

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS CONTABLES Y
ADMINISTRATIVAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ECONOMÍA



“EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL 0002 SALUD Y SU RELACION CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNO NEONATAL: 2015-2019, (CASO MICRORED BAÑOS DEL INCA)”

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ECONOMISTA

Presentado por:

Bach. Deysi Margot Guevara Dávila

Asesor:

Econ. Luis Enrique Becerra Jáuregui

MBA. Econ. Wilson Eduardo Vargas Cubas

Cajamarca – Perú

2022

Cajamarca, 04 de marzo de 2022

Señor:

DR. JUAN JULIO VERA

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, CONTABLES Y ADMINISTRATIVAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

De nuestra consideración:

Nos es grato dirigirnos a usted para hacer de su conocimiento que en calidad de Asesores de la Tesis Titulada: **“EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL 0002 SALUD Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNO NEONATAL: 2015-2019, (CASO MICRORED BAÑOS DEL INCA)”**, presentada por la Bachiller en Economía **Deysi Margot Guevara Dávila**, indicarle que hemos revisado el informe final, encontrándolo satisfactorio y expedito para ser presentado y sustentado de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos vigente en nuestra Escuela Académico Profesional.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de nuestra especial consideración y estima.

Atentamente,



Eco. Luis Enrique Becerra Jáuregui

Asesor



MSc Wilson Eduardo Vargas Cubas

Asesor

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, CONTABLES Y ADMINISTRATIVAS
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ECONOMÍA

**DECLARACIÓN JURADA DE NO INCURRIR EN AGRAVIO DE DERECHOS DE
AUTOR ESTABLECIDAS EN LAS NORMAS VIGENTES**

Yo, **DEYSI MARGOT GUEVARA DÁVILA**, identificada con DNI N° 76832995, domiciliada en Av. Héroes del Cenepa 1612, distrito de Cajamarca, provincia de Cajamarca y departamento de Cajamarca. Autora de la Tesis titulada: **“EVALUACIÓN DE LA EJECUCION DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL 0002 SALUD Y SU RELACION CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNO NEONATAL: 2015-2019, (CASO MICRORED BAÑOS DEL INCA)”**, declaro bajo juramento de no incurrir en agravio de derechos de autor establecidas en las normas vigentes, en concordancia con el artículo 8° de la Constitución Política del Perú 1993 y la Ley Sobre Derechos de Autor. Decreto Legislativo n° 822.

Esta declaración se formula en cumplimiento del artículo 85° del Reglamento de Grados y Títulos de la EAPE-F-CECA-UNC.

Cajamarca, septiembre del 2022.



DEYSI MARGOT GUEVARA DÁVILA

DNI 76832995



UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
Norte de la Universidad Peruana
Fundada por Ley 14015 del 13 de febrero de 1962
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS,
CONTABLES Y ADMINISTRATIVAS**
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

El director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias Económicas Contables y Administrativas de la Universidad Nacional de Cajamarca- UI-FCECA-UNC- Mg.CPC EVELIO NERI MOSTACERO CUZCO, emite el siguiente:

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD DE TESIS

| | |
|--------------------------------|---|
| CARRERA PROFESIONAL | ECONOMIA |
| DOCUMENTO EVALUADO | Tesis de Pre grado. |
| AUTOR | Br. Deysi Margot Guevara Dávila |
| TITULO | “EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL 0002 SALUD Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNO NEONATAL: 2015-2019, (CASO MICRORED BAÑOS DEL INCA)” |
| DOCENTE EVALUADOR | Econ. Luis Enrique Becerra Jáuregui Econ. M.Cs. Wilson E. Vargas Cubas |
| PORCENTAJE DE SIMILITUD | 4%, |

Observación:

La evaluación ha sido realizada por el (los) Docente (s) asesor(es) de la tesis mencionada aplicando el Software anti plagio URKUND en cumplimiento de la Directiva N° 001-2020-VRI-UNC y Guía de aplicación de la misma aprobado por Resolución de Consejo de Facultad N° 035-2021-F-CECA-UNC, a las que me remito en caso necesario.

CONCLUSION: La tesis antes indicada, cumple con el **REQUISITO DE ORIGINAL** correspondiente de acuerdo a las normas antes señaladas.

OBSERVACIONES: Ninguna.

Cajamarca 05 de febrero de 2022

CC. Archivo

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE FCECA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Mg. CPC. Evelio Mostacero Cuzco
DIRECTOR

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA - FACULTAD CECA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ECONOMÍA**

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE ECONOMISTA

En la Ciudad de Cajamarca, siendo las 6:00 pm. del día, 11 de julio 2022, reunidos en el ambiente Virtual de Google Meet, los Integrantes del Jurado Evaluador de Sustentación de Tesis designados mediante resolución N° 063-2022-F-CECA-UNC, conforme a lo siguiente:

| | |
|-------------------------------------|---------------|
| Dr. Jesús Coronel Salirrosas | (Presidente) |
| Dr. Luis Octavio Silva Chávez | (Secretario) |
| Econ. Víctor Manuel Vargas Vargas | (Vocal) |
| Dr. Walter Terán Ramírez | (Accesitaria) |
| Econ. Luis Enrique Becerra Jáuregui | (Asesor) |

Con el objeto de ESCUCHAR LA SUSTENTACION Y CALIFICAR la Tesis titulada:

“EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL 0002 SALUD Y SU RELACION CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNO NEONATAL: 2015-2019, (CASO MICRORED BAÑOS DEL INCA)”

Desarrollada por la Bachiller en Economía: **DEYSI MARGOT GUEVARA DÁVILA.**

Con el fin de obtener el Título Profesional de Economista y dando cumplimiento a lo dispuesto en el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Académico Profesional de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas, Contables y Administrativas de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Escuchada la sustentación, comentarios, observaciones y respuestas a las preguntas formuladas, SE ACORDO: APROBAR POR UNANIMIDAD y a la vez que en redacción final de la Tesis se deben tener en cuenta las siguientes correcciones:

1. Mejorar la redacción
2. Mejorar la relación entre objetivos, hipótesis y conclusiones
3. Mejorar el marco teórico con asuntos relacionados al marco legal sobre la MIPYME
4. Incorporar los datos más relevantes en las conclusiones teniendo como referencia los objetivos planteados
5. Realizar la verificación del modelo econométrico
6. Los integrantes del Jurado, previa calificación de las observaciones hechas, firmaron el ACTA FINAL para los trámites pertinentes.

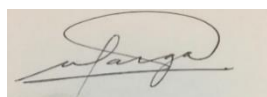
Siendo las 8:20 pm. horas de la misma fecha, se da por concluido el Acto de Sustentación, firmando la presente, los integrantes del Jurado Evaluador.



PRESIDENTE



SECRETARIO



VOCAL



ACCESITARIO

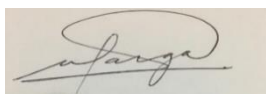
Con fecha 05 de agosto, el sustentante levantó, las observaciones contenidas en la presente acta, con lo cual se da por concluido este proceso y se da trámite a los documentos para los fines pertinentes.



PRESIDENTE



SECRETARIO



VOCAL



ACCESITARIO

Dedicatoria

A mi madre Carmela Dávila Estela y mi padre Cesar Guevara Hoyos, por los consejos, trabajo, sacrificio y el apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de mi vida hasta llegar aquí.

A mis hermanos César, Jorge y Manuel quienes son parte importante de mi vida, por apoyarme, alentarme a superarme día a día y estar a mi lado cuando en cada momento.

A Luis Eduardo Cabanillas Hualpa, quien me ha apoyado desde el inicio de este proyecto y en mi vida personal, quien me alentó para continuar aun cuando parecía que me iba a rendir y quien es mi pilar de vida en cada paso que doy.

