y metas, las acciones requeridas para alcanzar esos objetivos y metas, el cálculo del presupuesto estimado en unidades de medida traducidas a unidades monetarias.
- **Equilibrio.** Tiene que ser formulado y aprobado en condiciones reales, los egresos deben ser equivalentes a los ingresos y estar en concordancia a los recursos estimados a recaudar.

- **Transparencia.** Tiene que ver con la precisión y la especificidad.
- **Universalidad.** Se sustenta la necesidad de que todo debe ser incluido en el presupuesto.
- **Racionalidad.** Se debe formular y ejecutar presupuestos exactos, no realizar gastos innecesarios o realizar mal uso de los presupuestos.
- **Flexibilidad.** No debe ser rígido las estructuras programáticas y los créditos presupuestarios.
- **Difusión.** Debe ser ampliamente difundido, toda vez que constituye el instrumento del gobierno para un ejercicio financiero (Paredes, 2011).

El contenido del Presupuesto comprende lo siguiente:

- a. El importe máximo de gastos en que pueden incurrir las entidades en un ejercicio fiscal, según las asignaciones presupuestarias e ingresos aprobados.
- b. Las metas de resultados a alcanzar y las metas de productos a lograrse por cada una de las Entidades con los créditos presupuestarios que el respectivo presupuesto les aprueba. (PMSJ, 2011) (Congreso de la República, 2004).

Los principios que rigen son: Equilibrio presupuestario, equilibrio macro fiscal, especialidad cuantitativa, especialidad cualitativa, universalidad y unidad, de no afectación predeterminada, integridad, información y especificidad, anualidad, eficiencia en la ejecución de los fondos públicos, centralización normativa y descentralización operativa, transparencia presupuestal, exclusividad presupuestal, principio de Programación Multianual y principios complementarios (PMSJ, 2011).

El presupuesto público se clasifica porque el sector público realiza una gran cantidad de operaciones de ingresos y gastos para cumplir con sus actividades, siendo esta clasificación: (Paredes, 2011).

- **Clasificación institucional.** Puede ser a nivel institucional, organismos funcionales, ministerios y entidades federales, municipios, institutos autónomos, sociedades civiles, fundaciones y empresas. Es decir, identifica al sujeto institucional.

- **Clasificación por objeto del gasto.** Por grupo, partida, genérica, específica y sub específica.
- **Clasificación de financiamiento.** Es decir, la forma de financiamiento, que puede ser por origen o fuentes del financiamiento.
- **Clasificación regional.** Permite el agrupamiento geográfico-espacial.
- **Clasificación sectorial.** Por sectores y sub sectores.
- **Clasificación programática.** Por programa, sub programa, proyecto, obra y actividad. Es la identificación financiera de las políticas de desarrollo (Paredes, 2011).

### 1.1.2. Etapas del proceso presupuestario

Son las siguientes:

- **Programación:** Es el primer paso del proceso presupuestario en el que la institución estima los gastos a ser ejecutados en el año fiscal siguiente, en función a los servicios que presta y para el logro de resultados. Durante esta etapa las entidades programan su propuesta de presupuesto institucional y el Ministerio de Economía y Finanzas elabora el anteproyecto de Presupuesto del Sector Público.
- **Formulación:** Es la etapa donde se determina la estructura funcional programática del pliego y las metas según prioridades, se debe establecer las cadenas de gasto y fuentes de financiamiento.

En esta fase los pliegos deben:

- a. Determinar la estructura funcional y la estructura programática del presupuesto para las categorías presupuestales, acciones centrales y asignaciones presupuestales que no resultan en productos.
- b. Enlazar cada uno de los proyectos a las categorías presupuestales.
- c. Ingresar la programación financiera y física de las actividades y acciones de inversión en el Sistema de Integrado de Administración Financiera - SIAF.

- **Aprobación:** Aprobado por el Congreso a través de una ley contiene los techos máximos de gasto a ejecutarse en el ejercicio fiscal.

Los pasos para la aprobación presupuestaria son cinco:

- a. Preparar el anteproyecto de la ley del presupuesto del sector público, a cargo del MEF - DGPP.
  - b. El Consejo de ministros envía el proyecto de ley del presupuesto al Congreso de la República.
  - c. El Congreso debate y aprueba el presupuesto público.
  - d. Las instituciones aprueban su Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) de acuerdo al techo presupuestal asignado.
  - e. La DGPP envía a los pliegos el reporte oficial de presupuesto con la desagregación por egresos e ingresos.
- **Ejecución:** En este punto se atiende las obligaciones de acuerdo al presupuesto institucional aprobado para cada entidad, en base a la Programación de Compromisos Anual (PCA).

Siendo tres los pasos de ejecución del gasto público:

1. Compromiso: Este es un acuerdo para realizar los gastos previamente aprobados. El presupuesto puede ser comprometido de manera anual o por periodos de la obligación.
  2. Devengado: Es la obligación de pago luego de haberse realizado el gasto aprobado y comprometido. Solicita el área usuaria previa acreditación de documentos de la entrega del bien o servicio materia del contrato.
  3. Pago: Es el acto en la que se concluye parcial o totalmente el monto de la obligación reconocida, esta debe ser a través del documento oficial correspondiente.
- **Evaluación:** Se efectúa las mediciones de los resultados obtenidos y el análisis de los cambios físicos y financieros observados.

Las evaluaciones son de tres tipos:

1. Evaluación a cargo de las entidades.
2. Evaluación en aspectos financieros mediante la DGPP-MEF.
3. Evaluación Global de la Gestión Presupuestaria (MEF, 2011).

La Programación y formulación se realiza entre enero a julio cuando cada pliego entrega y discute su presupuesto, en agosto pasa el anteproyecto del Consejo de ministros al poder legislativo, entre setiembre y noviembre se analiza, discute y aprueba el presupuesto por el parlamento y se aprueba la ley del presupuesto público, la ejecución se realiza a partir del 01 de enero del siguiente año, es decir entre en vigencia y se ejecuta el presupuesto. El seguimiento se realiza en este periodo de enero a diciembre, se miden los resultados obtenidos para mejorar la asignación del gasto en los años siguientes (ILPES-CEPAL, 2002).

### **1.1.3. Presupuesto público en el sector salud**

El año 2013 el Perú inició un proceso de reforma de la salud bajo la premisa de reconocer que la salud es un derecho y que el estado debe garantizar su protección (Velásquez et al., 2016), en tal sentido Perú tiene tres principales agentes financiadores del gasto en salud: los hogares o economías domésticas que compran servicios de salud afectando su presupuesto familiar; el gobierno que resuelve asignar mayores o menores recursos vía tesoro público y finalmente las alianzas con el sector privado y los empleadores formales que deciden declarar a los trabajadores que se encuentran en planilla con el consiguiente aporte del 9% de la remuneración bruta a la seguridad social en salud (EsSalud) (Petrera, 2016).

De igual manera, el sector salud tiene cinco pliegos: La Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud), el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el Ministerio de Salud (MINSa), el Instituto Nacional de Salud (INS) y el Seguro Integral de Salud (SIS). A nivel regional existen 25 sectores y los gobiernos locales también desempeñan una función. Los gobiernos locales reciben financiamiento por la prestación de servicios relacionados con la promoción de la salud, la vigilancia de salud y las zoonosis (Dale et al., 2020).

El presupuesto para el año fiscal 2019 fue de S/. 168,074'407,244 soles, representando el 20.7 % del PBI y contempla un crecimiento nominal del 6.94 % respecto al 2018; se aprecia que las prioridades están en las funciones de educación (18.2%), planeamiento, gestión y reserva de contingencia (13.5%), salud (10.8%), transporte (9.5%), deuda pública (9.1%), previsión social (7.9%), orden público y seguridad (5.9%), protección social (3.8%), justicia (3.5%), saneamiento (3.2%), defensa y seguridad nacional (3.1%) y agropecuaria (3.0%) (Congreso de la República, 2018).

Para el año 2020 el presupuesto nacional fue de S/. 177,367'859, 707.00 soles y para el sector salud fue de S/. 18,495 millones, representando el 10.4 % del presupuesto total; se designó S/ 7,909 millones en Programas Presupuestales: PAN (S/ 2,298 MM), Salud Materno Neonatal (S/ 1,858 MM), TBC-VIH (S/ 642 MM) y Salud Mental (S/ 350 MM); S/ 1,139 MM asignados a acciones contra la Anemia, S/ 1,893 MM para el Seguro Integral de Salud (incluye hemodiálisis a nivel nacional, atención de emergencias y de enfermedades de alta complejidad), S/ 2,985 MM para gasto de capital (actividades e inversiones) en salud, S/ 747 MM para la política remunerativa del personal de salud y S/ 211 MM para el inicio de funcionamiento de 26 nuevos establecimientos de salud (EESS) (Congreso de la República, 2020).

La distribución del gasto público en salud en el Perú está condicionada por el bajo nivel de recaudación tributaria y por el gasto público total (Matus-López et al., 2016), la inversión en salud como porcentaje del PBI es del 3.3%, cuando el promedio de la región bordea el 4% y el de la OCDE un 10.1%. Por otro lado, si bien la ejecución presupuestal es solo una aproximación a la eficiencia, esta indica que hay dinero que no se está empleando para solucionar el problema del sector (ComexPerú, 2019a).

#### **1.1.4. Programas presupuestales en salud**

Los programas presupuestales están diseñados en función a las evidencias, necesidades y problemáticas, siendo los investigadores quienes difunden los hallazgos de las investigaciones y son los que identifican factores causales de los principales problemas de salud, así mismo, a través de las investigaciones se demuestran resultados de intervenciones efectivas. A la fecha, se cuenta con nueve programas presupuestales que abordan los principales problemas de salud pública (desnutrición, mortalidad materna y neonatal, tuberculosis, VIH/SIDA, enfermedades metaxénicas y zoonóticas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, salud bucal, salud ocular, intoxicación por

metales pesados, cáncer, problemas de personas con discapacidad, emergencias y urgencias médicas y salud mental (Gutiérrez-Aguado, 2017).

A nivel nacional se consideran un total de 90 programas presupuestales, siendo 10 los que están relacionados de manera directa con la salud humana; a través del Presupuesto por Resultados se desarrollan instrumentos ad-hoc y para el logro de los objetivos, los instrumentos complementarios más reconocidos son:

- La programación presupuestaria.
- El seguimiento de indicadores de resultados y productos.
- La realización de evaluaciones.
- Los incentivos a la gestión.

El seguimiento del presupuesto debe corresponder a:

- La ejecución física y financiera con información del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF).
- Los indicadores de desempeño, que son utilizados en las encuestas ejecutadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y registros administrativos de las entidades del Estado.
- Los gastos sociales, que también es utilizado de la información del SIAF.

Por su parte, la evaluación del presupuesto puede obedecer a:

- Evaluaciones de diseño y ejecución presupuestal (EDEP), aplicadas al diseño, a la implementación y desempeño en la entrega de los bienes y servicios.
- Evaluaciones de impacto, que permiten estimar el logro atribuible al programa en el resultado alcanzado (Velásquez Hurtado & Rivera Sivirichi, 2017).

#### **1.1.4.1. Programa articulado nutricional**

La entidad rectora del programa es el Ministerio de Salud (MINSA), siendo la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública el responsable técnico del Programa Presupuestal. La población potencial del Programa son los niños menores.

El problema que justifica el programa es:

- Subalimentación y desnutrición: Consumo de alimentos y nutrientes que no cubren las necesidades energéticas y de nutrientes.
- Deficiencias de micronutrientes: Cuando el aporte es deficiente en una o más vitaminas y minerales esenciales.
- Sobre nutrición y obesidad: Cuando el aporte es excesivo ocasionando la acumulación anormal o excesiva de lípidos en el organismo.

Siendo el problema principal la alta prevalencia de desnutrición crónica en los niños menores de 5 años. El resultado final del programa es la disminución de la desnutrición crónica de niños menores de cinco años. Los medios de verificación son la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) a través del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). La estimación de la meta proyectada al 2020 es reducir la desnutrición crónica infantil a 8.1 % a nivel nacional (Ministerio de Salud del Perú, 2021a).

#### **1.1.4.2. Programa presupuestario salud materno neonatal**

El problema en este programa presupuestal está enmarcado en la salud materna, uno de los indicadores de salud que evidencia claramente la desigualdad y la exclusión social es la mortalidad materna; ocasionado por el bajo nivel de accesibilidad a los servicios sanitarios, la inequidad de género, el limitado respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales. Por otra parte, es muy importante describir la salud neonatal, que ha sido postergado durante mucho tiempo y es muy importante tener en consideración la calidad de atención a este grupo atareo.

La población objetivo está formada por mujeres de 10 a 49 años en edad fértil y todo recién nacido desde el nacimiento hasta los 28 días de vida. El resultado final es disminuir la mortalidad materna y neonatal, a través del indicador razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos y tasa de mortalidad neonatal por 1,000 nacidos vivos (Ministerio de Salud del Perú, 2021b).



#### **1.1.4.3. Programa presupuestal TBC-VIH/SIDA**

De igual manera el ente rector es el MINSA, el responsable técnico es la dirección general de intervenciones estratégicas en salud pública. La identificación del problema específico está centrada en la tuberculosis, porque en el año 2019 en el Perú se notificaron 32,970 casos de tuberculosis de diferentes tipos y el otro problema es el aumento constante de los casos de VIH-SIDA a nivel mundial.

El problema identificado es la alta prevalencia de tuberculosis y TB-VIH/SIDA, la población objetivo del programa es personas afectadas por tuberculosis y TB-VIH/SIDA, el resultado final es la reducción de la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles, a través de los indicadores tasa de incidencia de VIH, tasa de incidencia de transmisión materno infantil por VIH y tasa de incidencia de sífilis congénita (Ministerio de Salud del Perú, 2021c).

#### **1.1.4.4. Programa presupuestal enfermedades metaxénicas y zoonosis**

El programa se justifica por la alta prevalencia e incidencia de las enfermedades metaxénicas y zoonóticas que afectan especialmente al ámbito rural y zonas urbano marginales, también están relacionadas a la pobreza; factores condicionantes que facilitan la presencia de agentes bacterianos, virales y parasitarios, los cuales son los causantes de los brotes y epidemias con un elevado número de casos y letalidad variada.

Las enfermedades metaxénicas más prevalentes en el país son la Fiebre Amarilla, Fasciolosis, Malaria, Dengue, Leishmaniosis, Bartonelosis, enfermedad de Chagas. Las zoonosis endémicas en el país son Brucelosis, Rabia urbana y silvestre, Peste, Carbunco, Equinococosis quística, Leptospirosis, Cisticercosis y Accidentes por animales ponzoñosos.

El resultado final esperado es la reducción de la morbimortalidad por enfermedades transmisibles mediante los indicadores índice parasitario anual (IPA) y tasa de letalidad por dengue (Ministerio de Salud del Perú, 2016).

#### **1.1.4.5. Programa presupuestal enfermedades no transmisibles**

El programa se sustenta por la alta prevalencia e incidencia de las Enfermedades No Transmisibles – ENT; según lo señalado por la Organización Mundial de la Salud -

OMS, indica que la causa de mortalidad más común en los países en vías de desarrollo son las ENT, en el Perú, estas enfermedades representan el 58.5 % de la carga de enfermedad generada por año, el porcentaje de casos de diabetes en el Perú se estima en 7 %, la hipertensión para el 2016 fue de 12.9 %.

El problema identificado en el programa es la alta prevalencia de mortalidad, morbilidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles como la salud ocular, salud bucal, daños no transmisibles, metales pesados en la población.

El resultado final esperado es reducir la prevalencia de diabetes, hipertensión, obesidad, renal y dislipidemias, mediante los indicadores de porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con presión arterial elevada de acuerdo a medición efectuada al momento de la encuesta y porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud (Ministerio de Salud del Perú, 2021d).

#### **1.1.4.6. Programa presupuestal prevención y control de cáncer**

El programa se sustenta por la alta prevalencia del cáncer que constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en América Latina y en el Perú, por su alta incidencia de mortalidad y por la discapacidad que produce; más del 70 % de todas las muertes por cáncer se producen en países con ingresos económicos medio y bajos. En los países en vía de desarrollo el cáncer está condicionado por los siguientes factores:

- Las altas tasas de cáncer están asociadas a agentes infecciosos: virus del papiloma, hepatitis B, virus de Epstein-Barr, HTLV1, etc.
- Adopción del estilo de vida occidental (incrementa el cáncer de mama, pulmón, próstata y colorrectal).
- Limitadas acciones de preventivo promocionales.
- Limitado financiamiento para el tratamiento.

El problema específico identificado es la elevada mortalidad y morbilidad por cáncer. El resultado final esperado es la disminución de la mortalidad por cáncer, la

población potencial y objetivo a atender es de 32´499,886 personas (Ministerio de Salud del Perú, 2021e).

#### **1.1.4.7. Programa presupuestal de reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias medicas**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la urgencia sanitaria se define como una situación médica fortuita, imprevista o inesperada que sucede en cualquier lugar o actividad y esta puede ser de diversas causas y gravedad variable. A nivel nacional en el año 2019, el 8.2 % de la población, tuvo algún problema de salud o accidente que necesitaba de una intervención médica inmediata en los últimos 12 meses, mientras que las urgencias en el año 2018 fue el 8.3 %.

Siendo una de las consecuencias de las emergencias y urgencias sanitarias es la alta tasa de mortalidad; en ese sentido el programa va dirigido a la población, porque cualquier ciudadano puede tener una emergencia en cualquier momento de la vida, siendo la población potencial es de 33´035,304 personas. El resultado final esperado es la reducción de la morbi-mortalidad por eventos fortuitos y el indicador utilizado es la tasa de mortalidad por urgencias y emergencias (Ministerio de Salud del Perú, 2021f).

#### **1.1.4.8. Programa presupuestal prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad**

La ley define a las personas con discapacidad como los que tiene una o más deficiencias sensoriales, físicas, intelectuales o mentales de carácter continuo y que al interactuar con aspectos actitudinales y del entorno, se ven impedidas o no ejercen sus derechos de inclusión en la sociedad.

Mas del 15 % de la población mundial tienen alguna forma de discapacidad, esto representa más de mil millones de personas. La tasa de prevalencia para el censo de 1993 era de 1.27 % y para el año 2007 fue de 10.89 %; de igual manera en el año 1993 según el Instituto de Medicina Física y Rehabilitación reportó una tasa de 13.08 % a nivel nacional.

El problema específico del programa son las personas con discapacidad que conviven con factores desfavorables que aumentan su grado de discapacidad, por lo

que el programa tiene como población potencial a 1,628,503 millones de personas con discapacidad y como población objetivo es de 1,067,311 personas con discapacidad pobre y extremadamente pobre. El resultado final esperado es que las personas con discapacidad tengan inclusión social integral, mediante el indicador de proporción de personas con discapacidad con inclusión social integral y verificado en los reportes de ENEDIS-INEI (Ministerio de Salud del Perú, 2021g).

#### **1.1.4.9. Programa presupuestal control y prevención en salud mental**

La OMS define a la salud mental como un componente importante e integral de la salud, es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. A nivel nacional según ENDES 2016, en el 70.8 % de las familias peruanas existe algún tipo de violencia familiar, pudiendo ser maltrato infantil, violencia contra la mujer o violencia contra el hombre; las regiones con las mayores tasas son Apurímac 85 %, Arequipa 82.61 %, Cusco 79.4 %, Junín 76.3 % y Huánuco 75.9 %. Siendo las mujeres los que sufren aspectos de violencia por parte de sus parejas en un 70 %; en un 32 % son en forma de violencia física y 67.4 % de violencia psicológica (Ministerio de Salud del Perú, 2021h).

El problema específico identificado en el programa es el elevado número de ciudadanos afectadas por algún tipo de trastornos de salud mental. La población potencial es el 20.7% de la población peruana que es de aproximadamente de 6,587,986 personas, El resultado específico esperado es que la población con problemas psicosociales y trastornos mentales sean atendidas oportunamente en los servicios de salud, mediante el indicador de tasa de suicidio por cada 100 000 habitantes (Ministerio de Salud del Perú, 2021h).

#### **1.1.5. Indicadores de salud**

Un indicador relacionado con la salud se define como una medida que indica una condición determinada de salud; es una estimación con cierto grado de inexactitud de una dimensión determinada de la salud. El objetivo de los indicadores en la salud es el uso que tiene para alimentar y retroalimentar la toma de decisiones en aspectos de salud, estas pueden ser como la predicción o pronóstico, evaluación, descripción, explicación, gestión de sistemas y mejoramiento de la calidad, investigación, promoción de la causa, rendición de cuentas, indicadores sensibles al género, etc. Los

indicadores tienen un rol clave al transformar los datos en información importante para los responsables de tomar decisiones en el área de la salud pública. Los indicadores de salud son relevantes para definir las metas relacionadas con la salud que deben trazarse las autoridades nacionales de salud (OPS-MINSA, 2018).

Para medir y dar seguimiento al cierre de brechas es indispensable contar con indicadores de salud como herramientas esenciales para el monitoreo de las transformaciones deseadas, los avances logrados y los retos pendientes por alcanzar en cada uno de los diferentes ámbitos de análisis, partiendo de información confiable y homogénea al interior de las instituciones del sector salud (Cantón Fernández, 2018), es muy importante disponer de una batería de indicadores de resultados de alta validez y factibilidad y que además sean de utilidad como herramienta útil para la gestión clínica y sanitaria, estos deben ser identificados mediante una metodología sistemática (Olry de Labry Lima et al., 2017).

Es muy importante el seguimiento o monitoreo de indicadores, para ello se debe contar con un sistema de datos confiables, indicadores y metas bien definidos que aportar información adecuada y oportuna a los diferentes niveles de gobierno. Otro instrumento son las evaluaciones independientes, las cuales se realizan sobre la base del monitoreo, con un análisis más profundo que tiene en cuenta los cambios contextuales, aborda asuntos relativos a la atribución y analiza en muchos casos situaciones hipotéticas (Gutiérrez-Aguado, 2017).

En el sector de la salud, existen un total de 51 indicadores a nivel de los programas que se ejecutan a nivel nacional, cada indicador se notifica por región; sin embargo, muchos de los indicadores no se miden de manera continua debido a los retrasos y deficiencias en la publicación, por consiguiente, la utilidad de estos indicadores en la toma de decisiones es poca clara por estas deficiencias. Por otra parte, las mediciones del desempeño se definen a nivel de programa, producto y actividad. Los indicadores de programas se definen a tres niveles:

- a) Producto o resultado final.
- b) Resultados intermedios.
- c) Resultados específicos o inmediatos (Dale et al., 2020).

## **1.1.6. Estadística de indicadores de salud**

### **1.1.6.1. Mortalidad general**

Entre los años 2000 y 2006 el número total de defunciones aumentó, sin embargo, el riesgo ajustado disminuyó de 7.1 a 5.7 por cada 1,000 habitantes. Para el periodo del 2014 al 2016 los riesgos más importantes de muerte fueron las enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades neoplásicas y las enfermedades infecciosas y parasitarias.

De cada 1000 niños que nacen en el Perú, 15 murieron durante el primer año de vida, 16 entre los 5 a 9 años y 18 entre los 10 a 14 años, las regiones de Puno y Cusco sostienen tasas de mortalidad infantil muy altas, 43.6 y 35.6 muertes respectivamente.

Durante el 2018, los departamentos que notificaron el mayor número de muertes maternas, según procedencia de la madre, fueron Lima (51), Piura (31), Cajamarca (30), Loreto (28), Puno (24) y La Libertad (22), concentrando el 51.4 % del total de muertes en este período (INEI, 2018).

En los últimos años es evidente la disminución del riesgo de morir en los primeros 28 días de vida, sin embargo, esta disminución es diferente y variable en los países por la magnitud y el ritmo de las intervenciones. En el 2017, la mortalidad mediana neonatal en la región fue de 8 muertes por 1,000 nacidos vivos, con un intervalo entre 2 y 30 muertes por 1,000 nacidos vivos (OPS, 2019).

### **1.1.6.2. Desnutrición crónica infantil en menores de 5 años**

La salud de los niños constituye un componente importante del desarrollo humano por constituir el futuro de la sociedad; sin embargo, una de las deficiencias de salud es la desnutrición crónica que afecta de manera negativa en el desarrollo infantil, es más, se contempla como meta de los ODS, entre los años 2015 y 2030 (INEI, 2021c).

En los últimos años el porcentaje de desnutrición crónica en los niños menores de cinco años, ha disminuido de 28.5 % en 2004 a 19.5 % en el 2011, y posteriormente a 12.9 % en el 2017, esta disminución no ha sido homogénea a nivel de regiones. Los departamentos con mayor nivel de desnutrición crónica son Huancavelica 31.2%, Cajamarca 26.6%, Loreto 23.8 % y Pasco 20.9 % (MINSa, 2019a).

Al 2018 disminuyó en 8.7 % en el primer trimestre en el área rural, el nivel de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad continúa descendiendo a 19.1 %; y con el patrón OMS se reduce en 6.7 puntos porcentuales; de 32.3 % a 25.6 % (INEI, 2018). En el año 2020, el 12.1 % de las niñas y niños menores de cinco años tienen desnutrición crónica a nivel nacional,

El porcentaje de niños con déficit alimenticio ha disminuido en 11.1 % entre el 2010 y 2020, como producto de las intervenciones de los sectores involucrados con la salud de los niños, los diferentes niveles de gobierno y de la intervención del Programa Articulado Nutricional (PAN). En los últimos años la desnutrición crónica infantil, ha disminuido en 2.3 %, en mayor porcentaje en los niños (2.4 %) que en las niñas (2.3 %). Según el área de residencia, en los últimos 5 años el porcentaje en niñas y niños con retraso en el crecimiento se redujo 2,9 puntos porcentuales en el área rural y en el área urbana 2,0 puntos porcentuales (INEI, 2021c).

