

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN - HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS CONTABLES Y FINANCIERAS



**EL PRESUPUESTO POR RESULTADOS Y LOS
PROGRAMAS PRESUPUESTALES ESTRATÉGICOS DE
SALUD EN LA RED SALUD DE DOS DE MAYO
2013-2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
CONTADOR PÚBLICO**

**TESISTAS: CHRISTIAN JESÚS MINCHOLA ESCOBAR
OLIVIA WILMINA CALDAS SANTIAGO
LEONARDO MARCOS ANGULO**

ASESOR: Mg. JORGE ROSALES ALBORNOZ

**HUÁNUCO – PERÚ
2018**

DEDICATORIA

A nuestros padres y hermanos,
guías de nuestro camino
hacia lo correcto y laborioso
motivo de grandeza
que logra en nuestras almas la fortaleza
para seguir superándonos día a día
en el vaivén del incierto destino.

Christian, Olivia y

AGRADECIMIENTO

Nuestros más sinceros agradecimientos a nuestros docentes de la Facultad de Ciencias Contables y Financieras, por haber volcado sus conocimientos y experiencias para nuestra formación profesional.

A nuestro Asesor Mg. Jorge Rosales Albornoz por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestra tesis.

A las autoridades y funcionarios de la Red de Salud de Dos de Mayo por su desprendimiento y apoyo, por habernos brindado información necesaria para desarrollar nuestro trabajo de investigación.

A mis colegas, Christian Jesús, Olivia Wilmina y Leonardo, por habernos apoyado mutuamente y trabajado en equipo en el desarrollo del presente trabajo de investigación hasta lograr nuestro objetivo.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación sobre el Presupuesto por Resultados y los Programas Presupuestales Estratégicos de Salud en la Red Salud de Dos de Mayo 2013 - 2017, se ha desarrollado, por cuanto la Red de Salud Dos de Mayo ha sido creado como Unidad Ejecutora 406 Salud Dos de Mayo del Pliego Gobierno Regional del Departamento de Huánuco, mediante Ley N° 29812, Ley de Presupuesto del Sector Público 2012 y se da el reconocimiento como tal mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 665-2013-GRH/PR, el 07 de mayo de 2013., En este sentido, y a partir del año 2013 es implementado progresivamente varios programas estratégicos de salud con el presupuesto por resultados. Sin embargo, para el presente trabajo de investigación se han considerado solamente los programas de articulación nutricional, salud materno neonatal y tuberculosis, virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (TBC-VIH/SIDA). Se han planteado los objetivos correspondientes, se han obtenido los presupuestos en valores absolutos, y se han logrado analizar los resultados y procesos alcanzados en los programas presupuestales estratégicos de salud antes señalados. Se han señalado otros trabajos afines como antecedentes, se han consignado las bases teóricas que fundamentan el trabajo, especialmente sobre las variables principales y dimensiones. En cuanto al marco metodológico, se han descrito el

tipo de investigación, los métodos aplicados para su desarrollo como son los métodos deductivo, inductivo y analítico; así mismo, se han determinado una muestra representativa con la finalidad de aplicar el instrumento para recopilar los datos. Finalmente, los datos recopilados se han procesado y los resultados se han presentado en cuadros y gráficos, y estos han ayudado a probar las hipótesis planteadas, que luego de la discusión de resultados se han planteado las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN	ix

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA¹¹

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.2.1 Problema General	17
1.2.2 Problemas Específicos	18
1.3 OBJETIVOS	18
1.3.1 Objetivo General	18
1.3.2 Objetivos Específicos	19
1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	19
1.4.1 Justificación	19
1.4.2 Importancia	20
1.5 DELIMITACIÓN	20
1.5.1 Espacial	20
1.5.2 Universo o Población	21
1.5.3 Temporal	21
1.6 LIMITACIONES	21
1.7 HIPÓTESIS, VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES	22
1.7.1 HIPÓTESIS	22
1.7.2 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES	22

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS REALIZADOS	24
2.2 BASES TEÓRICAS	25
2.2.1 Presupuesto por Resultados	25

2.2.2	Características del Presupuesto por Resultados	26
2.2.3	Instrumentos del PpR	27
2.2.4	Proceso Presupuestario	29
2.2.5	Gasto Público	32
2.2.6	Funciones del Gasto Público	33
2.3	PROGRAMAS ARTICULADOS A LA SALUD	35
2.3.1	Programas Estratégicos Presupuestales	35
2.3.2	Programa Presupuestal Estratégico Articulado Nutricional	40
2.3.3	Programa Presupuestal Estratégico Salud Materno Neonatal	51
2.3.4	Programa Presupuestal Estratégico Tuberculosis/VIH-SIDA	60
2.4	DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS	79

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	82
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	83
3.2.1	Población	83
3.2.2	Muestra	83
3.3	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	84
3.3.1	Encuesta	84
3.3.2	Análisis Documental	84
3.4	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	85

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1	Presupuesto por Resultados de la Red Salud de Dos de Mayo	87
4.2	Resultados de la Encuesta	91
4.2.1	Presupuesto por Resultados	92
4.2.2	Programa Articulado Nutricional (PAN)	96
4.2.3	Programa de Salud Materno Neonatal	107
4.2.4	Programa TBC/VIH	114
4.3	Contrastación de hipótesis	117
4.3.1	Contrastación de la hipótesis específica 1	117

4.3.2	Contrastación de hipótesis específica 2	120
4.3.3	Contrastación de la hipótesis específica 3	123
4.3.4	Contrastación de la hipótesis general	126

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1	Discusión de Resultados.....	130
-----	------------------------------	-----

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

NOTA BIOGRÁFICA

INTRODUCCIÓN

La implementación del Presupuesto por Resultados (PpR) se inició en el 2008 en el sector de salud y educación. Este modelo, a nuestro juicio de este estudio tiene una serie de ventajas para afianzar la transparencia y de permitir descubrir las limitaciones sectoriales de los modelos de atención-provisión (en salud y educación) y de tipo macro y micro administrativo del Estado. Descubierta el potencial del PpR, su implementación ha sido progresiva y se continúa en ello, aún se tiene que superar una serie de dificultades que deberán ser resueltas a nivel sectorial y gobiernos locales, regionales y nacionales, procurando a la modernización del Estado.

En el Presupuesto por Resultados se priorizaron inicialmente dos sectores, Salud y Educación, y para el 2008 se priorizaron cinco programas estratégicos: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Logros de Aprendizaje, Acceso a la Identidad y Acceso a Servicios Sociales y Oportunidades de Mercado. Se crean estos programas a consecuencia de un problema grave en los niños con desnutrición crónica, esta desnutrición tiene efectos en el aprendizaje del niño, y consecuentemente como futuro ciudadano.

En el presente trabajo de investigación, sobre el Presupuesto por Resultados en la Red de Salud de dos de Mayo, referido a los periodos 2013 – 2017, de todos los programas considerados en el presupuesto, solamente se ha trabajado con tres programas que hemos creído son los más importantes, Programa Articulado Nutricional (PAN), Programa

Materno Neonatal y el Programa TBC – VIH/SIDA, durante el cual se han obtenido informaciones muy importantes que pueden coadyuvar a mejorar en cuanto a su implementación.

El trabajo de investigación se encuentra estructurado de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias Contables y Financieras, Anexo N° 02 Perfil de la Estructura de la Tesis.

El Capítulo I, comprende el planteamiento del problema y la formulación, los objetivos generales y específicos así como la justificación e importancia de la investigación, delimitación, las hipótesis, variables, dimensiones e indicadores. El Capítulo II, comprende el marco teórico, donde se consigna los antecedentes y la investigación bibliográfica de las variables principales de la investigación y las dimensiones.

El Capítulo III, comprende el marco metodológico donde se consignan los métodos, población y muestra, técnicas e instrumentos aplicados en el trabajo de campo de la investigación.

El Capítulo IV, comprende los resultados del trabajo de campo con la aplicación de la estadística, donde se han consignado los cuadros, gráficos, análisis e interpretación, y la contrastación de las hipótesis.

El Capítulo V, comprende la discusión de resultados del trabajo de campo, se comparan con los referentes bibliográficos y los resultados obtenidos.

Finalmente, se presenta las conclusiones, las recomendaciones y los anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Hasta antes del año 2007, la gestión presupuestaria tradicional en el Perú, estaba basada en el Presupuesto por Programas, caracterizado por ser un sistema de presupuestación de tipo incremental, no asociado a productos ni resultados, responder a presiones políticas de gasto que prevalecen sobre los objetivos, realizar evaluaciones que enfatizan en la cantidad del gasto en lugar de la calidad del mismo, y administrado mediante procesos gerenciales centrados en procedimientos antes que en resultados, generando ineficacia e ineficiencia en la acción pública. Esto es considerado y discutido en diversos foros y cursos por funcionarios públicos y académicos, apreciándose que es una situación que debe ser superada a la luz de experiencias de otros países y propuestas de las Naciones Unidas.

Era evidente una débil integración entre las diversas fases del proceso presupuestario, además que la función de evaluación presupuestaria estaba insuficientemente desarrollada, la cual dificultaba la mejora de la asignación presupuestaria sobre la base de la información de los resultados obtenidos cada año. En

general, las metas que se monitoreaban estaban referidas a los insumos y no productos o resultados.

La dación de la Ley Marco de Presupuesto Participativo¹, ha constituido el primer intento por implementar un mecanismo de asignación equitativa, racional, eficiente y transparente de los recursos públicos, tendientes a fortalecer las relaciones Estado-Sociedad Civil, facultando a los representantes de las organizaciones sociales a intervenir directamente en la priorización de la inversión pública y a participar en mecanismos de control social, a fin de supervisar el cumplimiento de los compromisos asumidos, fomentar la rendición de cuentas y promover el fortalecimiento de capacidades.

El Presupuesto Participativo en el Perú, tanto en la programación como en la ejecución, mantiene serios desajustes con la realidad, está divorciado de los objetivos estratégicos de los planes de desarrollo concertados por el Estado y la Sociedad Civil, persistiendo en la población las carencias más sentidas por la ausencia de resultados visibles y socialmente apreciados.

En el 2007 se ha decidido modernizar la manera de elaborar el presupuesto público, así se ha iniciado la implementación del Presupuesto por Resultados (PpR) a pilotarse en el 2008 en el

¹ Ley N° 28056 Ley Marco del Presupuesto Participativo

sector de salud y educación. Este modelo, a nuestro juicio de este estudio tiene una serie de ventajas para afianzar la transparencia y gobernabilidad del país. Además tiene el potencial de permitir descubrir las limitaciones sectoriales de los modelos de atención-provisión (en salud y educación) y de tipo macro y micro administrativo del Estado. Descubierta el potencial del PpR, su implementación tendrá que superar una serie de dificultades que deberán ser resueltas y/o impulsar a nivel sectorial y a nivel de la modernización del Estado.

De esta manera, en el Perú a través del Ministerio de Economía y Finanzas, se ha venido implementando progresivamente el Presupuesto por Resultados² en el que se priorizaron inicialmente dos sectores, Salud y Educación, y que para el 2008 se priorizaron cinco programas estratégicos: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Logros de Aprendizaje, Acceso a la Identidad y Acceso a Servicios Sociales y Oportunidades de Mercado. Se crean estos programas a consecuencia de un problema grave en los niños con desnutrición crónica, esta desnutrición tiene efectos en el aprendizaje del niño, que son básicos para el futuro ciudadano. Las cifras de desnutrición a nivel mundial en los países en vías de desarrollo son alarmantes, Latinoamérica y el Perú no se excluyen de estas cifras.

² Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2007, Ley N° 28927, Capítulo IV.

La desnutrición infantil tiene secuelas irreversibles: baja talla para la edad; limitación de las capacidades físicas, emocionales o intelectuales, entre otras. A largo plazo, la desnutrición reducirá la productividad de la persona y perjudicará directamente el crecimiento económico de la familia. Combatir la desnutrición implica proteger el capital humano del país y prever este recurso para su participación en la economía y el desarrollo del país.

Para el 2009, se incorporaron cuatro programas adicionales: Gestión ambiental prioritaria: Acceso a agua potable y disposición sanitaria de excretas en poblaciones rurales; Acceso a servicios públicos esenciales de telecomunicaciones en áreas rurales y Acceso a energía en localidades rurales.

Para el 2010, se incorporaron seis programas adicionales, para el 2011, se diseñaron seis programas presupuestales estratégicos, y así sucesivamente se ha implementado el presupuesto por resultados a nivel de gobierno nacional y gobiernos regionales y gobiernos locales, que a la fecha el PpR se ha convertido en una herramienta de gestión moderna en el sector público.

Mediante Ley N° 29812, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2012, inciso k) se crea la Unidad Ejecutora 406 Salud Dos de Mayo del Pliego Gobierno Regional del Departamento de Huánuco, y se da el reconocimiento como tal mediante Resolución

Ejecutiva Regional N° 665-2013-GRH/PR del 07 de mayo de 2013. En este sentido, a partir del año 2012 la Red de Salud Dos de Mayo es una Unidad Ejecutora y a partir del año 2013 es implementado con el presupuesto y la ejecución correspondiente.

Las micro redes conformantes de la Red de Salud de Dos de Mayo abarca las provincias de Dos de Mayo, Lauricocha, y Yarowilca, y son: Micro Red de La Unión, Chuquis, Marías, Pachas, Quivilla, Ripan, Shunqui, Sillapata, Yanas, Jesús, Baños, Jivia, Queropalca, Rondos, San Francisco de Asis, San Miguel de Cauri, Chavinillo, Cahuac, Chacabamba, Aparicio Pomares, Jacas Chico, Obas, Pampamarca y la Micro Red de Choras.

En la Red de Salud Dos de Mayo, a pesar que el presupuesto tiene cada año un incremento (como se puede observar en el Tabla siguiente) aún existen problemas de eficacia y calidad en el gasto público, ya sea porque la población no tiene acceso a los servicios que debería, porque la calidad de los mismos es inferior a la óptima o porque los recursos públicos no han conseguido revertir tendencias históricas de mal desempeño de las políticas o programas públicos y de la instituciones encargadas de implementarlas. No obstante, los problemas se evidencian con mortalidad materna, mortalidad infantil, la desnutrición materno neonatal, casos de TBC, la ineficiente cobertura de parto institucional, mortalidad por emergencias y urgencias médicas, ineficiencia en el control y prevención de la salud

mental; es decir, el proceso presupuestario actual no contribuye totalmente con la eficacia y calidad del gasto público en la medida que no está orientada a la planificación, consecución y medición de resultados ya sea por la falta de articulación del planeamiento con el presupuesto desde una perspectiva de resultados; la abundancia e inconsistencia de normas que dificultan la gestión institucional y no promueven un enfoque por resultados; la debilidad en los sistemas de información, seguimiento y evaluación en los sectores e instituciones que den cuenta clara y oportuna de la situación de los resultados y productos; la poca capacidad de gestión de las instituciones orientada a resultados, medida tanto en términos de los recursos humanos como en términos de los mecanismos que promuevan la articulación de objetivos; la escasa rendición social de cuentas y participación informada de la sociedad civil en el proceso de toma de decisiones; un ordenamiento institucional y de funciones que no facilita el logro de resultados; y las fuertes inequidades geográficas y económicas de los distritos y provincias donde se encuentran ubicadas las micro redes de Salud de Dos de Mayo.

EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE LA RED SALUD DE DOS DE MAYO

PRESUPUESTO ANUAL	PIA	PIM	EJECUTADO	%
2013	10,792,652	17,244,362	16,186,875	93.87
2014	11,757,616	21,047,021	20,504,247	97,42
2015	13,532,961	17,509,431	17,163,198	98.02
2016	13,412,581	19,506,374	19,445,621	98.69
E 2017	16,140,569	22,462,787	22,036,992	98.10

FUENTE: Red Salud Dos de Mayo.
ELABORACIÓN: Propia

el presente trabajo de investigación, se han considerado los problemas de algunos programas que maneja la Red de Salud de Dos de Mayo, que por cierto todos los programas son importantes por ello están considerados en el presupuesto; sin embargo, también es de notar que no todos los programas han tenido el mismo presupuesto, algunos tienen presupuestos significativos y otros un presupuesto bajo, en este sentido, lo que se pretende es conocer los resultados de los programas con mayor presupuesto y que son más comunes y de mayor atención que los demás. De esta manera el estudio va estar centrado en los programas de articulación nutricional, salud materno neonatal y TBC/VIH.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿De qué manera estuvo relacionado el presupuesto por resultados respecto a los programas presupuestales

estratégicos de salud en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017?

1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cómo estuvo relacionado el presupuesto por resultados respecto al programa articulado nutricional en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017?
2. ¿Cómo estuvo relacionado el presupuesto por resultados con el programa salud materno neonatal en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017?
3. ¿Cómo estuvo relacionado el presupuesto por resultados con el programa TBC/VIH en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Analizar los resultados y procesos alcanzados del presupuesto por resultados en los programas presupuestales estratégicos de salud en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Analizar los resultados y procesos alcanzados del presupuesto por resultados con el programa articulado nutricional en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.
2. Analizar los resultados y procesos alcanzados del presupuesto por resultados con el programa salud materno neonatal en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.
3. Analizar los resultados y procesos alcanzados del presupuesto por resultados con el programa TBC/VIH en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

1.4.1. Justificación

El Presupuesto por Resultado (PpR), es entendido como la reforma presupuestal del sector público, que tiene como finalidad de mejorar la calidad del gasto público en los programas estratégicos establecidos, en este caso, en la Red de Salud de dos de Mayo y que se hace necesario conocer en qué medida este presupuesto ha contribuido en el logro de los resultados del programa articulado nutricional, así como los otros programas como salud materno neonatal y TBC/VIH;

es decir, la población se encuentra satisfecha con las acciones y los recursos brindados por la Red Salud Dos de Mayo, la situación actual presenta un cambio con la aplicación del presupuesto por resultados respecto a la calidad de vida de la población involucrada.

1.4.2. Importancia

El Estado, mediante sus representantes viene implementando estrategias de asignación de recursos hacia programas estratégicos a nivel nacional, promoviendo prácticas con miras a mejorar la calidad del gasto público y a modernizar la gestión administrativa a través del PpR, es por ello de vital importancia que el presupuesto no puede limitarse al ámbito técnico y administrativo sino necesariamente a un contenido social.

1.5 DELIMITACIÓN

El presente trabajo se ha delimitado en tres dimensiones básicas que toda investigación cuenta para realizar el estudio, y son las siguientes delimitaciones:

1.5.1. Espacial

El presente estudio ha estado circunscrito en la Red Salud Dos de Mayo, provincia del mismo nombre y departamento de Huánuco.

1.5.2. Universo o Población

El presente trabajo ha comprendido a la población involucrada en los programas estratégicos de la Red de Salud Dos de Mayo.

1.5.3. Temporal

El periodo que ha comprendido el estudio corresponde al ejercicio presupuestario de los años fiscales 2013 - 2017.

1.6 LIMITACIONES

Toda investigación tiene limitaciones y se han observado en perspectiva las siguientes limitaciones:

- La dificultad y el tiempo necesario para recopilar informaciones sobre el presupuesto que se vienen ejecutando y de los años anteriores.
- La Red de Salud de Dos de Mayo comprende tres provincias, cuya geografía dificulta visitar a todas las micro redes.
- Existen pocos trabajos sobre el tema de presupuesto por resultados en nuestra Región, relacionados a programas desagregados de nutrición, materno neo natal y de tuberculosis / VIH SIDA.

1.7 HIPÓTESIS, VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

1.7.1. Hipótesis General

El presupuesto por resultados tiene relación directa en la ejecución de los programas presupuestales estratégicos de salud en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 – 2017.

1.7.2. Específicas

1. El presupuesto por resultados tiene relación directa con el programa articulado nutricional en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.
2. El presupuesto por resultados tiene relación directa con el programa salud materno neonatal en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.
3. El presupuesto por resultados tiene relación directa con el programa salud TBC/VIH en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.

1.7.3. VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

Variable 1

Presupuesto por resultados.

Variable 2

Programas presupuestales estratégicos de salud.

Dimensiones e Indicadores

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Variable 1 PRESUPUESTO POR RESULTADOS	Presupuesto Institucional de Apertura Presupuesto Institucional Modificado Ejecución del presupuesto anual	Valores monetarios y % Valores monetarios y % Valores monetarios y %
Variable 2 PROGRAMAS PRESUPUESTALES ESTRATÉGICOS DE SALUD	Programa Articulado Nutricional Programa de Salud Materno Neonatal. Programa TBC/VIH	Acciones de vigilancia, investigación y tecnologías en nutrición. Familia con niños menores de 36 meses desarrollan prácticas saludables. Aplicación de vacunas completas. Atención a niños con CRED completo para su edad. Administrar a niños con suplemento de hierro y vitamina A. Vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano. Atención a niños con IRA Atención a niños con EDA Monitoreo, supervisión, evaluación y control del PAN Atención a niños con diagnóstico de IRA con complicaciones. Administración de suplemento de hierro y ácido fólico a gestantes. Atención a niños con diagnóstico de parasitosis intestinal. Monitoreo, supervisión, evaluación y control de la salud materno neonatal. Servicios de salud para prevención del embarazo a adolescentes. Atención a la gestante con complicaciones. Atención de parto normal. Atención de parto complicado quirúrgico (cesárea) Atención del puerperio. Mejoramiento del acceso al sistema de referencia institucional. Atención al recién nacido. Monitoreo, supervisión, evaluación y control de VIH/SIDA – tuberculosis. Despistaje de TBC sintomáticos respiratorios. Entrega a adultos y jóvenes varones de consejería y tamizaje para ITS y VIH/SIDA

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS REALIZADOS

En la biblioteca de la UNHEVAL no se han encontrado trabajos relacionado al presente estudio, sin embargo, se ha obtenido un trabajo afín en el sector de educación.

Mora Paz, Alberto (2012). *“Plan Estratégico para Instrumentar el Presupuesto Basado en Resultados en la Secretaría de Educación Pública con el Fin de Mejorar la Calidad del Gasto Público”*

Estudio que ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Derivado de la investigación se detectó que los responsables de estructurar el presupuesto no utilizan la información del Sistema de Evaluación del Desempeño, aunado a que no se aplica la metodología de marco lógico (MML) para la asignación de los recursos, por lo tanto existe una errónea presupuestación que conlleva a generar subejercicios.
- La investigación logro definir y establecer el marco jurídico y normativo específico para elaborar el Presupuesto Basado en Resultados en las dos direcciones a cargo de los programa PER y PRONABES.

- Se definieron los flujos de carga, revisión y autorización de la información y el calendario para la coordinación de las actividades de planeación, programación, presupuesto y evaluación de la información del desempeño entre las áreas involucradas en el proceso presupuestario.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. Presupuesto por Resultados

Desde la perspectiva del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), define la metodología de Presupuesto por Resultados (PpR):

*“comprende la aplicación en el ciclo presupuestal, de principios y técnicas para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de intervenciones con una articulación clara y sustentada entre bienes y servicios a ser provistos a un determinado grupo o población objetivo (productos) y los cambios generados en el bienestar ciudadano (resultados), a ser logrados, bajo criterios de eficiencia, eficacia y equidad”.*³

La metodología de PpR viene siendo aplicada desde el año 2007, y contiene procesos y métodos aplicables al ciclo presupuestal que han sido desarrollados a partir de una base conceptual definida y la experiencia práctica de los funcionarios de la DNPP. La metodología de PpR es aplicada a temáticas que son priorizadas por los tomadores de decisión

³<http://www.mef.gob.pe/index>.

dentro del Estado, e involucra la intervención de diferentes organizaciones estatales en función de la problemática que es analizada bajo este nuevo enfoque. Los temas analizados constituyen los denominados Programas Estratégicos, que involucran diferentes sectores, tal como está detallado en las siguientes tablas.

2.2.2. Características del Presupuesto por Resultados

Cambia el énfasis pasando de las instituciones a los resultados que valora y requiere el ciudadano: en la lógica tradicional, en el Congreso y al interior del Poder Ejecutivo se debaten las asignaciones presupuestarias en función de las instituciones, mientras que en la lógica del PpR, las negociaciones y asignaciones deben realizarse en función de los resultados y el desempeño de los ejecutores.

- Otro énfasis que cambia es el pasar de los insumos a los productos: tradicionalmente se asigna el presupuesto según los insumos (remuneraciones, bienes y servicios, etc.), que se enmarcaban bajo un programa o proyecto, mientras que con el PpR esas asignaciones se hacen por insumos conectados a producto (vacunas aplicadas, libros distribuidos, etc.) estructuras de costos y modelos operativos.

- Con la reforma presupuestaria se pasa del “incrementalismo” a la cobertura de productos: bajo el PpR, primero debe establecerse recursos según coberturas de productos y después se distribuye por instituciones según el papel que desempeñan. En tal sentido, la aplicación de esta metodología obliga a desarrollar estructuras de costos y a calcular costos unitarios de los productos que se entrega al ciudadano, información esencial para cuantificar lo que cuesta un producto y después distribuir el presupuesto por instituciones según el rol que tienen en la entrega del producto.
- Se involucra en acciones que propicien una gestión efectiva del Estado, yendo más allá del simple control financiero que se reduce a verificar si se gastó lo asignado según los marcos normativos.
- Utiliza información de desempeño referida a los resultados logrados con los recursos públicos y a los costos de alcanzar dichos resultados, la misma que es utilizada en las decisiones de asignación presupuestal.

2.2.3. Instrumentos del PpR

Según la Guía Metodológica establecida por el

Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)⁴, para la programación presupuestaria estratégica se cuenta con los siguientes instrumentos.

