

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA
MAESTRÍA EN CONTABILIDAD Y ADMINISTRACIÓN



**LA IMPLEMENTACIÓN DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS EN LA
RED DE SALUD SAN ROMÁN, PERIODO 2009 – 2015**

PRESENTADA POR:

RAÚL TIMOTEO CANAHUIRE CRUZ

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

**MAGISTER SCIENTIAE EN CONTABILIDAD Y ADMINISTRACIÓN
CON MENCIÓN EN GESTIÓN GUBERNAMENTAL Y DESARROLLO
EMPRESARIAL**

PUNO, PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA
MAESTRÍA EN CONTABILIDAD Y ADMINISTRACIÓN
TESIS

LA IMPLEMENTACIÓN DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS EN LA
RED DE SALUD SAN ROMÁN, PERIODO 2009 – 2015

PRESENTADA POR:

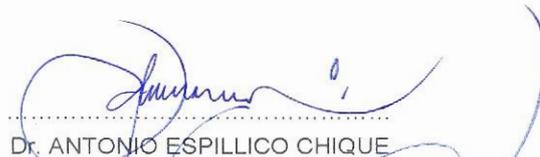
RAÚL TIMOTEO CANAHUIRE CRUZ

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAGISTER SCIENTIAE EN CONTABILIDAD Y ADMINISTRACIÓN
CON MENCIÓN EN GESTIÓN GUBERNAMENTAL Y DESARROLLO
EMPRESARIAL

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE



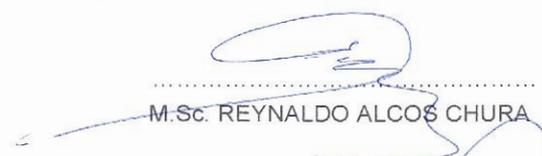
Dr. ANTONIO ESPILICO CHIQUE

PRIMER MIEMBRO



M.Sc. HERMÓGENES MENDOZA ANCO

SEGUNDO MIEMBRO



M.Sc. REYNALDO ALCOS CHURA

ASESOR DE TESIS



Dr. RAÚL ANCHAPURI CANAZA

Puno, 13 de octubre de 2016

ÁREA: Gestión gubernamental

TEMA: Presupuesto

DEDICATORIA

A mi esposa Alberta y a mis hijos:

Eva Belinia, Sergio Raúl y Nadia

Estéfany, por el gran apoyo moral
y personal para la culminación del
presente trabajo de investigación.



AGRADECIMIENTOS

- Agradecimientos especiales a mi Asesor Dr. Raúl Anchapuri Canaza y a los docentes de la Facultad de Ciencias Contables y Administrativas de la Universidad Nacional del Altiplano.
- A los trabajadores administrativas y asistenciales de la Red de salud San Román, quienes en forma directa e indirecta han participado en la elaboración del presente trabajo de investigación sobre presupuesto por resultados, que consideramos de mucha importancia para mejorar la gestión pública a nivel local y Regional.



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
ÍNDICE GENERAL.....	iii
ÍNDICE DE CUADROS.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
 CAPÍTULO I	
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 JUSTIFICACIONES.....	5
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.3.2 Objetivo General.....	6
1.3.3 Objetivo Específico.....	6
1.4 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.4.1 Hipótesis general.....	7
1.4.2 Hipótesis específica.....	7
 CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 ANTECEDENTES.....	8
2.1.1 Tesis sobre avances y perspectivas en la implementación del Presupuesto por Resultados en el Perú.....	8
2.1.2 Monografía sobre Presupuesto por Resultados.....	11

2.1.3	En camino de un Presupuesto por Resultados.....	12
2.2	MARCO REFERENCIAL.....	14
2.2.1	La Gestión Pública.....	14
2.2.2	Gestión Pública y administración Pública.....	15
2.2.3	La Gestión Pública por Resultados.....	17
2.2.4	El Presupuesto por resultados en América Latina.....	21
2.2.5	Presupuesto por Resultados.....	25
2.2.6	La Administración Científica.....	28
2.2.7	Sistema Nacional del Presupuesto por Resultados.....	30
2.2.8	Organización del sistema nacional de Salud.....	32
2.2.9	Programa estratégico de Articulado Nutricional en el Perú.	33
2.2.10	Programa estratégico de salud Materno Neonatal.....	36
2.2.11	Servicios de salud integral y básicos de calidad con cobertura y capacidad Resolutiva en la Región de Puno...	40
2.2.12	Misión y objetivos estratégicos institucionales de la Región de Puno.....	42
2.2.13	Lineamientos, misión, visión y organización de la Red de salud San Román.....	44
2.3	MARCO CONCEPTUAL.....	49
2.3.1	Definiciones sobre Presupuesto.....	49
2.3.2	Definición de desnutrición.....	60
2.3.3	Síntomas de la desnutrición.....	62
2.3.4	Desnutrición crónica.....	62
2.3.5	Concepto de la mortalidad materna.....	63
2.3.6	Redess de salud.....	64
2.3.7	Atención Integral de Salud.....	65
2.3.8	Paquetes de servicios de salud.....	66
	 CAPÍTULO III	
	METODOLOGÍA.....	68
3.1	MATERIALES E INSTRUMENTOS	68
3.2	VARIABLES E INDICADORES.....	69
3.2.1	Cuadro de Operacionalización de variables.....	69

3.3	ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y METODOLÓGICO.....	70
3.4	ÁMBITO DE ESTUDIO.....	72
CAPÍTULO IV		
	RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	73
4.1	EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	73
4.2	ANÁLISIS DEL MANEJO DEL PRESUPUESTO POR EFECTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS.....	73
4.2.1	Presupuesto institucional de Apertura (PIA); con o sin programas presupuestales.....	74
4.2.2	Presupuesto institucional Modificado (PIM); con o sin programas presupuestales.....	76
4.2.3	Asignación del presupuesto modificado por genérica de gasto en las acciones sin programa.....	78
4.2.4	Asignación del presupuesto modificado por genérica de gasto en las acciones con programas.....	80
4.2.5	Presupuesto por programas presupuestales.....	82
4.3	ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO RESPECTO A LOS INDICADORES DE SALUD.....	85
4.3.1	Presupuesto destinado al programa presupuestal de Articulado Nutricional respecto a su indicador de salud.....	85
4.3.2	Presupuesto destinado al programa presupuestal de Materno neonatal respecto a su indicador de salud.....	94
4.4	EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO EN UN PERÍODO DE UN AÑO FISCAL.....	102
4.4.1	Ejecución del presupuesto del año 2014 en forma mensualizada.....	103
4.4.2	Ejecución del presupuesto del año 2015 en forma mensualizada.....	105
4.2.3	Ejecución del presupuesto en la genérica de gasto en remuneraciones en su modalidad de CAS.....	106

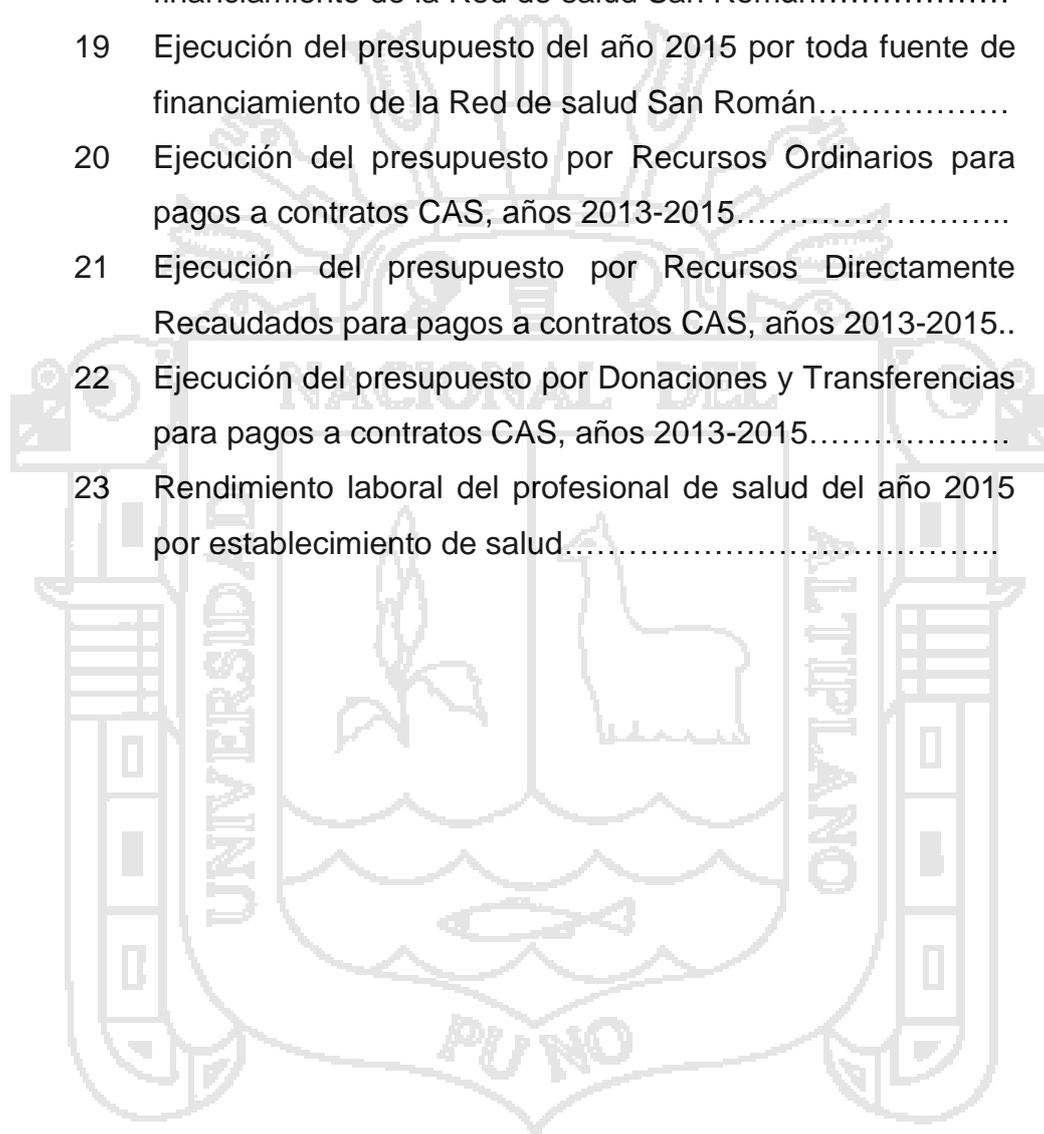
4.5	RENDIMIENTO LABORAL DEL RECURSO HUMANO EN LA RED DE SALUD SAN ROMÁN AÑO	112
	CONCLUSIONES.....	116
	RECOMENDACIONES	119
	BIBLIOGRAFÍA.....	123
	ANEXOS.....	125



ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
1 Definición de las variables, dimensiones, indicadores, métodos y técnicas.....	69
2 Análisis del presupuesto institucional de apertura (PIA) con y sin programas de la Red de salud San Román 2009-2015.	75
3 Análisis del presupuesto modificado (PIM); con y sin programa de la Red de salud San Román 2009-2015.....	77
4 Presupuesto institucional por genérica de Gasto, sin programas de salud.....	79
5 Presupuesto institucional por genérica de gasto, con programas de salud.....	81
6 Distribución del presupuesto por programas estratégicos de la Red años 2009 – 2015.....	83
7 Presupuesto por Recursos Ordinarios versus indicador de desnutrición crónica infantil, años 2009 – 2015.....	86
8 Ejecución del presupuesto al producto crecimiento y desarrollo del niño y su indicador de salud, años 2010-2015.	87
9 Ejecución del presupuesto al producto de niños con vacuna completa y su indicador, años 2010-2015.....	89
10 Ejecución del presupuesto al producto de niños con suplemento de hierro y su indicador, años 2010-2015.....	90
11 Ejecución del presupuesto al producto de gestantes con suplemento de hierro y su indicador, años 2010-2015.....	92
12 Ejecución del presupuesto al producto de atención al recién nacido y su indicador, años 2010-2015.....	93
13 Manejo del presupuesto del programa Materno neonatal con respecto a su Indicador, años 2009-2015.....	95
14 Ejecución del presupuesto de atención a gestante reenfocada respecto a su indicador, años 2009-2015.....	97
15 Ejecución del presupuesto de población que accede a	

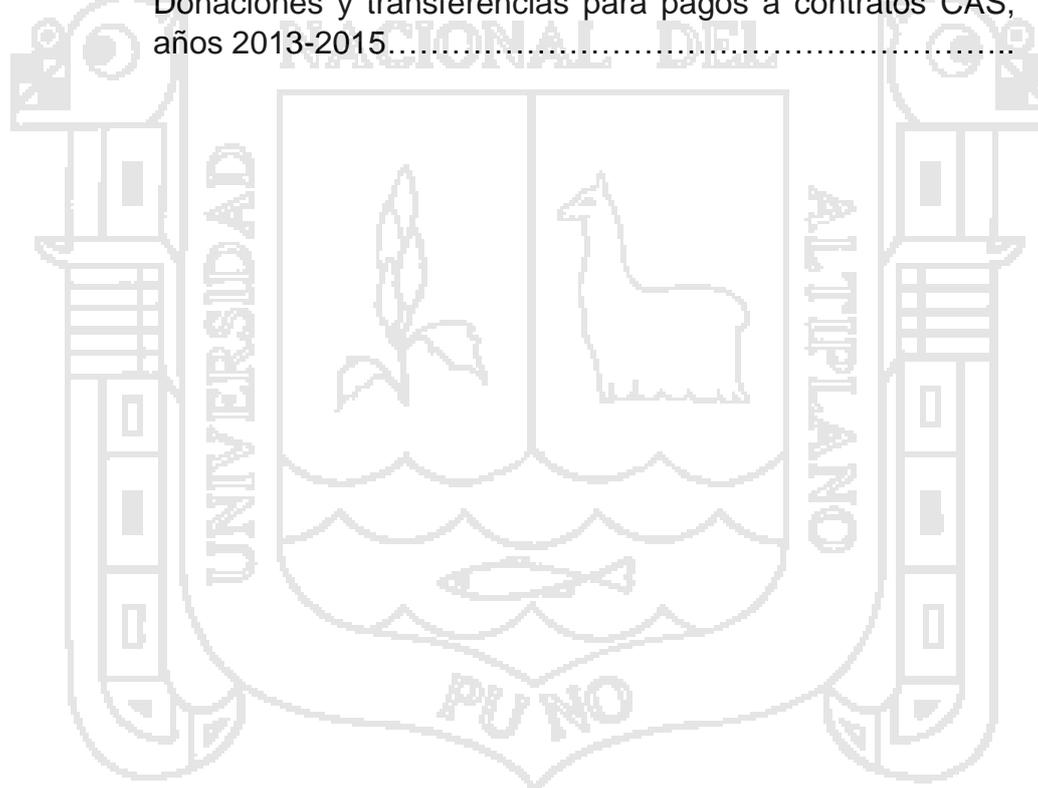
	métodos de planificación familiar y su indicador, 2009-2015.	98
16	Ejecución del presupuesto del producto partos institucionales respecto a su indicador, años 2009-2015.....	100
17	Ejecución del presupuesto del producto atención al recién nacido respecto a su indicador, años 2009-2015.....	101
18	Ejecución del presupuesto del año 2014 por toda fuente de financiamiento de la Red de salud San Román.....	104
19	Ejecución del presupuesto del año 2015 por toda fuente de financiamiento de la Red de salud San Román.....	105
20	Ejecución del presupuesto por Recursos Ordinarios para pagos a contratos CAS, años 2013-2015.....	108
21	Ejecución del presupuesto por Recursos Directamente Recaudados para pagos a contratos CAS, años 2013-2015..	109
22	Ejecución del presupuesto por Donaciones y Transferencias para pagos a contratos CAS, años 2013-2015.....	111
23	Rendimiento laboral del profesional de salud del año 2015 por establecimiento de salud.....	113



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
1 Organigrama estructural de la Red de salud San Román.....	48
2 Comportamiento del presupuesto de Apertura PIA con y sin programas de la Red de salud San Román años 2009-2015.	76
3 Comportamiento del presupuesto Modificado PIM con y sin programas de la Red en los años 2009-2015.....	78
4 Comportamiento del presupuesto por genérica de gasto y sin programas de la Red, años 2009-2015.....	80
5 Comportamiento del presupuesto por genérica de gasto y con programas de la Red, años 2009-2015.....	82
6 Proporción del presupuesto entre el programa Articulado nutricional y el Materno neonatal año 2009.....	84
7 Proporción del presupuesto entre programas estratégicos de salud en el año 2015.....	84
8 Comportamiento del indicador de Desnutrición Crónica respecto al presupuesto, años 2009-2015.....	86
9 Comportamiento del indicador del CRED respecto al presupuesto, años 2010-2015.....	88
10 Comportamiento del indicador de niños con vacuna completa respecto al presupuesto, años 2010-2015.....	89
11 Comportamiento del indicador de niños con Suplemento de hierro respecto al presupuesto, años 2010-2015.....	91
12 Comportamiento del indicador de gestantes con suplemento de hierro respecto al presupuesto, años 2010-2015.....	92
13 Comportamiento del indicador de Atención de recién nacido respecto al presupuesto, años 2010-2015.....	94
14 Comportamiento de la tasa de mortalidad materna respecto a la ejecución del presupuesto, años 2009-2015.....	95
15 El presupuesto respecto al indicador de gestantes Reenfocada, años 2009-2015.....	97
16 El presupuesto respecto al indicador de la población que accede a métodos de planificación, años 2009-2015.....	99

17	El presupuesto respecto al indicador de Partos Institucionales, años 2009-2015.....	100
18	El presupuesto respecto al indicador de atención de Recién nacidos, años 2009-2015.....	102
19	Comportamiento de la ejecución del presupuesto del año 2014 en forma mensualizada de la Red.....	104
20	Comportamiento de la ejecución del presupuesto del año 2015 en forma mensualizada de la Red.....	106
21	Comportamiento de la ejecución del presupuesto por Recursos Ordinarios para pagos a CAS, años 2013-2015....	108
22	Comportamiento de la ejecución del presupuesto por Recursos Directamente Recaudados para pagos a contratos CAS, años 2013-2015.....	110
23	Comportamiento de la ejecución del presupuesto por Donaciones y transferencias para pagos a contratos CAS, años 2013-2015.....	112



ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
1 Atenciones realizados por profesionales de salud, por establecimiento y por grupo etareo del año 2010.....	126
2 Atenciones realizados por profesionales de salud, por establecimiento y por grupo etareo del año 2011.....	128
3 Atenciones realizados por profesionales de salud, por establecimiento y por grupo etareo del año 2012.....	130
4 Atenciones realizados por profesionales de salud, por establecimiento y por grupo etareo del año 2013.....	132
5 Atenciones realizados por profesionales de salud, por establecimiento y por grupo etareo del año 2014.....	134
6 Atenciones realizados por profesionales de salud, por establecimiento y por grupo etareo del año 2015.....	136
7 Asignación del presupuesto a la Red, por genérica de gasto y por toda fuente, años 2011-2015.....	138

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad analizar el comportamiento de la implementación del presupuesto por resultados en la Red de Salud San Román, tal como la Ley del presupuesto del año fiscal 2007, donde se plantea mejorar los procesos de formulación y ejecución presupuestal para lograr la mejora de la gestión pública con la vinculación entre planificación y presupuesto. Para lo cual se debe analizar dos programas estratégicos, tales como Programa de Articulado Nutricional y el programa de Materno Infantil donde han sido incrementados los presupuesto en forma significativa por el fuente de financiamiento de Recursos Ordinarios (R.O.), principalmente en los años de 2009 a 2015 y su efecto en la mejora de los servicios de salud y en la disminución de los indicadores negativos de la salud a nivel de la Red de Salud San Román. La hipótesis general que se manejó es que la implementación del presupuesto por resultados mediante el incremento del presupuesto público no tuvo logros positivos en la gestión de la Red de Salud San Román, al menos en los últimos de 2009 a 2015, donde fuertemente fue impulsado la política del presupuesto por resultados. El ámbito de estudio se tomó como muestra la Red de Salud San Román por ser la Redess de mayor población a nivel Regional de Puno(324,600 habitantes 2015), donde se consideraron los 48 establecimientos de salud, para el estudio de investigación respectiva. Y como métodos de investigación científico que se aplicó es el deductivo e inductivo mediante el análisis estadístico descriptivo, con la técnica de archivo documental de la oficina de estadística basado en los datos de HIS, SIS, los módulos de SIGA y MP del presupuesto.

Como resultados, se tuvo el incremento del presupuesto de año en año en los dos grandes programas presupuestales de articulado nutricional y materno infantil, sin embargo los indicadores de salud casi o nada han disminuido, por tanto no se han cumplido en forma satisfactoria los objetivos planteados por la política del Presupuesto por Resultados en la Red de salud San Román.

Palabras Clave: Articulado Nutricional, Desnutrición crónica, Materno neonatal, Mortalidad materna, Presupuesto por resultados y Rendimiento laboral.



ABSTRACT

The purpose of this research is to analyze the behavior of the implementation of the results budget in the San Román Health Network, such as the fiscal year 2007 Budget Law, which proposes to improve budget formulation and execution processes to achieve The improvement of public management with the link between planning and budget. For this purpose, two strategic programs, such as the Articulated Nutrition Program and the Maternal and Child Health Program, where the budget for the Ordinary Resources (RO) funding source has been increased, mainly in the years 2009 to 2015 and its effect on the improvement of health services and the reduction of negative health indicators at the San Román Health Network level. The general hypothesis was that the implementation of the budget by results through the increase of the public budget did not have positive achievements in the management of the San Román Health Network, at least in the last years of 2009 to 2015, where the Budget of results budget. The scope of study was taken as shown by the San Román Health Network as the Redess of the largest population at the regional level of Puno (324,600 inhabitants 2015), where the 48 health establishments were considered for the respective research study. And as scientific research methods applied was the deductive and inductive by means of descriptive statistical analysis, using the technique of documentary archiving of the statistical office based on data from HIS, SIS, SIGA and MP modules of the budget.

As a result, there was an increase in the budget from year to year in the two major budget programs of nutritional and maternal and child articulation, however the health indicators almost or nothing have decreased, so the

objectives have not been satisfactorily fulfilled By the policy of the Budget for Results in the San Román Health Network.

Key Words: Nutritional Articulation, Chronic Malnutrition, Maternal Neonatal, Maternal Mortality, Budget for Results and Labor Performance.



INTRODUCCIÓN

El presupuesto por Resultados es una metodología o esquema de presupuestación que integra la programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación del presupuesto, en una visión de logro por resultados a favor de la población, retroalimentando los procesos anuales para la reasignación, reprogramación y ajustes de las intervenciones.

El propósito del presupuesto por resultados es de fortalecer la eficacia y equidad del gasto público, para contribuir a la mejora del desempeño del estado respecto al bienestar de la población, en particular a los pobres y excluidos.

El presupuesto por Resultados se viene implementándose a nivel nacional y Regional a partir del año 2007 mediante la Ley 28927, desde entonces surgieron una serie de iniciativas e instrumentos que buscaron fortalecer el presupuesto por resultados como herramienta de gestión financiera para alcanzar los objetivos del Estado y contribuir a mejorar el bienestar ciudadano. Desde ese momento la Dirección General del Presupuesto Público (DGPP) tenía como objetivo contribuir a que la intervención del Estado sea más eficaz, eficiente y transparente, se ha buscado mejorar cada etapa del ciclo presupuestal fortaleciendo los instrumentos para abarcar la mayor cantidad de bienes y servicios que entrega el Estado.

A nivel de la Red de Salud San Román, así como a nivel Regional y Nacional se ha implementado el programa de Presupuesto por Resultados mediante la Ley 28927 del año 2007 no se tuvo un logro significativo como se esperaba, por cuanto la ejecución del presupuesto no fue conllevado con racionalidad y

eficiencia y así mismo el personal profesional contratado para tal fin no han logrado alcanzar las metas programadas en cuanto a cobertura y calidad de los servicios de salud.

La Red de Salud San Román, con su ciudad populosa de Juliaca tiene una población de 324,600 habitantes, por cierto se considera la Red como de mayor población a nivel de toda la Región de Puno, donde los indicadores negativos de salud continúan siendo mayor en comparación de Nacional e Internacional, principalmente continúan las altas tasas de mortalidad materna y así mismo el índice de la tasa de desnutrición sigue siendo altos en menores de 5 años de toda la Red, por lo que es necesario realizar el trabajo de investigación para saber el efecto que tuvo la implementación del presupuesto por resultado a partir del año 2009 con mayor fuerza, con los principales programas estratégicos tales como: articulado nutricional y materno neonatal, luego el resto de los programas estratégicos.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación servirá para solucionar problemas prácticos de gestión institucional, teniendo en consideración que la implementación del Presupuesto por Resultados a nivel nacional, regional y local, su propósito fue de “fortalecer la eficacia y equidad del gasto público, para contribuir a la mejora del desempeño del estado respecto al bienestar de la población, en particular, de los pobres y excluidos”. Sin embargo a nivel de la Red de Salud San Román la implementación del presupuesto por resultados mediante la Ley 28927 del año 2007 no tuvo un logro significativo como se esperaba, por cuanto la ejecución del presupuesto no fue conllevado con racionalidad y eficiencia y así mismo el personal profesional contratado para tal fin no han logrado alcanzar las metas programadas en cuanto a cobertura y calidad de los servicios de salud.

Los profesionales a cargo de la “Gestión Sanitaria” deben comprender que la articulación de herramientas e instrumentos de gestión de los servicios de

salud con las necesidades y las oportunidades que generan los procesos de reforma son parte de una posición analítica y práctica frente a la problemática de nuestro Sistema Regional de Salud y el modelo de atención que brindamos desde el primer nivel de atención. Por lo tanto, más que una descripción técnica, sin contextualización institucional de la realidad regional y los marcos de referencia teórica, la temática de la gestión intenta vincularse con la identificación de los problemas centrales de nuestro sistema de salud. En términos generales, la definición del nivel de análisis vinculado con los aspectos de la gestión, tiene un significado y una finalidad decididamente práctica, pero no ingenua.

Las necesidades de salud no se resuelven sólo con la intervención de los servicios de salud, se requiere de la acción intersectorial, nunca se puede resolver con el criterio único de los técnicos del equipo de salud, pero tampoco se les debe pasar por alto. Casi siempre, el abordaje de las necesidades requiere de la toma de decisiones influida por consideraciones tanto técnicas o prácticas como políticas y éticas relacionadas con la atención integral de la salud.

La Red de Salud San Román, con su ciudad populosa de Juliaca que tiene una población de 324,600 habitantes, por cierto se considera la Red como de mayor población a nivel de toda la Región de Puno, donde los indicadores negativos de salud continúan siendo mayor en comparación de Nacional e Internacional, principalmente continúan las altas tasas de mortalidad materna y así mismo el índice de la tasa de desnutrición sigue siendo altos en menores de 5 años de toda la Red, por lo que es necesario realizar el trabajo de investigación para saber el efecto que tuvo la implementación del presupuesto

por resultado a partir del año 2009 con mayor fuerza, con los principales programas estratégicos tales como: articulado nutricional y materno neonatal, luego el resto de los programas estratégicos de menor significado.

La presente investigación pretende por ello responder la siguiente pregunta central:

¿ Por qué la deficiente ejecución del presupuesto por resultados no desarrolla la gestión orientada a resultados y no fortalece la eficacia del gasto público en la Red de salud San Román?

1.2 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación es para conocer en qué medida ha impactado ante la población demandante de los servicios de salud de la Red de salud de San Román, la implementación de la política de Presupuesto por Resultados lo cual con mayor fuerza ingresa a partir del año de 2009 hasta la actualidad, básicamente en los dos grandes programas presupuestales tales como: programa de articulado nutricional y el programa de materno neonatal, donde en el transcurso de los años en estudio el Ministerio de Economía y Finanzas ha desembolsado fuertes cantidades de presupuesto para tal fin.

La Red de Salud San Román, con su ciudad populosa de Juliaca tiene una población de 324,600 habitantes, por cierto se considera la Red como de mayor población a nivel de toda la Región de Puno, donde los indicadores negativos de salud continúan siendo mayor en comparación de Nacional e Internacional, principalmente continúan las altas tasas de mortalidad materna y así mismo el índice de la tasa de desnutrición sigue siendo altos en menores de 5 años de toda la Red, por lo que es necesario realizar el trabajo de

investigación para saber el efecto que tuvo la implementación del presupuesto por resultado a partir del año 2009 con mayor fuerza, con los principales programas estratégicos tales como: articulado nutricional y materno neonatal, luego el resto de los programas estratégicos.

Y teniendo los resultados de la investigación nos servirán para plantear y cambiar las estrategias del manejo del programa del Presupuesto por Resultados, teniendo presente las normas y dispositivos que emanan así como el MEF y como también del sector salud, con la única finalidad de que el presupuesto por resultados tal como su nombre lo indica es dar el resultado o el producto de salud a la población recurrente, de tal manera lograr el fortalecimiento de la atención primaria y acceso a los servicios de salud con calidad, con recursos humanos adecuados, competentes y con vocación de servicio.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

- Determinar los factores que no permiten el logro eficiente de los resultados esperados con la implementación del presupuesto por resultados, a nivel de la gestión de la Red de salud San Román.

1.3.2 Objetivos específicos

- Analizar la ejecución del presupuesto desde sus diferentes fases del programa presupuestario relacionando con los planes estratégicos.
- Analizar las diferentes atenciones de salud que han realizado los profesionales de salud contratados para el programa del presupuesto por resultados.

1.4 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Hipótesis General de la Investigación

- La implementación del Presupuesto por Resultados en la Gestión en la Red de Salud San Román, no alcanzó los resultados esperados dentro del período de 7 años.

1.4.2 Hipótesis Específicas de la Investigación

- El presupuesto que fue asignado para los programas estratégicos, no fueron ejecutados con racionalidad y con criterios técnicos.
- Los profesionales de salud que han sido contratados exclusivamente para la atención de salud de los programas estratégicos, no han alcanzado a los estándares de atenciones establecidos según la Organización Mundial de Salud.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

En el contexto del ámbito en el que desarrollamos la investigación, que es la ciudad de Puno provincia de San Román, no se aprecia antecedentes relacionados a la temática en estudio, sin embargo a nivel nacional si existen trabajos relacionados al tema de la investigación lo que se detalla a continuación:

2.1.1 Tesis sobre avances y perspectivas en la implementación del presupuesto por resultados en el Perú.

El autor como introducción indica de que la implementación del presupuesto por resultados que es un cambio cultural que requiere tiempo, paciencia, persistencia y flexibilidad en su implementación. Los lineamientos comúnmente aceptados de nuevas prácticas aplicadas por la mayoría de países que han

implementado este tipo de presupuestos, señalan la importancia del liderazgo institucional con mandato y visión, la importancia de la amplia participación de los sectores y la participación de otros actores adicionales, particularmente del Congreso.

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

La investigación pretende evaluar la estrategia de implementación del presupuesto por resultados en el Perú, con el propósito de determinar los avances, tomar medidas correctivas y señalar una hoja de ruta para continuar la implementación, teniendo en cuenta las particularidades del país y tomando como referente un modelo básico del presupuesto por resultados.