### **1.1.6.3.Mortalidad materna**

La mortalidad materna (MM) continúa siendo un problema de salud pública, siendo el objetivo priorizado la reducción a nivel nacional e internacional. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad materna pueden ser evitada, por la existencia de soluciones sanitarias en la prevención y tratamiento de las complicaciones presentadas durante el embarazo, parto o puerperio (MINSA, 2019b). La mortalidad materna es un indicador de desarrollo humano, por lo tanto, una de las tareas a nivel nacional es la mejora de la salud materna, siendo fundamental para prevenir o tratar causas relacionadas con la mortalidad materna.

En esta perspectiva, uno de los principales Objetivos de Desarrollo Sostenible es disminuir la mortalidad materna a una tasa menor de 70 por cada 100,000 nacidos vivos, para ello se debe trabajar en la incidencia de muertes maternas ocasionadas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Por esta razón, se monitorea el avance de los resultados obtenidos en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, como consecuencia de políticas y estrategias nacionales de desarrollo (INEI, 2021c).

Un buen porcentaje de gestantes no reciben un control pre natal (CPN) de calidad, siendo los factores que influyen de manera negativa el vivir en la sierra, área rural o pertenecer a una etnia nativa, mientras que tener secundaria completa o estudios



superiores, pertenecer al quintil de riqueza 2 al 5, vivir en la selva o la costa, tener seguro de salud y haber recibido el primer CPN durante el primer trimestre de embarazo se asocia a un aumento de la calidad del CPN (Hernández-Vásquez et al., 2019).

La estimación de mujeres que pierden la vida debido a complicaciones durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días después del parto, disminuyó en un 64.9 %, entre los periodos 1990-1996 y 2004-2010, al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100 mil nacimientos; cifra algo distante de la meta para el año 2030 (70 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos) (INEI, 2021c).

#### **1.1.6.4. Diabetes mellitus**

La diabetes mellitus es una enfermedad no transmisible que tiene la característica de presentar niveles altos de glucosa en sangre, por el funcionamiento anormal del páncreas o por una respuesta incorrecta de la célula a la insulina en el organismo. Los factores condicionantes que favorecen el desarrollo de la diabetes son el sobre peso y obesidad, la baja ingesta de frutas y verduras, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el estrés y otros.

Asimismo, por región natural en el 2020, el mayor porcentaje de personas con diabetes mellitus se encuentra en la costa (5.2 %), y en menor porcentaje en la sierra (3.1 %) y selva (3.5 %) (INEI, 2020).

La prevalencia de diabetes tipo 2 en la población menor de 30 años que es atendida por el MINSA se ha incrementado más de diez veces en el período del 2005 al 2018, aumentando de 2.1 a 22.1 casos/100,000 habitantes, siendo las regiones con mayor prevalencia Cajamarca (1733.3 %) y Puno (1704.2 %), además, Tumbes, Ica, Lambayeque, Callao, Lima, Loreto y Madre de Dios reportaron tasas de prevalencia por encima del promedio nacional (Ccorahua-Ríos et al., 2019).

En el año 2020, el 4.5 % de la población de 15 y más años de edad tiene diabetes mellitus, diagnosticada por un profesional de salud. Por sexo, afectó al 4.8 % de las mujeres y al 4.1 % de los hombres, asimismo, el porcentaje fue mayor en el quintil superior de riqueza (6.1 %) que en el quintil inferior (1.9 %); cabe mencionar que, del total de las personas diagnosticadas con esta enfermedad, el 69.7 % recibió tratamiento médico en los últimos 12 meses (INEI, 2021b).



### **1.1.6.5.Hipertensión arterial**

La hipertensión arterial es una patología no transmisible, que se manifiesta cuando la presión ejercida por la sangre es elevada a nivel arterial, las consecuencias son el daño progresivo de diferentes órganos del cuerpo humano, así como el esfuerzo adicional del corazón para proveer sangre a todo el organismo.

Las tasas a nivel de regiones naturales al 2020, indica que la costa tiene 18.5 % de casos de presión arterial alta, la sierra tiene el 13.0 % de los casos y la selva con 11.6 %. Por departamentos, encabezan la provincia Constitucional del Callao (22.1 %), Lima Metropolitana (20.7 %), Departamento de Lima (17.9 %), Áncash (17.4 %), Cajamarca (17.3 %), Piura (16.7 %) y Moquegua (16.6 %). Los menores porcentajes se presentaron en Ucayali (7,2%), Madre de Dios (8,3%), Cusco (8,4%) y Junín (9,3%) (INEI, 2020).

Las estadísticas indican que la hipertensión en personas de 15 y más años alcanzó al 21.7 %; el 24.5 % son hombres y el 19.1 % son mujeres; según quintiles de riqueza, el quintil superior de riqueza (27.7 %). Por otro lado, el 68.0 % de la población de 15 y más años de edad que tienen hipertensión arterial, recibió tratamiento médico, en los últimos 12 meses del año 2020 (INEI, 2021b).

### **1.1.6.6.Cáncer.**

El cáncer presenta una alta tasa de mortalidad a nivel nacional y mundial, así como por la discapacidad que produce; estas consecuencias generan costos en los sistemas salud, costos en la economía familiar y costos al sistema estatal por la utilización de los servicios terapéuticos de quimioterapia, radioterapia y cirugía, inversión en infraestructura moderna, personal capacitado y demás procedimientos que conllevan a elevar los costos de tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

En el Perú, el 23.5 % de personas de 40 a 59 años realizaron exámenes para descartar algún tipo de cáncer en los últimos dos años, los departamentos con mayor número de chequeo general fueron Ica (32.9 %), Ayacucho (28.5 %) y provincia Constitucional del Callao (27.5 %). Mientras que los menores porcentajes se encuentran en Madre de Dios (15.6 %), Cajamarca (16.6 %) y Lambayeque (16.6 %) (INEI, 2020).

### **1.1.6.7. Tuberculosis.**

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa ocasionada por la bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis*, afectando desde sus inicios a cualquier parte del organismo, siendo la localización más frecuente a nivel pulmonar, representado del 80 al 85 % de casos confirmados. La forma de transmisión es de una persona enferma a un sujeto sano a través de gotitas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa (Ministerio de Salud del Perú, 2021c); esta enfermedad es curable y prevenible cuando la persona y la familia practican medidas saludables en el hogar (Ministerio de Salud del Perú, 2020).

Para el año 2018, se estimó que la tasa de incidencia de cáncer en el Perú fue de 192.6 casos nuevos por cada 100,000 habitantes, es decir 66,627 casos nuevos en una población de más de 32 millones de habitantes en ese año (Ministerio de Salud del Perú, 2020). A nivel nacional, el 2.9 % de personas de 15 y más años indicó que tienen conocimiento sobre las maneras de transmisión de la esta enfermedad. Según región natural, los mayores porcentajes de personas de 15 y más años que manifestaron conocimiento sobre las formas de transmisión de TBC fueron residentes de la selva (4.1 %) y costa (2.9 %) (INEI, 2020).

A nivel de las Américas en los últimos años, la mortalidad por tuberculosis ha disminuido en 35 %, con una disminución anual promedio de 3 %; en el 2017 se registraron cerca de 24,000 muertes. La incidencia estimada también ha disminuido, aunque no al ritmo deseado, con una reducción anual media de 2 % entre el 2000 y el 2017 (OPS, 2019).

### **1.1.6.8. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).**

El primer caso de SIDA en el país fue registrado en 1983, desde esa fecha al 2020 se han registrado un total de 136,396 casos de infección por VIH, de los cuales 45,491 casos han sido diagnosticados como SIDA, las estadísticas indican que existen casi 3 hombres con infección de VIH por cada mujer. Según la distribución por rango de edad y sexo, el 67.8 % de los casos de infección de VIH (2000 y 2020), han sido diagnosticados en el grupo de 20 a 39 años y según el grupo de 20 a 34 años se registraron el 55.1 % de los casos.

En el último quinquenio, 2016-2020, respecto al anterior, 2011-2015, el número de casos nuevos de infección por VIH ha incrementado en un 12 %, no obstante, resalta el incremento en determinados rangos de edad a tener en cuenta: 13 % en el rango de 10 a 14 años (principalmente mujeres), 41 % en el rango de 15 a 19 años (principalmente hombres), 36 % en el rango de 20 a 24 años (principalmente hombres) y 18 % en el rango de 25 a 29 años (Ministerio de Salud, 2020).

A nivel nacional, el 21.7 % de personas de 15 a 29 años identificó adecuadamente las maneras de prevenir el contagio del VIH y rechazó ideas falsas de su propagación; por región natural; el porcentaje es mayor sobre el conocimiento de las formas de prevenir y rechazar ideas erróneas de su transmisión del VIH es en la costa (24.0 %), el menor porcentaje se encontró en la sierra (16.9 %) y selva (17.5 %).

A nivel nacional, el 14.7 % de personas de 15 a 49 años de edad se realizó la prueba de VIH en el último año. Los departamentos con mayor proporción de personas de 15 a 49 años de edad que se realizaron la prueba de VIH, son Loreto (27.0 %), Madre de Dios (22.1 %), departamento de Lima (21.6 %), Ica (21.2 %) y Tumbes (21.1 %) y en menor porcentaje se observa en Cusco (9.6 %), Huancavelica (9.8 %), Cajamarca (9.9 %) y en Apurímac (10.2 %) (INEI, 2020).

#### **1.1.6.9. Salud mental.**

Las investigaciones indican que el sexo femenino tiene mayor vulnerabilidad para desarrollar diferentes trastornos mentales en comparación con los varones (Cuenca et al., 2020).

La proporción de adolescentes y adultos con trastorno por consumo de alcohol en los últimos 12 meses ha disminuido a nivel nacional de 5.4 % en 2014 a 3.6 % en el 2017. Sin embargo, esta proporción ha sido persistentemente más alta en las áreas urbanas de la costa, sierra y selva, respecto a sus pares rurales (MINSA, 2019a).

### **1.2. Antecedentes**

Respecto a los antecedentes, no se encontró investigaciones a nivel internacional y local en el número que indica el esquema de investigación.

### 1.2.1. A nivel internacional

Wang et al. (2019), este estudio identificó cuatro etapas claves que experimentó la salud pública en China, la etapa inicial centrada en la prevención, la etapa de desviación con más atención al tratamiento pero poca a la prevención, la etapa de recuperación después Crisis del SARS (síndromes respiratorios agudos graves) y la nueva etapa hacia un sistema equitativo y centrado en las personas; en la última etapa, se implementa el Programa Nacional de Servicios Básicos de Salud Pública (NBPHSP) para responder a la amenaza de enfermedades no transmisibles (ENT) y ha logrado algunos resultados iniciales, mientras que todavía hay muchos desafíos que incluyen calidad del servicio, mala integración entre los elementos del servicio y el sistema de TI, falta de profesionales de calidad e insuficiente esfuerzo intersectorial. A pesar de los giros y giros desde la década de 1980, el sistema de salud pública en China muestra una resistencia sustancial que puede deberse al compromiso continuo con el desarrollo social y los medios de vida de las personas y su gobernanza flexible.

Lago et al. (2012), el objetivo del presente trabajo fue analizar el grado de equidad en el acceso a los servicios de salud del subsector público entre los habitantes sin cobertura de salud de los municipios de la provincia de Buenos Aires. Los resultados indican que el 56 % de la población sin cobertura de salud se encuentran en los dos grupos más bajos de pobreza. Las distribuciones iguales indican un estado de completa igualdad, en el que cada parte de la población con menos gasto público en salud recibe la misma parte del gasto público asignado a las ciudades. También el gasto municipal en salud se distribuye más inequitativamente entre la población sin cobertura de salud que el gasto público en salud en los municipios per cápita, dado que este último es la suma del gasto municipal finalidad salud y el gasto provincial hospitalario, se deduce que la intervención provincial tendería a reducir las diferencias existentes en el gasto municipal finalidad salud.

Figueiredo et al. (2018), el estudio buscó analizar los indicadores de gasto público y privado en Brasil y otros países en el período 2000 a 2014. Los resultados indican que Brasil fue el país con menor participación del gasto público en salud, 40 % en el primer año (2000) y 46 % en el último año analizado (2014), luego, Portugal mantuvo la participación del gasto público entre el 64 % y el 68 %, los demás países superaron el 70 % del gasto público en salud, con énfasis en Reino Unido, que alcanzó el 83 % de

la participación del estado en acciones y servicios de salud pública. El gasto total per cápita en salud en Brasil alcanzó los US \$ 947, los países con los valores más altos fueron Francia (US \$ 4,959) y el Reino Unido (US \$ 3,934), el gasto en salud por habitante en Brasil fue menor que el gasto presentado por otros países, correspondiendo a un gasto público diario de R \$ 2.60/día per cápita para cubrir acciones y servicios de salud pública, menor de lo esperado en comparación con otros países que tienen sistemas de salud universales. Con respecto al gasto público en salud como porcentaje del PIB, indicador que expresa la dimensión del gasto público en salud en la economía total, en 2014 Brasil asignó solo el 3.8 %. Francia y Reino Unido fueron los países que destinaron la mayor proporción del PIB al gasto público en salud, 9 % y 7.6 %, respectivamente.

### **1.2.2. A nivel nacional**

Oroya-Rodríguez (2018), el objetivo de la presente investigación fue determinar la incidencia del gasto público social en la pobreza en el Perú de 1999 al 2017; los resultados indican que el gasto público social en salud presenta mayor incidencia negativa en la pobreza, ya que si se incrementa en 1% el gasto social en salud la pobreza se reduce en un -0.39 %, en el caso del gasto público social en protección social si se incrementa en 1% el gasto social en protección social la pobreza se reduce en un 0.26 %, y finalmente si se incrementa en 1% el gasto social en desarrollo urbano la pobreza se reduce en un -0.20%. Se concluye que el gasto público social en salud es el gasto más importante ya que presenta mayor incidencia negativa sobre la pobreza monetaria.

Mendoza-Arana et al. (2018), el objetivo fue caracterizar el proceso de la reforma del sector salud (RSS) en el Perú expresada públicamente en el 2013, identificando los principales avances en su implementación y los desafíos pendientes desde la perspectiva de los actores participantes. Los resultados muestran que el aumento del gasto público en salud se debe al aumento del presupuesto en salud cada año, pasando de 2.3 % en 1995 a 2.8 % en el 2012 como porcentaje del PIB; respecto a la Restructuración de los Servicios de Salud (RSS) debería de promoverse la universalización mediante el SIS y por el aumento del presupuesto. La propuesta de RRS en Perú, es un proceso de acumulación histórica de dos décadas, con adecuaciones relevantes enfocadas hacia los derechos del ciudadano, que se han

articulado de manera coherente; los avances identificados en dicha implementación, son haber trascendido el criterio de pobreza para el aseguramiento público, el fortalecimiento de la rectoría a través de la creación de una Superintendencia orientada a los derechos del usuario y del Viceministerio de salud pública, y el refuerzo de la inversión física y de recursos humanos.

Tineo-Mendoza (2018) la investigación busca conocer y relanzar la importancia de la gestión del gasto público y su relación ejecutiva con las premisas del presupuesto por resultados, instrumento de gestión que permite evaluar el desempeño de las organizaciones del estado. Los resultados indican que existe relación entre el gasto público y el presupuesto por resultados en el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, ya que el Coeficiente de correlación Spearman es de 0.55; existiendo una correlación moderada y directamente proporcional, esto indica que un incremento en el valor de la gestión del gasto público habrá un aumento en los resultados esperados. De un total de 36 encuestados, el 68 % manifiestan muy altos impactos, el 32 % consideran que se lograron altos impactos, el 8 % indica que no tiene ningún impacto en la implementación del Presupuesto por resultados en el Programa Nacional de Alimentación Escolar.

Villaruel-Dias (2017), el objetivo de la investigación se enfocó en explicar el efecto que tuvo el gasto social del programa Juntos en el nivel de desarrollo de la región. Los resultados muestran que durante el periodo 2008 al 2015, el programa gasto S/ 1,160.58 millones en el periodo estudiado, siendo Pasco el que tuvo menos presupuesto con S/ 58.08 millones y Huánuco el que más manejo mayor presupuesto con S/ 504.63 millones de soles, la tasa de crecimiento anual del gasto social en el programa fue de 2.87 %, las región de Pasco tuvo un incremento del gasto social en 23.20 % y el departamento de Junín creció en 10.94 % el gasto social, mientras que las regiones de Huánuco y Huancavelica tuvieron el menor crecimiento del gasto social con 0.36 % y 0.16 % respectivamente en el periodo estudiado.

Arroyo et al. (2019), el objetivo fue analizar la información de la evolución del sector salud y comparar con la percepción de los gerentes y administradores de las establecimientos públicos y privados de salud; la población estudiada indica que el presupuesto asignado en salud es bajo y esta debe ser aumentada, en realidad el Producto Bruto Interno, ha cambiado del 4.59 % en el 2000 a 5.14 % en el 2016, siendo

uno de los países que menos gasta en salud; por otra parte, el Ministerio de Salud indica que el presupuesto asignado a proyectos de inversión tuvieron una ejecución del 60 % al 65 % y no llegaron a ejecutarse entre el 35 % al 40 %, siendo proyectos relacionados con la construcción de infraestructura nueva, remodelación y equipamiento de los establecimientos de salud en los años del 2011 al 2016. El sistema de salud en el Perú tiene cinco segmentos que tienen su propia normatividad, establecimientos propios y atienden poblaciones de diferentes grupos, de igual manera, un sector de la población no puede ser atendidos por estos sistemas de salud y tienen que gastar de su bolsillo. Hay fragmentación en el sistema de salud también a nivel regional, esta percepción es acorde a la realidad, el modelo del sistema de salud en el Perú es segmentado y en las regiones se aprecia la separación y la poca integración entre los establecimientos de salud sean hospitales o centros o puestos de salud.

Yalinet (2018), el objetivo fue relacionar el gasto público que tienen los programas sociales y la reducción de la desnutrición crónica en el país; se demostró que el aumento del presupuesto del programa se relaciona significativamente con la desnutrición crónica infantil; esto significa que, ante un aumento del 1% en gasto público del programa nacional Cuna Mas se reducirá en un 0.1 % la tasa de desnutrición crónica infantil en el País. No se halló relación entre el gasto público del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qaliwarma y la desnutrición crónica infantil ya que  $p=0.2878$  y es mayor a 0.05. No se halló relación significativa ( $p=0.2878>0.05$ ) entre el gasto público del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria - PRONAA y la desnutrición crónica infantil, esto quiere decir que una modificación en el presupuesto del programa no afectaría de manera directa en la disminución de la desnutrición crónica infantil en el país.

Luciano (2018), el objetivo fue de relacionar el gasto social con la incidencia de la salud materno - infantil en el distrito de Acochaca; los resultados del cuadro de análisis de correlaciones muestran una asociación negativa entre el gasto social corriente y la mortalidad materna; sin embargo, esta asociación es poco significativa porque no supera el 0.50. Los resultados del cálculo del coeficiente de Pearson evidencian que no existen relación; ello significa que el gasto corriente no está orientado estratégicamente a las actividades de salud infantil, es decir a los gastos en personal de pediatría, nutricionista; campañas de higiene, campañas educativas y otros, mediante un trabajo planificado y multisectorial; de igual manera, porque no se



gestiona los recursos en base a las necesidades de la población vulnerable. No basta con aumentar el gasto social, se debe tener en cuenta factores como el nivel educativo de los padres, quien es el cuidador del niño, con quienes vive, el medio ambiente, el empleo de los padres, servicios básicos y otros como una adecuada focalización de los más vulnerables evitando la su cobertura y la infiltración en los programas sociales, también es muy importante el seguimiento y la evaluación mediante un trabajo coordinado y planificado multisectorialmente entre los niveles de gobierno, el sector salud, vivienda, educación, producción, agricultura, ambiente, organizaciones de mujeres y la comunidad.

Asencios (2019) el objetivo fue relacionar el presupuesto por resultados con la calidad del gasto en el programa salud materno neonatal en el Hospital Arzobispo Loayza; el presupuesto por resultados tiene una relación significativa con la calidad de gasto del programa, el grado de relación entre las variables es positiva media ( $R = 0.344$ ) con una significancia ( $p = 0.000 < 0.05$ ), esto quiere decir, que a una mejor gestión del presupuesto por resultados el impacto será mayor en la calidad del gasto. El presupuesto en su dimensión calidad se relaciona significativamente con la calidad de gasto del programa, siendo una correlación positiva media ( $R = 0.307$ ) y significancia ( $p = 0.000 < 0.05$ ). El presupuesto por resultados en su dimensión eficiencia se relaciona significativamente con la calidad de gasto del programa de salud materno neonatal, siendo una 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.

Huamani & Huallanca (2018), el objetivo fue de relacionar el presupuesto por resultados con la calidad de gasto de los programas presupuestales en la Red de Salud Huamanga; la percepción del 53.3 % de los encuestados, ubica al presupuesto por resultados en el nivel regular, igualmente el 53.3 % de encuestados perciben la calidad de gasto público en el nivel regular; siendo la p valor obtenido menor al nivel de significancia, se concluye, que existe relación positiva y moderada entre el presupuesto por resultados y la calidad de gasto de programas presupuestales. Referente a la dimensión evaluación del presupuesto por resultados, el 30.0 % de encuestados señala como un nivel regular y el 26.7 % de encuestados califican como un nivel bueno.



### 1.2.3. A nivel regional

Benito (2017), el objetivo fue evaluar la ejecución presupuestal y su incidencia en el cumplimiento de metas y objetivos en el Hospital “Manuel Núñez Butrón”; respecto al presupuesto de gastos se puede mencionar que en ninguno de los períodos en estudio se muestra paridad entre el presupuesto programado y el presupuesto ejecutado; 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, con una ejecución del 85.90 % y en el año 2014 tuvo un PIM S/ 36´316,367.00 nuevos soles, y el ejecutado fue de S/. 34´85,113.00 nuevos soles, con una ejecución del 95.23 %, demostrándose en los periodos de estudio una deficiente capacidad de gasto y que influye negativamente en el cumplimiento de los objetivos y las metas. Respecto a la evaluación del nivel de cumplimiento de las metas presupuestales de los gastos en términos de eficacia, en el período 2013 encontramos que el promedio indicador de eficacia de los gastos fue de 0.86, lo que indica un menor grado de ejecución de gastos frente al Presupuesto Institucional Modificado (PIM) y en el período 2014 el promedio indicador de eficacia fue de 0.95 que también significa un menor grado de ejecución de los gastos frente al presupuesto institucional modificado (PIM), lo que demuestra que no se alcanzaron los objetivos y metas presupuestales.

Ramos (2019), el objetivo fue evaluar la ejecución presupuestal y su incidencia en el cumplimiento de metas y objetivos institucionales; los resultados indican que eficacia de las metas presupuestarias para el periodo 2015 y 2016 está en el rango de 0.06 y 2.28 para ambos ejercicios fiscales, logrando con ello un calificativo de bueno. Respecto al indicador de eficiencia tanto de las metas físicas y financieras en los programas estratégicos, se obtuvo un indicador que oscila entre -13.00 y +0.68 de eficiencia en las 93 metas estratégicas y para el año 2016 al evaluar estos indicadores de eficiencia indican de -16.26 y 0.47 para las metas estratégicas. Los procesos presupuestarios programación, formulación, aprobación, ejecución, control y evaluación fueron cumplidos en un 80 %, mientras que se aplicaron los procesos presupuestarios en un 20 %.

## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 2.1. Identificación del problema

A nivel mundial, la salud de la población enfrenta diferentes desafíos, desde el cambio climático y la creciente contaminación del aire y la exposición ambiental hasta la inseguridad alimentaria, la migración masiva de la población y las crisis de refugiados, hasta las enfermedades emergentes y reemergentes (Peters, 2018), todo ello conlleva a desigualdades y privan injustamente a las personas de oportunidades de vida, de igual manera, causan problemas económicos al impactar negativamente en el empleo, crecimiento económico y gasto público, amenazando la sostenibilidad y legitimidad política de los estados de bienestar (Eikemo & Øversveen, 2019).

Actualmente existen recortes presupuestales en la salud de muchos países, pero también hay países que han optado por retener o aumentar su inversión en salud pública (Rechel, 2019), por lo que el gasto en salud sigue siendo dispar y los países de ingresos bajos y medianos bajos son los que menos aumentan el gasto en términos absolutos y dependen en gran medida del gasto de bolsillo y la asistencia para el desarrollo (Dieleman et al., 2017).

Los investigadores a nivel mundial plantean que el objetivo del gasto público en salud debe ser no menos al 5% del PIB para avanzar hacia la cobertura universal de salud y promover el acceso a los servicios de atención primaria en los países (Mcintyre et al., 2017), pero en muchos países los recursos son críticos para el buen funcionamiento del sistema de salud, sin embargo, más recursos no se traducen automáticamente en mejores resultados, la efectividad del gasto también es muy importante, los países con niveles más

altos de gasto en salud, mayor número de trabajadores sanitarios y otros recursos, tienen mejores resultados, calidad y acceso al servicio (OCDE, 2020).

A nivel de Perú, desde el 2013 empieza la reforma de salud y con ello aumentó la cobertura de salud de la población en 64 % y el financiamiento aumentó en 75 % desde el 2011 y el presupuesto del SIS se triplicó de 570 a 1,700 millones (Velásquez et al., 2016), también, se trabaja a través del Presupuesto por Resultados (PpR) que ha conllevado no solo con el cambio de la organización del presupuesto, sino un giro hacia una perspectiva basada en la evidencia científica que prioriza los resultados en la población y las necesidades, lo que salud se refleja en información poblacional a nivel de producto y resultados (Velásquez Hurtado & Rivera Sivirichi, 2017), para lograr resultados es muy importante los recursos humanos y estos han estado ausentes en las reformas de salud, además son distribuidos de manera inequitativa en los establecimientos de salud (Inga-Berrosipi & Rodriguez, 2019), también los profesionales de la salud deben ir más allá de los enfoques reduccionistas, generar más ejemplos de casos y utilizar un enfoque de evaluación iterativo que priorice la aplicación de procesos y mejora el bienestar de la población (Zukowski et al., 2019).