- a. La Programación Presupuestaria Estratégica:** En la que se definen los resultados de la gestión pública que inciden directamente sobre la ciudadanía y, sobre la base de evidencia científica primordialmente, se definen aquellos productos (incluyendo estructuras de costos) que inciden sobre esos resultados, asignándose después el presupuesto correspondiente.
- b. El Sistema Integrado de Gestión:** Que permite la sistematización de los procesos de programación operativa y ejecución, según estructuras de costos y metas de provisión de productos, permitiendo además, monitorear la cadena de provisión logística hasta el punto de atención al ciudadano.
- c. El Seguimiento de los indicadores de resultado y de producto:** Que parte desde el cálculo de líneas de base hasta los arreglos institucionales con otras entidades generadoras de información primaria y cuyo monitoreo sostiene la interpretación y evaluación presupuestaria, al

⁴Guía Metodológica para la programación Presupuestaria Estratégica. MEF. Pág. 11. 2008.

tiempo que permite validar las cadenas lógicas propuestas.

d. Las Evaluaciones de Diseño y Ejecución

Presupuestaria: En la que evaluadores independientes evalúan los resultados alcanzados por ciertos programas, líneas presupuestarias o entidades públicas, permitiendo con ello justificar la toma de decisiones en materia presupuestal en el marco del PpR. Se contemplan Evaluaciones de Programas/Proyectos Y Evaluaciones de Impacto.

2.2.4. Proceso Presupuestario

Según la Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto Ley N° 28411⁵ (Publicado el 08-12-2004), según el artículo 14° Fases del proceso presupuestario, numeral 14.1 El proceso presupuestario comprende las fases de Programación, Formulación, Aprobación, Ejecución y Evaluación del Presupuesto, de conformidad con la Ley Marco de la Administración Financiera del Sector Público - Ley N° 28112. Dichas fases se encuentran reguladas genéricamente por el presente título y complementariamente por las Leyes de Presupuesto del Sector Público y las Directivas que emita la Dirección Nacional del Presupuesto Público.

⁵Ley General del Sistema Nacional De Presupuesto - LEY N° 28411, (Publicado el 08-12-2004).

2. Programación Presupuestaria

Se sujeta a las proyecciones macroeconómicas contenidas en el artículo 4 de la Ley de Responsabilidad y Transparencia Fiscal - Ley N° 27245, modificada por la Ley N° 27958. La previsión de gastos debe considerar, primero, los gastos de funcionamiento de carácter permanente, como es el caso de las planillas del personal activo y cesante, no vinculados a proyectos de inversión, así como sus respectivas cargas sociales; segundo, los bienes y servicios necesarios para la operatividad institucional; tercero, el mantenimiento de la infraestructura de los proyectos de inversión; cuarto, las contrapartidas que por efecto de contratos o convenios deban preverse; quinto, los proyectos en ejecución; y finalmente, la ejecución de nuevos proyectos.

3. Formulación Presupuestaria

Se determina la estructura funcional-programática del pliego, la cual debe reflejar la lógica de las intervenciones definidas con un enfoque por resultados para lograr los objetivos institucionales y los de política pública, debiendo estar diseñada a partir de las categorías presupuestarias consideradas en el clasificador presupuestario respectivo. Asimismo, se determinan las metas en función de la

escala de prioridades y se consignan las cadenas de gasto y las respectivas fuentes de financiamiento. "La estructura de la cadena funcional-programática es propuesta, considerando los criterios de tipicidad y atipicidad, por la Dirección Nacional del Presupuesto Público, a los pliegos para su aprobación.

4. Ejecución Presupuestaria

Está sujeta al régimen del presupuesto anual y a sus modificaciones conforme a la Ley General, se inicia el 1 de enero y culmina el 31 de diciembre de cada año fiscal. Durante dicho período se perciben los ingresos y se atienden las obligaciones de gasto de conformidad con los créditos presupuestarios autorizados en los Presupuestos.

5. Evaluación Presupuestaria

Se realiza la medición de los resultados obtenidos y el análisis de las variaciones físicas y financieras observadas, en relación a lo aprobado en los presupuestos del Sector Público, utilizando instrumentos tales como indicadores de desempeño en la ejecución del gasto. Esta evaluación constituye fuente de información para fase de programación presupuestaria, concordante con la mejora de la calidad del gasto público.

2.2.5. Gasto Público

Villegas A. (1992)⁶, define como “...las erogaciones dinerarias que realiza el Estado en virtud de ley para cumplir sus fines consistentes en la satisfacción de necesidades públicas”. Analiza el mencionado autor esta definición afirmando que el gasto público lo conforman erogaciones dinerarias ya que, en la época moderna, tanto su estimación y ejecución están valoradas en términos monetarios, y están representadas en dinero o en bienes que pueden ser objeto de valoración monetaria. Finalmente, es un gasto que se realiza para cumplir los fines del Estado consistentes en la satisfacción de las necesidades de la colectividad, ya que esta es la finalidad principal que se le ha otorgado a la actividad financiera pública; con respecto a esta finalidad hay que señalar que no siempre todas las erogaciones del tesoro público responden a la satisfacción de necesidades, y por ello no dejan de ser catalogados como gasto público. Se considera que en la medida en que el gasto público contribuya a la satisfacción de necesidades será más legítimo (principio de legitimidad del gasto), pero aún en aquellos casos en que no se aplique tal principio sigue existiendo el gasto público si cumple con el resto de las condiciones arriba mencionadas;

⁶Villegas, Héctor. Curso de Finanzas Públicas, Derecho Financiero y Tributario. Pág. 42. 1992.

por eso, la necesidad pública es el presupuesto de legitimidad del gasto público, pero no su presupuesto existencial.

2.2.6. Funciones del Gasto Público

A. Función Social (Redistributiva): Como lo afirma Fariñas (1986)⁷ Intenta la mejora de las condiciones de vida de la población de menores ingresos, financiando esta función con los recursos que recauda de los sectores de la población que percibe la mayor porción de la renta nacional. El producto de la actividad económica se distribuye en forma desigual entre los diferentes agentes económicos que participan en ella (empresarios, empleados, obreros, sus grupos familiares); algunos grupos obtienen ingresos más que suficientes para satisfacer sus necesidades diversas, mientras otros no logran cubrir sus necesidades básicas con el bajo nivel de ingresos disponibles. La actividad financiera del Estado intenta recaudar recursos de los estratos de mayor ingreso. Para financiar la satisfacción de necesidades de los sectores más pobres (salud, educación, seguridad, etc.) a través del gasto público, y de esta forma puede contribuir a una redistribución socialmente más justa de

⁷Fariñas, Guillermo (1986). Temas de Finanzas Públicas, Derecho Tributario e Impuesto sobre la renta. 3ra edición. Caracas

los recursos. Esta premisa teórica no siempre se cumple en la realidad, y aún en los casos en que se materializa en la práctica no es posible lograr una igualdad total entre todos los integrantes de la población. Sin embargo, en la medida en que el gasto público cumpla con su función redistributiva contribuye a mejorar los niveles de satisfacción de necesidades en una colectividad. Esta misma función del gasto público le permite al Estado devolver a la actividad económica los recursos que ha sustraído de ella.

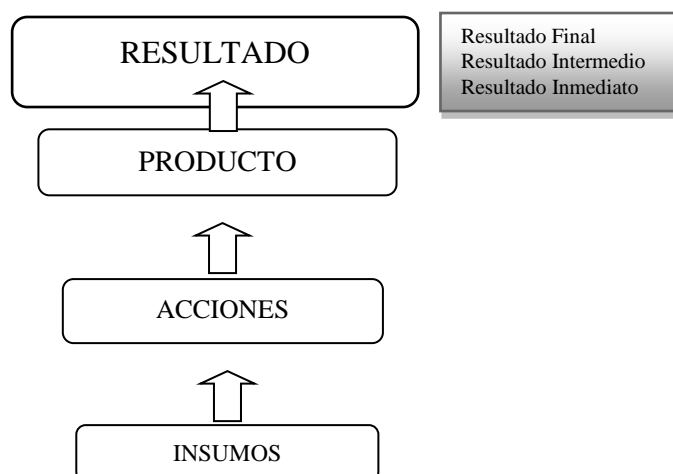
B. Función Económica (Reguladora): Tiene por finalidad de regular o incentivar la actividad económica de un sector o de todo un país. Por ejemplo, la entrega de subsidios a ciertas empresas que aún no alcanzan un nivel aceptable de competitividad en los mercados nacionales e internacionales puede estimular la producción de determinados bienes y servicios, con los consiguientes efectos sobre los niveles de empleo (esto suele ocurrir con frecuencia en el sector agrícola).

C. Función Administrativa: Se incluyen aquellas erogaciones que se realizan para mantener en funcionamiento el aparato estatal (sueldos, materiales, mantenimiento de inmuebles, gastos electorales, etc.)

2.3 PROGRAMAS ARTICULADOS A LA SALUD

2.3.1. Programas Estratégicos Presupuestales

Definidos como intervenciones articuladas del Estado, entre sectores y por niveles de gobierno, en torno a la resolución de un problema central que aqueja a la población del país. Constituye el elemento de gestión fundamental del presupuesto por resultados. Se basa en un modelo causal, permite establecer cadena de responsabilidades.



La década de los 90 marcó hitos en los temas vinculados a la supervivencia infantil. Tecnologías de bajo costo como la terapia de rehidratación oral, la vacunación contra enfermedades prevalentes, la capacitación de promotores de salud, entre otras, contribuyeron de manera significativa en la reducción de la mortalidad infantil a nivel de País. La supervivencia infantil había logrado avances

sustantivos, más la generalización de la pobreza no produjo el mismo efecto en la “calidad de supervivencia de los niños” expresada por el alto porcentaje de desnutrición crónica infantil. Según ENDES 2000, Cusco era la segunda Región del País después de Huancavelica con un elevado porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica (43.2%). En el año 2006, la inversión en los Programas Sociales especialmente en el vaso de leche, ascendió a 108.4 millones de nuevos soles, el gasto per cápita en el programa de alimentación complementaria era de 210.9 soles, asimismo se identificó una asignación incorrecta de recursos para estos programas sociales, se encontró que las filtraciones y subcobertura de estos programas eran altos (por ejemplo en Tumbes había una filtración de 58% y una subcobertura del 70%), asimismo el 32.6% de beneficiarios eran no pobres y el 15.3% eran mayores de 13 años y menores de 64, en tanto el porcentaje de desnutrición seguía alto principalmente en regiones andinas y amazónicas. Frente a esta situación se dan una serie de reformas (fusión de programas sociales) y la ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007, en el Capítulo IV (Ley N° 28927), dispone el inicio progresivo del Presupuesto por Resultados (PpR) en el Perú; priorizando 11 líneas de acción con los Pliegos de los Ministerios de Educación, Salud, Mujer y Desarrollo Social,

Transportes y Comunicaciones, RENIEC y Gobiernos Regionales. El trabajo coordinado entre el MEF y las entidades mencionadas determinó el diseño de intervenciones articuladas, bajo el enfoque de la programación presupuestaria estratégica, orientadas a cinco resultados fundamentales para la superación de la pobreza y la exclusión:

1. Reducción de la desnutrición crónica en niños menores de cinco años;
2. Reducción de la mortalidad materna y neonatal;
3. Elevar el nivel de aprendizaje en comunicación integral y pensamiento lógico matemático;
4. Elevar la proporción de peruanos con registro de nacimiento y DNI; y
5. Asegurar las condiciones de viabilidad terrestre para que mejore el acceso de las poblaciones rurales pobres a los servicios sociales básicos y oportunidades de mercado.

Estos resultados clave dan origen a cinco conjuntos de intervenciones (Programas Presupuestarios Estratégicos), para los cuales se identifican metas e indicadores con una perspectiva multianual. Cabe mencionar, que es la primera vez que el Presupuesto de la República programa y formula un conjunto de intervenciones con una vinculación de causa

– efecto, con objetivos comunes y resultados prioritarios, los cuales son cuantificables y auditables por la población y los diferentes actores de la gestión pública” A partir de la Ley del Presupuesto para el Sector Público del año fiscal 2007, las Leyes de Endeudamiento, Equilibrio Financiero y Crédito Fiscal, verificable en la que corresponde al año fiscal 2008, se establecen 11 prioridades en correspondencia con el mandato Constitucional, el Acuerdo Nacional y, los tres últimos Marcos Macroeconómico Multianuales como siguen:

1. Registro de nacimientos y de identidad.
2. Atención a la mujer gestante.
3. Atención al niño menor de cinco años.
4. Atención de enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas.
5. Atención de neonato menor de 29 días.
6. Control de asistencia de profesores y alumnos.
7. Atención educativa prioritaria a niños y niñas de 5 a 7 años.
8. Formación matemática y comprensión de lectura al final del primer ciclo de primaria.
9. Supervisión, monitoreo, asesoría pedagógica y capacitación a docentes.
10. Atención a infraestructura escolar en condiciones de riesgo.

11. Abastecimiento de agua segura y vigilancia y control de la calidad de agua para consumo.

En la Ley correspondiente al año fiscal 2008 se precisan agruparlas en los siguientes Programas Estratégicos nacionales:

1. Salud materno-neonatal.
2. Articulado nutricional.
3. Logros de aprendizaje al terminar el III ciclo.
4. Acceso a la identidad y,
5. Acceso a los servicios básicos y,
6. Oportunidades de mercado”

Asimismo en dicha Ley ya se precisa que para el año 2009: “La PCM a propuesta del MEF establece la incorporación de nuevos programas estratégicos para la Programación y Formulación del Presupuesto 2009, relacionados a los objetivos de reducción de la pobreza, mejora de la competitividad y conservación del medio ambiente se prioriza los siguientes:

1. Electrificación rural.
2. Saneamiento rural.
3. Telecomunicación rural.
4. Conservación del medio ambiente en zonas rurales y también en zonas urbanas”

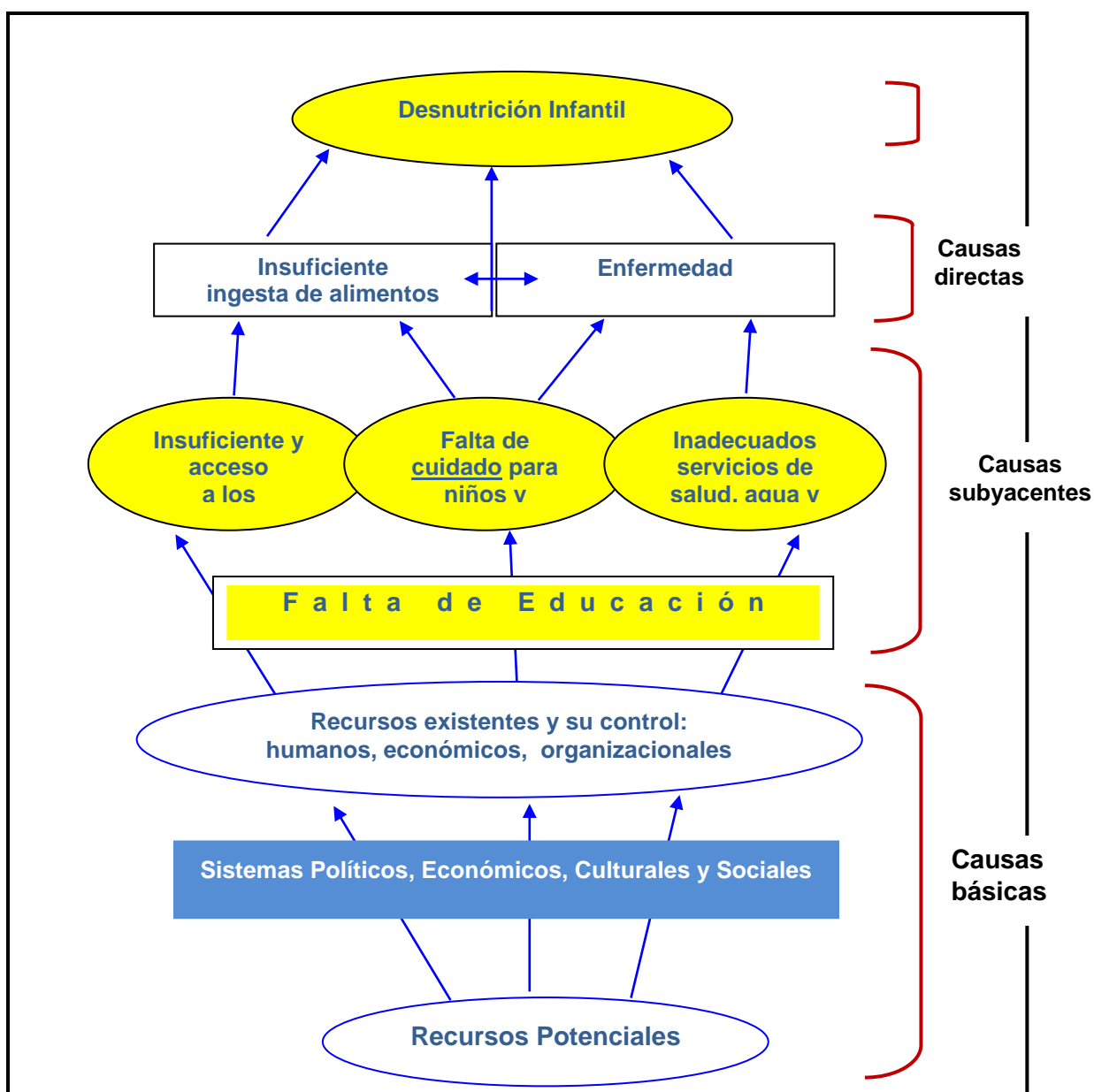
Ley de Presupuesto del Sector Público año Fiscal 2009, “Durante el año fiscal 2009 se continuará con el diseño de los Programas Estratégicos y sectoriales en los que ya se inició la aplicación del Presupuesto por Resultados, que están a cargo de los Ministerios de Salud, Educación, Transportes y Comunicaciones, Vivienda, Construcción y Saneamiento, Mujer y Desarrollo Social” (Disposiciones Finales, Segunda)

2.3.2. Programa Presupuestal Estratégico Articulado Nutricional

El Programa Presupuestal Estratégico (PPE) “Programa Articulado Nutricional” (PAN) tiene como objetivo la reducción de la Desnutrición Crónica en niños menores de cinco años, estableciendo como estrategia: mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses, reducir la morbilidad en infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedades diarreicas agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes, así como reducir la incidencia de bajo peso al nacer. Para lograr los resultados planteados en el Programa, intervienen en este esfuerzo, principalmente MIMDES, como sector responsable del PPE, así como los sectores de Salud, PCM (JUNTOS), Instituto Nacional de Salud-INS y Seguro Integral de Salud-SIS y las regiones a través de las Direcciones Regionales de Salud. “Dado que el modelo lógico del Programa Articulado Nutricional se

respalda en el modelo conceptual elaborado por UNICEF sobre desnutrición, es importante para el análisis del diseño del PAN conocer los factores determinantes del modelo conceptual y sus relaciones. Entre las causas inmediatas a la desnutrición, el modelo considera la ingesta inadecuada de alimentos y la existencia de enfermedades, que tienen como causas subyacentes: el acceso insuficiente a los alimentos en los hogares; la escasez de servicios sanitarios y un entorno poco saludable; y, la atención inadecuada a las mujeres y los niños. En consecuencia, el modelo en referencia, considera la existencia de causas diversas e interrelacionadas (multicausalidad de la desnutrición), y refiere que, para subsanarlas se necesitan de intervenciones de carácter multisectorial. Por tanto, consideramos que el carácter integral de las intervenciones y la articulación de los mismos, constituyen parte importante para la obtención de resultados, en este caso, a través del Programa Articulado Nutricional PAN”

Marco Conceptual de la Desnutrición Infantil



Fuente: UNICEF

2.3.2.1. La desnutrición infantil en el Perú

La malnutrición se define como una condición fisiológica anormal causada por un consumo insuficiente, desequilibrado excesivo de los macronutrientes que aportan energía alimentaria (hidratos de carbono, proteínas y grasas)

y los micronutrientes (vitaminas y minerales) que son esenciales para el crecimiento y el desarrollo físico y cognitivo. Se manifiesta de muchas formas, entre ellas:

- Subalimentación y desnutrición: ingesta de alimentos que es insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria.
- Deficiencias de micronutrientes: son deficientes en una o más vitaminas y minerales esenciales.
- Sobre nutrición y obesidad: una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede perjudicar la salud.

Uno de los principales males sociales en el Perú es la desnutrición crónica, que aún afecta a un importante porcentaje de los niños menores de 5 años.

La desnutrición infantil tiene secuelas irreversibles: baja talla para la edad; limitación de las capacidades físicas, emocionales o intelectuales, entre otras. A largo plazo, la desnutrición reducirá la productividad de la persona y perjudicará directamente el crecimiento económico de la familia. Combatir la desnutrición implica proteger el capital humano del país y prever este recurso para su participación en la economía y el desarrollo del país.

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 de caer en un cuadro de desnutrición crónica. Existen una serie de enfermedades, muy comunes en los niños, que facilitan tal condición.

En este contexto de alta prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, localizada especialmente en regiones rurales y de bajos recursos, el Estado ha establecidos lineamientos de política para contribuir a la reducción de esta problemática. En este sentido se ha establecido el Programa Articulado Nutricional (PAN), que se relaciona con el Plan Bicentenario Nacional 2012-2020, el cual tiene como prioridad el reducir la desnutrición en el país.

La disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica y la mejora de indicadores del estado nutricional de los niños y niñas, está enmarcada en la Política

Nacional desarrollada en Plan de Desarrollo Nacional del 2012 -2021, bajo la concepción estratégico del Desarrollo Humano Sostenible Basado en Derechos, cuyo objetivo nacional es garantizar la dignidad de las personas y pleno ejercicio de los derechos humanos a través de fomentar la Seguridad Alimentaria garantizada con énfasis en la nutrición adecuada de los infantes y las madres gestantes.

Un círculo vicioso La desnutrición actúa como un círculo vicioso: las mujeres desnutridas tienen bebés con un peso inferior al adecuado, lo que aumenta las posibilidades de desnutrición en las siguientes generaciones. En los países en desarrollo, nacen cada año unos 19 millones de niños con bajo peso (menos de 2.500 gramos).

La desnutrición, al afectar a la capacidad intelectual y cognitiva del niño, disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida. Limita, por tanto, la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir, a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y de su país. Cuando la desnutrición se perpetúa de generación en generación, se convierte en un serio obstáculo para el

desarrollo y su sostenibilidad. Entre los factores para la malnutrición infantil tenemos las siguientes:

La anemia por déficit de hierro es estimada a partir del nivel de hemoglobina en la sangre. Es una carencia que a nivel nacional afecta a cuatro de cada diez niñas y niños menores de tres años de edad (43,0%), es más frecuente en el área rural (52.3%) que en el área urbana (40.2%), en el primer semestre 2016.

Entre el año 2015 y el primer semestre 2016, la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de tres años muestra una constante de 43.5%.

La lactancia materna exclusiva es la práctica de alimentar a la niña o niño con solo leche materna, libre de contaminantes y gérmenes, previene las infecciones respiratorias agudas y refuerza su sistema inmunológico, razón por la cual es considerada como el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales de la niña o niño durante los primeros seis meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados como agua o jugos.

En el primer semestre 2016, el 66.7% de las madres manifestaron que alimentan a los menores de seis meses de edad con la leche materna, siendo esta práctica mayor en el área rural (83.8%) que en el área urbana (59,5%).

Entre el año 2013 y el primer semestre 2016, la prevalencia de la lactancia materna revela que en el área urbana se mantiene en 59,5% y en el área rural aumento de 83,0% a 80,8%.

Las vacunas son sustancias médicas que son capaces de inducir una respuesta inmunológica en un ser vivo, esta respuesta conferida por los anticuerpos es capaz de producir protección de las enfermedades conocidas como inmuno-prevenibles.

Las vacunas básicas completas para niñas y niños menores de 36 meses comprenden una dosis de BCG, tres dosis de DPT, tres dosis contra la Poliomielitis y una dosis contra el Sarampión.

En el primer semestre 2016, el 70.3% de menores de 36 meses recibieron vacunas básicas completas para su edad, este valor es similar en el área urbana (70.6%) pero menor en el área rural (69.3%).

El rotavirus es un virus que causa diarrea (a veces severa) mayormente en bebés y niños pequeños. Suele estar acompañada de vómitos y fiebre y puede traducirse en deshidratación. La vacuna contra el rotavirus es una vacuna oral; no se inyecta.

A nivel nacional, en el primer semestre 2016, el 80.9% de los menores de 12 meses fueron inmunizados contra el rotavirus; proporción mayor respecto a la estimación del año 2013 (78,1%). Según área de residencia, en el área urbana pasó de 76.9% a 81.5%; mientras que en el área rural no se aprecian diferencias significativas.

El neumococo es una bacteria que provoca enfermedades graves como la otitis media o la neumonía. También puede pasar a la circulación sanguínea causando meningitis e infecciones en la sangre que ponen en peligro la vida del menor. La vacuna contra el neumococo está incluida en el esquema nacional de vacunación y se aplica a los dos, cuatro y seis meses de vida, además de un refuerzo al año de edad.

En relación a los menores de 12 meses con vacuna neumococo y rotavirus tenemos que a nivel nacional, en el primer semestre 2016, el 78.0% proporción mayor en

relación al año 2013 (75.1%). Según área de residencia, en el área urbana paso de 74.3% a 78.5; mientras que el área rural no hay cambios significativos.

Las Infecciones Respiratorias Agudas “IRA” son un conjunto de enfermedades que afectan las vías respiratorias y son causadas tanto por virus como por bacterias. Este grupo de enfermedades son la principal causa de morbimortalidad en niñas y niños menores de cinco años y en personas mayores de 60 años de edad. Las IRA son más frecuentes cuando se producen cambios bruscos en la temperatura y en ambientes muy contaminados.

A nivel nacional, en el primer semestre 2016, el 18,4% de los menores de tres años de edad tuvo una Infección Respiratoria Aguda en las dos semanas anteriores al día de la entrevista; proporción que evidencia un aumento respecto a la estimación del año 2013 (14,8%). Según área de residencia, en el área rural fue 19.7% y en la urbana, 17,9%.