En este contexto, las hipótesis que orientan esta investigación permiten realizar un análisis cualitativo y cuantitativo de la estrategia utilizada y del grado de institucionalización logrado en la implementación del presupuesto por resultados. Las hipótesis son: i) la estrategia de implementación del presupuesto por resultados en el Perú es la adecuada, ii) existe un marco normativo que define los procesos claves en la implementación del presupuesto por resultados, iii) la información de desempeño se utiliza en el

proceso presupuestario, y iv) la sostenibilidad de la reforma presupuestaria está garantizada.

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

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

La implementación del presupuesto por resultados se viene realizando en un contexto de disciplina fiscal y un crecimiento significativo del presupuesto. En este contexto, se requiere profundizar la reforma para orientar los recursos de manera estratégica, priorizando las intervenciones con mejor costo-efectividad. La reforma presupuestaria para lograr el cambio institucional esperado, requiere del acompañamiento de otras reformas claves en la administración pública orientadas a lograr una gestión por resultados, que permitan a las entidades públicas un cambio cultural, una mayor capacidad y flexibilidad para el logro de los objetivos.

Generar mecanismos que permitan utilizar la información de las evaluaciones con una mayor oportunidad en el proceso presupuestario, compromisos de mejora del desempeño en la etapa de la formulación presupuestal.

Implementar un nuevo esquema para la evaluación de la gestión presupuestaria en las entidades públicas que promueva una gestión por resultados, mayor transparencia en la rendición de cuentas, la generación y utilización de información de desempeño en el proceso presupuestario.

2.1.2 Monografía sobre presupuesto por resultados.

De acuerdo a su conclusión y recomendaciones del autor se dice que el presupuesto desde una visión macro se considera como un instrumento de manejo fiscal y desde otra vinculada a la gubernamental que lo considera una herramienta que sirve de puente entre la sociedad civil y el Estado, como un instrumento de rendición de cuentas. Hemos estado acostumbrados solo a mirar el presupuesto en su faceta de herramienta fiscal y no como un medio de rendición de cuentas.

Si hablamos de presupuestar, nos estamos refiriendo a esas asignaciones de recursos con fines alternativos con propósito de lograr objetivos determinados concretos de eficiencia y equidad, todo lo mencionado se traduce en una utopía ya que en realidad no se cumple todo esto, no está funcionando como dice el concepto, y esto se debe a que no se ha desarrollado ni se aplican metodologías específicas para saber cómo se destina el presupuesto ya que a falta de dichas metodologías no les permite saber a quién darles más fondos.

También concluye diciendo de que en América Latina y como también en el Perú se está trabajando con presupuestos inerciales, que son aquellas

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

Y como recomendaciones indica que deben cambiarse las formas tradicionales e inerciales al momento de presupuestar esto requiere decir de presupuestar para el año anterior y así sucesivamente para no quedarnos atrapados en el pasado y sobre todo someterlo a evaluaciones, deben existir criterios lógicos para poder determinar los presupuestos o sea cambios metodológicos usando para esto programas o indicadores como lo hacen otros países, pero que sean evaluados e informados de manera adecuada, buscar entidades que se acerquen más al pueblo.

2.1.3 En camino de un presupuesto por resultados: una nota sobre los avances recientes en la programación presupuestaria.

Fue más de 4 años que se formalizó la idea de avanzar hacia una gestión presupuestaria basada en resultados. Desde entonces surgieron una serie de iniciativas e instrumentos que buscaron fortalecer el presupuesto público como herramienta de gestión financiera para alcanzar los objetivos del Estado y contribuir a mejorar el bienestar del ciudadano. Desde ese momento la Dirección General del Presupuesto Público (DGPP); tenía como objetivo contribuir a que la intervención del Estado sea más eficaz, eficiente y

transparente. Lo que ha seguido en adelante han sido impulsos cada vez más fuertes para alcanzar este objetivo. Se ha buscado mejorar cada etapa del ciclo presupuestario fortaleciendo los instrumentos para abarcar la mayor cantidad de bienes y servicios que entrega el estado y en esta línea han estado las modificaciones propuestas en las etapas de programación y formulación del presupuesto del 2012.

Hay que destacar principalmente que el interés de pensar un presupuesto público que tenga como eje central el ciudadano, está intacto. La DGPP sigue trabajando por dejar atrás la mirada inercial de solicitud de recursos y reforzar la idea de tener una construcción del presupuesto con información sobre bienes y servicios a entregar (producto); y resultados por alcanzar, así como sus características de eficiencia y eficacia. Creemos que el esfuerzo de estos años ha tenido buenos resultados. Al día de hoy, podemos observar en diferentes niveles de gobierno que ya se tiene conocimiento sobre el PPR y se entiende sus objetivos principales.

En el cumplimiento de su rol normativo, la DGPP ha seguido un agudo proceso de revisión de sus métodos e instrumentos que le ha llevado a seguir algunas modificaciones necesarias para alcanzar los objetivos planteados. Este documento quiere reforzar los principales objetivos que se manifestaron cuando se inició esta reforma y dejar bien establecidos cuáles han sido los ajustes en la visión que han llevado a tomar algunas medidas distintas de las iniciales, en la permanente búsqueda por mejorar. En este documento se trata de explicar las modificaciones impuestas y darle cuerpo al enfoque que se tiene para lo que conocemos como PpR.

Los avances recientes en la programación estimulan el desarrollo de la capacidad gerencial, permiten asociar los esfuerzos y responsabilidades desde los objetivos más elevados de desarrollo para el país hasta de los ministerios y entidades. Adicionalmente la mayor cobertura de los programas presupuestales permite proyectar una gestión pública basada en los resultados, en la que el PpR es uno de sus componentes principales pero no el único. Este avance en cobertura ha permitido poner en perspectiva que los cambios necesarios en modernización de la gestión, estructuras organizacionales, planificación estratégica, medición de resultados y evaluaciones, entre otros, pueden usar como base a los programas presupuestales.

Si bien hubo avances significativos en el PpR y en la programación presupuestaria, los desafíos son aún numerosos. El riesgo de la falta de apropiación por parte de las entidades no está disuelto todavía las capacitaciones y las exigencias impartidas mediante la DGPP no han hecho que se sustituya completamente la manera tradicional de elaborar el presupuesto, por lo que es necesario que se den avances en otros sistemas administrativas del Estado para caminar hacia una gestión integral por resultados.

2.2 MARCO REFERENCIAL

2.2.1 La gestión pública

Para acercar los conceptos de gestión pública y Estado, decimos que este es la organización política soberana de una sociedad humana establecida en un territorio determinado, bajo un régimen jurídico, con independencia y

autodeterminación, con órganos de gobierno y sistemas de gestión que persiguen determinados fines mediante actividades concretas

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

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

2.2.2 La gestión pública y administración pública

En términos generales las expresiones gestionar y administrar aparecen como sinónimos, similares, de uso indistinto. Incluso a ambos se los define como la acción y efecto de hacer algo, de asumir una función o tarea para cumplir un propósito. Sin embargo en la legislación peruana estos conceptos aparecen diferenciados. En ese sentido se entiende por administración pública, en su enfoque procedimental, a todas las instituciones y organismos públicos y privados que prestan servicios públicos. Son las entidades de cualquier naturaleza que sean dependientes del gobierno central, los gobiernos regionales o los gobiernos locales, incluido sus correspondientes organismos públicos. En efecto, la administración pública comprende a los organismos que

desempeñan una función de interés público, especialmente de provisión de servicios y/o regulación de los comportamientos e intereses de la sociedad, el mercado, así como del propio Estado y sus instituciones. Por otro lado, a la gestión pública lo define, como el conjunto de acciones mediante las cuales las entidades tienden al logro de sus fines, objetivos y metas, los que están enmarcados por las políticas gubernamentales establecidas por el Poder Ejecutivo. Integrando ambos conceptos, porque en si encierran dos elementos que dan origen a la acción estatal y gubernamental, podemos decir que la gestión pública está configurada por los espacios institucionales y los procesos a través de los cuales el Estado diseña e implementa políticas, suministra bienes y servicios y aplica regulaciones con el objeto de dar curso a sus funciones. La Gestión pública se ocupa de la utilización de los medios adecuados para alcanzar un fin colectivo. Trata de los mecanismos de decisión para la asignación y distribución de los recursos públicos, y de la coordinación y Gestión pública y administración pública Ley de normas generales del procedimiento administrativo. Decreto Supremo No. 094-92-PCM. Ley General del Sistema Nacional de Control. Política Económica, Planeamiento, Desarrollo Regional y Local estímulo de los agentes públicos para lograr objetivos colectivos. Ésta es una definición muy general que hay que matizar y concretar desde diferentes puntos de vista. La acción pública se desarrolla en varias dimensiones que actúan simultáneamente. Estas dimensiones son:

- En términos de las relaciones de poder que se establecen entre los grupos sociales que actúan en instituciones determinadas, su estudio le corresponde a la Ciencia Política y la Sociología.
- En términos jurídicos, cuando se considera

a la Administración pública como una persona jurídica que tiene derechos y obligaciones, su estudio le corresponde al Derecho.

En términos administrativos, cuando se ocupa de los métodos de trabajo y organización interna, su estudio le corresponde a las Ciencias de la Administración y la ingeniería. En efecto la acción de gobierno requiere de i) instituciones, ii) de mandatos y ordenes, cumplidos a través de políticas y funciones, y iii) métodos de trabajo y organización (tecnologías, instrumentos y procedimientos), para ejecutar y cumplir con sus fines y responsabilidades. Las actividades técnicas son las acciones y aptitudes subordinadas a conocimientos técnicos prácticos e instrumentales, con base científica, necesarios para el ejercicio de una determinada responsabilidad, capacitan a hombres y mujeres para mejorar su bienestar, dando lugar a la gestión que para el caso de la actuación del Estado se denomina Gestión Pública. (Gamero, 2009).

2.2.3 La gestión pública por resultados (GPR)

Buscar la generación de utilidades como fin último. Gestión Pública por resultados es un proceso estratégico, político y técnico, que parte del principio del “Estado contractual” en el marco de la Nueva Gestión, es decir la relación y vínculo formal que se da entre un principal (sociedad) y un agente (gobierno) en el cual ambas partes acuerdan efectos o resultados concretos a alcanzar con acción del agente y que influyen sobre el principal, creando valor público. La GpR implica una administración de las organizaciones públicas focalizadas en la evaluación del cumplimiento de acciones estratégicas definidas en un plan de gobierno y un plan de desarrollo. Dada la débil d. La Gestión Pública

por Resultados (GpR) Programa de Formación: Desarrollo de Capacidades para el Fortalecimiento de las Organizaciones Políticas coordinación que generalmente existe entre la Alta Dirección y los mandos operativos, es necesario que el esfuerzo modernizador proponga una nueva forma de vinculación entre ambas, en la que sean definidos las responsabilidades y los compromisos mutuamente asumidos. “En un enfoque de gestión que busca incrementar la eficacia y el impacto de la políticas del sector público a través de una mayor responsabilidad de los funcionarios por los resultados de su gestión”. La implantación de un proceso de Modernización de la Gestión Pública se la entiende como la incorporación de nuevos enfoques de índole empresarial, tales como Reingeniería, Benchmarking, Outsourcing, etc., con la finalidad de superar la administración burocrática que caracterizaba a los países menos desarrollados. El proceso de Modernización de la Gestión Pública ha tenido por finalidad “elevar las competencias y la capacidad de movilizar los recursos públicos de manera más eficiente, comprometiendo en su gestión y en sus resultados al conjunto de los actores que intervienen en la generación de los respectivos servicios, orientados a satisfacer los requerimientos de la sociedad” De este modo, el modelo gerencial se convirtió en un aspecto fundamental para mejorar la capacidad de gestión del Estado, así como para incrementar la gobernabilidad democrática del sistema político. Para que lo anterior se cumpla, se pone énfasis en la transformación de la cultura organizacional que caracterizaba a la Administración Pública. Lo fundamental era dar un giro en los hábitos, costumbres y forma de actuar de la administración pública. Asimismo, este cambio cultural debe contemplar a los funcionarios públicos, de tal modo que se impulsaran políticas de personal,

centradas en premiar el buen desempeño, fomentar la capacitación y el perfeccionamiento profesional, hoy ausentes en la gestión pública peruana. La Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado Peruano, tiene como finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos. En este marco el objetivo es alcanzar un Estado:

- Al servicio de la ciudadanía. La acción del Estado debe centrarse en beneficiar a su población generando oportunidades para su desarrollo y bienestar.
- Con canales efectivos de participación ciudadana. El estado debe escuchar y recoger las propuestas de la ciudadanía y establecer alianzas público privadas en todas sus instancias de gobierno.
- Descentralizado y desconcentrado. El poder se ejerce descentralizadamente, de manera armónica y con sentido de colaboración entre los diferentes niveles de gobierno. La asignación de funciones se realiza teniendo en consideración a un buen servicio al ciudadano.
- Transparente en su gestión. La comunidad debe estar informada periódicamente sobre las acciones de gobierno a través de diferentes medios de rendición de cuentas.
- Con servidores públicos competentes y debidamente remunerados. Se promueve su capacitación y perfeccionamiento, remuneraciones en función al desempeño y calificación, con incentivos a la eficiencia y eficacia.
- Fiscalmente equilibrado. Los ingresos que financian la inversión y el gasto público tienen una relación de armonía. El proceso de modernización de la

gestión del Estado debe sustentarse fundamentalmente en el diseño de una visión compartida y planes de largo y mediano plazo, estratégicos y sustentables, que den sentido a su actuación, que convoque y comprometa a la ciudadanía a la participación responsable, que aporte a los procesos de desarrollo, que no sea solo beneficiario del bienestar, sino en lo fundamental, participe y constructor de un futuro promisorio. Ciudadanos con sentido crítico. Ello implica también, profundizar el proceso de descentralización, redefiniendo los roles y fortalecimiento la capacidad de gestión, del propio Gobierno Central y los gobiernos regionales y locales. Mayor eficiencia en la utilización de los recursos del Estado, por lo tanto, se eliminar la duplicidad o superposición de competencias, funciones y atribuciones entre sectores y entidades o entre funcionarios y servidores.

En este contexto es prioritario revalorizar la Carrera Pública, poniéndole especial énfasis al principio de la ética pública y la especialización así como el respeto al Estado de Derecho. El enfoque que debe orientar y marcar el paso de la modernización del Estado es institucionalizar la gestión por resultados, a través del uso de modernos recursos tecnológicos, como la planificación estratégica y concertada, la incorporación de sistemas de monitoreo y evaluación, la rendición pública y periódica de cuentas, la transparencia a fin de garantizar canales que permitan el control de las acciones del Estado. La estructura y organización de la Administración Pública, deben ser dinámicas y responder de manera efectiva al cumplimiento de los objetivos y metas señalados en los planes. La organización debe estructurarse para responder al cumplimiento de la misión, que a su vez está articulada a la visión, donde las funciones no se cumplan en si misma, sino a través de proyectos y actividades

en el marco de una cultura de proyecto, donde toda acción gubernamental este orientado a cumplir un objetivo y por lo tanto a producir un resultado que tenga beneficio hacia la población beneficiaria.(Gamero, 2011).

2.2.4 El presupuesto por resultados en América Latina

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

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

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

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

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

Conclusiones.- El presupuesto público como hemos visto anteriormente puede hacerse desde diferentes ángulos, dependiendo de las funciones que cumple. Desde una visión macro que lo considera un instrumento de manejo fiscal y desde otra vinculada a la gobernabilidad que lo considera una herramienta que sirve de puente entre la sociedad civil y el Estado como un instrumento de rendición de cuentas. Hemos estado acostumbrados sólo a mirar el presupuesto en su faceta de herramienta fiscal y no como un medio de rendición de cuentas.

Si hablamos de presupuestar, nos estamos refiriendo a esas asignaciones de recursos con fines alternativos con propósitos de lograr objetivos determinados concretos de eficiencia y equidad, todo lo mencionado se traduce en una utopía ya que en la realidad no se cumple todo esto, no está funcionando como dice el

concepto, y esto se debe a que no se han desarrollado ni se aplican metodologías específicas para saber cómo se destina el presupuesto ya que la falta de dichas metodologías no les permite saber a quién darles más fondos a la línea de acción A o a la B.

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

El presupuesto puede sufrir incrementos que se obtiene de la dinámica de la economía y la recaudación fiscal, pero lamentablemente no hay personas con criterio para poder asignarles recursos a los que más los necesitan, así, de esta manera, es como se hace el presupuesto sin criterios, y no como lo manda las definiciones. Ahora en pleno proceso presupuestario no se toman en cuenta a los excluidos, como por ejemplo las personas más pobres, personas individuales, aquellas que no tienen acceso a servicios fundamentales, etc., no participan en la toma de decisiones para armar el presupuesto, esto también incluye a instituciones pequeñas que tienen menos capacidad de llegada a donde los que toman las decisiones en un enfoque formal o informal que no consiguen recursos para sus intereses.

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

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

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

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

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

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

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

El resultado serían los ejes centrales me refiero al ciudadano que es el motor de decisiones que se toman lo que el necesita en su desarrollo, de tal manera ingresa al logro de sus intereses de su demanda de la familia y de la sociedad, lo cual está establecido en las políticas del presupuesto por resultados.(Vilca, 2012).

2.2.5 Presupuesto por Resultados

¿Qué es el Presupuesto por Resultados (PPR)?

Para poder conocer sobre lo que es el PPR conocido como Presupuesto por Resultados vamos a encontrar varias definiciones pero que todas ellas apuntan

a servir a la población con resultados como su nombre lo dice, o en todo caso al ciudadano que es el eje central en este tema.

De acuerdo a la descentralización el Presupuesto por Resultados es una herramienta para mejorar la gestión presupuestaria que va a permitir vincular mejor el plan con el presupuesto y con la ejecución de las acciones, orientando el gasto público al logro de resultados e impactos concretos.

El PPR supone:

- Considerar los resultados como punto de partida y de llegada. A partir de ellos se definen las acciones y asignan los recursos (al momento de la planificación); y, al mismo tiempo, son el referente para medir el éxito de la gestión.
- Considerar al ciudadano como cliente y partir de la población como sujeto de derechos.
- Construir la oferta de servicios a partir de la demanda de la población y no de la oferta misma.
- Contar con una definición clara de responsabilidades.

Para poder tener una idea más clara sobre lo que es el Presupuesto por Resultados es necesario recordar, que un objetivo fundamental de la administración pública es contar con un Estado capaz de proveer de manera eficaz, oportuna, eficiente y con criterios de equidad, los bienes y servicios públicos que requiere la población. Para lograr este objetivo, contamos con el Presupuesto Público como principal instrumento de programación financiera y económica que apunta al logro de las funciones del Estado de asignación, distribución y estabilización, para esto también debemos saber ¿Qué es el Presupuesto Público?

¿Qué es el Presupuesto Público?

El presupuesto público es la programación económica y financiera que permite al Estado y a sus instituciones realizar una estimación anticipada de los ingresos y gastos para facilitar el logro de los objetivos y metas trazados en sus respectivos planes operativos. Por lo tanto, es uno de los principales instrumentos para organizar y orientar la gestión de corto plazo (un año).

El presupuesto vincula lo que se quiere hacer con lo que efectivamente se hace. Si no hay una buena asignación de recursos o los recursos que se asignan no son suficientes, las actividades o proyectos programados no se pueden realizar y la cobertura de servicios se vuelve insuficiente. Además, se corre el riesgo de tener servicios de baja calidad y que los proyectos de inversión se paralicen o ejecuten más lentamente.

El presupuesto público es, por lo tanto, uno de los principales instrumentos de gestión con los que cuenta el Estado para cumplir con la provisión de bienes y servicios públicos de manera eficiente, eficaz y equitativa.

El Presupuesto Público puede generar cambios en la gestión pública planteando reformas en el desempeño de las instituciones del Estado. Con este fin, la Dirección Nacional del Presupuesto Público (DNPP), como ente rector del Proceso Presupuestario ha establecido los cambios necesarios para darle a éste proceso un nuevo enfoque, el de Resultados.

¿Cómo se elabora el Presupuesto Público en el Perú?

El presupuesto se elabora, ejecuta, controla y evalúa a través de un proceso llamado ciclo presupuestario. Este ciclo consta de seis etapas:

- La Programación: donde se define las intervenciones coherentes
- La Formulación: aquí se presupuesta productos y actividades
- La Aprobación se orienta hacia una discusión de prioridades en la asignación presupuestaria
- La ejecución donde se da la eficiencia técnica
- El Control y finalmente la
- Evaluación donde se da la rendición de cuentas y aprendizaje.

¿Cómo ha venido funcionando la manera de presupuestar en el Perú?

En nuestro país, el manejo presupuestario por parte del Estado se ha caracterizado por ser inadecuado y presentar evidentes problemas en cuanto a la eficacia y calidad del gasto. En consecuencia, la provisión de bienes y servicios a la población ha sido, generalmente, deficiente y poco oportuna. Pese a ello, año a año, los presupuestos públicos mantienen la misma estructura de asignación de recursos.

La gestión pública y, dentro de ésta, la gestión presupuestaria, se han convertido en ejercicios rutinarios. Esto ha implicado que el proceso real de elaboración del presupuesto difiera significativamente del ciclo presupuestario establecido en la normatividad vigente, presentando un conjunto de limitaciones, como:

- Desarticulación entre planificación y presupuesto.
- Asignación de recursos centrada en insumos antes que en productos y resultados.
- Poca flexibilidad para adecuar las estrategias a los cambios que se van produciendo.

- Excesiva atención al control del proceso presupuestario antes que en los resultados.

Lógica del ajuste y de la austeridad mal enfocada. En consecuencia, un falso ahorro, al hacerse recortes del gasto en áreas esenciales para la población y al no generar mejora en la eficacia y calidad de los servicios. (Arnillas, 2007).

2.2.6 La Administración Científica

“La administración científica” propuesta por Taylor formula un conjunto de proposiciones referentes al hombre económico, en el desarrollo de la función del trabajo, se encuentran los conceptos de productividad, rendimiento y eficiencia, mediante la aplicación de los principios fundamentales, tales como la división del trabajo, selección científica del trabajador, la cooperación entre patrones y trabajadores y la ciencia del trabajo. Es una respuesta a comportamientos del hombre en el desarrollo de su función de trabajo, definida por una concepción de su época, en su manejo, y expresada en la llamada administración de iniciativa e incentivo.

Por ejemplo, en el taylorismo, los hechos y los objetivos observados se centran en el hombre y la función del trabajo.

El hombre. Condiciones físicas y aptitudes para la ejecución de un trabajo(características), nivel de capacitación y entrenamiento(propiedades), y niveles de producción, alcanzados por la ejecución del trabajo(relación del sujeto con su trabajo medido por la eficiencia).

La función del trabajo. Distinción del tipo de trabajo que debe ejecutarse, esto es, la división del trabajo(características), manera como debe realizarse ese trabajo para obtener resultados. La sistematización definida por el estudio de

tiempos y movimientos (propiedades); modo como, mediante su aplicación se logra la eficiencia, determinación de estándares de producción (relación del trabajo con el sujeto que lo ejecuta medido por patrones previamente fijados. (Chiavenato, 2006).

2.2.7 Sistema Nacional del Presupuesto por Resultados

Es una metodología o “esquema de presupuestos que integra la programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación del presupuesto en una visión de logro de resultados a favor de la población, retroalimentando los procesos anuales para la reasignación, reprogramación y ajustes de las intervenciones”. Es importante tener en cuenta que en el ciclo de gestión presupuestaria, la “Programación” es el punto de encuentro entre el planeamiento y el proceso presupuestario propiamente dicho, luego de la programación siguen la formulación, aprobación, ejecución y conjuntamente con ésta el seguimiento y el control, y finalmente la evaluación; para re iniciar el ciclo.

Con el presupuesto por resultados se busca enfatizar que todo este proceso que tiene como eje articulador a la población y el logro de resultados a su favor. Para llevar adelante el proceso es importante que a nivel sectorial, así como en cada institución pública o pliego presupuestal se establezca, cuáles son las necesidades y demandas de la población que están en su ámbito de competencias a atender. Y con base en el análisis de dichas demandas o problemas de la población, establecer los resultados a alcanzar y las acciones para ello; así como asignar los recursos respondiendo a las prioridades planteadas.

Se define como todo tipo de mecanismo y proceso destinado a estrechar el vínculo entre la financiación de los programas y los resultados a través del uso sistemático de información de desempeño.

Objetivos del Presupuesto por Resultados.- Como los principales objetivos que tiene el programa de presupuesto por resultados son las siguientes:

Lograr que el proceso presupuestario favorezca e impulse el desarrollo progresivo de una gestión orientada a resultados en toda la administración pública.

Fortalecer la eficacia y equidad del gasto público, para contribuir a la mejora del desempeño del Estado respecto del bienestar de la población, en particular, de los pobres y excluidos.

Evitar el seguir asignando recursos a programas que son inefectivos o que no son prioritarios.

Responder a la necesidad de gerenciar la escasez de forma óptima y de desarrollar técnicas para gestionar los recortes presupuestarios, de forma que no se efectúen de forma mecánica y recaigan en la inversión y/o en los gastos de mantenimiento. Y

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

(Delgado, 2013).

2.2.8 Organización del Sistema Nacional de Salud.- El sistema nacional de salud son todos los sectores relacionados con la salud, conformado por el conjunto de instituciones y dependencias públicas y privadas, integradas con la finalidad principal del cuidado de la salud de la población y también los conforman para efectos de coordinación funcional, el grupo de instituciones o dependencias públicas y privadas de otros sectores así como las personas naturales y jurídicas, cuya acción o inacción afectan La salud o bienestar de la población, con el objetivo fundamental de promover y apoyar las acciones que permitan alcanzar el más alto nivel de salud posible en toda la población nacional.

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

Según la estructura del sector salud, se encuentran conformadas por otras instituciones además del Ministerio de Salud, tales como: ESSALUD (instituto peruano de seguridad social); Sanidad de las fuerzas armadas y policiales, dependencias de salud de instituciones públicas de otros sectores; las dependencias de salud de organismos de desarrollo Regional o departamental y de los gobiernos locales; las personas naturales y jurídicas del sector no público que proveen servicios de salud en forma individual o asociada, los organismos públicos descentralizados que dependen del –ministerio de Salud: Consejo nacional de población, Consejo nacional de Beneficencias y de juntas

de participación social, Comité nacional de medicamentos, insumos y drogas e el Instituto peruano para el desarrollo de la salud.

Todo el sector salud está sujeto al cumplimiento de la política nacional de salud, dado por el poder ejecutivo que controla y supervisa su aplicación a través del Ministerio de Salud que debe ejercer de esta manera su Rol Rector sobre los demás integrantes del sistema de salud y por ello dar cumplimiento a los lineamientos de política nacional de salud vigentes.

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

2.2.9 El Programa Estratégico de Articulado Nutricional en el Perú

Promover la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida y evitar las enfermedades infecciosas

El principal problema de salud pública en Latinoamérica es la desnutrición crónica en los niños. Las proporciones más altas de desnutridos crónicos están en Ecuador, Bolivia y Perú, en donde a inicios de esta década el 25% de los niños menores de 5 años padecía este problema. Un resultado nada alentador si se tiene en cuenta que la desnutrición en niños menores de 5 años afectará la calidad de vida de estos en su adultez, pues la desnutrición genera problemas de salud (incluso la muerte), puede producir trastornos psicológicos, limita su capacidad de aprendizaje y, por tanto, restringe sus posibilidades de

desarrollo profesional e incluso personal. Peor aún si estos niños suelen ser los de menores recursos y, por tanto, los que más necesitan cambiar su futuro.

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

y otras enfermedades prevalentes y; c) Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses. Promover la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida y evitar las enfermedades infecciosas Articulado Nutricional Programa Estratégico Articulado Nutricional 1 La desnutrición crónica es una condición que se va adquiriendo durante los 24 primeros meses de vida y no se revierte. Los niños que viven en zonas rurales tienen mayor prevalencia de desnutrición crónica que los niños que viven en zonas urbanas. Los niños de madres sin educación tienen mayor desnutrición que los niños de madres con educación superior. Dado que son los niños que nacieron con bajo peso o que no gozaron de lactancia materna exclusiva en sus primeros meses de vida los Articulado Nutricional Articulado Nutricional más propensos a sufrir de desnutrición crónica, el programa busca incrementar la proporción de menores de seis meses con lactancia materna exclusiva. Además, con el incremento de los niños que gozan de lactancia materna exclusiva también se los protege de contraer infecciones. La inadecuada alimentación, sin embargo, no es la única razón que condiciona la posibilidad de caer en un cuadro de desnutrición va adquiriendo durante los 24 primeros meses de vida y no se revierte. Los niños que viven en zonas rurales tienen mayor prevalencia de desnutrición crónica que los niños que viven en zonas urbanas. Los niños de madres sin educación tienen mayor desnutrición que los niños de madres con educación superior. Dado que son los niños que nacieron con bajo peso o que no gozaron de lactancia materna exclusiva en sus primeros meses de vida los Articulado Nutricional Articulado Nutricional más propensos a sufrir de desnutrición crónica, el programa busca incrementar la proporción de menores de seis meses con lactancia materna exclusiva. Además, con el incremento de los

niños que gozan de lactancia materna exclusiva también se los protege de contraer infecciones. La inadecuada alimentación, sin embargo, no es la única razón que condiciona la posibilidad de caer en un cuadro de desnutrición crónica. Existen una serie de enfermedades, muy comunes en los niños, que facilitan tal condición. En este caso, el programa busca reducir los casos de anemia, diarrea aguda e infecciones respiratorias agudas, que son las tres enfermedades que mayores complicaciones traen a los niños y las que con mayor frecuencia suelen presentarse en el país. De acuerdo con la ENDES 2007, el 56,8% de los niños peruanos que tienen entre 5 y 35 meses de edad tenían anemia. En el caso de la diarrea fue 17,4% y en el de infecciones respiratorias se llegó a 24%. 0 10% 20% 30% 40% 50% 60% Perú 2007: 22.6% Perú 2011: 16% Chile: 2% Amazonas Áncash Ayacucho Apurímac Arequipa Cajamarca Cusco Huancavelica Huánuco Ica Junín La Libertad Lambayeque Lima Loreto Madre de Dios Moquegua Pasco Puno Piura San Martín Tacna Ucayali Tumbes Menores de 5 años con desnutrición crónica, sin embargo es necesario tener mayores informaciones del instituto nacional de estadística y otras instituciones oficiales para continuar el análisis respectivo. (Quevedo, 2014).