A Yuri Ventura Zuloeta quien siempre me alienta y me muestra su apoyo y amistad incondicional a lo largo de mi vida.

Al equipo de la Oficina de Epidemiología de la DIRESA: Víctor Zavaleta Gavidia, Cecilia Ravines Cubas, Katherine Cabrera Chuquimango, Jorge Bazán Mayra, Sandra Ñuflo Vásquez, Aralia Carhuatocto Manzanares, Walter Anyappoma Ocón, Gonzalo De la Cruz Campos y Julio Vidaurre Sánchez; quienes me guiaron durante todo el proceso de la investigación y me brindaron un espacio de crecimiento tanto personal como profesional, brindándome sus conocimientos libremente y permitirme aprender de ellos.

Agradecimiento

Agradezco a mis padres Carmela Dávila Estela y Cesar Guevara Hoyos por ser los principales promotores de mis proyectos a lo largo de mi carrera, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

A mis hermanos Cesar, Jorge y Manuel, por su apoyo incondicional y exigencia en mi crecimiento personal y profesional.

Especialmente a Luis Eduardo Cabanillas Hualpa por su apoyo incondicional y por ser el pilar fundamental que me permite alcanzar mis objetivos, por confiar y creer en mis expectativas.

A Katherine Cabrera Chuquimango y Yuri Ventura Zuloeta por su amistad incondicional y su apoyo en mi crecimiento personal y profesional a lo largo de mi vida.

A mis asesores, MBA. Wilson Vargas Cubas y Econ. Luis Enrique Becerra Jáuregui, y a mi jurado quienes me han guiado y me han orientado con sus conocimientos y experiencia en esta tarea no sólo de elaborar el presente trabajo hasta su culminación, sino en la realización de una investigación a profundidad y que deje un legado con esencia para posteriores investigaciones y que me han permitido desarrollarme profesionalmente.

Especialmente al equipo de la Oficina de Epidemiología de la DIRESA liderada por el Dr. Víctor Zavaleta Gavidia quienes me guiaron durante el proceso de la investigación y me ayudaron a comprender una mirada más profunda de la administración pública dentro del sector salud; logrando completar la presente investigación.

A la DIRESA, Red de Salud de Cajamarca y a la Microred de Baños del Inca por permitirme y apoyarme con facilidades para desarrollar la presente investigación.

Índice General

| | |
|---|-----|
| Dedicatoria..... | ii |
| Agradecimiento..... | iii |
| Índice General..... | iv |
| Lista de Tablas..... | ix |
| Lista de Figuras..... | xvi |
| Resumen..... | xix |
| Abstract..... | xx |
| Abreviaturas..... | xxi |
| Introducción..... | 1 |
| Capítulo I: El Problema Científico de Investigación..... | 4 |
| 1.1. Situación Problemática y definición del problema..... | 4 |
| 1.2. Formulación del Problema..... | 6 |
| 1.2.1. Problema General..... | 6 |
| 1.2.2. Problemas Auxiliares..... | 6 |
| 1.3. Justificación..... | 7 |
| 1.3.1. Justificación Teórico-Científico..... | 7 |
| 1.3.2. Justificación Práctica-Técnica..... | 7 |
| 1.3.3. Justificación Institucional y Académica..... | 7 |
| 1.3.4. Justificación Personal..... | 7 |
| 1.4. Delimitación del Problema: Espacio – Temporal..... | 7 |
| 1.5. Limitaciones del Estudio..... | 8 |
| 1.6. Objetivos de la Investigación..... | 8 |
| 1.6.1. Objetivo General..... | 8 |
| 1.6.2. Objetivos Específicos..... | 8 |
| 1.7. Hipótesis y Variables..... | 9 |
| 1.7.1. Hipótesis General..... | 9 |

| | | |
|---------------------------------------|--|----|
| 1.7.2. | Hipótesis Específicas | 9 |
| 1.7.3. | Variables | 9 |
| 1.8. | Matriz de Operacionalización de Variables | 10 |
| 1.9. | Matriz de Consistencia Metodológica..... | 12 |
| Capítulo II: Marco Teórico | | 13 |
| 2.1. | Antecedentes de la Investigación | 13 |
| 2.2. | Marco Legal | 17 |
| 2.3. | Bases Teóricas..... | 18 |
| 2.3.1. | Administración y Gestión Pública | 18 |
| 2.3.1.1. | Calidad de Gestión Pública | 19 |
| 2.3.2. | Presupuesto Por Resultados | 19 |
| 2.3.3. | Programa Presupuestal..... | 21 |
| 2.3.3.1. | Proceso presupuestario..... | 24 |
| 2.3.4. | Atención de la Salud..... | 26 |
| 2.3.4.1. | Atención de la Salud en el Perú | 28 |
| 2.3.4.2. | Indicadores de salud..... | 28 |
| 2.4. | Definición de Términos Básicos | 31 |
| Capítulo III: Marco Metodológico..... | | 33 |
| 3.1. | Tipo y Nivel de Investigación | 33 |
| 3.2. | Objeto de Estudio | 33 |
| 3.3. | Unidad de Análisis y Unidades de Observación | 33 |
| 3.4. | Diseño de la Investigación | 33 |
| 3.5. | Población y Muestra..... | 34 |
| 3.5.1. | Población (N)..... | 34 |
| 3.6. | Métodos Generales de Investigación..... | 34 |
| 3.7. | Métodos Particulares de Investigación..... | 34 |
| 3.8. | Técnicas de Instrumentos de Investigación..... | 35 |

| | | |
|---|---|-----|
| 3.8.1. | Técnicas de Instrumentos de Recopilación de Información | 35 |
| 3.8.2. | Técnicas de Procesamiento, Análisis y Discusión de Resultados..... | 35 |
| Capítulo IV: Análisis y Discusión de Resultados | | 36 |
| 4.1. | Características del diseño del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal en la DIRESA Cajamarca: actualizada al 2019..... | 36 |
| 4.1.1. | Problema del Programa: La Mortalidad Materna y Neonatal | 36 |
| 4.1.2. | Respecto a la Mortalidad Materna: | 36 |
| 4.1.3. | Respecto a la Mortalidad Fetal y Neonatal: | 37 |
| 4.1.4. | Descripción General del Marco Lógico del Programa Presupuestal 0002: | 38 |
| 4.1.4.1. | Modelo Conceptual Adaptado..... | 38 |
| 4.1.4.2. | Modelo Prescriptivo. | 39 |
| 4.1.4.3. | Modelo Lógico..... | 41 |
| 4.2. | Evaluación de la ejecución del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal en la Microred Baños del Inca, 2015-2019. | 44 |
| 4.2.1. | Programación Multianual y Formulación Presupuestal del PP SMN | 44 |
| 4.2.1.1. | Programación Física por Producto del PP 0002. | 44 |
| 4.2.1.2. | Formulación Presupuestal del PP SMN..... | 74 |
| 4.2.2. | Aprobación del PPSMN..... | 82 |
| 4.2.3. | Ejecución Presupuestal del PPSMN. | 82 |
| 4.3. | Evolución de los resultados de la atención en salud materna neonatal en la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015-2019..... | 95 |
| 4.3.1. | Indicadores de impacto: | 95 |
| 4.3.2. | Indicadores de procesos..... | 100 |
| 4.3.3. | Ejecución Presupuestal y Razón de muerte Materna..... | 114 |
| 4.3.4. | Ejecución Presupuestal y Tasa de Muerte Neonatal | 114 |
| 4.3.5. | Modelo 1 | 115 |
| 4.3.5.1. | Prueba de Hipótesis de las variables individualmente | 118 |