La Enfermedad Diarreica Aguda es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y

frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas. La EDA está considerada entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, particularmente entre las niñas y niños que viven en medio de pobreza, bajo nivel educativo y saneamiento inadecuado. En el primer semestre 2016, a nivel nacional el 16,7% de niñas y niños menores de tres años de edad tuvieron Diarrea en las dos semanas anteriores al día de la entrevista, proporción que fue mayor en el área rural (17.3%) pero menor en la urbana (16.5%). Respecto a las estimaciones del año 2013, muestran en el área urbana un incremento de 14,6% a 16,5% y en el área rural, de 17,0% a 17,3%.

Hogares con Agua Tratada.- El agua tiene una estrecha relación con la vida de las personas pues es un agente esencial de salud o enfermedad. Si el agua está contaminada se convierte en uno de los principales vehículos de transmisión de enfermedades, las que afectan a los grupos más desprotegidos de la población, entre ellos, a las niñas y niños. Se entiende como agua tratada aquella que proviene de la red pública o de aquella que no proviniendo de la red pública en el hogar

le dan algún tratamiento antes de beberla; tal como: la hierven, clarifican, desinfectan solamente o consumen agua embotellada. A nivel nacional, al I Semestre 2016 el 96.4% de los hogares tienen acceso a agua segura, proporción que es mayor en el área urbana (98,4%) que en el área rural (90,6%). En esta última se usan formas alternativas de desinfección del agua para beber.

2.3.3. Programa Presupuestal Estratégico Salud Materno Neonatal

El Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (PPSMN) es uno de los cinco primeros programas presupuestales implementados en el País a partir del año 2008, este prioriza intervenciones efectivas basadas en evidencias a favor de la salud de la madre y el neonato.

Las intervenciones del PPSMN, se focalizan en tres momentos del ciclo de vida: antes del embarazo, durante el embarazo y el parto y durante el período neonatal.

Antes del embarazo: incrementar la población con conocimientos en salud sexual y reproductiva a través de constituir municipios, comunidades, escuelas y familias saludables que promuevan la salud sexual y reproductiva e incrementar la disponibilidad y acceso a consejería y a métodos de planificación familiar.

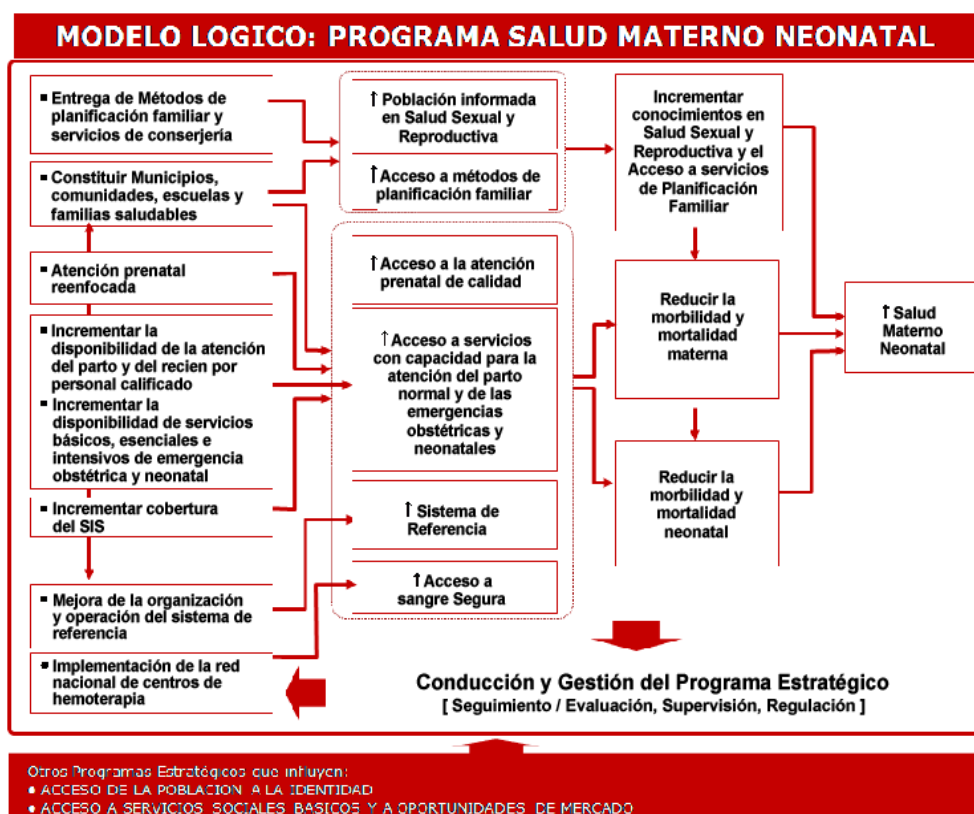
Durante el embarazo y el parto: Incrementar el acceso de las gestantes a servicios de atención pre natal de calidad, el que incluye también el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones que se presentan durante el embarazo como la anemia, infecciones de trasmisión sexual y las infecciones urinarias; incrementar la atención del parto por profesional de salud calificado; incrementar el acceso a establecimientos con capacidad para resolver emergencias básicas, esenciales y las intensivas; Incrementar el acceso a la red de hemoterapia y fortalecer el sistema de referencia y contra referencia en cuanto a su organización, operación y financiamiento.

Durante el periodo neonatal: incrementar el acceso a la atención del parto por profesional de salud calificado; incrementar el acceso a establecimientos con capacidad para resolver emergencias neonatales básicas, esenciales e intensivas

Estos resultados inmediatos, intermedios o de mediano plazo: así como las intervenciones (productos) para lograrlos están expresados en un modelo lógico orientado a resolver las causas que están originando el problema de la mortalidad materna y neonatal.

El modelo lógico del PPSMN se ha construido alrededor de un resultado final clave para la superación de la pobreza y exclusión en el país: “Reducir la morbilidad materna y neonatal”, lo que se logra a través de las intervenciones (productos) especificadas en dicho modelo lógico y que deben ser priorizadas dado los limitados recursos que se disponen para abordar las múltiples necesidades en salud en el País. En este proceso la transparencia y rendición de cuentas son sumamente importantes para la asignación y evaluación del destino de los recursos.

Los indicadores de resultados, así como de la cobertura de productos se evalúan a través de encuestas nacionales, como la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), que provee información actualizada sobre la dinámica demográfica y el estado de salud de madres y niños menores de 5 años; así como la Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales (ENESA), que evalúa la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud para resolver emergencias obstétricas y neonatales. El Programa Presupuestal Salud Materno-Neonatal (PPSMN) es uno de los cinco primeros programas presupuestales implementados en el País a partir del año 2008, este prioriza intervenciones efectivas basadas en evidencias a favor de la salud de la madre y el neonato.



En este sentido, el programa de salud materno neonatal comprende acciones de monitoreo, supervisión, evaluación y control que son actividades orientadas al proceso de control gerencial de la salud materna y neonatal en los niveles nacional, regional o local según corresponda, realizado por profesional entrenado para realizar la supervisión y monitoreo en todos los niveles de atención⁸. Precisando que:

a) Monitoreo

Para realizar esta actividad se utiliza herramientas estandarizadas con el fin de verificar:

⁸ Ministerio de Salud, Oficina General de Planeamiento y Presupuesto. Documento técnico: Definiciones operacionales y criterios de programación de los programas estratégicos: Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal.

- Conformación y funcionamiento de la red obstétrica.
- Calidad de los servicios y satisfacción de usuarios.
- Vigilancia comunitaria.
- Gestión intra e intersectorial.
- Gestión de medicamentos e insumos.
- Aseguramiento del acceso a los servicios de salud.
- Estrategias locales para la prevención de complicaciones de la madre y de la/el recién nacida/o.
- Estrategias locales para la identificación y captación de la población con demanda insatisfecha en planificación familiar
- Sistema de información materna perinatal, SIS 240 mensual (análisis de la información y retroalimentación).
- Actividades del Comité de Prevención de Muerte Materna y Perinatal
- Seguimiento del cumplimiento de la entrega de productos a los usuarios según meta.

b) Supervisión

Para realizar esta actividad se utiliza una ficha de supervisión estandarizada la que incluye:

- El análisis de las muertes maternas y perinatales cumpliendo con las disposiciones del Comité Nacional y los Comités regionales de prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.
- Las condiciones de eficiencia de los servicios por regiones para la atención del embarazo, parto puerperio y de la/el recién nacida/o, aplicando las listas de chequeo para la atención de las

emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive, atención de la/el recién nacida/o y de los estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal.

- El reporte obligatorio de todo caso de ITS, VIH/SIDA y Sífilis al servicio de epidemiología regional (usando la ficha de notificación).
- La implementación de normas de bioseguridad y su cumplimiento para la prevención y control de las infecciones.
- Implementación de la Normatividad de Salud Sexual y Reproductiva vigente.
- El registro estadístico de los casos de violencia basada en genero.
- Competencias del recurso humano.
- Gratuidad de la atención en planificación familiar.
- Disponibilidad de medicamentos e Insumos en los almacenes especializados y establecimientos de salud para la entrega de los productos.

Programación de monitoreo y supervisión

- Del Nivel Nacional a DIRESEs y DISAs (priorizadas): 1 vez al año x 3 días. En casos especiales se pueden hacer 2 visitas al año a DIRESEs. Incluye la visita al hospital de referencia y un establecimiento FONB (priorizada), de acuerdo a plan de trabajo.
- De DIRESA a Hospitales, Redes y Microrredes: 2 veces al año x 3 días. Incluye la visita a un establecimiento FONB o FONP (priorizadas), de ser necesario y de acuerdo a plan de trabajo.
- De Redes a Microrredes y/o establecimientos priorizados: hasta 3 veces al año x 2 días de acuerdo a plan de trabajo.

- Las Microrredes deben tener reuniones mensuales de monitoreo x 1 día, para verificar el control de calidad de la información y retroalimentación de las actividades y estrategias implementadas.

c) Evaluación

Juicio de valor que compara los resultados obtenidos con un patrón de referencia (estándares), demuestra el cumplimiento de los objetivos y metas propuestos por el programa, evalúa los indicadores de proceso, resultado e impacto del programa implementado para la reducción de la mortalidad materna y perinatal a través de reuniones nacional, regional y local con la participación de los equipos de gestión, dentro de estas tres actividades se considera la Asistencia Técnica que se requiera para cualquier fin específico relacionado con la gestión de este programa estratégico

Programación

- Evaluación nacional, 2 veces al año x 3 días
- Evaluación regional con redes y hospitales, 4 veces al año x 2 días
- Evaluación de redes, que incluye las microrredes y los establecimientos de la jurisdicción, 4 veces al año x 1 día.
- Otras evaluaciones a los servicios de salud relacionadas al programa estratégico.

De todas estas actividades se deben consolidar 6 informes (4 trimestrales y 2 semestrales) de acuerdo al modelo establecido por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto

d) Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna y Perinatal:

Actividad en el cual se recolecta y analiza datos, y difunde información sobre la ocurrencia y distribución de eventos de salud materna perinatal y neonatal en una población específica, para su aplicación en la prevención y control. Lo realiza el personal de epidemiología en coordinación con los responsables de la ESSyR y la etapa de vida niño de los establecimientos de Salud.

El informe de muerte materna se realiza semanalmente, el informe de muerte perinatal y neonatal se realiza mensualmente y el análisis se hace en reunión del Comité de prevención de la mortalidad materna y perinatal, tanto nacional regional y localmente.

Programación:

- 1 Visita de investigación epidemiológica por cada muerte materna.
- 1 Reunión en el nivel local de análisis de todas las muertes maternas y perinatales ocurridas en el mes.
- 1 Reunión en el nivel regional de análisis de todas las muertes maternas y perinatales ocurridas en el mes.

- 1 Reunión en el nivel nacional de análisis de todas las muertes maternas y perinatales ocurridas en el mes.

e) Gestión del Suministro de Medicamentos e Insumos Anticonceptivos

Conjunto de actividades enmarcadas en el Sistema Integrado de Medicamentos e Insumos Médicos Quirúrgicos (SISMED) que se realizan para garantizar la disponibilidad de los anticonceptivos en la prestación de una atención de planificación. Estas actividades tienen como objetivo asegurar la disponibilidad de anticonceptivos en las cantidades, condiciones, lugar y tiempos adecuados y costos razonables para la prestación en planificación familiar. La responsabilidad operativa recae en la Dirección de Medicamentos de cada Región a través de sus almacenes especializados, sub-almacenes y farmacias, considerando la periodicidad operativa establecida regionalmente.

Programación

- 100% de los productos farmacéuticos del PSMN almacenados adecuadamente y distribuidos desde Almacén especializado de la Diresa/Sub Almacén especializado hacia los establecimientos de salud, según lo establecido en las Buenas Prácticas de Almacenamiento.

2.3.4. Programa Presupuestal Estratégico Tuberculosis/VIH-SIDA

Programa orientado a disminuir la incidencia de la Tuberculosis en todas sus formas así como de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud, Seguro Integral de Salud, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales. La rectoría de este programa estratégico está a cargo del Ministerio de Salud⁹.

La Tuberculosis (TB o TBC) es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*) que puede diseminarse a cualquier parte del organismo desde las primeras fases de su agresión. Por ello, la TB puede afectar cualquier órgano o tejido, aunque la localización más frecuente es la pulmonar, la que representa del 80 al 85% de casos. La forma de transmisión es de una persona enferma a un sujeto sano a través de gotitas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa¹⁰.

⁹ MEF: <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-publico-sp-18162/211-presupuesto-por-resultados/2313-tbcvih-sida>

¹⁰ OMS - Tuberculosis: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>

Actualmente la TBC se constituye en un reto de salud pública, debido a la alta incidencia de casos, a la presencia de formas resistentes del *Mycobacterium tuberculosis*, a la asociación de la tuberculosis con la infección del virus de la inmunodeficiencia humana y la presencia en todos los estratos sociales, todo lo cual sustenta la importancia de desarrollar actividades que permitan controlar la transmisión epidemiológica de la enfermedad¹¹.

En el 2014, la OMS estimó 9.6 millones de casos nuevos de tuberculosis, 1,1 millones de muertes por esta infección en personas seronegativas para el VIH y otras 390 000 muertes por tuberculosis asociada con infección por el VIH. A nivel mundial, se estima que 3,3% de los nuevos casos de tuberculosis y el 20% de los casos tratados previamente tienen MDRTB, un nivel que ha cambiado poco en los últimos años. En 2014, se estima que 190,000 personas murieron de tuberculosis multirresistente.

La tuberculosis en el Perú

El Perú fue calificado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la década de los años 1980 como un país con severa endemia de Tuberculosis. En 1990 sólo 25% de los

¹¹ OPS – Plan regional de tuberculosis 2006-2015.

servicios de salud del Ministerio de Salud desarrollaban acciones de diagnóstico y tratamiento para Tuberculosis. Durante los años 1990 el programa de control de TBC de Perú accedió a recursos económicos que le permitió brindar tratamientos gratuitos para TBC sensible, tener recursos para laboratorio y diagnóstico así como para capacitar al personal e impulsar el tratamiento supervisado en primera y segunda fase como estándar nacional. El acceso a diagnóstico y tratamiento gratuito permitió detectar por lo menos al 70% de los casos y curar por lo menos al 85% de los casos de TB sensible, con lo que las tasas de morbilidad e incidencia fueron disminuyendo sostenidamente, a tal punto que Perú salió de la lista de OMS de los 23 países con mayor prevalencia de TB en el mundo.

Sin embargo, una proporción de pacientes con antecedentes de tratamientos previos desarrollaron resistencia a los medicamentos y transmitieron a sus contactos la misma resistencia, no obstante recibieron esquemas que estaban indicados para pacientes enfermos por primera vez, según normas nacionales del Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT), situación que contribuyó al incremento acelerado de casos de TBC resistente a los antibióticos (TBDR). A partir de mediados de los años 1990 Perú fue considerado como uno de los 10 países con mayor número de

casos de TBC multirresistente (TBMDR), la forma más grave de TB debido a la resistencia microbiana a los antibióticos. En la década actual, el Perú continúa siendo, después de Haití, el segundo país en América con la mayor tasa de morbilidad e incidencia de TB. Según la OMS, alrededor del 1.2% de los enfermos tuberculosos nuevos, a nivel mundial, son portadores de cepas TB MDR (Tuberculosis resistente a isoniacida y rifampicina), cifra que asciende a más del 15%, con grandes variaciones regionales. Los resultados de los estudios realizados hasta 2002 evidenciaron que la mayoría de los países presentan prevalencia de MDR-TB en casos nuevos inferiores a 3%, siendo los porcentajes más bajos en países con programas exitosos como: Cuba, Chile, El Salvador, Uruguay y Venezuela. La mayoría de los países registran porcentajes de MDR-TB primaria entre 1 y 2,9%; sólo cuatro países presentan prevalencia igual o superior al 3%: República Dominicana, Ecuador, Guatemala y Perú, los que conforman el grupo de países denominado de Alta Carga. Los primeros casos de Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR) documentados o referidos por fuentes oficiales se detectaron en el estudio de resistencia de 1989 del Instituto Nacional de Salud (INS). Dos años después, el entonces Programa Nacional de Control de la Tuberculosis empezó a brindar un único tratamiento tanto a casos nuevos como antes

tratados. Dado el limitado acceso a las Pruebas de Sensibilidad (PS) a drogas de primera línea, la mayoría de pacientes con TB Sensible y TB MDR recibieron dicho esquema de tratamiento.

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

A escala mundial, se calcula que hay 33,2 millones de personas viviendo con VIH, la gran mayoría de ellas se encuentran en países de ingresos bajos y medianos. Se estima que para finales del 2013 hubo 2,1 millones [1,9 millones – 2,4 millones] de nuevas infecciones por VIH. Esto representa un 38% menos que en el 2001.

La infección por VIH sigue siendo un problema de salud pública en el mundo; sin embargo, se han alcanzado logros importantes en el control de esta epidemia. Se calcula que en 2013 aproximadamente 1,5 millones [1,4 millones – 1.7 millones] de personas murieron de sida, 35% menos que en el 2005. A mediados de la primera década del nuevo milenio, el número de personas que fallecían por causas relacionadas con el sida comenzó a descender gracias a la ampliación de la terapia antirretroviral y la reducción constante de la incidencia del VIH. Así, se ha estimado que desde 1995, se han evitado un total de 7,6 millones de muertes a nivel

mundial, debido al escalamiento de la cobertura de tratamiento antirretroviral.

Se considera que las mujeres adolescentes y jóvenes son un grupo vulnerable a la epidemia de VIH a nivel mundial. Se ha estimado que cada año se producen 380 000 [340 000–440 000] nuevas infecciones en mujeres de 15 a 24 años. Así, al 2013, se calcula que había 16 millones [15.2 millones–16.9 millones] de mujeres mayores de 15 años viviendo con VIH, de las cuales 80% se encuentran en África Sub-Sahariana.

El control de la epidemia de VIH en niños ha tenido logros importantes. Se calcula que en el 2013 había en el mundo 3,2 millones [2.9 millones–3.5 millones] de niños menores de 15 años viviendo con VIH. La mayoría de esos niños viven en el África Sub-Sahariana y contrajeron la infección a través de su madre VIH-positiva durante el embarazo, el parto o el amamantamiento.

En 2013, hubo 240,000 [210 000–280 000] nuevas infecciones por el VIH. Esto representó un 58% menos que en el 2002. El acceso a las intervenciones preventivas, como el tratamiento antirretroviral, ha evitado más de 900,000 nuevas infecciones en niños.

El número de personas que se infectan por el VIH sigue en descenso, en algunos países más rápido que en otros. Para conseguir que el número de nuevas infecciones por el VIH

sea drásticamente menor, se necesita reducir sustancialmente cada año la transmisión sexual del virus, ya que esta vía es responsable de una abrumadora mayoría de las nuevas infecciones. Así, los países se han comprometido a acelerar la respuesta a la epidemia del VIH y lograr su eliminación como un problema de salud pública. Para lograr esta aceleración se ha planteado lo que se denomina las “Metas 90-90-90”, que consiste en lograr que el 90% de personas viviendo con VIH sean diagnosticadas, de ellos el 90% que reciban tratamiento y finalmente 90% de personas con VIH tratadas que logran la supresión viral. Para esto se necesitará una combinación efectiva de medidas preventivas: Utilizar conjuntamente estrategias conductuales, biomédicas y estructurales, tanto de forma intensiva en poblaciones específicas en el caso de epidemias concentradas, como en toda la población en epidemias generalizadas. Algunos elementos programáticos esenciales de la prevención combinada de la transmisión sexual del VIH son los cambios de conducta, la distribución de preservativos, la circuncisión masculina, los programas dirigidos a trabajadores sexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y el acceso al tratamiento antirretroviral. De todas las intervenciones para el control de la epidemia de VIH, el tratamiento antirretroviral ha demostrado ser la medida más efectiva. Esta intervención ha demostrado

no solamente que mejora los resultados clínicos, prolongando la esperanza de vida, disminuyendo las complicaciones y mejorando la calidad de vida de los pacientes con VIH, sino que también permite reducir la transmisión a nivel poblacional. A finales de 2013, aproximadamente 12,9 millones de personas en todo el mundo recibían tratamiento antirretroviral, con lo cual se ha reducido la proporción de personas sin tratamiento del 90% al 63%.

El VIH/SIDA en el Perú

Hasta el año 2015 se notificaron 33535 casos de SIDA y 59276 de infección por VIH¹². Desde el reporte del primer caso de SIDA en el año 1983 la frecuencia de notificación fue en aumento hasta el año 2005, para luego presentar una tendencia descendente. Los casos de VIH notificados tuvieron una tendencia ascendente hasta el año 2008, a partir del cual comenzó a descender sostenidamente.

Las ciudades más afectadas se encuentran en la costa y selva Amazónica; mientras que la sierra tiene bajas prevalencias. El mayor número de casos de sida registrados se presentan en Lima y Callao (68%), ciudades que a su vez representan el 34.8% de la población nacional. La principal vía de transmisión sigue siendo la sexual (97% de los casos), seguido por la vertical (2%) y la parenteral (1%).

¹² www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/vih/ponencia/monca-Pun.pdf

La epidemia en el Perú es del tipo concentrada, 12.4% en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) (vigilancia centinela 2011: Dirección General de Epidemiología), y prevalencia en población general de 0.23% (gestantes 2002). La mediana de la edad de casos de SIDA es de 31 años, entonces es posible que el 50% de los casos se hayan expuesto alrededor de los 20 -25 años de edad.

Con el incremento de cobertura de tratamiento y la adherencia al TARGA se ha disminuido en más del 50% el registro de nuevos casos de personas en etapa SIDA (fase final de VIH) desde el inicio del TARGA en el 2004 a diciembre del 2014. Se ha logrado que más del 90% de gestantes infectadas y sus niños expuestos accedan a los protocolos de atención y tratamiento para prevenir la transmisión vertical. Incremento de la cobertura de tratamiento ARV en gestantes VIH positivas de 47.5% en el año 2004, a 94% (2014) Para el año 2014 el 68% de las gestantes que acuden a un servicio de atención del Ministerio de Salud accedieron a una prueba de tamizaje para VIH. Entre los casos reportados del 2013 al 2014 el 90% de los niños expuestos al VIH tuvieron resultado favorable y no tienen la enfermedad. El Ministerio de Salud cuenta con 29 Centros de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual – ITS (CERITS) y 95 Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP) para la Prevención y

Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) a nivel nacional.

En la respuesta política y programática del país frente al SIDA participan el sector gubernamental, la sociedad civil y la cooperación internacional. Por el sector gubernamental además del Ministerio de Salud, otros sectores desde sus competencias se han involucrado en la respuesta frente a la epidemia de VIH, como Ministerio de Educación, la Defensoría del Pueblo, el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Justicia con el Instituto Nacional Penitenciario (INPE), el Seguro Social del Perú (EsSalud) y los Ministerios del Interior y Defensa (a través de la Sanidad de las Fuerzas Policiales y el Sistema de Salud del Ejército, la Marina y la Fuerza Aérea). En el sector no gubernamental, participan organizaciones no gubernamentales (ONG), las universidades, las iglesias, las organizaciones de personas que viven con VIH (PVVS) organizaciones de las poblaciones claves (Hombres que tienen sexo con otros hombres - HSH, Transgénero - Trans y Trabajadores/as sexuales – TS) y la cooperación internacional.

En relación a la hepatitis B al Perú se le ha ubicado entre los países de endemicidad intermedia para hepatitis B, tomando como promedio la prevalencia de marcadores determinados en diferentes regiones; sin embargo, es importante destacar

que esos mismos estudios y otros posteriores, nos indican que las prevalencias son significativamente diferentes entre las tres regiones geográficas y aun dentro de ellas en los diferentes poblados, así, en la selva la endemicidad está entre media y alta, con prevalencias que van de 2,5% en población de Iquitos, hasta el 20% en población indígena, mientras que en la costa la prevalencias está entre 1 y 3,5%. Además, en el Perú se ha evidenciado la presencia de infección por el virus delta en la región de la selva, especialmente en comunidades nativas y en algunas localidades de la sierra como Abancay y Huanta donde se ha encontrado una prevalencia de 14% de HDV en escolares aparentemente sanos, además, 17% de los que tuvieron infección por HVB tiene infección por el virus delta, y 56,5% de los portadores de HBsAg también tiene marcador de HVD. A Junio 2015, 297 personas con Hepatitis B crónica reciben tratamiento antiviral en 25 establecimientos de salud de diferentes regiones del país.

VIH/SIDA y la Tuberculosis

La relación entre la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la tuberculosis es un problema que dificulta el control de ambas epidemias a nivel mundial. Las personas infectadas por el VIH tienen 29 veces más probabilidades de desarrollar tuberculosis que las personas que no tienen VIH. Al menos un tercio de las 33,2

millones de personas infectadas por el VIH en el mundo presentan también la infección tuberculosa y tienen un riesgo hasta del 15% de progresión hacia la enfermedad tuberculosa activa cada año, en contraste con las personas sin infección por el VIH, quienes presentan un riesgo de evolución del 10% durante su vida. La tasa de incidencia de tuberculosis en personas con VIH fue de 25.8 casos por 1000 personas año en una población africana.