En el 2020 el presupuesto para el sector salud fue de S/. 18,495 millones, representando el 10.4 % del presupuesto total; se asignó S/ 7,909 millones en todos los Programas Presupuestales (Congreso de la República, 2020).

Además la repriorización del gasto público en salud en el Perú está condicionada por el bajo nivel de recaudación tributaria y por el gasto público total (Matus-López et al., 2016), la inversión en salud como porcentaje del PBI es del 3.3%, cuando el promedio de la región bordea el 4% y a nivel de la OCDE es del 10.1% en promedio. Por otro lado, si bien la ejecución presupuestal es solo una aproximación a la eficiencia, esta indica que hay dinero que no se está empleando para solucionar el problema del sector (ComexPerú, 2019a).

## **2.2. Enunciado del problema**

Frente a lo descrito surge la siguiente interrogante de investigación:

¿Existe relación entre el presupuesto público asignado a los programas presupuestales con los indicadores de salud de las REDES del MINSA en la región de Puno?

### 2.3. Justificación

La salud de la población es el resultado de los determinantes sociales y ambientales en salud, políticas e intervenciones en salud, los mismos resultados de salud y la naturaleza de la atención primaria y los cambios contextuales (Silberberg et al., 2019), por ello, la mayoría de los países tienen compromisos con la salud y están alineando con las estrategias y planes nacionales de desarrollo existentes, mediante un enfoque integrado multisectorial (Aftab et al., 2020), también los países en América Latina y el Caribe de manera progresiva han ido adoptando la salud como un derecho humano, muchos han reformado sus constituciones para garantizarles a sus ciudadanos el derecho a la salud (Dmytraczenko & Almeida, 2017).

De igual manera, el Perú y la región de Puno tiene metas y objetivos que cumplir a través de los indicadores propuestos en los programas presupuestales y estrategias en el Ministerio de Salud, sin embargo, ¿las soluciones planteadas están funcionando? ¿el presupuesto público es suficiente para enfrentar los problemas de salud? ¿existe una evaluación de la inversión destinada para este fin?, se considera que el estado peruano viene destinando anualmente presupuesto para mejorar la salud de toda la población.

Por ello, en la presente investigación se quiere conocer si el presupuesto público destinado a los programas presupuestales en las 11 REDES de Salud de la región de Puno contribuye en la disminución de los principales indicadores de salud y mejora de la salud de la población, de igual manera se quiere conocer si hay una relación entre las dos variables de estudio. Los resultados serán de mucha utilidad para el Ministerio de Salud de la región ya que servirá de base teórica o soporte técnico para replantear las intervenciones, mejorar las acciones de intervención y fortalecer los procesos de planificación estratégica en la DIRESA y REDES de salud; para los futuros investigadores servirá de referencia bibliográfica y contribuir a mejorar los procesos de investigación científica en los futuros profesionales de la salud y para la sociedad es muy importante conocer como se financia la salud y como se ejecutan los presupuestos y como ello contribuye a la mejora de la salud en las 13 provincias y 110 distritos de la región de Puno.

## 2.4. Objetivos

### 2.4.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre el presupuesto público asignado a los programas presupuestales con los indicadores de salud en las REDES de la región de Puno, entre los años 2015 al 2020.

### 2.4.2. Objetivos específicos

- Cuantificar el presupuesto público asignado y ejecutado a los programas presupuestales en las REDES del MINSA en la región de Puno, entre los años 2015 al 2020.
- Medir los indicadores de resultado final de los programas presupuestales en las REDES del MINSA en la región de Puno, entre los años 2015 al 2020.

## 2.5. Hipótesis

- Existe relación entre el presupuesto público asignado a los programas presupuestales y los indicadores de resultado final en las REDES del MINSA en la región de Puno entre los años 2015 al 2020.

## CAPITULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. Lugar de estudio

Se realizó en:

- Departamento: Puno
- Sector : Ministerio de Salud – Puno (MINSA), Dirección Regional de Salud Puno, programas presupuestales de las 11 REDES de Salud.

El departamento de Puno, se encuentra ubicado en la parte sudeste del territorio nacional, específicamente en la meseta del Collao a 13°00'66"00" y 17°17'30" latitud sur y a 71°06'57" y 68°48'46" de longitud oeste. Por el sur limita con Tacna, por el este con el país de Bolivia y por el oeste con Moquegua, Arequipa y Cusco. Se ubica a una altitud de 3,812 y 5,500 msnm, la selva alta y la ceja de selva entre los 4,200 y 500 msnm (BCRP, 2021).

#### 3.2. Población

La población estuvo constituida por los programas presupuestales Articulado Nutricional, Salud materno infantil, TBC-VIH/SIDA, Enfermedades metaxénicas y zoonosis, Enfermedades no transmisibles, Prevención y control del cáncer, Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas, Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad y Control y prevención en salud mental de las 11 REDES de la región de Puno.

### 3.3. Muestra

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, siendo la muestra el 100 % de la población estudiada, según el reporte de la oficina de estadística de la DIRESA Puno.

### 3.4. Método de la investigación

El presente estudio es una investigación retrospectiva y cuantitativa correlacional de tipo no experimental, debido a que se analiza la relación del presupuesto público con los indicadores de resultado final de los programas presupuestales entre el 2015 al 2020.

### 3.5. Descripción detallada de métodos por objetivos específicos

#### 3.5.1 Diseño de muestreo

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia.

#### 3.5.2 Descripción detallada del uso de materiales, equipos, insumos, entre otros

**Método:** En el presente trabajo de investigación se utilizó el método de la observación mediante la recolección de datos de series históricas.

**Técnica:** Se utilizó la técnica de la recolección de series históricas desde el 2015 hasta el 2020 sobre el presupuesto público asignado y ejecutado en los programas presupuestales de las REDES de salud, así como también los indicadores de resultado final de cada programa presupuestal de los mencionados años.

Siendo el procedimiento el siguiente:

#### **Presupuesto público:**

- Para recabar el presupuesto público asignado y ejecutado, se accedió al portal web de Consulta amigable del MEF, cito en el siguiente enlace:  
[https://www.mef.gob.pe/es/?option=com\\_content&language=es-ES&Itemid=100944&lang=es-ES&view=article&id=504](https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=100944&lang=es-ES&view=article&id=504)
- Luego se ingresó a la opción de Consultar el Gasto Presupuestal (Actualización Diaria) y en seguida se registró el año a analizar.

- Dentro de la ventana, se seleccionó la opción de nivel de gobierno, luego gobiernos regionales, hasta llegar a ejecutora, donde se seleccionó el presupuesto de la Red de Salud.
- Posteriormente en la ficha de presupuesto, se registró el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) como presupuesto programado, el devengado como presupuesto ejecutado.
- Se realizó el mismo procedimiento para cada una de las REDES del MINSA y por cada año, es decir del 2015 al 2020.

#### **Indicadores de salud:**

- Se cursó una solicitud a la dirección de la DIRESA Puno, solicitando datos de los indicadores de salud del 2015 al 2020 como resultado final de los programas presupuestales: Programa Articulado Nutricional, Salud materno infantil, TBC-VIH/SIDA, Enfermedades metaxénicas y zoonosis, Enfermedades no transmisibles, Prevención y control del cáncer, Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas, Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad y Control y prevención en salud mental.
- El documento fue referido a la oficina de Estadística de la DIRESA Puno, donde se coordinó con el responsable para la obtención de los indicadores de salud de todas las REDES del MINSA - Puno.
- Luego de realizar el seguimiento administrativo, la oficina de estadística entregó los datos solicitados de acuerdo a la ficha de indicadores de salud de los programas presupuestales como promedio de las 11 REDES del 2015 al 2020.

#### **Instrumentos:**

- Ficha de presupuesto público asignado a los programas presupuestales en las 11 REDESS de Salud entre el 2015 al 2020 (Anexo N° 01).
- Ficha de indicadores de salud de los programas presupuestales de las 11 REDES de Salud entre el 2015 al 2020 (Anexo N° 02).



### 3.5.3 Procesamiento de datos

- Los datos de presupuesto y de los indicadores como resultado final, fueron introducidos a la base de datos en el programa SPSS como presupuesto programado (PIM) y presupuesto ejecutado (presupuesto devengado) del 2015 al 2020.
- De igual manera, los indicadores de salud de las REDES y por año, fueron introducidos en la base de datos del SPSS como datos.
- Posteriormente con la ayuda del programa los resultados fueron presentado en tablas y gráficos según los objetivos planteados.

### 3.5.4 Prueba estadística

Se planteó las siguientes hipótesis estadísticas:

Ha: Existe relación entre el presupuesto público asignado a los programas presupuestales y los indicadores de resultado final en las REDESS del MINSA en la región de Puno entre los años 2015 al 2020.

Ho: No existe relación entre el presupuesto público asignado a los programas presupuestales y los indicadores de resultado final en las REDESS del MINSA en la región de Puno entre los años 2015 al 2020.

Para la comprobación de las hipótesis estadísticas se utilizó la Correlación de Pearson, siendo:

$$r_{xy} = \frac{\sum z_x z_y}{N}$$

Donde:  $x$  es igual a la primera variable,  $y$  pertenece a la segunda variable,  $z_x$  es la desviación estándar de la primera variable,  $z_y$  es la desviación estándar de la segunda variable y  $N$  son el total de la población.

Si:

Sig. < 0.05: Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Sig. > 0.05: Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.



## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Presupuesto público de los programas presupuestales

En la presente tabla se muestra el presupuesto público programado y ejecutado en los programas presupuestales de las REDES del MINSA en la región de Puno. En la REDES se ejecutan nueve programas presupuestales que abordan los principales problemas de salud pública (desnutrición, mortalidad materna y neonatal, tuberculosis, VIH/SIDA, enfermedades metaxénicas y zoonóticas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, salud bucal, salud ocular, intoxicación por metales pesados, cáncer, problemas de personas con discapacidad, emergencias y urgencias médicas y salud mental (Gutiérrez-Aguado, 2017).

Tabla 1

*Presupuesto público programado y ejecutado de los programas presupuestales en la REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020*

Programa	2015		2016		2017		2018		2019		2020			
	Programado	% Ejecutado	Programado	% Ejecutado	Programado	% Ejecutado	Programado	% Ejecutado	Programado	% Ejecutado	Programado	% Ejecutado		
Artículo nutricional	66,280,120.0	96.5	73,962,395.0	98.1	79,540,931.0	99.4	89,059,345.0	97.3	102,016,926.0	101,109,649.0	99.6	93,858,900.0	92,291,130.0	97.6
Salud materno infantil	39,396,235.0	96.1	42,407,303.0	98.1	42,965,263.0	99.3	49,468,194.0	98.9	57,208,767.0	55,987,255.0	99.1	53,201,621.0	51,943,547.0	97.6
TBC-VIH/SIDA	10,230,710.0	99.9	10,745,996.0	100.1	11,562,928.0	99.9	14,796,934.0	99.2	15,545,451.0	15,425,091.0	100.0	15,305,795.0	15,076,394.0	100.0
Enfermedades metabólicas y zoonosis	6,719,544.0	98.7	7,117,966.0	99.8	6,497,948.0	100.0	7,329,705.0	100.0	7,869,562.0	7,792,559.0	100.0	7,632,130.0	7,588,251.0	99.9
Enfermedades no transmisibles	12,458,176.0	99.8	12,239,499.0	99.7	14,448,099.0	99.7	17,300,021.0	97.7	24,391,972.0	22,654,582.0	97.6	19,877,586.0	19,255,172.0	99.9
Prevención y control del cáncer	7,661,587.0	98.7	7,664,560.0	99.3	7,612,333.0	99.9	11,210,515.0	99.4	11,276,153.0	11,159,688.0	100.0	10,322,074.0	10,152,355.0	99.8
Reducción de la mortalidad por emergencias	0.0	0.0	0.0	0.0	1,045,996.0	96.4	1,173,900.0	1,165,413.0	1,330,386.0	1,298,494.0	100.0	1,683,986.0	1,573,734.0	100.0
Prevención y manejo de condiciones secund	0.0	0.0	265,854.0	0.0	1,120,903.0	50.0	1,154,120.0	1,152,440.0	1,072,759.0	1,069,092.0	100.0	1,248,088.0	1,257,916.0	98.0
Control y prevención en salud mental	0.0	0.0	513,212.0	0.0	2,061,573.0	95.3	2,499,706.0	2,415,217.0	3,986,928.0	3,912,308.0	96.3	6,184,140.0	5,668,224.0	92.1
<b>Total</b>	<b>142,746,372.0</b>	<b>136,982,043.0</b>	<b>154,916,681.0</b>	<b>152,008,452.0</b>	<b>162,939,378.0</b>	<b>93.3</b>	<b>193,992,438.0</b>	<b>186,212,923.0</b>	<b>224,691,864.0</b>	<b>220,408,728.0</b>	<b>99.2</b>	<b>209,316,340.0</b>	<b>204,786,621.0</b>	<b>98.3</b>

Al 2015, el programa articulado nutricional tiene el mayor presupuesto en comparación con los demás programas, con un presupuesto de S/. 66'280,120.0 y con una ejecución del S/. 63'505,905.0 (96.5 %), le sigue el programa salud materno infantil con un presupuesto de S/. 39'96,235.0 y una ejecución de S/. 37'538,058.0 (96.1 %) y los programas de reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas, prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad y control y prevención en salud mental no tienen presupuesto porque en esos años no eran considerados como programas presupuestales del MINSA.

Al 2020, el programa articulado nutricional sigue siendo el que tiene mayor presupuesto y asciende a S/. 93'858,900.0, con una ejecución del S/. 92'291,130.0 (97.6 %), no ejecutaron S/. 1'567,770.0; de igual manera, le sigue en asignación presupuestal el programa salud materno infantil con S/. 53'201,621.0, con una ejecución presupuestal de S/. 51'943,547.0 (97.6 %), dejando de ejecutar S/. 1'258,074.0. Los programas que tienen la menor asignación presupuestal son el programa reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas con una asignación presupuestal de S/. 1'685,986.0, con una ejecución presupuestal de S/. 1'573,734.0 (100.0 %) y el programa prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad tiene una asignación de S/. 1'48,088.0, ejecución presupuestal de S/. 1'237,905.0 (98.0 %).

Se observa que todos los programas presupuestales de las REDES del MINSA han aumentado su presupuesto en el periodo estudiado, el programa articulado nutricional aumentó en S/. 27'578,780.0 (71.8 %), el programa salud materno infantil incrementó en S/. 13'805,386.0 (75.8 %), el programa de enfermedades no transmisibles aumentó en S/. 7'419,410.0 (64.7 %), el programa control y prevención en salud mental con un aumento de S/. 6'184,140.0 (83.5 %).

A nivel de REDES, la Red de Salud San Román tuvo una asignación presupuestal de S/. 53'349,924.0 en el 2019 y S/. 48'029,877.0 en el 2020, siendo el que tiene el mayor presupuesto a nivel de REDES, le sigue la Red de Salud Puno con S/. 31'530,190.0 en el 2019 y S/. 34'425,886.0 en el 2020. Las REDES con menor asignación presupuestal fueron Yunguyo con S/. 8'735,844.0 en el 2019 y S/. 9'457,358.0 en el 2020; Lampa tuvo una asignación de S/. 5'580,537.0 en el 2019 y S/. 4'631,743.0 en el 2020.

Desde el punto de vista teórico, el presupuesto público es un instrumento de gestión por medio del cual se asignan los recursos públicos en base de la priorización de las

necesidades de la sociedad (MEF, 2011), es decir, constituye una herramienta que le permite a toda institución pública cumplir con la producción de bienes y servicios en favor de la población que requiere satisfacer necesidades (Paredes, 2011).

En el 2020, a nivel nacional el sector salud recibió un presupuesto de S/. 18,495 millones y S/ 7,909 millones corresponden a los Programas Presupuestales, el PAN recibió S/ 2,298 millones, Salud Materno Neonatal S/ 1,858 millones, TBC-VIH/SIDA S/ 642 millones y Salud Mental S/ 350 millones. En el mismo año a nivel de la región de Puno, el PAN tuvo 93.9 millones que representó el 1.2 % del presupuesto a nivel nacional; en el programa salud materno infantil tuvo 53.2 millones que representa el 2.9 % a nivel nacional (Congreso de la República, 2020).

Actualmente existen recortes presupuestales en la salud de muchos países, sin embargo, hay países que han aumentado el presupuesto en salud (Rechel, 2019), por lo que el gasto en salud sigue siendo dispar y los países de ingresos bajos y medianos bajos son los que menos han aumentado el gasto en términos absolutos y dependen en gran medida del gasto de bolsillo y la asistencia para el desarrollo (Dieleman et al., 2017). De igual manera en el departamento de Puno a nivel de la REDES y programas presupuestales el presupuesto asignado es dispar y se puede observar que algunos programas tienen mayor presupuesto que otros, siendo un determinante clave para el cumplimiento de metas que luego se reflejan en los indicadores de los programas presupuestales; de manera general, los presupuestos han aumentado en todos los programas en el periodo estudiado.

Por otra parte, los investigadores a nivel mundial sostienen que el objetivo del gasto público en salud debe ser mayor del 5 % respecto al PIB, ello facilitaría avanzar la cobertura universal de salud y promover el acceso a los servicios de atención primaria de manera más equitativa en los países (Mcintyre et al., 2017), sin embargo, en muchos países los recursos son críticos para el buen funcionamiento de los sistemas de salud, por otra parte, más recursos no se traducen en mejores resultados, va depender de la efectividad del gasto; los países con altos niveles de gasto en salud, mayor número de trabajadores de la salud y otros recursos, tienen mejores resultados, calidad y acceso al servicio (OCDE, 2020), de igual manera en las REDES de la región de Puno mas presupuesto no significa mejores resultados, si bien se mide la ejecución presupuestal pero no se mide la calidad de gasto en los programas presupuestales.

A nivel de Perú, la inversión en salud como porcentaje del PBI es del 3.3%, cuando el promedio en América Latina es del 4 % y a nivel de la OCDE es del 10.1% en promedio. Claramente se observa que el presupuesto asignado al sector salud es bajo en comparación con muchos países de América latina, a pesar del poco presupuesto que se asigna a las instituciones de salud en todo el Perú y a la región de Puno, al fin de año no logran ejecutar el 100 % de dicho presupuesto para la solución los problemas del sector (ComexPerú, 2019a).

De igual manera Brasil tiene un gasto total per cápita en salud de US \$ 947, Francia US \$ 4,959 y el Reino Unido US \$ 3,934; Perú invierte US \$ 656 por paciente al año, siendo uno de los más bajo en América latina (Figueiredo et al., 2018). En el 2020, del total de establecimiento de salud de primer nivel de atención, el 77.8 % presentaba una capacidad instalada inadecuada, porque tienen una infraestructura precaria, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente, a nivel de hospitales el 51 % tiene una capacidad instalada inadecuada; los departamentos con brechas mayores al 60 % están Áncash (83.3%), Lima (76.1%), Tumbes (66.7%), Ucayali (66.7%), Apurímac (66.7%), Ayacucho (60%) y Puno (60%) (ComexPerú, 2019a). Tal como indican las estadísticas, la región de Puno tiene estos mismos problemas que se reflejan en una atención deficiente a la población en los establecimientos de salud.

A nivel de la región de Puno, la ejecución presupuestal no llega al 100 %, por diversos factores, esta aseveración se demuestra en la investigación realiza por (Benito, 2017), quien muestra que el presupuesto programado en el 2013 fue S/. 37'792,836.00 y ejecutaron S/. 32'463,391.00, con una ejecución del 85.90 %, al siguiente año se tuvo S/ 36'316,367.00 y el ejecutado fue de S/. 34'85,113.00, con una ejecución del 95.23 %, demostrándose en los periodos de estudio existe deficiente capacidad de gasto y que influye negativamente en el cumplimiento de los objetivos y las metas. De igual manera la población no está satisfecha con los resultados que muestran los establecimientos de salud y lo demuestra (Huamani & Huallanca, 2018) que el 53.3 % de los encuestados, ubican al presupuesto por resultados en el nivel regular, igualmente el 53.3 % de encuestados perciben la calidad de gasto público en el nivel regular.

Finalmente podemos indicar que las REDES en el departamento de Puno han incrementado el presupuesto asignado en el periodo estudiado, sin embargo, la ejecución no llegó al 100 %, ello indica que no estarían cumpliendo las metas y objetivos trazados,

a pesar que el presupuesto asignado es menor en comparación con otros países de América latina, no se aprovecha, habiendo la existencia de muchas necesidades a nivel regional como la renovación de la infraestructura, recursos humanos, insumos, equipos y otros en la mayoría de los establecimiento de salud.

#### 4.2. Indicadores de resultado final de los programas presupuestales.

Tabla 2

*Indicadores de resultado final de los programas presupuestales en la REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020*

Indicadores de resultado final	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Articulado nutricional</b>						
% de desnutrición crónica en < de 5 años	18.3	16.5	15.7	15.5	14.5	14.4
<b>Salud materno infantil</b>						
Mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos	99.0	51.1	86.6	79.4	62.8	59.3
Mortalidad neonatal por 1,000 nacidos vivos	55.4	49.7	46.6	53.4	54.7	52.5
<b>TBC-VIH/SIDA</b>						
Tasa de VIH por 100,000 habitantes	1.8	5.2	5.6	6.4	5.1	4.6
Tasa de mortalidad de TBC por 100,000 habitantes	30.9	28.5	28.0	28.9	31.4	24.5
<b>Enfermedades metáxicas y zoonosis</b>						
Indice parasitario anual	0.7	0.8	0.8	0.7	0.8	0.8
Tasa de rabia humana por 100,000 habitantes	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Enfermedades no transmisibles</b>						
Porcentaje de personas con presión elevada	2.3	2.6	3.0	3.6	3.4	3.4
Tasa de prevalencia de diabetes	3.0	6.3	5.7	7.4	6.4	5.8
<b>Prevención y control del cancer</b>						
Defunciones por 100,000 habitantes	75.1	79.1	73.1	82.2	75.9	60.3
<b>Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas</b>						
Tasa de mortalidad por emergencias y urgencias	0.0	0.0	0.7	0.9	0.8	0.1
<b>Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad</b>						
Proporción de personas con discapacidad e inclusión social <sup>1</sup>	0.0	0.0	2.1	2.5	3.3	2.1
<b>Control y prevención en salud mental</b>						
Tasa de suicidios por 100,000 habitantes	0.0	0.0	0.2	0.5	0.8	0.6

En el programa articulado nutricional, el indicador de resultado final es la desnutrición crónica infantil en menores de cinco años, al 2015 fue de 18.3 %, al 2018 fue de 15.5 % y al 2020 fue de 14.4 %. A nivel nacional en el 2020, el porcentaje de desnutrición crónica fue de 12.2 % y la meta a alcanzar al mismo año fue de 8.1 % (Ministerio de Salud del Perú, 2021a), sin embargo, la meta no fue cumplida, faltando reducir en 4.1 % el retardo en el crecimiento de la talla para la edad (INEI, 2021c), comparando los resultados nacionales, en la región de Puno fue de 14.4 % muy superior a la meta programada y al promedio nacional; lo que indica que a pesar del esfuerzo de disminuir la tasa de desnutrición crónica la región de Puno sigue siendo una de las regiones con altos



porcentajes de desnutrición a nivel nacional y del sur del país, ya que Tacna tiene 3.2 %, Moquegua 5.5. %, Arequipa 8.0 %, Madre de Dios 10.6 %, solo la región del Cusco tiene 16.6 % de DCI y está por encima de la prevalencia de la región de Puno (CENAN, 2020).

La desnutrición crónica infantil en los último años viene disminuyendo a nivel nacional y también en el departamento de Puno, pero la incidencia sigue siendo mayor en el área rural (INEI, 2021a), por región natural Puno es una región andina y a nivel de la sierra los niños tienen una DCI del 21.2 %, afectando a las niñas y niños cuyo intervalo de nacimiento es menor a 24 meses (20,0%), le siguen aquellos con intervalos de nacimiento de 24-47 meses (15,2%) (INEI, 2021c). Comparando los resultados de las REDES de Puno con la investigación realizada por Cuevas-Nasu et al., (2021), es similar, quien muestra que el 14.2 % de los niños menores de 5 años tienen DCI, las prevalencias más altas está en el área rural en < 24 meses (18.0 %) y de 24-59 meses (17.3 %), tienen mayores probabilidades de tener DCI cuando tienen más hijos, aumenta en un 30.3 % la probabilidad de DCI cuando no tiene diversidad en su dieta, los hijos < 24 meses de madres indígenas tienen 2.10 más posibilidades de presentar desnutrición crónica.

La desnutrición crónica en la región de Puno bajo de 18.3 % a 14.4. % en el periodo estudiado, sin embargo esta disminución no es suficiente, porque siguen sin resolver las causas directas como el acceso desigual a la atención en salud, el consumo de agua no segura, inadecuado saneamiento básico, limitados conocimientos y prácticas de la familia para el cuidado y la alimentación del niño, la presencia de EDAs e IRAs, parasitosis; junto con otros factores como la disponibilidad y acceso a los alimentos, producción alimentaria, ingresos familiares, nivel educacional y otros son los que determinan la DCI, es más, la desnutrición es un problema multicausal y están asociados a la aplicación de otras prácticas saludables que van desde la gestación hasta los dos primeros años de vida (MIDIS, 2017) (Ministerio de Salud del Perú, 2021a). Como efectos de la desnutrición en los niños de Puno, trae consecuencias irreversibles, como la pérdida de talla (principalmente en primeros 2 años), limitación de las capacidades físicas, emocionales e intelectuales; en la vida futura estará reducido el rendimiento productivo de la persona y será perjudicial en el desarrollo económico de la familia. Los niños que viven en zonas rurales tienen mayores probabilidades de padecer desnutrición crónica que los niños que viven en zonas urbanas (Ministerio de Salud del Perú, 2021a).