| | | |
|--------------------------------|--|-----|
| 4.3.5.2. | Prueba de Hipótesis de las variables en conjunto | 120 |
| Para las demás variables | | 122 |
| 4.3.5.3. | Prueba de Hipótesis..... | 125 |
| 4.3.6. | Modelo 2: | 127 |
| 4.3.6.1. | Prueba de Hipótesis de las variables individualmente | 130 |
| 4.3.6.2. | Prueba de Hipótesis de las variables en conjunto | 131 |
| 4.3.6.3. | Prueba de Hipótesis Individual del modelo TMN ajustado | 135 |
| 4.3.6.4. | Prueba de Hipótesis individual del modelo TMN ajustado 1 | 138 |
| 4.3.6.5. | Prueba de Hipótesis individual del modelo TMN ajustado 2 | 140 |
| 4.4. | Discusión de Resultados..... | 143 |
| Capítulo V: | Plan de Mejora | 145 |
| 5.1. | Título del Plan | 145 |
| 5.2. | Equipo | 145 |
| 5.3. | Dependencia..... | 145 |
| 5.4. | Población objetivo..... | 145 |
| 5.5. | Lugar de ejecución | 145 |
| 5.6. | Duración..... | 146 |
| 5.7. | Objetivos | 146 |
| 5.8. | Antecedentes y Diagnóstico..... | 146 |
| 5.9. | Justificación..... | 148 |
| 5.10. | Metodología | 149 |
| 5.10.1. | Matriz de Priorización..... | 149 |
| 5.10.2. | Resultados esperados | 150 |
| 5.11. | Cronograma de actividades | 153 |
| 5.12. | Propuesta de financiación..... | 153 |
| Conclusiones | | 154 |
| a. | Características del Diseño del PPSMN..... | 154 |

| | |
|---|-----|
| b. Evaluación de la ejecución del PPSMN de la Microred de Baños del Inca, 2015-2019 . | 154 |
| c. Evolución de los resultados de la atención del PPSMN de la Microred Baños del Inca, 2015-2019..... | 155 |
| Recomendaciones | 156 |
| Conflicto de Intereses | 157 |
| Referencias Bibliográficas | 158 |
| Anexos | 164 |
| Anexo 1: Descripción de los productos del PP SMN..... | 164 |
| Anexo 2. Estructura Programática del PP SMN..... | 179 |
| Anexo 3: Datos trimestrales recolectados de ejecución presupuestal, indicadores de impacto (MM y MN) e indicadores de proceso; 2015-2019, Microred Baños del Inca | 183 |
| Anexo 4: Corrección de estacionalización de las variables..... | 185 |
| Para IG1: | 185 |

Lista de Tablas

| | |
|---|-----------|
| Tabla 1 Matriz de Operacionalización de Variables | 10 |
| Tabla 2 Matriz de Consistencia Metodológica | 12 |
| Tabla 3: Actores intervinientes y sus roles en la implementación de un PP | 22 |
| Tabla 4 Número de atenciones del PP 002 salud materno neonatal, Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015-2019..... | 34 |
| Tabla 5 Datos estadísticos cuantitativos sobre el problema identificado..... | 36 |
| Tabla 6 Matriz Lógica del Programa Presupuestal Salud Materno-Neonatal | 42 |
| Tabla 7 Productos según la Matriz Lógica del PP SMN | 43 |
| Tabla 8 Programación Física de Acciones Comunes de la MR Baños del Inca: 2015 - 2019 | 45 |
| Tabla 9 Desagregación de Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo..... | 46 |
| Tabla 10 Programación Física Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo de la MR Baños del Inca: 2015 - 2019 | 47 |
| Tabla 11 Desagregación de Atención Prenatal Reenfocada..... | 47 |
| Tabla 12 Programación Física de Atención de la Gestantes de la MR Baños del Inca: 2015 - 2019..... | 49 |
| Tabla 13 Programación Física de Atención prenatal reenfocada de la MR Baños del Inca: 2015 - 2019 | 49 |
| Tabla 14 Desagregación de Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva | 50 |
| Tabla 15 Programación Física de Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva de la MR Baños del Inca: 2015 - 2019..... | 50 |
| Tabla 16 Desagregación de Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva | 51 |
| Tabla 17 Programación Física de Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva de la MR de Baños del Inca: 2015-2019..... | 51 |
| Tabla 18 Desagregación de Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva | 52 |

| | |
|--|-----------|
| Tabla 19 Programación Física de Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva de la MR de Baños del Inca: 2015-2019 | 52 |
| Tabla 20 Desagregación de Población accede a métodos de planificación familiar | 53 |
| Tabla 21 Programación Física de Población accede a métodos de planificación familiar de la MR de Baños del Inca: 2015-2019 | 54 |
| Tabla 22 Programación Física SIGA vs Programación según criterios de Población accede a métodos de planificación familiar de la MR de Baños del Inca: 2015-2019 | 55 |
| Tabla 23 Desagregación de Población accede a servicios de consejería en Salud Sexual y Reproductiva | 56 |
| Tabla 24 Programación Física SIGA vs Programación según criterio del subproducto Orientación/ consejería en salud sexual y reproductiva de la MR de Baños del Inca: 2015-2019..... | 56 |
| Tabla 25 Programación Física SIGA vs Programación según criterio respecto a MEF programable del subproducto Captación de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar de la MR de Baños del Inca: 2015-2019 | 57 |
| Tabla 26 Programación Física SIGA vs Programación según criterio respecto al total del producto 3033291 del subproducto Captación de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar de la MR de Baños del Inca: 2015-2019 | 57 |
| Tabla 27 Programación Física SIGA vs Programación según criterio del subproducto Atención pre gestacional de la MR de Baños del Inca: 2015-2019 | 58 |
| Tabla 28 Desagregación de Atención de la gestante con complicaciones | 58 |
| Tabla 29 Programación Física de Atención de la gestante con complicaciones de la MR de Baños del Inca: 2015-2019 | 59 |
| Tabla 30 Desagregación de Atención del Parto Normal..... | 60 |
| Tabla 31 Programación Física SIGA vs Programación según criterio de Atención de la gestante con complicaciones de la MR de Baños del Inca: 2015-2019 | 60 |
| Tabla 32 Desagregación de Atención del parto complicado no quirúrgico | 61 |
| Tabla 33 Programación Física de Atención del parto complicado no quirúrgico de la MR de Baños del Inca: 2015-2019 | 61 |
| Tabla 34 Desagregación de Atención del Puerperio | 62 |

| | |
|--|-----------|
| Tabla 35 Programación Física SIGA vs Programación según criterio de Atención del puerperio de la MR de Baños del Inca: 2015-2019 | 63 |
| Tabla 36 Desagregación de Acceso al sistema de referencia institucional acceso al sistema de referencia institucional | 63 |
| Tabla 37 Programación Física Acceso al sistema de referencia institucional acceso al sistema de referencia institucional de la MR de Baños del Inca: 2015-2019 | 64 |
| Tabla 38 Desagregación Atención del Recién Nacido Normal..... | 64 |
| Tabla 39 Programación Física vs Programación según criterio de Atención del recién nacido normal de la MR de Baños del Inca: 2015-2019 | 65 |
| Tabla 40 Desagregación de Atención del recién nacido con complicaciones..... | 66 |
| Tabla 41 Programación Física de Atención del recién nacido con complicaciones de la MR de Baños del Inca: 2015-2019..... | 67 |
| Tabla 42 Desagregación de Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva | 68 |
| Tabla 43 Programación Física vs Programación según criterio del subproducto Consejería en el hogar durante la visita domiciliaria a familias de la gestante o puérpera del producto 3033412 de la MR de Baños del Inca: 2015-2019 | 69 |
| Tabla 44 Programación Física de Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva de la MR de Baños del Inca: 2015-2019 | 70 |
| Tabla 45 Programación Física vs Programación según criterio del subproducto Sesiones educativas a familias de adolescentes en salud sexual integral del producto 3033412 de la MR de Baños del Inca: 2015-2019 | 70 |
| Tabla 46 Programación Total de Metas Físicas de la Microred de Baños del Inca..... | 71 |
| Tabla 47 Gestantes Programadas - Programación SIGA vs Tableros de mando 2015-2019 | 72 |
| Tabla 48 Atención Odontológica - Programación SIGA vs Tableros de mando 2015-2019 | 73 |
| Tabla 49 Parto Normal - Programación SIGA vs Tableros de mando 2015-2019..... | 73 |
| Tabla 50 Programación partos adolescentes según tableros de mando 2018 - 2019 | 74 |
| Tabla 51 Atención del Puerperio - Programación SIGA vs Tableros de mando 2015-2019 | 74 |
| Tabla 52. Comparación PIM – PIA, DIRESA Cajamarca 2015..... | 76 |
| Tabla 53. Comparación PIM – PIA, DIRESA Cajamarca 2016..... | 77 |