Esta tasa disminuye en los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral, siendo de 45.6 casos por 1000 personas año en el primer año de tratamiento y de 6.8 casos por 1000 personas año en el sexto año. La tuberculosis, que es una de las causas principales de defunción entre las personas VIH-positivas, provoca alrededor del 13% de las defunciones debidas al SIDA en el mundo.

En África, el VIH ha sido el determinante aislado más importante de la incidencia de la tuberculosis en los 10 últimos años. Se estima que en el Perú, el 40 % de las personas con infección por el VIH desarrollan TBC en algún momento de su evolución. El número de PVVS con TBC, reportados por la ESN P y C ITS, VIH y Sida en el 2009 y 2010 es de 870 y 640, respectivamente. Las regiones que presentan mayor número de casos son Lima, Arequipa y Loreto, respectivamente.

Una de las consecuencias de esta interacción biológica es que el VIH ha aumentado la carga mundial de tuberculosis. En Latinoamérica y el Caribe se estima que cada año 12.000 casos de TB son atribuibles al VIH. La OMS estima que la epidemia del VIH en Latinoamérica y el Caribe incrementó la prevalencia de TB en 1,3%, en 2003.

El VIH facilita la progresión de una tuberculosis reciente o latente. Asimismo la tuberculosis acelera el curso de la enfermedad por VIH. Se ha observado asociación entre la inmunosupresión causada por el VIH y la mayor progresión de la tuberculosis. En un estudio se encontró que las personas con VIH con recuento de células CD4 menores a 200 presentaron mayor frecuencia de tuberculosis, presentaciones clínicas diversas y baciloscopías negativas. Reconocidamente, ambas condiciones se asocian con una mayor mortalidad en pacientes con TBC y han registrado un incremento a nivel nacional durante la última década.

En el Perú, a partir del año 2008 se incrementó significativamente la búsqueda de comorbilidad VIH entre los pacientes con TB que ingresaban a los esquemas primarios de tratamiento. La cobertura de tamizaje se mantiene en un 76% desde el año 2010 al 2014. Teniendo en cuenta que la cobertura de tamizaje de VIH en personas con TB ha aumentado progresivamente, y considerando al total de casos

de TB en todas sus formas, el número y porcentaje de casos de comorbilidad TB-VIH también ha presentado una tendencia ascendente, siendo la comorbilidad de 3,2% para el año 2012 a nivel del país, con mayor proporción de coinfectados en Loreto (6,4%), Callao (6,3%), Lima Norte (5%), Ica (4,7%), Madre de Dios (4,2%) y Lima Sur (4%). Anualmente, las Estrategia de VIH reporta aproximadamente 1580 casos de coinfección TB-VIH.

La infección por el VIH es un potente factor de riesgo para la tuberculosis (TB), no sólo aumenta el riesgo de reactivación de una infección latente por *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), sino que también aumenta el riesgo de progresión rápida de la TB pronto después de la infección o de la reinfección por MTB, así como el riesgo de mortalidad temprana, siendo necesario brindar un mayor acceso al TARGA en estas personas. Por otro lado, la TB es una de las causas más frecuentes de morbilidad y la causa más común de muerte en los adultos con VIH que viven en países en desarrollo, siendo su principal factor pronóstico. Inevitablemente, en estos países, la carga de la co-infección TB-VIH aumenta a medida que se propaga el VIH, siendo necesario intensificar la identificación y tratamiento de casos de TB en personas coinfectadas.

Desde 1996, el entonces Programa de Control de TB, ahora Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la TB (ESNPCT), monitorea la comorbilidad TB-VIH. Inicialmente solo reportaban el número de casos con prueba de VIH reactiva, pero desconocían cuántos pacientes se realizaban la prueba, por lo que a partir del 2008 se incrementó significativamente la búsqueda de comorbilidad VIH entre los pacientes con TB que ingresaban a los esquemas de tratamiento primarios, cobertura de tamizaje que ha ido progresivamente en aumento, siendo de 76% para el primer trimestre del 2010, y con un porcentaje de personas afectadas por la TB y con VIH en aumento desde el año 2009 (2.1%) hasta el año 2012 (3.1%). La cobertura de tamizaje es mayor en pacientes con resistencia a medicamentos para la TB, siendo de 95% para el año 2011, con un 3.4% de pruebas para VIH reactivas.

Teniendo en cuenta que la cobertura de tamizaje de VIH en personas con TB ha aumentado progresivamente, y considerando al total de casos de TB en todas sus formas, el número y porcentaje de casos de comorbilidad TB-VIH también ha presentado una tendencia ascendente, siendo la comorbilidad de 3.2% para el año 2012 a nivel del país, con mayor proporción de coinfectados en Loreto (6.4%), Callao (6.3%), Lima Norte (5%), Ica (4.7%), Madre de Dios (4.2%) y Lima Sur (4%) . Así mismo, para los pacientes con TB-VIH ingresados a la cohorte de la ESNPCT el año 2011, el 71.9% fueron curados de TB, el 14.3% falleció, el 9.8% abandonó el

tratamiento para TB y el 2.2% fracasó al tratamiento. En el escenario de la atención a las personas que viven con VIH (PVV), resulta de suma importancia la prevención y tratamiento temprano de la TB. Según lo indicado en la Norma Técnica de Atención Integral del Adulto con VIH vigente (N°097-MINSA-DGSP-V.01), se debe ofertar y realizar la prueba de VIH, de manera voluntaria e informada, en toda persona con diagnóstico de TB; además, el TARGA se debe iniciar lo más temprano posible en todos los pacientes coinfectados, según la evidencia disponible y las recomendaciones detalladas en la norma técnica. De acuerdo a los datos de la hoja de monitorización de la ESNPyC ITS-VIH/SIDA (reporte del 90% de DISA/DIRESA), para el año 2011 solo el 42.4% de los pacientes que presentaban co-infección TBVIH recibieron tratamiento tanto para la TB como para el VIH (518 de 1221 pacientes). Esta cifra nos señala que aún no se alcanza un nivel óptimo de tratamiento oportuno para ambas infecciones¹³.

De conformidad a las políticas del Ministerio de Economía y Finanzas, y de acuerdo al presupuesto por resultados que se asignan a los gobiernos nacional, regionales y locales se busca alcanzar los siguientes resultados:

a) Resultado final

Disminución de la morbilidad y mortalidad por Tuberculosis y VIH/SIDA.

¹³ https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-TBC-VIH-SIDA.pdf.

b) Resultados intermedios

- Disminuir el riesgo de infección por VIH SIDA y tuberculosis en población.
- Prevención de riesgos y daños para la salud VIH SIDA.
- Disminución de incidencia de tuberculosis.
- Disminución y control de transmisión vertical de las infecciones de transmisión sexual y VIH SIDA.
- Población que accede a diagnóstico y tratamiento oportuno.

c) Resultados inmediatos

- Regulación de la financiación y provisión de servicios de enfermedades TBC-VIH/SIDA.
- Comunidad que promueven prácticas saludables para prevención de VIH SIDA y tuberculosis.
- Redes sociales participando en disminución de la transmisión de VIH SIDA y tuberculosis.
- Hogares con viviendas y prácticas saludables.
- Establecimientos de salud con control institucional de tuberculosis.
- Adultos y jóvenes incrementan el uso correcto de condón para prevención de infecciones de transmisión sexual VIH y acceden voluntariamente a la prueba.

- Adolescentes adoptan medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual VIH.
- Población de alto riesgo incrementan las medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual VIH.
- Población que accede a diagnóstico y control de tuberculosis.
- Población con infecciones de transmisión sexual y VIH sida accede a diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Reducción de riesgo de transmisión vertical.
- Población con comorbilidad accede a prevención, control.

d) Productos

- Familia con prácticas saludables para la prevención de VIH sida y tuberculosis.
- Instituciones educativas que promueven prácticas saludables para la prevención de VIH SIDA y tuberculosis.
- Agentes comunitarios que promueven prácticas saludables para prevención de VIH SIDA y tuberculosis.
- Hogares en áreas de elevado riesgo de transmisión de TBC que acceden a viviendas reordenadas.

- Hogares de personas afectadas de TBMDR con viviendas mejoradas.
- Adecuada bioseguridad en los servicios de atención de tuberculosis.
- Población informada sobre uso correcto de condón para prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.
- Adultos y jóvenes reciben consejería y tamizaje para infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.
- Población adolescente informada sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.
- Población de alto riesgo recibe información y atención preventiva.
- Despistaje de tuberculosis en sintomáticos respiratorios.
- Control y tratamiento preventivo de contactos de casos tuberculosis (general, indígena, privada de su libertad).
- Diagnóstico de casos de tuberculosis.
- Persona que accede al EESS y recibe tratamiento oportuno para tuberculosis esquemas 1,2, no multidrogoresistente y multidrogo resistente.
- Tratamiento de casos de personas privadas de su libertad.
- Tratamiento de casos para población indígena.

- Población con infecciones de transmisión sexual reciben tratamiento según guía clínicas.
- Personas diagnosticadas con VIH que acuden a los servicios y reciben atención integral.
- Mujeres gestantes reactivas y niños expuestos al VIH reciben tratamiento oportuno.
- Mujeres gestantes reactivas a sífilis y sus contactos y recién nacidos expuestos reciben tratamiento oportuno.
- Persona que accede al EESS y recibe tratamiento oportuno para tuberculosis extremadamente drogo resistente (XDR).
- Despistaje y diagnóstico de tuberculosis para pacientes con comorbilidad.
- Persona con comorbilidad recibe tratamiento para tuberculosis.

2.4 DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

Presupuesto por Resultados

comprende la aplicación en el ciclo presupuestal, de principios y técnicas para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de intervenciones con una articulación clara y sustentada entre bienes y servicios a ser provistos a un determinado grupo o población objetivo (productos) y los cambios generados en el bienestar ciudadano

(resultados), a ser logrados, bajo criterios de eficiencia, eficacia y equidad

Programas Estratégicos Presupuestales

Definidos como intervenciones articuladas del Estado, entre sectores y por niveles de gobierno, en torno a la resolución de un problema central que aqueja a la población del país. Constituye el elemento de gestión fundamental del presupuesto por resultados. Se basa en un modelo causal, permite establecer cadena de responsabilidades.

.Proceso Presupuestario

El proceso presupuestario comprende las fases de Programación, Formulación, Aprobación, Ejecución y Evaluación del Presupuesto, de conformidad con la Ley Marco de la Administración Financiera del Sector Público - Ley N° 28112.

Gasto Público

Es un gasto que se realiza para cumplir los fines del Estado consistentes en la satisfacción de las necesidades de la colectividad, ya que esta es la finalidad principal que se le ha otorgado a la actividad financiera pública; con respecto a esta finalidad hay que señalar que no siempre todas las erogaciones del tesoro público responden a la satisfacción de necesidades, y por ello no dejan de ser catalogados como gasto público.

Programa Presupuestal Estratégico Articulado Nutricional

Tiene como objetivo la reducción de la Desnutrición Crónica en niños menores de cinco años, estableciendo como estrategia: mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses, reducir la morbilidad en infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedades diarreicas agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes, así como reducir la incidencia de bajo peso al nacer.

Programa Presupuestal Estratégico Salud Materno Neonatal

Es uno de los cinco primeros programas presupuestales implementados en el País a partir del año 2008, este prioriza intervenciones efectivas basadas en evidencias a favor de la salud de la madre y el neonato.

Programa Presupuestal Estratégico Tuberculosis / VIH-SIDA

Programa orientado a disminuir la incidencia de la Tuberculosis en todas sus formas así como de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud, Seguro Integral de Salud, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo corresponde a una investigación **Descriptiva**, tomando a César A. Bernal (2006), se considera investigación descriptiva aquella que: *“se reseñan las características o rasgos de la situación o fenómeno objeto de estudio”*. Una de las funciones principales de la investigación es la capacidad de seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada de las partes, categorías o clases de dicho objeto. El presente estudio, describe las características y otros elementos del presupuesto por resultados, describe los programas estratégicos Articulado Nutricional, Materno Neonatal y la TBC-VIH/SIDA en la Red de Salud de Dos de Mayo y sus microrredes que la integran.

Es **Correlacional**, por cuanto el presente estudio tiene características que se explican la relación de las variables, es decir, se han determinado dos variables principales, una variable que es el Presupuesto por Resultados y la otra que es la variable Programa Estratégico de Salud respecto a los programas Articulado Nutricional, Materno Neonatal y la TBC-VIH/SIDA en la Red de Salud de Dos de Mayo.

También, corresponde a una investigación **retrospectiva**, porque se tomará datos e informaciones respecto al presupuesto por resultados asignado a la Red Salud Dos de Mayo correspondiente a los años de 2013 al 2017, de esta manera busca analizar cómo evolucionó los niveles presupuestales durante los cinco años.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población

La población del presente estudio ha estado compuesta por el personal de la Red de Salud Dos de Mayo, que son 53 trabajadores entre funcionarios y empleados.

Por otro lado ha comprendido a la totalidad de la población planificada de los programas Articulado Nutricional, Materno Neonatal y TBC/VIH-SIDA.

3.2.2. Muestra

La muestra para el presente trabajo de investigación ha correspondido al muestreo NO PROBABILÍSTICA, a interés de los investigadores, en vista que es conveniente seleccionar la muestra representativa por quienes conocen y pueden aportar datos sobre la ejecución del presupuesto por resultados de los programas estratégicos en la Red de Salud Dos de Mayo.

En este sentido, la muestra ha estado conformada por un **total de 19 trabajadores** de los órganos de la Red de salud Dos de Mayo.

3.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se han utilizado las siguientes técnicas de recolección de datos:

3.3.1. Encuesta

Esta técnica persigue indagar la opinión que tienen los informantes respecto al objeto de estudio, en este caso, se elaboró una encuesta para aplicar a la muestra representativa del personal administrativo de la Red de Salud dos de Mayo.

Así mismo, se ha aplicado a la muestra representativa de los programas Articulado Nutricional, Materno Neonatal y TBC/VIH-SIDA.

3.3.2. Análisis Documental

Según Bernal, C.A. (2006) la investigación documental consiste en un análisis de la información escrita sobre un determinado objeto de estudio, con el propósito de establecer relaciones, diferencias, etapas, posturas o estado actual del conocimiento respecto del tema objeto del estudio.

Para el presente estudio se analizaron documentos que han permitido ofrecer información sobre el presupuesto por resultados, y los presupuestos que han sido ejecutados financieramente y la ejecución de la meta física por la Red Salud Dos de Mayo durante los años 2013 al 2017.

3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron los siguientes Instrumentos de recolección de datos:

Cuestionario, que ha sido aplicado a los trabajadores de la Red de Salud Dos de Mayo de la muestra representativa del presente proyecto de investigación.

Fichas textuales, para reunir las bases teóricas, párrafos, trozos seleccionados, cuadros, y otros datos.

Fichas de presupuesto público, para registrar los datos de contenido de los presupuestos de la Red de Salud Dos de Mayo de los periodos 2013 y 2017.

Fichas bibliográficas, para reunir la bibliografía utilizada en el presente estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Las informaciones recogidas respecto al presupuesto por resultados de la Red de Salud de Dos Mayo, de los años 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017, se presentan a continuación. El presupuesto agrupa varios programas que la Red de Salud administra. Sin embargo, los programas que han sido materia de investigación corresponden al Programa Articulado Nutricional (PAN), Programa Salud Materno Neonatal y el Programa TBC-VIH/SIDA, por cuanto que los investigadores han visto que los recursos públicos no han conseguido revertir tendencias históricas de los programas mencionados por mal desempeño de las políticas y de la instituciones encargadas de implementarlas. No obstante, los problemas se evidencian con mortalidad materna, mortalidad infantil, la desnutrición materno neonatal, casos de TBC aunque increíble que parezca existen casos que se han presentado dentro de la jurisdicción de la Red de Salud de Dos de Mayo. Además, el PPR de la Red de Salud de Dos de Mayo no contribuye totalmente con la eficacia y calidad en el logro de los resultados esperados por la comunidad; la debilidad en los sistemas de información, seguimiento y evaluación de gestión orientada a resultados, medida tanto en términos de los recursos humanos como en términos de los mecanismo que promuevan la articulación de objetivos; la escasa rendición social de cuentas y participación informada

de la sociedad civil en el proceso de toma de decisiones no facilita el logro de resultados; más aún por las fuertes inequidades geográficas y económicas de los distritos y provincias donde se encuentran ubicadas las micro redes de Salud de Dos de Mayo.

4.1 Presupuesto por Resultados de la red Salud de Dos de Mayo

El PPR del año 2013, cuenta con un presupuesto institucional modificado (PIM) de S/. 10'393,479 con las fuentes de financiamiento de Recursos Ordinarios y Donaciones y Transferencias, con una ejecución anual del 96,30% como se muestra en el Cuadro N° 01 siguiente.

Cuadro N° 01					
PRESUPUESTO POR RESULTADOS RED DE SALUD DE DOS DE MAYO - AÑO 2013					
FUENTES FINANCIERAS/PROGRAMAS	PIA	PIM	DEVENGADOS	SALDO	EJECUTADO
00. RECURSOS ORDINARIOS	10,792,652.00	11,874,033.00	11,685,719.37	188,313.63	98.41%
0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	3,729,042.00	3,701,974.00	3,642,816.16	59,157.84	98.40%
0002. SALUD MATERNO NEONATAL	2,532,178.00	2,911,029.00	2,864,454.37	46,574.63	98.40%
0016. TBC-VIH/SIDA	497,892.00	674,580.00	659,108.03	15,471.97	97.71%
0017. ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS	793,153.00	988,283.00	966,280.14	22,002.86	97.77%
0018. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	346,319.00	474,898.00	471,293.25	3,604.75	99.24%
0024. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	333,026.00	511,139.00	507,557.62	3,581.38	99.30%
0068. REDUCCIÓN DE VULNERABILIDAD Y ATENCIÓN D	1,080.00	12,482.00	12,481.00	1.00	99.99%
0104. REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENC	186,660.00	170,584.00	170,579.49	4.51	100.00%
9001. ACCIONES CENTRALES	1,741,238.00	1,810,443.00	1,797,128.84	13,314.16	99.26%
9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESU	632,064.00	618,621.00	594,020.47	24,600.53	96.02%
09. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	-	70,771.00	58,807.00	11,964.00	83.09%
9001. ACCIONES CENTRALES	-	70,771.00	58,807.00	11,964.00	83.09%
13. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	-	5,299,558.00	4,442,348.94	857,209.06	83.82%
0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	-	2,407,918.00	2,193,590.86	214,327.14	91.10%
0002. SALUD MATERNO NEONATAL	-	655,284.00	623,001.00	32,283.00	95.07%
0016. TBC-VIH/SIDA	-	42,694.00	25,691.80	17,002.20	60.18%
0017. ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS	-	36.00	36.00	-	100.00%
0018. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	-	94,945.00	82,415.00	12,530.00	86.80%
0104. REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENC	-	-	-	-	0.00%
9001. ACCIONES CENTRALES	-	1,102,441.00	950,535.93	151,905.07	86.22%
9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESU	-	996,240.00	567,078.35	429,161.65	56.92%
Total general	10,792,652.00	17,244,362.00	16,186,875.31	1,057,486.69	93.87%
FUENTE: Oficina de Desarrollo Institucional de la Red de Salud de Dos de Mayo					
ELABORACIÓN: Propia					

Correspondiente al PPR de año 2014, los programas de articulación nutricional, salud materno neonatal y TBC-VIH/SIDA

tiene un incremento porcentual del 19.44%, en comparación con el PPR del año 2013, es decir, para el año 2014 cuenta con un presupuesto de S/. 12'413,502 con las FF de Recursos Ordinarios y Donaciones y Transferencias. La ejecución del mismo es del 96.33% en promedio como se muestra en el Cuadro N° 02 siguiente.

Cuadro N° 02				
PRESUPUESTO POR RESULTADOS RED DE SALUD DE DOS DE MAYO - AÑO 2014				
FUENTE FINANCIERA/PROGRAMAS	PIA	PIM	DEVENGADO	EJECUTADO
00. RECURSOS ORDINARIOS	15,435,102.00	15,432,799.69	2,302.31	100%
0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	5,090,037.00	5,090,013.52	23.48	100%
0002. SALUD MATERNO NEONATAL	3,546,842.00	3,546,822.07	19.93	100%
0016. TBC-VIH/SIDA	794,829.00	794,821.97	7.03	100%
0017. ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS	1,220,629.00	1,219,439.31	1,189.69	100%
0018. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	584,448.00	584,439.96	8.04	100%
0024. PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER	494,814.00	494,810.31	3.69	100%
0068. REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION DE	78,775.00	77,737.64	1,037.36	99%
0104. REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIA	256,821.00	256,819.25	1.75	100%
9001. ACCIONES CENTRALES	2,645,424.00	2,645,415.28	8.72	100%
9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESUL	722,483.00	722,480.38	2.62	100%
09. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	49,874.00	43,993.01	5,880.99	88%
9001. ACCIONES CENTRALES	49,874.00	43,993.01	5,880.99	88%
13. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	5,158,728.00	4,917,824.81	240,903.19	95%
0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	1,791,091.00	1,678,993.58	112,097.42	94%
0002. SALUD MATERNO NEONATAL	587,611.00	559,661.57	27,949.43	95%
0016. TBC-VIH/SIDA	199,775.00	177,680.00	22,095.00	89%
0017. ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS	42,148.00	38,385.60	3,762.40	91%
0018. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	8,532.00	2,190.00	6,342.00	26%
0024. PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER	146,179.00	124,847.10	21,331.90	85%
9001. ACCIONES CENTRALES	806,685.00	782,398.36	24,286.64	97%
9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESUL	1,576,707.00	1,553,668.60	23,038.40	99%
18. CANON Y SOBRECANON, REGALIAS, RENTA DE ADUAN	403,317.00	109,629.15	293,687.85	27%
0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	199,959.00	49,785.95	150,173.05	25%
0002. SALUD MATERNO NEONATAL	203,358.00	59,843.20	143,514.80	29%
Total general	21,047,021.00	20,504,246.66	542,774.34	97%
Fuente: Oficina de Desarrollo Institucional Red Salud Dos de Mayo				
Elaboración: Propia				

Respecto al PPR del año 2015, los programas de articulación nutricional, salud materno neonatal y TBC-VIH/SIDA cuenta con un presupuesto institucional modificado (PIM) de S/.11'592,994 presupuesto financiado con Recursos Ordinarios, Donaciones y Transferencias, además con la fuente de financiamiento de Canon y Sobrecanon. A pesar que el presupuesto cuenta con una fuente de financiamiento más, en comparación al

presupuesto del año anterior (2014) ha disminuido en S/. 820,508, es decir, tiene 6,61% menos. El PPR del año 2015 se muestra en el cuadro N° 03 siguiente.

Cuadro N° 03				
PRESUPUESTO POR RESULTADOS RED DE SALUD DE DOS DE MAYO - AÑO 2015				
FUENTE FINANCIERAS/PROGRAMAS	PIA	PIM	DEVENGADO	EJECUTADO
00. RECURSOS ORDINARIOS	13,873,656.00	13,854,624.23	19,031.77	100%
0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	4,975,940.00	4,974,117.95	1,822.05	100%
0002. SALUD MATERNO NEONATAL	3,171,521.00	3,167,332.92	4,188.08	100%
0016. TBC-VIH/SIDA	628,003.00	627,245.09	757.91	100%
0017. ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS	783,673.00	783,525.93	147.07	100%
0018. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	502,018.00	501,678.86	339.14	100%
0024. PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER	534,573.00	534,482.90	90.10	100%
0068. REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION	86,727.00	86,441.72	285.28	100%
0104. REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS	235,566.00	235,515.92	50.08	100%
0131. CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL	26,572.00	26,529.20	42.80	100%
9001. ACCIONES CENTRALES	2,418,944.00	2,408,842.57	10,101.43	100%
9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO SON	510,119.00	508,911.17	1,207.83	100%
09. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	130,578.00	112,491.07	18,086.93	86%
9001. ACCIONES CENTRALES	130,578.00	112,491.07	18,086.93	86%
13. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	2,464,302.00	2,407,749.42	56,552.58	98%
0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	760,549.00	748,993.28	11,555.72	98%
0002. SALUD MATERNO NEONATAL	1,016,086.00	1,006,299.20	9,786.80	99%
0018. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	-	-	-	0%
0024. PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER	80,420.00	80,379.90	40.10	100%
0104. REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS	-	-	-	0%
0131. CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL	7,374.00	7,374.00	-	100%
9001. ACCIONES CENTRALES	-	-	-	0%
9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO SON	599,873.00	564,703.04	35,169.96	94%
18. CANON Y SOBRECANON, REGALIAS, RENTA DE ALQUILER	1,040,895.00	788,333.33	252,561.67	76%
0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	514,063.00	390,574.16	123,488.84	76%
0002. SALUD MATERNO NEONATAL	526,832.00	397,759.17	129,072.83	76%
Total general	17,509,431.00	17,163,198.05	346,232.95	98%

Fuente: Oficina de Desarrollo Institucional Red Salud de Dos de Mayo
Elaboración: Propia

Respecto al PPR del año 2016, cuenta con un PIM de S/. 14'894,401 para los programas de articulación nutricional, salud materno neonatal y TBC-VIH/SIDA también financiado por tres fuentes de financiamiento como son Recursos Ordinarios, Donaciones y Transferencias, Canon y Sobrecanon. En comparación con el año anterior (2015) el PPR ha tenido un incremento importante de S/. 3'301,407, es decir, un incremento del

28.48% Los programas han sido ejecutadas en el 100% de la FF de Recursos Ordinarios y Donaciones y Transferencias, mientras que con la fuente de financiamiento de Canon y Sobrecanon han sido ejecutadas en el 98,4% promedio, presupuesto que se muestra en el Cuadro N° 04 siguiente.