2.2.10 Programa Estratégico Salud Materno Neonatal

La Organización mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año, en el mundo, fallecen 585 000 mujeres debido a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Una de las características cruciales de la muerte materna es el que la mujer corre riesgo de muerte en cada embarazo, y este es un riesgo que la acompaña durante buena parte de su vida. Hay similitud epidemiológica

en las hemorragias, infecciones e hipertensión inducida por el embarazo; causas que provocan la mortalidad materna tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La diferencia radica en que en países desarrollados los establecimientos de salud están preparados para dar respuesta oportuna y adecuada a estas emergencias. La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencia la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales. En países subdesarrollados como el nuestro, la mortalidad materna es 100 veces más alta que en los países desarrollados, y esto afecta principalmente a mujeres pobres, y más vulnerables. Estos índices de mortalidad demuestran la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres. Así mismo, ponen en evidencia las diferencias existentes entre las zonas rurales y urbanas, ya que la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas. Con respecto a la salud neonatal, podemos decir que esta ha sido postergada durante mucho tiempo. Es necesario tener en consideración que la atención que se dedique a un problema de salud guarda relación con el status social del grupo afectado. En muchos lugares con elevada mortalidad materna, fetal y neonatal, el status de la mujer es bajo, y el recién nacido es aún menor que el de la mujer y los niños de mayor edad. La falta de centros de atención o su deficiente equipamiento es la principal causa de que los partos o áreas rurales no se den en las condiciones adecuadas y, por tanto, de que se eleve el riesgo de parto. Ir cubriendo estas brechas en la

calidad de vida materno-neonatal y en los servicios que se brinda, donde se plantea metas a lograr en resultados en la población y metas específicas en cada uno de los servicios públicos, a esos resultados, el Presupuesto asignado al Programa Salud Materno neonatal de un total de S/. 370,642,866.00 representa el 0.45% del total del Presupuesto Público y generándose una brecha presupuestal, lo que refleja la falta de articulación entre la programación y asignación presupuestal. Ante esta situación se hace evidente la necesidad de reducir la inercia presupuestaria y de vincular las asignaciones a incrementos en productos, servicios y resultados; de articular la planificación estratégica con la programación presupuestaria; de desarrollar evaluaciones efectivas que generen información útil para tomar decisiones; y, finalmente, de lograr que el presupuesto sea una herramienta real de gestión, que incida en la eficacia de la acción y posibilite el cumplimiento de las funciones constitucionales del Estado.

La base Legal La gestión presupuestaria en el Perú está basada, tradicionalmente, en el presupuesto por programas. Este sistema de presupuestación se caracteriza por ser de tipo incremental y por no estar asociado a productos ni resultados. Se caracteriza, también, por responder a presiones políticas que prevalecen sobre los objetivos; por basarse en evaluaciones que priorizan la cantidad del gasto antes que la calidad del mismo; y por ser administrado mediante procesos gerenciales que se centran en procedimientos y no en resultados. Todo esto genera ineficacia e ineficiencia en la acción pública. Es por ello que a partir del año 2000, el Perú puso en marcha un conjunto de instrumentos legales que constituyó el primer intento por implementar un mecanismo de asignación equitativa, racional,

eficaz y transparente de los recursos públicos. Entre ellos se encuentra la Ley Marco de Presupuesto Participativo y Reglamento de la Ley N° 28056, cuyo objetivo es fortalecer las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, y faculta a los representantes de las organizaciones sociales para intervenir directamente en la priorización de la inversión pública y para participar en mecanismos de control social, con el fin de supervisar el cumplimiento de los compromisos asumidos, fomentar la rendición de cuentas y promover el fortalecimiento de capacidades. Además de esta ley, el Perú ha logrado algunos otros avances en su esfuerzo por mejorar el marco normativo, con miras a una mayor eficiencia y calidad del gasto público. Entre ellos se cuentan la implementación, a partir de 1998, del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF); la dación de la Ley de Responsabilidad y Transparencia Fiscal, en 1999; la implementación del portal Transparencia Económica, del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); y la adopción del Marco Macroeconómico Multianual. En el año 2002, mediante el Acuerdo Nacional, los dirigentes políticos de la mayoría de partidos vigentes en el país se comprometieron a construir un Estado eficiente, eficaz, moderno y transparente, así como a implementar mecanismos de transparencia y rendición de cuentas y a mejorar la capacidad de gestión del Estado a través la modernización de la administración pública. Asimismo, mediante la Ley N° 27658 Ley marco de modernización de la gestión del Estado, el Estado peruano fue declarado en proceso de modernización. A fines del año 2003, con la Ley Marco de la Administración Financiera del Sector Público Ley N° 28112, la asignación de los recursos públicos fue vinculada con prioridades de gasto orientadas al cumplimiento de los objetivos y metas previstos en los planes

estratégicos de desarrollo. Y con la creación del Sistema Nacional de Presupuesto Ley N° 28411, ocurrida en el año 2004, el presupuesto público ya no es visto solamente como la expresión cuantificada, conjunta y sistemática de los ingresos y gastos a atender durante el año fiscal, sino que se le entiende como un instrumento de gestión del Estado peruano que posibilita el logro de sus objetivos y metas. De esta manera, se pone énfasis en una gestión presupuestaria de calidad, eficiente, eficaz y económica, que se orienta a resultados. Del mismo modo, para revertir la ineficiente ejecución presupuestal en proyectos que no resolvían los problemas de la gente, fue creado el Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP) Ley N° 27293, que busca optimizar el uso de los recursos públicos destinados a la inversión.

2.2.11 Servicios de Salud Integral y básicos de calidad con cobertura y capacidad resolutiva en la Región de Puno

Uno de los principios de los derechos fundamentales de las personas, es la igualdad de oportunidades para todos y el acceso universal a los servicios básicos, lo cual implica garantizar los servicios integrales de salud y buena alimentación, así como a la democratización de los servicios de agua, desagüe, electricidad y comunicaciones.

Este objetivo está orientado a mejorar la calidad de vida de la población, a través del incremento de aseguramiento universal de la población vulnerable, para reducir los niveles de desnutrición crónica, mortalidad materna y mortalidad infantil; y como indicador diseñado para medir el grado de cumplimiento de este objetivo es la reducción de la desnutrición crónica menores de 5 años de edad.

Información Estratégica y de línea de base de Salud.- Durante los últimos años , las condiciones de salud y saneamiento básico de la población del departamento, viene mostrando resultados positivos, debido a la implementación de un conjunto de programas sociales, orientados a disminuir las tasas de mortalidad infantil y materna, desnutrición crónica y fecundidad general, así mismo, mejorar la calidad de vida de la población y condiciones adecuadas del hogar a través de la disponibilidad de agua y desagüe, para evitar los riesgos de contaminación y la presencia de factores que atenten contra la vida y la salud de la población.

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

Durante el año de 2011, se registró una tasa de mortalidad infantil de 40 por mil nacidos vivos, cifra superior al promedio nacional que es de 16 por mil, siendo la causa principal las enfermedades infecto respiratorias agudas por la presencia de bajas temperaturas y bajo sistema inmunológico, como expresión de la dieta deficiente en nutrientes, así mismo la tasa de la mortalidad materna departamental fue de 120 por 100,000 n.v. mientras que a nivel nacional está en 93 por 100,000 n.v. debido entre otras razones a factores

socioculturales y acceso a los establecimientos de salud de la población rural, lo cual requiere de estudios posteriores de mayor análisis.

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

Otro de los factores que incide en las condiciones de salud de la población, es la carencia de profesionales de salud y de infraestructura en los establecimientos de salud del primer nivel, donde mayormente son conducidos por enfermeros o técnicos, quienes pueden realizar una atención básica de la salud. En el departamental de Puno existen solamente 2 hospitales de mayor nivel de resolución y mientras que en el resto de las provincias solamente existen hospitales de nivel II-1 que no tienen capacidad resolutoria de referencia y contra referencia. (Plan de Desarrollo Concertado regional de Puno al 2021, año 2013).

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

La misión en materia de salud de la región Puno es de formular, aprobar, ejecutar, evaluar y administrar las políticas regionales de salud, educación, cultura, ciencia y tecnología, programas en materia de población, trabajo y promoción del empleo, vivienda y saneamiento y desarrollo social e igualdad de oportunidades, para garantizar los servicios con calidad y garantía, orientados

a lograr los adecuados niveles de vida y la salud y mejorar las condiciones socioeconómicas de la población.

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

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

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

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

institucional en la que los planes son desarrollados a nivel operativo. (Plan Estratégico Institucional 2016-2018 Gobierno Regional Puno, 2015).

2.2.13 Lineamientos, misión, visión y organización de la Red de Salud San Román

Lineamientos institucionales de la Red San Román.-

- a) Formular, ejecutar, evaluar el Plan Operativo Institucional y lograr alcanzar los resultados esperados de la visión, misión y objetivos en concordancia con las normas nacionales de salud; cumpliendo con las políticas, los objetivos y estrategias Regionales.
- b) Organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud de la Red y brindar en forma eficaz y oportuna, la asistencia, apoyo técnico y administrativo a la gestión de sus órganos desconcentrados y Microrredes de salud.
- c) Establecer los órganos desconcentrados para la atención de salud de mediana y baja complejidad para la población asignada y referenciada, en el marco del planeamiento estratégico local, regional y nacional de salud y del sistema de referencia y contra referencia.
- d) Promover, organizar, implementar y mantener en forma prioritaria las actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Y contribuir a la construcción de una cultura de salud basada en la familia como unidad básica de salud.
- e) Contribuir a la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud de la población(niño-mujer); mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de salud.

f) Apoyar la formación y especialización de los recursos humanos, asignando el campo clínico y el personal para la docencia e investigación, a cargo de las Universidades e institutos educativos, de acuerdo con los convenios que se realizan en ambas entidades.

g) Lograr que toda la población cuente con una información confiable, auténtica, veraz y oportuna sobre las enfermedades de la región, así como de las medidas preventivas y promocionales de salud.

Misión institucional de la Red de Salud San Román.- La misión de la Dirección Ejecutiva de la Red de salud de san Román es lograr que toda la población asignada tenga acceso a los servicios de salud que administra y cuyos recursos gestiona y provee para promocionar la salud de la persona desde su concepción hasta la muerte natural, para restablecer su salud y para apoyar a las comunidades e instituciones en la construcción de entornos saludables.

Visión institucional de la salud de la Red.- La visión de la Red de salud es ser líder en la atención de servicios de salud de la provincia y de toda la zona norte de la Región de Puno, aplicando el modelo de atención integral en salud, con personal competitivo, insumos y capacidad instalada adecuada, con la finalidad de lograr una mejor calidad de vida de la persona, familia y comunidad, priorizando la escala de valores.

Organización geográfica y organización estructural de la Red de salud San Román.- La Red de salud de san Román es un órgano desconcentrado de

la Dirección Regional de Salud de Puno, que tiene como jurisdicción sanitaria de 11 distritos, de los cuales 4 distritos pertenecen a la provincia de San Román(Julaca, Cabanillas, Cabana y Caracoto); 2 distritos a la provincia de Lampa(Calapuja y Nicasio); 02 distritos a la provincia de Huancané(Taraco y Pusi); y por último 03 distritos de la provincia de Azángaro(Samán, Achaya y Caminaca). Con una población de 334,932 habitantes en el año de 2014.

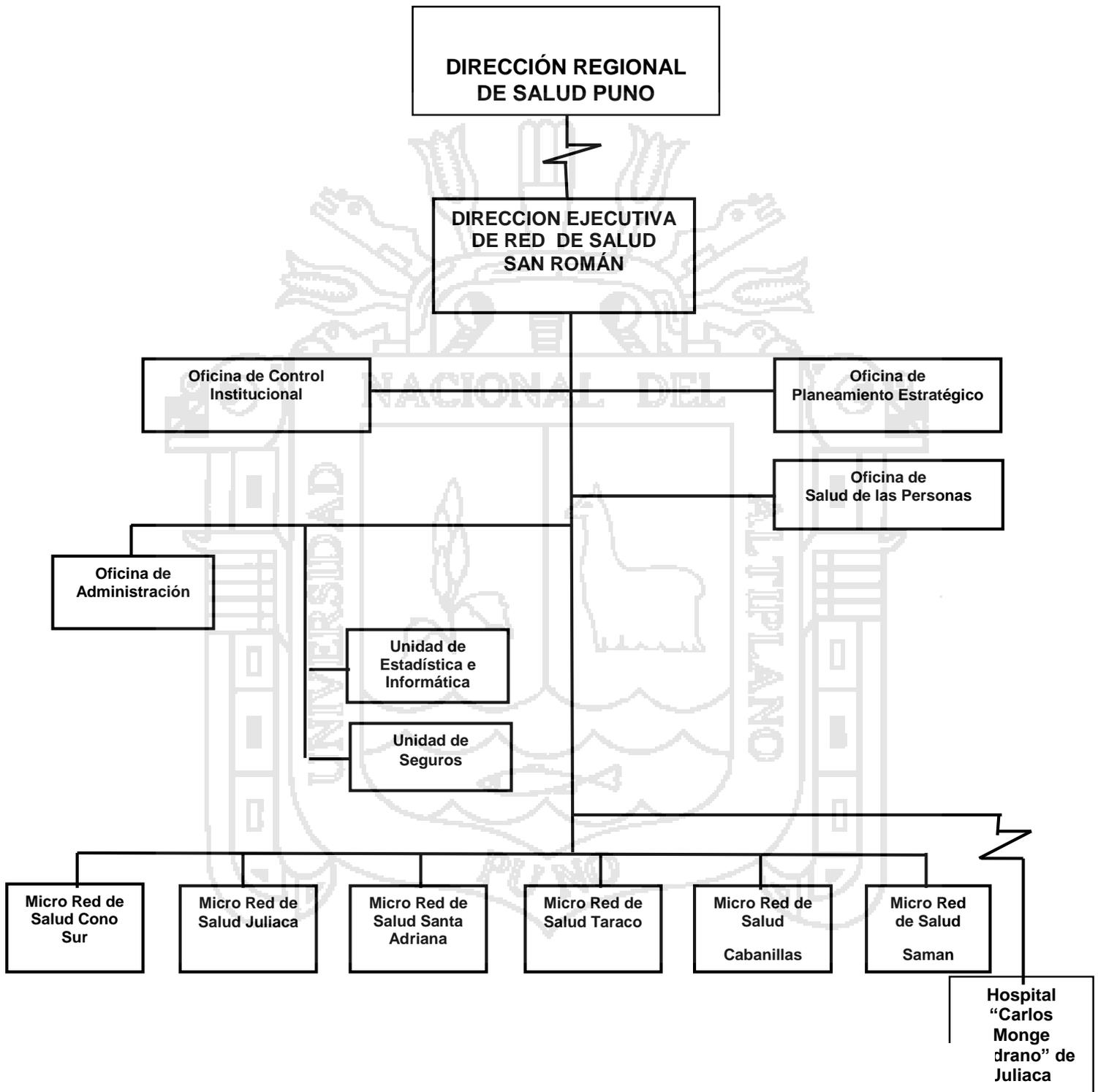
La Red de salud está organizada mediante un sistema de Redes y Micro-Redes, para cumplir con sus funciones de atención integral de salud hacia la población usuaria de la provincia y de la zona norte de la Región mediante la acción de referencia y contra referencia. Actualmente cuenta con 06 microredes donde están distribuidos los 47 establecimientos de salud de primer nivel debidamente categorizados, que están organizados de la siguiente forma: Microred Samán con 09 establecimientos(Samán, Muni chico, Jasana grande, Chucaripo, Muni grande, Quejón Mocco, Caminaca, San Pedro de Collana y Chacamarca); Microred de Juliaca con 11 establecimientos(Revolución, Nicasio, Achaya, Laro, Calapuja, Canchi grande, Chingora, Mariano Melgar, Vilcapata, Escuri y Guadalupe); Microred de salud Cono Sur con 05 establecimientos (Cono Sur, 9 de Octubre, Taparachi, Caracoto y Suchis); Microred de salud Santa Adriana con 09 establecimientos(Santa Adriana, Central Esquén, Los Choferes, Isla, Jorge Chavez, Rancho Pucachupa, Santa Catalina, Santa María y Unocolla); Microred de Salud Cabanillas con 06 establecimientos de Salud(Cabanillas, Collana Cabana, Huataquita, Tincopalca, Cabana y Ayagachi); y Microred de salud de Taraco con 06 establecimientos de salud (Taraco, Huancollusco, Jasana Poccellín,

Puquis, Ramis y Pusi). Y por último está el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

De la Estructura Orgánica.- La Dirección de Red de Salud San Román tiene la siguiente estructura orgánica:

- **Órgano de Dirección**
 - Dirección de Red de Salud
- **Órgano de Control**
 - Oficina de Control Institucional
- **Órganos de Asesoramiento**
 - Oficina de Planeamiento Estratégico
 - Oficina de Salud de las Personas
- **Órganos de Apoyo**
 - Oficina de Administración
 - Unidad de Estadística e Informática
 - Unidad de Seguros
- **Órganos de Línea**
 - Microrredes de Salud
- **Órgano Desconcentrado**
 - Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca

FIGURA 1
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA DIRECCIÓN DE RED DE SALUD
SAN ROMÁN



Capacidad Operativa Institucional.- Los recursos necesarios o disponibles que usualmente intervienen en el proceso administrativo y en la prestación de servicios de salud en el ámbito de la Red de Salud San Román, se constituyen imprescindibles para el funcionamiento óptimo de los servicios de salud, estos recursos que intervienen son como: recursos humanos o capital humano, recursos financieros, infraestructura, equipamiento, materiales e insumos, etc. Y su utilización óptima y en forma racional nos permite lograr y cumplir con las metas y los objetivos propuestos, dentro de ello se consideran los tres grandes categorías presupuestales, tales como: Programas presupuestales, acciones centrales y las asignaciones que no resulten en producto.

Los recursos humanos como profesionales administrativos y asistenciales; técnicos administrativos y asistenciales se encuentran distribuidos en los 48 establecimientos de salud organizaciones en Redes y micro redes. Este elemento de recurso humano constituye el capital más valioso con que cuenta la Red, en el cual está provisto de gran potencial y creatividad para desarrollar a cabalidad las funciones asistenciales y administrativas, dirigidos a los usuarios de los servicios de salud que genera la mejora del nivel de la salud. (Plan Operativo Institucional 2015 de la Red San Román, 2015).

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 Definiciones sobre Presupuesto

Presupuesto Público.- Es un instrumento de gestión del Estado para el logro de resultados a favor de la población, a través de la prestación de servicios y logro de metas de cobertura con equidad, eficacia y eficiencia por las Entidades

Públicas. Establece los límites de gastos durante el año fiscal, por cada una de las Entidades del Sector Público y los ingresos que los financian, acorde con la disponibilidad de los Fondos Públicos, a fin de mantener el equilibrio fiscal.

Sistema Nacional de Presupuesto Público.- Es el conjunto de órganos, normas y procedimientos que conducen el proceso presupuestario de todas las entidades del Sector Público en todas sus fases; está integrado por la Dirección General del Presupuesto Público, dependiente del Viceministerio de Hacienda, y por las Unidades Ejecutoras a través de las oficinas o dependencias en las cuales se conducen los procesos relacionados con el Sistema, a nivel de todas las entidades y organismos del Sector Público que administran fondos públicos.

Programa Presupuestal.- Unidad de programación de las acciones del Estado que se realizan en cumplimiento de las funciones encomendadas a favor de la sociedad. Se justifica por la necesidad de lograr un resultado para una población objetivo, en concordancia con los objetivos estratégicos de la política de Estado formulados por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN), pudiendo involucrar a entidades de diferentes sectores y niveles de gobierno.

Crédito Presupuestario.- Dotación de recursos consignada en los Presupuestos del Sector Público, con el objeto de que las entidades públicas puedan ejecutar gasto público. Es de carácter limitativo y constituye la autorización máxima de gasto que toda entidad pública puede ejecutar,

conforme a las asignaciones individualizadas de gasto, que figuran en los presupuestos, para el cumplimiento de sus objetivos aprobados.

Gastos Públicos.- Son el conjunto de acciones que por concepto de gastos corrientes, gastos de capital y servicio de deuda, realizan las Entidades con cargo a los créditos presupuestarios respectivos, para ser orientados a la atención de la prestación de los servicios públicos y acciones desarrolladas de conformidad con las funciones y objetivos institucionales.

Portal de Transparencia Económica.- El Portal de Transparencia Económica es una plataforma informativa de acceso libre que permite a cualquier usuario disponer, en tiempo real, de la más completa información económica que haya podido centralizar el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), desde el Gobierno de Transición a la fecha.

Presupuesto por Resultados.- La Ley 28927, Ley del Presupuesto del Sector Público para los diferentes años fiscales, en su Capítulo IV, incorporan los elementos básicos para la implantación del Presupuesto por Resultados en el Perú (PPR), el Presupuesto por Resultados viene a ser una asignación de recursos para obtener productos medibles a favor de la población, en otras palabras es una estrategia de la gestión pública cuyo objetivo es contar con un estado capaz de proveer de manera eficaz, oportuna, eficiente y con criterios de equidad los bienes y servicios públicos que requiere la población, esta gestión pública es sometida a cambios de una manera directa por el Presupuesto público.

El Presupuesto Público es el principal instrumento de programación económica y financiera para el logro de las funciones del Estado de asignación, distribución y estabilización, el presupuesto público normalmente se ha visto como un instrumento cuya construcción y proceso de aprobación no pasa más allá de ser un proceso automático y que no representa lo que debería, es decir, un compromiso del Estado con los ciudadanos y sociedad en general sobre las políticas a implementar.

El Presupuesto por Resultados es una manera diferente de realizar el proceso de asignación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación del Presupuesto Público, es decir una manera diferente de realizar dicho proceso, teniendo en cuenta que en años pasados este proceso presupuestal se normó a través del Congreso la necesidad de girar el timón hacia un Presupuesto por Resultados a partir del siguiente periodo fiscal, cuya responsabilidad de implementación y coordinación con los sectores recayó en el Ministerio de Economía y Finanzas.

El interés de desarrollar el presente trabajo es realizar una investigación bibliográfica tratando de dar respuestas a interrogantes, conflictos o a situaciones nuevas o de necesidades de la realidad, también se trata de hacer un análisis crítico de la información bibliográfica que se pueda obtener para poder dar respuesta a los problemas actuales de la gerencia en salud.

SIGA (Sistema Integrado de Gestión Administrativa).- El SIGA (Sistema Integrado de Gestión Administrativa) es un sistema informático que simplifica los procesos administrativos siguiendo las normas establecidas por los Órganos Rectores de los Sistemas Administrativos del Estado.

El SIGA es una aplicación en la cual se ve plasmada toda la normatividad relacionada a las contrataciones y adquisiciones del estado, en cada una de las interfaces y opciones que tiene este sistema se puede apreciar todo el proceso logístico que va desde la generación de los pedidos, el proceso de selección y posteriormente se generan ya sean los contratos, las órdenes de compra o de servicio.

El SIGA es un sistema que trabaja mediante interfaces con el **SIAF**, el MEF (Ministerio de Economía y Finanzas) es quien proporciona esta plataforma a las unidades ejecutoras que cumplan ciertos requerimientos técnicos, luego de cumplir los requisitos esta implementación se hace de forma gratuita lo cual supone una gran ventaja para las unidades ejecutoras ya que un sistema similar en el sector privado tendría un alto costo para la unidad ejecutora. Cabe destacar que este sistema brinda diferentes tipos de acceso de acuerdo a las funciones que realiza cada usuario dentro de la entidad.

El SIGA ofrece las siguientes beneficios a las unidades ejecutoras:

- a) Permite una mejora en la calidad de ejecución (CN y PAAC)
Simplifica los procesos
- b) Aumenta la productividad
- c) Permite que toda la información este sistematizada
- d) Cumple con los Entes Rectores
- e) Mayor transparencia en los procesos de selección
- f) Mejor mecanización de los trabajos manuales que anteriormente fueron no realizables.
- g) Facilidad de manejo de procesos.

El SIGA se origina debido a que se buscaba la creación de un solo sistema integrado, es decir, se visionaba la integración de todos los sistemas administrativos con el fin de que estos sean complementados, luego de ello se desarrolló el Módulo Logístico y de Control Patrimonial con interface al SIAF, el cual garantizó una comunicación horizontal entre todos los sistemas para que puedan interactuar e intercambiar información. Este software informático se diseñó para, ordenar, simplificar y hacer cumplir la normativa del estado.

Su importancia radica en la mejora de la eficiencia de la Gestión Pública de los Procesos de Abastecimiento y Control Patrimonial. El Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA) es un Sistema de Registro Único que permite realizar funciones específicas como la Programación del Cuadro de Necesidades de Bienes y Servicios (CN) y, del Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones (PAAC).

¿Qué sucedió en la gestión pública luego de la implementación del SIGA? Pues se logró el objetivo de coordinar las áreas, así como también se consiguió dar luz al código único de los Catálogo de Bienes y Servicios, se manifestó una contabilidad oportuna, además se logró obtener un cuadro de necesidades.

Es importante señalar que el Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA) tiene relación con otros Sistemas del Estado Peruano, como SIAF, SIMI, SEACE a través de la interface, el cual es un elemento de conexión que facilita el intercambio, entre los módulos presupuestales.

SIAF (Sistema Integrado de Administración Financiera).- Se trata de un sistema asociado a la ejecución presupuestal del Estado que pretende mejorar la gestión de las finanzas públicas a través el registro único de las operaciones

de ingresos y gastos de las Unidades Ejecutoras (destinatarios de una porción del Presupuesto Público, integrante de un Pliego y éste, a su vez, de un Sector del Estado) permitiendo la integración de los procesos presupuestarios, contables y de tesorería. El registro de las operaciones de ingresos y gastos del Estado constituye una gran base de datos que se ubica en el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) Estos le son transmitidos para su verificación y aprobación. Además, sustituyen y complementan los diversos registros y reporte de la Dirección Nacional de Presupuesto Público (DNPP), la Dirección General de Tesoro Público (DGTP) y Dirección Nacional de Contabilidad Pública, estos conductos regulares son de responsabilidad de los agentes administrativos que conllevan la parte del gestión y los colaboradores del sistema.

Principios del Sistema Presupuestal.- Planificación. Debe existir Concordancia entre el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Nacional de Inversiones, el Plan Financiero y el Plan Operativo Anual de Inversiones, a corto, mediano y largo plazo. Se deben coordinar los diversos presupuestos descentralizados, nacionales y departamentales, con el plan nacional de desarrollo.

Anualidad. El año fiscal comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre de cada año. Al cabo de la culminación del período, los rubros no comprometidos caducan y pasan a conformar los recursos del balance, siendo susceptibles de comprometerse para la vigencia siguiente.

Universalidad. El presupuesto contendrá la totalidad de los gastos públicos para una determinada vigencia.

Unidad de caja. Con los ingresos totales se atenderá el pago de todos los gastos. Los municipios deberán abrir cuentas especiales para los recursos provenientes de la nación, así como los de regalías y los destinados a servicios de salud, provenientes de juegos de azar.

Programación integral. Todo programa presupuestal deberá contemplar simultáneamente los gastos de inversión y de funcionamiento que las exigencias técnicas y administrativas demanden como necesarias para su ejecución y operación.

Especialización. Las apropiaciones deben referirse a cada órgano de la administración, a su objeto y funciones, y se ejecutarán estrictamente conforme al fin para el cual fueron programadas.

Inembargabilidad. Las rentas generales de la Nación y los bienes y derechos de los órganos que la conforman son inembargables.

Coherencia macroeconómica. El presupuesto debe ser compatible con las metas macroeconómicas fijadas por el gobierno y el Banco de la República.

Homeóstasis Presupuestal. El crecimiento del presupuesto deberá guardar congruencia con el crecimiento de la economía, de tal manera que no genere

desequilibrio macroeconómico, de acuerdo a los tratadistas de la rama económica.

Procedimientos o Etapas del Presupuesto.- Establecer las normas institucionales que reglen los procesos y procedimientos del sistema de gestión presupuestaria de conformidad con las normas vigentes, determinando las responsabilidades de las diferentes Unidades Orgánicas que manejan el presupuesto, como las Unidades Ejecutoras.

A).- Responsables de la Conducción de los Procesos Presupuestarios.

La mas alta autoridad administrativa y ejecutiva de la institución, el titular del pliego, es el presidente ejecutivo, responsable de la gestión presupuestaria (pudiendo tratarse de Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, serán los Alcaldes y Presidentes Regionales); estando por tanto encargado de emitir las pautas y lineamientos para la programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación del presupuesto institucional.

B).- Programación Presupuestaria.

En esta fase de la programación del presupuesto, se realizan las diferentes actividades tales como: determinación de la escala de prioridades de los objetivos institucionales del año fiscal, determinación de las metas presupuestales a conseguir, compatibles con los objetivos estratégicos Regionales y locales, determinación de la demanda global de gastos, desarrollo de estimación de los ingresos de la institución, evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos institucionales previstos, estimar los gastos que

conlleven las actividades y su forma de financiamiento y por último proponer los indicadores de desempeño a nivel de las programas y los indicadores a nivel de las actividades.

C).- Formulación del Presupuesto.

La fase de la formulación del presupuesto se base en la definición de la estructura orgánica funcional programática del presupuesto institucional, consistente con los objetivos institucionales, a partir de la selección de las categorías presupuestales(funciones, programas, subprogramas, actividades y proyectos); contenidos en el clasificador funcional programático.

Una vez diseñada la estructura funcional programática se procede a establecer las cadenas de gastos y asignar los créditos presupuestarios por las fuentes de financiamiento que correspondan, a partir de las actividades y proyectos, teniendo en cuenta las metas presupuestarias contenidas en dichas categorías presupuestales, y las cadenas de gasto son: la categoría del gasto, el grupo genérico del gasto y específica.

D).- Aprobación del Presupuesto.

Para el caso de las instituciones públicas es de responsabilidad del directorio o la máxima autoridad administrativa, mediante una resolución, el presupuesto institucional de apertura, con el PIA de ingresos y el PIA de egresos y los formatos establecidos en las normas vigentes.

El presupuesto y los formatos respectivos deberán remitirse a la Dirección Nacional del Presupuesto Público DNPP, el Congreso de la República mediante una comisión del presupuesto.

E).- Ejecución del Presupuesto.

La ejecución de los gastos se enmarca dentro de la estructura funcional programática aprobada en el presupuesto institucional y se supedita a los créditos presupuestarios máximos aprobados, así como a la disponibilidad efectiva de los fondos públicos que recauda, capta u obtiene el proyecto. La incorporación o supresión de actividades y proyectos se efectúa a través de las modificaciones presupuestales en el nivel institucional o en el nivel funcional programático.

El calendario de compromisos, constituye la autorización para la ejecución de los créditos presupuestarios, en función del cual se establece el monto máximo para comprometer gastos a ser devengados, con sujeción a la percepción efectiva de los ingresos que constituyen su financiamiento.

F).- Evaluación Presupuestaria.

La evaluación del presupuesto institucional, se desarrolla a nivel financiero y de metas ejecutadas, identificando los logros obtenidos, los problemas presentados, así como las sugerencias de medidas correctivas para la mejora de la gestión presupuestaria.

La evaluación del presupuesto institucional se efectúa en períodos semestrales y anuales, sobre la base de una información del presupuesto institucional de apertura PIA y del presupuesto institucional modificado PIM y la ejecución del presupuesto, donde se expresa o refleja los hechos mas relevantes que hayan incidido en los resultados alcanzados a nivel del cumplimiento de las metas presupuestales. (Gamero, 2009).

2.3.2 Definición de Desnutrición

El término desnutrición hace referencia a un estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de nutrientes. De acuerdo a la gravedad del cuadro, dicha enfermedad puede ser dividida en primer, segundo y hasta tercer grado.