| | |
|---|-----------|
| Tabla 54 Comparación PIM - PIA, DIRESA y MR Baños del Inca, 2017 | 79 |
| Tabla 55 Comparación PIM - PIA, DIRESA y MR Baños del Inca, 2018 | 80 |
| Tabla 56 Comparación PIM - PIA, DIRESA y MR Baños del Inca, 2019 | 81 |
| Tabla 57 Resumen Presupuesto Ejecutado Total de la Microred de Baños del Inca, 2015 – 2019..... | 82 |
| Tabla 58 Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto de Acciones comunes, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019. | 84 |
| Tabla 59 Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019..... | 84 |
| Tabla 60 Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención prenatal reenforcada, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019..... | 85 |
| Tabla 61 Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Municipios saludables que promueven la salud sexual y reproductiva, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019. | 86 |
| Tabla 62 Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Comunidades saludables que promueven la salud sexual y reproductiva, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019..... | 86 |
| Tabla 63 Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Población accede a métodos de planificación familiar, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019..... | 87 |
| Tabla 64 Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019..... | 88 |
| Tabla 65 Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención de la gestante con complicaciones, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019. | 88 |
| Tabla 66 Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención del parto normal, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019. | 89 |
| Tabla 67 Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención del parto complicado no quirúrgico, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019. | 90 |

| | |
|--|------------|
| Tabla 68 Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención del parto complicado quirúrgico, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019..... | 90 |
| Tabla 69 Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención del puerperio, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019..... | 91 |
| Tabla 70 Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención del puerperio con complicaciones, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019. | 91 |
| Tabla 71 Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Acceso al sistema de referencia institucional, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019. | 92 |
| Tabla 72 Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención del recién nacido normal, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019..... | 92 |
| Tabla 73 Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención del recién nacido con complicaciones, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019. | 93 |
| Tabla 74 Ejecución de presupuesto descentralizado y rendido para la MR Baños del Inca, por Fuente de Financiamiento, 2019* | 94 |
| Tabla 75 Muertes Maternas y Recién Nacidos Vivos en la MR de Baños del Inca, 2015 - 2019..... | 96 |
| Tabla 76 Razón de muerte materna en la MR de Baños del Inca: 2015-2019 | 97 |
| Tabla 77 Muertes Neonatales (niños menores de 1 año) y Recién Nacidos Vivos en la MR de Baños del Inca, 2015-2019 | 98 |
| Tabla 78 Tasa de muerte neonatal en la MR de Baños del Inca, 2015-2019 | 99 |
| Tabla 79 IG 002-01: % de gestantes atendidas, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 100 |
| Tabla 80 IG 002-02: % de gestantes con atención prenatal reenfocada, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 102 |
| Tabla 81 IG 002-05: % de gestantes adolescentes, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 103 |
| Tabla 82 IG 002-06: % de gestantes controladas, MR Baños del Inca, 2015-2019..... | 104 |
| Tabla 83 IG 002-10: % de gestantes con 2ª ecografía, MR Baños del Inca, 2015-2019..... | 105 |
| Tabla 84 IG 002-12: % de gestantes con exámenes de laboratorio, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 106 |
| Tabla 85 IG 002-14: % de gestantes con 3er plan de parto, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 107 |

| | |
|--|------------|
| Tabla 86 IG 002-15: % de gestantes con 2ª consejería en visita domiciliaria, MR Baños del Inca, 2015 – 2019 | 108 |
| Tabla 87 IG 002-21: % de partos institucionales, MR Baños del Inca, 2015-2019..... | 110 |
| Tabla 88 IG 002-24: % de partos en adolescentes, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 111 |
| Tabla 89 IG 002-25: % de recién nacidos vivos con complicaciones, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 112 |
| Tabla 90 IG 002-26: % puérperas controladas, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 113 |
| Tabla 91: Estimación del modelo RMM, Microred Baños del Inca, 2015-2019 | 117 |
| Tabla 92: Estimación econométrica modelo RMM: R-cuadrado..... | 118 |
| Tabla 93: Prueba de Hipótesis modelo RMM: variable ejecución (t-estadístico)..... | 119 |
| Tabla 94: Prueba de hipótesis de variables individualmente del modelo RMM..... | 119 |
| Tabla 95: Prueba de hipótesis modelo RMM: variables en conjunto (F-estadístico)..... | 120 |
| Tabla 96: Test de Likelihood – variables redundantes, modelo RMM..... | 122 |
| Tabla 97: Estimación del modelo RMM sin varibales redundantes, Microred Baños del Inca, 2015-2019..... | 123 |
| Tabla 98: Estimación econométrica modelo ajustado RMM: R-cuadrado | 124 |
| Tabla 99: Prueba de Hipótesis modelo RMM ajustado: variable ejecución (t-estadístico) 125 | |
| Tabla 100: Prueba de hipótesis modelo RMM ajustado | 126 |
| Tabla 101: Prueba de hipótesis modelo ajustado RMM: variables en conjunto (F-estadístico) | 126 |
| Tabla 102: Estimación del modelo TMN, Microred baños del Inca, 2015-2019 | 128 |
| Tabla 103: Estimación econométrica modelo TMN: R-cuadrado..... | 130 |
| Tabla 104: Prueba de Hipótesis modelo TMN: variable ejecución (t-estadístico)..... | 130 |
| Tabla 105: Prueba de hipótesis modelo TMN | 131 |
| Tabla 106: Prueba de hipótesis modelo TMN: variables en conjunto (F-estadístico)..... | 132 |
| Tabla 107: Prueba de hipótesis modelo TMN: variables en conjunto (F-estadístico)..... | 132 |
| Tabla 108: Estimación del modelo TMN sin varibales redundantes, Microred Baños del Inca, 2015-2019..... | 133 |
| Tabla 109: Estimación econométrica modelo ajustado TMN: R-cuadrado | 134 |
| Tabla 110: Prueba de Hipótesis modelo TMN: variable ejecución (t-estadístico)..... | 135 |
| Tabla 111: Prueba de hipótesis modelo TMN ajustado | 135 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 112: Estimación del modelo TMN sin varibales NO significativas, Microred Baños del Inca, 2015-2019..... | 136 |
| Tabla 113: Estimación econométrica modelo TMN ajustado 1: R-cuadrado | 137 |
| Tabla 114: Prueba de Hipótesis modelo TMN: variable ejecución (t-estadístico)..... | 138 |
| Tabla 115: Prueba de hipótesis modelo TMN ajustado1 | 138 |
| Tabla 116: Estimación del modelo TMN sin varibales NO significativas 2, Microred Baños del Inca, 2015-2019..... | 139 |
| Tabla 117: Estimación econométrica modelo TMN ajustado 2: R-cuadrado | 140 |
| Tabla 118: Prueba de Hipótesis modelo TMN: variable ejecución (t-estadístico)..... | 141 |
| Tabla 119: Prueba de hipótesis modelo TMN ajustado12 | 141 |
| Tabla 120: Prueba de hipótesis modelo TMN ajustado 2: variables en conjunto (F-estadístico) | 142 |
| Tabla 121: Matriz de Priorización | 150 |
| Tabla 122 Ficha técnica del producto acciones comunes | 164 |
| Tabla 123 Ficha técnica del producto población informada sobre salud sexual, salud reproductiva y métodos de planificación familiar | 165 |
| Tabla 124 Ficha técnica del producto de adolescentes acceden a servicios de salud para la prevención del embarazo..... | 166 |
| Tabla 125 Ficha técnica del producto atención prenatal reenfocada..... | 168 |
| Tabla 126 Ficha técnica del producto población accede a métodos de planificación familiar | 169 |
| Tabla 127 Ficha técnica del producto población accede a servicios de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva..... | 173 |
| Tabla 128 Ficha técnica del producto atención del parto normal | 174 |
| Tabla 129 Ficha técnica del producto atención del puerperio | 175 |
| Tabla 130 Ficha técnica del producto acceso al sistema de referencia institucional | 176 |
| Tabla 131 Ficha técnica del producto atención del recién nacido normal..... | 177 |
| Tabla 132 Ficha técnica del producto familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva..... | 178 |
| Tabla 133: Datos Trimestrales Ejecución presupuestal, Microred Baños del Inca, 2015-2019..... | 183 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 134: MM y RMM Trimestral, Microred Baños del Inca, 2015-2019 | 183 |
| Tabla 135: Datos Trimestrales MN y TMN, Microred Baños del Inca, 2015-2019 | 184 |
| Tabla 136: Datos Trimestrales Indicadores de Procesos, Microred Baños del Inca, 2015-2019 | 184 |
| Tabla 137: Prueba de Raíces Unitarias IG1_SA | 186 |
| Tabla 138: Prueba de Raíces Unitarias PDIG1_SA | 187 |
| Tabla 139: Datos de las series desestacionalizadas | 189 |
| Tabla 140: Prueba de Raíces Unitarias | 190 |
| Tabla 141: Datos de estacionalización de las nuevas series | 191 |
| Tabla 142: Prueba de Raíces Unitarias | 191 |
| Tabla 143: Datos finales para estimación de los modelos | 192 |