Cuadro N° 04					
PRESUPUESTO POR RESULTADOS RED DE SALUD DOS DE MAYO - AÑO 2016					
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PROGRAMAS	PIA	PIM	DEVENGADO	SALDO	EJECUTADO
00. RECURSOS ORDINARIOS	13,362,581.00	16,677,889.00	16,650,951.84	26,937.16	100%
0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	7,324,382.00	8,061,657.00	8,055,521.04	6,135.96	100%
0002. SALUD MATERNO NEONATAL	3,366,976.00	4,621,829.00	4,609,779.70	12,049.30	100%
0016. TBC-VIH/SIDA	209,120.00	217,774.00	217,759.53	14.47	100%
0017. ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS	157,282.00	242,446.00	242,434.25	11.75	100%
0018. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	550,437.00	645,577.00	644,777.70	799.30	100%
0024. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	80,085.00	78,005.00	77,999.72	5.28	100%
0068. REDUCCIÓN DE VULNERABILIDAD Y ATENCIÓN DE EM	87,727.00	87,727.00	87,719.52	7.48	100%
0104. REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS	1,080.00	-	-	-	0%
0129. PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDA	1,000.00	1,000.00	999.14	0.86	100%
0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	59,103.00	61,029.00	60,985.33	43.67	100%
9001. ACCIONES CENTRALES	1,143,628.00	2,010,674.00	2,003,297.10	7,376.90	100%
9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTA	381,761.00	650,171.00	649,678.81	492.19	100%
09. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	50,000.00	91,982.00	85,297.55	6,684.45	93%
9001. ACCIONES CENTRALES	50,000.00	91,982.00	85,297.55	6,684.45	93%
13. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	-	1,607,400.00	1,598,279.86	9,120.14	99%
0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	-	652,248.00	651,925.84	322.16	100%
0002. SALUD MATERNO NEONATAL	-	180,267.00	180,262.99	4.01	100%
0016. TBC-VIH/SIDA	-	31,523.00	31,520.00	3.00	100%
0017. ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS	-	-	-	-	0%
0018. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	-	6,235.00	6,235.00	-	100%
0024. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	-	20,581.00	20,570.00	11.00	100%
0104. REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS	-	27,991.00	27,952.05	38.95	100%
0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	-	97,452.00	97,452.00	-	100%
9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTA	-	591,103.00	582,361.98	8,741.02	99%
18. CANON Y SOBRECANON, REGALIAS, RENTA DE ADUANA:	-	1,129,103.00	1,111,091.79	18,011.21	98%
0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	-	595,111.00	583,677.94	11,433.06	98%
0002. SALUD MATERNO NEONATAL	-	533,992.00	527,413.85	6,578.15	99%
Total general	13,412,581.00	19,506,374.00	19,445,621.04	60,752.96	100%
Fuente: Oficina de Desarrollo Institucional Red de Salud Dos de Mayo					
Elaboración: Propia					

Correspondiente al PPR del año 2017, los programas de articulación nutricional, salud materno neonatal y TBC-VIH/SIDA de la Red de Salud de Dos de Mayo, cuenta con un presupuesto de S/. 15,714,243 también financiado por tres fuentes de financiamiento

como son Recursos Ordinarios, Donaciones y Transferencias, Canon y Sobrecanon. En comparación con el año anterior (2015) el PPR ha tenido un incremento porcentual mínimo de 5,50% presupuesto que se muestra en el Cuadro N° 05 siguiente.

Cuadro N° 05				
PRESUPUESTO POR RESULTADOS RED DE SALUD DOS DE MAYO - AÑO 2017				
FUENTE FINANCI/PROGRAMAS	PIA	PIM	DEVENGADO	SALDO
00. RECURSOS ORDINARIOS	16,090,569.00	19,403,057.00	19,371,402.98	31,654.02
0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	8,257,710.00	9,334,248.00	9,321,934.05	12,313.95
0002. SALUD MATERNO NEONATAL	4,252,355.00	4,989,131.00	4,987,024.08	2,106.92
0016. TBC-VIH/SIDA	309,129.00	385,055.00	381,932.90	3,122.10
0017. ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS	181,429.00	178,368.00	178,304.50	63.50
0018. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	615,035.00	772,733.00	769,452.15	3,280.85
0024. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	80,085.00	73,012.00	72,998.08	13.92
0068. REDUCCIÓN DE VULNERABILIDAD Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS	87,727.00	86,820.00	86,805.37	14.63
0104. REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS	140,861.00	140,361.00	137,418.58	2,942.42
0129. PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE	1,000.00	1,000.00	999.66	0.34
0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	55,697.00	62,193.00	62,192.09	0.91
9001. ACCIONES CENTRALES	1,639,266.00	2,821,723.00	2,816,197.84	5,525.16
9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRESUPUESTO	470,275.00	558,413.00	556,143.68	2,269.32
09. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	50,000.00	80,394.00	69,803.48	10,590.52
9001. ACCIONES CENTRALES	50,000.00	80,394.00	69,803.48	10,590.52
13. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	-	2,075,219.00	1,825,184.11	250,034.89
0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	-	35,622.00	35,622.00	-
0002. SALUD MATERNO NEONATAL	-	66,067.00	66,066.74	0.26
0016. TBC-VIH/SIDA	-	3.00	3.00	-
0017. ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS	-	85,803.00	85,803.00	-
0018. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	-	-	-	-
0024. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	-	11.00	11.00	-
0068. REDUCCIÓN DE VULNERABILIDAD Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS	-	250,000.00	-	250,000.00
0104. REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS	-	39.00	39.00	-
0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	-	-	-	-
9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRESUPUESTO	-	1,637,674.00	1,637,639.37	34.63
18. CANON Y SOBRECANON, REGALIAS, RENTA DE ADUANAS Y PARTIDAS	-	904,117.00	770,602.18	133,514.82
0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	-	686,228.00	591,010.18	95,217.82
0002. SALUD MATERNO NEONATAL	-	217,889.00	179,592.00	38,297.00
Total general	16,140,569.00	22,462,787.00	22,036,992.75	425,794.25

Fuente: Oficina de Administración Institucional Red Salud Dos de Mayo
Elaboración: Propia

4.2 Resultados de la Encuesta

Los datos obtenidos de la encuesta aplicada a la muestra representativa del presente trabajo de investigación, son como se muestran en los siguientes cuadros y gráficos, procesados por cada dimensión y por cada pregunta del cuestionario correspondiente, con la escala valorativa de 5: Muy alto, 4: Alto, 3: regular, 2: Bajo, 1: Muy bajo.

4.2.1. Presupuesto por Resultados

Pregunta 1: Considera usted, que el presupuesto por resultados asignado a la Red de Salud de Dos de Mayo, es:

Cuadro N°06 Presupuesto por Resultados de la Red Salud de Dos de Mayo			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	0	0	0
Regular	2	10.53	10.53
Bajo	5	26.31	36.84
Muy bajo	12	63.16	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e interpretación: Como se puede observar en el Cuadro N° 06 el 63.16% de los encuestados afirman que el PPR para la Red de Salud Dos de Mayo es muy bajo, el 26.31% respondieron que es bajo y sólo el 10.53% respondieron que es regular

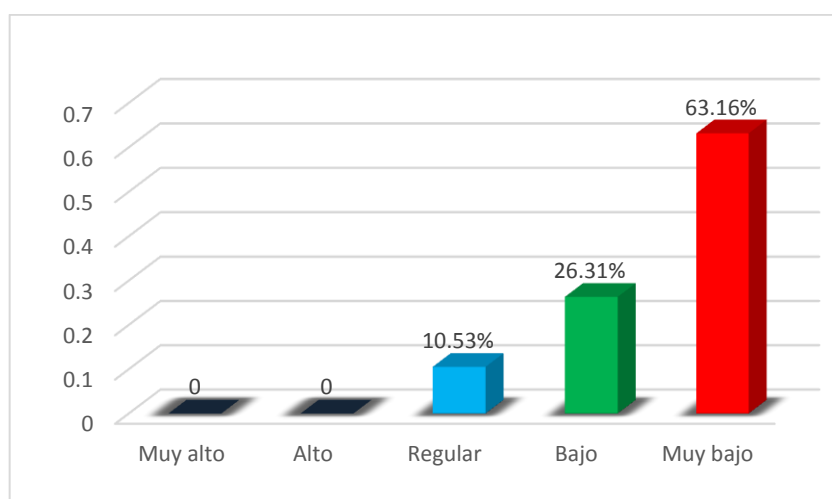


Gráfico N° 01: Presupuesto por Resultados de la Red Salud de Dos de Mayo

Fuente: Cuadro N° 06

Pregunta 2: Considera que el presupuesto asignado a la Red Salud de Dos de Mayo para atender el programa articulado nutricional es:

Cuadro N°07			
Presupuesto por Resultados de la Red Salud de Dos de Mayo Programa Articulado Nutricional			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	0	0	0
Regular	5	26.32	26.32
Bajo	10	52.63	78.95
Muy bajo	4	21.05	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e interpretación: Como se puede observar en el Cuadro N° 07 y el Gráfico N° 02, el 52,63% de los encuestados afirmaron que el PPR de la Red de Salud Dos de Mayo para para atender el programa articulado nutricional –PAN- que es bajo, mientras que el 26.32% es regular y el 21.05% es muy bajo.

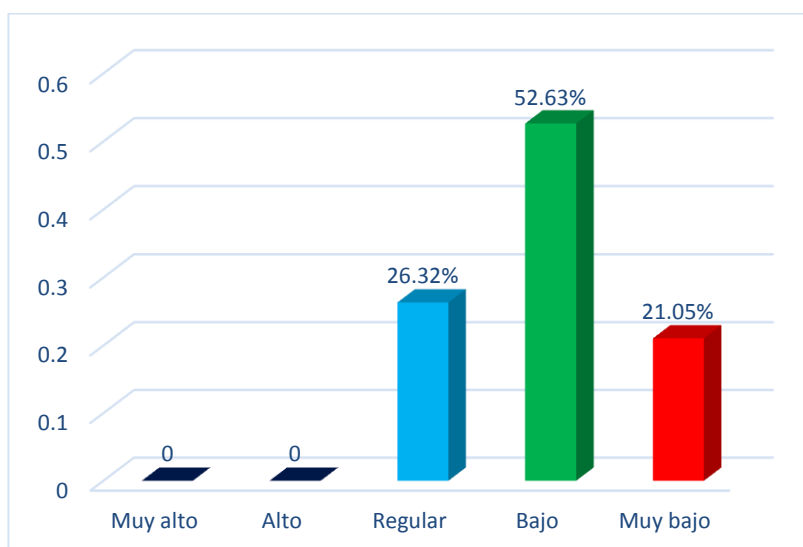


Gráfico N° 02: Presupuesto por Resultados de la Red Salud de Dos de Mayo Programa Articulado Nutricional
Fuente: Cuadro N° 07

Pregunta N° 3: Considera que el presupuesto asignado a la Red de Salud de Dos de Mayo para atender el programa materno-neonatal es:

Cuadro N°08			
Presupuesto por Resultados de la Red Salud de Dos de Mayo Programa Materno-Neonatal			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	0	0	0
Regular	4	21.05	21.05
Bajo	8	42.11	63.16
Muy bajo	7	36.84	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta

Elaboración: Propia

Análisis e interpretación: Como se puede observar en el Cuadro N° 08 y el Gráfico N° 03, un porcentaje importante del 42.11% de los encuestados afirmaron que el PPR de la Red de Salud Dos de Mayo para atender el Programa Materno-Neonatal respondieron que es bajo, mientras que el 36.84% es muy bajo y el 21.05% es regular.

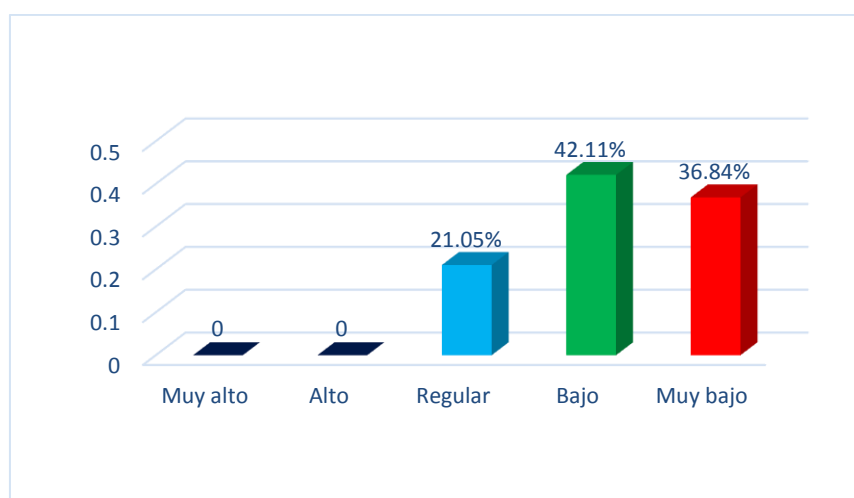


Gráfico N° 03: Presupuesto por Resultados de la Red Salud de Dos de Mayo Programa Materno-Neonatal

Fuente: Cuadro N° 08

Pregunta 4: Considera Ud. que el presupuesto asignado a la Red de Salud de Dos de Mayo para atender el programa TBC-VIH, es:

Cuadro N°09			
Presupuesto por Resultados de la Red Salud de Dos de Mayo Programa TBC-VIH			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	0	0	0
Regular	2	10.53	10.53
Bajo	5	26.31	36.84
Muy bajo	12	63.16	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 09 y el Gráfico N° 04, el 63,16% de los encuestados afirmaron que el PPR de la Red de Salud Dos de Mayo para atender el Programa TBC-VIH respondieron que es muy bajo, mientras que el 26.31% es bajo y el 10.53% respondieron que es regular.

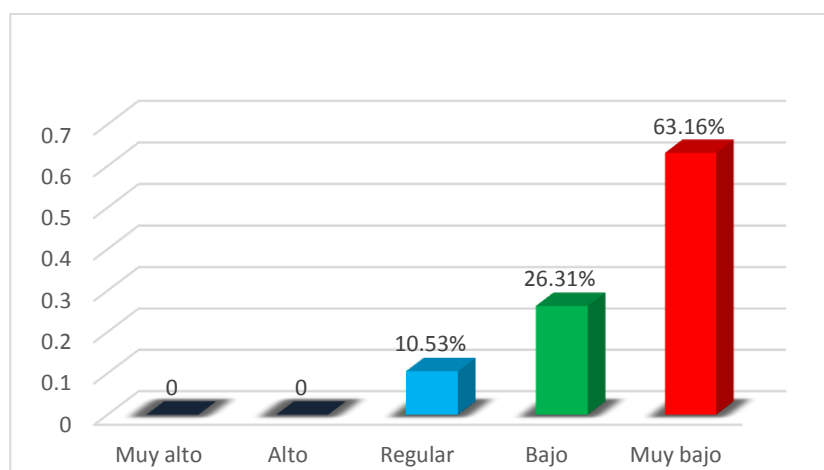


Gráfico N° 04: Presupuesto por Resultados de la Red Salud de Dos de Mayo Programa TBC-VIH
Fuente: Cuadro N° 09

4.2.2. Programa Articulado Nutricional (PAN)

Pregunta 5: Considera Ud., que las acciones de vigilancia, investigación y tecnología en nutrición es:

Cuadro N° 10 Programa Articulado Nutricional (PAN) Acciones de vigilancia, investigación y tecnología en nutrición			
Escala valorativa	F	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	9	47.37	47.37
Regular	5	26.32	73.69
Bajo	5	26.31	100
Muy bajo	0	0	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 10 y el Gráfico N° 05, un porcentaje muy importante del 47,37% de los encuestados afirmaron que las acciones de vigilancia, investigación y tecnología en nutrición del PAN es alto, mientras que el 26.32% respondieron que es regular y sólo el 26,31% respondieron que es bajo.

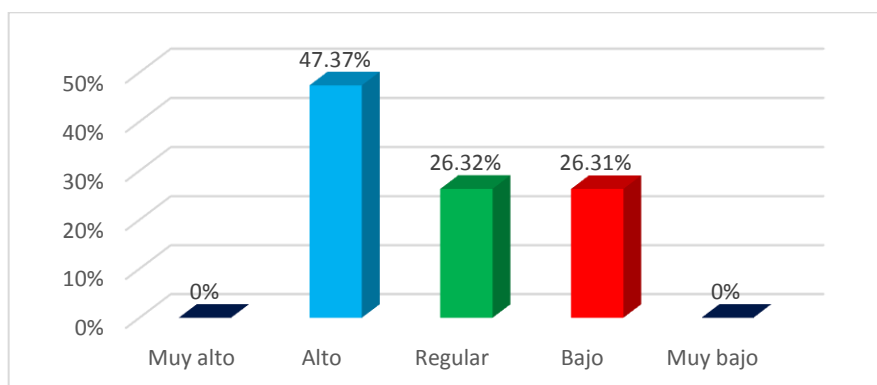


Gráfico N° 05: Programa Articulado Nutricional (PAN) Acciones de vigilancia, investigación y tecnología en nutrición
Fuente: Cuadro N° 10

Pregunta 6: Considera Ud., que las familias con niños menores de 36 meses que desarrollan prácticas saludables, es:

Cuadro N° 11			
Programa Articulado Nutricional (PAN) Familias con niños menores de 36 meses que desarrollan prácticas saludables			
Escala Valorativa	f	h_i %	H_i
Muy alto	0	0	0
Alto	0	0	0
Regular	10	52.63	52.63
Bajo	5	26.32	78.95
Muy bajo	4	21.05	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 11 y el Gráfico N° 06, un porcentaje muy significativo del 52,63% de los encuestados afirmaron que las familias con niños menores de 36 meses desarrollan prácticas saludables del PAN, el 26,32% es bajo y el 21,05% es muy bajo.

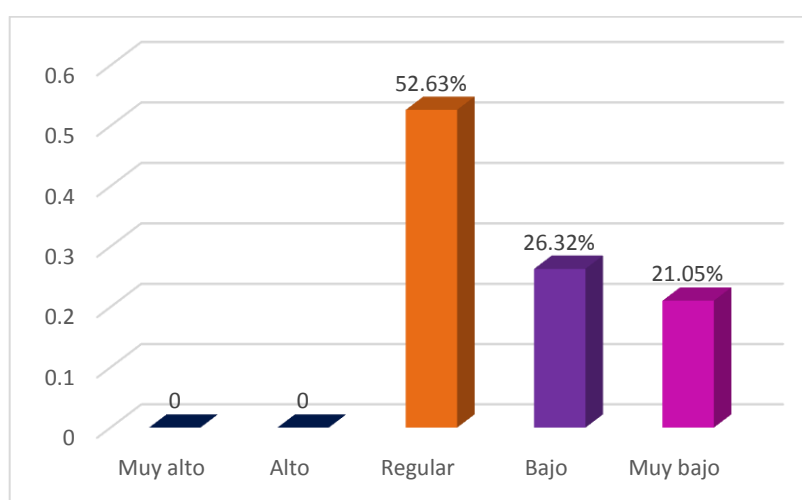


Gráfico N° 06: Programa Articulado Nutricional (PAN) Familias con niños menores de 36 meses que desarrollan prácticas saludables
Fuente: Cuadro N° 11

Pregunta 7: Considera Ud., que la aplicación de vacunas completas en los niños son:

Cuadro N° 12			
Programa Articulado Nutricional (PAN) Aplicación de vacunas completas en los niños			
Escala valorativa	F	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	15	78.95	78.95
Regular	2	10.52	89.47
Bajo	2	10.53	100
Muy bajo	0	0	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación : Como podemos observar en el Cuadro N° 12 y el Gráfico N° 07, un porcentaje muy importante del 78,95% de los encuestados afirmaron que la aplicación de vacunas completas en los niños del PAN es alto, mientras que el 10,53% respondieron que es bajo y el 10,52% es regular.

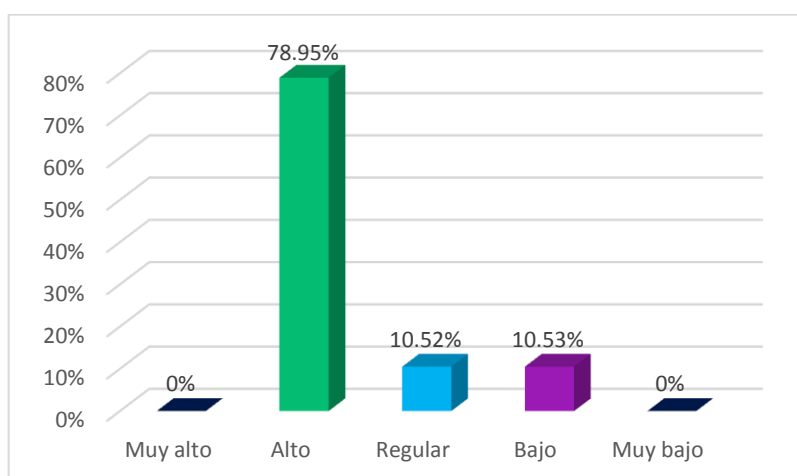


Gráfico N° 07: Programa Articulado Nutricional (PAN) aplicación de vacunas completas en los niños
Fuente: Cuadro N° 12

Pregunta 8: Considera Ud., que la atención a niños con crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad, es:

Cuadro N° 13			
Programa Articulado Nutricional (PAN) Atención a niños con crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	2	10.53	10.53
Regular	9	47.37	57.9
Bajo	7	36.84	94.74
Muy bajo	1	5.26	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 13 y el Gráfico N° 08, un porcentaje significativo del 47,37% de los encuestados afirmaron que la atención a niños con crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad del PAN es regular, mientras que el 36,84% respondieron que es bajo, el 10,53% es alto y el 5,26% respondieron que es muy bajo.

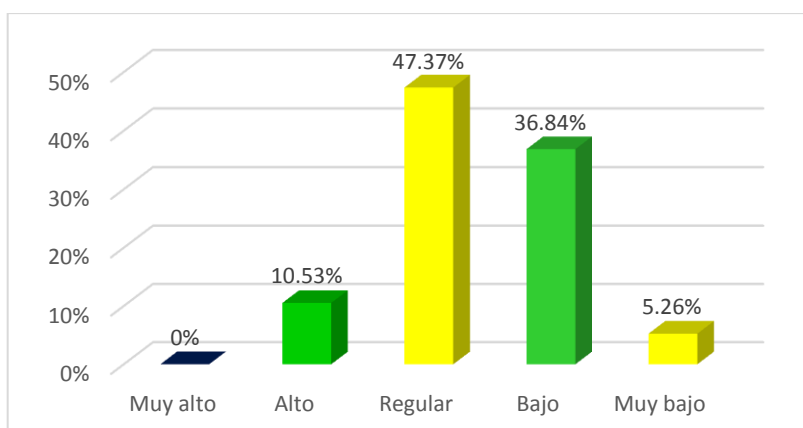


Gráfico N°12: Programa Articulado Nutricional (PAN) Atención a niños con crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad
Fuente: Cuadro N° 17

Pregunta 9: Considera Ud., que la administración a niños con suplemento de hierro y vitamina A, son:

Cuadro N° 14			
Programa Articulado Nutricional (PAN) Administración a niños con suplemento de hierro y vitamina A			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	2	10.53	10.53
Regular	3	15.79	26.32
Bajo	11	57.89	84.21
Muy bajo	3	15.79	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 14 y el Gráfico N° 09, un porcentaje muy significativo del 57,89% de los encuestados afirmaron que la administración a niños con suplemento de hierro y vitamina A del PAN es bajo, mientras que el 15,79% respondieron que es regular, el otro 15,79% es muy bajo y sólo el 10,53% respondieron que es alto.

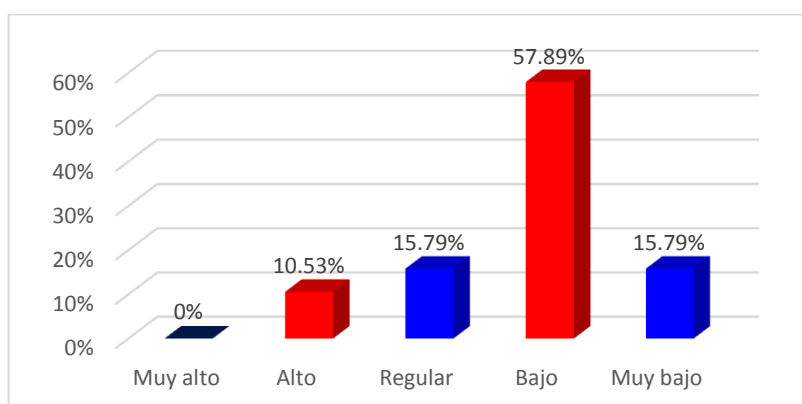


Gráfico N° 09: Programa Articulado Nutricional (PAN) Administración a niños con suplemento de hierro y vitamina A
Fuente: Cuadro N° 14

Pregunta 10: Considera Ud., que las acciones de vigilancia de la calidad de agua para el consumo humano, es:

Cuadro N° 15			
Programa Articulado Nutricional (PAN) Acciones de vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	3	15.79	15.79
Regular	13	68.42	84.21
Bajo	2	10.53	94.74
Muy bajo	1	5.26	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 15 y el Gráfico N° 10, un porcentaje muy importante del 68,42% de los encuestados afirmaron que las acciones de vigilancia de la calidad de agua para el consumo humano es regular, mientras que el 15,79% respondieron es alto, el 10,53% es bajo y sólo el 5,26% respondieron que es muy bajo.