En ocasiones, el trastorno puede ser leve y presentarse, sin síntomas, por una dieta inadecuada o mal balanceada. Sin embargo, hay otros casos más graves, en los que las consecuencias pueden llegar a ser irreversibles (aunque la persona continúe con vida), ocasionados por trastornos digestivos y problemas de absorción.

La fatiga, los mareos, los desmayos, la ausencia de menstruación, el crecimiento deficiente en los niños, la pérdida de peso y la disminución de la respuesta inmune del organismo son algunos de los síntomas que pueden llegar a alertar sobre un posible cuadro de desnutrición.

Por lo general, esta afección vinculada a la nutrición se puede corregir con la reposición de los nutrientes que faltan y, si está ocasionado por un problema específico del organismo, con un tratamiento adecuado que contrarreste la deficiencia nutricional. Si no se detecta a tiempo o no se recibe la atención médica necesaria, la desnutrición puede llegar a ocasionar discapacidad, tanto mental como física, enfermedades y hasta incluso puede resultar mortal.

La desnutrición es, según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños en países en vía de desarrollo. Por eso, prevenir esta enfermedad se ha convertido en una prioridad para la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los síntomas pueden variar de acuerdo a lo que causa la desnutrición, pero se

pueden mencionar síntomas generales como fatiga, mareo y pérdida de peso.

Se puede detectar mediante valoraciones nutricionales y análisis de sangre.

En los niños con desnutrición se puede observar que no crecen, están tristes, no juegan, no quieren comer, lloran con facilidad, y se enferman muy fácilmente. En medicina se puede detectar la malnutrición o la desnutrición midiendo la talla y el peso y comparando estos con tablas de crecimiento, verificando si hay un desvío de los valores normales de talla y peso para la edad dada del niño.

En niños y niñas en la primera infancia (hasta 5 años) existe el nuevo patrón de crecimiento infantil a nivel mundial, desarrollado por la OMS. Los niños que siguen el desarrollo normal en este patrón tienen un crecimiento sano para esa edad, y este está más relacionado con una adecuada nutrición.

La diferencia entre esta y la malnutrición es que en la desnutrición existe una deficiencia en la ingesta de calorías y proteínas, mientras que en la malnutrición existe una deficiencia, exceso o desbalance en la ingesta de uno o varios nutrientes que el cuerpo necesita (ejemplo: vitaminas, hierro, yodo, calorías, entre otros).

En menores un cuadro clínico de desnutrición puede terminar en Kwashiorkor que se da por insuficiencia proteica en la dieta o Marasmo que trae como resultado flaqueza exagerada a falta de un déficit calórico total en la dieta.

En los niños la desnutrición puede comenzar incluso en el vientre materno. Las consecuencias de la desnutrición infantil son:

Niños de baja estatura, pálidos, delgados, muy enfermizos y débiles, que tienen problemas de aprendizaje y desarrollo intelectual. Mayores posibilidades de ser

obesos de adultos. Las madres desnutridas dan a luz niños desnutridos o descalcificación tienen más dificultades en el parto con niños de bajo peso. (Manual de indicadores hospitalarios, 2001).

2.3.3 Síntomas de la Desnutrición

Los síntomas pueden variar de acuerdo a lo que causa la desnutrición, pero se pueden mencionar síntomas generales como fatiga, mareo y pérdida de peso. Se puede detectar mediante valoraciones nutricionales y análisis de sangre.

En los niños con desnutrición se puede observar que no crecen, están tristes, no juegan, no quieren comer, lloran con facilidad, y se enferman muy fácilmente. En medicina se puede detectar la malnutrición o la desnutrición midiendo la talla y el peso y comparando estos con tablas de crecimiento, verificando si hay un desvío de los valores normales de talla y peso para la edad dada del niño.

En niños y niñas en la primera infancia (hasta 5 años) existe el nuevo patrón de crecimiento infantil a nivel mundial, desarrollado por la OMS. Los niños que siguen el desarrollo normal en este patrón tienen un crecimiento sano para esa edad, y este está más relacionado con una adecuada nutrición. (Manual de indicadores Hospitalarios, 2001).

2.3.4 Desnutrición Crónica

La desnutrición crónica en infantes, niños y adolescentes, es el retraso del crecimiento esperado para una edad dada y reflejado en el peso y la talla del menor. En este retraso en niños o adolescentes en fase de crecimiento, el cuerpo retrasa su crecimiento ante la falta de nutrientes provocándole falencias

que lo afectaran en el futuro. Esta desnutrición puede ser moderada o severa de acuerdo a la talla y peso.

Como resultado la desnutrición crónica y anemia en menores de 0 a 3 años producen deterioros en la capacidad física, intelectual, emocional y social de los niños, también riesgos de contraer enfermedades por infección y de muerte. El deterioro que produce genera dificultad de aprendizaje escolar, y detiene el acceso del niño a una educación superior. De adulto trae limitaciones físicas e intelectuales, obteniendo así dificultades de inserción laboral.

Este tipo de desnutrición está muy ligado a la pobreza, y en condiciones socioeconómicas muy desiguales la desnutrición crónica es mayor. Esto es, cuanto más concentrada esta la riqueza en las clases ricas más concentrada esta la desnutrición crónica en los hogares pobres.

La desnutrición crónica también es un indicador socioeconómico. De acuerdo a el mapa interactivo del periodo 2006-2008 de la FAO sobre la desnutrición en el mundo, las regiones más afectadas en mayor o menor medida por este flagelos son: Latinoamérica, África menos Sudáfrica, Medio Oriente, Asia con excepción de Japón y Rusia, y Países de Oceanía menos Australia y Nueva Zelanda.

2.3.5 Concepto de Mortalidad Materna

La mortalidad materna o muerte materna o de mujeres gestantes es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo. La muerte materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza: el que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso al control como de atención a la salud; de hecho es el más dramático de una serie de

eventos que revelan la falta de acciones para atender la situación de atraso, marginación y rezago en la que vive un sector de las mujeres mexicanas; así como las personas que conviven con ellas, del personal de salud y autoridades gubernamentales. Por otro lado, da cuenta de una serie de relaciones económicas, sociales y culturales que ubican a la mujer en una franca desventaja.

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas.

(Manual de Indicadores Hospitalarios, 2001).

2.3.6 Redes de Salud

Se conceptúan como la integración de un conjunto de establecimientos y servicios de salud de diferentes niveles de complejidad, capacidad de resolución, y costos de operación, interrelacionados por una red vial geográfica y por corredores sociales de accesibilidad, todos ellos están articulados funcional y administrativamente para garantizar la provisión de atención integral de salud a la población jurisdiccional, dentro de un ámbito local o Regional.

2.3.7 Atención Integral de Salud

Son las diferentes políticas de salud de otras realidades como la nuestra y las organizaciones internacionales como: OMS y OPS, han propuesto alternativas de solución a esquemas tradicionales, mediante la estrategia de la atención primaria de salud conllevando la atención integral de salud, que considera al ser humano en su plenitud y dentro de su contexto personal individual, familiar, comuna y ambiental, mediante la prevención, recuperación y rehabilitación.

Se considera a la atención integral de salud como la atención centrada en las personas en sus aspectos físicos, mental y social, identificando sus riesgos, para proteger su salud, de su familia y de la comunidad, mediante la oferta del paquete de servicios básicos dentro y fuera del establecimiento compartiendo responsabilidades con las diferentes organizaciones de la comunidad.

Condiciones Básicas para Implementar Servicios de Atención Integral de

Salud.- Se requiere que la atención de salud:

- Sea dirigida a las personas en integridad biopsicosocial y no solo en el motivo *de la consulta*.
- Que sea oportuna para ofrecer el paquete de servicios no solo al paciente sino también al acompañante.
- Que tenga mayor cantidad y calidad de servicios mediante el paquete de servicios básicos al niño, adolescente, adulto y mujer.
- Tenga competencia técnica y buenas relaciones del personal de la salud con los pacientes.

- Disponibilidad de insumos y equipos, accesibilidad, seguimiento, ambiente adecuado e información.
 - Que la atención de salud sea dentro y fuera del establecimiento de salud.
- (León, 2006).

2.3.8 Paquetes de Servicios Básicos de Salud

Es considerado como básico porque es lo imprescindible que debe ofrecer el establecimiento de salud, independientemente de la condición social y económica del paciente, ofrecidos en las oportunidades de contacto con el paciente y su acompañante tanto como dentro y fuera del establecimiento.

Básicos del Niño.- Como son: Control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, salud oral, detección de sintomáticos respiratorios y tuberculosis, manejo adecuado de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, prevención y atención del maltrato infantil, asegurar un sistema de referencia y contra referencia.

Básicos de Adultos y Adolescentes.- Como son: Salud bucal, detección de sintomáticos respiratorios, manejo adecuado de la tuberculosis, detección y manejo adecuado de enfermedades de transmisión sexual y del SIDA, información y orientación sobre sexualidad, información y consejería sobre planificación familiar, detección, vigilancia y manejo adecuado de casos y contactos de enfermedades de importancia epidemiológica como malaria, peste, leishmaniasis, prevención y manejo de alcoholismo, drogadicción y enfermedades crónicas como hipertensión, arterial, diabetes, información,

orientación y prevención de enfermedades comunes de la tercera edad como osteoporosis, glaucoma, asegurar un sistema de referencia y contra referencia.

Básicos Específicos de la Mujer.- Tales como: manejo adecuado de las infecciones ginecológicas, detección precoz con examen Papanicolaou y referencia de pacientes con cáncer al cuello uterino, instrucción en la técnica del auto examen de mamas, detección temprana y referencia de pacientes con cáncer de mama, detección temprana del embarazo y orientación para un embarazo sano, vacunación a toda mujer en edad fértil (15 – 49 años); por lo menos 03 dosis de vacuna antitetánica, asegurar un adecuado sistema de referencia y contra referencia.

Básicos Específicos de la Gestante y del Recién Nacido.- Como son: Atención prenatal, información y orientación a toda gestante y su familia sobre los signos y síntomas que sugieren orientaciones obstétricas, así como la conducta a seguir, atención del parto en condiciones de limpieza y seguridad por personal de salud entrenado dentro y fuera del establecimiento, asegurar un adecuado sistema de referencia y contra referencia, atención del recién nacido normal y maniobras básicas de resucitación en casos de hipoxia.

Luego de esta primera experiencia de aplicación de modelos de atención integral, se considera la estrategia para integrar los extremos de la vida y la fase funcional del embarazo en el grupo etario que corresponde:

- a).- Grupo etario del niño incluye de 0 a 9 años de edad.
- b).- Grupo etario del adolescente abarca de 10 a 19 años de edad.

(León, 2006).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 MATERIALES E INSTRUMENTOS

Para el presente estudio de investigación, se recurrirá a los diferentes documentos que se tiene en la institución, tales como: Plan estratégico de la institución, planes operativos de los años en estudio, formulación de los presupuestos por cada año en estudio, evaluaciones físicas metas y financieras de diferentes años en estudio, el banco de datos de la oficina de Estadística e Informática y los datos que existen en el ASIS (Análisis Situacional de Indicadores de Salud); que se tiene cada 02 años.

La información que se tiene en los diferentes documentaciones a ser utilizados es mediante los instrumentos técnicos tales como: el HIS, SIS, los módulos de SIGA y MP del presupuesto, los que usualmente se vienen manejándose por autorización del MEF, MINSA y el pliego del Gobierno Regional.

Es mas los datos se han recolectado mediante algunas entrevistas realizados a los diferentes trabajadores del sector salud, principalmente a aquellos que vienen laborando en periferia.

3.2 VARIABLES E INDICADORES

Para la identificación de las variables así como sus dimensiones e indicadores, se hace necesario diseñar una tabla de operación de variables, con la cual se pueden ver de forma clara y precisa los métodos, técnicas e instrumentos que se necesitarán para la ejecución del trabajo de investigación, ello en concordancia con el diseño metodológico.

3.2.1 Operacionalización de Variables

CUADRO 1
DEFINICIÓN DE LOS VARIABLES, DIMENSIONES, INDICADORES, MÉTODOS Y TÉCNICAS

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	MÉTODO	TÉCNICA	INSTRUMENTO
1.- Variable Independiente La deficiente ejecución del Presupuesto por Resultados en la RED de salud San Román.	La ejecución del Presupuesto por Resultados no está aplicada en forma eficiente en la RED de salud San Román.	Falta de permanencia del personal encargado en la ejecución del Presupuesto por Resultado en la RED de salud San Román.	Analítico	Documental	Ficha Documental
		Falta de capacitación en el manejo del Presupuesto por Resultados en la RED de salud San Román.	Analítico	Documental	Ficha Documental
		Falta de racionalización del Presupuesto por Resultados en la RED de salud San Román.	Analítico - Sistémico	Documental	Ficha Documental
		Falta de buena programación del Presupuesto por Resultados en la RED de salud San Román.	Comparativo	Documental	Ficha Documental
2.- Variable Dependiente No se desarrolla la gestión orientada a resultados en la	La gestión orientada a resultados no contempla un desarrollo en la RED de salud San Román.	No se amplió la cobertura del servicio de Salud significativamente en la RED de salud San Román.	Analítico	Documental	Ficha Documental

RED de salud San Román.		Los indicadores de salud tales como mortalidad materna, desnutrición y otros siguen siendo altos.	Analítico-Comparativo	Documental	Ficha Documental
No se fortalece la eficacia del gasto público en la RED de salud	La eficacia del gasto público no se ve fortalecida en la RED de salud San Román.	El gasto público no es racionalizado debidamente en la RED de salud San Román.	Analítico	Documental	Ficha Documental

3.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y METODOLÓGICO

El presente trabajo de investigación para tener carácter científico se basa en las teorías que definen a la investigación científica “La investigación científica es sistemática, controlada, empírica y crítica” (Quiroz Salazar, 1998); naciendo de ella el diseño de la investigación.

Algunos autores definen tres tipos de diseño de la investigación, siendo las mismas, las siguientes:

- a.- Exploratoria
- b.- Descriptiva
- c.- Explicativa

Jacqueline Hurtado incluso identifica 10 tipos de investigación, siendo las mismas como: Exploratoria, Descriptiva, Comparativa, Analítica, Explicativa, Predictiva, Proyectiva, Interactiva, Confirmatoria y Evaluativa.

Por la naturaleza de las variables de estudio y sus indicadores, el presente trabajo de investigación se realiza de acuerdo a los siguientes tipos de diseño metodológico:

Descriptiva.- Este tipo de investigación busca describir de modo sistemático las características y hechos ocurridos en la implementación del presupuesto por resultados en la Red de salud de San Román en un período de 07 años de experimento, hasta conocer, determinar y definir lo planteado en los objetivos mediante la descripción exacta, para ello se recurrirá a toda la documentación existente en las oficinas correspondientes y así mismo se recurrirá a las bibliografías que se tiene relacionado al tema de la investigación.

Comparativa.- Los estudios de tipo comparativo, nos sirven para realizar una comparación científica de los objetivos e indicadores del tema de la investigación con respecto a nivel Regional y Nacional, teniendo en cuenta la implementación del presupuesto por resultados su finalidad básica es para solucionar problemas sanitarias de la población, entonces se trata de comparar como es que los indicadores de salud de la Red de salud San Román vienen disminuyendo o aumentando en comparación del resto de las Unidades Ejecutoras y a nivel nacional.

Analítica.- Este tipo de investigación corresponde al conocimiento complejo de lo estudiado, realizando un análisis de los factores de origen, sus relaciones entre sí, de forma interna y externa, el comportamiento de las variables independientes y dependientes de la investigación, a fin de tener mayor consistencia del trabajo de investigación, en este caso la forma cómo ha impactado la implementación de la política del gobierno relacionado al presupuesto por resultados en la Red de salud de San Román, lo que es justo analizar para tomar decisiones a nivel de gestión gubernamental.

3.4 ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito del estudio de investigación será a nivel de toda la jurisdicción de la Red de Salud de San Román, los 47 establecimientos de salud donde se viene implementándose el programa presupuesto por resultados, los que se encuentran en los 4 distritos de la provincia de San Román(Juliaca, Caracoto, Cabana y Cabanillas); 02 distritos de la Provincia de Huancané(Taraco y Pusi); 02 distritos de la Provincia de Azángaro(Samán y Achaya); y 03 distritos de la provincia de Lampa(Calapuja, Nicasio y Laro).

La población a ser estudiado será el 100% de los establecimientos de salud que representa los 47 establecimientos de salud de toda la jurisdicción de las Red de San Román, desde los establecimientos de salud de nivel I-1, I-2, I-3 hasta el nivel I-4. donde se realiza la ejecución del presupuesto y como también se realiza las diferentes actividades de salud.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a los hipótesis planeado en el presente estudio de investigación, empezamos a analizar los diferentes factores que intervienen en materia del estudio por lo que la política implementada mediante el Gobierno sobre presupuesto por resultados no tuvo un impacto tal como se esperaba de acuerdo a sus propósitos y finalidades de la política en mención. En tal sentido analizamos los siguientes factores.

4.2 ANÁLISIS DEL MANEJO DEL PRESUPUESTO POR EFECTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS

La implementación del presupuesto por Resultados en la Red de salud San Román fue con mayor contundencia a partir del año 2009, razón por la cual el estudio de análisis se ha realizado a partir de dicha fecha hasta el año 2015,

los datos fueron obtenidos mediante el Cubo y el programa MPP-MEF y SIGA de la institución.

4.2.1 Presupuesto Institucional de Apertura (PIA); con y sin Programas Presupuestales

Cuando hablamos del presupuesto institucional de apertura (PIA); estamos refiriendo al presupuesto que autoriza a principios de cada año por el Ministerio de Economía y Finanzas, para que puedan ejecutarse por la Unidad Ejecutora 403 Salud San Román, el mismo que es ejecutado por dos grandes acciones uno con Programas presupuestales y otro sin programas presupuestales (Acciones Centrales y Asignaciones que no Resulten en Producto).

De acuerdo al Cuadro 2, podemos analizar que el presupuesto por toda fuente de financiamiento (Recursos Ordinarios R.O., Recursos directamente Recaudados R.D.R. y Donaciones y Transferencias SIS); fueron incrementándose año en año por la implementación del Programa Presupuesto por Resultados PpR. Al principio los presupuestos de apertura (PIA) más se destinaban a la categoría de presupuesto sin programas donde están las acciones centrales y asignaciones que no resulten en producto, y mientras que en programas presupuestales o con programas fueron incrementándose año en año, por ejemplo en el año 2009 para los programas presupuestales solo llegaba del MEF el monto de s/. 2,436,707 nuevos soles sin embargo ya en el año de 2015 fue de 20,485,004 nuevos soles a nivel de apertura de acuerdo a lo que se ve en cuadro siguiente. Lo que nos muestra que la asignación presupuestal a los programas presupuestales de parte del MEF fueron bastante elástico, dentro de ello se consideran los programas más significativos, tales

como: el Programa presupuestal de Articulado Nutricional y el Programa presupuestal de Materno Neonatal, ambos programas ocupando cerca del 80 % del presupuesto total asignado a nivel de la Red de salud San Román.

CUADRO 2

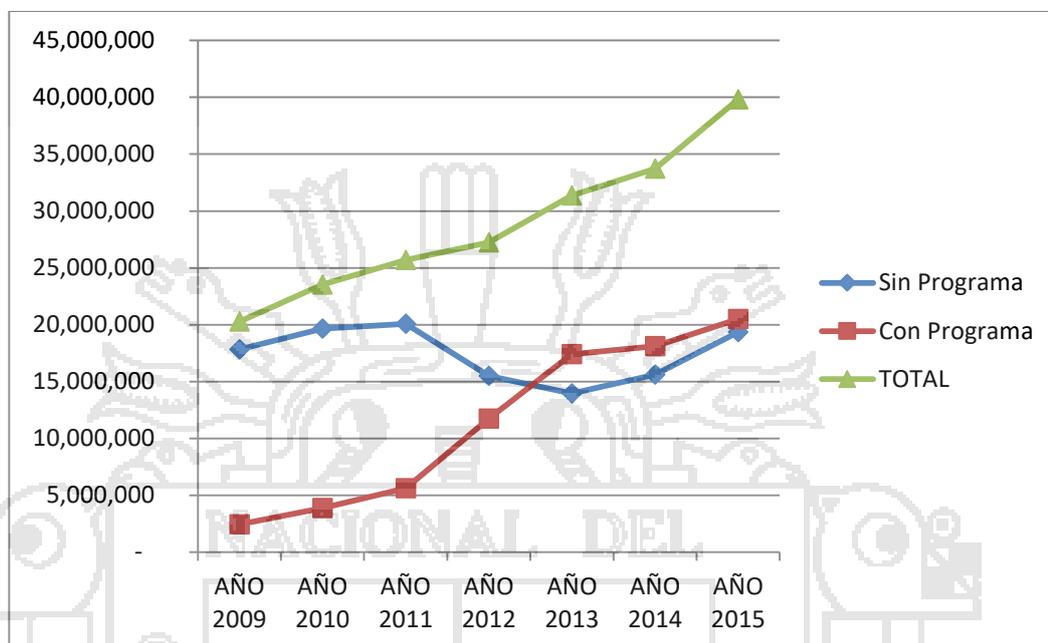
ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA (PIA) CON Y SIN PROGRAMA DE LA RED DE SALUD SAN ROMÁN AÑOS 2009 – 2015.

AÑOS	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015
Sin Programa	17,845,166	19,652,641	20,084,936	15,506,947	13,967,501	15,602,399	19,342,984
Con Programa	2,436,707	3,873,435	5,620,515	11,741,037	17,398,950	18,115,534	20,485,004
TOTAL	20,281,873	23,526,076	25,705,451	27,247,984	31,366,451	33,717,933	39,827,988

Fuente: Datos del módulo del presupuesto público- MEF.

Mayor ilustración se nota en la figura 2, donde el comportamiento de la asignación del presupuesto a nivel de presupuesto de apertura (PIA); es bastante ascendente fundamentalmente en los programas presupuestales en comparación con la asignación de presupuestos para las acciones sin programa.

FIGURA 2
COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO DE APERTURA CON Y SIN PROGRAMAS DE LA RED SAN ROMÁN, AÑOS 2009 – 2015.



Fuente: Cuadro 2.

4.2.2 Presupuesto Institucional Modificado (PIM); con y sin Programas Presupuestales

Cuando hablamos del presupuesto modificado estamos refiriendonos al presupuesto inicial que es aprobado a principio del año, con el correr del tiempo en los meses posteriores del año se van incrementándose mediante la autorización del Ministerio de economía y Finanzas con la finalidad de cumplir mejor los objetivos y finalidades de los programas presupuestales y otras categorías del presupuesto.

Si analizamos la asignación del presupuesto por toda fuente de financiamiento a nivel del presupuesto modificado que se realiza en el transcurso del año, con mayor claridad se nota cómo se dá el aumento del presupuesto asignado año

en año, básicamente para las acciones con Programa y no así en las acciones de sin programas que mantiene su comportamiento estándar en los diferentes años en estudio. Así por ejemplo vemos a acciones con programas su comportamiento es totalmente ascendente año en año, tales que el año 2009 el PIM fue de 3,071,897 nuevos soles y el resto de los 07 años de estudio fue duplicándose hasta que en el año de 2015 el monto aprobado fue de s/. 28,334,822. Ver el cuadro 3.

CUADRO 3
ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM) CON Y SIN PROGRAMA DE LA RED DE SALUD SAN ROMÁN AÑOS 2009 - 2015

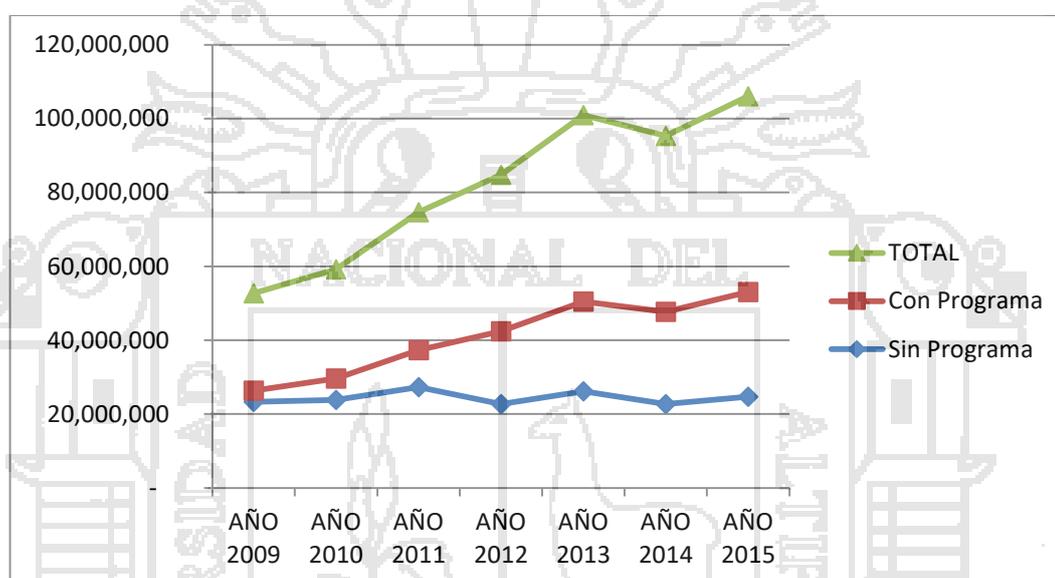
AÑOS	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015
Sin Programa	23,269,544	23,859,221	27,272,917	22,667,852	26,121,875	22,670,337	24,677,491
Con Programa	3,071,897	5,740,822	10,057,802	19,725,760	24,374,558	24,983,321	28,334,822
TOTAL	26,341,441	29,600,043	37,330,719	42,393,612	50,496,433	47,653,658	53,012,313

Fuente: Datos del módulo del presupuesto público - MEF.

El cuadro 3 y la figura 3, nos permite analizar con mayor claridad el comportamiento del presupuesto, por ejemplo el comportamiento del presupuesto modificado destinado para sin programas desde el año de 2009 hasta el año de 2015 no tiene una variación ascendente manteniéndose bastante similar en los diferentes años de estudio, sin embargo el comportamiento del presupuesto modificado con programas estratégicos tuvo una ascendencia de año en año a partir desde el año 2009 hasta el año 2015,

eso implica que sí efectivamente el presupuesto por resultados cada año a incrementado en la Red de salud San Román.

FIGURA 3
COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO CON Y SIN PROGRAMA DE LA RED DE SALUD SAN ROMÁN AÑOS 2009 – 2015.



Fuente: Cuadro 3.

4.2.3 Asignación del Presupuesto Modificado por Genérica de Gasto en las Acciones sin Programa

En el presente párrafo se realiza el análisis del presupuesto modificado (PIM); respecto a la asignación presupuestal por genérica de gasto en las actividades que no corresponden a programas. Donde la asignación del presupuesto en gran porcentaje fue para la genérica de personal y obligaciones sociales, seguido de Bienes y Servicios y en menor porcentaje se ha destinado para la adquisición de activos fijos.

Cuando hablamos la genérica de personal obligaciones, estamos refiriendo las remuneraciones del personal asistencial y administrativo de la Red de salud San Román, y cuando se refiere a la genérica de Bienes y Servicios son presupuestos que destinan para la compra de los insumos médicos y no médicos y materiales fungibles de la institución y por último los bienes de capital se refiere a la compra de equipos médicos y equipos de computación.

CUADRO 4

PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO (PIM) POR GENÉRICA DE GASTO, SIN PROGRAMAS DE LA RED SALUD SAN ROMÁN AÑOS 2009 – 2015.

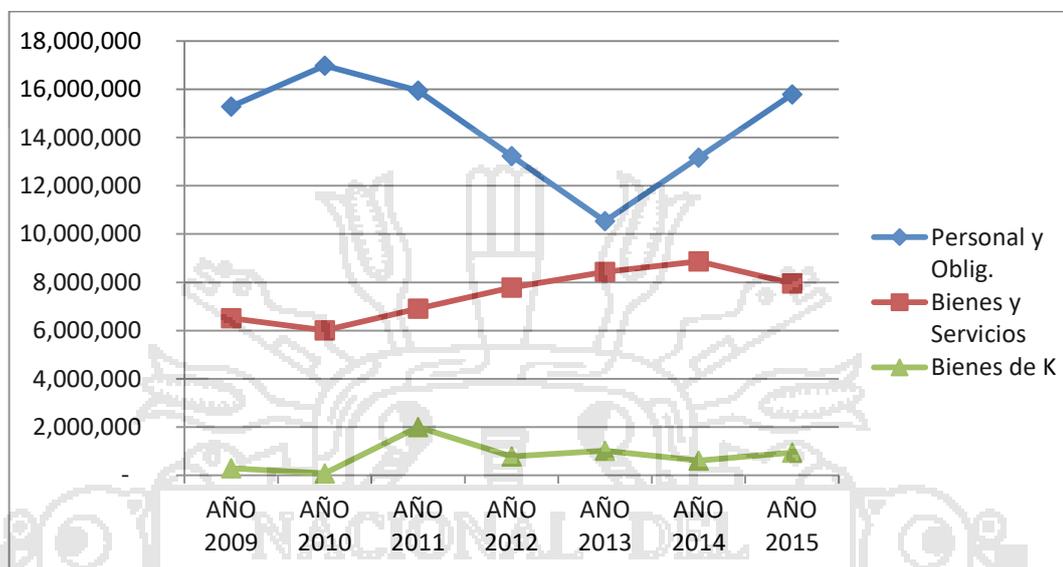
AÑOS	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015
Personal y Obligaciones.	15.290.621	16.984.119	15.941.683	13.237.386	10.529.852	13.165.794	15.789.383
Bienes y Servicios	6.505.374	6.011.270	6.907.284	7.784.520	8.433.486	8.870.108	7.949.566
Bienes de Capital	293.419	74.123	1.992.529	778.760	1.025.724	614.590	938.542
TOTAL	22.089.414	23.069.512	24.841.496	21.800.666	19.989.062	22.650.492	24.677.491

Fuente: Datos del módulo del presupuesto público - MEF.

La ilustración del cuadro que antecede se da en la figura 4, donde con mucha claridad se nota que el gasto del presupuesto se da con mayor porcentaje en la genérica de gasto de personal y obligaciones sociales, y en menor porcentajes en las otras genéricas de gasto.

FIGURA 4

COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO MODIFICADO POR GENÉRICA DE GASTO, SIN PROGRAMA DE LA RED SAN ROMÁN AÑOS 2009 – 2015



Fuente: Cuadro 4.

4.2.4 Asignación del Presupuesto Modificado por Genérica de Gasto en las Acciones con Programas

Cuando hablamos de La asignación del presupuesto a nivel de modificado(PIM); el comportamiento es similar a de las sin programas, el destino del presupuesto fue siempre en gran porcentaje para la genérica de personal y obligaciones, dicho monto fue de s/. 2,201,875 nuevos soles en el año 2009 y luego con el correr del tiempo ya en el año de 2015 el monto para personal y obligaciones fue de s/. 17,710.893 nuevos soles , las asignaciones a la genérica de bienes y servicios también fue ascendente año en año, solo en Bienes de Kapital fue constante. Ver cuadro 5.