Lista de Figuras

| | |
|--|-----|
| Figura 1 Etapas del Proceso Presupuestario | 24 |
| Figura 2 Funciones de la asistencia técnica | 27 |
| Figura 3na por Regiones 2019 | 37 |
| Figura 4 Mapa de Mortalidad Fetal y Neonatal por Regiones 2019 | 38 |
| Figura 5 Modelo Conceptual de la Mortalidad y Morbilidad Materno Neonatal adaptado | 39 |
| Figura 6: Principales trayectorias de causalidad asociados a la mortalidad neonatal | 40 |
| Figura 7: Principales trayectorias de causalidad asociadas a la mortalidad materna | 40 |
| Figura 8 Modelo Lógico del PP SMN | 41 |
| Figura 9 Razón de muertes maternas y total de muertes maternas de la MR de Baños del Inca, 2015-2019 | 97 |
| Figura 10 Tasa de muerte neonatal y total de muertes neonatales de la MR de Baños del Inca, 2015-2019 | 99 |
| Figura 11 IG 002-01 % de gestantes atendidas, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 101 |
| Figura 12 IG 002-02: % de gestantes con atención prenatal reenfocada, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 102 |
| Figura 13 IG 002-05: % de gestantes adolescentes, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 103 |
| Figura 14 IG 002-06: % de gestantes controladas, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 104 |
| Figura 15 IG 002-10: % de gestantes con 2ª ecografía, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 105 |

| | |
|---|-----|
| Figura 16 IG 002-12: % de gestantes con exámenes de laboratorio, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 106 |
| Figura 17 IG 002-14: % de gestantes con 3er plan de parto, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 107 |
| Figura 18 IG 002-15: % de gestantes con 2ª consejería en visita domiciliaria, MR Baños del Inca, 2015 – 2019 | 109 |
| Figura 19 IG 002-21: % de partos institucionales, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 110 |
| Figura 20 IG 002-24: % de partos en adolescentes, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 111 |
| Figura 21 IG 002-25: % de recién nacidos vivos con complicaciones, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 112 |
| Figura 22 IG 002-26: % puérperas controladas, MR Baños del Inca, 2015-2019 | 113 |
| Figura 23: Comparación entre Ejecución presupuestal y RMM de la Microred Baños del inca, 2015-2019 | 114 |
| Figura 24: Comparación entre Ejecución Presupuestal y TMN de la Microred Baños del Inca, 2015-2019 | 115 |
| Figura 25: Distribución de Jarque-Bera modelo RMM | 118 |
| Figura 26: Paso 1 en E-views para el test de variables redundantes para el modelo RMM | 121 |
| Figura 27: Paso 2 en E-views para el test de variables redundantes para el modelo RMM | 122 |
| Figura 28: Estimación del Test de Variable Redundante de Ratio de Likelihood para IG1, modelo RMM | 122 |
| Figura 29: Distribución de Jarque-Bera modelo ajustado RMM | 124 |
| Figura 30: Distribución de Jarque-Bera modelo TMN | 129 |
| Figura 31: Distribución de Jarque-Bera para modelo TMN ajustado | 134 |
| Figura 32: Distribución de Jarque-Bera para modelo TMN ajustado1 | 137 |
| Figura 33: Distribución de Jarque-Bera para modelo TMN ajustado 2 | 140 |
| Figura 34: Mapa Microred Baños del Inca y sus Establecimientos de Salud | 145 |
| Figura 35: Diagrama de Ishikawa para el problema Baja Coordinación entre MR - Red – DIRESA | 151 |
| Figura 36: Paso 1 – Gráfico lineal y estacional de IG1 | 185 |

| | |
|--|------------|
| Figura 37: Paso 2 – Desestacionalización..... | 185 |
| Figura 38: Test de Raíces Unitarias para IG1..... | 186 |
| Figura 39: Test de Raíces Unitarias para IG1..... | 187 |
| Figura 40: Gráficos lineales y estacionales de las variables..... | 188 |

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo evaluar la ejecución del programa presupuestal 0002 salud y los resultados en la atención de salud materno neonatal en el ámbito de la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015- 2019, la investigación tuvo lugar en la Microred de Baños del Inca - DIRESA Cajamarca. Para ello, la investigación se dividió en tres partes, la primera corresponde a la descripción del diseño del programa el cual ya está establecido por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas; la segunda parte plantea y analiza el proceso presupuestario del programa; y la tercera parte son los resultados del programa a través de los indicadores, de impacto y de procesos, trazadores que la DIRESA establece a través de sus tableros de mando. Para la recopilación de dicha información se realizaron fichas documentarias pues la información ya se tenía registrada. Al respecto se encontró que en muchos productos del programa existen irregularidades y desfases de programación de metas físicas y no existe una programación presupuestal como tal para la Microred ya que esta no es una unidad ejecutora, respecto a la ejecución presupuestal se encontró que la calidad de gasto es baja, respecto a los resultados de los indicadores de impacto muestran un panorama favorable pues, en la Microred de Baños del Inca, al año 2019 la razón de muerte materna ha disminuido a 0% respecto al 2015 donde se tuvo 1 muerte materna, mientras que la tasa de muerte neonatal disminuyó a 3.0% respecto al 2015 donde la tasa fue de 9.8%.