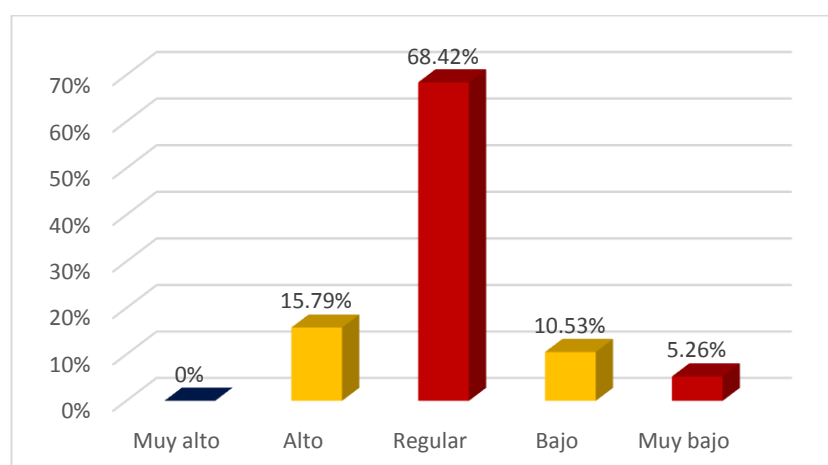


Gráfico N° 10: Programa Articulado Nutricional (PAN) Acciones de vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano
Fuente: Cuadro N° 15

Pregunta 11: Considera Ud., que las acciones de atención a niños con IRA, es:

Cuadro N° 16			
Programa Articulado Nutricional (PAN) Acciones de atención a niños con IRA			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	2	10.53	10.53
Regular	9	47.37	57.9
Bajo	7	36.84	94.74
Muy bajo	1	5.26	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 16 y el Gráfico N° 11, un porcentaje moderado del 47,37% de los encuestados afirmaron que las acciones de atención a niños con IRA es regular, mientras que el 36,84% respondieron que es bajo, el 10,53% que es alto y el 5,26% respondieron que es muy bajo.

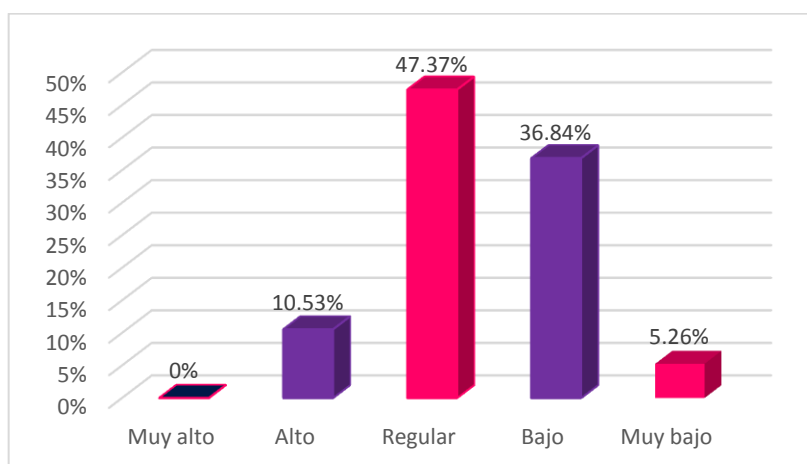


Gráfico N° 11: Programa Articulado Nutricional (PAN) Acciones de atención a niños con IRA

Fuente: Cuadro N°16

Pregunta 12: Considera Ud., que las acciones de atención a niños con EDA, es:

Cuadro N° 17			
Programa Articulado Nutricional (PAN) Acciones de atención a niños con EDA			
Escala valorativa	F	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	1	5.26	5.26
Regular	8	42.11	47.37
Bajo	5	26.31	73.68
Muy bajo	5	26.32	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 17 y el Gráfico N° 12, un porcentaje importante del 42,11% de los encuestados afirmaron que las acciones de atención a niños con EDA es regular, mientras que el 26,32% es muy bajo, el 26,31% es alto y el 5,26% es alto.

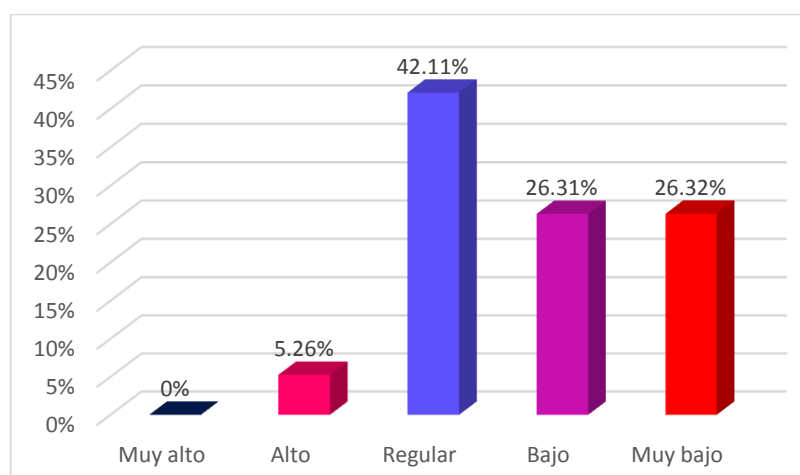


Gráfico N° 12: Programa Articulado Nutricional (PAN) Acciones de atención a niños con EDA
Fuente: Cuadro N° 17

Pregunta 13: Considera Ud., que el monitoreo, supervisión, evaluación y control del PAN, es:

Cuadro N° 18			
Programa Articulado Nutricional (PAN) Monitoreo, supervisión, evaluación y control del PAN			
Escala valorativa	F	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	2	10.53	10.53
Regular	6	31.58	42.11
Bajo	9	47.37	89.48
Muy bajo	2	10.52	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 19 y el Gráfico N° 14, el 47,37% de los encuestados afirmaron que el monitoreo, supervisión, evaluación y control del PAN es regular, mientras que el 31,58% respondieron que es regular, el 10,53% es alto y el 10,52% respondieron que es muy bajo.

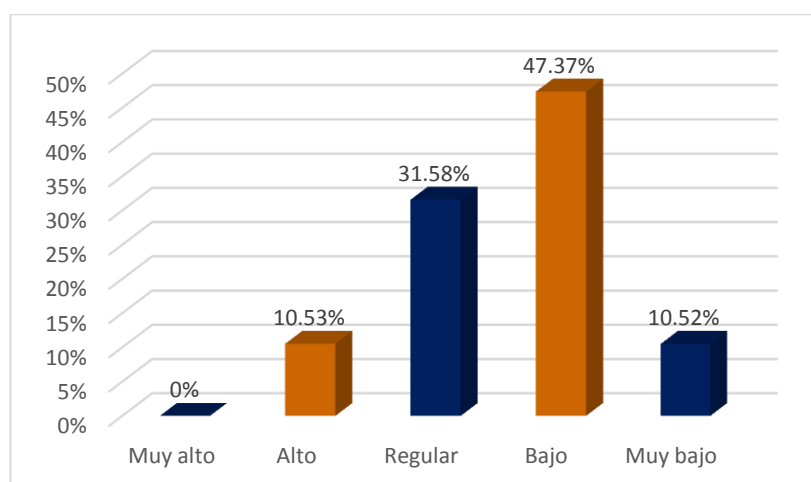


Gráfico N° 13: Programa Articulado Nutricional (PAN) Monitoreo, supervisión, evaluación y control del PAN
Fuente: Cuadro N° 18

Pregunta 14: La administración de suplemento de hierro y ácido fólico a gestantes, es:

Cuadro N° 19			
Programa Articulado Nutricional (PAN) Administración de suplemento de hierro y ácido fólico a gestantes			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	6	31.58	31.58
Regular	9	47.37	78.95
Bajo	3	15.79	94.74
Muy bajo	1	5.26	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 19 y el Gráfico N° 14, el 47,37% de los encuestados afirmaron que La administración de suplemento de hierro y ácido fólico a gestantes es regular, mientras que el 31,58% respondieron que es alto, el 15,79% es bajo y sólo el 5,26% respondieron que es muy bajo.

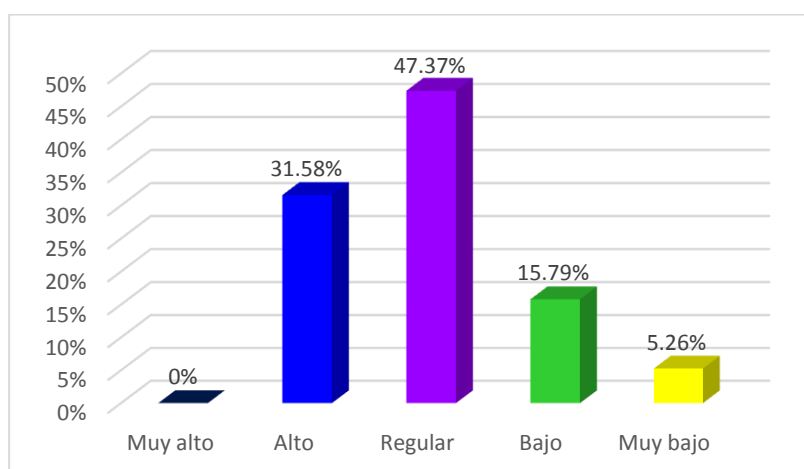


Gráfico N° 14: Programa Articulado Nutricional (PAN) Administración de suplemento de hierro y ácido fólico a gestantes
Fuente: Cuadro N° 19

Pregunta 15: La atención a niños con diagnóstico de parasitosis intestinal, es:

Cuadro N° 20 Programa Articulado Nutricional (PAN) Atención a niños con diagnóstico de parasitosis intestinal			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	1	5.26	5.26
Regular	4	21.05	26.31
Bajo	13	68.43	94.74
Muy bajo	1	5.26	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 20 y el Gráfico N° 15, el 68,43% de los encuestados afirmaron que La atención a niños con diagnóstico de parasitosis intestinal es bajo, mientras que el 21,05% respondieron que es regular, y con el mismo porcentaje del 5,26% respondieron es alto y muy bajo.

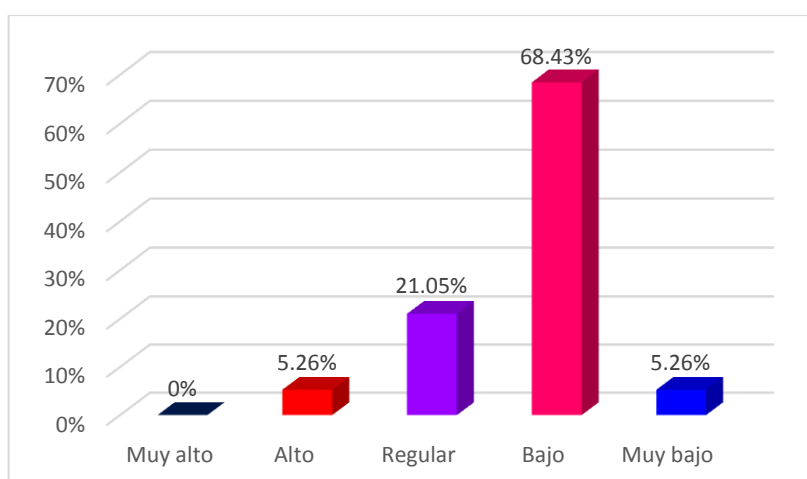


Gráfico N°15: Programa Articulado Nutricional (PAN) Atención a niños con diagnóstico de parasitosis intestinal
Fuente: Cuadro N° 20

4.2.3. Programa de Salud Materno Neonatal

Pregunta 16: Considera Ud., que las acciones de monitoreo, supervisión, evaluación y control de la salud materno neonatal, es:

Cuadro N° 21 Programa de Salud Materno Neonatal. Acciones de monitoreo, supervisión, evaluación y control de la salud materno neonatal			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	5	26.32	26.32
Regular	8	42.11	68.43
Bajo	3	15.79	84.22
Muy bajo	3	15.78	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 21 y el Gráfico N° 16, el 42,11% de los encuestados afirmaron que las acciones de monitoreo, supervisión, evaluación y control de la salud materno neonatal es regular, mientras que el 26,32% respondieron que es regular, el 15,79% es bajo y el 15,78% respondieron es muy bajo.

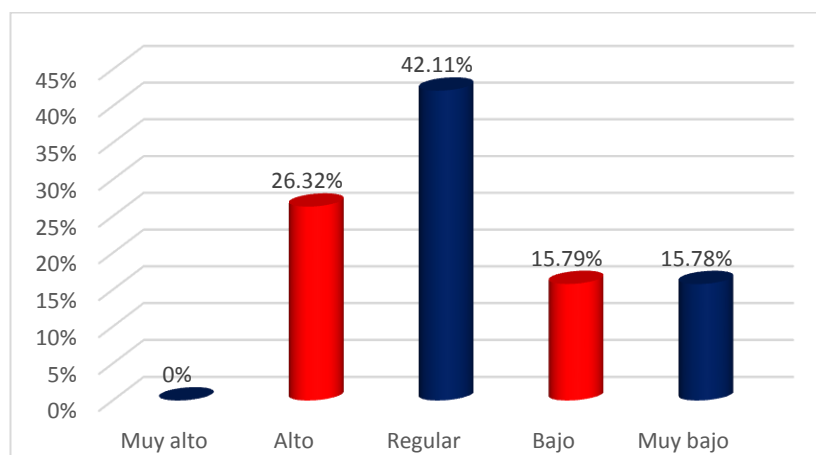


Gráfico N° 16: Programa de Salud Materno Neonatal. Acciones de monitoreo, supervisión, evaluación y control de la salud materno neonatal

Fuente: Cuadro N°21

Pregunta 17: Considera Ud., que el servicio de salud para prevención del embarazo a adolescentes, es:

Cuadro N° 22			
Programa de Salud Materno Neonatal Servicio de salud para prevención del embarazo en adolescentes			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	1	5.26	5.26
Regular	4	21.05	26.31
Bajo	11	57.9	84.21
Muy bajo	3	15.79	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 22 y el Gráfico N° 17, un porcentaje muy importante del 57.90% de los encuestados afirmaron que el servicio de salud para prevención del embarazo a adolescentes es bajo, mientras que el 21,05% respondieron que es regular, el 15,79% es muy bajo y sólo el 5,26% respondieron que es alto.

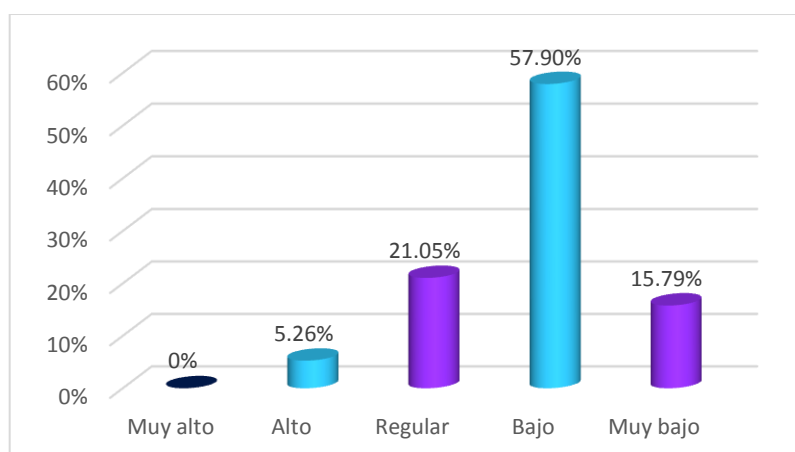


Gráfico N° 17: Programa de Salud Materno Neonatal, servicio de salud para prevención del embarazo en adolescentes

Fuente: Cuadro N° 22

Pregunta 18: Considera Ud., que la atención a la gestante con complicaciones, es:

Cuadro N° 23			
Programa de Salud Materno Neonatal. Atención a la gestante con complicaciones			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	1	5.26	5.26
Regular	3	15.79	21.05
Bajo	13	68.42	89.47
Muy bajo	2	10.53	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 23 y el Gráfico N° 18, un porcentaje muy importante del 68.42% de los encuestados afirmaron que la atención a la gestante con complicaciones, es bajo, mientras que el 15,79% es regular, el 10,53% es muy bajo y el 5,26% afirmaron que es alto.

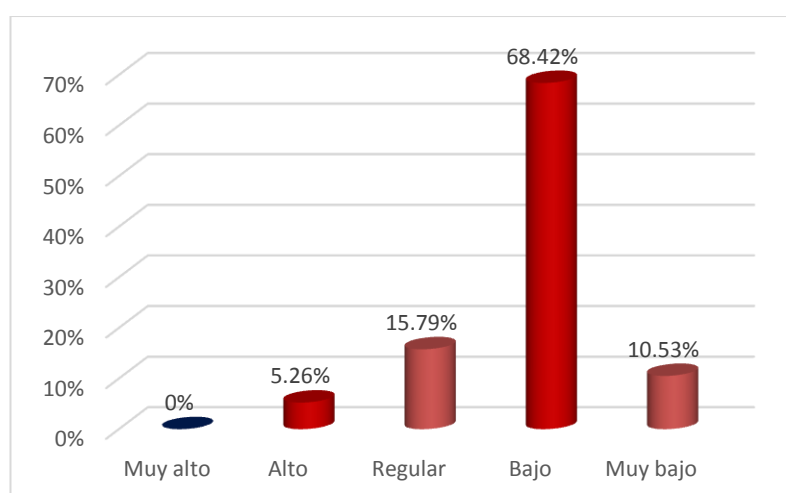


Grafico N° 20: Programa de Salud Materno Neonatal Atención a la gestante con complicaciones
Fuente: Cuadro N° 23

Pregunta 19: Considera Ud., que la atención a la gestante con parto normal, es:

Cuadro N° 24			
Programa de Salud Materno Neonatal Atención a la gestante con parto normal			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	15	78.95	78.95
Regular	3	15.79	94.74
Bajo	1	5.26	100
Muy bajo	0	0	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 24 y el Gráfico N° 19, un porcentaje muy significativo del 78,95% de los encuestados afirmaron que la atención a la gestante con parto normal es alto, mientras que el 15,79% respondieron que es regular, y sólo el 5,26% respondieron que es bajo.

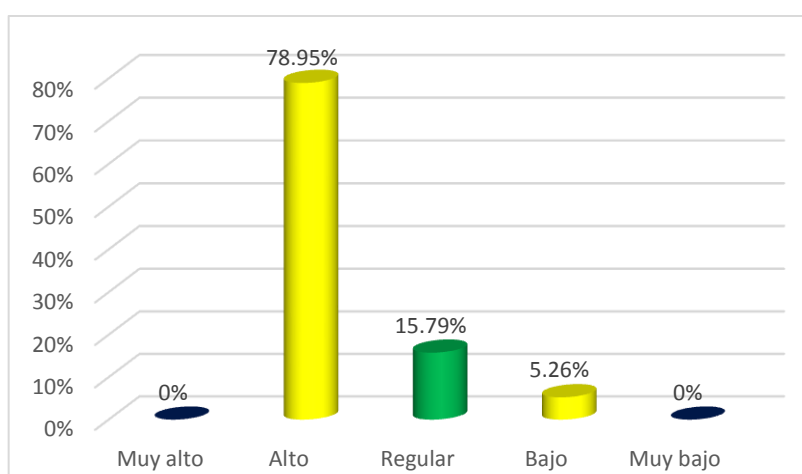


Gráfico N° 19: Programa de Salud Materno Neonatal Atención a la gestante con parto normal
Fuente: Cuadro N°24

Pregunta 20: Considera Ud., que la atención de parto complicado quirúrgico (cesárea), es:

Cuadro N° 25			
Programa de Salud Materno Neonatal Atención de parto complicado quirúrgico (cesárea)			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	0	0	0
Regular	1	5.26	5.26
Bajo	16	84.21	89.47
Muy bajo	2	10.53	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 25 y el Gráfico N° 20, un porcentaje muy significativo del 84,21% de los encuestados afirmaron que la atención de parto complicado quirúrgico (cesárea), es bajo, mientras que el 10,53% respondieron que es muy bajo, y el 5,26% respondieron que es regular.

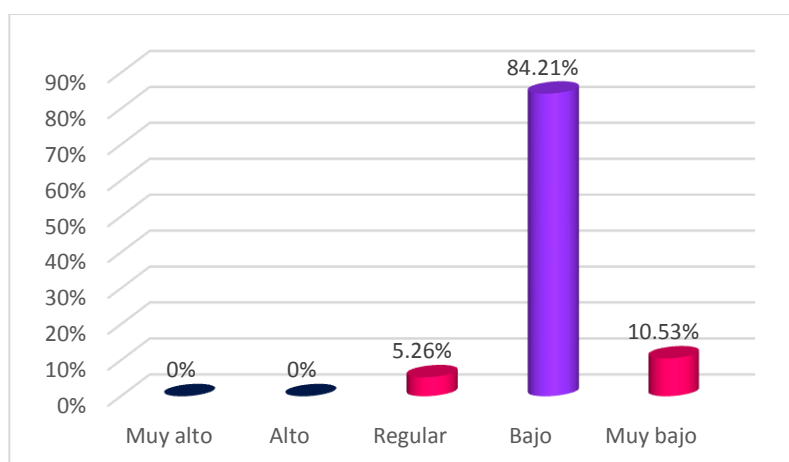


Gráfico N° 20: Programa de Salud Materno Neonatal Atención de parto complicado quirúrgico (cesárea)

Fuente: Cuadro N° 25

Pregunta 21: Considera Ud., la atención del puerperio, es:

Cuadro N° 26			
Programa de Salud Materno Neonatal. Atención del puerperio			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	0	0	0
Regular	15	78.95	78.95
Bajo	3	15.79	94.74
Muy bajo	1	5.26	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 26 y el Gráfico N° 21, un porcentaje muy significativo del 78,95% de los encuestados afirmaron que la atención del puerperio, regular, mientras que el 15,79% es bajo y el 5,26% respondieron que es muy bajo.

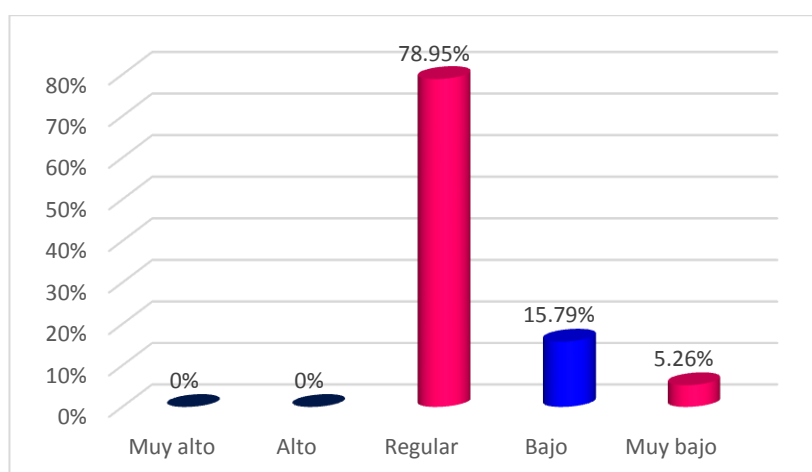


Gráfico N° 21: Programa de Salud Materno Neonatal Atención del puerperio

Fuente: Cuadro N° 26

Pregunta 22: Considera Ud., que la atención al recién nacido, es:

Cuadro N° 27			
Programa de Salud Materno Neonatal. Atención al recién nacido			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	0	0	0
Regular	14	73.69	73.69
Bajo	4	21.05	94.74
Muy bajo	1	5.26	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 27 y el Gráfico N° 22, un porcentaje muy significativo del 73,69% de los encuestados afirmaron que la atención del puerperio, es regular, mientras que el 21,05% es bajo y el 5,26% respondieron es muy bajo.

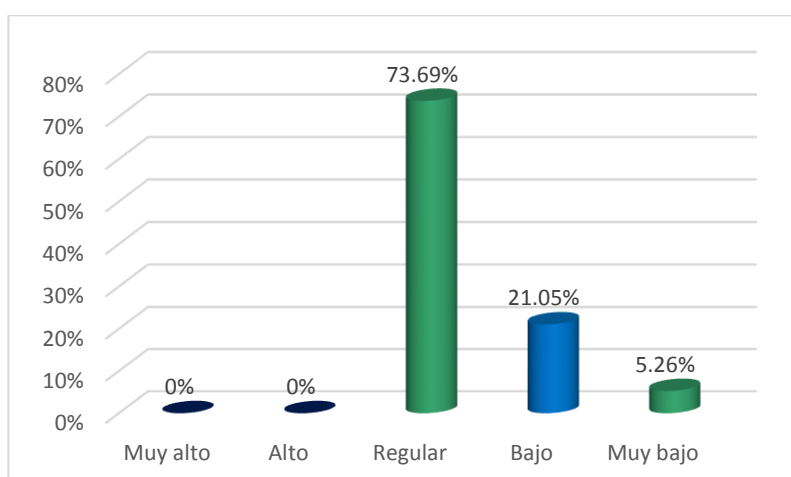


Grafico N° 22: Programa de Salud Materno Neonatal Atención al recién nacido

Fuente: Cuadro N° 27

4.2.4. Programa TBC/VIH

Pregunta 23: Considera Ud., que el monitoreo, supervisión, evaluación y control de la tuberculosis y VIH/SIDA, es:

Cuadro N° 28 Programa TBC/VIH Monitoreo, supervisión, evaluación y control de VIH/SIDA – tuberculosis			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	0	0	0
Regular	2	10.52	10.52
Bajo	5	26.32	36.84
Muy bajo	12	63.16	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 28 y el Gráfico N° 23, un porcentaje muy significativo del 63,16% de los encuestados afirmaron que el monitoreo, supervisión, evaluación y control de la tuberculosis y VIH/SIDA, es muy bajo, mientras que el 26,32% afirmaron que es bajo y el 10,52% respondieron es regular.