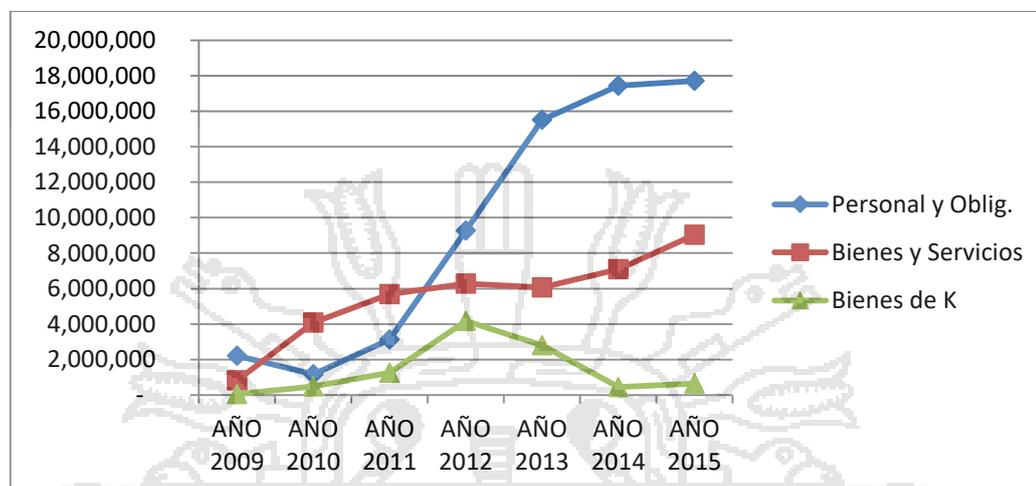
CUADRO 5
ASIGNACIÓN DEL PRESUPUESTO MODIFICADO POR GENÉRICA DE
GASTO, CON PROGRAMAS DE LA RED DE SALUD SAN ROMAN AÑOS
2009 – 2015.

AÑOS	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015
Personal y Obligaciones.	2.201.875	1.169.823	3.130.100	9.263.835	15.512.535	17.452.572	17.710.893
Bienes y Servicios	813.670	4.084.741	5.681.349	6.282.641	6.062.890	7.082.368	9.028.007
Bienes de Capital	56.352	486.258	1.246.353	4.179.284	2.799.133	448.381	634.327
TOTAL	3.071.897	5.740.822	10.057.802	19.725.760	24.374.558	24.983.321	27.373.227

Fuente: Datos del módulo del presupuesto público - MEF.

De acuerdo a la figura 5 podemos decir que el comportamiento del presupuesto modificado en cuanto se refiere al manejo de los programas estratégicos, como cada año se incrementaba, entonces lógico que los gastos se incrementaron año en año principalmente para el pago de las remuneraciones por aumento de los trabajadores vía contratos CAS y así mismo los gastos se aumentaron para la compra de bienes y servicios dentro de ello para medicamentos y material médico, sin embargo muy poco fue destinado para la compra de equipos médicos.

FIGURA 5
COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO MODIFICADO POR GENÉRICA DE GASTO, CON PROGRAMAS DE LA RED SAN ROMÁN AÑOS 2009 – 2015



Fuente: Cuadro 5.

4.2.5 Presupuesto por Programas Presupuestales

De acuerdo al cuadro 6, el presupuesto institucional se distribuye en los programas presupuestales, donde se observa que cada año se viene ampliándose el presupuesto para los diferentes programas estratégicos, donde también se nota que los dos grandes programas como el Articulado Nutricional y el Materno Neonatal ocupan el 75.03 % (año 2015); por lo que es materia de estudio.

Por ejemplo el programa de articulado nutricional a principios del año 2009 solo se le asignaba s/.499,043.00 pero con el correr del tiempo se ha cuadruplicado su asignación presupuestal (s/. 4,075,707 en el año 2015); muy similar fue la asignación del presupuesto para el programa de materno neonatal, sin embargo el resto de programas presupuestales no fueron tan significativas.

Cabe resaltar también que en el año 2009 solamente el presupuesto por resultados a empezado con dos programas de articulado nutricional y materno neonatal, luego ya con el correr del tiempo los progrmas se incrementaron hasta que en el año de 2015 tenemos 09 progrmas estratégicos cada uno con presupuesto respectivo.

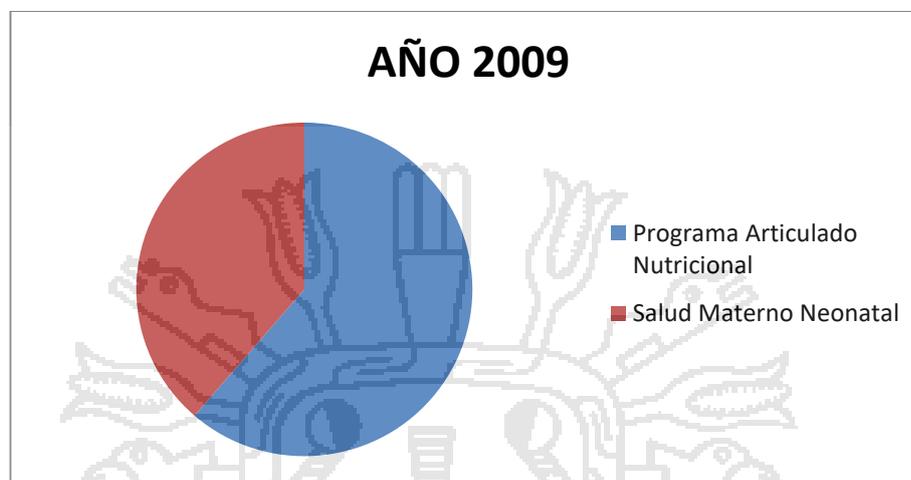
CUADRO 6
DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS
PRESUPUESTALES DE LA RED DE SALUD SAN ROMÁN AÑOS 2009 –
2015. (BIENES Y SERVICIOS)

AÑOS	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015
Programa Articulado Nutricional	499.043	3.235.678	3.310.354	3.483.799	3.187.445	3.599.848	4.075.707
Salud Materno Neonatal	314.627	849.063	1.631.079	1.535.555	1.794.434	2.307.533	2.724.018
Programa TBC - VIH/SIDA			497.966	579.371	325.128	304.290	372.114
Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis			119.523	61.471	56.878	75.907	353.146
Enfermedades No Transmisibles			122.427	465.906	401.808	405.122	475.628
Prevención y Control de Cáncer				155.539	177.554	192.715	211.415
Atención de emergencias por desastres				1.000	119.643	196.953	196.953
Atención de personas con Discapacidad							264.274
Prevención y Control de salud Mental							354.752
TOTAL	813670	4.084.741	5.681.349	6.282.641	6.062.890	7.082.368	9.028.007

Fuente: Datos del módulo del presupuesto público - MEF.

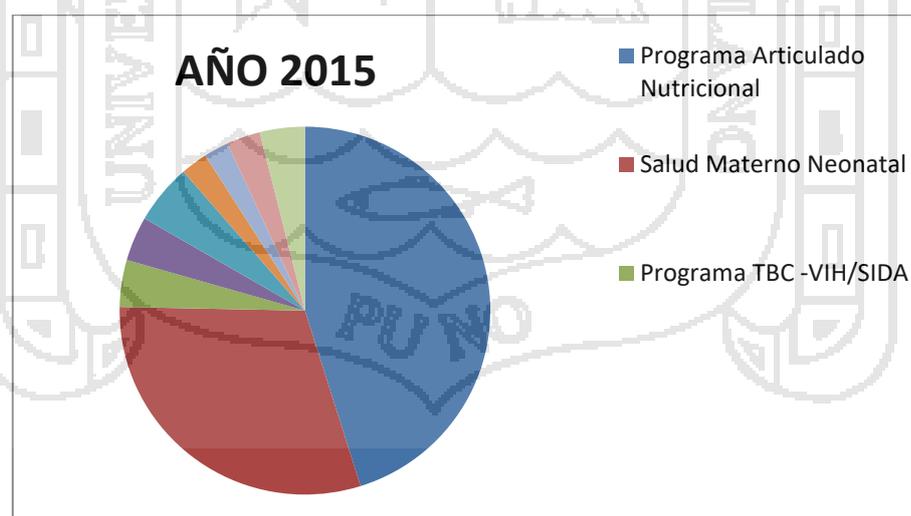
Las figuras 6 y 7, nos sirven para mejor analizar la asignación del presupuesto a los diferentes programas estratégicos, de los cuales claramente se nota que los dos grandes programas presupuestales de Articulado Nutricional y el Materno Neonatal son las que tuvieron el mayor porcentaje del presupuesto en los diferentes años de estudio.

FIGURA 6
PROPORCIÓN DEL PRESUPUESTO ENTRE PROGRAMA ARTICULADO
NUTRICIONAL Y EL PROGRAMA MATERNO NEONATAL AÑO 2009



Fuente: Cuadro 6.

FIGURA 7
PROPORCIÓN DEL PRESUPUESTO ENTRE PROGRAMA ARTICULADO
NUTRICIONAL Y EL PROGRAMA MATERNO NEONATAL Y OTROS
PROGRAMAS, AÑO 2015



Fuente: Cuadro 6.

4.3 ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO RESPECTO A LOS INDICADORES DE SALUD

En esta parte se realiza el análisis del presupuesto que anualmente se asigna de parte del Ministerio de Economía y Finanzas a los dos grandes programas estratégicos como es: el Programa de Articulado nutricional y el Programa de materno neonatal, por cierto dichos programas son las que miden principalmente el nivel de salud de la población, y entonces se trata de analizar que resultado o impacto a tenido el incremento ascendente del presupuesto con relación a la disminución o incremento de los indicadores de salud a nivel de la Red de Salud San Román.

4.3.1 Presupuesto destinado al Programa Presupuestal de Articulado Nutricional y su Indicador de Salud.

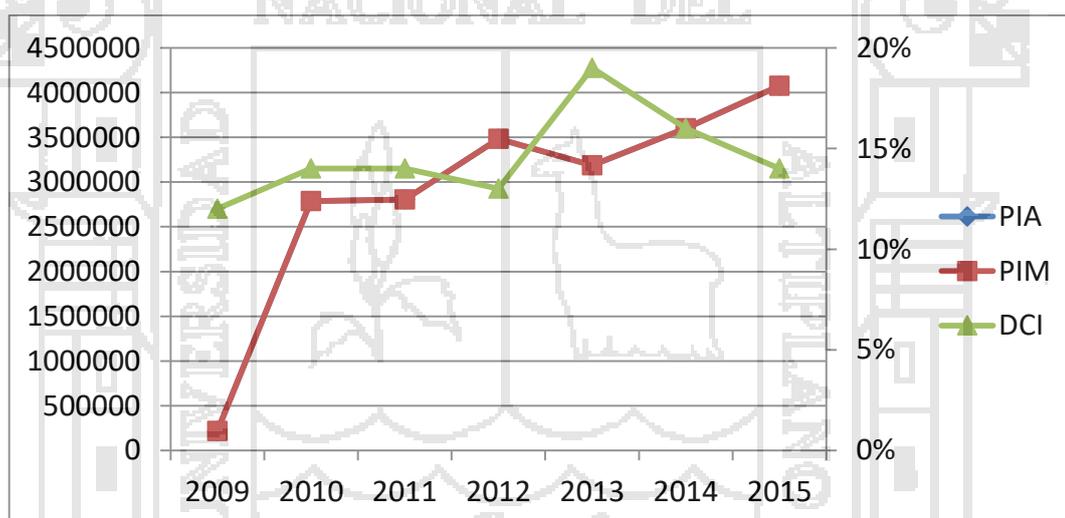
En el presente caso analizaremos el manejo del presupuesto con respecto al indicador de salud del programa de articulado nutricional, donde realmente no existe una concordancia con la ejecución del presupuesto y la desnutrición crónica infantil, el presupuesto desde el año 2009 donde se implementa con mayor fuerza en forma anual fue incrementándose en forma ascendente hasta el año de 2015 donde se ejecuta un monto de 4075, 707 nuevos soles. Sin embargo el indicador de salud de la desnutrición crónica infantil no disminuye en forma descendente, en los 07 años de estudio su comportamiento es algo permanente no tiene indicios de disminución alguna. Ver cuadro 7 y la figura 8.

CUADRO 7
PRESUPUESTO POR RECURSOS ORDINARIOS CON RELACION AL INDICADOR DE DESNUTRICIÓN CRONICA INFANTIL EN EL PERÍODO DE LOS AÑOS 2009 – 2015.

AÑOS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PIM	499,043	3,235,678	3,310,354	3,483,799	3,187,445	3,599,848	4,075,707
DCI %	11.80	14.36	14.29	13.25	19.28	16.22	13.93

Fuente: Datos del módulo del presupuesto público - MEF y la Oficina de Estadística.

FIGURA 8
COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA RESPECTO AL PRESUPUESTO AÑOS 2009-2015.



Fuente: Cuadro 7.

Así mismo a nivel del programa de articulado nutricional analizaremos cinco componentes o productos que son los mas importantes para medir el resultado o impacto del indicador de la desnutrición de niños menores de 5 años, esta son: Control de crecimiento y desarrollo del niño menores de 3 años CRED, niños con vacuna completa, niños con suplemento de hierro, gestantes con suplemento de hierro y la atención al recién nacido.

A) Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño.- Si analizamos el producto de niños menores de 3 años con control de crecimiento y desarrollo CRED completo en el transcurso 06 años, a partir del año 2010 hasta el año 2015, se nota que la asignación del presupuesto para este producto fueron incrementándose año en año. Por ejemplo en el año de 2010 se tuvo tan solamente de 2372991 nuevos soles, sin embargo ya en los posteriores años se incrementa el presupuesto, los cuales fueron utilizados para la compra de los insumos y materiales médicos, asignación de recursos humanos y la compra de equipos de bienes de capital para lograr el fin programado, sin embargo cuando analizamos el comportamiento del indicador de dicho producto, vemos que no tuvo un buen resultado esperado, ya que el año de 2010 el porcentajes de niños con CRED completo fue de 75.15 %, esta tendencia no ha variado mucho en transcurso de los años en estudio, salvo que en el año de 2011 logró alcanzar el 83.89 % de avance, y culminando en el año de 2015 con un avance de 62.83 % que no logra realmente el resultado esperado.

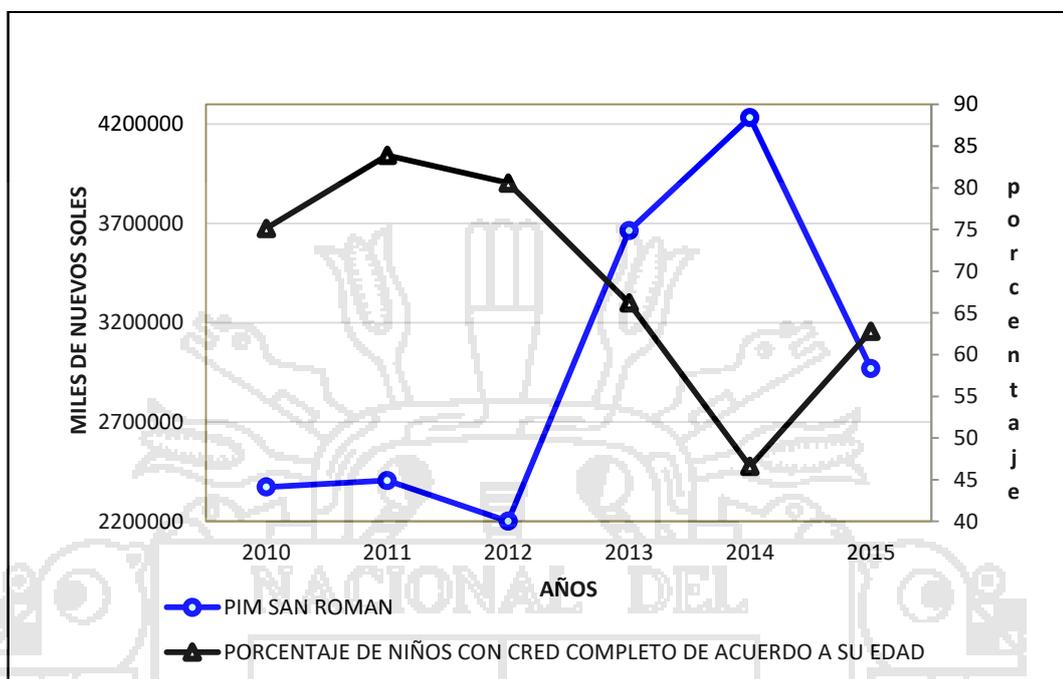
CUADRO 8

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO RESPECTO AL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO Y SU INDICADOR, LOS AÑOS 2010 - 2015.

AÑO	PRESUPUESTO EN SOLES	% DE NIÑOS CON CRED COMPLETO
2010	2372991	75,15
2011	2405957	83,89
2012	2201390	80,59
2013	3663913	66,21
2014	4234369	46,61
2015	2970674	62,83

Fuente: Datos del módulo del presupuesto público- MEF y la Oficina de Estadística.

FIGURA 9
COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO RESPECTO AL INDICADOR
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO.



Fuente: Cuadro 8.

B) Niños con Vacuna Completa.- Igualmente vemos de que el producto de niños con vacuna completa de neumococo y rotavirus, se tiene el siguiente resultado. El presupuesto asignado para tal fin a principio siempre fue menor de acuerdo al correr con el tiempo tuvo sus incrementos bastante significativos por ejemplo en el año 2010 fueron asignados la suma de 620096 nuevos soles, esta suma en los años posteriores fueron incrementándose hasta que en el año de 2015 se tiene de 1572410 nuevos soles. Sin embargo el comportamiento del porcentaje de avance de los niños con vacuna completa fueron disminuyendo año en año, así podemos mencionar por ejemplo en el año de 2010 el avance fue del 69.82 %, sin embargo ya en e año de 2015 el avance fue solalmente de 74.63 %, obiamente esta cifra última no justifica respecto al manejo del presupuesto. Ver cuadro 9 y la figura 10.

CUADRO 9

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO RESPECTO AL INDICADOR DE SALUD DE NIÑOS CON VACUNA COMPLETA, AÑOS 2010-2015

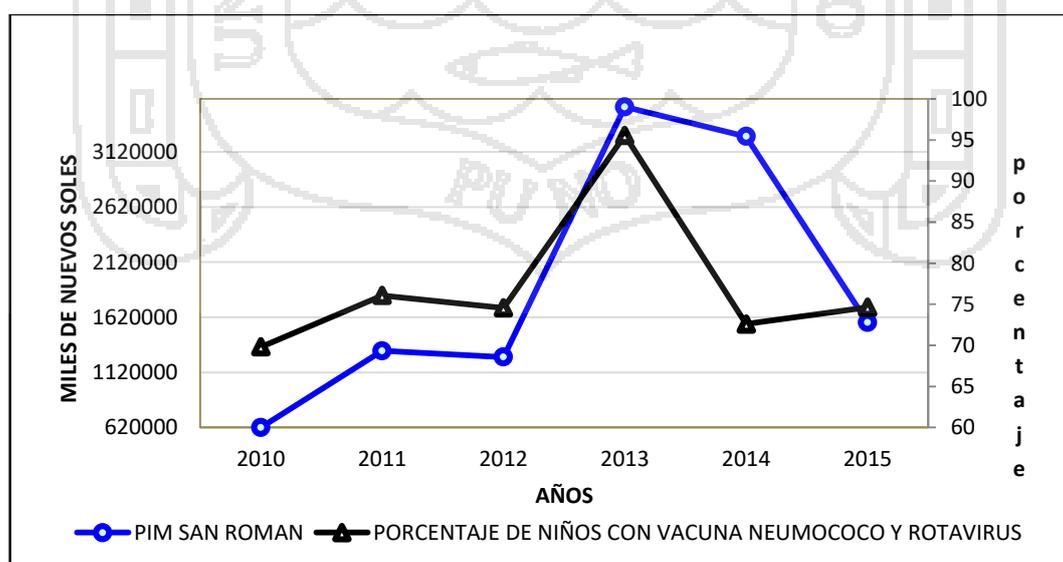
AÑO	PRESUPUESTO EN SOLES	% DE NIÑOS CON VACUNA NEUMOCOCO Y ROTAVIRUS
2010	620096	69,82
2011	1314637	76,08
2012	1258147	74,56
2013	3527740	95,57
2014	3259468	72,6
2015	1572410	74,63

Fuente: Datos del módulo del presupuesto público -MEF y la Oficina de Estadística.

De acuerdo a la figura 10, se nota que el comportamiento del presupuesto y el indicador de salud de vacunas es bastante diversificado en los diferentes años del 2010 al 2015, no tiene una secuencia como para realizar un análisis mas efectivo, pero se nota que siempre el presupuesto va incrementándose y poco incremento de avance metas del indicador respectivo.

FIGURA 10

COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO RESPECTO A NIÑOS CON VACUNA COMPLETA DE NEUMOCOCO Y ROTAVIRUS



Fuente: Cuadro 9.

C) Comportamiento del Presupuesto respecto al Indicador de niños con Suplemento de Hierro.- Continuamos analizando sobre el comportamiento del presupuesto respecto a los indicadores de salud del programa de articulado nutricional, así por ejemplo el producto de niños menores de 36 meses con suplemento de hierro su comportamiento es similar con el resto de los productos, por ejemplo en el año de 2010 el presupuesto asignado fue de 9900 nuevos soles lo cual según los años venederos fueron incrementándose fuertemente así ya en el año de 2015 el presupuesto asignado fue de 698795 nuevos soles, largamente supera a lo asignado inicialmente. Sin embargo el avance del porcentaje de niños con suplemento de hierro no fue significativo año en año, ya que su tendencia inclusive en algunos años fue descendente (2014 y 2015); los mismos que se detallan en el cuadro 10 y la figura 11 para su mayor análisis.

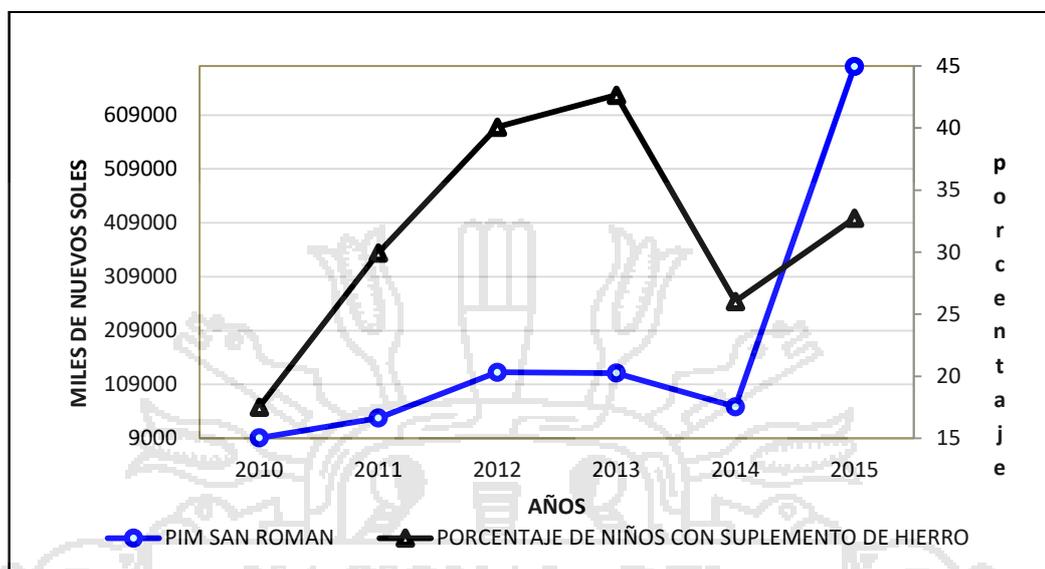
CUADRO 10

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO RESPECTO AL INDICADOR DE NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO EN LOS AÑOS 2010 – 2015.

AÑO	PRESUPUESTO EN SOLES	% DE NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO
2010	9900	17,52
2011	46600	29,93
2012	131489	40,08
2013	130004	42,65
2014	67589	26,03
2015	698795	32,73

Fuente: Datos del módulo del presupuesto público - MEF y la Oficina de Estadística.

FIGURA 11
COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO RESPECTO AL INDICADOR DE NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO, AÑOS 2010 – 2015.



Fuente: Cuadro 10.

D) Comportamiento del Presupuesto respectivo al indicador de gestantes con Suplemento de Hierro.-Continuamos analizando el comportamiento de los principales productos del programa de articulado nutricional, ahora si vemos el producto de gestantes con suplemento de hierro, tenemos el siguiente resultado: en cuando a la asignación del presupuesto en los diferentes años en estudio es muy similar al resto de los productos mencionados anteriormente, a inicios del año 2010 el presupuesto asignado fue de 29,555 nuevos soles, pero ya en el año de 2015 este monto es largamente superado de 259,384 nuevos soles; pero vayamos por el lado del análisis del indicador o el porcentajes de avance de los gestantes con suplemente de hierro no fue significativo, si en el año 2010 con un presupuesto menor se logra cubrir al 62.27 % de gestantes con suplemente de hierro, pero en el resto de los años nunca logró incrementar sus resultados esperados, mas aún por ejemplo en el año de 2015 su avance

fue solamente del 59.56 %, nada justificante sobre su presupuesto incrementado. Ver cuadro 11 y su figura respectiva.

CUADRO 11

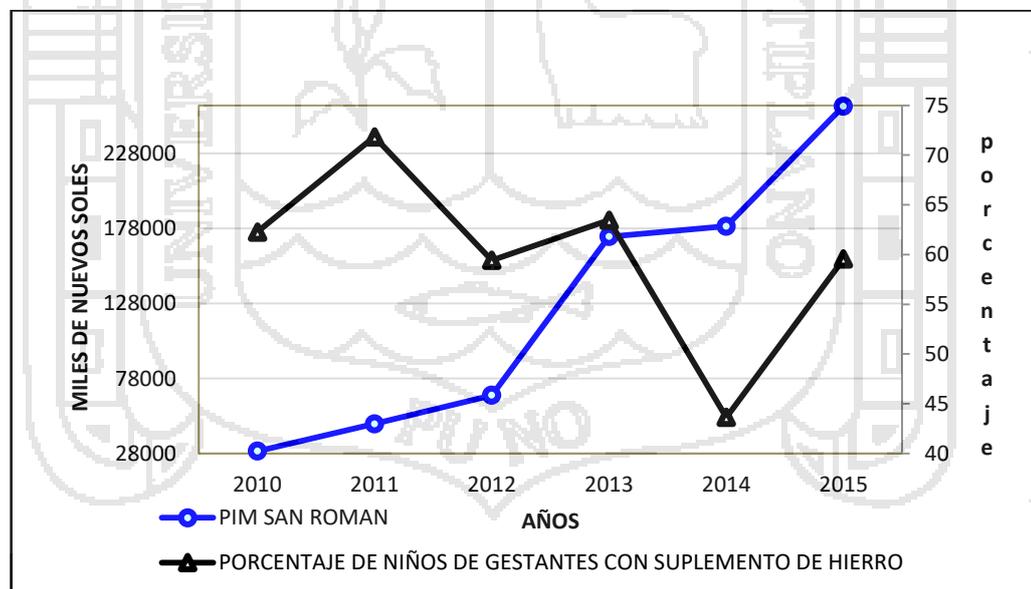
EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO RESPECTIVO AL INDICADOR DE GESTANTES CON SUPLEMENTO DE HIERRO, AÑOS 2010 - 2015

AÑO	PRESUPUESTO EN SOLES	% DE GESTANTES CON SUPLEMENTO DE HIERRO
2010	29555	62,27
2011	47664	71,84
2012	66733	59,43
2013	172543	63,45
2014	179462	43,63
2015	259384	59,56

Fuente: Datos del módulo del presupuesto público - MEF y la Oficina de Estadística.

FIGURA 12

COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO RESPECTIVO AL INDICADOR DE GESTANTES CON SUPLEMENTO DE HIERRO, AÑOS 2010 - 2015



Fuente: Cuadro 11.

E) Comportamiento del Presupuesto respecto al Indicador de Atención al recién nacido.- Por último analizamos el comportamiento del presupuesto

respecto al producto de la atención del recién nacido que también es parte del programa grande de articulado nutricional, este producto también influye en el manejo del programa estratégico en mención, de acuerdo al análisis realizado se nota que es el producto que mas o menos fue razonable el comportamiento presentado año en año, pero siempre con ciertos altibajos entre el presupuesto y el avance del indicador de atención al recién nacido. Por ejemplo el presupuesto asignado para tal fin, en el año de 2010 fue de 87,756 nuevos soles y ya en el año de 2015 fue de 383,681 nuevos soles. Si vemos en contrapartida el avance del indicador de atención al recién nacido fue incrementándose año en año en forma moderada solamente en el año 2013 tuvo su descenso a pesar que tuvo mayor asignación del presupuesto en dicho año. Ver cuadro 12 y su gráfica respectiva, donde el comportamiento del indicador de atención al recién nacido es bastante significativo para realizar una evaluación del indicador en mención.

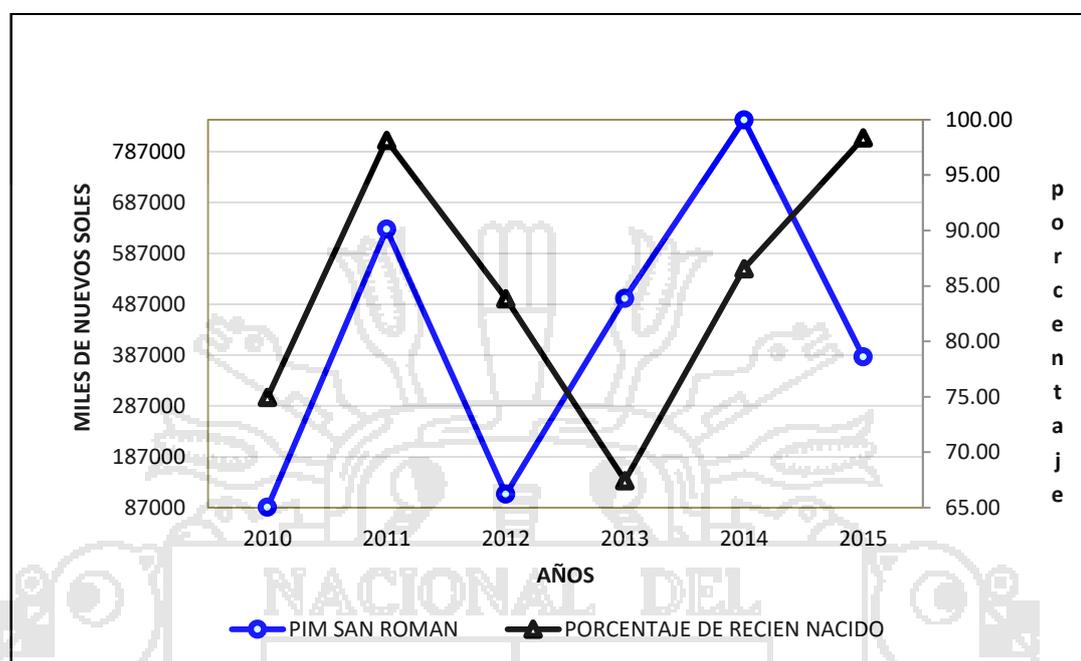
CUADRO 12

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO RESPECTO AL INDICADOR DE SALUD
DE ATENCION AL RECIEN NACIDO

AÑO	PRESUPUESTO EN SOLES	% DE RECIÉN NACIDO
2010	87756	74,95
2011	634595	98,14
2012	113558	83,86
2013	498677	67,44
2014	849293	86,57
2015	383681	98,36

Fuente: Datos del módulo del presupuesto público - MEF y la Oficina de Estadística

FIGURA 13
COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO RESPECTO A LA ATENCIÓN DE
RECIEN NACIDO RED DE SALUD SAN ROMÁN



Fuente: Cuadro 12.