Los establecimientos de salud y las REDES en el departamento de Puno deben contribuir de manera significativa con la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, para ello es necesario el fortalecimiento de acciones de articulación en los tres niveles de gobierno, la intervención de los programas sociales, los mecanismos de incentivos y fondos, entre otras iniciativas que deben ser promovidas por las instituciones involucradas a nivel regional y local (MIDIS, 2017); es más, están priorizadas en el Plan Nacional en el marco del PAN, están las sesiones educativas y demostrativas, control CRED, visita domiciliaria y consejería, suplementación con vitamina A, ácido fólico y hierro, vacunación, atención de enfermedades prevalentes y la desparasitación (MINSA, 2017).

En el programa salud materno infantil, el indicador utilizado como resultado final es la tasa de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal. En el indicador de mortalidad materna al 2015 fue de 99.0 por cada 100,000 nacidos vivos, al 2018 fue de 79.4 y al 2020 fue de 59.3. Con el indicador de mortalidad neonatal al 2015 fue de 55.4 muertes por 1,000 nacidos vivos, al 2018 fue de 53.4 muertes y al 2020 fue de 52.5 defunciones por 1,000 nacidos vivos.

La tasa de mortalidad materna disminuyó en el periodo estudiado, pero, sigue siendo un problema de salud pública, siendo priorizada la reducción a nivel regional en cada uno de los establecimientos de salud, mediante la planificación y ejecución de diversas estrategias y acciones (MINSA, 2019b); en esta perspectiva, reducir la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos es uno de los principales Objetivos de Desarrollo Sostenible en el Perú y en la región de Puno (INEI, 2021c).

La mortalidad materna a nivel nacional y en la región de Puno es alta porque las gestantes no recibieron un control pre natal de calidad, por radicar en el área rural o pertenecer a comunidades lejanas al establecimiento de salud, estar en los quintiles 1 y 2 de pobreza, no estar afiliado al SIS y otros determinantes (Hernández-Vásquez et al., 2019), sin embargo, las muertes maternas son evitables, por la existencia y conocimiento de soluciones médicas para prevenir o tratar las complicaciones presentadas durante el embarazo, parto o puerperio que deben ser implementadas en las instituciones de salud (MINSA, 2019b).

Por otra parte, la tasa de mortalidad neonatal en el departamento de Puno no ha disminuido significativamente, de cada 10 muertes en menores de 1 año, 7 son neonatos; la probabilidad de muerte es dos veces mayor en Puno, Amazonas, Apurímac, Ayacucho,

Cusco, Huancavelica y Ucayali (Vargas-machuca, 2020), las causas están dadas por el acceso desigual a la atención en salud, limitados conocimientos y prácticas de la familia para el cuidado del niño, ingresos familiares, nivel educacional y otros que van desde la gestación hasta los dos primeros años de vida (MIDIS, 2017) (Ministerio de Salud del Perú, 2021a). En el grupo atareo de madres adolescentes también existe un alto riesgo de mortalidad infantil, siendo de 17 por mil nacidos, en el grupo de madres de 40 a 49 años es de 20 por mil; a nivel rural es de 22 y en zonas urbanas 13 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos (INEI, 2021c).

Para disminuir las estadísticas en la región de Puno se debe fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud materno infantil, contar con personal profesional capacitado y calificado, fortalecer las capacidades de la madres y la comunidad en el cuidado del neonato e identificación oportuna de signos de alarma para buscar asistencia inmediatamente (Vargas-machuca, 2020), no basta con aumentar el presupuesto, si no, con la calidad de ejecución de las actividades y acciones que tienen los establecimientos de salud.

En el programa TBC-VIH/SIDA, los indicadores utilizados como resultado final fueron la tasa de VIH por 100,000 habitantes y la tasa de mortalidad de TBC por 100,000 habitantes. Los resultados indican que el indicador de tasa de VIH al 2015 fue de 1.8 por 100,000 habitantes, al 2018 fue de 6.4 y al 2020 fue de 4.6. Con respecto al indicador de mortalidad por TBC al 2015 fue de 30.9 por 100,000 habitantes, al 2018 fue de 28.9 y al 2020 fue de 24.5. Respecto a la tasa de VIH hubo un incremento y en el otro indicador hubo un descenso en el periodo estudiado.

A nivel nacional y desde 1983 hasta el 2020 se ha notificado un total de 136,396 casos de infección por VIH, de los cuales 45,491 han sido diagnosticados como SIDA, el 67.8% de los casos de infección por VIH, fueron diagnosticados en la población de 20 a 39 años, el 21.7 % de personas de 15 a 29 años identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza ideas erróneas de su transmisión (INEI, 2020). La región de Puno, se encuentra ubicado en el rango de departamentos de 1 a 139 casos reportados (MINSA, 2019a), confirmándose 75 casos positivos de VIH en el 2016 y 60 caso en el 2020; siendo unas de las regiones con menores casos a nivel nacional, Lima y el Callao tienen el 58% del total de casos a nivel nacional (Ministerio de Salud, 2020)

Al 2020, a nivel nacional el 21.7 % de personas de 15 a 29 años identifica bien las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y las ideas erróneas de su propagación; a nivel de costa es del 24 % y sierra 16.9 % respecto al conocimiento (INEI, 2020); respecto a las vías de transmisión del VIH el 97.6 % de los casos son vía sexual, 1.9% por vía vertical o transmisión madre-niño y 0.4% por vía parenteral (MINSA, 2019a), en el departamento de Puno al no ser una región con lasta tasas de VIH no se evidencias estudios actualizados respecto al nivel de conocimiento de esta enfermedad.

Por otra parte, a nivel mundial, nacional y regional la tuberculosis sigue siendo el mayor asesino dentro de las enfermedades infecciosas y las acciones e inversiones a nivel no son suficientes para alcanzar los objetivos de 2030 (Ministerio de Salud del Perú, 2021c), en la actualidad, la tuberculosis constituye un problema para la salud pública, debido a la alta incidencia de casos (Ministerio de Salud del Perú, 2021c); en los últimos 18 años, las muertes por tuberculosis en las Américas disminuyeron en 35 %, con una reducción anual media de 3 % entre el 2000 y 2017 (OPS, 2019).

Al 2019 se notificaron 32,970 casos de tuberculosis, de los cuales el 70.6 % fueron realizados por el MINSA, 19.2 % por EsSalud, 8.7 % por el INPE y 1.5 % por las FFAA y PNP (Ministerio de Salud del Perú, 2021c), sin embargo el trabajo emprendido por las REDESS en la región de Puno todavía no logra disminuir de manera significativa las altas tasas registradas, es más, a nivel departamental se está aplicando la ley N° 30287 sobre la prevención y control de la tuberculosis donde se declara de interés nacional la lucha contra la tuberculosis (Alarcón et al., 2017).

Respecto al conocimiento no se evidencias resultados a nivel departamental, pero si hay resultados a nivel nacional, donde el 2.9 % de personas de 15 y más años de edad indican que tiene conocimiento sobre las maneras de propagación de la TB, por regiones naturales este conocimiento en la sierra es del 2.5 % en este grupo de edad (INEI, 2020), siendo una tarea pendiente a nivel regional la lucha contra la tuberculosis y debe ser una tarea importante al 2035, que es la declaración del Perú y la región de Puno como una región libre de la tuberculosis (Alarcón et al., 2017).

En el programa presupuestal de enfermedades metaxénicas y zoonosis, los indicadores utilizados fue el índice parasitario anual y la tasa de rabia humana. Los resultados de indicadores indican que, para el indicador índice parasitario, al 2015 fue de 0.7 el índice,

al 2018 fue de 0.7 y en el 2020 fue de 0.8. Respecto al otro indicador de tasa de rabia humana fue de 0.0 la tasa en el 2015 y 0.0 por 100,000 habitantes en el 2020.

La OMS menciona la importancia de mapear y focalizar la prevalencia de las parasitosis en toda América Latina; a nivel de Perú y el departamento de Puno no se evidencia estudios completos sobre la medición exacta de la prevalencia de esta enfermedad (Vidal-Anzardo et al., 2020), sin embargo, las infecciones parasitarias intestinales afectan a un gran porcentaje de la población puneña y en especial a los niños, los parásitos que afectan con mayor proporción son las giardiasis, oxiuros y en menor proporción el áscaris lumbricoides (Fumadó, 2015).

Las causas de la parasitosis son el limitado acceso al agua potable, los alimentos contaminados, la prevalencia de la desnutrición, el limitado acceso a los servicios sanitarios y otros como las condiciones socioeconómicas que influyen de la prevalencia de la parasitosis (Garaycochea & Beltran, 2018), la parasitosis afecta principalmente el tracto digestivo, que pueden ser causada por la ingestión de quistes de protozoos, huevos o larvas de gusanos o por la penetración de larvas por la piel, siendo el síntoma principal la diarrea crónica y otras manifestaciones a nivel digestivo (Fumadó, 2015).

En un estudio indica que el 73.6 % de las madres indican conocer por lo menos un tipo de parásitos que afectan a sus hijos por la sabiduría popular o por haber tenido la enfermedad, el 80.8 % indica que es por los alimentos, el 66.7 % por el agua, 82.2 % por las manos sucias, 78.5 % por animales domésticos (Gonzalbo et al., 2020).

La rabia es una enfermedad transmitida desde los animales al hombre por la inoculación del virus rábico contenido en la saliva de los animales infectados, principalmente dado las mordeduras de los animales contagiados (Ministerio de Salud del Perú, 2016). A nivel mundial, el 99 % de todos los casos de rabia humana se produce a través de la transmisión por perros (Frantchez & Medina, 2018), en el Perú desde el 1990, los casos de rabia humana han descendido de manera significativa, lográndose la erradicación de la transmisión de rabia urbana en más del 88 % de las regiones y no tener casos positivos en los dos últimos años; siendo Puno una de las regiones con una tasa de cero respecto a la rabia humana en el periodo estudiado, sin embargo, en el 2018, se reportaron 5 casos de rabia canina en el departamento de Puno, ello indica que existe el riesgo de la transmisión de la rabia urbana humana en nuestra región por la aparición de los casos de la rabia canina (MINSA, 2019a).

A nivel nacional y regional, esta enfermedad es completamente prevenible y la ocurrencia de casos en los humanos está relacionada con la limitada oferta de campañas de vacunación canina, deficiencias en la promoción, vigilancia y control de los sistemas de salud y las condiciones de pobreza y factores ambientales (Frantchez & Medina, 2018), se observa principalmente en el medio rural de Puno la crianza de varios canes por familia esto posibilitaría la aparición de casos de rabia canina y esta podría ser transmitido al poblador a través de las mordeduras de los perros con rabia.

En el programa presupuestal de enfermedades no transmisibles, los indicadores como resultado final de dichos programas son el porcentaje de personas con presión elevada y la tasa de prevalencia de diabetes. Los resultados muestran que para el indicador de personas con presión elevada es de 2.3 % en el 2015, 3.6 % en el 2018 y 3.4 % en el 2020. Para el indicador de prevalencia de diabetes fue de 3.0 % en el 2015, 7.4 % en el 2018 y 5.8 % en el 2020.

Las enfermedades crónicas en la región de Puno como la diabetes y la hipertensión se desarrollan por un conjunto de factores de riesgo que en muchos de los casos son prevenibles, entre los factores causales están el consumo de tabaco, la baja ingesta de frutas y verduras, el uso nocivo del alcohol, el sobre peso y obesidad, alimentación no saludable, estrés, sedentarismo y otros. (INEI, 2020).

Al 2020, por región natural, la costa concentra el 5.2 % del total de casos de diabetes, la sierra 3.1 % y la selva 3.5% (INEI, 2020), los casos de diabetes crecieron en más de diez veces en menores de 30 años en el período de 2005 y 2018, los departamentos con mayor prevalencia son Cajamarca, Puno, Tumbes, Ica, Lambayeque, Callao, Lima, Loreto y Madre de Dios quienes reportan tasas de prevalencia por encima del promedio nacional (Ccorahua-Ríos et al., 2019), la consecuencia fatal es la mortalidad y están relacionadas en el grupo de 20 a 70 años, la muerte prematura y la discapacidad se asocian con un impacto negativo a la economía de los países, a la economía familiar en la forma de costos directos e indirectos (International Diabetes Federation, 2019).

La hipertensión arterial es otra enfermedad crónica por la elevada presión ejercida por la sangre al interior de la arteria (INEI, 2020). En el Perú, al 2020, el 16.4 % de personas de 15 y más años presenta presión arterial alta, 12 % en mujeres y 21.3 % en varones; 17.3 % en el área urbana y 12.6 % en el área rural (INEI, 2020), la región de Puno no es ajena

a esta enfermedad siendo la tasa de 5.8 % al 2020, muy inferior al promedio de casos presentados a nivel de la costa con 18.5 % y sierra con 13.0 % de los casos (INEI, 2020).

Para el programa presupuestal de prevención y control del cáncer, el indicador utilizado fue las defunciones por 100,000 habitantes, siendo la evolución del indicador de 75.1 en el 2015, 82.2 en el 2018, 60.3 en el 2020. A nivel mundial el cáncer constituye un problema de salud pública, en la región de las Américas y en nuestro país, más del 70 % de todas las muertes por cáncer se producen en los estratos con ingresos económicos bajos y medios (Ministerio de Salud del Perú, 2021e). Para el año 2018, la tasa estandarizada de incidencia de cáncer en el Perú fue de 192.6 casos nuevos por 100,000 habitantes lo que representa 66,627 casos nuevos en una población de 32 millones (Ministerio de Salud del Perú, 2020) (Vallejos-sologuren et al., 2020). La región de Puno no se encuentra dentro de las regiones con las tasas por encima del promedio nacional.

A nivel nacional y regional, los tipos de cáncer más frecuentes en las mujeres son el cáncer de mama (19 %), cérvix (11 %) y cáncer de estómago (7 %), en los hombres cáncer de próstata (25 %), estómago (10 %) y colorrectal (7 %) y las principales causas de muerte son el cáncer de estómago (13.9%), pulmón (8.6%) y próstata (8.2%), la región de Puno no se encuentra como uno de los departamentos más expuestos para la respuesta de prevención y control del cáncer, pero si están Huánuco, Pasco, Ayacucho, Amazonas, Cajamarca, Loreto y San Martín (Ministerio de Salud del Perú, 2021e).

En las REDES de Puno, no existe centros especializados para la prevención y tratamiento de los casos de cáncer, al no haber condiciones favorables, la evolución de la enfermedad aumenta, sumando a ello, la limitada capacidad de atención en el nivel primario y hospitalario, las barreras geográficas, económicas, sociales y culturales, reducción de personal especializado en manejo de cáncer, incremento de riesgos relacionados al paciente con cáncer (Astigueta-Pérez et al., n.d.), hacen que la región se encuentra en desventaja frente a otras regiones para la prevención y tratamiento de los casos de cáncer en los diferentes grupos etarios.

En el programa presupuestal de reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas, el indicador de resultado final del programa es la tasa de mortalidad por emergencias y urgencias. La evolución del indicador fue de 0.0 por 100,000 habitantes en el 2015, 0.9 en el 2018 y 0.1 por 100,000 habitantes en el 2020.

La OMS define a la urgencia sanitaria como la aparición imprevista o inesperada en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud. A nivel nacional en el 2019, el 8.2% de la población, presentó algún problema de salud o accidente que requería atención médica inmediata durante los últimos 12 meses, mientras que en el año 2018 fue el 8.3 % (Ministerio de Salud del Perú, 2021f), en el 2016, el 85.1 % del total de atenciones prestadas no correspondían a daños calificados como prioridad I y II y el 14.9 % de las atenciones fueron emergencias (Defensoría del Pueblo, 2016).

En el 2020 en el departamento de Puno, del total de la población urbana, el 9.0 % indica haber presentado algún problema de salud o accidente que requería la atención médica inmediata en los últimos 12 meses (INEI, 2021a), sin embargo la demanda de salud en las REDES de Puno respecto a las emergencias no satisfechas las necesidades de la población en todos los niveles de atención, existiendo congestión, turgurización y hacinamiento de los servicios de emergencia, aumentando el tiempo de espera para la atención, propiciando posibles complicaciones que aumentan el costo de atención, el diagnóstico y el tratamiento (Defensoría del Pueblo, 2016).

En el programa presupuestal de prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad, el indicador utilizado como resultado final es la proporción de personas con discapacidad e inclusión social, dicho indicador fue de 0.0 % en el 2015, 2.5 % en el 2018 y 2.1 % en el 2020.

La discapacidad en las personas es una realidad que aqueja a todos los países, el Perú no es ajeno a esta situación, en el 2019 el 10.4 % presentó alguna discapacidad y dentro de esta el 57 % son mujeres y 43 % son hombres; la región de Puno presenta el mayor porcentaje de personas con discapacidad, siendo el 13.1 % del total de su población (Diaz Dumont, 2019), principalmente la afectación se da a nivel de los ojos y oídos.

De igual manera en la REDES hay un déficit de servicios de salud para la atención especializada de las personas con discapacidad (CONADIS, 2021), de igual manera los establecimientos de salud tienen equipos obsoletos, infraestructura inadecuada, los procesos administrativos son engorrosos y otros que afectan la salud de las personas con discapacidad.

En el programa presupuestal de control y prevención en salud mental, el indicador como resultado final del programa es la tasa de suicidios, la evolución del indicador fue de 0.0



por 100,000 habitantes en el 2015, 0.5 en el 2018 y 0.6 en el 2020. La OMS, indica que la tasa de mortalidad en los jóvenes, se ha incrementado en América Latina, los suicidios representan el 30 % de las muertes porque no fueron diagnosticados ni tratado a tiempo, siendo los más frecuentes los trastornos disruptivos (8 %), los trastornos ansiosos (7.4 %) y los trastornos depresivos (7 %) (Cuenca et al., 2020).

A nivel nacional cerca del 15 % de las personas tiene algún problema de salud mental, aproximadamente más de 4 millones de peruanos (MINSA, 2018a). Una de la formas de salud mental es la violencia familiar, al 2016 en el país en el 70.8 % de las familias existe violencia familiar, en Apurímac 85 %, Arequipa 82.61 %, Cusco 79.4 %, Junín 76.3 % y Huánuco 75.9%; se indica que el 70 % de mujeres sufren violencia por parte de sus parejas, el 32 % es violencia física y 67.4 % psicológica (Ministerio de Salud del Perú, 2021h).

El derecho a la salud mental no es visto como importante para la sociedad y en la región de Puno se refleja esta realidad, de igual manera en la REDES de Puno, esto se ve reflejado por la limitada asignación presupuestal y número insuficiente de personal profesional, la falta de descentralización de los servicios, limitaciones de acceso a la universalización del seguro de salud y el inadecuado equipamiento de los establecimientos de salud (CONADIS, 2021).

Finalmente se puede indicar que los resultados de los programas presupuestales en las REDES se miden mediante indicadores y estas son una medición que refleja una situación determinada, por lo tanto, todo indicador en salud es una estimación de una dimensión determinada de la salud en la población en un territorio y el resultado de la medición es muy útil para la toma de decisiones en el ámbito de la salud (OPS-MINSA, 2018). Es más, el indicador es muy importante en el seguimiento o monitoreo de las acciones y actividades, para aportar información oportuna a los diferentes niveles de gobierno y ayudar a tomar las mejores decisiones en favor de la sociedad (Gutiérrez-Aguado, 2017), a nivel de la REDES se utilizan estos indicadores pero no le dan la importancia para el seguimiento y evaluación respectiva, es por ello que los resultados no son alentadores en la salud de la población de Puno.

La reducción de las brechas en salud en las REDES del MINSA - Puno debe ser prioritario, independientemente de los presupuestos asignados, es fundamental promover la construcción y el fortalecimiento de todos los sistemas de protección social y que estos



sean universales e integrados durante todas las etapas y de esa manera reducir las desigualdades en salud en los 110 distritos de la región, un acceso horizontal a la salud puede disminuir las desigualdades y las altas tasas, siempre y cuando los servicios sean de calidad, las acciones y actividades sean concretas, los presupuestos sean adecuados, el personal este en constate fortalecimiento de capacidades y garantice el acceso para toda la población puneña (Abramo et al., 2020), además, debe haber un trabajo articulado entre las instituciones, la academia y la comunidad para abordar con eficacia los problemas relacionados con la salud y mejorar la equidad sanitaria (Birbeck et al., 2019).

Por otra parte, los establecimientos de salud en las 11 REDES del MINSA deben de evitar en las familias y las personas el gasto de bolsillo, es decir evitar que gasten de sus ingresos en medicamentos, insumos de salud y en otros aspectos que demanda la salud del integrante de la familia, porque ello conlleva a la familia a pasar dificultades financieras en el hogar y algunas veces estas limitaciones afectan el acceso a tratamiento, rehabilitación de la persona (Hernández-Vásquez et al., 2020).

De igual manera, el fortalecimiento del primer nivel de atención es la tarea más importante para lograr un sistema de salud basado en atención primaria, sin embargo los recursos humanos no se sienten incentivados para ejercer una buena labor por la falta de equipamiento, insumos de salud, infraestructura obsoleta, baja remuneración, capacitaciones, etc., pero, una de las estrategias podría ser a través de la atención del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) y brindar la atención de salud a la población, en especial a los que viven en condiciones socio económicas de pobreza, ubicación geográfica muy alejada en la región de Puno (Inga-Berrosipi & Rodriguez, 2019).

### 4.3. Relación del presupuesto público con los indicadores de resultado final de los programas presupuestales.

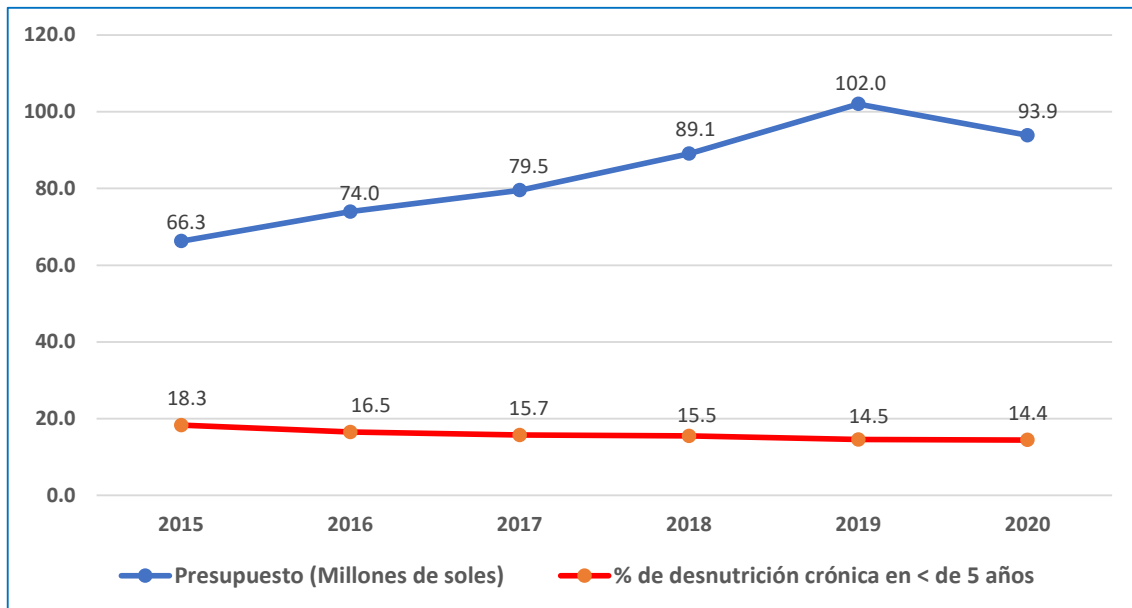


Figura 1. Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa articulado nutricional (desnutrición crónica) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020

Tabla 3

*Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa articulado nutricional (desnutrición crónica)*

Correlación	Significancia	Regla	Decisión
Presupuesto con desnutrición crónica infantil	0.007	Sig. < 0.05	Se rechaza Ho

En la presente figura se puede apreciar que el indicador de porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años en las 11 REDES tiene una tendencia a la disminución, pasando de 18.3 % en el 2015 a 14.4 % en el 2020, disminuyendo en 3.9 % en el periodo estudiado; sin embargo, en la asignación presupuestaria hubo un incremento en el periodo estudiado, pasando de 66.3 millones a 93.9 millones en el 2020, con un incremento de 27.6 millones en el periodo estudiado.

Al realizar la correlación de Pearson en el programa estadístico SPSS versión 23.0, indica que existe relación entre las dos variables de estudio, siendo  $p = 0.007$  menor a 0.05 y por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; esto indica que a

mayor presupuesto asignado al programa articulado nutricional el indicador de resultado final disminuirá.

Al 2020, el 12.1 % de los menores de cinco años de edad padecen de desnutrición crónica a nivel nacional, es decir, uno de cada diez niños no está creciendo adecuadamente para la edad que tienen. Entre los años 2010 y 2020, se redujo en 11.1 % la deficiencia alimentaria, por las intervenciones de los sectores, niveles de gobierno y las acciones del PAN; en los últimos 5 años la DCI, disminuyó en 2.3 %, en mayor porcentaje en los niños (2.4 %) que en las niñas (INEI, 2021c), de igual manera, a nivel de las REDES de salud de Puno la tasa de DCI disminuye a 14.4. % en el 2020, esto indica que la asignación y ejecución presupuestal en el programa muestra resultados significativos, tal como demuestra (Yalinet, 2018), señalando que un aumento en el presupuesto del programa tiene una relación significativa con la desnutrición crónica infantil; esto quiere decir que, si hay un incremento del 1 % en el gasto público del programa nacional CUNA MÁS, la desnutrición crónica disminuirá en 0.1%.