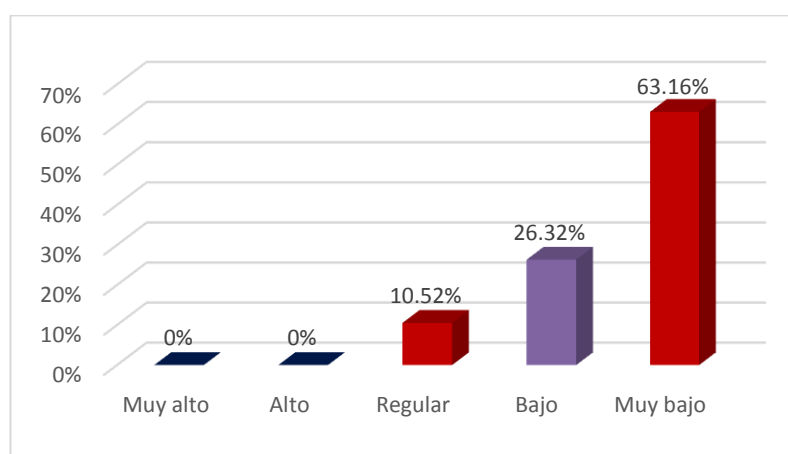


Gráfico N° 23: Programa TBC/VIH Monitoreo, supervisión, evaluación y control de VIH/SIDA – tuberculosis
Fuente: Cuadro N° 28

Pregunta 24: Considera Ud., que el despistaje de TBC sintomáticos respiratorios, es:

Cuadro N° 29			
Programa TBC/VIH Despistaje de TBC sintomáticos respiratorios			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	0	0	0
Regular	2	10.53	10.53
Bajo	3	15.79	26.32
Muy bajo	14	73.68	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 29 y el Gráfico N° 24, un porcentaje muy significativo del 73,68% de los encuestados afirmaron que el monitoreo, supervisión, evaluación y control de la tuberculosis y VIH/SIDA, es muy bajo, mientras que el 15,79% afirmaron que es bajo y el 10,52% respondieron como regular.

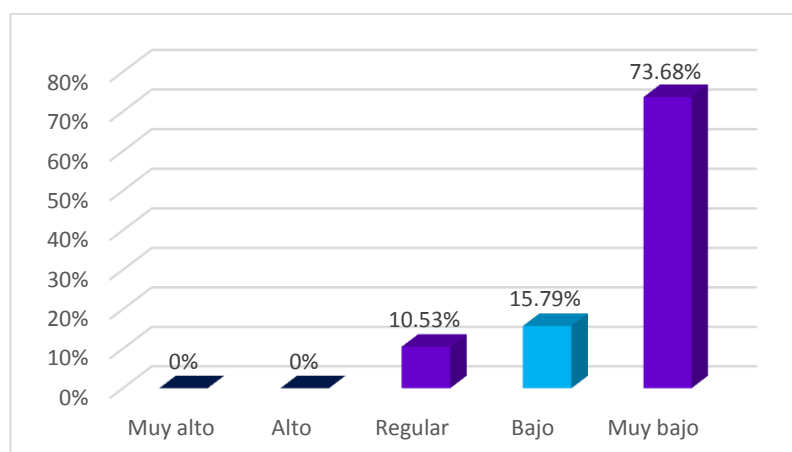


Gráfico N° 24: Programa TBC/VIH Despistaje de TBC sintomáticos respiratorios

Fuente: Cuadro N° 29

Pregunta 25: Considera Ud., que la entrega a adultos y jóvenes varones de consejería y tamizaje para ITS y VIH/SIDA, es:

Cuadro N° 30 Programa TBC/VIH Entrega a adultos y jóvenes varones de consejería y tamizaje para ITS y VIH/SIDA			
Escala valorativa	f	hi %	Hi %
Muy alto	0	0	0
Alto	0	0	0
Regular	6	31.58	31.58
Bajo	2	10.53	42.11
Muy bajo	11	57.89	100
Σ	19	100	

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Análisis e Interpretación: Como podemos observar en el Cuadro N° 30 y el Gráfico N° 25, un porcentaje muy significativo del 57,89% de los encuestados afirmaron que la entrega a adultos y jóvenes varones de consejería y tamizaje para ITS y VIH/SIDA, es muy bajo, mientras que el 31,58% afirmaron que es regular y el 10,53% respondieron como bajo.

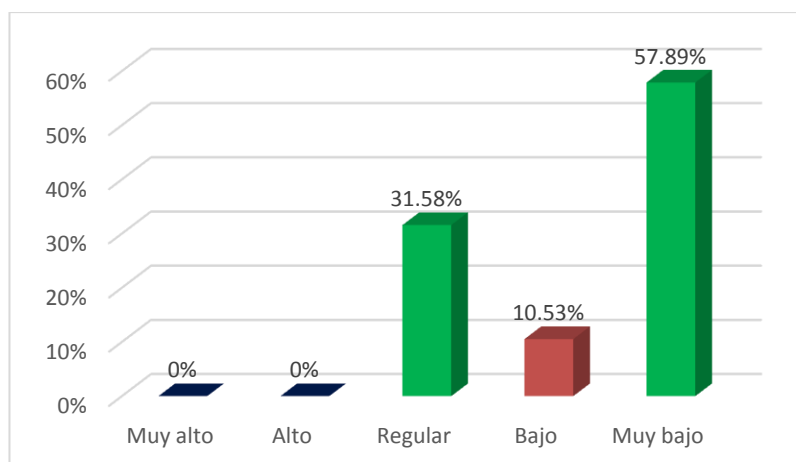


Grafico N° 25: Programa TBC/VIH Entrega a adultos y jóvenes varones de consejería y tamizaje para ITS y VIH/SIDA
Fuente: Cuadro N°30

4.3 Contrastación de hipótesis

Habiendo obtenido los resultados del trabajo de campo, y habiendo efectuado el procesamiento y los análisis por cada información de las preguntas planteadas en el cuestionario de la encuesta se va a plantear la contrastación de hipótesis.

Se quiere demostrar que las variables de las hipótesis planteadas, variables mixtas, es decir, que las variables que construyen las hipótesis del presente trabajo de investigación son variables cualitativas y variables cuantitativas. Para ello, por cada hipótesis de la investigación vamos a aplicar el estadístico no paramétrico Chi Cuadrado (χ^2) asociando las variables cualitativas y cuantitativas, para determinar el grado de relación de dichas variables. Contrastando primeramente las hipótesis específicas y luego la hipótesis general.

4.3.1. Contrastación de la hipótesis específica 1

Para contrastar o probar la hipótesis planteada, vamos a aplicar el estadístico Chi cuadrada o Ji cuadrada (X^2), para ello vamos a plantear la hipótesis nula (H_0) y la hipótesis de investigación o alternativa (H_a).

H_0 : *El presupuesto por resultados **no** tiene relación directa con el programa articulado nutricional en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.*

H_a: El presupuesto por resultados tiene relación directa con el programa articulado nutricional en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.

Para calcular un estadístico, es necesario emplear observaciones obtenidas de una muestra y también ciertos parámetros poblacionales. El número de *grados de libertad (gl)* de un estadístico, se define como la cantidad N de observaciones en la muestra (es decir, el tamaño de la muestra) menos la cantidad k de parámetros poblacionales que tengan que estimarse a partir de las observaciones muestrales. En símbolos, $gl = N - k$ (Spiegel, Murray R. y Stpens, Larry J. p. 278)

En el presente caso, como podemos observar en el Cuadro N° 31, se tienen 19 observaciones en una muestra también de 19, esto nos ha ayudado determinar los grados de libertad (gl), para determinar el valor de Ji Cuadrada crítico con base a la Tabla de Distribución Chi-Cuadrada.

El Ji cuadrado (χ^2) crítico o teórico que se obtiene de la Tabla de Distribución Ji Cuadrada con grados de libertad se tiene:

$$gl = N - K$$

$$gl = 19 - 1 = 18$$

Por lo tanto, χ^2 a 18 gl al valor de significancia de 0,05 (5%) corresponde el valor de 9.39, es decir, Ji cuadrada teórica o crítico,
 $\chi^2 = 9.39$

Con base a los datos obtenidos en el Cuadro N° 31, procedemos a realizar el cálculo de Ji-Cuadrada (X^2):

Estadístico de Prueba de hipótesis

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \quad \text{con } k-1 \text{ grados de libertad.}$$

Donde:

χ^2 = Chi o Ji cuadrada (calculada)

O_i = frecuencias observadas

E_i = frecuencias esperadas

$k-1$ = grados de libertad

Cálculo de Chi Cuadrada

Cuadro N° 31

Escala valorativa	Presupuesto por Resultados de la Red Salud de Dos de Mayo Programa Articulado Nutricional				
	F _o	f _e	(f _o -f _e)	(f _o -f _e) ²	(f _o -f _e) ² /f _e
Muy alto	0	3.8	-3.8	14.44	3.8
Alto	0	3.8	-3.8	14.44	3.8
Regular	5	3.8	1.2	1.44	0.37894737
Bajo	10	3.8	6.2	38.44	10.1157895
Muy bajo	4	3.8	0.2	0.04	0.01052632
Σ	19	19	0	68.8	18.1052632

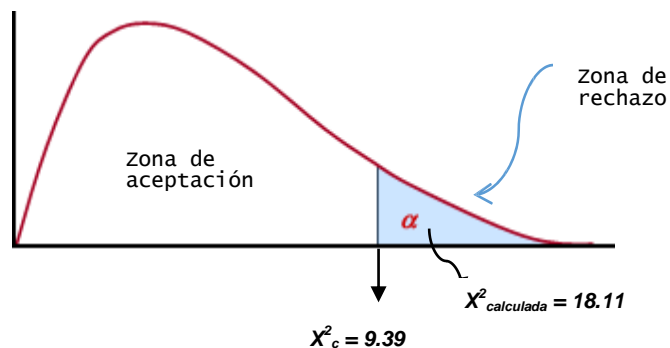
Fuente: Cuadro N° 07

Elaboración: Propia

Resultados:

Ji Cuadrada crítico o teórica, $X^2 = 9.39$

Y Ji Cuadrada calculada, según el Cuadro N° 31, $X^2 = 18.11$



Gráfica N° 26: Prueba de hipótesis específica 1
Elaboración: Propia

Toma de decisión:

Ji Cuadrada calculada, es mayor que Ji Cuadrada crítico o teórica, a nivel de significancia de 0.05, por lo tanto la hipótesis nula (H_0) es rechazada y la hipótesis de investigación (H_a) se acepta, tal como podemos observar en la Gráfica N° 26; en consecuencia, la hipótesis específica 1 de la investigación está probada, en el sentido que:

El presupuesto por resultados tiene relación directa con el programa articulado nutricional en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.

4.3.2. Contrastación de hipótesis específica 2

Siguiendo la misma metodología de la prueba de hipótesis específica 1, se tiene la hipótesis específica 2 de la presente investigación:

Ho: *El presupuesto por resultados **no** tiene relación directa con el programa salud materno neonatal en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.*

Ha: El presupuesto por resultados tiene relación directa con el programa salud materno neonatal en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.

En el presente caso, como podemos observar en el Cuadro N° 32, se tienen 19 observaciones en una muestra también de 19, esto nos ha permitido obtener el Ji cuadrado (χ^2) crítico o teórico de la Tabla de Distribución Ji Cuadrada, para lo cual antes se tiene que calcular los grados de libertad:

$$gl = N - K$$

$$gl = 19 - 1 = 18$$

Por lo tanto, χ^2 a 18 gl al valor de significancia de 0,05 (5%) corresponde el valor de 9.39, es decir, Ji cuadrada teórica o crítico, **$\chi^2 = 9.39$**

Con base a los datos obtenidos en el Cuadro N° 32, procedemos a realizar el cálculo de Ji-Cuadrada (χ^2):

Estadístico de Prueba de hipótesis

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \quad \text{con } k-1 \text{ grados de libertad.}$$

Donde:

$\chi^2 =$ Chi o Ji cuadrada (calculada)

$O_i =$ frecuencias observadas

$E_i =$ frecuencias esperadas

$k-1 =$ grados de libertad

Cálculo de Chi Cuadrada

Cuadro N° 32

Escala valorativa	Presupuesto por Resultados de la Red Salud de Dos de Mayo Programa materno-neonatal				
	f_o	f_e	$(f_o - f_e)$	$(f_o - f_e)^2$	$(f_o - f_e)^2 / f_e$
Muy alto	0	3.8	-3.8	14.44	3.8
Alto	0	3.8	-3.8	14.44	3.8
Regular	4	3.8	0.2	0.04	0.01052632
Bajo	8	3.8	4.2	17.64	4.64210526
Muy bajo	7	3.8	3.2	10.24	2.69473684
Σ	19	19	0	56.8	14.9473684

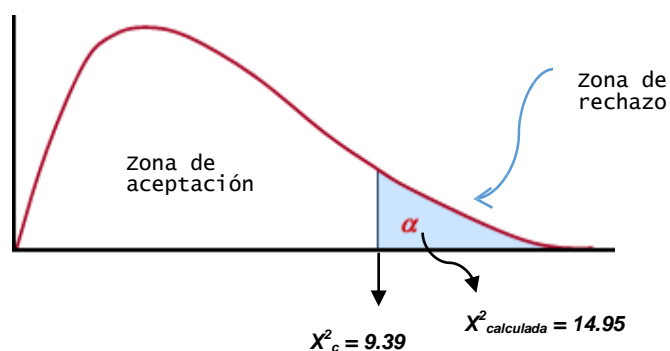
Fuente: Cuadro N° 08

Elaboración: Propia

Resultados:

Ji Cuadrada crítico o teórica, $\chi^2_c = 9.39$

Y Ji Cuadrada calculada, según el Cuadro N° 32, $\chi^2_{calculada} = 14.95$



Gráfica N° 27: Prueba de hipótesis específica 1

Elaboración: Propia

Toma de decisión:

En la gráfica Ji Cuadrada calculada, es mayor que Ji Cuadrada crítico o teórica, a nivel de significancia de 0.05, por lo tanto la hipótesis nula (Ho) es rechazada y la hipótesis de investigación (Ha) se acepta, en consecuencia, la hipótesis específica 2 de la investigación está probada, en el sentido que:

El presupuesto por resultados tiene relación directa con el programa materno - neonatal en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.

4.3.3. Contrastación de la hipótesis específica 3

Continuando con la misma metodología de la prueba de hipótesis específicas anteriores, seguidamente se va probar la hipótesis específica 3, para lo cual se va plantear la hipótesis nula y la de investigación respectivamente:

Ho: *El presupuesto por resultados **no** tiene relación directa con el programa salud TBC/VIH en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.*

Ha: El presupuesto por resultados tiene relación directa con el programa salud TBC/VIH en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.

En el presente caso, como podemos observar en el Cuadro N° 32, se tienen 19 observaciones en una muestra también de 19, esto nos ha permitido obtener el Ji cuadrado (χ^2) crítico o teórico de la Tabla de Distribución Ji Cuadrada, para lo cual antes se tiene que calcular los grados de libertad:

$$gl = N - K$$

$$gl = 19 - 1 = 18$$

Por lo tanto, χ^2 a 18 *gl* al valor de significancia de 0,05 (5%) corresponde el valor de 9.39, es decir, Ji cuadrada teórica o crítico, **$\chi^2 = 9.39$**

Con base a los datos obtenidos en el Cuadro N° 32, procedemos a realizar el cálculo de Ji-Cuadrada (χ^2):

Estadístico de Prueba de hipótesis

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \quad \text{con } k-1 \text{ grados de libertad.}$$

Donde:

χ^2 = Chi o Ji cuadrada (calculada)

O_i = frecuencias observadas

E_i = frecuencias esperadas

$k-1$ = grados de libertad

Cálculo de Chi Cuadrada

Cuadro N° 33

Escala valorativa	Presupuesto por Resultados de la Red Salud de Dos de Mayo Programa TBC-VIH				
	F _o	f _e	(f _o -f _e)	(f _o -f _e) ²	(f _o -f _e) ² /f _e
Muy alto	0	3.8	-3.8	14.44	3.8
Alto	0	3.8	-3.8	14.44	3.8
Regular	2	3.8	-1.8	3.24	0.85263158
Bajo	5	3.8	1.2	1.44	0.37894737
Muy bajo	12	3.8	8.2	67.24	17.6947368
Σ	19	19	0	100.8	26.5263158

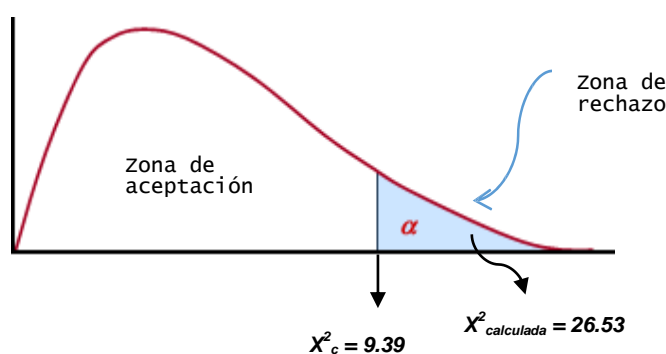
Fuente: Cuadro N° 09

Elaboración: Propia

Resultados:

Ji Cuadrada crítico o teórica, $\chi^2_c = 9.39$

Y Ji Cuadrada calculada, según el Cuadro N° 33, $\chi^2_{calculada} = 26.53$



Gráfica N° 28: Prueba de hipótesis específica 1
Elaboración: Propia

Toma de decisión:

Ji Cuadrada calculada, es mayor que Ji Cuadrada teórica, a nivel de significancia de 0.05, por lo tanto la hipótesis nula (H_0) es rechazada y la hipótesis de investigación (H_a) se acepta, tal como podemos observar en la Gráfica N° 28; en consecuencia, la hipótesis específica 3 de la investigación está probada, en el sentido que:

El presupuesto por resultados tiene relación directa con el programa salud TBC/VIH en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.

4.3.4. Contrastación de la hipótesis general

Para contrastar o probar la hipótesis general, se han consolidado los datos de los cuadros N° 06, 07, 08 y 09, o lo que es lo mismo, el consolidado de los cuadros de las hipótesis específicas 1, 2 y 3, más el cuadro N° 06. Para poder operacionalizar, primeramente planteamos la hipótesis nula (Ho) y la hipótesis alternativa (Ha).

Ho: *El presupuesto por resultados **no** tiene relación directa en la ejecución de los programas presupuestales estratégicos de salud en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 – 2017.*

Ha: El presupuesto por resultados tiene relación directa en la ejecución de los programas presupuestales estratégicos de salud en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 – 2017.

Para la prueba de la hipótesis general, se ha aplicado una tabla de contingencia, con doble entrada, una de la escala valorativa y otra del presupuesto por resultados y de los programas presupuestales estratégicos, tal como podemos observar en el Cuadro N° 34. Donde el número de columnas es k y el número de renglones o filas es h esto nos ha permitido obtener el Ji cuadrado (χ^2) crítico o teórico de la Tabla de Distribución Ji Cuadrada.

Calculando los grados de libertad (gl):

$$gl = (h - 1) (k - 1)$$

$$gl = (5 - 1) (4 - 1) = (4) (3) = 12$$

Por lo tanto, X^2 a 12 gl al valor de significancia de 0,05 corresponde el valor de 5.23, es decir, Ji cuadrada teórica o crítico, $X^2_{crítico} = 5.23$

Cuadro N° 34

Escala valorativa	PPR y Programas Presupuestales Estratégicos de la Red Salud de Dos de Mayo				
	PpR	PAN	P M-N	PTBC7VIH	TOTAL
Muy alto					
Alto					
Regular	2	5	4	2	14
Bajo	5	10	8	5	30
Muy bajo	12	4	7	12	32
Σ	19	19	19	19	76

Fuente: Cuadro N° 06, 07, 08 y 09

Elaboración: Propia

Con base a los datos obtenidos en el Cuadro N° 34, procedemos a realizar el cálculo de Ji-Cuadrada ($X^2_{calculada}$):

Estadístico de Prueba de hipótesis

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \quad \text{con } k-1 \text{ grados de libertad.}$$

Donde:

x^2 = Chi o Ji cuadrada (calculada)

O_i = frecuencias observadas

E_i = frecuencias esperadas

$k-1$ = grados de libertad

Cálculo de Chi Cuadrada

Cuadro N° 35

Escala valorativa	PPR y Programas Presupuestales Estratégicos de la Red Salud de Dos de Mayo				
	fo	fe	fo-fe	(fo-fe) ²	(fo-fe) ² /fe
Regular	2	3.5	-1.5	2.25	0.64286
Bajo	5	7.5	-2.5	6.25	0.83333
Muy bajo	12	8	4	16	2
Regular	5	3.5	1.5	2.25	0.64286
Bajo	10	7.5	2.5	6.25	0.83333
Muy bajo	4	8	-4	16	2
Regular	4	3.5	0.5	0.25	0.07143
Bajo	8	7.5	0.5	0.25	0.03333
Muy bajo	7	8	-1	1	0.125
Regular	2	3.5	-1.5	2.25	0.64286
Bajo	5	7.5	-2.5	6.25	0.83333
Muy bajo	12	8	4	16	2
Σ	76	76	0	75	10.65833

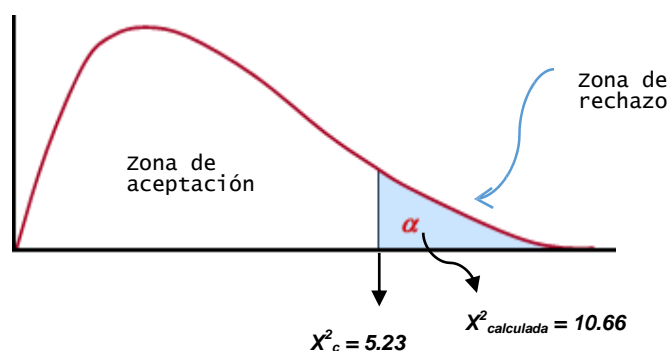
Fuente: Cuadro N° 06-07-08-09

Elaboración: Propia

Resultados:

Ji Cuadrada crítico o teórica, $\chi^2 = 5.23$

Y Ji Cuadrada calculada, según el Cuadro N° 33, $\chi^2 = 10.66$



Gráfica N° 29: Prueba de hipótesis general

Elaboración: Propia

Toma de decisión:

Ji Cuadrada calculada ($X^2 = 10.66$), es mayor que Ji Cuadrada crítico ($X^2 = 5.23$), a nivel de significancia de 0.05, por lo tanto la hipótesis nula (H_0) es rechazada y la hipótesis de investigación (H_a) se acepta, tal como podemos observar en la Gráfica N° 29 en consecuencia, la hipótesis general de la investigación está probada, en el sentido que:

El presupuesto por resultados tiene relación directa en la ejecución de los programas presupuestales estratégicos de salud en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 – 2017.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Desde la perspectiva del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), la metodología de Presupuesto por Resultados (PpR), es definida, como la aplicación de principios y técnicas para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de intervenciones con una articulación clara y sustentada entre bienes y servicios a ser provistos a un determinado grupo o población objetivo (productos) y los cambios generados en el bienestar ciudadano (resultados), a ser logrados, bajo criterios de eficiencia, eficacia y equidad. Es decir, que el presupuesto por resultados, debe generar, como resultado el bienestar de la población, de la ciudadanía de manera eficiente, eficaz y con igualdad de derechos. Además, debemos entender, cuando hace referencia a una articulación clara y sustentada de bienes y servicios, están incluidos los recursos humanos, sin embargo, las informaciones recopiladas nos indican que el PpR asignado a la Red de Salud de Dos de Mayo existe un porcentaje muy importante del 89% consideran entre muy bajo y bajo (Cuadro N° 06); así como también la asignación presupuestal a los Programas Estratégicos Presupuestales: Programa Articulado Nutricional (PAN), Programa Materno – Neonatal y Programa TBC/VIH entre otros, un porcentaje muy significativo que oscilan entre el 79% y 89% (Cuadros N° 07, 08 y 09) consideran que es muy bajo y bajo; es decir, que la población objetivo no son satisfechas en sus necesidades asistenciales.

Según la Guía Metodológica establecida por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), para la programación presupuestaria estratégica se cuenta con los instrumentos de la Programación Presupuestaria Estratégica, en la que se definen los resultados de la gestión pública que inciden directamente sobre la ciudadanía y, sobre la base de evidencia científica primordialmente, se definen aquellos productos (incluyendo estructuras de costos) que inciden sobre esos resultados, asignándose después el presupuesto correspondiente. Esta metodología planteada por el MEF, está bien, pero como planteamiento y un avance lento en su funcionamiento. Los Programas Estratégicos Presupuestales, no solamente depende de la Red de Salud, sino están articulados con las demás instituciones locales, regionales y nacionales. Y esta articulación, en la realidad no funcionan objetiva y concretamente, de ahí que no se desarrollan los pueblos del interior de nuestra región. Más aún, la situación geográfica agreste, la deficiente vías de comunicación, agregado a la condición de pobreza y extrema pobreza de la población dificulta tener una información real de las necesidades de la población, así, si se determinara la real necesidad de la población, siempre la asignación del presupuesto se traduce en un incrementalismo, caso contrario la realidad de los ciudadanos de los pueblos, distritos y provincias que están bajo la jurisdicción de la Red de Salud de Dos de Mayo tendría un impacto sustancial en la población, esta es la información traducida que se tiene con el presente trabajo de investigación.

De esta manera, existe criterio de coincidencia con los autores que señalamos a continuación. Villegas A. (1992), afirma que el gasto, es un gasto que se realiza para cumplir los fines del Estado consistentes en la satisfacción de las necesidades de la colectividad, ya que esta es la finalidad principal que se le ha otorgado a la actividad financiera pública; con respecto a esta finalidad hay que señalar que no siempre todas los presupuestos del tesoro público responden a la satisfacción de necesidades, en la medida en que el gasto público contribuya a la satisfacción de necesidades será más legítimo; por eso, la necesidad pública es el presupuesto de legitimidad del gasto público, pero no su presupuesto existencial.