Palabras Clave: Evaluación de programa presupuestal, atención de salud materno neonatal, proceso presupuestario, programa presupuestal, razón de muerte materna, tasa de muerte neonatal.

Abstract

The present research aims to evaluate the implementation of the budget program 0002 health and the results in maternal and neonatal health care in the scope of the Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015- 2019, the research took place in the Microred of Baños del Inca - DIRESA Cajamarca. For this, the research was divided into three parts, the first corresponds to the description of the program design which is already established by the Ministry of Health and the Ministry of Economy and Finance; the second part raises and analyzes the budgetary process of the program; and the third part are the results of the program through the indicators, impact and process, tracers that DIRESA establishes through its dashboards. For the compilation of this information, document cards were used, since the information was already registered. In this regard it was found that in many products of the program there are irregularities and gaps in the programming of physical goals and there is no budget programming as such for the Micro-Network since this is not an executing unit, regarding the budget execution it was found that the quality of spending is low, regarding the results of the impact indicators show a favorable picture because, in the Microred of Baños del Inca, by 2019 the maternal death ratio has decreased to 0% compared to 2015 where there was 1 maternal death, while the neonatal death rate decreased to 3. 0% compared to 2015 where the rate was 9.8%.

Keywords: budget program evaluation, maternal and neonatal health care, budget process, budget program, maternal death ratio, neonatal death rate.

Abreviaturas

- AIB: Análisis de Incidencia de Beneficiarios
- ALC: América Latina y el Caribe.
- APAFA: Asociación de Padres de Familia
- APP: Análisis de Programación Presupuestaria
- CEPLAN: Centro Nacional de Planeamiento Estratégico.
- CONEI: Consejo Educativo Institucional
- DIRESA: Dirección Regional de Salud
- DGPP: Dirección General de Presupuesto Público
- E.A.P.: Escuela Académico Profesional
- EDEP: Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal
- EMG: Emergencias Obstétricas Básicas.
- ENDES: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar.
- EESS: Establecimientos de Salud.
- FONAFE: Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado.
- GN: Gobierno Nacional
- GL: Gobierno Local
- GR: Gobierno Regional
- HIS: Sistemas de información hospitalaria o Sistemas de información en salud.
- IG: Indicador de Gestión
- INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- IPE: Intervención Pública a Evaluar
- MEF: Ministerio de Economía y Finanzas.
- mef: Mujeres en edad fértil
- MINSA: Ministerio de Salud
- MR: Microred
- MR BI: Microred Baños del Inca
- ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ONU: Organización de las Naciones Unidas.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PIA: Presupuesto Institucional de Apertura.
PIM: Presupuesto Institucional Modificado.
PFDMPs: Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
POI: Plan Operativo Institucional.
PPR: Presupuesto por Resultados.
PPI: Programa Presupuestal Institucional.
PPOR: Programas Presupuestales Orientados a Resultados.
PP: Programa Presupuestal
PPSMN: Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal.
PMIs: Programa Materno-Infantiles
PROMIN: Programa Materno Infantil y Nutrición.
RN: Recién Nacido.
RMM: Razón de Muerte Materna
SIGA: Sistema Integrado de Gestión Administrativa.
SIAF: Sistema Integrado de Administración Financiera.
SIS: Sistema Integrado de Salud.
SMN: Salud Materno Neonatal.
TMN: Tasa de Mortalidad Neonatal.
UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.
UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.
UE: Unidad Ejecutora.
UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Introducción

La presente investigación titulada “Evaluación de la ejecución del programa presupuestal 0002 salud y su relación con la atención de la salud materno neonatal: 2015-2019 (Caso: Microred Baños del Inca)”, busca mostrar objetivamente una realidad basada en hechos detallados, incentivando la investigación que ayude y priorice soluciones a problemas sociales en los diferentes sectores.

Se tiene como objetivo, evaluar la ejecución del programa presupuestal 0002 salud y los resultados en la atención de salud materno neonatal en el ámbito de la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015- 2019; con el propósito de plantear una propuesta de mejora. Fundamentado en un proceso de recolección y análisis de información basada en evidencias, dicha información se obtuvo de las diferentes instancias de interés para la investigación, quienes son la DIRESA Cajamarca, Red de Salud Cajamarca, la Microred de Baños del Inca, así como también la página de Consulta Amigable del Ministerio de Economía y Finanzas y documentos establecidos por el Ministerio de Salud; a través de esta, se evidenció los avances y las limitaciones de la implementación del programa a nivel más específico de operación, es decir, a nivel de Microred, dado que existe amplia investigación respecto a nivel de región y nivel hospitalario, a su vez se identificaron recomendaciones que contribuirán a la eficiencia y mejora de la implementación y ejecución del programa presupuestal evaluado, en beneficio de la población a la que va dirigido.

En el Perú la salud materna neonatal ha sido muy golpeada y a su vez muy elevada durante los últimos años, al año 2019, de acuerdo con las Naciones Unidas al año 2017 Perú presentaba una RMM de 88 por cada 100 000 nacidos vivos; mientras que la Organización Panamericana de la Salud obtuvo que el Perú presentaba una RMM de 70 por cada 100 000 nacidos vivos. Por otro lado, de acuerdo con MINSA (2019) en el Perú se notificaron 6182 defunciones fetales y neonatales; siendo que el 60% de las muertes notificadas corresponden a los departamentos de Lima, Piura, **Cajamarca**, Loreto, Cusco, La Libertad y Junín.

Ante este panorama, en alianza y en cumplimiento con los Objetivos del Milenio en el cual dos de ellos corresponde al cuidado de la salud materna y la salud infantil, en el Perú, el Ministerio de Economía y Finanzas, desde el año 2007 se da la reforma del Sistema Nacional de Presupuesto, dando pase a una nueva Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto por parte del Ministerio de Economía y Finanzas, en donde se implementó los llamados PpR (Presupuesto por Resultados) con la finalidad de optimizar el proceso presupuestario y permitir una toma de

decisiones basada en cobertura de bienes y servicios. Dentro de los PpR se implementó los programas presupuestales, siendo estos los instrumentos para la gestión e intervención directa en los diferentes sectores. Dentro de estos programas, se encuentra el Programa Presupuestal 0002: Salud materno Neonatal, destinado a la reducción de la mortalidad materna y neonatal y al cuidado de la salud de estos brindando un mayor acceso a estos usuarios. En Cajamarca este programa se empezó a ejecutar a partir del año 2013 en toda la región, no obstante, tomó todo un proceso para que finalmente se implemente en su totalidad en todos los establecimientos de salud.

Esta investigación es de tipo científico aplicada de nivel explicativo correlacional con corte longitudinal; la población y muestra son las mismas, siendo el número de atenciones de mujeres en edad fértil, gestantes y neonatos de los establecimientos adscritos a la Microred de Baños del Inca, la recolección de información realizada se dio mediante una guía que corresponde a la meta física a nivel de centro de costos y meta presupuestal a nivel DIRESA, y a sí mismo la meta física y ejecución presupuestal a nivel de centro de costos, alcanzado durante los años 2015 al 2019, en conjunto con los indicadores de evaluación del programa, indicadores de impacto y de procesos establecidos por el MINSA y DIRESA.

Dentro de los resultados, se obtuvo que las características del diseño planteado del PPSMN, a nivel de Microred existen inconsistencias entre las personas vinculadas directamente al programa en lo que respecta los criterios de programación, y su programación física y presupuestal propiamente dicha. Dentro del proceso presupuestario, se encontró que en la fase de programación se evidenció desfases en el proceso de programación en productos que van referidos a la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva, dicho resultado consecuencia de una baja coordinación entre niveles de establecimientos de salud: Microred – Red – DIRESA; lo que acarreó como efecto que existiera una diferenciación de programación de metas físicas entre en los tableros de mandos que manejan la DIRESA y la Red y el sistema SIGA.