A nivel de Perú en el 2018, aproximadamente el 84.2 % del presupuesto fue asignado a la ejecución de actividades que culminan en productos o servicios que el PAN ofrece a la población objetivo; 9.9 % a la ejecución de proyectos para recuperar, mejorar y/o ampliar capacidades y el 5.8 % a la ejecución de labores administrativas. En ese mismo año se ejecutó el 91.8% del presupuesto asignado, debido a la ejecución del presupuesto en el rubro de productos (95.9%), acciones comunes (94.9%) y siendo bajo la ejecución en inversiones (55.2%) (AECID, 2020).

Se demuestra con los resultados que el presupuesto destinado al PAN en las REDES del MINSA de Puno ha aumentado considerablemente, conllevando a avances significativos en la reducción de la DCI, sin embargo, todavía existen disparidades entre zonas rurales, urbanas, quintiles de pobreza y distrito con mayor prevalencia de DCI lo que impide que la prevalencia de la desnutrición pueda disminuir más rápidamente (MCLCP, 2021), sin embargo los establecimientos de salud en la región de Puno vienen trabajando en función a la política nacional de desarrollo para mejorar los indicadores nutricionales de los niños, con ello se va proteger el capital humano de la región y prever a futuro este recurso humano para su participación en la economía y el desarrollo social y económico (Ministerio de Salud del Perú, 2021a).

Las investigaciones han demostrado que el desarrollo integral de la niñez es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, estos elementos son muy necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de desigualdad en la población. En este sentido, si los niños pequeños no reciben el cuidado y la atención que necesitan durante los primeros años, las consecuencias son acumulativas y de largo plazo; por lo tanto, brindar a los niños oportunidades adecuadas para crecer y desarrollarse es una prioridad para las familias, los gobiernos, las organizaciones y la sociedad en su conjunto. (Ministerio de Salud del Perú, 2021a).

Por ello el estado peruano y la REDES del MINSA en la región de Puno deben continuar con la implementación del Objetivo de Desarrollo Sostenible Hambre 0, seguir cumpliendo y vigilando la implementación de la Ley y el reglamento de Alimentación Saludable, asegurar el financiamiento y la evaluación de resultados, reforzar las visitas domiciliarias integrales y articuladas, cerrar la brecha en la entrega del paquete de cuidado integral por curso de vida, fortalecer el primer nivel de atención en salud, fortalecer los programas de protección social e incorporar el enfoque de gestión de riesgos, fortalecer el sistema de información para identificar la población en situación de vulnerabilidad, fortalecer el uso de plataformas TICs e implementar una estrategia de comunicación de acuerdo a la realidad de cada lugar y con enfoque intercultural (MCLCP, 2021).

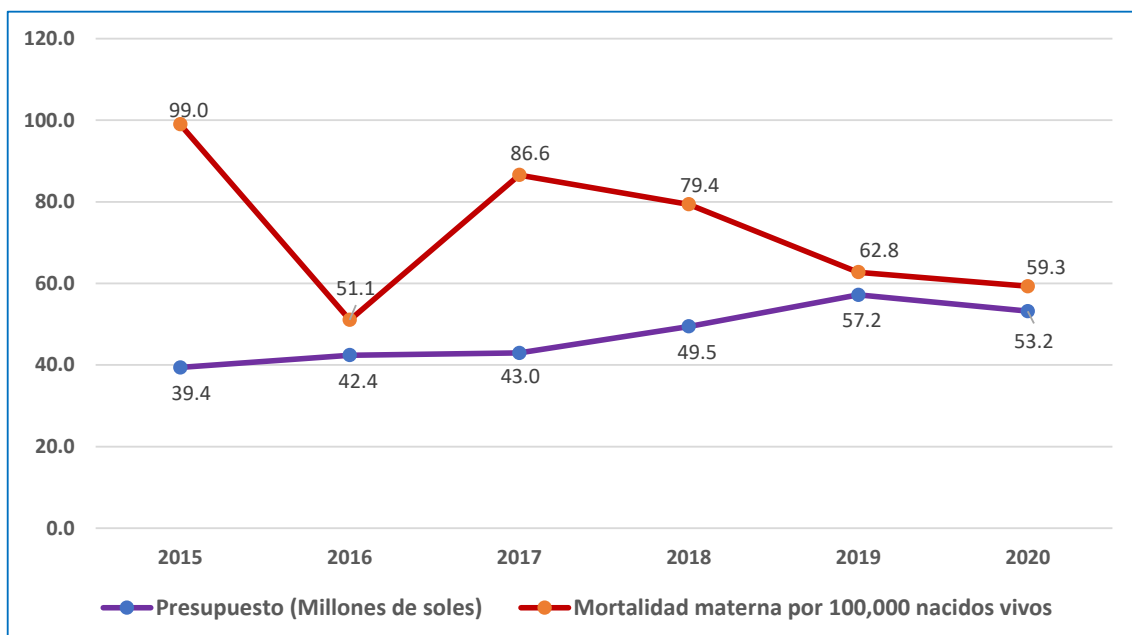


Figura 2. Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa salud materno infantil (mortalidad materna) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020

Tabla 4

*Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa salud materno infantil (mortalidad materna)*

Correlación	Significancia	Regla	Decisión
Presupuesto con mortalidad materna	0.301	Sig. > 0.05	Se acepta Ho

En esta figura se muestra la relación del presupuesto asignado en el programa salud materno infantil con el indicador de resultado final de mortalidad materna, la evolución del indicador de tasa de mortalidad materna ha disminuido de 99.0 por cada 100,000 nacidos vivos a 59.3 por cada 100,000 nacidos vivos, con una reducción de 39.7 en el periodo estudiado, es decir la mortalidad disminuyó de 29 muertes maternas en el 2015 a 17 muertes maternas en el año 2020; respecto a la asignación presupuestal hubo un aumento de 39.4 millones en el 2015 a 53.2 millones en el 2020, con un incremento de 13.8 millones de soles en el periodo estudiado.

Al realizar la prueba estadística en el programa SPSS 23.0, la  $p = 0.301$  es mayor a 0.05, lo que indica que no existe relación entre la asignación presupuestal al programa de salud materna infantil con el indicador de tasa de mortalidad materna en el periodo estudiado, es decir que frente al incrementado el presupuesto asignado, la disminución del indicador de mortalidad materno no es significativa en el periodo estudiado.

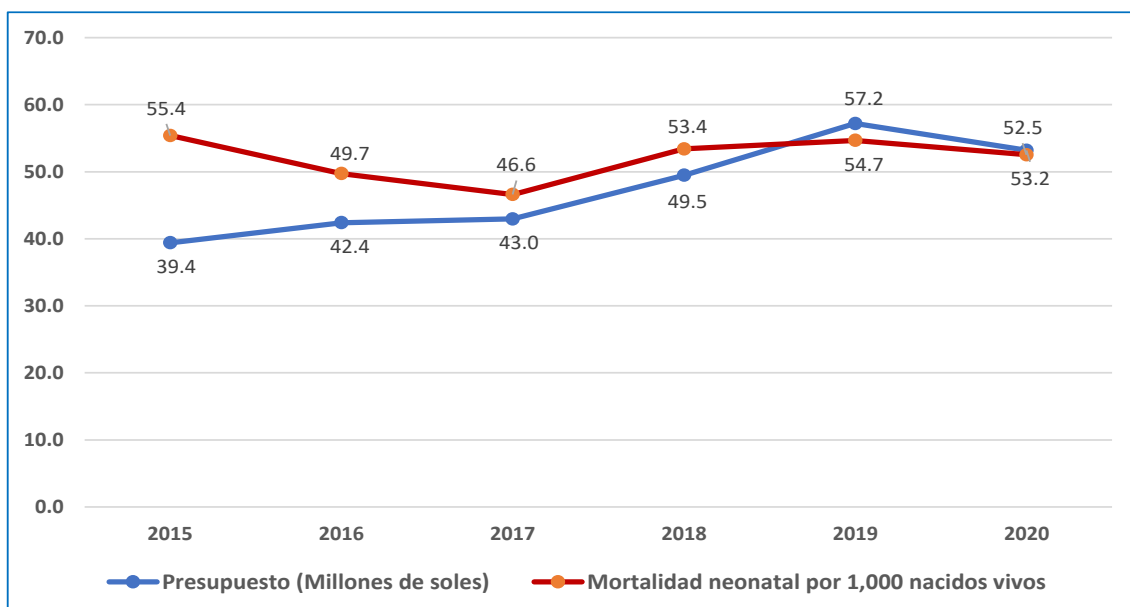
Las tasas de mortalidad materna es el resultado de inequidad, exclusión social y el bajo acceso a los servicios de salud (Ministerio de Salud del Perú, 2021b) en la REDES del MINSA en la región de Puno, estas muertes pueden evitarse mediante una adecuada prevención y manejo oportuno de la salud materna (MINSA, 2019b); a pesar del crecimiento de la atención de la salud en los establecimientos de salud materna, aumentado en la sierra del 89.2% (2015) a 94.2% (2020) (INEI, 2021c), a pesar de los esfuerzo realizados continua siendo un problema de salud en los 110 distritos y 13 provincias donde interviene las 11 REDES del MINSA.

En la investigación realizada por Asencios Gutierrez (2019), indica que el presupuesto por resultados se relaciona significativamente con la calidad de gasto del programa de salud materno neonatal ( $p = 0.000 < 0.05$ ), esto indica que a una mejor gestión presupuestal el impacto será mayor en la calidad del gasto; pero en otra investigación se muestra una correlación negativa entre el gasto social y la mortalidad materna; significa

que los gastos no están direccionados estratégicamente a la salud materna, la gestión no se realiza en base a las necesidades de las madres (Luciano, 2018), esto quiere decir, que no es necesario aumentar el gasto social; si no, realizar un trabajo coordinado, planificado y articulado entre el gobierno local, sector salud, educación, vivienda, agricultura, producción, ambiente y otros para disminuir la mortalidad materna en la región.

Los resultados indican que la tasa de mortalidad materna no ha disminuido de manera significativa en el periodo estudiado, sin embargo, el presupuesto asignado al programa presupuestal se ha incrementado en los últimos años, debiendo a hacer más efectivo las intervenciones en las REDES del MINSA; sin embargo, la asignación presupuestal dentro de los productos de la estructura funcional programática en el programa salud materno no son equitativas, incidiendo que las intervenciones en la población objetivo, no sean efectivas (Vargas, 2019), siendo el factor primordial para que no existe la relación entre las dos variables de estudio.

Frente a los descrito en las REDES del MINSA en la región de Puno, existen desafíos pendientes que deben ser superados en el futuro, como son la cobertura de salud universal especialmente en madres, la brecha de recursos humanos, la reestructuración de los servicios de salud, la reducción del gasto de bolsillo, equipamiento médico, infraestructura y proyectos de inversión (Mendoza-Arana et al., 2018).



*Figura 3.* Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa salud materno infantil (mortalidad neonatal) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020

Tabla 5

*Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa salud materno infantil (mortalidad neonatal)*

Correlación	Significancia	Regla	Decisión
Presupuesto con mortalidad neonatal	0.498	Sig. > 0.05	Se acepta Ho

En la presente figura se muestra el presupuesto asignado al programa presupuestal materno infantil, este aumento de 39.4 millones en el 2015 a 52.5 millones en el 2020, aumentando en 13.1 millones en el periodo estudiado, respecto al indicador de mortalidad neonatal por cada 1000 nacidos vivos tuvo una disminución de 55.4 a 23.2 por 1,000 nacidos vivos en el periodo de estudiado.

Para ver la relación entre el presupuesto asignado y la evolución del indicador, la prueba de correlación de Pearson indica un  $p=0.498$ , siendo mayor a 0.05, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, es decir, no hay relación entre el presupuesto asignado y el indicador de mortalidad neonatal; es decir, que a pesar del aumento del presupuesto público en el programa presupuestal, no es significativo la disminución del indicador de mortalidad neonatal en el periodo estudiado.

En investigaciones se ha demostrado que el aumento del gasto público repercute directamente en la mortalidad neonatal, es decir que el gasto público social e ingreso per cápita aportan significativamente a la reducción de la tasa de mortalidad infantil (America, 2020), este aumento del presupuesto debe ser bien programado o estimado por acciones y actividades en el siguiente año fiscal, en función a los servicios que presta y para el logro de resultados según los objetivos y metas planificadas (MEF, 2011); sin embargo, los resultados en las REDES demuestran que anta el incremento del presupuesto, la reducción de la mortalidad neonatal no es significativo por la baja calidad de atención de salud de las gestantes y recién nacidos; las desigualdades en el acceso a parteras, la desigualdad a seguros de salud, distancias, infraestructura inadecuada (Avila & Carrasco, 2015), es indica que los presupuestos asignados no están siendo ejecutados en favor de los infantes tomando en cuenta el factor clave denominado calidad de gasto.

En otro estudio, señala que la tasa de mortalidad neonatal pasó de 18 a 10 defunciones por cada 1000 nacidos vivos, estas evidencias demuestran que el resultado de la asignación presupuestal al programa de Salud Materno Neonatal es efectivo, reflejado en

la mejora de los indicadores de resultado específico (Vargas, 2019); de igual manera en otro estudio, sobresalen el tratamiento integral al recién nacido muy pequeño, la causa y el control del parto pretérmino, consiguiendo la disminución de las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad en los niños con edad gestacional muy baja (Navarro et al., 2018); resultados opuestos a los mostrados en el presente estudio, donde se demuestra que ante el aumento del presupuesto no hay disminución significativa de la mortalidad neonatal, tal como se indica en la Red de Salud Puno en los años 2015 – 2016, que cumplieron en 80 % la programación, formulación, aprobación, ejecución, control y evaluación del presupuesto asignado y en un 20 % no cumplieron con los procesos presupuestarios (Ramos, 2019), siendo factores que afectan de manera negativa en la reducción de las metas y objetivos trazados de la reducción de la mortalidad neonatal en las REDES del MINSA en la región de Puno.

Por otra parte las familias que viven en la región de Puno tienen poco interés por la salud de los integrantes de la familia, en especial de los grupos vulnerables, tal como lo demuestra Chandrachud et al. (2020), quien indica que el gasto total en el tema de la atención de la salud es menos del dos por ciento del ingreso familiar total, porque las familias y las personas no están interesados en gastar dinero para mantener una salud óptima y muchas veces son indiferentes con los problemas de salud y también tienen conocimiento limitado sobre seguros médicos y otros programas de salud pública; otro factor vital para el bajo gasto en salud es la no disponibilidad o la pobre atención de los componentes de la salud a nivel local y distrital.

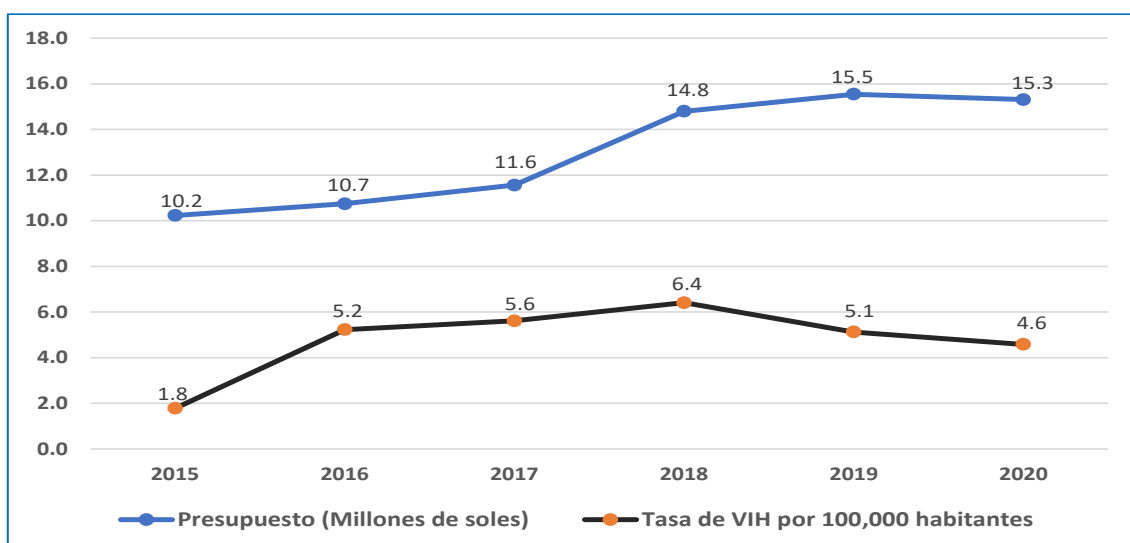


Figura 4. Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa TBC – VIH/SIDA (VIH) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020



Tabla 6

*Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa TBC – VIH/SIDA (VIH)*

Correlación de Pearson	Significancia	Regla	Decisión
Presupuesto con tasa de VIH	0.325	Sig. > 0.05	Se acepta Ho

En la figura se muestra que el presupuesto asignado fue de 10.2 millones en el 2015 y aumentó a 15.3 millones al 2020, en el periodo de estudio incrementó en 5.1 millones de soles. Con respecto a la evolución del indicador de tasa de VIH por cada 100,000 habitantes, aumentó de 1.8 a 4.6 por cada 100,000 habitantes en el periodo de estudio.

Al aplicar la prueba estadística de correlación de Pearson para determinar la relación de las dos variables, indica una  $p=0.325$  siendo mayor a 0.05, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, esto quiere decir que no hay relación entre las dos variables de estudio, porque a pesar del incremento del presupuesto público al programa presupuestal, no hay una disminución de la tasa de VIH, por lo contrario, existe un aumento de la tasa de VIH en el periodo estudiado.

El programa presupuestal ha identificado como problema principal la alta prevalencia de tuberculosis y TB-VIH/SIDA en la población objetivo y el resultado final esperado es la reducción de la morbimortalidad, a través de los indicadores de tasa de incidencia de VIH, (Ministerio de Salud del Perú, 2021c) y esta realidad no es ajena en las REDES de Puno, porque el objetivo planteado a nivel nacional tiene que ser cumplido a nivel regional.

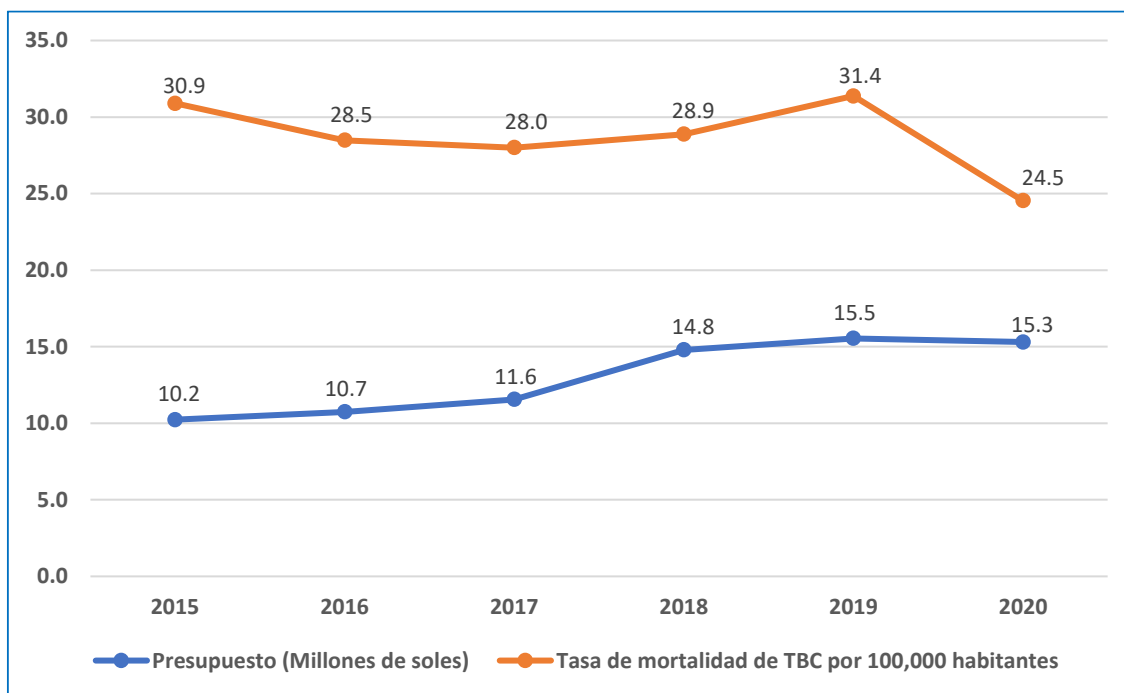
La propagación del VIH/SIDA en la región de Puno y también a nivel nacional se ha incrementado en los últimos años, principalmente por la inexistencia de cura y la relación entre ITS y VIH, a pesar de que el 85.7 % de las mujeres indican como medida preventiva la limitación en el número de parejas sexuales o mutua fidelidad, asimismo, el conocimiento del uso del condón como forma de evitar el VIH fue 82.2 % en el 2020 (INEI, 2021c).

Entre los años 1983 al 2018 se han identificado 120,111 casos de VIH, de los cuales, 42,989 tienen estadio de SIDA, en promedio, cada año se ha notificado 6,362 casos de infección por VIH y 1,470 eventos de estadio SIDA entre los años 2014 y 2018; en el 2018 la razón hombre a mujer de los casos notificados en VIH es 3.7 a 1 y en SIDA es

4.4 a 1.0, los casos positivos a nivel de la región de Puno es inferior al de otros departamentos como Lima, Callao, Loreto, Ica, Arequipa, La libertad y otros departamentos (MINSA, 2019a), es más, a nivel de las REDES del MINSA en el 2020, se mejoró la cobertura y acceso en consejería y servicios de despistaje y tratamiento de ITS y la implementación de estrategias con Promotores Educadores Pares (PEP) (DIRESA Puno, 2021b).

Por otra parte, la asignación presupuestal fue de 10.2 millones en el 2015 y 15.3 millones en el 2020, con un incremento de 5.1 millones de soles, de los cuales en el 2019 en la genérica de gasto de personal y obligaciones sociales se tuvo un gasto de 13.8 millones el cual representa el 99.77 % de ejecución presupuestal (DIRESA Puno, 2020), lo cual indica que gran parte del presupuesto en ese año fue utilizado para el pago de personal y un pequeño porcentaje del presupuesto fue ejecutado en inversiones, adquisición de bienes de capital, insumos y otros necesarios para el cumplimiento de objetivos del programa presupuestal, de igual manera, se ejecutó en la adquisición de activos no financieros 520,104.95 soles y no se ejecutaron 64,778.05 soles (DIRESA Puno, 2020).

Para mejorar la calidad de gasto en el programa presupuestal se debe dar importancia en la promoción de acciones de conocimiento y prácticas sobre la transmisión, prevención y percepción de los riesgos 2020 (INEI, 2021c), siendo una de las formas de prevenir la transmisión, es a través del conocimiento (INEI, 2020).



*Figura 5.* Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa TBC – VIH/SIDA (TBC) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020

Tabla 7

*Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa TBC – VIH/SIDA (TBC)*

Correlación de Pearson	Significancia	Regla	Decisión
Presupuesto con tasa de mortalidad de TBC	0.653	Sig. > 0.05	Se acepta Ho

En la presente figura se muestra la relación entre el presupuesto asignado y el indicador tasa de mortalidad de TBC por 100,000 habitantes en el programa TBC-VIH/SIDA. El presupuesto tuvo un incremento en 5.1 millones, es decir paso de 10.2 millones a 15.3 millones de soles y la evolución del indicador fue de 30.9 por 100,000 habitantes en el 2015 a 24.5 en el 2020, con una disminución de 6.4 en el periodo estudiado.

Los resultados de la prueba estadística muestran una  $p=0.653$ , siendo mayor a 0.05, lo que indica que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, no habiendo relación entre las dos variables, esto indica que frente al aumento de presupuesto asignado

al programa presupuestal no disminuye de manera significativa el indicador de producto final que es la tasa de mortalidad de tuberculosis por cada 100,000 habitantes en la región de Puno.

La no relación entre las dos variables, está dado porque el gasto en salud en cada uno de las REDES del MINSA en la región de Puno es dispar, en algunas REDES han aumentado considerablemente y en otras no se evidencia aumentos significativos (Dieleman et al., 2017), pese al incremento del presupuesto de 10.2 a 15.3 millones de soles, la tuberculosis enfermedad infecciosa que afecta a cualquier parte del organismo (Ministerio de Salud del Perú, 2021c), sigue siendo un problema de salud pública en los establecimientos de salud a nivel del departamento de Puno, por lo que la ley de prevención y control de la TB (Ley N° 30287), debe ser implementada de manera integral para la prevención y control de la Tuberculosis (Alarcón et al., 2017).

Otro factor que no contribuye en la disminución significativa de la mortalidad por cáncer es que a pesar del incremento de la asignación presupuestal en las REDES, sigue existiendo la brecha de infraestructura en el sector salud, lo que significa que se necesitan \$7,674 millones adicionales del presupuesto estatal, es más, existe una brecha de 18,944 camas hospitalarias aproximadamente y de 16,000 médicos con especialidad (Defensoría del Pueblo, 2016), además, el nivel de satisfacción de los usuarios a nivel del MINSA es del 66 %, siendo las causas más frecuentes las quejas el área de citas y admisión, de igual manera por las demoras en la atención y el incumplimiento en la programación de citas, finalmente indican que en el área de farmacias faltan medicamentos (The World Bank, 2016).

A nivel de los REDES del MINSA Puno, se debe fomentar las reuniones técnicas con los actores de la programación, formulación, ejecución y evaluación presupuestal, tanto en las incorporaciones y ejecuciones presupuestales, generar actividades sustantivas en la conducción y liderazgo intersectorial, buscar el cumplimiento de los indicadores de desempeño, eficacia, economía y eficiencia donde se tiene que realizar el seguimiento, acompañamiento continuo, promover el desarrollo integral y sostenible de la región Puno, con autonomía e igualdad de oportunidades, en el marco de la gestión pública moderna, transparente, competitiva, orientada, a mejorar la calidad de vida de la población (DIRESA Puno, 2021a).