La insuficiencia del presupuesto público y el PpR, también lo confirma Fariñas (1986) manifestando que el producto de la actividad económica se distribuye en forma desigual entre los diferentes agentes económicos que participan en ella (empresarios, empleados, obreros, sus grupos familiares); algunos grupos obtienen ingresos más que suficientes para satisfacer sus necesidades diversas, mientras otros no logran cubrir sus necesidades básicas con el bajo nivel de ingresos disponibles. La actividad financiera del Estado intenta recaudar recursos de los estratos de mayor ingreso. Para financiar la satisfacción de necesidades de los sectores más pobres (salud, educación, seguridad, etc.) a través del gasto público, y de esta forma puede contribuir a una redistribución socialmente más justa de los recursos. Esta premisa teórica no siempre se cumple en

la realidad, y aún en los casos en que se materializa en la práctica no es posible lograr una satisfacción total entre todos los integrantes de la población, esta afirmación coincide con la realidad de la Red de Salud de Dos de Mayo, más aún, debido a que el presupuesto público ejecutado por otras entidades públicas locales y regionales distraen el presupuesto en otros fines ajenos a su objetivo.

CONCLUSIONES

1. El Presupuesto por Resultados asignado a la Red de Salud de Dos de Mayo, entre los periodos 2013 – 2017, aún tiene debilidades en cuanto a su implementación en los Programas Estratégicos Presupuestales de Articulado Nutricional, Materno – Neonatal y TBC/VIH, programas que tienen la alta probabilidad de lograr los resultados esperados, siempre y cuando se evidencien en el trabajo cotidiano, incluyendo problemas de logística, se asegure el abastecimiento de bienes y medicamentos a tiempo, se garanticen las campañas de salud y se cuente con el personal capacitado. En el Presupuesto por Resultados de la Red, participan la Micro Red de La Unión, Chuquis, Marías, Pachas, Quivilla, Ripan, Shunqui, Sillapata, Yanas, Jesús, Baños, Jivia, Queropalca, Rondos, San Francisco de Asis, San Miguel de Cauri, Chavinillo, Cahuac, Chacabamba, Aparicio Pomares, Jacas Chico, Obas, Pampamarca y la Micro Red de Choras; y como el PpR es ejecutado el cien por ciento, aparentemente podemos decir que se está satisfaciendo en atención y calidad, pero las informaciones que se tiene en los resultados obtenemos que el presupuesto es insuficiente (bajo y muy bajo) por la dimensión de abarca la Red de Salud de Dos de Mayo.
2. Los resultados y procesos alcanzados en el Programa Articulado Nutricional (PAN) en la Red de Salud Dos de Mayo, en valores absolutos y relativos, han sido ejecutados prácticamente en su

totalidad, sin embargo, en los resultados podemos observar que muchas acciones y atenciones del programa son insuficientes, esto se interpreta en una ineficacia de atención y calidad en mayor parte del programa, a excepción de las atenciones de vacunas completas en los niños, acciones de calidad de agua para el consumo humano y en la administración de suplemento de hierro y ácido fólico a gestantes, tal como nos muestran en los resultados.

3. Los resultados y procesos alcanzados en el Programa Materno - Neonatal en la Red de Salud Dos de Mayo, el Presupuesto por Resultados fueron ejecutados casi al cien por ciento; sin embargo, los servicios, las atenciones son insuficientes debido a la insuficiencia presupuestal. Sólo, en las acciones de monitoreo, supervisión, evaluación y control de la salud materno neonatal; en atención a la gestante con parto normal son entre regular y alto; la atención del puerperio y al recién nacido son regulares; y, el resto de las atenciones son entre bajo y muy bajo.
4. Los resultados y procesos alcanzados en el Programa Tuberculosis, Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome con Deficiencia Adquirida (TBC – VIH/SIDA) en la Red de Salud Dos de Mayo, el Presupuesto por Resultados además de ser bastante bajo en comparación con los demás programas, fueron ejecutados casi al cien por ciento. Sin embargo, los resultados como producto están lejos de la realidad, por cuanto las atenciones son mínimas y bajas o muy

bajas en cuanto al monitoreo y supervisión; al despistaje de TBC y al tamizaje para ITS y VIH/SIDA.

RECOMENDACIONES

1. El Presupuesto por Resultados en la Red de Salud de Dos de Mayo, se están implementando progresivamente, existe un avance en el marco lógico, pero se debe procurar que haya mayor compromiso de las autoridades de los gobiernos locales, regionales y del sector salud para alcanzar los propósitos señalados en el documento del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico - CEPLAN- respecto a los programas estratégicos de salud. Las microredes conformantes de la Red de Salud de Dos de Mayo, abarca tres provincias: Dos de Mayo, Lauricocha y Yarowilca, y veinte y cuatro distritos, que por su condición geográfica, situación social y económica, necesita mayor inversión en infraestructura pública con mayor atención a los centros poblados del interior de los distritos que conforman las microredes, con servicios básicos y de calidad, con el objetivo de que los programas estratégicos de salud sean más eficaces y reales.
2. El Programa Articulado Nutricional, como uno de los primeros programas presupuestales estratégicos de salud, se han debido a altos índices de desnutrición en niños y jóvenes; al finalizar el ejercicio de 2017, en la Red de Salud de dos de Mayo, a pesar que los presupuestos se hayan ejecutado al cien por ciento, no se traduce en el logro de todas las acciones y atenciones de este programa, existe deficiencias en acciones de vigilancia,

investigación y tecnología en nutrición, en la atención a niños con crecimiento y desarrollo, en infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas, por lo que el presupuesto debe incrementarse, y la supervisión debe ser más transparente y las acciones del programa deben ser más concretas y profundas con la población.

3. El Programa Presupuestal Estratégico Materno Neonatal, necesita mayor sensibilización en la población objetivo, con mayor atención en los centros educativos de las distritos, y la implementación de equipos y personal capacitado para gestantes con complicaciones y riesgo quirúrgico, y para la atención del recién nacido.
4. Los resultados y procesos alcanzados en el Programa Tuberculosis, Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome con Deficiencia Adquirida (TBC – VIH/SIDA) en la Red de Salud Dos de Mayo, presupuestalmente están ejecutadas al cien por ciento, pero como producto, son muy bajas o bajas debido a mucha ausencia de la población objetivo, por la misma idiosincrasia y cultural de la población, en este caso se recomienda que la sensibilización debe ser más agresiva y más estratégica no sólo con el ciudadano afectado, sino también con la prevención. No es extraño, que existen en la población de las provincias conformantes de la Red de Salud de Dos de Mayo, jóvenes, niños y adultos con TBC, a pesar que la condición climática no favorece para esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez Illanes, Juan Francisco y Alejandro Alvarez Pedroza. (2011). *Presupuesto público comentado 2011, presupuesto por resultados y presupuesto participativo*. Primera Edición. Lima: Instituto Pacífico.
- Alvarado Mairena, José.(2011). *Sistema nacional de presupuesto público*. Primera Edición. Lima: Edit. CIAT.
- Actualidad Gubernamental, *Revista de Gobierno & Cooperación Internacional*. Año III, Pacífico Editores, Lima, 2011.
- Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, Ley N° 28411 del 08.12.2004.
- Ley Marco de la Administración Financiera del Sector Público, Ley N° 28112 del 28.11.2003.
- Ley Marco del Presupuesto Participativo. Ley N° 28056
- Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2007, Ley N°28927, Capítulo IV.
- Martínez Bencardino, Ciro. (2008). *Estadística y muestreo*. Décima segunda edición. Colombia: ECOE Ediciones.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2008). *Guía Metodológica para la programación Presupuestaria Estratégica*.
- Ministerio de Salud, Oficina General de Planeamiento y Presupuesto. Documento técnico: *Definiciones operacionales y criterios de programación de los programas estratégicos: Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal*.
- Organización Panamericana de la Salud – Plan regional de tuberculosis 2006-2015
- Villegas, Héctor. (1992). Curso de Finanzas Públicas, *Derecho Financiero y Tributario*.

Páginas WEB

<http://www.mef.gob.pe/index>.

MEF: <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-publico-sp-18162/211-presupuesto-por-resultados/2313-tbcvih-sida>

OMS - Tuberculosis: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>

www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/vih/ponencia/monca-Pun.pdf

https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-TBC-VIH-SIDA.pdf.

ANEXO

**ANEXO N° 01
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**EL PRESUPUESTO POR RESULTADOS Y LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES ESTRATÉGICOS DE SALUD
EN LA RED SALUD DE DOS DE MAYO
2013-2017**

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES
<p>GENERAL</p> <p>¿De qué manera estará relacionado el presupuesto por resultados con los programas presupuestales estratégicos de salud en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017?</p>	<p>GENERAL</p> <p>Analizar los resultados y procesos alcanzados del presupuesto por resultados en los programas presupuestales estratégicos de salud en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.</p>	<p>GENERAL</p> <p>El presupuesto por resultados tiene relación directa en la ejecución de programas presupuestales estratégicos de salud en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.</p>	<p>VARIABLE 1</p> <p>PRESUPUESTO POR RESULTADOS</p>	<p>Presupuesto Institucional de Apertura</p> <p>Presupuesto Institucional Modificado</p> <p>Ejecución de presupuesto anual.</p>	<p>Valores monetarios y %</p> <p>Valores monetarios y %</p> <p>Valores monetarios y %</p>
<p>ESPECÍFICOS</p> <p>1. ¿Cómo estará relacionado el presupuesto por resultados con el programa articulado nutricional en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017?</p> <p>2. ¿Cómo estará relacionado el</p>	<p>ESPECÍFICOS</p> <p>1. Analizar los resultados y procesos alcanzados del presupuesto por resultados con el programa articulado nutricional en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.</p> <p>2. Analizar los resultados y procesos alcanzados del</p>	<p>ESPECÍFICAS</p> <p>1. El presupuesto por resultados tiene relación directa con el programa articulado nutricional en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.</p> <p>2. El presupuesto por</p>	<p>VARIABLE 2</p> <p>PROGRAMA</p>	<p>Programa Articulado Nutricional</p>	<p>Vigilancia, investigación y tecnologías en nutrición. Monitoreo, supervisión, evaluación y control del PAN</p> <p>Vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano.</p> <p>Familia con niños menores de 36 meses desarrollan prácticas saludables.</p> <p>Aplicación de vacunas completas.</p> <p>Atención a niños con CRED completo para su edad.</p> <p>Administración a niños con</p>

<p>presupuesto por resultados con el programa salud materno neonatal en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017?</p> <p>3. ¿Cómo estará relacionado el presupuesto por resultados con el programa TBC/VIH en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017?</p>	<p>presupuesto por resultados con el programa materno neonatal en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.</p> <p>3. Analizar los resultados y procesos alcanzados del presupuesto por resultados en el programa TBC/VIH en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.</p>	<p>resultados tiene relación directa con el programa salud materno neonatal en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.</p> <p>3. El presupuesto por resultados tiene relación directa con el programa salud TBC/VIH en la Red de Salud Dos de Mayo, periodos 2013 - 2017.</p>	<p>PRESUPUESTAL ESTRATÉGICO DE SALUD</p>		<p>suplemento de hierro y vitamina. Atención a niños con IRA Atención a niños con EDA Atención a niños con diagnóstico de IRA con complicaciones. Administración de suplemento de hierro y ácido fólico a gestantes. Atención a niños con diagnóstico de parasitosis intestinal.</p> <hr/> <p>Monitoreo, supervisión, evaluación y control de la salud materno neonatal. Servicios de salud para prevención del embarazo a adolescentes. Atención a la gestante con complicaciones. Atención de parto normal. Atención de parto complicado quirúrgico (cesárea) Atención del puerperio. Mejoramiento del acceso al sistema de referencia institucional. Atención al recién nacido.</p> <hr/> <p>Monitoreo, supervisión, evaluación y control de VIH/SIDA – tuberculosis. Despistaje de TBC sintomáticos respiratorios. Entrega a adultos y jóvenes varones consejería y tamizaje para ITS y VIH/SIDA.</p>
				<p>Programa Materno Neonatal</p> <p>PROGRAMA TBC/VIH</p>	

ANEXO 02

ENCUESTA

El presente instrumento tiene por objetivo recoger información para una investigación sobre el *Presupuesto por Resultados y los Programas Presupuestales Estratégicos de Salud en la Red Salud de Dos de Mayo 2013-2017*. Le agradecemos su colaboración respondiendo cada una de las preguntas de la presente encuesta con una aspa (X) en el recuadro correspondiente, considerando:

	ITEM	Escala valorativa				
		5	4	3	2	1
I.	Presupuesto por Resultados					
1.	Considera usted, que el presupuesto por resultados asignado a la Red de Salud de Dos de Mayo, es:					
2.	Considera que el presupuesto asignado a la Red de Salud de Dos de Mayo para atender el programa articulado nutricional, es:					
3.	Considera que el presupuesto asignado a la Red de Salud de Dos de Mayo para atender el programa materno-neonatal, es:					
4.	Considera que el presupuesto asignado a la Red de Salud de Dos de Mayo para atender el programa TBC-VIH, es:					
II.	Programa Articulado Nutricional (PAN)					
5.	Considera Ud., que las acciones de vigilancia, investigación y tecnología en nutrición, es:					
6.	Considera Ud., que las familias con niños menores de 36 meses que desarrollan prácticas saludables, es:					
7.	Considera Ud., que la aplicación de vacunas completas en los niños, son:					
8.	Considera Ud., que la atención a niños con crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad, es:					
9.	Considera Ud., que la administración a niños con suplemento de hierro y vitamina A, es:					
10.	Considera, que las acciones de vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano, es:					
11.	Considera Ud., que las acciones de atención a niños con IRA, es:					
12.	Considera Ud., que las acciones de atención a niños con EDA, es:					
13.	Considera Ud. que el monitoreo, supervisión, evaluación y control del PAN, es:					
14.	La administración de suplemento de hierro y ácido fólico a gestantes, es:					
15.	La atención a niños con diagnóstico de parasitosis intestinal, es:					
III.	Programa de Salud Materno Neonatal					
16.	Considera, que las acciones de monitoreo, supervisión, evaluación y control de la salud materno neonatal, es:					
17.	Considera, que el servicio de salud para prevención del embarazo a adolescentes, es:					
18.	Considera Ud., que la atención a la gestante con complicaciones, es:					
19.	Considera Ud., que la atención a la gestante con parto normal, es:					
20.	Considera Ud., que la atención de parto complicado quirúrgico (cesárea), es:					
21.	Considera Ud. que la atención del puerperio, es:					
22.	Considera Ud. que la atención al recién nacido, es:					
IV.	Programa TBC - VIH/SIDA					
23.	Considera Ud., que el monitoreo, supervisión, evaluación y control de VIH/SIDA – tuberculosis, es:					
24.	Considera Ud., que el despistaje de TBC sintomáticos respiratorios, es:					
25.	Considera Ud., que la entrega a adultos y jóvenes varones de consejería y tamizaje para ITS y VIH/SIDA, es:					

5: Muy alto 4: Alto 3: Regular 2: Bajo 1: Muy bajo

NOTA: La Red de Salud de Dos de Mayo, comprende a las provincias de Yarowilca, Lauricocha y Dos de Mayo.

NOTA BIOGRÁFICA



Nombre : Christian Jesús Minchola Escobar

Fecha y lugar de nacimiento: 09/12/1990 – Huariaca - Pasco

DNI : 46780696

Domicilio : Urb. Guardia Civil Mz I lote 14 – Pillco Marca – Huánuco

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA : IE No 35003 MARIANO MELGAR - HUARIACA

SECUNDARIA : IE SAN JUAN BAUTISTA - HUARIACA

SUPERIOR : UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN –

HUÁNUCO

EXPERIENCIA LABORAL:

Unidad de Planeamiento y Presupuesto

Red de Salud de Dos de Mayo – La Unión

NOTA BIOGRÁFICA



Nombre : Leonardo Marcos Angulo

Fecha y lugar de nacimiento: 08/07/1986 Pucallpa - Ucayali

DNI : 43735551

Domicilio : Urb. Santa victoria Mz B – lote 30, Huánuco, Huánuco

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA : I.E.I JORGE CHAVEZ - PUCALLPA

I.E.I SALAAR BONDY - CAMPO VERDE

SECUNDARIA: C.N. AGROPECUARIO NUEVA HONORARIA -
HUÁNUCO

SUPERIOR : UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN –
HUÁNUCO

EXPERIENCIA LABORAL:

EMPRESA DE SEGURIDAD PRIVADA LEONES DE
ORO E.I.R.L

NOTA BIOGRÁFICA



Nombre : Olivia Wilmina Caldas Santiago

Fecha y lugar de nacimiento: 29/10/1985 Huánuco – Huánuco

DNI : 43358336

Domicilio : Urb. Santa victoria Mz B – lote 30, Huánuco, Huánuco

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA : I.E.I PEDRO SANCHEZ GAVIDIA

SECUNDARIA : C.N. NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES

SUPERIOR : UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN –
HUÁNUCO

EXPERIENCIA LABORAL:

INSTITUTO VIAL PROVINCIAL LAURICOCHA



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
HUÁNUCO-PERÚ
FACULTAD DE CIENCIAS CONTABLES Y FINANCIERAS
DECANATO



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE CONTADOR PÚBLICO

En la Ciudad Universitaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, sito en Cayhuayna - Pillco Marca, a los 07 días del mes diciembre 2018, a horas 03:00 p.m., se reunieron en la Sala de Grados de la Facultad de Ciencias Contables y Financieras, ubicada en el Pabellón N° 4, Segundo Piso, el Jurado de Tesis de la Tesis titulada: "EL PRESUPUESTO POR RESULTADOS Y LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES ESTRATEGICOS DE SALUD EN LA RED SALUD DE DOS DE MAYO 2013-2017; del bachiller CHRISTIAN JESÚS MINCHOLA ESCOBAR designado con la Resolución N°805-2018-UNHEVAL-FCCyF-D, del 14.SET.18, procedieron a dar inicio el acto público de sustentación para obtener el Título Profesional de Contador Público; siendo los miembros del Jurado de Tesis los siguientes docentes:

Mg. Guillermo Arévalo Ríos	Presidente
Dr. José Falcón Riva Agüero	Secretario
Mg. Yonel Chocano Figueroa	Vocal

Finalizada la sustentación de la tesis, se procedió a evaluar y calificar al tesista, obteniendo el resultado siguiente:

APROBADO POR

DESAPROBADO POR

Unanimitad

En consecuencia, de acuerdo al Artículo 31° del Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, y al Art. 30° del Reglamento Interno de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias Contables y Financieras, la sustentante ha obtenido la nota de dieciséis (16), considerándose el calificativo de: Bueno.

Finalmente se dio por concluido el acto público de sustentación a horas 03:00 p.m., firmando el presente en señal de conformidad.

PRESIDENTE
DNI N° 22425592

SECRETARIO
DNI N° 22407631

VOCAL
DNI N° 22411005



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
HUÁNUCO-PERÚ
FACULTAD DE CIENCIAS CONTABLES Y FINANCIERAS
DECANATO



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE CONTADOR PÚBLICO

En la Ciudad Universitaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, sito en Cayhuayna - Pillco Marca, a los 07 días del mes diciembre 2018, a horas 03:00 p.m., se reunieron en la Sala de Grados de la Facultad de Ciencias Contables y Financieras, ubicada en el Pabellón N° 4, Segundo Piso, el Jurado de Tesis de la Tesis titulada: "EL PRESUPUESTO POR RESULTADOS Y LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES ESTRATEGICOS DE SALUD EN LA RED SALUD DE DOS DE MAYO 2013-2017; de la bachiller OLIVIA WILMINA CALDAS SANTIAGO designado con la Resolución N°805-2018-UNHEVAL-FCCyF-D, del 14.SET.18, procedieron a dar inicio el acto público de sustentación para obtener el Título Profesional de Contador Público; siendo los miembros del Jurado de Tesis los siguientes docentes:

Mg. Guillermo Arévalo Ríos Presidente
Dr. José Falcón Riva Agüero Secretario
Mg. Yonel Chocano Figueroa Vocal

Finalizada la sustentación de la tesis, se procedió a evaluar y calificar a la tesista, obteniendo el resultado siguiente:

APROBADO POR

DESAPROBADO POR

Unanimidad

—

En consecuencia, de acuerdo al Artículo 31° del Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, y al Art. 30° del Reglamento Interno de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias Contables y Financieras, la sustentante ha obtenido la nota de catore (14), considerándose el calificativo de: Bueno.

Finalmente se dio por concluido el acto público de sustentación a horas 6:00 p.m., firmando el presente en señal de conformidad.

PRESIDENTE
DNI N° 22425892

SECRETARIO
DNI N° 22407631

VOCAL
DNI N° 22411253



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
HUÁNUCO-PERÚ
FACULTAD DE CIENCIAS CONTABLES Y FINANCIERAS
DECANATO



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE CONTADOR PÚBLICO

En la Ciudad Universitaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, sito en Cayhuayna - Pillco Marca, a los 07 días del mes diciembre 2018, a horas 03:00 p.m., se reunieron en la Sala de Grados de la Facultad de Ciencias Contables y Financieras, ubicada en el Pabellón N° 4, Segundo Piso, el Jurado de Tesis de la Tesis titulada: "EL PRESUPUESTO POR RESULTADOS Y LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES ESTRATEGICOS DE SALUD EN LA RED SALUD DE DOS DE MAYO 2013-2017; del bachiller LEONARDO MARCOS ANGULO designado con la Resolución N°805-2018-UNHEVAL-FCCyF-D, del 14.SET.18, procedieron a dar inicio el acto público de sustentación para obtener el Título Profesional de Contador Público; siendo los miembros del Jurado de Tesis los siguientes docentes:

Mg. Guillermo Arévalo Ríos	Presidente
Dr. José Falcón Riva Agüero	Secretario
Mg. Yonel Chocano Figueroa	Vocal

Finalizada la sustentación de la tesis, se procedió a evaluar y calificar al tesista, obteniendo el resultado siguiente:

APROBADO POR

DESAPROBADO POR

Unanimidad

En consecuencia, de acuerdo al Artículo 31° del Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, y al Art. 30° del Reglamento Interno de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias Contables y Financieras, la sustentante ha obtenido la nota de catorce (14), considerándose el calificativo de: Bueno.

Finalmente se dio por concluido el acto público de sustentación a horas 6:00 pm, firmando el presente en señal de conformidad.

PRESIDENTE
DNI N° 22425992

SECRETARIO
DNI N° 22407631

VOCAL
DNI N° 22411285



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN- HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS CONTABLES Y FINANCIERAS
DECANATO



RESOLUCIÓN N° 0914-2017-UNHEVAL-FCCyF-D

Cayhuayna, 01 de diciembre de 2017.

VISTO, la solicitud de fecha 13.NOV.2017, **Reg. 2702**, presentada por loss bachilleres , de la Facultad de Ciencias Contables y Financieras, pidiendo cambio de Asesor de tesis colectiva;

CONSIDERANDO:

Que, mediante la Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, del 26.AGO.2016, se proclama y acredita al **Dr. Cayto Didí MIRAVAL TARAZONA**, como Decano de la Facultad de Ciencias Contables y Financieras de la UNHEVAL, a partir del 02.SET.2016 hasta el 01.SET.2020;

Que, con la Resolución N° 126-2013-UNHEVAL/FCCyF-CF, del 03.JUN.2013, se aprobó, por acuerdo del Consejo de Facultad, el **Reglamento Interno de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias Contables y Financieras**, que consta de 61 artículos, 19 disposiciones complementarias y 02 disposiciones finales;

Que teniendo en cuenta el Reglamento Interno de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias Contables y Financieras, y revisado el expediente, es procedente atender el pedido de los recurrentes;

Que ante la solicitud de fecha 23.NOV.2017, los bachilleres señores Christian Jesús MINCHOLA ESCOBAR, Leonardo MARCOS ANGULO y Olivia Wilmina CALDAS SANTIAGO, de la EAP de Ciencias Contables y Financieras, pidiendo nombramiento de Asesor de tesis;

Estando a las atribuciones conferidas al Decano de Facultad de Ciencias Contables y Financieras por la Ley Universitaria N° 30220, y a los reglamentos internos;

SE RESUELVE:

1° **NOMBRAR** al docente **Mg. Jorge Rosales Alborno**, como **Asesor de Tesis**, de los bachilleres señores Christian Jesús MINCHOLA ESCOBAR, Leonardo MARCOS ANGULO y Olivia Wilmina CALDAS SANTIAGO de la Facultad de Ciencias Contables y Financieras; por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.


2° **DAR A CONOCER** a las instancias correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.



DR. CAYTO DIDÍ MIRAVAL TARAZONA
DECANO

Distribución:
Asesor
Interesados
Archivo

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	06/01/2017	1 de 2

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE PREGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos de los autores de la tesis)

Apellidos y Nombres: Minchola Escobar, Christian Jesús
 DNI: 46780696 Correo electrónico: Khrisjem@hotmail.com

Teléfonos: Casa _____ Celular 945860988 Oficina _____

Apellidos y Nombres: Marcos Angulo, Leonardo
 DNI: 43735551 Correo electrónico: leomang_8@hotmail.com

Teléfonos: Casa _____ Celular 962515990 Oficina _____

Apellidos y Nombres: Caldas Santiago, Olivia Wilmina
 DNI: 43358336 Correo electrónico: olivia wcs_8@hotmail.com

Teléfonos: Casa _____ Celular 997404621 Oficina _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Pregrado	
Facultad de:	<u>Ciencias Contables y Financieras</u>
E. P. :	<u>Ciencias Contables y Financieras</u>

Título Profesional obtenido:

Título de la tesis:

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES		
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN	RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
	OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	06/01/2017	2 de 2

EL PRESUPUESTO POR RESULTADOS Y LOS PROGRAMA-
MAS PRESUPUESTALES ESTRATÉGICOS DE SALUD EN
LA RED DE SALUD DE DOS DE MAYO 2013-2017

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor(es):

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya(n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el período de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

- () 1 año
- () 2 años
- () 3 años
- () 4 años


Luego del período señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma:

18 de diciembre del 2018.

Firma del autor y/o autores:


46780696


43358336


43735551