Respecto a la ejecución presupuestal se obtuvo que existe una baja calidad de gasto evidenciado en que existen productos en los que no hubo ejecución durante algunos años. A su vez se tiene una pérdida de sistematización en el SIGA debido a los procedimientos de descentralización y cuadros de distribución, los cuales hacen que exista la diferenciación de la ejecución SIGA con la ejecución SIAF.

En lo que respecta a los indicadores de evaluación, se evidencia que existe una evolución con tendencia positiva, logrando tener una alta cobertura a lo largo de los años, sin embargo, esta también se ve afectada por la baja coordinación y la diferenciación de programación en el sistema SIGA y los tableros de mando, lo que conlleva a que existan resultados desiguales en cuanto a los indicadores, mencionando que ambos se logra una alta cobertura, y una disminución de los indicadores de impacto: razón de muerte materna, 0% en el 2019; y la tasa de mortalidad neonatal, 3% en el 2019.

Finalmente, en lo que respecta a los resultados de la ejecución como tal, se tiene que la ejecución presupuestal por sí sola NO es estadísticamente significativa, es decir, por sí sola no representa una variable que explique en su totalidad a los indicadores de impacto; sin embargo, en conjunto con los indicadores de procesos solo presentan significancia para la Tasa de Mortalidad Neonatal, más no son suficientes para explicar a la Razón de Muerte Materna.

La presente investigación está dividido en 6 capítulos, el primer capítulo en donde se estructura y formula el problema de la investigación, el segundo capítulo corresponde al marco teórico en donde se fundamentan las bases que argumenta el problema así como la revisión de diversas investigaciones como antecedentes, el tercer capítulo corresponde a la metodología planteada para el desarrollo de la tesis; el cuarto capítulo donde se divide en 4 partes, en la primera se habla sobre el diseño del PPSMN, en la segunda parte se centra en el análisis del proceso presupuestario en la Microred de Baños del Inca, en la tercera parte el análisis de la evolución de los indicadores del PPSMN de la Microred de Baños del Inca y se establece dos modelos econométricos de los indicadores de impacto donde se mide el nivel de significancia y finalmente la cuarta parte donde se presentan la discusión de los resultados analizados. Seguidamente, se tiene el quinto capítulo en donde se plantea un Plan de Mejora. El sexto capítulo viene a ser las conclusiones correspondientes según los resultados encontrados, y finalmente el séptimo capítulo vienen a ser las recomendaciones hacia diferentes entidades: DIRESA y Universidad Nacional de Cajamarca. La investigación finaliza con la presentación de toda la literatura realizada para el desarrollo de la misma y los anexos correspondientes.

Capítulo I: El Problema Científico de Investigación

1.1. Situación Problemática y definición del problema

De acuerdo con las Naciones Unidas, al año 2017 en la región de América Latina y el Caribe se tuvo una razón de muerte materna de 74 por cada 100 000 nacidos vivos, además dentro del ranking de los 10 países que se encontraban por encima del promedio regional se encuentran: **Perú**, Bolivia, Guatemala, Nicaragua, Santa Lucía, Suriname, Venezuela, República Dominicana, Guyana y Haití.

Del mismo modo, los organismos mundiales encargados de monitorear y realizar el cálculo de la razón de muerte materna no siempre coinciden con la información de acuerdo a sus registros; entre ellos el Grupo Intergencial para la Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas calculo que al año 2017 Perú presentaba una RMM de 88 por cada 100 000 nacidos vivos; por otro lado la Organización Panamericana de la Salud obtuvo como resultado que a ese mismo año el Perú presentaba una RMM de 70 por cada 100 000 nacidos vivos

El panorama respecto a la mortalidad neonatal es aún más grave de lo que pareciera, pues de acuerdo con la OPS (2020), al año 2019 en todo el continente de América fue de 7.7 por cada 1000 nacidos vivos, esto corresponde a más de 110 000 muertes neonatales; además mencionan que específicamente en América Latina “la tasa fue 1,6 puntos mayor, alcanzando cerca de 13.7000 muertes neonatales” (OPS, 2020). Tan solo en el Perú al año 2019, de acuerdo con el MINSA (2019) se notificaron 6182 defunciones fetales y neonatales; siendo que el 60% de las muertes notificadas corresponden a los departamentos de Lima, Piura, **Cajamarca**, Loreto, Cusco, La Libertad y Junín.

En Cajamarca al año 2015 se tuvo una razón de mortalidad de materna de 110.98, incrementando al año 2017 a una razón de 115.3; muy por encima de la razón de muerte materna nacional el cual a ese año fue de 69.7, y aunque dicha razón disminuyó a 48.14 al 2019, hasta la actualidad ha ido en incremento. El mismo panorama se tiene respecto a la mortalidad neonatal, en donde al 2017 se tuvieron 158 muertes neonatales y fue en incremento a 290 muertes al 2019 de acuerdo con el MINSA (2021), correspondiendo a una tasa de 9.97%; es decir 10 muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos; encontrándose de igual manera por encima de la tasa nacional que a ese año fue de 8.60%.

Así como se tiene el panorama regional, también se evidencian muertes maternas a nivel de distrito, aunque dicha razón no es calculada a nivel de distrito debido a que su cálculo daría

como resultado una razón muy elevada; sin embargo, debido a esto es que su análisis a nivel de distrito se deja de lado, tal es el caso de la Microred de Baños del Inca el cual abarca a 4 distritos: Baños del Inca, Namora, Matara y Llacanora. Para esta Microred se han presentado unas muertes maternas por año desde el 2015 al 2017; no obstante, en donde se observa mayor mortalidad es respecto a las muertes neonatales las cuales se tuvieron al 2015, 9 muertes neonatales incrementando a 14 al 2018, año en el que se tuvo un incremento de dicha mortalidad.

Es así que, en el 2008, en la Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, se estableció el Presupuesto por Resultados (PpR) como una estrategia de gestión pública de vinculación entre la asignación de recursos a productos y a resultados mensurables a favor de la población (Arbaiza y otros, 2017). A partir de esa implementación, nace el programa presupuestal salud materno neonatal (PPSMN) con la finalidad de disminuir la mortalidad y morbilidad materno neonatal mediante un mejor acceso a servicios de salud, este programa brinda alrededor de 18 productos a los cuales se le asigna a cada uno presupuesto para el cumplimiento de actividades y entrega adecuada de bienes y servicios a la población beneficiaria.

De acuerdo el Ministerio de Economía y Finanzas, desde el año 2012 al año 2018 a nivel nacional se han asignado al programa S/. 13, 678, 271,270 soles. El departamento de Cajamarca implementa el programa a partir del año 2013, donde hasta el 2019 se ha asignado S/. 839, 258,701 soles; para su ejecución, el pliego designa a cada Unidad Ejecutora del sector salud para compra de bienes y servicios según requerimientos y necesidades. Al año 2015 se le asignó al programa S/ 127,164,101 soles de los cuales solo se ejecutó el 86.8%; mientras que en el 2019 se tuvo una asignación de S/ 203,259,281 con una ejecución del 51.5% (Consulta Amigable – MEF, 2020); mostrando un incremento de presupuesto significativo pero una ejecución muy deficiente pudiéndose deber a una mala gestión o flujos de trabajo dentro de las unidades ejecutoras; lo cual se refleja en el poco abastecimiento de sus establecimientos de salud de primer nivel afectando a la población que recurre a la atención de los servicios.