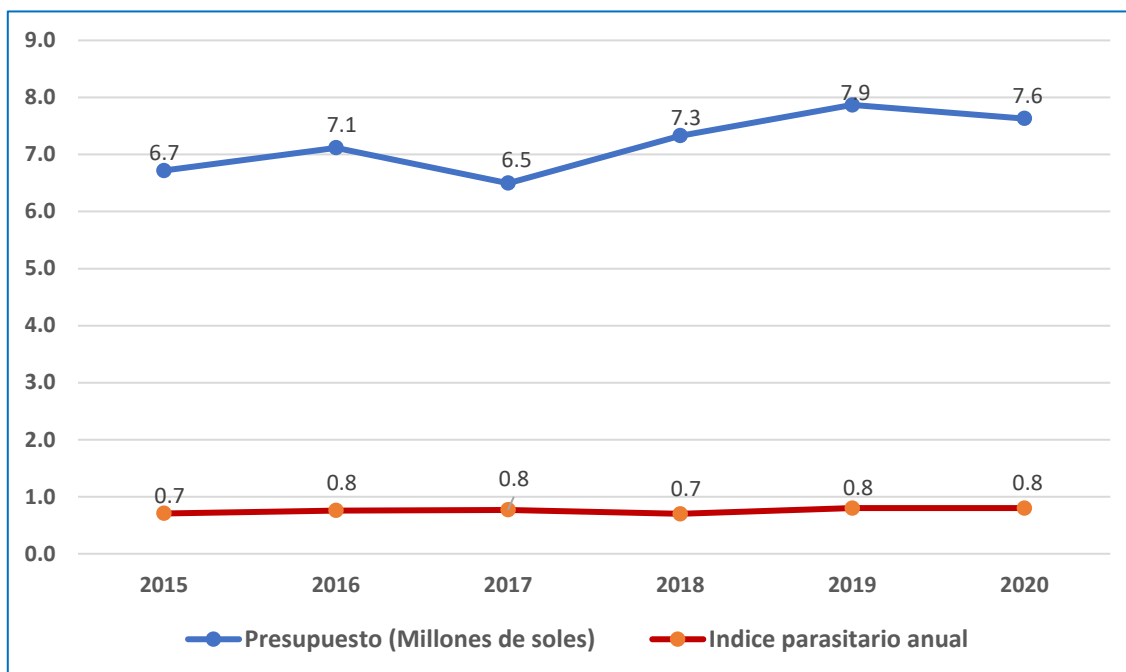


Figura 6. Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Enfermedades metaxénicas y zoonosis (Parasitosis) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020

Tabla 8

*Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Enfermedades metaxénicas y zoonosis (Parasitosis)*

Correlación de Pearson	Significancia	Regla	Decisión
Presupuesto con índice parasitario	0.633	Sig. > 0.05	Se acepta Ho

En la presente figura se muestra la relación entre la asignación presupuestal y la evolución del indicador índice parasitario; el presupuesto asignado en el 2015 fue de 6.7 millones y en el 2020 fue de 7.6 millones con un incremento de 0.9 millones; respecto a la evolución del indicador este aumento de 0.7 a 0.8 en el periodo de estudio, aumentando en índice en 0.1, lo que indica que sigue en aumento la parasitosis en la población.

A la prueba estadística de la correlación de Pearson, la  $p=0.633$  siendo mayor a 0.05, lo que indica que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, no habiendo relación entre las dos variables de estudio, es decir, a pesar de haber aumentado el presupuesto no hay disminución del índice parasitario en las REDES de la región de Puno.

Para el programa presupuestal el problema central es la alta incidencia y prevalencia de enfermedades metaxénicas y zoonosis, así como su letalidad y mortalidad, siendo el resultado final esperado la reducción del índice parasitario (Ministerio de Salud del Perú, 2016), que es una de las infecciones más comunes, afectando a millones de personas, especialmente a niños, por la higiene personal deficiente, el acceso limitado a educación sanitaria y la carencia de agua potable y sistemas de alcantarillado, entre otros factores (Arando Serrano & Valderrama Pomé, 2021).

Por otra parte, el presupuesto asignado al programa presupuestal le permite cumplir con la producción de bienes y servicios en favor de la población que requiere satisfacer la necesidad de disminuir la parasitosis (Paredes, 2011), el presupuesto fue 6.7 millones en el 2015 y en el 2020 fue de 7.6 millones con un incremento de 0.9 millones, sin embargo, todavía existe a nivel de las REDES una capacidad instalada inadecuada, porque tienen una infraestructura precaria, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente (ComexPerú, 2019a), en la genérica de gasto de personal y obligaciones sociales se tuvo un PIM de 6'651,713 soles de los cuales se ejecutaron la suma de 6'630,799.10 soles el cual representa el 99.69 %, donde se revirtió la suma de 20,913.90 soles; en activos no financieros se tuvo un PIM de 62,127 soles de los cuales se ejecutaron la suma de 41,104.92 soles, donde quedó un saldo de 21,022.08 soles, el cual se revirtió ya que es un presupuesto de la Fuente de financiamiento de Recursos Ordinarios (DIRESA Puno, 2020).

En el futuro se tiene que desarrollar reuniones técnicas entre el área usuaria, planificación y administración (Logística, recursos humanos, presupuesto), para revisar las fases de programación, formulación, ejecución de la meta física y financiera con el único objetivo de cumplir con la estrategia del Presupuesto por Resultados y mejorar la situación familiar y personal de la población objetivo en las REDES del MINSA (DIRESA Puno, 2021a).

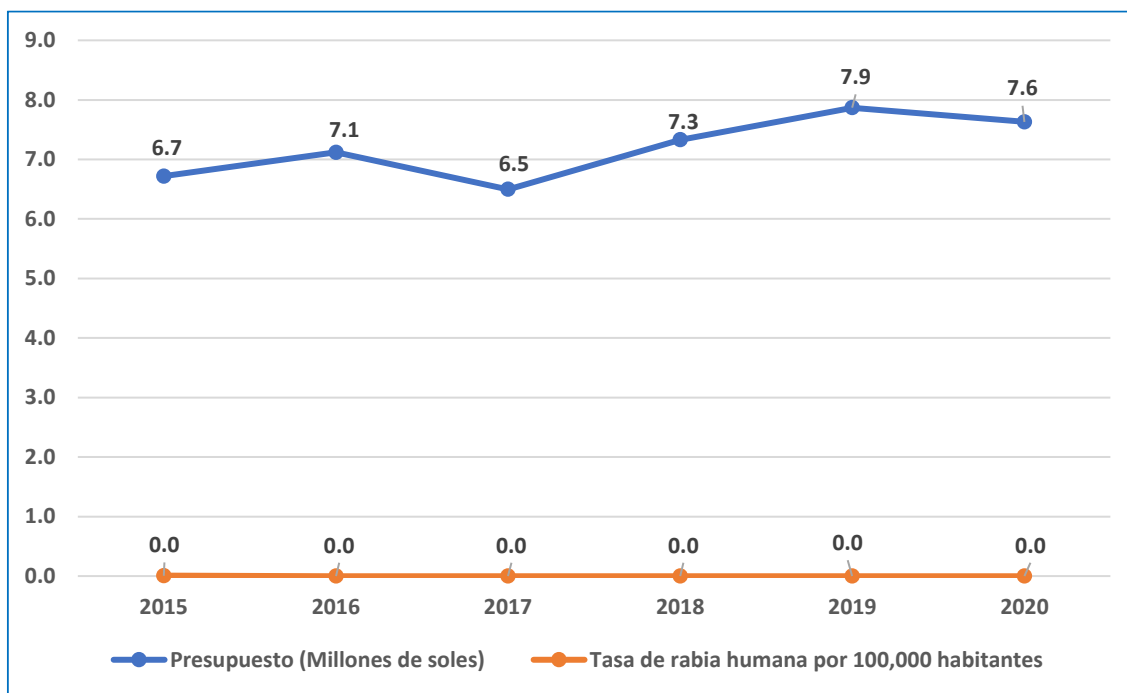


Figura 7. Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Enfermedades metaxénicas y zoonosis (Rabia humana) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020

Tabla 9

*Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Enfermedades metaxénicas y zoonosis (Rabia humana)*

Correlación	Significancia	Regla	Decisión
Presupuesto con tasa de rabia humana	0.33	Sig. > 0.05	Se acepta Ho

En la siguiente figura se muestra que el presupuesto asignado al programa fue de 6.7 millones de soles en el 2015 y de 7.6 millones de soles en el 2020, con un incremento de 0.9 millones de soles, referente al indicador de tasa de rabia humana en el periodo de estudio fue una tasa de 0.0 en el 2015 y de 0.0 por 100,000 habitantes; de igual manera que en los demás programas presupuestales y en este programa el presupuesto se ha incrementado, pero, el indicador de resultado final que es la tasa de rabia humana es cero en el periodo estudiado.

Desde décadas se viene trabajando en la reducción de la rabia en el Perú y en la región de Puno, trabajo que viene realizando las REDES del MINSA, es por ello, que desde 1990, la rabia humana urbana se ha reducido de manera significativa, en más del 88 % a nivel nacional y en el departamento de Puno (MINSA, 2019a), sin embargo, existe un riesgo



de la transmisión de la rabia urbana humana en el sur del Perú, debido a la persistencia e incremento de la rabia canina en los departamentos de Arequipa y Puno (MINSA, 2018a).

En el 2020 en el departamento de Puno, se programó intervenir a 22,016 viviendas; sin embargo, por situaciones de la emergencia sanitaria, se intervino a 19,145 viviendas, llegando a cumplir en un 87 % la meta programada (DIRESA Puno, 2021b). Entre los años 2005, 2006, 2010, 2011, 2012 y 2015 un caso de rabia humana en el departamento de Puno, durante los años 2016 al 2019 no se ha reportado ningún caso de rabia humana transmitida por el perro la región y también a nivel nacional (DIRESA Puno, 2021b).

Una de las debilidades en el programa presupuestal y en los demás programas presupuestales es la existencia de un inadecuado manejo presupuestal en todas las fases del proceso presupuestal, ello repercute en una deficiente ejecución presupuestal, esto debido a una falta de trabajo en equipo, donde el área usuaria debe de ser fortalecido por la unidad de Logística, facilitándoles solicitar los requerimientos mediante el cuadro de necesidades de una forma adecuada (DIRESA Puno, 2021a).

La mejor estrategia es la vigilancia, prevención y control de las enfermedades zoonóticas, además, se requieren de un trabajo articulado, multidisciplinario, intersectorial e interinstitucional en los tres niveles de gobierno y la población organizada (MINSA, 2018a).



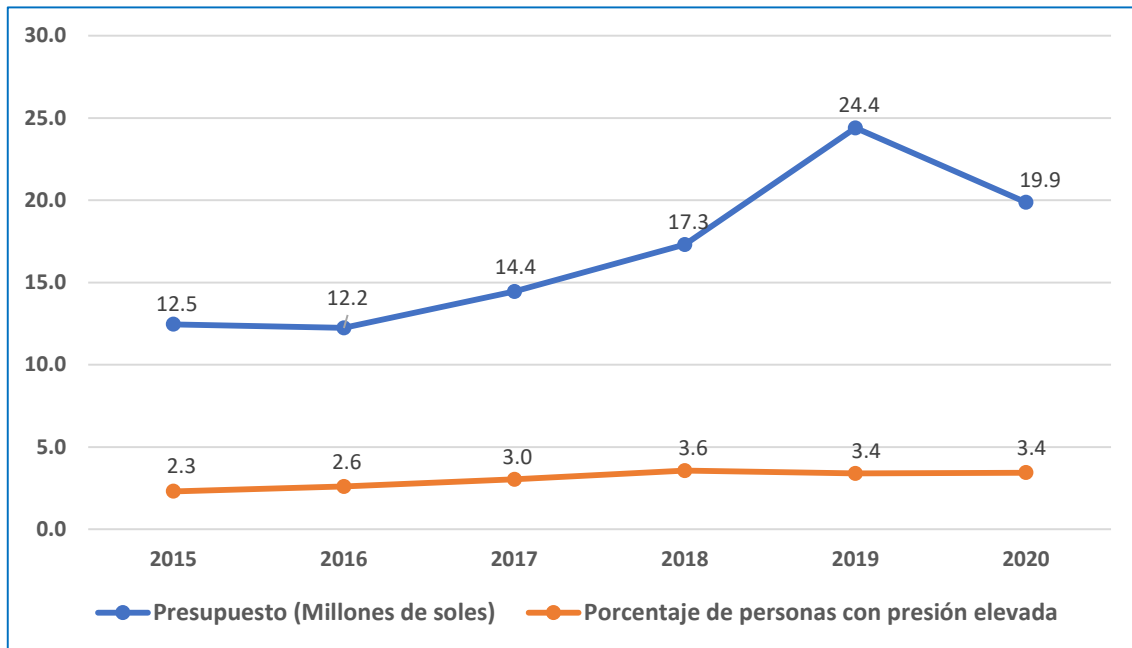


Figura 8. Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Enfermedades no transmisibles (Presión arterial alta) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 - 2020

Tabla 10

*Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Enfermedades no transmisibles (Presión arterial alta)*

Correlación de Pearson	Significancia	Regla	Decisión
Presupuesto con personas con presión alta	0.07	Sig. > 0.05	Se acepta Ho

En esta figura, respecto a la evolución del presupuesto, este aumentó de 12.5 millones a 19.9 millones en el periodo de estudio con un incremento de 7.4 millones. Con el indicador de resultado final del programa este aumentó de 2.3 % a 3.4 % personas con presión elevada en el periodo de estudio, tuvo un aumento de 1.1 % en el periodo del 2015 al 2020, es decir que el porcentaje de casos de hipertensión arterial siguen en aumento en la región de Puno.

Al aplicar la prueba estadística de correlación de Pearson, la  $p=0.07$  es mayor a 0.05, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, ello indica que no existe relación entre el presupuesto asignado y el indicador de resultado final del programa. es

decir, que a mayor presupuesto asignado al programa el porcentaje de casos de hipertensión arterial no disminuye significativamente, al contrario, tiene un comportamiento ascendente en el periodo estudiado.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, que tiene como consecuencia el daño progresivo de diversos órganos del organismo (Ministerio de Salud del Perú, 2021d). Para el año 2020, a nivel nacional se programó atender a 436,050 personas con hipertensión arterial controlada, llegando a atender solo el 10.3 % por la situación del Covid-19, de igual manera, la hipertensión paso de 17.6 % en el año 2016 a 21.7 % en el año 2020 (MINSa, 2021).

A nivel de las REDES del MINSa, respecto al tratamiento y control de personas con hipertensión arterial, la cobertura como actividad operativa en el 2019 fue de 98.3 % y en el año 2020 fue del 83.2 %, las cifras del año 2020 descienden con respecto al 2019 (DIRESA Puno, 2021b).

Es cierto que en la población objetivo que tiene los establecimientos de salud del MINSa no hay una disminución del indicador de resultado final a pesar del incremento del presupuesto cada año por que existen debilidades. como la deficiente articulación entre el área usuaria, planificación y administración en las fases del proceso presupuestario, ocasionando descontento de las unidades y oficinas por la inoportuna entrega de bienes y servicios, finalmente se afecta el cumplimiento de los indicadores de desempeño, de resultado inmediato, intermedio y resultado final de los programas presupuestales en las REDES del MINSa (DIRESA Puno, 2021a).

Es por ello que el presupuesto asignado al programa presupuestal debe ser ejecutado con calidad para prevenir y combatir esta enfermedad mediante actividades y acciones concretas, apoyados por soluciones de medicina digital (Mathews et al., 2019), de igual manera, la evaluación debe ser realizada de manera continua y esta debe permitir realizar la medición de los resultados obtenidos y el análisis de las variaciones físicas y financieras observadas (MEF, 2011), porque un eficiente gasto en la atención médica, personal e institucional se justifican para la mejora de la salud, conllevando a aumentar la esperanza de vida y mejorar los indicadores e índices de salud en la población (Kaplan & Milstein, 2019).

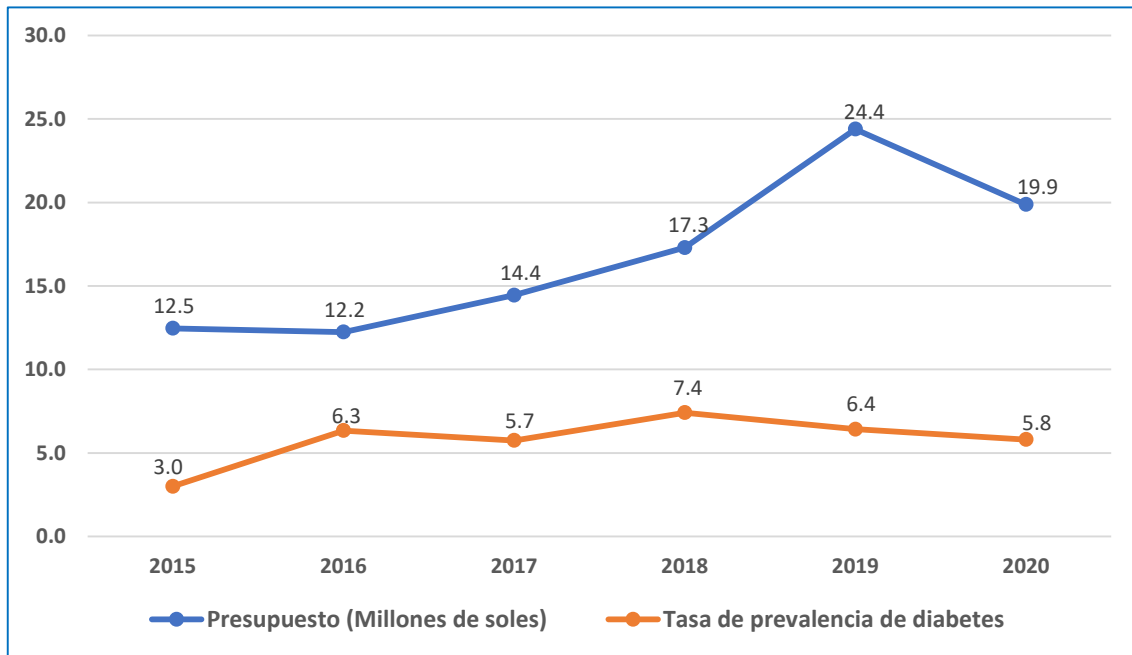


Figura 9. Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Enfermedades no transmisibles (Diabetes) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020

Tabla 11

*Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Enfermedades no transmisibles (Diabetes)*

Correlación de Pearson	Significancia	Regla	Decisión
Presupuesto con tasa de prevalencia de diabetes	0.383	Sig. > 0.05	Se acepta Ho

En la figura N° 09 se muestra la relación entre el presupuesto asignado con la evolución del indicador de tasa de prevalencia de diabetes en el programa presupuestal de enfermedades no transmisibles. La evolución del presupuesto asignado fue de 12.5 millones en el 2015 a 19.0 millones en el 2020, con un aumento de 7.4 millones en el periodo de estudio. Con respecto a la evolución del indicador de tasa de prevalencia de diabetes, fue de 3.0 % en el 2015 y 5.8 % en el 2020, con un incremento de 2.8 % en el periodo de estudio.

Al aplicar la correlación de Pearson, la  $p=0.383$  es mayor a 0.05, por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, esto indica que no hay relación entre las

variables estudiadas, es decir, que frente al crecimiento del presupuesto asignado la tasa de diabetes no disminuye el indicador, más bien, la tasa de diabetes aumento en el periodo de estudio.

La diabetes es una enfermedad crónica que se caracteriza por presentar niveles altos de azúcar en la sangre (INEI, 2020), a nivel de las REDES del MINSA en la región de Puno, es muy perjudicial para la salud en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad, además, tiene un alto costo para la sociedad y los sistemas de salud, la realidad en la que se vive indica que estos costos seguirán incrementándose en el futuro (Carrillo-Larco & Bernabé-Ortiz, 2019), la tasa está por debajo del promedio nacional, siendo a nivel nacional del 4.5 % en personas de 15 y más años diagnosticados de diabetes mellitus (INEI, 2020).

El tratamiento de la diabetes todavía no es eficiente porque el sistema de salud puneño se caracteriza por ser fragmentada, un porcentaje de la población no accede al SIS y ellos representan esa brecha en la salud; esta fragmentación puede conducir a ineficiencia, la ineficacia, la desigualdad, la mercantilización, la comercialización, la desprofesionalización, despersonalización, desesperación y discordia; haciendo que las necesidades del paciente pueden no ser satisfechas o maltratadas (Griffin & Osterbur, 2019).

Por lo tanto, la prevención primaria de la diabetes, debe considerarse primordial la identificación de ciudadanos en alto riesgo, diagnóstico y tratamiento oportuno, así como mejorar la adherencia al manejo no farmacológico y farmacológico (Carrillo-Larco & Bernabé-Ortiz, 2019), además, en el 2020, se programó atender a 225,001 personas con diabetes mellitus controlada, llegando a atenderse el 6.5 % por la emergencia sanitaria, además, la diabetes se incrementó ligeramente de 2.9 % a 4.5 % del año 2016 al 2020 (MINSa, 2021).

En las REDES de Puno, en el 2020 se llegó a una cobertura del 72.1 %, existiendo descenso con respecto al año 2019 debido a las limitaciones de la población que tuvo por acceder a este servicio, siendo los adultos mayores quienes acuden por este servicio a los establecimientos de salud, así como la existencia de limitaciones respecto a las atenciones por consultorios externos (DIRESA Puno, 2021b).



El MINSA en el departamento de Puno debe fomentar el cuidado integral para la persona, familia y comunidad con servicios de calidad oportunos con capacidad resolutive y enfoque territorial, mejorar la articulación del Plan Estratégico Institucional (PEI), Plan Operativo Institucional, Cuadro de Necesidades por centro de costo con la finalidad de contar con una eficiente ejecución presupuestal en favor de la población, fortalecer el sistema de información de seguimiento, monitoreo y evaluación a través del gobierno electrónico, fortalecer el recurso humano del sistema de logística con capacitaciones en la acreditación correspondiente, realizar el fortalecimiento de la difusión de las normas y guías de atención en los diferentes niveles de atención y el fortalecimiento del control de vigilancia sanitaria de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en las REDES del MINSA (DIRESA Puno, 2021a).

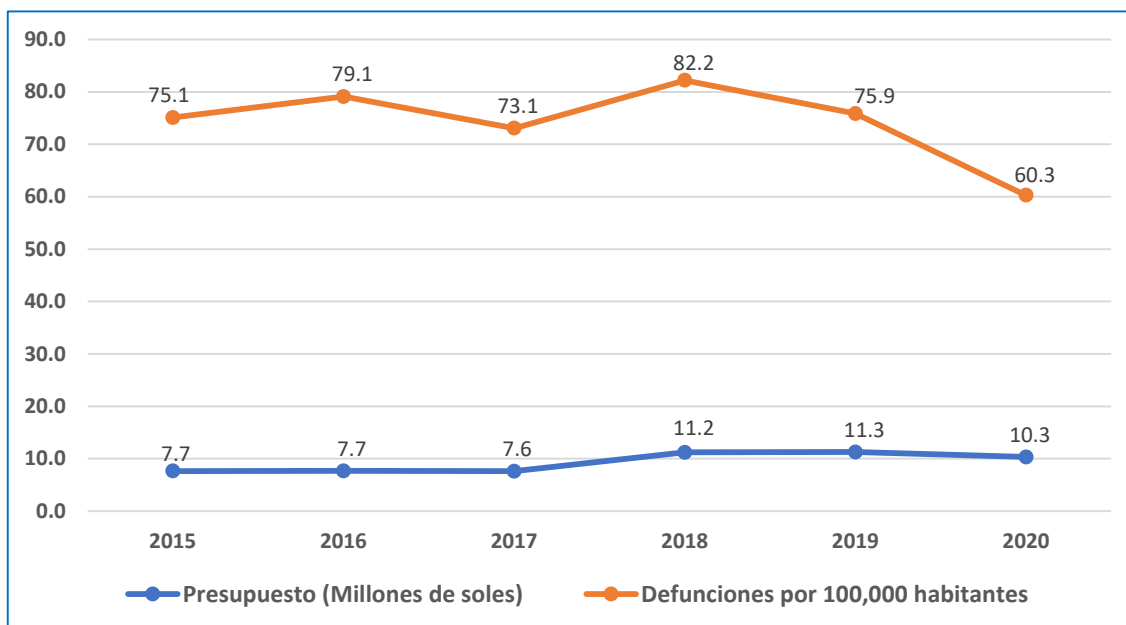


Figura 10. Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Prevención y control del cáncer (Mortalidad por cáncer) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020

Tabla 12

*Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Prevención y control del cáncer (Mortalidad por cáncer)*

Correlación de Pearson	Significancia	Regla	Decisión
Presupuesto con mortalidad por cáncer	0.931	Sig. > 0.05	Se acepta Ho

En la presente figura se muestra la relación del presupuesto asignado con la evolución del indicador de defunciones por 100,000 habitantes en el programa presupuestal. El presupuesto asignado fue de 7.7 millones de soles en el 2015 y esta aumentó a 10.3 millones en el 2020, con un incremento de 2.6 millones de soles en el periodo estudiado. Con respecto al indicado de resultado final del programa este aumentó de 7.7 a 10.3 defunciones por 100,000 habitantes en el periodo de estudio.