4.3.2 Presupuesto destinado al Programa Presupuestal de Materno Neonatal y su indicador de salud.

Cuando hablamos del programa presupuestal materno neonatal estamos refiriendo a la salud de la madre y el niño, por tanto este programa tiene un indicador general que se mide mediante las muertes maternas. Entonces analizaremos en esta parte la relación que existe entre el comportamiento del presupuesto manejado para éste programa y su indicador general de la tasa de la mortalidad materna.

De acuerdo al cuadro que antecede podemos analizar que el comportamiento asignado al programa materno neonatal es muy similar al de articulado nutricional, donde desde el momento que se implementa el presupuesto por resultados, año en año se venía incrementándose el presupuesto, pero sin embargo el comportamiento de su indicador de las muertes maternas no refleja

realmente una disminución que se esperaba, las muertes maternas tienen un comportamiento horizontal sin signos de disminuir cada vez mas. cuadro 13.

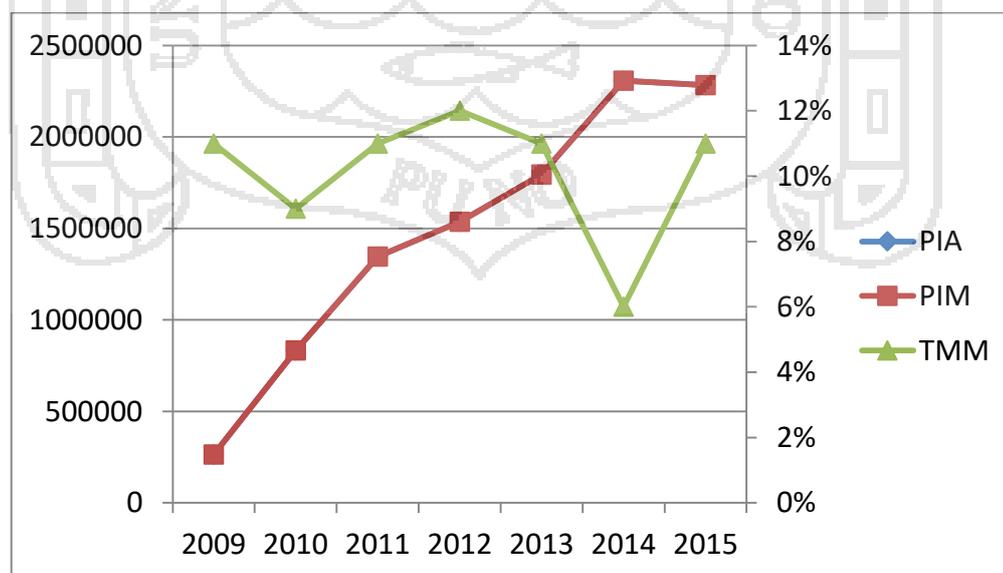
CUADRO 13
EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO RESPECTO AL INDICADOR DE SALUD MATERNO NEONATAL, AÑOS 2009 – 2015.

AÑO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PIM	314,627	849,063	1,631,079	1,535,555	1,794,434	2,307,533	2,724,018
TMM	11	9	11	12	11	6	11

Fuente: Datos del módulo del presupuesto público - MEF y la Oficina de Estadística de la Red.

La figura 14 nos muestra el comportamiento de la tasa de mortalidad materna respecto a la ejecución del presupuesto del mismo programa en los siete años de estudio(2009 – 2015); donde se nota claramente que el presupuesto cada año mas, sin embargo la tasa de mortalidad es constante.

FIGURA 14
COMPORTAMIENTO DE LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA RESPECTO AL PRESUPUESTO DE EJECUCIÓN, AÑOS 2009-2015.



Fuente: Cuadro 13.

Es mas como el programa presupuestal de materno neonatal es uno de los mas grandes programas después de articulado nutricional, que tiene efecto dentro del comportamiento de los servicios de salud que realiza la red de salud de San Román, para su análisis consideraremos solamente los 04 principales productos que tienen efecto significativo a nivel programa, tales como: producto de gestantes con atención reenfocada, población que accede a métodos de planificación familiar, partos institucionales y atención al recién nacido.

A continuación realizamos el análisis de los productos en mención su comportamiento respecto al presupuesto designado y su indicador de salud.

A) Comportamiento del Presupuesto respectivo al indicador de gestantes con atención reenfocada.- Primeramente debemos detallar de los varios productos que maneja éste programa, solamente consideramos 04 productos mas principales que tiene efecto en el programa, en tal sentido empezamos analizando el producto de gestantes con atención reenfocada, donde realmente el presupuesto modificado PIM asignado para éste producto fue totalmente ascendente de año en año, empezó en el año de 2009 solamente con 45.500 de nuevos soles de PIM, ya en el año 2011 se incrementa casi en 4 veces y así en el año de 2015 su presupuesto llega 1,174761 nuevos soles de PIM, los que han sido utilizados para diversos gastos del programa.

Mientras cuando analizamos el comportamiento del indicador de dicho producto fue totalmente lo inverso, el porcentaje alcanzado en los diferentes años en estudio, fue disminuyendo a pesar de tener cada vez mas mayor presupuesto, lo que hace pensar que efectivamente no hubo una gestión institucional partiendo

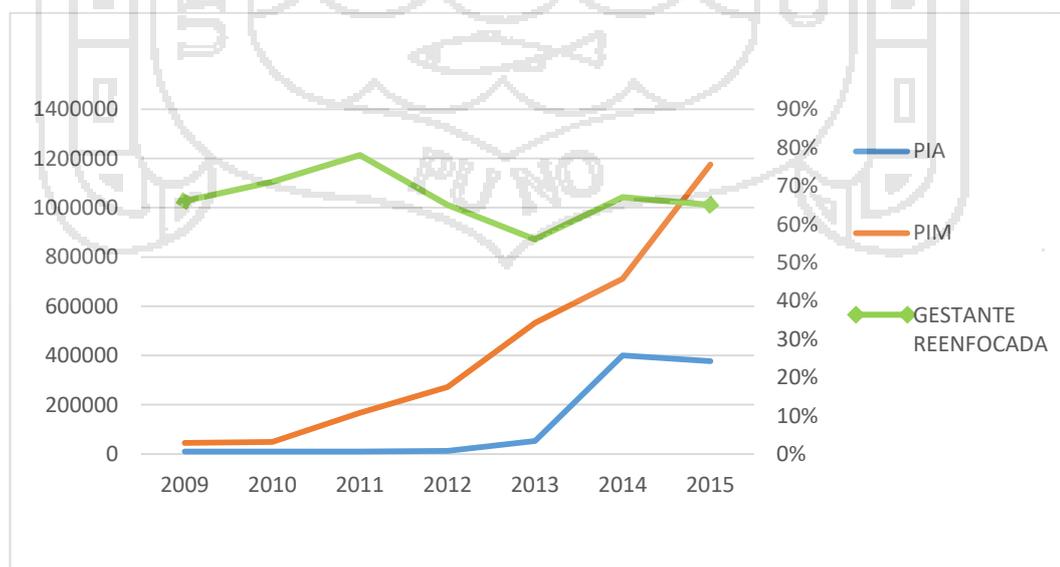
desde los ejecutores del presupuesto hasta los profesionales de salud que han sido contratados para conllevar mejor el programa de presupuesto por resultados . Ver cuadro 14.

CUADRO 14
ASIGNACIÓN DEL PRESUPUESTO RELACIONADO CON EL INDICADOR DE SALUD DE ATENCIÓN A GESTANTE REEFNFOCADA, AÑOS 2009 – 2015

AÑO	PIA	PIM	GESTANTE REEFNFOCADA
2009	9530	45500	66%
2010	9940	48945	71%
2011	9590	166760	78%
2012	12572	271878	65%
2013	52350	532750	56%
2014	399704	711096	67%
2015	377058	1174761	65%

Fuente: Datos del módulo del presupuesto público - MEF y la Oficina de Estadística de la Red.

FIGURA 15
COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO RESPECTO AL INDICADOR DE GESTANTES REEFNFOCADA, AÑOS 2009 – 2015



Fuente: Cuadro 14.

B) Comportamiento del Presupuesto respectivo al indicador de población que accede a métodos de Planificación Familiar.- Continuando con el análisis veremos el producto de la población que accede a métodos de planificación familiar relacionado al manejo del presupuesto y como también a su indicador respectivo. Los datos obtenidos nos refleja que en cuanto a la asignación del presupuesto su comportamiento anual fue bastante variado así por ejemplo en el año de 2010 tuvo una asignación de 13,480 nuevos soles luego baja en los años 2011 y 2012, para luego en el año de 2013 incrementarse fuertemente a 20,250 nuevos soles y así mismo en el año de 2015 también se incrementa a 25,090 nuevos soles.

Y cuando se analiza el indicador respectivo del producto, se nota un comportamiento descendente con algún rasgo de permanencia regular, por ejemplo en el año de 2010 el porcentaje de población que accede a métodos de planificación familiar fue del 94 %, 2011 el 88%, para luego el resto de años tuvo una disminución hasta que en el año 2015 su porcentaje de avance fue de 64 %. Ver cuadro 15.

CUADRO 15

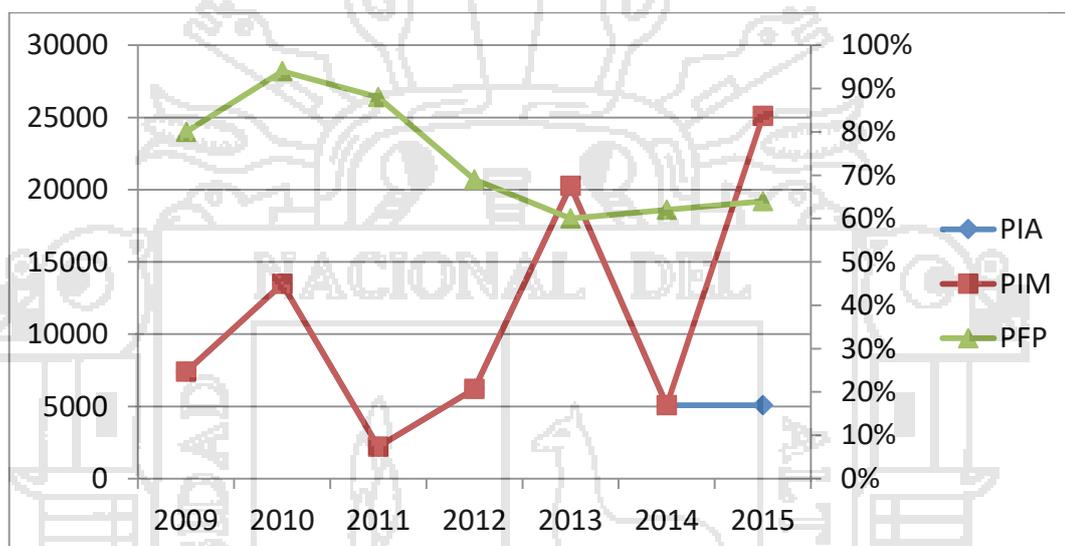
ASIGNACIÓN DEL PRESUPUESTO RELACIONADO CON EL INDICADOR
DE POBLACIÓN QUE ACCEDE A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR, AÑOS 2009 – 2015

AÑO	PIA	PIM	PLANIFICACIÓN FAMILIAR
2009	7400	7400	80 %
2010	13480	13480	94 %
2011	2200	2200	88 %
2012	6200	6200	69 %
2013	20250	20250	60 %

2014	5090	5090	62 %
2015	5090	25090	64 %

Fuente: Datos del módulo del presupuesto público - MEF y la Oficina de Estadística de la Red.

FIGURA 16
COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO RESPECTO AL INDICADOR DE POBLACIÓN QUE ACCEDE A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR AÑOS 2009 – 2015.



Fuente: Cuadro 15.

C) Comportamiento del Presupuesto respectivo al indicador de Partos Institucionales.- De igual manera realizamos el análisis del producto de partos institucionales siempre con datos obtenidos del programa Cubo, MPP y de estadística de la Red, en cuanto al manejo presupuestal se nota que al igual del resto de productos es bastante similar, ya que en el año de 2009 tiene un presupuesto asignado ínfimo luego sucesivamente cada año se incrementa hasta que en el año 2015 el presupuesto asignado es de s/. 620,046 nuevos soles de PIM para diversos gastos que debe realizarse en el mencionado actividad.

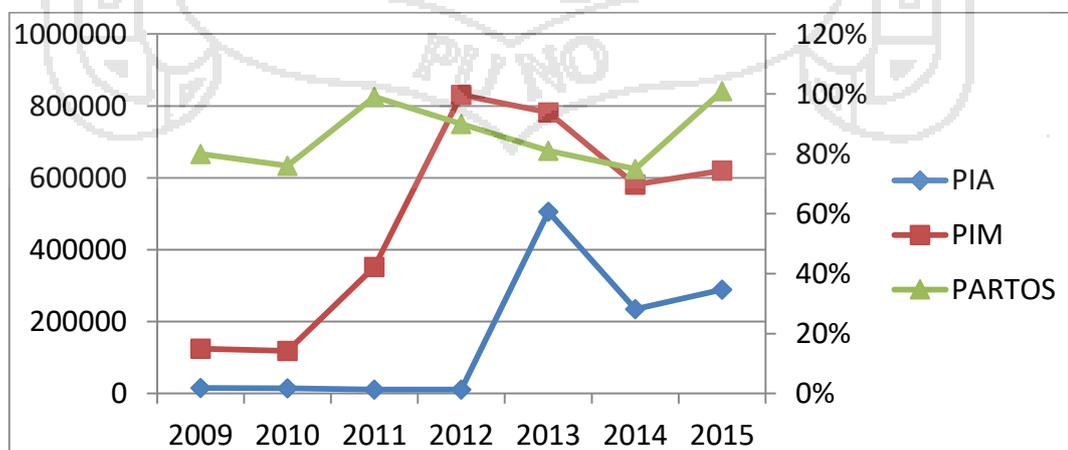
En cuanto al indicador o el porcentaje de logro de los partos institucionales se nota en forma regular año en año fue incrementándose, gracias a los trabajos esforzados por los profesionales obstetricas que están encargados sobre el caso y además también han participado otros profesionales de salud. Ver cuadro 16 y la figura respectiva.

CUADRO 16
ASIGNACIÓN DEL PRESUPUESTO RELACIONADO CON EL INDICADOR DE PARTOS INSTITUCIONALES, AÑOS 2009 – 2015

AÑO	PIA	PIM	PARTOS INSTIT.
2009	15200	125000	80 %
2010	14120	118735	76 %
2011	10890	352390	99 %
2012	10890	831033	90 %
2013	506062	781986	81 %
2014	234873	581255	75 %
2015	289181	620046	101 %

Fuente: Datos del módulo del presupuesto público - MEF y la Oficina de Estadística de la Red.

FIGURA 17
COMPORTAMIENTO DE PARTOS INSTITUCIONALES RESPECTO AL PRESUPUESTO, AÑOS 2009 – 2015.



Fuente: Cuadro 16.

D) Comportamiento del Presupuesto respectivo al indicador de Atención al recién nacido.- Por último analizamos el comportamiento del producto de atención al recién nacido con respecto al presupuesto y como también respecto al avance del porcentaje de la atención de recién nacido, la evolución del presupuesto que ha sido asignado al presente producto fue en forma ascendente, por ejemplo en el año de 2009 se tuvo la suma de s/. 40,550 nuevos soles, en el año de 2011 el incremento fue del s/. 387,647 nuevos soles y ya en el año de 2015 su monto fue del s/. 293,318 nuevos soles. Y cuando vemos la evolución del indicador esta actividad tuvo logros regulares en el transcurso del tiempo, así por ejemplo en el año de 2009 el porcentaje de la atención del recién nacido fue del 72 %, en el año 2011 logró alcanzar al 98 % de avance, y por último en el año de 2015 logró alcanzar al 100 % de atenciones al recién nacido vivo. Ver cuadro 17 y la figura respectiva.

CUADRO 17

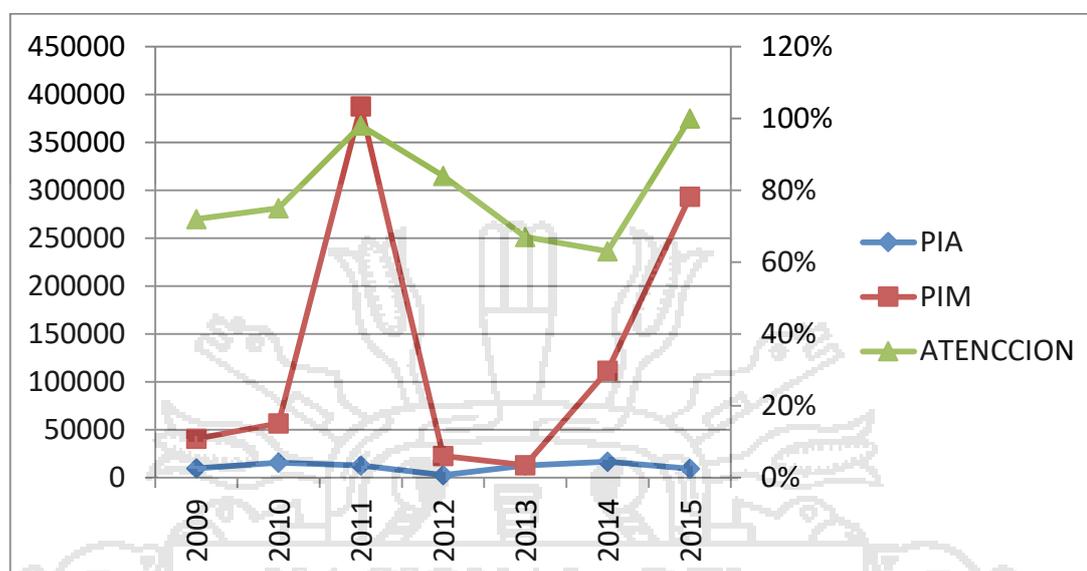
ASIGNACIÓN DEL PRESUPUESTO RELACIONADO CON EL INDICADOR
DE ATENCIÓN DE RECIEN NACIDOS, AÑOS 2009 – 2015

AÑO	PIA	PIM	ATENC.RECIÉN NAC.VIVOS
2009	9500	40550	72 %
2010	15720	56661	75 %
2011	12750	387647	98 %
2012	2700	22700	84 %
2013	12650	12850	67 %
2014	16573	111800	63 %
2015	9433	293318	100 %

Fuente: Datos del módulo del presupuesto público - MEF y la Oficina de Estadística de la Red.

FIGURA 18

COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO RELACIONADO CON EL INDICADOR DE ATENCIÓN DE RECIEN NACIDOS, AÑOS 2009 – 2015



Fuente: Cuadro 17.

4.4 EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO EN EL PERÍODO DE UN AÑO FISCAL

Cuando hablamos la ejecución del presupuesto dentro de un año fiscal (un año); estamos refiriendo cómo se ha ejecutado el presupuesto en los dos grandes programas presupuestales de la Red de salud San Román, dentro del período de un año, donde mes a mes se realiza los gastos en las genéricas de recursos humanos, en bienes y servicios y gastos de capital, de ello depende los resultados que puedan tener el avance de las metas físicas de los diferentes servicios de salud, a nivel de preventivo promocional, recuperativo y rehabilitación que se ejecutan en los diferentes establecimientos de salud, básicamente para los progrmas presupuestales en estudio. Para lo cual solamente tomaremos solamente como muestra los dos últimos años de ejecución(2014 y 2015)

4.4.1 Ejecucion del Presupuesto por genérica de gasto de bienes y servicios y bienes de capital en el año 2014.

En esta parte analizamos la ejecución del presupuesto destinado a bienes y servicios y como también bienes de capital correspondiente al año de ejecución 2014, donde se refleja el gasto realizado mes en mes desde enero hasta diciembre del año en mención. De acuerdo al cuadro No. 17 podemos analizar que la ejecución de gastos fue totalmente disuniforme en los diferentes meses del año, por ejemplo mayormente en los meses del principio del año no fueron ejecutados de acuerdo cómo estaban programados, en gran porcentaje de la ejecución aparece en los últimos meses y básicamente en el mes de diciembre es donde se ejecuta en gran porcentaje del presupuesto, entonces podemos decir que la ejecución del presupuesto no fue en forma eficiente, oportuna ni adecuada por los problemas originados desde la mala programación y ejecución por falta de técnicos con experiencia y con capacitación adecuada para manejar el gasto público, lo que a la larga trae como consecuencia que la parte ejecutiva no tenga un permanente y adecuada stock de los insumos como medicinas y materiales de insumos médicos en los diferentes establecimientos de salud, estos aspectos de igual manera fue uno de los variables que no ha permitido el logro de los objetivos y finalidades de la política del presupuesto por resultados, así mismo el resto de los años en estudio el comportamiento fue bastante similar, lo que nos hace ver que efectivamente los gasto o la ejecución del presupuesto nunca se a dado con criterio técnico ni con racionalidad. Ver el cuadro 18 y la figura respectiva.

CUADRO 18

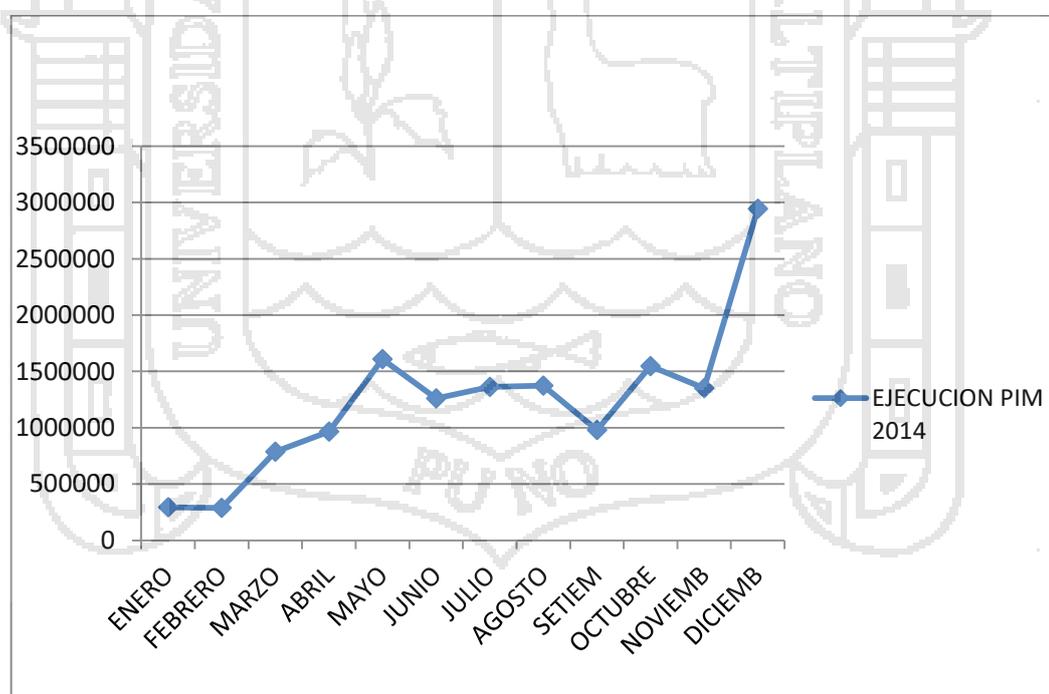
EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DEL AÑO 2014, POR TODA FUENTE Y GENÉRICA DE GASTO DE BIENES Y SERVICIOS Y BIENES DE CAPITAL EN FORMA MENSUALIZADA.

PIM	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
17015447	292738	289304,33	787993,3	965009,28	1608975,95	1260021,66
JULIO	AGOSTO	SETIEM	OCTUBRE	NOVIEMB	DICIEMB	EJECUC
1363456,3	1374435,4	978752,11	1546122,4	1349473,33	2944285,02	14760567,05

Fuente: Datos del SIGA Logística de la Red.

FIGURA 19

COMPORTAMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO MODIFICADO (PIM); DEL AÑO FISCAL 2014.



Fuente: Cuadro 18.

4.4.2 Ejecución del Presupuesto por genérica de gasto de bienes y servicios y bienes de capital en el año 2015.

La ejecución del presupuesto destinado a los gastos de bienes y servicio y bienes de capital del año 2015, fue bastante similar al año de 2014, nunca se logra realizarse el gasto en forma regular y permanente en los diferentes mes del año, prácticamente la ejecución es en el fin del año(mes diciembre); esta situación es bastante preocupante para la institución y para los que ejecutan los objetivos y metas de los programas presupuestales, efecto que refleja las pocas coberturas y malas calidades de servicio. El origen de estos problemas presupuestales es por la mala gestión institucional a nivel administrativo, puesto que los responsables de programación y ejecución que están en logística, economía y presupuesto son cambiados constantemente no existiendo estabilidad y por otro lado no tienen una buena capacitación y actualización para conducir mejor el proceso presupuestario. Ver cuadro 19 y la figura 20.

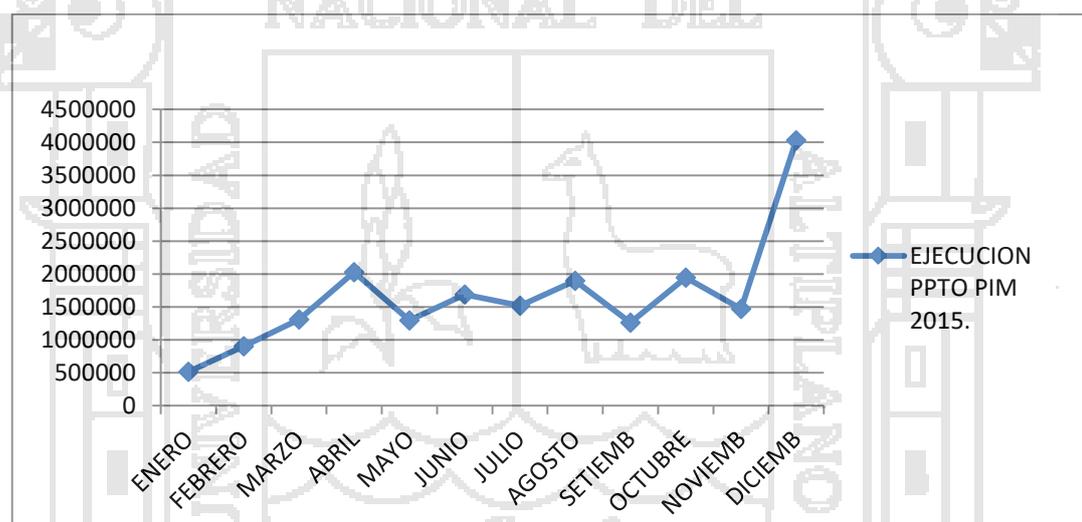
CUADRO 19
EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DEL AÑO 2015, POR GENÉRICA DE
GASTO DE BIENES Y SERVICIOS Y BIENES DE CAPITAL EN FORMA
MENSUALIZADA

PIM	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
22274831	516118,4	903504,7	1309438,2	2026867,26	1296280,78	1687913,99
JULIO	AGOSTO	SETIEMB	OCTUBRE	NOVIEMB	DICIEMB	EJECUC
1520144,64	1899970,52	1261869,29	1945385,08	1469354,03	4029121,39	19865968,28

Fuente: Datos del SIGA Logística de la Red.

La figura 20 nos muestra que la curva de la ejecución del presupuesto de la Red de salud San Román en el año 2015 fue anti técnico, sabiendo la ejecución del presupuesto mensual debe ser igual o similar en todos los meses del año, sin embargo al igual que del año 2014, la ejecución nunca fue como tal, al principios del año y el resto de los meses la ejecución es totalemnte baja, hasta que en el mes de diciembre se ejecuta el gran porcentaje del presupuesto, que esto no debe ser así.

FIGURA 20
COMPORTAMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO
MODIFICADO PIM DEL AÑO FISCAL 2015.



Fuente: Cuadro 19.

4.4.3 Ejecución del Presupuesto en la genérica de gasto de Remuneraciones en su modalidad del CAS.

Cuando hablamos la ejecución del presupuesto en remuneraciones del CAS, estamos refiriendo al sueldo que se paga por los servicios prestados de los profesionales de salud y técnicos asistenciales contratados mediante Contratos Administrativos de Servicios CAS, quienes son mayormente que están afectos

a los presupuestos que han sido asignados a los programas presupuestales de articulado nutricional y materno neonatal, para lograr los resultados esperados de acuerdo a lo programado para tal fin.

Esta ejecución del presupuesto vamos a analizar mediante tres fuentes de financiamiento, que son: Recursos Ordinarios, Recursos Directamente Recaudados y los Donaciones y Transferencias que a continuación detallamos:

A) Gastos en Planilla financiados con recursos ordinarios.- De acuerdo a los análisis de los datos obtenidos vemos que la ejecución del Presupuesto aprobado mediante el fuente de financiamiento de Recursos Ordinarios (RO); destinado para las remuneraciones del CAS o mejor dicho los pagos que se realizan a los profesionales y técnicos asistenciales contratados mediante la modalidad del contratos administrativos por servicios, se tomó una muestra de 03 años (2013, 2014 y 2015); lo cual fueron analizados en forma mensual de cada año para logra cuál es la eficacia y eficiencia con que se manejó la contratación y pago de los servidores de salud destinados a los programas estratégicos de salud.

Llegando en conclusión que la ejecución del presupuesto a este nivel fue totalmente diversificado en los 03 años de estudio, los trabajadores contratados nunca fueron contratados en forma oportuna y con racionalidad, hay meses que hubo y otras meses fueron en exceso, los contratos se llevan a nivel departamental totalmente a distiempo y menos una buena selección del recurso humano, y por otro lado existe una discontinuidad de los contratos, ya que anualmente se llevan a cabo estos contratados lo que perjudica el normal

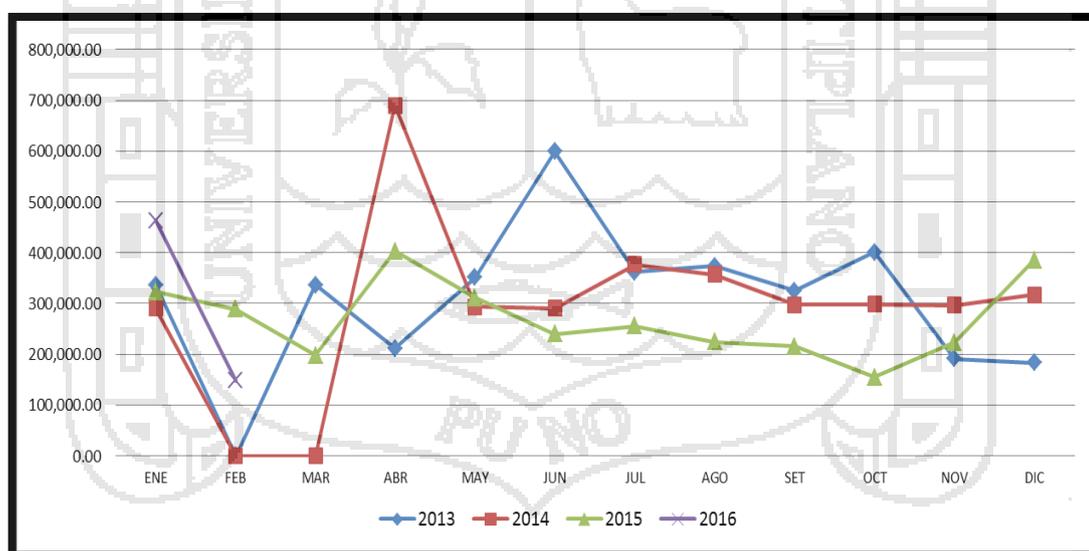
funcionamiento y cumplimiento de metas programadas. Ver el cuadro 20 y su figura respectiva.