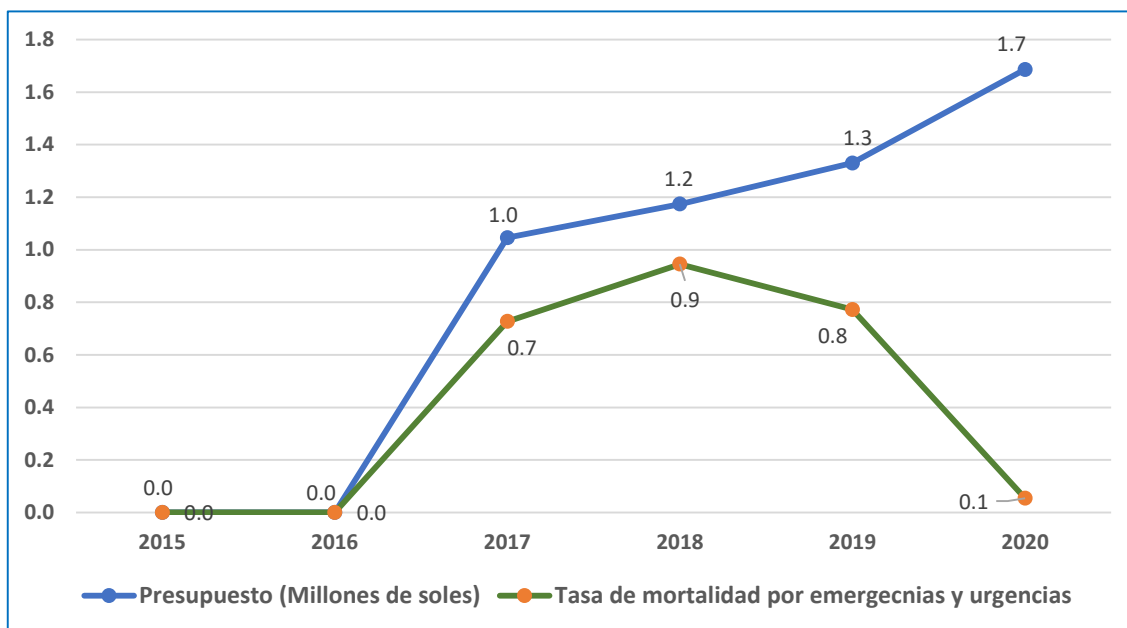
La prueba estadística indica una  $p=0.931$  siendo mayor a 0.05, lo que indica que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, es decir, no hay relación entre las variables de estudio en el periodo de estudio, a pesar del incremento del presupuesto en el programa presupuestal el indicador de mortalidad por cáncer no disminuye de manera significativa según la prueba estadística.

El cáncer constituye un problema de salud pública en el Perú y en el mundo por su alta mortalidad, así como por la discapacidad que produce (INEI, 2020), en las REDES aumentó de 7.7 a 10.3 defunciones por 100,000 habitantes en el periodo de estudio, las causas son los estilos de vida no saludables como el consumo excesivo de tabaco y alcohol, consumo alto de lípidos y bajo consumo de vegetales; infecciones por el virus del papiloma humano (VPH) y el *Helicobacter pylori* (INEI, 2020) entre otros factores que aceleran el desarrollo de la enfermedad.

A nivel nacional se realizaron 46,145 atenciones oncológicas en el 2020 y se tamizaron a 592,390 hombres y mujeres para los tipos de cáncer más frecuentes, de igual manera a nivel regional, las atenciones oncológicas representan como actividades principales de las REDES del MINSA (MINSA, 2021), pese a este trabajo, el aumento de las tasas de mortalidad asociadas al cáncer sigue en aumento y a la par también aumentan los costos en los sistemas de salud, por el uso de servicios terapéuticos como la quimioterapia, radioterapia y cirugía (INEI, 2020).

Pese al incremento del presupuesto en las REDES, continúa siendo un factor el número de personal médico, siendo uno de los bajos con médicos especialistas de cáncer a nivel nacional, de igual manera el 77.8 % de los establecimientos de salud presentaba una capacidad instalada inadecuada en infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente; en hospitales, el 60 % tiene una capacidad instalada inadecuada en la región de Puno, el 95.8 % de los laboratorios tienen capacidad instalada inadecuada (ComexPerú, 2019b), además, el 34 % de los usuarios indican el nivel de satisfacción es deficiente, siendo las causas más frecuentes las quejas el área de citas y admisión, de igual manera por las demoras en la atención y el incumplimiento en la programación de citas, finalmente indican que en el área de farmacias faltan medicamentos (The World Bank, 2016).

Por otra parte a nivel nacional, el 88.8 % de personas de 15 a 59 años de edad indican que el cáncer es prevenible; 87.5 % en mujeres y 90.2 % en varones (INEI, 2020), entonces hay un buen porcentaje de personas que conocen las formas de prevención y se debe seguir y trabajando en esa línea, siendo muy necesario el seguimiento del presupuesto, porque este permite ver la ejecución física y financiera, realizar el seguimiento a los indicadores, así como realizar las evaluaciones de efecto e impacto en beneficio de la población beneficiaria (Velásquez Hurtado & Rivera Sivorichi, 2017).



*Figura 11.* Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas (Mortalidad por emergencias y urgencias) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020

Tabla 13

*Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas (Mortalidad por emergencias y urgencias)*

Correlación de Pearson	Significancia	Regla	Decisión
Presupuesto con mortalidad por emergencias y urgencias	0.252	Sig. > 0.05	Se acepta Ho

En la presente figura se muestra que en los años 2015 y 2016 no tuvieron presupuesto asignado porque en esos años todavía no era el programa presupuestal de Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas, en el 2017 el presupuesto asignado fue de 1.0 millón de soles y al 2020 incremento a 1.7 millones de soles, con un aumento de 0.7 millones de soles. En relación al indicador del resultado final del programa fue una tasa de 0.7 en el 2017 y 0.1 por 100,000 habitantes en el 2020, con una disminución de 0.6 por cada 100,000 habitantes en tres años de intervención.



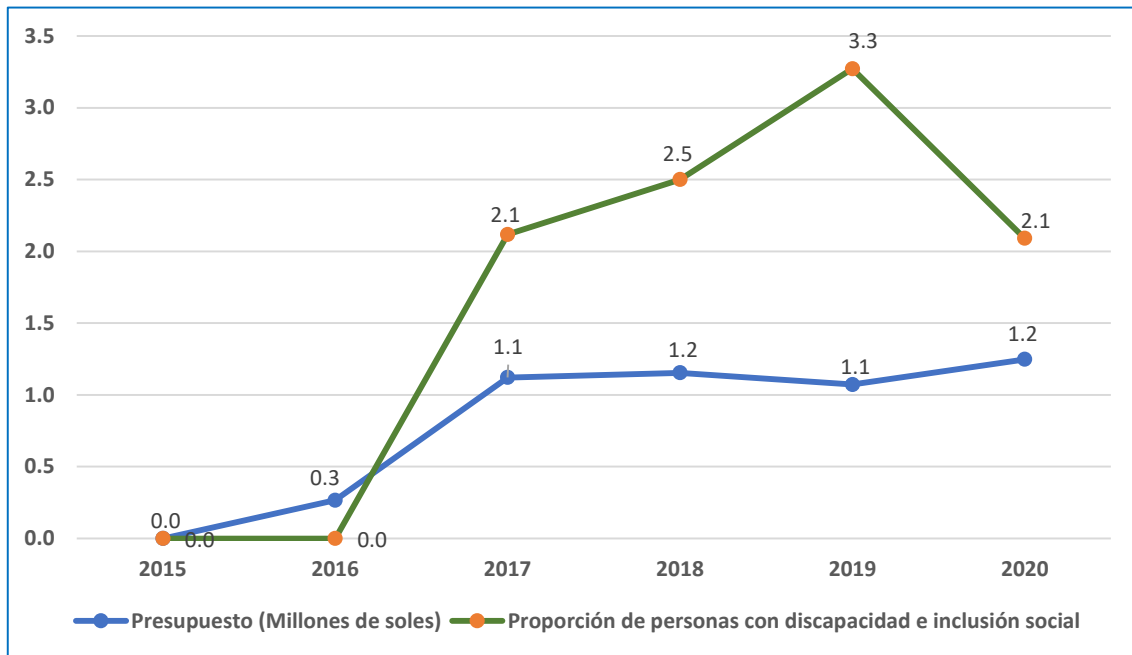
A la prueba estadística, la  $p=0.252$  es mayor a 0.05, por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, es decir no hay relación entre el presupuesto asignado y la evolución del indicador de tasa de mortalidad por emergencias y urgencias en las REDES de la región de Puno, a mayor asignación presupuestal el indicador de resultado final no disminuye de manera significativa en el periodo de estudio.

La oferta de servicios de salud en la mayoría de los hospitales públicos está sobrecargada en los servicios de emergencia, lo cual influye de manera negativa en la calidad de atención médica; a nivel intrahospitalaria la atención médica no es oportuna para la población que necesita ser atendida en el lugar donde ocurre la emergencia y urgencia médica (Ministerio de Salud del Perú, 2021f), de igual manera en las REDES del MINSA en la región de Puno no se cuenta con hospitales adecuados que puedan brindar atención a la población en casos de emergencia, los pocos hospitales que posee, no ostentan las condiciones básicas y necesarias para atender casos de gravedad e incluso casos menores de emergencia.

A nivel nacional, el presupuesto (PIM) se incrementó de 55 millones de soles (2016) a 89 millones (2020) (MINSA, 2021); a nivel de las REDES, el presupuesto aumento de 1.0 millones de soles (2017) a 1.7 millones de soles (2020), con un aumento de 0.7 millones de soles, pese al incremento del presupuesto los resultados mediante indicadores no son favorables por que el personal médico no están comprometidos en la atención, desconocimiento de la normativa actualizada, existen demoras en los procesos de ejecución de presupuesto, falta de seguimiento y monitoreo adecuado para la adecuada ejecución presupuestal, dificultad en la programación de actividades que puedan orientar el presupuesto para acciones de salud (DIRESA Puno, 2021b) y otras limitaciones que impiden que haya una relación entre las dos variables de estudio; a pesar de que las atenciones más frecuentes son el dolor abdominal 7.2 %, infección urinaria 5.1 %, diarrea aguda 4.4 %, lumbalgia 4.1 %, faringitis aguda 2.7 % y cefalea 2.3 %, cirugías 0.7 % y 69 transferencias 0.1 % (Taype-Huamaní et al., 2020).

Por otra parte, en el MINSA Puno, se debe mejorar la articulación en las fases del proceso presupuestal, fortalecer con la capacitación a los actores en el cumplimiento de los indicadores de eficacia, economía y eficiencia, implementar el sistema de información a las unidades ejecutoras mediante el gobierno electrónico, mejorar la promoción y

prevención de la salud en la población objetivo en los establecimientos de salud del MINSA (DIRESA Puno, 2021a).



*Figura 12.* Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad (Personas con discapacidad) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020

Tabla 14

*Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad (Personas con discapacidad)*

Correlación de Pearson	Significancia	Regla	Decisión
Presupuesto con proporción de personas con discapacidad	0.113	Sig. < 0.05	Se rechaza Ho

En la figura N° 12 se presenta la relación entre el presupuesto asignado con la proporción de personas con discapacidad e inclusión social en el programa presupuestal. El 2015 el programa no tuvo presupuesto porque todavía no era un programa presupuestal del MINSA en la región de Puno, en el 2016 el presupuesto asignado fue de 0.3 millones de soles y en el 2020 fue de 1.2 millones, con un incremento de 0.9 millones de soles en el

periodo estudiado. Respecto a la evolución del indicador de la proporción de personas con discapacidad e inclusión social, en el 2017 fue de 2.1 y al 2020 fue de 2.1, el indicador de resultado final no tuvo aumento ni decrecimiento.

En la correlación de Pearson la  $p=0.013$  y es mayor a 0.05, lo que indica que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, es decir no hay relación entre el presupuesto asignado y la evolución del indicador del resultado final del programa presupuestal.

No hay relación entre las dos variables de estudio porque existen factores que limitan dicha relación; por ejemplo, el presupuesto asignado es muy bajo a comparación de los demás programas presupuestales, se asignaron 0.3 millones de soles (2016) y 1.2 millones de soles (2020), las investigaciones indican que hay recortes o aumentos presupuestales en la salud (Rechel, 2019), por lo que el gasto en salud sigue siendo dispar (Dieleman et al., 2017); de igual manera, los establecimientos de salud tienen una infraestructura precaria, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente (ComexPerú, 2019b), son factores que contribuyen de manera negativa a que la proporción de personas con discapacidad sean atendidas por los establecimientos de salud en las REDES del MINSA.

A nivel mundial plantean que el gasto público en salud debe ser no menos al 5% del PIB para avanzar hacia la cobertura universal de salud (Mcintyre et al., 2017), pero en muchos países los recursos son críticos para el buen funcionamiento del sistema de salud, (OCDE, 2020), de igual manera a nivel regional, los recursos limitados influyen de manera indirecta en el logro de acciones, actividades, metas y objetivos trazados por el programa presupuestal en las REDES del MINSA.

A nivel nacional, el 10.4 % de la población presentaba alguna discapacidad; es decir, de 10 personas en el país existe un poblador que presenta alguna discapacidad. el 57 % son mujeres y 43 % son hombres. El 81.5 % presenta 1 sola discapacidad y 18.5 % presenta de 2 a más discapacidades (Diaz, 2019); el 41.1 % de las personas con discapacidad tenían privaciones en al menos tres de las ocho dimensiones, siendo las más afectadas poblaciones rurales, mujeres, pueblos indígenas, las personas con discapacidad grave y limitaciones para hablar son las que enfrentan mayores niveles de pobreza (CONADIS, 2021).

Para revertir la situación, se deben realizar ajustes razonables a las políticas existentes, así como la creación de nuevas políticas específicas de discapacidad dirigidas a los subgrupos más vulnerables (CONADIS, 2021), fortalecer la atención integral, realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación al cumplimiento de los objetivos y a la calidad de gasto, realizar temas de liderazgo para la motivación a todo personal asistencial y administrativo, fortalecer la capacidad resolutoria de los EE.SS., mejorar la articulación intersectorial e interinstitucional (DIRESA Puno, 2021b) y otros que beneficien a la población con discapacidad a nivel de las REDES del MINSA.

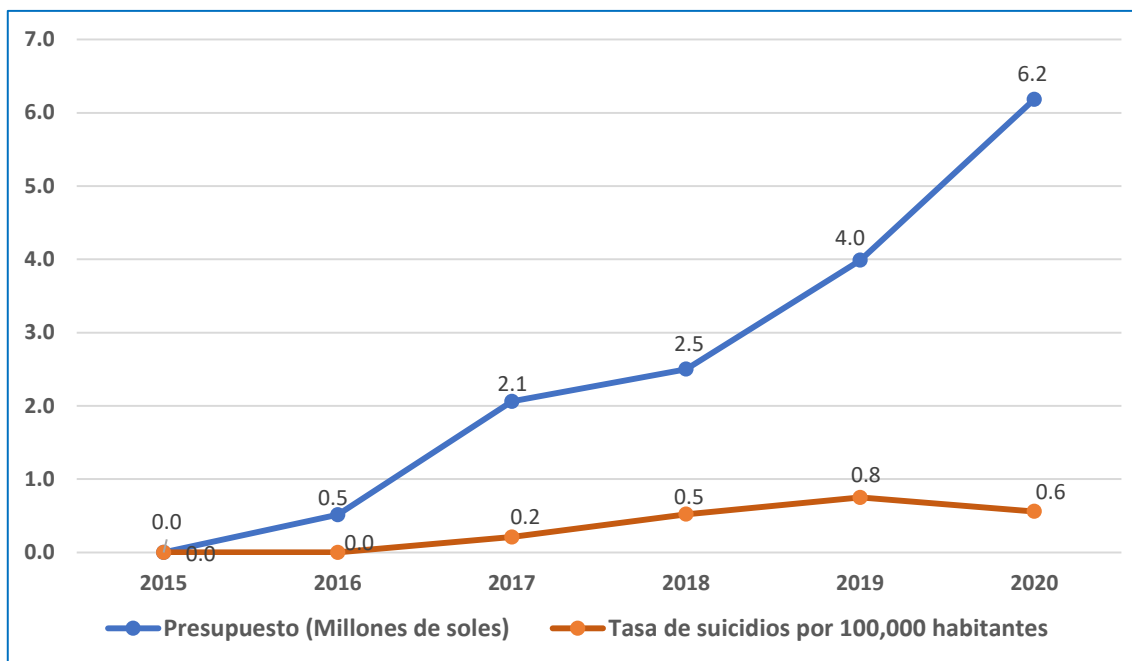


Figura 13. Relación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Control y prevención en salud mental (Suicidios) en las REDES del MINSA - Puno, periodo 2015 – 2020

Tabla 15

*Correlación del presupuesto público asignado con el indicador de resultado final del programa Control y prevención en salud mental (Suicidios)*

Correlación	Significancia	Regla	Decisión
Presupuesto con tasa de suicidios	0.506	Sig. > 0.05	Se acepta Ho

En la presenta figura se muestra que, en el 2015, el programa no tuvo asignación presupuestal, recién en el 2016 tuvo una asignación presupuestal de 0.5 millones de soles

y al 2020 este presupuesto aumento de 6.2 millones de soles, con un incremento de 5.7 millones de soles. La evolución del indicador de tasa de suicidios fue de 0.0 en el 2016 y en el 2020 fue de 0.2 por cada 100,000 habitantes, con un incremento de 0.1 en el periodo de estudio.

En la correlación de Pearson la  $p=0.506$  es menor a 0.05, lo que indica que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, es decir no hay relación entre las dos variables de estudio en el programa presupuestal en las REDES de la región de Puno entre el 2015 al 2020, a pesar del aumento del presupuesto en el periodo estudiado el indicador de tasa de suicidios no disminuyó de manera significativa.

En el país, 1 de cada 8 niños o adolescentes tienen algún problema de salud mental (PUCP, 2020), se estima que hay 295 mil personas con limitaciones permanentes para relacionarse con otras personas o dificultades en sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas, el 20 % de la población adulta y adulta mayor padecen depresión, trastornos de ansiedad, consumo perjudicial, abuso y dependencia del alcohol, (MINSA, 2020).

Las tasas de suicidio en Perú son de 1.44 por 100,000 habitantes al 2017, 1.77 en el 2018 y 1.95 en el 2019, registrándose mayor número de suicidios en el 2019, con una edad media de 34.53 años (Roman-Lazarte et al., 2021), a nivel de las REDES la tasa de suicidios es de 0.0 en el 2016 y de 0.2 en el 2020, siendo inferior al nivel nacional, es indica que la tasa de suicidios es muy inferior en comparación con otras regiones del país; a nivel nacional la forma de suicidio más constante es el ahorcamiento (55.58 %), según sexo, en varones (58.87 %) y mujeres (48.14 %), luego está el envenenamiento (38.75 %) y las armas de fuego (0.59 %) (Roman-Lazarte et al., 2021).

En la región Puno, el programa de prevención y control en salud mental, es considerado como una prioridad, por lo que se ha implementado las guías del autocuidado de la salud mental de la persona, familia y comunidad, de la misma manera el autocuidado de la salud mental del personal de salud (DIRESA Puno, 2021b), sin embargo, a pesar de acciones y actividades implementadas a nivel de las REDES del MINSA, la tasa de suicidios todavía sigue siendo considerable, influyendo de manera significativa en la no relación con el presupuesto asignado al programa presupuestal en la región de Puno.

Se sabe que el presupuesto es muy limitado en las REDES porque el presupuesto público en salud en el Perú está condicionado por el bajo nivel de recaudación tributaria y por el gasto público total (Matus-López et al., 2016), es más, la inversión en salud como porcentaje del PBI es del 3.3%, cuando el promedio de la región bordea el 4.0 % y el de la OCDE un 10.1%. Por otro lado, si bien la ejecución presupuestal es solo una aproximación a la eficiencia, existe un porcentaje que no logra ejecutarse y en términos de soles es considerable y ello indica que hay dinero que no se está empleando para solucionar el problema del sector (ComexPerú, 2019a).

A nivel nacional se invierte el 1.5 % del presupuesto total en salud, de este total el 80 % está destinado a los hospitales psiquiátricos, alrededor de S/. 12.6 es la inversión per cápita anual y en la región de Puno es S/ 3.0, montos que se encuentran por debajo de muchos países (MINSa, 2018b), a pesar que a nivel nacional, el presupuesto aumento de 318 millones (2019) a 353 millones (2020), el presupuesto designado a la salud mental sigue siendo muy inferior al de los otros programas presupuestales, es más la salud mental en los últimos años es de vital importancia en la salud de las personas (MINSa, 2021).

Para seguir mejorando con el indicador de resultado final del programa es muy necesario que las estrategias planteadas deben ser plasmadas de manera más coherente en el fortalecimiento del primer nivel de atención y segundo nivel de atención, acción intergubernamental articulada, comunicación en salud mental, investigación y alianza con la cooperación técnica nacional e internacional (DIRESA Puno, 2021b).

## CONCLUSIONES

- En el periodo de estudio, los programas presupuestales de las REDES del MINSA han aumentado su presupuesto, el programa articulado nutricional aumentó en S/. 27'578,780.0, el programa salud materno infantil incrementó en S/. 13'805,386.0, el programa de enfermedades no transmisibles aumentó en S/. 7'419,410.0, el programa control y prevención en salud mental con un aumento de S/. 6'184,140.0. A nivel de REDES, la Red de Salud San Román tiene la mayor asignación presupuestal con S/. 53'349,924.0 en el 2019 y S/. 48'029,877.0 en el 2020 y la REDESS Lampa tuvo la menor asignación presupuestal con S/. 5'580,537.0 en el 2019 y S/. 4'631,743.0 en el 2020.
- En el programa articulado nutricional el indicador de resultado final fue la desnutrición crónica infantil en menores de cinco años, al 2015 fue de 18.3 % y al 2020 fue de 14.4 %. En el programa salud materno infantil, el indicador de mortalidad materna al 2015 fue de 99.0 por 100,000 nacidos vivos y al 2020 fue de 59.3; con el indicador de mortalidad neonatal al 2015 fue de 55.4 y al 2020 fue de 52.5 defunciones por 1000 nacidos vivos. En el programa TBC-VIH/SIDA, la tasa de VIH al 2015 fue de 1.8 y al 2020 fue de 1.6 por 100,000 habitantes, en el indicador de mortalidad por TBC al 2015 fue de 30.9 y al 2020 fue de 24.5 por 100,000 habitantes. En el programa presupuestal de enfermedades metaxénicas y zoonosis, el índice parasitario al 2015 fue de 0.7 y en el 2020 fue de 0.8. y el indicador de rabia humana fue de 0.0 en el 2015 y 0.0 por 100,000 habitantes en el 2020. En el programa presupuestal de enfermedades no transmisibles, el indicador de personas con presión elevada es de 2.3 % en el 2015 y 3.4 % en el 2020, en el indicador de prevalencia de diabetes fue de 3.0 % en el 2015 y 5.8 % en el 2020. Para el programa presupuestal de prevención y control del cáncer, la evolución del indicador fue de 75.1 en el 2015, y 60.3 por 100,000 habitantes en el 2020. En el programa presupuestal de reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas, el indicador fue de 0.0 en el 2015 y 0.1 por 100,000 habitantes en el 2020. En el programa presupuestal de prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad, el indicador fue de 0.0 % en el 2015 y 2.1 % en el 2020. En el programa presupuestal de control y prevención en salud mental, la evolución del indicador fue de 0.0 en el 2015 y 0.2 por 100,000 habitantes en el 2020.



- Según la correlación de Pearson, existe relación entre la asignación presupuestal y la evolución del indicador de desnutrición crónica ( $p < 0.05$ ) y no existe relación entre la asignación presupuestal con los indicadores de salud materno infantil, TBC-VIH/SIDA, enfermedades metaxénicas y zoonosis, enfermedades no transmisibles, prevención y control del cáncer, reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas, prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad y control y prevención en salud mental ( $p > 0.05$ ).



## RECOMENDACIONES

- Al la DIRESA Puno, estadísticamente no hay relación entre el presupuesto asignado y la evolución de los indicadores, por lo tanto, deben de evaluar el por qué no disminuyen significativamente los indicadores a pesar que el presupuesto anual viene creciendo, con los resultados de la evaluación replantear o reestructurar las intervenciones de las REDES a nivel regional en beneficio del bienestar de la población.
- A la DIRESA Puno, al realizar las evaluaciones deben ser consideradas los indicadores de resultado final y no considerar solo los resultados intermedios, de proceso y de actividades, los resultados de la medición de los indicadores de los resultados finales servirían para poder medir de manera eficiente y eficaz el efecto e impacto de los programas presupuestales.
- A los investigadores, en futuras investigaciones, realizar un análisis más específico por cada programa presupuestal y por cada Red de Salud, considerando los indicadores de resultados específicos, indicadores de resultados inmediatos, indicadores de productos, de igual manera considerar el presupuesto asignado por genérica y sub genérica en cada programa presupuestal.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abramo, L., Cecchini, S., & Ullmann, H. (2020). Addressing health inequalities in latin america: The role of social protection. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(5), 1587–1598. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019>
- AECID. (2020). *Ejecución presupuestal. Desnutrición crónica y anemia en infantes, adolescentes y gestantes en el Perú*. <https://www.desco.org.pe/informe-ejecucion-presupuestal-desnutricion-cronica-y-anemia-en-infantes-adolescentes-y-gestantes-en-el-peru>
- Aftab, W., Siddiqui, F. J., Tasic, H., Perveen, S., Siddiqui, S., & Bhutta, Z. A. (2020). Implementation of health and health-related sustainable development goals: Progress, challenges and opportunities-a systematic literature review. *BMJ Global Health*, 5(8), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002273>
- Alarcón, V., Alarcón, E., Figueroa, C., & Mendoza-Ticona, A. (2017). Tuberculosis in Peru: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(2), 299–310. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2384>
- America, L. (2020). *Gasto público social y mortalidad infantil en América Latina. 2014*. <http://www.revistaespacios.com/a20v41n03/a20v41n03p01.pdf>
- Arando Serrano, J. J., & Valderrama Pomé, A. A. (2021). Prevalencia de parásitos intestinales en población infantil de Tamburco (Perú) asociada a prácticas de higiene y crianza de animales. *Revista de Medicina Veterinaria*, 1(43), 61–72. <https://doi.org/10.19052/mv.vol1.iss43.6>
- Arroyo, C. J., Bravo, H., Huamán, C., Lozada, C., Nava, M., & Soto, A. (2019). Análisis de la evolución del sector salud y la percepción del sector público y privado. In *Universidad Nacional del Centro de Perú* (Vol. 36, Issue 2). [http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/472/TMH\\_32.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0D%0A](http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/472/TMH_32.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0D%0A)
- Asencios, L. (2019). El presupuesto por resultados y la calidad del gasto del programa de salud materno neonatal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018 [Universidad César Vallejo]. In *Repositorio Institucional - UCV*.

- <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/30447>
- Astigueta-Pérez, J., Abad-Licham, M., Chávez-Chirinos, C., Baraun-Milla, L., Lachos-Dávila, A., Diaz-Pérez, E., Portugal-Valdivia, K., Castañeda, P. P., Alférez, I. P., & Mezones-Holguin, E. (n.d.). *Progresión de enfermedad y muerte por cáncer durante la pandemia por la infección del virus SARS-COV-2 (Covid-19): análisis multidisciplinario para el caso peruano*. 2. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2020.1098>
- Avila, J., & Carrasco, M. (2015). Características epidemiológicas de la mortalidad neonatal en el Perú, 2011-2012. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 32(3), 423-430. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342015000300003#:~:text=Se estimó que en el,3-13%2C2\)](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000300003#:~:text=Se estimó que en el,3-13%2C2)).
- Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. (2018). Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-9. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.126>
- BCRP. (2021). Caracterización del departamento de Puno. In *Análisis Económico Regional* (Vol. 2, p. 15). <https://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/Puno/puno-caracterizacion.pdf>
- 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. *Universidad Nacional Del Altiplano*, 1-224. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/4947>
- Birbeck, G. L., Bond, V., Earnshaw, V., & El-Nasoor, M. L. (2019). Advancing health equity through cross-cutting approaches to health-related stigma. *BMC Medicine*, 17(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1282-0>
- Carrillo-Larco, R. M., & Bernabé-Ortiz, A. (2019). Diabetes mellitus tipo 2: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(1), 26-36. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.361.4027>

- Ccorahua-Ríos, M. S., Atamari-Anahui, N., Miranda-Abarca, I., Campero-Espinoza, A. B., Rondón-Abuhadba, E. A., & Pereira-Victorio, C. J. (2019). Prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en población menor de 30 años para el período de 2005 a 2018 con datos del Ministerio de Salud de Perú. *Medwave*, 19(10), e7723. <https://doi.org/10.5867/medwave.2019.10.7723>
- CENAN. (2020). *Informe Gerencial SIEN HIS. Estado nutricional de niños y gestantes que acceden a establecimientos de Salud*. <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/informes/2020/Informe Gerencial SIEN-HIS 2020 FINAL.pdf>
- Chandrachud, S., Sudha, S., Suvarna, T., Saravanan, S., & Siva, E. (2020). A Trailer of Health Care Spending in Indian Scenario. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 11(3), 699–702. <http://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:ijphrd&type=home>
- ComexPerú. (2019a). Hoja de ruta del sector salud: un aporte desde el sector privado. *Sociedad de Comercio Exterior Del Perú*. [https://www.comexperu.org.pe/upload/seminars/foro/seminario\\_18112019/Hoja de Ruta Sector Salud.pdf](https://www.comexperu.org.pe/upload/seminars/foro/seminario_18112019/Hoja de Ruta Sector Salud.pdf)
- ComexPerú. (2019b). *Informe de calidad del gasto público en salud 2019*. <https://www.comexperu.org.pe/upload/articles/reportes/informe-calidad-001.pdf>
- CONADIS. (2021). *La discapacidad en el Perú: Una mirada desde las diversas fuentes producidas en los últimos 10 años | Gobierno del Perú*. <https://www.gob.pe/institucion/conadis/informes-publicaciones/2088655-la-discapacidad-en-el-peru-una-mirada-desde-las-diversas-fuentes-producidas-en-los-ultimos-10-anos>
- Congreso de la República. (2004). *Ley 28411, Ley general del sistema nacional de presupuesto*. 4(1), 64–75. <https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/28411.pdf>
- Congreso de la República. (2018). *Reporte presupuestal: Proyecto de presupuesto del sector público para el año fiscal 2019*. <http://www.congreso.gob.pe/Docs/DGP/Comisiones/files/publicaciones/n2->

presupuesto-programas-1018.pdf

- Congreso de la República. (2020). *Reporte presupuestal: Proyecto del presupuesto del sector público para el año fiscal 2020*. <http://www.congreso.gob.pe/Docs/DGP/Comisiones/files/reporte.presupuestal.2020.pdf>
- Cuenca, N., Robladillo, L., Meneses, M., & Suyo-Vega, J. (2020). Salud mental en adolescentes universitarios latinoamericanos: Revisión sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(6), 689–705. <https://doi.org/DOI:105281/zenodo.4403731>
- Cuevas-Nasu, L., García-Guerra, A., González-Castell, L. D., Morales-Ruan, M. del C., Humarán, I. M. G., Gaona-Pineda, E. B., García-Feregrino, R., Rodríguez-Ramírez, S., Gómez-Acosta, L. M., Ávila-Arcos, M. A., Shamah-Levy, T., & Rivera-Dommarco, J. (2021). Magnitud y tendencia de la desnutrición y factores asociados con baja talla en niños menores de cinco años en México, Ensanut 2018-19. *Salud Publica de Mexico*, 63(3), 339–349. <https://doi.org/10.21149/12193>
- Dale, E., Prieto, L., Seinfeld, J., Pescetto, C., Barroy, H., Montañez, V., & Cid, C. (2020). *Presupuesto por resultados de salud: Características, logros y retos clave en el Perú* (Issue August). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333888>
- Defensoría del Pueblo. (2016). *Los servicios de emergencia en los establecimientos de salud públicos y el acceso a medicamentos esenciales*. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/Informe-de-Adjuntia-015-AAE-DP.pdf>
- Diaz Dumont, J. R. (2019). Discapacidad en el Perú: Un análisis de la realidad a partir de datos estadísticos. *Revista Venezolana de Gerencia*, 24(85), 243–263. <https://doi.org/10.31876/REVISTA.V24I85.23838>
- Dieleman, J., Campbell, M., Chapin, A., Eldrenkamp, E., Fan, V. Y., Haakenstad, A., Kates, J., Liu, Y., Matyas, T., Micah, A., Reynolds, A., Sadat, N., Schneider, M. T., Sorensen, R., Evans, T., Evans, D., Kurowski, C., Tandon, A., Abbas, K. M., ... Murray, C. J. L. (2017). Evolution and patterns of global health financing 1995-2014: Development assistance for health, and government, prepaid private, and out-

- of-pocket health spending in 184 countries. *The Lancet*, 389(10083), 1981–2004.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30874-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30874-7)
- DIRESA Puno. (2020). *Memoria anual 2019*. DIRESA Puno.  
<https://www.diresapuno.gob.pe/wp-content/uploads/2020/08/>
- DIRESA Puno. (2021a). *Evaluación año 2020*. DIRESA Puno.  
<https://www.diresapuno.gob.pe/wp-content/uploads/2021/04/U.E.-400-DIRESA-Puno-Evaluacion-2020.pdf>
- DIRESA Puno. (2021b). *Memoria anual 2020*. DIRESA Puno.  
<https://www.diresapuno.gob.pe/wp-content/uploads/2021/04/>
- Dmytraczenko, T., & Almeida, G. (2017). Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe: Evidencia de países seleccionados. In *Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe: Evidencia de países seleccionados*. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1177-7>
- Eikemo, T. A., & Øversveen, E. (2019). Social inequalities in health: Challenges, knowledge gaps, key debates and the need for new data. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(6), 593–597. <https://doi.org/10.1177/1403494819866416>
- Figueiredo, J. O., Prado, N. M. de B. L., Medina, M. G., & Paim, J. S. (2018). Gastos público e privado com saúde no Brasil e países seleccionados. *Saúde Em Debate*, 42(spe2), 37–47. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s203>
- Frantchez, V., & Medina, J. (2018). Rabia: 99,9 % mortal, 100% prevenible. *Revista Medica Del Uruguay*, 34(3), 164–171. <https://doi.org/10.29193/rmu.34.3.5>
- Fumadó, V. (2015). Parásitos intestinales. *Pediatría Integral*.  
<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-01/parasitos-intestinales/>
- Garaycochea, M., & Beltran, M. (2018). Parasitosis intestinales en zonas rurales de cuatro provincias del departamento de Lima. *Boletín INS*, 3, 57–61.  
<https://repositorio.ins.gob.pe/xmlui/handle/INS/1104>
- Gonzalbo, M., Dabbackh, A., Martínez, S., Veloz, E., & Villanueva, M. (2020). Parasitosis intestinales en edad infantil: ¿Conocen las madres y padres a los responsables y sus repercusiones? In *La Ciencia al Servicio de la Salud* (Vol. 11,

- Issue 2, pp. 43–52). <http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn/article/view/540>
- Griffin, J., & Osterbur, E. (2019). Cost, Quality, and Access of Healthcare in Piura, Peru. *American Journal of Undergraduate Research*, 16(2), 17–30. <https://doi.org/10.33697/ajur.2019.020>
- Gutiérrez-Aguado, A. (2017). The evaluation of health programs and interventions within the framework of budgetary health programs. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(3), 363–364. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.3139>
- Hernández-Vásquez, A., Peñares-Peñaloza, M., Rebatta-Acuña, A., Carrasco-Farfan, C., Bordón-Luján, C., Santero, M., & Bendezu-Quispe, G. (2019). Is anemia a public health problem among children under five years ago in Peru? Findings from a national healthcare administrative database (2012 and 2016) using geographic information systems. *Revista Chilena de Nutrición*, 46(6), 718–726. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182019000600718>
- Hernández-Vásquez, A., Vargas-Fernández, R., Magallanes-Quevedo, L., & Bendezu-Quispe, G. (2020). Análisis del gasto de bolsillo en medicamentos e insumos en Perú en 2007 y 2016. *Medwave*, 20(2), e7833. <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.02.7833>
- Huamani, G., & Huallanca, M. (2018). Presupuesto por resultados y calidad de gasto público en la Unidad Ejecutora 406 Red de Salud Huamanga, 2017. In *Universidad Cesar Vallejo*. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/28348>
- ILPES-CEPAL. (2002). *El sistema presupuestario en el Perú*. [http://biblioteca.municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/planeamiento\\_estrategico.pdf](http://biblioteca.municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/planeamiento_estrategico.pdf)
- INEI. (2018). Indicadores de resultados de los Programas Presupuestales Primer Semestre 2018. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9). [https://cnp.org.pe/wp-content/uploads/2018/08/Indicadores-de-Resultados-de-los-Programas-Presupuestales\\_ENDES\\_Primer-Semestre-2018.pdf](https://cnp.org.pe/wp-content/uploads/2018/08/Indicadores-de-Resultados-de-los-Programas-Presupuestales_ENDES_Primer-Semestre-2018.pdf)
- INEI. (2020). *Perú enfermedades no transmisibles y transmisibles 2020*. [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib179](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib179)



6/

- INEI. (2021a). *Indicadores de resultados de los programas presupuestales 2020*.  
<http://proyecto.inei.gob.pe/enapres/wp-content/uploads/2021/04/ENAPRES-Indicadores-de-Programas-Presupuestales-2020.pdf>
- INEI. (2021b). Nota de prensa N° 080. In *Instituto Nacional de Estadística e Informática*.  
<https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/>
- INEI. (2021c). Peru Encuesta Demografica y de Salud familiar ENDES 2020. In *Inei*.  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1795/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/)
- Inga-Berrospi, F., & Rodriguez, C. A. (2019). Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 36(2), 312–318. [https://doi.org/10.17843 / rpmesp.2019.362.4493](https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4493)
- International Diabetes Federation. (2019). Atlas de la diabetes de la FID. In *International Diabetes Federati3n*. [http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014\\_ES.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf)
- Kaplan, R. M., & Milstein, A. (2019). Contributions of health care to longevity: A review of 4 estimation methods. *Annals of Family Medicine*, 17(3), 267–272. <https://doi.org/10.1370/afm.2362>
- Lago, F. P., Moscoso, N. S., Elorza, M. E., & Ripari, N. V. (2012). Descentralizaci3n y equidad: El gasto p3blico en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires. *Salud Colectiva*, 8(3), 263–274. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652012000400004>
- Luciano, T. P. (2018). *Gesti3n del gasto social del gobierno local y su incidencia en la salud materno infantil en el distrito de Acochaca-Ancash, periodo 2008-2017*. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4024>
- Mathews, S. C., McShea, M. J., Hanley, C. L., Ravitz, A., Labrique, A. B., & Cohen, A. B. (2019). Digital health: a path to validation. *Npj Digital Medicine*, 2(1), 1–9.



- <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0111-3>
- Matus-López, M., Prieto, L., & Pedraza, C. (2016). Evaluación del espacio fiscal para la salud en Perú. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 40(1), 64–69. <https://www.scielo.org/article/rpsp/2016.v40n1/64-69/>
- Mcintyre, D., Meheus, F., & Rottingen, J. A. (2017). What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage? *Health Economics, Policy and Law*, 12(2), 125–137. <https://doi.org/10.1017/S1744133116000414>
- MCLCP. (2021). *Perú: Recomendaciones para salvaguardar la nutrición , la salud y el desarrollo de recién nacidos , niños , niñas y adolescentes frente al impacto del COVID-19 y en el contexto de cambio de gobierno 2021-2026*. 1–16. <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-06-28/mclcp-subgruponutricionyanemia-reportenutricionydesarrolloennna-a-junio-2021vf.pdf>
- MEF. (2011). Sistema Nacional de Presupuesto-Guia Básica. In *Ministerio de Economía y Finanzas*. [https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/capacita/guia\\_sistema\\_nacional\\_presupuesto.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/capacita/guia_sistema_nacional_presupuesto.pdf)
- Mendoza-Arana, P. J., Rivera-Del Río, G., Gutiérrez-Villafuerte, C., & Sanabria-Montañez, C. (2018). El proceso de reforma del sector salud en Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1–6. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.74>
- MIDIS. (2017). *Plan sectorial para contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil y anemia en niñas y niños menores de 36 meses, 2017 - 2021*. [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/305277/RM\\_112\\_2017MIDIS.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/305277/RM_112_2017MIDIS.pdf)
- Ministerio de Salud. (2020). Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú. In *Boletín VIH*. [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin\\_2020/febrero.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2020/febrero.pdf)
- Ministerio de Salud del Perú. (2016). *Programa presupuestal 0017 Enfermedades metaxénicas y zoonosis*. <http://www.minsa.gob.pe/presupuestales/?pg=4#contact>
- Ministerio de Salud del Perú. (2020). Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2018.

- In *Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades*.  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5158.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú. (2021a). Programa presupuestal 0001 Programas articulado nutricional. *Programas Presupuestales*, 1–296.  
<http://www.minsa.gob.pe/presupuestales/?pg=1#contact>
- Ministerio de Salud del Perú. (2021b). *Programa presupuestal 0002 Salud materno neonatal*. [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2\\_2.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_2.pdf)
- Ministerio de Salud del Perú. (2021c). Programa presupuestal 0016 TBC-VIH/SIDA. In *Programas presupuestales*.  
[https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2\\_3.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_3.pdf)
- Ministerio de Salud del Perú. (2021d). *Programa presupuestal 0018 Enfermedades no transmisibles*. <http://www.minsa.gob.pe/presupuestales/?pg=5#contact>
- Ministerio de Salud del Perú. (2021e). Programa presupuestal 0024 Prevención y control del cáncer. In *Programas presupuestales*.  
<http://www.minsa.gob.pe/presupuestales/?pg=6#contact>
- Ministerio de Salud del Perú. (2021f). *Programa presupuestal 0104 Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas*.  
<http://www.minsa.gob.pe/presupuestales/?pg=1#contact>
- Ministerio de Salud del Perú. (2021g). *Programa presupuestal 0129 Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad*.  
<http://www.minsa.gob.pe/presupuestales/?pg=8#contact>
- Ministerio de Salud del Perú. (2021h). Programa Presupuestal 0131 Control y prevención en salud mental. In *Anexo 2*.  
<http://www.minsa.gob.pe/presupuestales/?pg=9#contact>
- MINSA. (2017). *Plan nacional para la reducción y control de la anemia materna infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021*. <http://www.minsa.gob.pe/>
- MINSA. (2018a). *Boletín epidemiológico del Perú*.  
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/52.pdf>

- MINSA. (2018b). Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021. In *Minsa*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- MINSA. (2019a). *Análisis de situación de salud del Perú 2018*. [http://www.minsa.gob.pe/portada/est\\_san/tbc.htm](http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/tbc.htm)
- MINSA. (2019b). *Estimación de la razón de mortalidad materna en el Perú 2002-2016*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5181.pdf>
- MINSA. (2020). Plan de Salud Mental 2020-2021. In *Minsa* (Vol. 2021). <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
- MINSA. (2021). *Evaluación de desempeño de programas presupuestales, año 2020*. [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2020/Evaluacion\\_anual\\_2020\\_PP.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2020/Evaluacion_anual_2020_PP.pdf)
- Navarro, M., Cobas, M., Duvergel, Y., & Tordera, M. (2018). Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. *Medisan*, 22(7), 578–599. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n7/1029-3019-san-22-07-578.pdf>
- OCDE. (2020). *Panorama de la salud 2019: Indicadores de la OCDE*. <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2019.pdf>
- Olry de Labry Lima, A., García Mochón, L., & Bermúdez Tamayo, C. (2017). Identificación de indicadores de resultado en salud en atención primaria. Una revisión de revisiones sistemáticas. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5), 278–288. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.08.001>
- OPS-MINSA. (2018). Indicadores de salud Aspectos conceptuales y operativos. In *Indicadores de salud*. [www.paho.org](http://www.paho.org)
- OPS. (2019). Indicadores básicos 2019. Tendencias de la salud en las américas. *Indicadores Básicos 2019: Tendencias de La Salud En Las Américas*, 18–28. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51543>
- Oroya-Rodríguez, L. E. (2018). *Gasto público social y su incidencia en la pobreza monetaria en el Perú periodo 1999 al 2017*. <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/2871>

- Paredes, F. (2011). El presupuesto público. Aspectos teóricos y prácticos. In *Presupuesto Publico Aspectos Teorico Practicos*.  
[http://www.serbi.ula.pe/serbiula/librose/pva/Libros de PVA para libro digital/presupuesto publico.pdf](http://www.serbi.ula.pe/serbiula/librose/pva/Libros%20de%20PVA%20para%20libro%20digital/presupuesto%20publico.pdf)
- Peters, D. H. (2018). Health policy and systems research: The future of the field. *Health Research Policy and Systems*, 16(1), 1–4. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0359-0>
- Petrera, M. (2016). Reflexiones para la política sectorial de salud en Perú a partir de las Cuentas Nacionales de Salud. *Economía*, 39(78), 35–65. <https://doi.org/10.18800/economia.201602.002>
- PMSJ. (2011). *El sistema presupuestario en el Perú, notas para no especialistas*. [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/A7D21AD65F265F4305257B17007D43D4/\\$FILE/Sistemas-Presupuestario-en-el-peru.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/A7D21AD65F265F4305257B17007D43D4/$FILE/Sistemas-Presupuestario-en-el-peru.pdf)
- PUCP. (2020). *Una nueva cara de la salud mental en el Perú: la incorporación de un servicio integral en los colegios*. <https://facultad.pucp.edu.pe/generales-letras/ensayos-ganadores-del-curso-de-argumentacion-2020-2/>
- Ramos, M. (2019). Análisis económico del presupuesto público de la Red de salud Puno, periodos 2015-2016. In *Universidad Privada San Carlos-Puno* (Vol. 1). [http://repositorio.upsc.edu.pe/bitstream/handle/UPSC/4399/Ronald\\_Baroni\\_CHEC ALLA\\_CARBAJAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upsc.edu.pe/bitstream/handle/UPSC/4399/Ronald_Baroni_CHEC_ALLA_CARBAJAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rechel, B. (2019). Funding for public health in Europe in decline? *Health Policy*, 123(1), 21–26. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.014>
- Roman-Lazarte, V., Moncada-Mapelli, E., & Huarcaya-Victoria, J. (2021). Evolución y diferencias en las tasas de suicidio en Perú por sexo y por departamentos, 2017-2019. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, May, 2017–2019. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.03.005>
- Silberberg, M., Martinez-Bianchi, V., & Lyn, M. J. (2019). What Is Population Health? *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 46(4), 475–484. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.07.001>

- Taype-Huamaní, W., Castro-Coronado, L., Miranda-Soler, D., & Amado Tineo, J. (2020). Saturación y hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital urbano. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 44–49. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2709>
- The World Bank. (2016). Financiamiento de la salud en el Perú: Análisis de la situación actual y desafíos de política al 2021. *The World Bank Group*, 132. [https://www.researchgate.net/publication/305660421\\_Financiamiento\\_de\\_la\\_salud\\_en\\_el\\_Peru\\_Analisis\\_de\\_la\\_situacion\\_actual\\_y\\_desafios\\_de\\_politica\\_al\\_2021](https://www.researchgate.net/publication/305660421_Financiamiento_de_la_salud_en_el_Peru_Analisis_de_la_situacion_actual_y_desafios_de_politica_al_2021)
- Tineo-Mendoza, J. L. (2018). Gestión del gasto público y el presupuesto por resultados en el programa nacional de alimentación escolar qali warma – 2016. In *Universidad César Vallejo*. Universidad Cesar Vallejo.
- Tineo, J. (2018). Gestión del gasto público y el presupuesto por resultados en el programa nacional de alimentación escolar Qali warma – 2016. In *Universidad César Vallejo*. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/15909>
- Vallejos-sologuren, C. S., Aguilar-cartagena, A., & Flores-flores, C. J. (2020). Situación de cáncer en el Perú. *Diagnóstico*, 59(2), 77–85. <http://142.44.242.51/index.php/diagnostico/article/view/221/225>
- Vargas-machuca, J. G. A. (2020). *Mortalidad neonatal: problema prioritario de salud pública para resolver*. 81(2), 260–261. <https://doi.org/https://doi.org/10.15381/anales.v81i2.17667> Sr.
- Vargas, L. (2019). Efectividad del gasto del presupuesto público asignado a la salud materno neonatal. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 4(3), 1–2. <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/109/112>
- Velásquez, A., Suarez, D., & Nepo-Linares, E. (2016). Reforma del sector salud en el Perú: Derechos, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(3), 546–555. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2338>
- Velásquez Hurtado, J. en salud: I. esenciales en el seguimiento y evaluación de los programas presupuestales E., & Rivera Sivirichi, R. A. (2017). Encuestas en salud: Instrumentos esenciales en el seguimiento y evaluación de los programas



- presupuestales. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(3), 512–520. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.3031>
- Vidal-Anzardo, M., Yagui Moscoso, M., & Beltrán Fabian, M. (2020). Parasitosis intestinal: Helmintos. Prevalencia y análisis de la tendencia de los años 2010 a 2017 en el Perú. *Anales de La Facultad de Medicina*, 81(1), 26–32. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832020000100026](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832020000100026)
- Villarroel-Dias, V. R. (2017). *Efecto del gasto social del programa juntos en el desarrollo humano de la región central del Perú, 2008 – 2015*. 118. <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/3869>
- Wang, L., Wang, Z., Ma, Q., Fang, G., & Yang, J. (2019). The development and reform of public health in China from 1949 to 2019. *Globalization and Health*, 15(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0486-6>
- Yalinet, karla pacheco-roman. (2018). Gasto público en programas sociales y reducción de la desnutrición crónica infantil peruana 2008 - 2018. In *Univerdidad Nacional del Callao*. <http://hdl.handle.net/20.500.12952/5053>
- Zukowski, N., Davidson, S., & Yates, M. J. (2019). Systems approaches to population health in Canada: how have they been applied, and what are the insights and future implications for practice? *Canadian Journal of Public Health*, 110(6), 741–751. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00230-3>



## ANEXOS

*Anexo N° 1: Ficha de presupuesto público asignado y ejecutado a los programas presupuestales en las 11 REDESS de Salud entre el 2015 al 2020*

**REDESS:** .....

**Fecha:** .....

Programa presupuestal	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado
Articulado nutricional												
Salud materno infantil												
TBC-VIH/SIDA												
Enfermedades metaxénicas y zoonosis												
Enfermedades no transmisibles												
Prevención y control del cáncer												
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas												
Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad												
Control y prevención en salud mental												



*Anexo N° 2: Ficha de indicadores de salud de los programas presupuestales de las 11 REDES de Salud entre el 2015 al 2020*

REDESS: .....

Fecha: .....

Indicadores de resultado final	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Articulado nutricional</b>						
% de desnutrición crónica en < de 5 años						
<b>Salud materno infantil</b>						
Mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos						
Mortalidad neonatal por 1,000 nacidos vivos						
<b>TBC-VIH/SIDA</b>						
Tasa de VIH por 100,000 habitantes						
Tasa de mortalidad de TBC por 100,000 habitantes						
<b>Enfermedades metaxénicas y zoonosis</b>						
Índice parasitario anual						
Tasa de rabia humana por 100,000 habitantes						
<b>Enfermedades no transmisibles</b>						
Porcentaje de personas con presión elevada						
Tasa de prevalencia de diabetes						
<b>Prevención y control del cáncer</b>						
Defunciones por 100,000 habitantes						
<b>Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas</b>						
Tasa de mortalidad por emergencias y urgencias						
<b>Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad</b>						
Proporción de personas con discapacidad e inclusión social por 100,000 habitantes						
<b>Control y prevención en salud mental</b>						
Tasa de suicidios por 100,000 habitantes						