CUADRO 20
EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO POR RECURSOS ORDINARIOS PARA REMUNERACIONES CAS EN FORMA MENSUALIZADA DE LOS AÑOS 2013 – 2015.

AÑOS	ENERO	FEBRER	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEM	OCTUB	NOVIEM	DICIEMB
2013	336924	0.00	336590	211710	351359	598878	362247	374010	324877	400574	190736	182981
2014	291020	0.00	0.00	690269	293244	290.287	376273	356802	297768	298418	296446	316806
2015	322398	288850	198076	402681	311110	239878	255253	224065	215526	155094	223345	385157

Fuente: Datos de las planillas de la oficina de personal de la Red.

FIGURA 21
COMPORTAMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO EN FORMA MENSUALIZADA AÑOS 2013, 2014 Y 2015.



Fuente: Cuadro 20.

B) Gastos en Planilla financiados con recursos directamente recaudados.- Cuando se habla de Recursos Directamente Recaudados(D.R.); estamos refiriendo los pagos que se han efectuado a los contratos CAS con

los ingresos propios de la institución, o sea con la captación de ingresos que tiene la entidad por los diferentes rubros, tales como: de consultas externas, hospitalización, laboratorio consultas externas, farmacia y otros. En este nivel de igual manera el comportamiento de la forma de contratos y los pagos que se han efectuados son totalmente variados de mes en mes de 03 años de estudio, así por ejemplo en el año 2013 y el año 2014 en el mes de enero no se ha ejecutado en absoluto, y en el resto de los meses de los diferentes años, la ejecución siempre se ha concentrado en el mes de diciembre, pareciera los en el mes de diciembre se realizan contratos a mayor cantidad del personal profesional y técnico. El gasto realizado fueron mas para los pagos a los trabajadores de limpieza del Hospital Carlos Monge Medrano y algunos médicos especialistas. Asi mismo en el año de 2015 no se ha realizado la ejecución del presupuesto en los meses de febrero, octubre y noviembre, llegando así a un análisis que realmente la racionalización del personal que debería primar nunca se ha hecho por parte de la gestión y de los responsables que manejan los presupuestos mediante el fuente de financiamiento de Recursos Directamente Recaudados. Ver cuadro 21 y la figura respectiva.

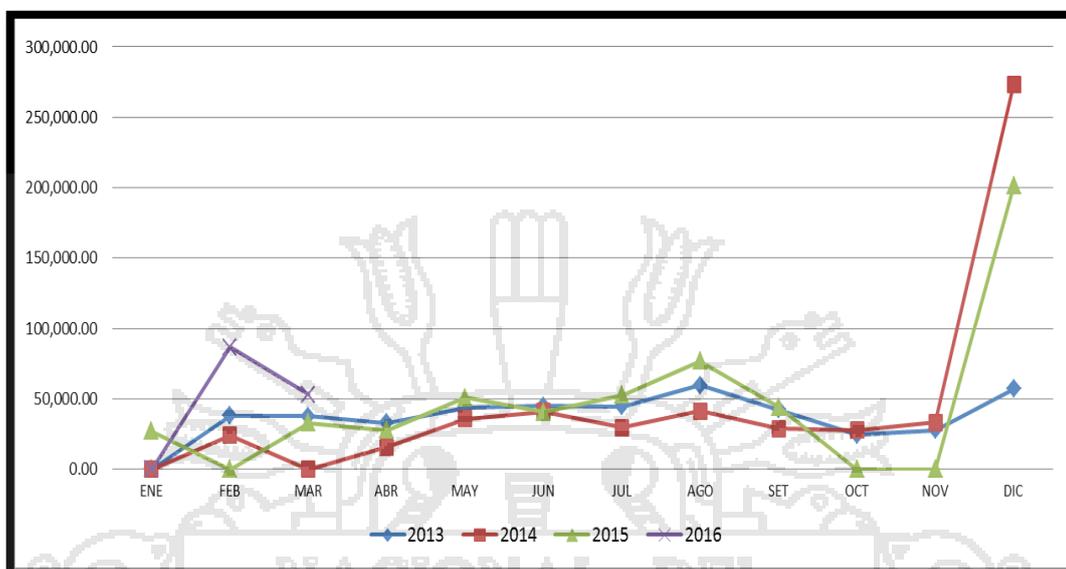
CUADRO 21

EJECUCION DEL PRESUPUESTO POR RECURSOS DIRECTAMENTE
RECAUDADOS EN PLANILLA EN FORMA MENSUALIZADA DE LOS AÑOS
2013 – 2015

AÑOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SETIEM	OCTUB	NOVIE	DICIEM
2013	0.00	37976	37507	32816	43360	44738	44488	59588	42360	24199	27819	57088
2014	0.00	24095	0.00	15446	35744	40929	29688	41175	28675	27585	33190	273401
2015	26874	0.00	32764	27794	50902	40639	52600	76757	44034	0.00	0.00	201134

Fuente: Datos de las planillas de la oficina de personal de la Red.

FIGURA 22
COMPORTAMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO CON RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS



Fuente: Cuadro 21.

C) Gastos financiados con recursos de Donaciones y Transferencias (seguro integral de salud).- Por último vamos a analizar el comportamiento de

la ejecución del presupuesto mediante el fuente de financiamiento de Donaciones y Transferencias, por cuanto muchos contratados por CAS sean profesionales de salud y técnicos también están financiados sus remuneraciones con el rubro en mención, con la característica de que éste fondo se maneja de acuerdo a la producción o resultado del seguro integral de la salud. Su comportamiento del manejo de remuneraciones con este fuente fue al igual que el resto de los fuentes de financiamiento, bastante variado en el transcurso del año entre los meses que se ejecuta, cabe señalar también que en 03 años no se ejecutaron en los meses de enero y febrero por cuanto en dichos meses no se aprueban los presupuestos via SIS, dando como resultado que el usos del presupuesto mediante éste fuente no fueron con racionalidad y

con criterio técnico de parte de las autoridades de gestión y los responsables del manejo del presupuesto. Ver cuadro 22.

CUADRO 22

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO EN PLANILLA CON RECURSOS DE DONACIONES Y TRANSFERENCIAS (SIS); EN FORMA MENSUALIZADA, AÑOS 2013, 2014 Y 2015

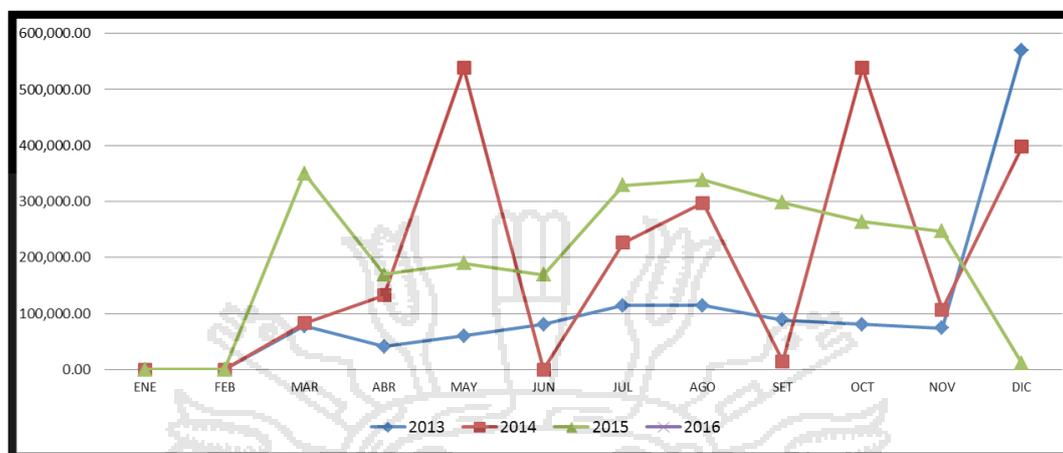
AÑOS	ENERO	FEBRER	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SETIEM	OCTUB	NOVIE	DICIEM
2013	0.00	0.00	77837	41126	59901	80915	114046	114391	88973	80497	73902	569638
2014	0.00	0.00	82557	132352	538369	0.00	226200	297151	14763	538509	107047	398090
2015	0.00	0.00	349828	169786	189523	168963	328985	338577	298493	263960	247185	10765

Fuente: Datos de las planillas de la oficina de personal de la Red.

En la figura 23 podemos analizar con mayor detalle el comportamiento del pago realizado mediante el fuente de financiamiento de donaciones y transferencias SIS, a los diferentes trabajadores profesionales de salud que han laborado casi exclusivamente para la política del presupuesto por resultados, notándose así que el gasto fue totalmente diversificado de mes a mes y así mismo de año en año, lo cual no nos permite realizar una evaluación de la producción de metas de actividades de salud. Podemos concluir entonces que no solamente el manejo del gasto presupuestal fue negativo a nivel de Bienes y servicios, sino también en cuanto al pago de haberes fue en forma a normal y anti técnico.

Estos aspectos que se analizan puede uno de los factores también para que los profesionales de salud y otros trabajadores de salud no pueden desenvolverse como tal y no lograr con las metas trazadas.

FIGURA 23
COMPORTAMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO EN PLANILLAS CON DONACIONES Y TRANSFERENCIAS



Fuente: Cuadro 22.

4.5 RENDIMIENTO LABORAL DEL RECURSO HUMANO EN LA RED DE SALUD SAN ROMÁN.

Cuando hablamos rendimiento laboral estamos refiriendonos la producción de servicios de salud que producen cada profesional o técnico asistencial que trabajan en gran parte en calidad de contratados en la modalidad del CAS de la Red, los mismos que son contratados con un objetivo y finalidad de lograr metas de actividades de salud programadas en los programas estratégicos de prioridad tales como: articulado nutricional y el materno neonatal.

De acuerdo al análisis realizado, en los 47 establecimientos de salud en ningún de ellos hubo o se ha alcanzado a un rendimiento laboral tal como establece la Organización Mundial de Salud (OMS); donde se establece que la atención de los servicios de salud por paciente es de un cuarto de hora por persona, lo cual ningún establecimiento de salud su personal ha alcanzado a este record de rendimiento laboral, las justificaciones pueden ser la dispersión y la accesibilidad geográfica donde están ubicados los diferentes establecimientos

de salud. Si vemos el cuadro precedente, las atenciones o el rendimiento por día fue de un mínimo de 3 pacientes hasta 12 paciente por día que han alcanzado, promediándose a nivel de la Red un rendimiento de 06 pacientes por día que el profesional de salud logra alcanzar, si ello convertiríamos por tiempo que dura atender un paciente, estaríamos culminando diciendo que el trabajador de salud solo trabaja 02 horas por día, el resto probablemente sea para casos administrativos o bien está en otros ministerios, pero que realmente no es conveniente tener la capacidad ociosa del recurso humano calificado teniendo presente de lograr los objetivos definidos. Ver el cuadro 23.

CUADRO 23
RENDIMIENTO LABORAL DEL PROFESIONAL DE SALUD POR ESTABLECIMIENTOS.

REDESS / MICRORED	NIVEL	POBLAC	PEA			PEA TOTAL	PRODUC. ATENC.	RENDIM. PERSONA	REND. POR DIA
			NOMB	CONTRAT	S.RENT.				
MICRO RED. JULIACA		105981	33	57	4	94	187.294	1992	8
P.S. Chingora	I-1	1725	1	1	2	4	4.001	1000	4
P.S. Mariano Melgar	I-2	11722	6	6		12	29.282	2440	10
C.S. Revolución	I-3	34832	9	25		34	62.170	1829	7
C.S. Guadalupe	I-3	40847	4	12		16	49.771	3111	12
P.S. Vilcapata	I-2	3063	3			3	4.276	1425	6
P.S. Escuri	I-1	3425	2	2		4	13.284	3321	13
P.S. Achaya	I-2	4479	2	5	1	8	7.185	898	4
P.S. Calapuja	I-2	1473	1	3		4	4.678	1170	5
C.S. Nicasio	I-2	1876	2	2		4	4.697	1174	5
P.S. Laro	I-1	790	1	1		2	3.120	1560	6
P.S. Canchi Grande	I-1	1749	2		1	3	4.830	1610	6
MICRO RED. CONO SUR		91699	67	43	3	113	151.652	1342	5
C.S. Cono Sur	I-4	58891	50	22	2	74	78.947	1067	4

P.S. 9 de Octubre	I-2	16066	4	8		12	26.427	2202	9
P.S. Collana Juliaca	I-1	1058	1	1		2	2.354	1177	5
P.S. Taparachi	I-2	11778	5	6		11	24.834	2258	9
C.S. Caracoto	I-3	2808	6	5		11	15.398	1400	6
P.S. Suchis	I-1	1098	1	1	1	3	3.692	1231	5
MIC RED. SANTA ADRIANA		95037	62	43	1	106	243.052	2293	9
C.S. Santa Adriana	I-4	26145	25	14		39	95.402	2446	10
P.S. Central Esquen	I-1	2536	3		1	4	5.467	1367	5
P.S. Choferes	I-2	15091	6	6		12	25.457	2121	8
P.S. Isla	I-2	3454	4	1		5	7.330	1466	6
C.S. Jorge Chávez	I-3	14564	8	3		11	44.136	4012	16
P.S. Rancho Pucachupa	I-2	1225	5	1		6	4.159	693	3
C.S. Santa Catalina	I-3	9300	4	8		12	24.422	2035	8
P.S. Santa María	I-2	21023	5	6		11	30.611	2783	11
P.S. Unocolla	I-2	1699	2	4		6	6.068	1011	4
MICRO RED. SAMÁN		17813	34	19	3	56	66.763	1192	5
C.S. Caminaca	I-2	2560	4	8		12	13.034	1086	4
P.S. San Pedro Collana	I-1	1004		2		2	3.386	1693	7
C.S. Samán	I-3	3639	13	5	3	21	19.776	942	4
P.S. Chucaripo	I-2	2036	5			5	10.480	2096	8
P.S. Chacamarca	I-1	1213	1			1	1.496	1496	6
P.S. Muni Grande	I-1	1513	4	1		5	5.032	1006	4
P.S. Quejón Mocco	I-1	3075	3	2		5	6.720	1344	5
P.S. Muni Chico	I-1	1559	1	1		2	1.760	880	4
P.S. Jasana Grande	I-1	1214	3			3	5079	1693	7
MICRO RED. TARACO		20292	27	27	2	56	60.913	1088	4
C.S. Pusi	I-3	6278	6	1		7	14.819	2117	8
C.S. Taraco	I-4	6581	12	17		29	21.005	724	3
P.S. Huancollusco	I-1	1658	2	2	1	5	6.468	1294	5

P.S. Jasana Poccellin	I-1	1308	1	5		6	4.865	811	3
P.S. Puquis	I-1	2012	4		1	5	7.019	1404	6
P.S. Ramis	I-1	2455	2	2		4	6.737	1684	7
MICRO RED. CABANILLAS		9598	33	10	5	48	44.382	925	4
C.S. Cabana	I-3	2713	6	3	2	11	10.663	969	4
P.S. Ayagachi	I-1	622	1			1	2.259	2259	9
P.S. Collana Cabana	I-1	889	4	1		5	4.489	898	4
C.S. Cabanillas	I-3	3613	19	5	1	25	18.149	726	3
P.S. Huataquita	I-1	944	2		1	3	4.938	1646	7
P.S. Tincopalca	I-1	817	1	1	1	3	3.884	1295	5
TOTAL REDESS		340420	256	199	18	473	754056	1594	6

Fuente: Datos del Plan Operativo 2015 y Oficina de Estadística de la Red.



CONCLUSIONES

- Por la implementación del Programa Presupuesto por Resultados en la Red de Salud San Román, hubo un incremento ascendente de la asignación del presupuesto en todo los años en estudio, fundamentalmente para los dos grandes programas estratégicos, tales como: Articulado Nutricional y Materno Neonatal.
- Sin embargo no hubo una disminución significativa de los indicadores negativos de la salud, tales como: el porcentaje de la desnutrición infantil en menores de 5 años y como también la tasa de la mortalidad materna, tal como se planteo inicialmente de lograr mejorar los indicadores de salud y el nivel de vida de la población.
- El proceso presupuestario en sus fases de programación, formulación, aprobación, ejecución y la evaluación, no se ha realizado con criterios técnicos y racionalidad, por parte de la gestión y los responsables de conllevar la

gestión, a falta de la permanencia y capacitación y actualización en las nuevas metodologías del manejo del programa presupuesto por resultados.

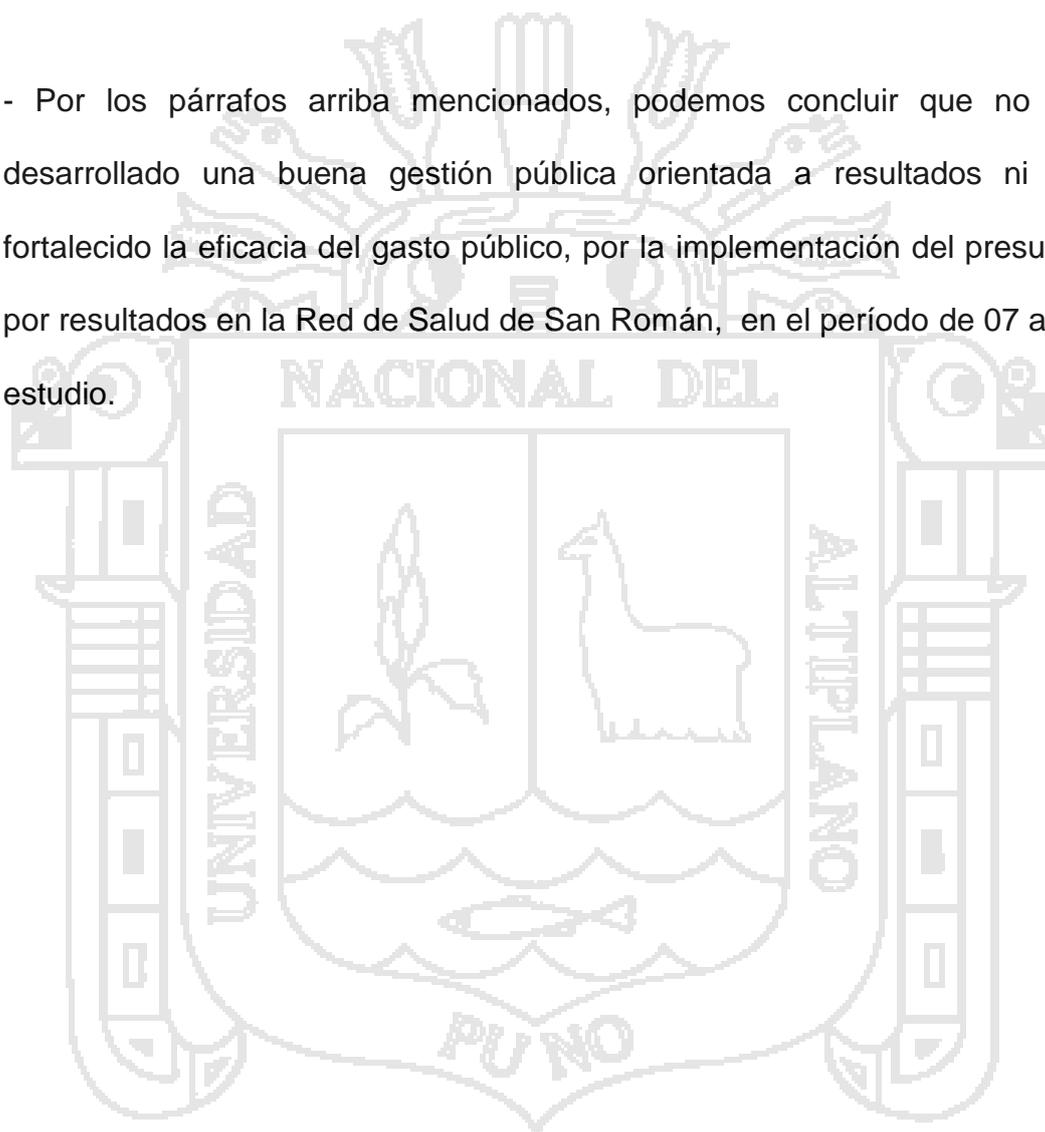
- La ejecución del presupuesto asignado por toda fuente de financiamiento, para la compra de bienes y servicios y bienes de capital o equipamiento no fueron ejecutados con optimismo, racionalidad y técnica de parte la oficina de Logística de la Red de salud San Román, por la misma que no eran trabajadores permanentes, ni capacitados para el buen manejo de la parte logística.

- En cuanto al manejo del recurso humano de profesionales y técnicos netamente asistenciales, así como el control, distribución con racionalidad y pago de remuneraciones de parte de la gestión y la oficina de personal, no fueron eficientes ni oportunos, como para que los programas estratégicos de presupuesto por resultado puedan alcanzar sus metas y objetivos esperados.

- No existió estabilidad laboral del personal contratado mediante la modalidad contratos administrativos de servicios CAS, destinado a los programas presupuestales, ya que semestral y anualmente han sido rotados por mandato del Gobierno Regional, quienes han realizado selección de personal mediante concursos permanentes, donde muchas veces el personal ganador fue mas teórico que practico, lo que trajo como consecuencia de no adecuarse rápidamente en el manejo de los programas presupuestales de salud.

- El rendimiento laboral del personal profesional y técnico, asignado a la producción de servicios de salud según los objetivos del programa del presupuesto por resultados fueron totalmente bajo en comparación con las escalas del rendimiento laboral establecido por la Organización Mundial de la Salud.

- Por los párrafos arriba mencionados, podemos concluir que no se ha desarrollado una buena gestión pública orientada a resultados ni se ha fortalecido la eficacia del gasto público, por la implementación del presupuesto por resultados en la Red de Salud de San Román, en el período de 07 años de estudio.



RECOMENDACIONES

- Continuar solicitando al Ministerio de Economía y Finanzas para que siga ampliándose el programa de presupuesto por resultados, gracias a dicho programa los diferentes actividades de salud puedan ampliar su cobertura y como también mejorar la calidad de los servicios de salud, pero para ello se debe mejorar la gestión pública con capacidad de liderazgo y gerenciar tomando decisiones a fin lograr los objetivos y las políticas que plantea la administración por resultados, en aras de lograr los objetivos estratégicos regionales, tales como: reducir la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años y reducir la mortalidad materna-perinatal.
- Se trata de seleccionar personal idonio y con experiencia y dar una estabilidad, así mismo debe haber permanente control y monitoreo por los responsables del programa estratégico y los de recurso humano, realizar buenas programaciones y formulaciones, para obtener una evaluación con resultados positivos donde efectivamente tenga impacto el programa del presupuesto por resultados.

- Para el buen manejo del proceso presupuestario se debe realizar un trabajo en equipo y con personal estable en la parte de logística, presupuesto, programación, responsables de programas y estadística, debe haber permanente capacitación y actualización del personal en el tema del manejo del presupuesto de acuerdo a las políticas y finalidades que plantea el programa del presupuesto por resultados.
- Para que la oficina de logística logre ejecutar el presupuesto de acuerdo a lo programado, se debe contar con los técnicos especialistas preparados y capacitados en el manejo de SIGA, SIAF y con conocimiento de programación, ya que la oficina de logística nunca aprobó al principio del año el Plan de Adquisiciones y Contrataciones (PAC); razón por la cual la ejecución del presupuesto lo realizan en los últimos meses del año, esto acarea la existencia permanente de bienes, insumos, equipos y medicina en los diferentes establecimientos de salud.
- En la oficina de recursos humanos se debe manejar el personal contratado por CAS principalmente, con criterio técnico y racionalizador, debe haber permanente coordinación con la oficina de planificación para establecer y manejar de acuerdo a las funciones que deben cumplir el personal y que deben estar establecidos de acuerdo al cuadro de asignación de personal CAP, y así mismo los contratos deben ser precisos y bien detallados las funciones que se le asigna al contratado, por lo que existen establecimientos de salud con exceso de personal y otros que carecen de personal.

- Las autoridades responsables de llevar adelante la selección de personal contratado en su modalidad de CAS, deben tener en cuenta que cuanto mas frecuente se realiza la rotación del personal es mas perjudicial para el establecimiento de salud y por ende no hay una secuencia de trabajo para lograr los objetivos y fines del programa del presupuesto por resultados, y por otro lado para realizar la selección mediante el concurso público, se debe cumplir los requisitos básicos, tales como: experiencia laboral, especialización, capacitación y actualización en materia de salud, planteamos esta decisión porque cada vez que se lleva a cabo el concurso de selección a nivel de gobierno Regional donde los mas beneficiados salen los recién egresados de los instituciones superiores y no así los que tienen mayor experiencia laboral.
- Para que por lo menos acerquen a las escalas de rendimiento laboral los trabajadores contratados entre profesionales de salud y técnicos asistenciales, deben haber permanente capacitación y sensibilización para lograr valores e identificación al trabajo, esto de parte de la gestión institucional y los coordinadores de los programas estratégicos, así mismo debe haber permanente control de asistencia y permanencia del personal a fin de que puedan cumplir con el horario de trabajo, y por último debe haber permanente monitoreo y supervisión de parte de los responsables de los principales programas de salud.
- Para que la gestión pública logre los resultados que fortalezca la eficacia del gasto público implementado por el programa de presupuesto por resultados, se

debe tomar en cuenta el liderazgo y capacidad de decisión en la conducción gerencial de la Red de Salud de San Román, partiendo desde la Dirección Ejecutiva y el Equipo de Gestión con la participación activa de todo el personal administrativo y asistencial, con el único propósito de lograr la misión y visión institucional y así mismo cumplir los objetivos estratégicos de acuerdo a los señalado en el plan estratégico institucional de mediano plazo y el plan concertado del Gobierno Regional de Puno.



BIBLIOGRAFÍA

Acuña, R. Huayta, F. Mesinas, J. (2012). *En Camino de un Presupuesto por Resultados*. Lima: Editorial FECAT.

Arnillas, Federico. (2007). *Presupuesto por Resultados: Actividades Prioritarias a Favor de la Infancia y Presupuesto Participativo*. Lima: Editorial EDILI S.A.

Chiavenato, I. (2006). *Introducción a la Teoría General de la administración*. México: Editora McGRAW-HILL.

Delgado, T. Inder, G. (2013). *Avances y Perspectivas en la Implementación del Presupuesto por Resultados en el Perú*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Gamero, J. G. (2011). *La Metodología del Presupuesto por Resultados*. Lima: Editorial FECAT.

Gamero, J. G. (2009). *Marco Estructural del Presupuesto por Resultados*. Lima: Editorial FECAT.

Gobierno Regional. (2013). *Plan de Desarrollo Regional Concertado Puno al 2021*. Puno: Impresiones Cooperación MERU E.I.R.L.

Mendoza, P. Robles, L. (2000). *Planeamiento Estratégico en Gerencia*. Lima: Editora Universidad Mayor de San Marcos.

Ministerio de Salud. (2001). *Manual de Indicadores Hospitalarios*. Lima: Editorial Camilo Carrillo No. 402, Jesus María.

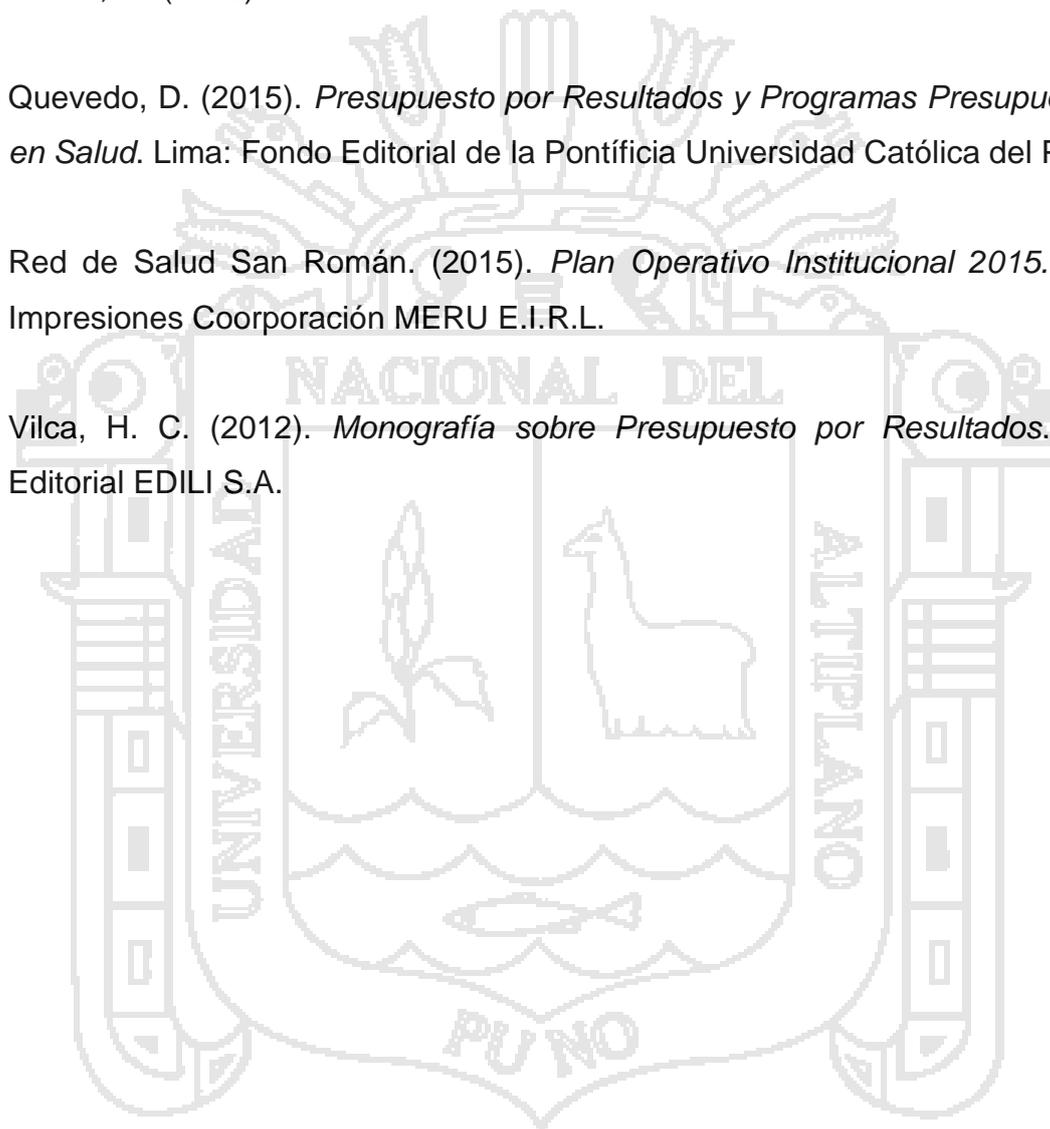
León, A. (2006). *Redess y Paquetes Básicos de Servicios de Salud*. Lima: Editorial Camilo Carrillo No. 402, Jesús María.

Parkin, M. (2009). *Economía General*. México: Editorial Pearsón Educación.

Quevedo, D. (2015). *Presupuesto por Resultados y Programas Presupuestales en Salud*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Red de Salud San Román. (2015). *Plan Operativo Institucional 2015*. Puno: Impresiones Cooperación MERU E.I.R.L.

Vilca, H. C. (2012). *Monografía sobre Presupuesto por Resultados*. Lima: Editorial EDILI S.A.



ANEXOS



ANEXO 1

ATENCIONES REALIZADOS POR PROFESIONALES DE SALUD, POR ESTABLECIMIENTO Y POR GRUPO ETAREO DEL AÑO 2010

ESTABLECIMIENTO	TOTAL	1-9ª	10-14ª	15-19ª	20-44ª	45-59ª	60ª +
	ATC	ATC	ATC	ATC	ATC	ATC	ATC
RED SALUD SAN ROMÁN	490256	236590	21006	28435	156442	19493	28290
HOSP. REG JULIACA CMM	51944	17793	1295	3318	23954	3195	2389
MICRO RED JULIACA	125661	68679	5202	5754	33412	4733	7881
P.S. VILCAPATA	20682	11107	901	1227	6383	341	723
P.S. CHINGORA	3187	1639	117	163	864	135	269
P.S. REVOLUCION	24865	15333	564	1072	6466	605	825
P.S. MARIANO MELGAR	12458	8759	249	374	2609	142	325
P.S. ACHAYA	6310	2728	239	319	1860	465	699
P.S. CAMINACA	9431	4622	604	349	2529	642	685
P.S. SAN PEDRO COLLANA	1523	666	112	54	435	145	111
C.S. NICASIO	3706	1714	195	343	1143	110	201
P.S. LARO	2734	1260	154	107	654	179	380
P.S. CALAPUJA	4946	2175	238	267	1280	362	624
C.S. SAMAN	12225	6678	763	436	3077	480	791
P.S. CHUCARIPO	8634	4117	363	396	2439	465	854
P.S. Chacamarca	0	0	0	0	0	0	0
P.S. CANCHI GRANDE	5524	2819	400	170	1362	261	512
P.S. MUNI GRANDE	4114	2204	137	292	1077	98	306
P.S. QUEJON MOCCO	5141	2824	155	174	1180	287	521
P.S. Muni Chico	0	0	0	0	0	0	0
P.S. JASANA GRANDE	181	34	11	11	54	16	55
MICRO RED CONO SUR	92266	45069	4249	5981	31063	2184	3720
C.S. CONO SUR	53253	23488	3133	3990	19896	911	1835
P.S. 9 DE OCTUBRE	12424	7934	391	447	3010	175	467
P.S. COLLANA JULIACA	1706	702	51	56	659	138	100
P.S. TAPARACHI	14008	7671	278	990	4424	358	287
C.S. CARACOTO	7518	3356	300	406	2392	430	634
P.S. Collana Chillora	0	0	0	0	0	0	0
P.S. SUCHIS	3357	1918	96	92	682	172	397
MICRO RED STA ADRIANA	155881	77042	6810	9450	51190	5211	6178
C.S. SANTA ADRIANA	62999	29184	1717	3602	24662	1859	1975
P.S. SANTA MARIA	17534	10408	506	1091	4438	568	523
P.S. CHOFERES	13055	7082	282	732	4104	317	538

P.S. SANTA CATALINA	15356	8489	622	698	4558	486	503
P.S. JORGE CHAVEZ	29433	14167	2227	1965	8593	1307	1174
P.S. CENTRAL ESQUENA	3685	1861	188	242	1145	86	163
P.S. ISLA	7543	3449	626	629	2144	259	436
P.S. RANCHO PUCACHUPA	2410	769	188	216	613	190	434
P.S. UNOCOLLA	3866	1633	454	275	933	139	432
MICRO RED CABANILLAS	28819	11460	1843	2280	8442	1815	2979
C.S. CABANILLAS	8625	3461	405	621	2813	535	790
P.S. HUATAQUITA	3544	1422	197	254	900	215	556
P.S. TINCOPALCA	2701	1018	70	181	1011	200	221
C.S. CABANA	8365	3338	903	960	1930	456	778
P.S. AYAGACHI	2143	993	83	103	694	177	93
P.S. COLLANA CABANA	3441	1228	185	161	1094	232	541
MICRO RED TARACO	35685	16547	1607	1652	8381	2355	5143
C.S. TARACO	8985	4555	334	479	2048	472	1097
P.S. HUANCOLLUSCO	3069	1531	53	155	730	163	437
P.S. JASANA POCCELLIN	2128	1092	54	70	511	110	291
P.S. PUQUIS	9111	3279	776	518	2654	785	1099
P.S. RAMIS	3698	1450	145	115	807	307	874
C.S. PUSI	8694	4640	245	315	1631	518	1345

ANEXO 2

ATENCIONES REALIZADOS POR PROFESIONALES DE SALUD, POR
ESTABLECIMIENTO Y POR GRUPO ETAREO DEL AÑO 2011

ESTABLECIMIENTO	TOTAL	1-9ª	10-14a	15-19a	20-44a	45-59a	60a +
RED SALUD SAN ROMAN	554630	272891	25856	30781	170070	20198	34834
HOSP. REG JULIACA CMM	51509	16279	1212	3119	23552	3909	3438
MICRO RED JULIACA	151818	85177	6243	6903	39324	4310	9861
P.S. VILCAPATA	30482	17141	1284	1726	8769	487	1075
P.S. CHINGORA	3640	1776	356	248	743	106	411
P.S. REVOLUCION	38102	22799	1055	1597	10354	683	1614
P.S. MARIANO MELGAR	19509	12667	501	675	4839	313	514
P.S. ACHAYA	6465	3189	333	293	1711	325	614
P.S. CAMINACA	7050	3673	462	373	1680	374	488
P.S. SAN PEDRO COLLANA	2277	981	126	112	590	182	286
C.S. NICASIO	3787	2015	114	176	829	167	486
P.S. LARO	3760	1576	240	203	955	265	521
P.S. CALAPUJA	3642	1861	195	175	807	109	495
C.S. SAMAN	12026	6104	420	448	3110	510	1434
P.S. CHUCARIPO	6586	3391	226	193	1640	388	748
P.S. Chacamarca	0	0	0	0	0	0	0
P.S. CANCHI GRANDE	4020	2579	193	218	760	59	211
P.S. MUNI GRANDE	4195	2325	319	199	916	119	317
P.S. QUEJON MOCCO	4754	2198	316	209	1425	137	469
P.S. MUNI CHICO	682	476	56	29	66	23	32
P.S. JASANA GRANDE	841	426	47	29	130	63	146
MICRO RED CONO SUR	119953	61015	7421	7682	35718	2893	5224
C.S. CONO SUR	69507	33328	5191	4709	22575	1494	2210
P.S. 9 DE OCTUBRE	17202	10044	1165	1156	4053	217	567
P.S. COLLANA JULIACA	1816	833	46	47	646	125	119
P.S. TAPARACHI	18901	10855	426	972	5531	398	719
C.S. CARACOTO	10049	4558	515	661	2551	542	1222
P.S. Collana Chillora	0	0	0	0	0	0	0
P.S. SUCHIS	2478	1397	78	137	362	117	387
MICRO RED STA ADRIANA	159701	78530	7567	9258	52431	4828	7087
C.S. SANTA ADRIANA	63904	27064	1178	4052	27458	1801	2351
P.S. SANTA MARIA	18733	12604	1578	702	3186	247	416
P.S. CHOFERES	15424	8797	966	692	4191	349	429

P.S. SANTA CATALINA	13533	7327	743	663	3856	377	567
P.S. JORGE CHAVEZ	27753	13538	1454	1648	8621	1300	1192
P.S. CENTRAL ESQUENA	3498	1742	199	187	1038	100	232
P.S. ISLA	6696	3283	414	476	1897	242	384
P.S. RANCHO PUCACHUPA	3922	1478	287	291	794	235	837
P.S. UNOCOLLA	6238	2697	748	547	1390	177	679
MICRO RED CABANILLAS	30206	12119	1733	2008	9165	2002	3179
C.S. CABANILLAS	11027	3849	475	756	3998	833	1116
P.S. HUATAQUITA	3136	1181	193	206	747	258	551
P.S. TINCOPALCA	2623	1228	79	118	844	169	185
C.S. CABANA	8587	3705	659	649	2161	486	927
P.S. AYAGACHI	1738	832	120	113	530	82	61
P.S. COLLANA CABANA	3095	1324	207	166	885	174	339
MICRO RED TARACO	41443	19771	1680	1811	9880	2256	6045
C.S. TARACO	13018	6583	671	570	2829	777	1588
P.S. HUANCOLLUSCO	3987	1794	103	198	1274	211	407
P.S. JASANA POCCELLIN	3057	1410	72	178	880	146	371
P.S. PUQUIS	5267	2602	265	241	1497	196	466
P.S. RAMIS	5298	1986	220	103	1243	294	1452
C.S. PUSI	10816	5396	349	521	2157	632	1761

ANEXO 3

ATENCIONES REALIZADOS POR PROFESIONALES DE SALUD, POR
ESTABLECIMIENTO Y POR GRUPO ETAREO DEL AÑO 2012

ESTABLECIMIENTO	TOTAL	1-9a	10-14a	15-19a	20-44a	45-59a	60a +
RED SALUD SAN ROMAN	602137	280215	27568	16723	219896	21677	36058
HOSP. REG JULIACA CMM	65114	15756	2149	2011	34185	5815	5198
ABLECIMIENTO	165916	84220	6587	5314	55566	4810	9419
P.S. VILCAPATA	38910	19205	2097	1396	14521	484	1207
P.S. CHINGORA	2744	1426	112	83	724	63	336
P.S. REVOLUCION	36154	19200	492	1111	13276	867	1208
P.S. MARIANO MELGAR	23234	13569	951	460	7310	349	595
P.S. ACHAYA	5037	2750	326	92	1373	137	359
P.S. CAMINACA	7465	3127	339	376	2899	395	329
P.S. SAN PEDRO COLLANA	2765	1112	163	107	811	198	374
C.S. NICASIO	5358	2068	412	341	1741	255	541
P.S. LARO	2864	1217	221	99	819	197	311
P.S. CALAPUJA	3524	1356	118	150	1110	230	560
C.S. SAMAN	11643	5737	350	259	3584	646	1067
P.S. CHUCARIPO	7173	3896	222	171	1855	384	645
P.S. Chacamarca	0	0	0	0	0	0	0
P.S. CANCHI GRANDE	4217	2540	236	145	911	67	318
P.S. MUNI GRANDE	4590	2363	259	207	1166	180	415
P.S. QUEJON MOCCO	4213	2104	72	137	1107	131	662
P.S. MUNI CHICO	1639	1039	84	50	203	108	155
P.S. JASANA GRANDE	1467	793	83	27	172	96	296
P.S. ESCURI	2919	718	50	103	1984	23	41
MICRO RED CONO SUR	125773	63516	5771	2698	45287	3108	5393
C.S. CONO SUR	74160	36087	3690	1562	28418	1764	2639
P.S. NUEVE DE OCTUBRE	16619	10227	593	227	4524	229	819
P.S. COLLANA JULIACA	1586	831	68	39	465	84	99
P.S. TAPARACHI	20594	9431	796	531	8821	441	574
C.S. CARACOTO	9315	5004	378	190	2396	415	932
P.S. Collana Chillora	0	0	0	0	0	0	0
P.S. SUCHIS	3499	1936	246	149	663	175	330
MICRO RED STA ADRIANA	183249	87307	9348	4538	68463	4847	8746
C.S. SANTA ADRIANA	72482	30463	1524	1720	34357	1861	2557
P.S. SANTA MARIA	26226	15527	3016	518	5565	524	1076

P.S. CHOFERES	19575	11139	1066	398	5977	318	677
C.S. SANTA CATALINA	14920	8780	1050	234	4077	243	536
C.S. JORGE CHAVEZ	30244	13272	1435	888	12245	1169	1235
P.S. CENTRAL ESQUENA	3844	2086	236	58	1106	84	274
P.S. ISLA	6221	2937	251	328	2172	132	401
P.S. RANCHO PUCACHUPA	4322	1366	234	87	1184	236	1215
P.S. UNOCOLLA	5415	1737	536	307	1780	280	775
MICRO RED CABANILLAS	23106	9876	1375	827	7383	1262	2383
C.S. CABANILLAS	8127	3259	627	310	2804	475	652
P.S. HUATAQUITA	3071	1304	139	112	754	203	559
P.S. TINCOPALCA	1945	820	105	69	627	171	153
C.S. CABANA	5777	2510	244	219	1944	213	647
P.S. AYAGACHI	1535	871	62	51	415	71	65
P.S. COLLANA CABANA	2651	1112	198	66	839	129	307
MICRO RED TARACO	38979	19540	2338	1335	9012	1835	4919
C.S. TARACO	12705	7616	1094	583	2104	396	912
P.S. HUANCOLLUSCO	3545	1522	77	84	1176	179	507
P.S. JASANA POCCELLIN	3613	1631	69	113	1287	196	317
P.S. PUQUIS	4424	2015	215	140	1371	171	512
P.S. RAMIS	4882	1798	274	205	1238	359	1008
C.S. PUSI	9810	4958	609	210	1836	534	1663

ANEXO 4

ATENCIONES REALIZADOS POR PROFESIONALES DE SALUD, POR ESTABLECIMIENTO Y POR GRUPO ETAREO DEL AÑO 2013

ESTABLECIMIENTO	TOTAL	1-9a	9-10ª	11-14a	15-17a	18-24a	25-29a	30-44	45-49a	50-59	60-79	80a +
TOTAL: RED DE SALUD SAN ROMAN	617138	17975	16298	14810	21901	80170	55488	83511	9835	14551	32208	6766
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO	62215	633	495	1220	2248	10681	7814	14466	2592	3824	5098	866
MR. JULIACA	130496	3935	4128	2756	6401	17315	10620	13582	1267	1833	4747	1155
P.S. ACHAYA	6223	254	124	248	272	547	399	732	146	221	331	53
P.S. CALAPUJA	4070	152	176	403	295	338	205	323	69	81	184	28
P.S. LARO	3845	143	277	255	267	211	160	465	105	162	255	101
C.S. NICASIO	4364	146	110	87	290	356	386	521	116	104	243	90
P.S. CANCHI GRANDE	3260	153	40	39	128	410	148	323	24	28	406	39
P.S. CHINGORA	2803	100	132	182	113	328	206	304	33	28	201	41
P.S. MARIANO MELGAR	20412	699	609	547	714	1910	1545	1910	94	214	592	179
P.S. REVOLUCION	40013	1142	895	575	2142	5848	3596	4736	372	592	1301	409
P.S. VILCAPATA	37663	904	1428	352	1667	6406	3414	3561	274	379	1150	189
P.S. ESCURI	7843	242	337	68	513	961	561	707	34	24	84	26
MR. CABANILLAS	29741	1045	1104	950	1503	2780	1635	4207	717	1356	2843	737
C.S. CABANA	8341	305	384	232	483	726	436	1193	152	334	680	280
P.S. AYAGACHI	1582	79	36	33	43	153	180	227	49	36	61	2
C.S. CABANILLAS	9707	322	407	264	487	1045	544	1234	250	478	931	165
P.S. COLLANA CABANA	4187	148	132	196	252	355	240	737	76	145	329	170
P.S. HUATAQUITA	2934	79	68	89	133	203	107	380	91	146	604	90
P.S. TINCOPALCA	2990	112	77	136	105	298	128	436	99	217	238	30
MR. CONO SUR	133895	3434	3693	3026	3382	18525	13068	17453	1366	2005	5605	1190
C.S. CARACOTO	13540	503	253	464	495	1233	1005	1814	278	415	1186	268
P.S. SUCHIS	3263	136	67	65	125	272	178	311	48	69	382	77
C.S. CONO SUR	72172	1639	2244	1721	1979	10302	7232	9834	665	974	2525	575
P.S. 9 DE OCTUBRE	20737	541	603	212	260	2856	2130	2104	127	213	632	148
P.S. COLLANA JULIACA	1849	96	59	91	53	99	177	185	40	62	175	27
P.S. TAPARACHI	22334	519	467	473	470	3763	2346	3205	208	272	705	95
MR. SAMAN	43098	1882	1418	1538	1739	3553	2342	5225	766	1095	3314	521
P.S. CAMINACA	8160	415	152	215	154	656	350	981	125	204	587	105
C.S. SAMAN	13227	503	316	381	565	1446	881	1750	219	256	782	114
P.S. CHUCARIPO	7538	269	357	346	409	596	487	1005	158	221	523	92
P.S. QUEJON MOCCO	5873	184	283	326	264	448	283	697	91	123	574	89
P.S. MUNI GRANDE	3282	207	93	85	135	222	153	358	64	61	303	47
P.S. SAN PEDRO COLLANA	1549	54	37	58	110	65	74	219	40	59	120	14
P.S. MUNI CHICO	1428	121	67	39	46	57	44	68	32	91	116	12
P.S. JASANA GRANDE	1936	119	109	87	56	59	63	143	36	75	298	48
P.S. CHACAMARCA	105	10	4	1	0	4	7	4	1	5	11	0

MR. SANTA ADRIANA	185006	5634	4747	3990	5090	24751	18162	24463	2275	3273	7145	1525
C.S. SANTA ADRIANA	64408	1737	612	920	1437	10406	7640	9357	845	1182	2045	479
P.S. CENTRAL ESQUENA	4027	110	85	49	279	464	422	371	19	39	166	59
P.S. CHOFERES	20983	650	1123	579	486	2618	1830	2461	93	184	605	75
P.S. ISLA	6867	197	144	203	383	1231	648	955	95	154	457	54
P.S. JORGE CHAVEZ	31753	911	408	545	897	4438	3355	5016	484	684	1111	162
P.S. RANCHO PUCACHUPA	4677	158	99	140	128	456	362	733	187	250	809	227
P.S. SANTA CATALINA	19732	943	498	749	379	2001	1397	1750	199	221	619	117
P.S. SANTA MARIA	26325	743	1313	475	796	2382	2084	2881	232	304	788	238
P.S. UNOCOLLA	6234	185	465	330	305	755	424	939	121	255	545	114
MR. TARACO	32687	1412	713	1330	1538	2565	1847	4115	852	1165	3456	772
C.S. PUSI	5742	225	234	88	115	485	206	472	117	274	845	182
C.S. TARACO	11139	570	156	376	542	1033	772	1311	238	281	764	183
P.S. HUANCOLLUSCO	4350	236	107	327	307	220	238	523	145	114	333	82
P.S. JASANA POCCELLIN	3160	134	73	119	67	193	198	395	79	135	337	81
P.S. PUQUIS	4170	92	80	129	238	426	262	751	80	149	598	135
P.S. RAMIS	4126	155	63	291	269	208	171	663	193	212	579	109



ANEXO 5

ATENCIONES REALIZADOS POR PROFESIONALES DE SALUD, POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y POR GRUPO ETAREO DEL AÑO 2014

E	TOTAL	1-9a	10-11A	12-14a	15-17a	18-24	25-29	30-44	45-49	50-59	60-79	80 +
TOTAL: RED DE SALUD SAN ROMAN	722246	63780	25009	26068	26961	101785	70420	111853	13581	19532	36447	8104
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO	81147	1277	600	4276	3422	15564	10658	20361	3730	5365	5864	907
MR. JULIACA	151758	14406	5884	5298	5333	20547	13826	18658	2041	2944	6355	1455
P.S. ACHAYA	7743	632	342	676	556	439	372	955	246	321	795	125
P.S. CALAPUJA	2776	198	40	120	113	260	191	398	52	106	294	45
P.S. LARO	4147	490	220	319	262	246	262	602	64	206	290	168
C.S. NICASIO	5735	519	182	192	254	531	442	955	259	229	504	119
P.S. CANCHI GRANDE	5190	581	271	304	264	544	295	415	57	52	415	45
P.S. CHINGORA	3716	229	97	93	88	439	321	285	43	122	338	39
P.S. MARIANO MELGAR	23326	1597	698	830	896	2942	2455	2683	171	425	737	229
P.S. REVOLUCION	48187	6563	2744	1179	856	6411	4147	5566	634	873	1487	400
P.S. VILCAPATA	3129	491	201	128	128	347	282	350	70	42	150	24
P.S. ESCURI	7445	311	58	27	537	1151	614	666	33	19	123	24
P.S. GUADALUPE	40364	2795	1031	1430	1379	7237	4445	5783	412	549	1222	237
MR. CABANILLAS	34012	3695	1358	2280	1778	3711	2260	4897	937	1382	2792	779
C.S. CABANA	7800	843	364	429	433	824	479	1152	146	299	603	247
P.S. AYAGACHI	1891	220	71	62	64	132	189	348	86	54	114	8
C.S. CABANILLAS	13961	1632	538	1218	840	1749	995	1838	355	531	972	229
P.S. COLLANA CABANA	3485	324	92	169	187	409	199	575	77	111	332	149
P.S. HUATAQUITA	3058	156	86	154	103	292	193	427	94	129	518	131
P.S. TINCOPALCA	3817	520	207	248	151	305	205	557	179	258	253	15
MR. CONO SUR	153440	15340	5518	4820	5181	23307	15394	21879	1684	2460	5475	1276
C.S. CARACOTO	17551	1365	455	430	936	1890	1099	2581	439	682	1875	480
P.S. SUCHIS	4007	235	115	169	131	510	281	591	46	86	273	65
C.S. CONO SUR	83719	10661	4164	3399	2924	13215	8361	11860	784	1151	1941	437
P.S. 9 DE OCTUBRE	22620	1726	466	284	591	2861	2226	2471	150	194	642	122
P.S. COLLANA JULIACA	1910	243	83	102	43	174	201	295	29	71	176	42
P.S. TAPARACHI	23633	1110	235	436	556	4657	3226	4081	236	276	568	130
MR. SAMAN	49864	4088	1954	2401	2859	4694	3392	7351	1164	1755	4495	758
P.S. CAMINACA	9962	761	268	456	546	1084	792	1768	181	383	650	112
C.S. SAMAN	14984	1165	476	678	835	1717	1275	2169	290	395	1181	149
P.S. CHUCARIPO	8168	911	593	488	421	726	457	1172	234	287	703	138
P.S. QUEJON MOCCO	6247	444	284	305	422	416	293	808	113	199	664	97
P.S. MUNI GRANDE	3154	119	54	140	272	376	240	646	91	52	240	59
P.S. SAN PEDRO COLLANA	1650	160	62	71	119	56	98	165	22	65	162	14
P.S. MUNI CHICO	2118	203	77	75	83	101	120	254	96	217	238	48
P.S. JASANA GRANDE	2255	222	88	141	86	150	44	182	67	105	521	128
P.S. CHACAMARCA	1326	103	52	47	75	68	73	187	70	52	136	13
MR. SANTA ADRIANA	206061	21320	8185	4852	6498	29860	21802	30891	2693	3781	6779	1726
C.S. SANTA ADRIANA	72583	5080	1779	1183	2366	13428	8567	12924	1064	1380	1926	488
P.S. CENTRAL ESQUENA	4956	193	72	77	94	524	638	778	36	38	133	80
P.S. CHOFERES	25156	3699	1412	594	798	3339	2838	3428	153	267	770	122
P.S. ISLA	7024	548	245	302	368	1013	665	872	103	193	319	65
P.S. JORGE CHAVEZ	36273	2680	895	598	846	5082	4429	6384	545	759	1059	242
P.S. RANCHO PUCACHUPA	3803	343	137	155	128	376	303	504	173	262	574	223

P.S. SANTA CATALINA	21509	2033	867	813	767	2813	2027	2364	243	241	691	123
P.S. SANTA MARIA	29161	6203	2438	841	833	2588	1896	2840	196	292	733	266
P.S. UNOCOLLA	5596	541	340	289	298	697	439	797	180	349	574	117
MR. TARACO	45964	3654	1510	2141	1890	4102	3088	7816	1332	1845	4687	1203
C.S. PUSI	8134	408	141	168	242	685	541	898	132	338	1168	315
C.S. TARACO	15977	1615	713	863	750	1623	1042	2634	397	570	1255	375
P.S. HUANCOLLUSCO	6697	708	191	463	343	390	372	1010	205	293	711	181
P.S. JASANA POCCELLIN	4481	234	101	174	210	385	410	717	156	157	576	132
P.S. PUQUIS	5915	437	270	166	138	659	463	1338	155	201	556	102
P.S. RAMIS	4760	252	94	307	207	360	260	1219	287	286	421	98



ANEXO 6

ATENCIONES REALIZADOS POR PROFESIONALES DE SALUD, POR ESTABLECIMIENTO Y POR GRUPO ETAREO DEL AÑO 2015

GRUPO ETAREO ESTABLECIMIENTOS	TOTAL	1-9a	10-11a	12-14a	15-17	18-24	25-29	30-44	45-49	50-59	60-79	80 +
TOTAL: RED DE SALUD SAN ROMAN	902943	74504	29303	28209	39300	129122	91518	156171	22476	32513	52811	10667
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO	148887	3085	1125	5441	6985	26611	18545	37178	7044	11524	14487	2434
MR. JULIACA	187294	16308	7100	4825	7433	27320	19893	28869	3469	4619	6992	1436
P.S. ACHAYA	7185	558	269	424	373	636	424	1032	218	333	804	159
P.S. CALAPUJA	4678	549	158	199	217	439	320	730	152	192	261	55
P.S. LARO	3120	210	105	128	147	200	216	690	89	170	333	67
C.S. NICASIO	4697	359	159	177	153	413	304	1011	171	241	292	82
P.S. CANCHI GRANDE	4830	338	154	175	156	593	297	503	79	55	475	89
P.S. CHINGORA	4001	335	115	104	151	444	295	384	60	135	146	50
P.S. MARIANO MELGAR	29282	2297	1276	1125	1239	4247	2932	4821	548	533	808	164
P.S. REVOLUCION	62170	7144	3536	1498	1511	8588	6776	8778	1175	1726	2029	374
P.S. VILCAPATA	4276	491	107	189	211	508	418	802	140	117	134	52
P.S. ESCURI	13284	500	198	58	374	2575	1578	2348	117	108	142	24
P.S. GUADALUPE	49771	3527	1023	748	2901	8677	6333	7770	720	1009	1568	320
MR. CABANILLAS	44382	5099	1801	1776	2546	4612	3973	7551	1462	1951	3580	902
C.S. CABANA	10663	995	281	365	548	1028	1035	2013	271	517	872	324
P.S. AYAGACHI	2259	277	116	74	116	157	321	370	78	89	119	12
C.S. CABANILLAS	18149	2619	986	831	1225	1991	1639	2690	504	694	1172	221
P.S. COLLANA CABANA	4489	568	187	197	264	536	376	760	129	134	332	114
P.S. HUATAQUITA	4938	336	82	196	241	518	356	781	227	281	839	185
P.S. TINCOPALCA	3884	304	149	113	152	382	246	937	253	236	246	46
MR. CONO SUR	151652	13798	4872	3365	7912	21967	15812	23831	2532	3900	6325	1266
C.S. CARACOTO	15398	1114	455	442	734	1917	1229	2418	367	612	1498	469
P.S. SUCHIS	3692	189	68	102	154	354	200	626	85	215	467	88
C.S. CONO SUR	78947	9309	3411	1726	5654	11010	7474	11212	1219	1839	2366	384
P.S. 9 DE OCTUBRE	26427	1645	427	457	715	4079	3274	4604	380	455	901	131
P.S. COLLANA JULIACA	2354	194	89	101	79	224	238	399	95	212	188	54
P.S. TAPARACHI	24834	1347	422	537	576	4383	3397	4572	386	567	905	140
MR. SAMAN	66763	6404	2934	3828	3782	5395	4379	11108	2220	2748	6188	1241
P.S. CAMINACA	13034	1191	490	681	614	1241	829	2419	424	692	1163	159
C.S. SAMAN	19776	1845	714	1048	1248	1710	1483	3232	578	633	1510	246
P.S. CHUCARIPO	10480	1220	668	928	693	831	577	1430	402	402	933	156
P.S. QUEJON MOCCO	6720	551	310	409	339	534	389	1119	208	209	561	102
P.S. MUNI GRANDE	5032	292	109	212	471	554	428	1230	166	153	462	129
P.S. SAN PEDRO COLLANA	3386	471	308	182	202	168	194	436	161	225	199	34
P.S. MUNI CHICO	1760	251	46	103	80	65	143	249	54	145	122	37
P.S. JASANA GRANDE	5079	402	191	184	88	224	233	832	191	250	1149	342
P.S. CHACAMARCA	1496	181	98	81	47	68	103	161	36	39	89	36
MR. SANTA ADRIANA	243052	22739	8477	6021	7995	38337	25041	37497	3805	5134	8223	1841
C.S. SANTA ADRIANA	95402	9140	3160	1810	2644	18194	11490	15172	1433	1988	2807	601
P.S. CENTRAL ESQUENA	5467	259	84	64	122	796	584	904	51	77	187	46
P.S. CHOFERES	25457	1936	705	510	675	4420	2912	4025	395	439	1013	165
P.S. ISLA	7330	623	266	319	407	1247	539	1101	138	202	363	84
P.S. JORGE CHAVEZ	44136	3282	1019	985	1503	5771	4583	7655	729	948	1260	250
P.S. RANCHO PUCACHUPA	4159	278	185	184	183	521	336	730	181	219	510	132
P.S. SANTA CATALINA	24422	1752	786	950	904	3124	1692	3164	311	389	750	202
P.S. SANTA MARIA	30611	5042	2126	951	1230	3514	2386	3626	380	432	789	241

P.S. UNOCOLLA	6068	427	146	248	327	750	519	1120	187	440	544	120
MR. TARACO	60913	7071	2994	2953	2647	4880	3875	10137	1944	2637	7016	1547
C.S. PUSI	14819	2045	857	627	542	1036	1019	1798	333	742	1901	486
C.S. TARACO	21005	3178	1244	935	930	1686	1143	3296	579	670	1952	451
P.S. HUANCOLLUSCO	6468	627	220	307	286	574	368	1121	231	290	824	175
P.S. JASANA POCCELLIN	4865	310	122	386	216	338	365	702	164	262	685	123
P.S. PUQUIS	7019	623	372	250	288	790	639	1576	245	183	698	90
P.S. RAMIS	6737	288	179	448	385	456	341	1644	392	490	956	222