Este contexto se evidencia en la Microred de Baños del Inca, la cual es un centro de costos de la DIRESA, es decir, se realizan gastos destinados a esta microred para la adecuada prestación de servicios de salud en general, y mediante el programa presupuestal 0002, gastos específicamente para el servicio de la salud materno neonatal. Se un centro de costos significa que en la Microred como tal no se evidencia una asignación presupuestaria, pero si se evidencia

ejecución presupuestal mediante el sistema SIGA medida por sus establecimientos de salud como centros de costos. Así mismo, es necesario mencionar que dicha ejecución por parte de la unidad ejecutora DIRESA no muestra el proceso presupuestario tomando en cuenta la priorización de modo que este alineado al cierre de brechas, en salud materno neonatal para este caso, y ante la baja ejecución presupuestal observada nos preguntamos si realmente el presupuesto asignado cumple con garantizar la calidad de la cadena de valor del programa salud materno neonatal: insumo – producto – resultados. Por lo que a raíz de la baja ejecución a nivel de departamento, nos lleva a preguntarnos como es la ejecución a niveles más operativos como las Microredes, ya que estos no pueden ser observados en la página del MEF. Ante lo ya mencionado, surge la necesidad de saber cuál ha sido la ejecución del programa presupuestal 002 salud y cuáles han sido los resultados de la atención en salud materno neonatal en la Microred de Baños del Inca, durante 2015 al 2019.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cómo ha sido la ejecución del programa presupuestal 0002 salud y los resultados de la atención en salud materno neonatal en el ámbito de la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015- 2019?

1.2.2. Problemas Auxiliares

- a. ¿Cuáles son las características del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal nacional, actualizado anualmente?
- b. ¿Cómo ha sido la ejecución del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal en la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015-2019?
- c. ¿Cuál ha sido la evolución de los resultados de la atención en salud materna neonatal en la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015-2019?

1.3. Justificación

1.3.1. Justificación Teórico-Científico

La presente investigación se justifica en el método científico porque ha utilizado para su desarrollo el método deductivo – inductivo permitiéndome realizar un análisis que va desde lo general hasta lo particular; así mismo se encuentra dentro de los estándares que una investigación científica requiere, ya que sigue el proceso secuencial desde el planteamiento del problema hasta la comprobación de las hipótesis. Adicionalmente, la investigación analiza y sistematiza las principales teorías económicas vinculadas a la economía pública, las cuales sirven de base para la orientación y desarrollo de la presente investigación.

1.3.2. Justificación Práctica-Técnica

En el presente estudio sirve como un documento que orienta la toma de decisiones que se realicen en la gestión pública regional a través de las entidades: DIRESA, Redes de Salud y sus Microredes; sirviendo como un modelo base para ampliar la evaluación en dicho programa o extrapolarlo como un modelo de evaluación en los demás programas que corresponden al sector salud o a otros sectores. Además, sirve como antecedente para posteriores investigaciones en esta área y el desarrollo de propuestas sobre el tema en la E.A.P. de Economía.

1.3.3. Justificación Institucional y Académica

La presente investigación se realiza con la finalidad de ser un requisito fundamental para obtener el título de Economista, cumpliendo con los estándares de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Académica Profesional de Economía del 2019 – Capítulo V: De las Modalidades de Titulación Profesional: Modalidad A de la Tesis.

1.3.4. Justificación Personal

Este estudio se realizó para afianzar los conocimientos que son parte de la formación profesional del economista, adquiriendo conocimientos de evaluación de programas presupuestales en el sector que sea requerido, así mismo una profundización de la gestión pública, la economía de la salud y economía pública.

1.4. Delimitación del Problema: Espacio – Temporal

La delimitación espacial de la presente investigación se circunscribe a la Microred Baños del Inca perteneciente a la Red de Salud Cajamarca de la Unidad Ejecutora 400-785 – DIRESA Cajamarca; mientras que la determinación temporal se da de los años 2015 al 2019.

Además, la presente está delimitada de acuerdo a la cartera de servicios de la Microred Baños del Inca, tomando solo las actividades que corresponden a los establecimientos de salud de primer nivel que son las que conforman esta Microred.

1.5.Limitaciones del Estudio

Acceso a la información incompleta del proceso presupuestario a nivel de centro de costo (EESS de la Microred de Baños del Inca). Por lo que solicité en el área de administración se me facilitara el acceso a los sistemas SIAF y SIGA, sin embargo al ser estos de uso exclusivo de la entidad solo me pudieron brindar información respecto a la ejecución presupuestal por centro de costos.

1.6.Objetivos de la Investigación

1.6.1. Objetivo General

Evaluar la ejecución del programa presupuestal 0002 salud y los resultados en la atención de salud materno neonatal en el ámbito de la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015- 2019.

1.6.2. Objetivos Específicos

- a. Analizar las características del diseño del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal nacional, actualizado anualmente.
- b. Evaluar la ejecución del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal en la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015- 2019.
- c. Analizar la evolución de los resultados de la atención en salud materna neonatal en la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015-2019.
- d. Proponer mejoras en el diseño y ejecución del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal, para la Microred Baños del Inca, determinado por el MEF y MINSA.

1.7.Hipótesis y Variables

1.7.1. Hipótesis General

La evaluación de la ejecución del programa presupuestal 0002 salud que le corresponde a la Microred de Baños del Inca muestra que se presentan deficiencias a nivel administrativo y operativo, mientras que los resultados la atención en salud materna neonatal, en el ámbito de la Microred de Baños del Inca muestran una tendencia positiva, Cajamarca, 2015-2019.

1.7.2. Hipótesis Específicas

- a. Las características principales del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal nacional son: i) describe la salud materna neonatal en el Perú, ii) define los productos de atención que brinda el programa y sus niveles de atención y iii) define las definiciones operacionales de dichos productos.
- b. La evaluación de la ejecución del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal en la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015-2019, muestra deficiencias respecto a programación y gasto.
- c. La evolución de los resultados de la atención de salud materno neonatal en la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015-2019, evidencia una tendencia positiva en el periodo de estudio.

1.7.3. Variables

Variable X: Evaluación de la ejecución del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal.

Variable Y: Resultados de la atención en salud materna neonatal.

1.8. Matriz de Operacionalización de Variables

Tabla 1

Matriz de Operacionalización de Variables

| VARIABLES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | | | FUENTE |
|--|---|--------------|---|---|
| | DIMENSIONES | INDICADORES | ÍNDICES | |
| VAR. X: Evaluación de la ejecución del diseño del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal | Proceso Presupuestario (Etapas de implementación del PP) 1/ | Programación | Guía de Diseño (características) del PP* 0002 Cantidad de metas físicas Soles asignados (PIA) | PPSMN DIRESA, Microred Baños del Inca - Consulta amigable MEF |
| | | Formulación | Cantidad metas físicas y financieras asignadas Soles asignados PIA Soles asignados PIM | Microred Baños del Inca, Sistema SIGA y SIAF DIRESA, Consulta amigable MEF |
| | | Ejecución | Soles ejecutados (S/.) | Microred Baños del Inca, DIRESA, Consulta amigable MEF |

Nota. 1/ Según el documento “Programas Presupuestales: diseño, revisión y articulación territorial” por el MEF (2016)

*PP: Programa Presupuestal

Van a la tabla 1 de la página 42.

Viene de la tabla 1 de la página 41.

| VARIABLES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | | | FUENTE |
|--|---|--|---|--|
| | DIMENSIONES | INDICADORES | ÍNDICES | |
| VAR. Y: Resultados de la atención en salud materno neonatal | Mortalidad materna (indicador de impacto) | Razón de mortalidad materna | N° de MM/pob de RN vivos*100 000 | DIRESA - Microred Baños Del Inca |
| | | Tasa de mortalidad materna | N° de MM/pob de MEF* 100 000 | DIRESA - MINSA |
| | | Tasa de mortalidad neonatal | N° de defunciones neonatales / RN vivos *100 000 | DIRESA - MINSA |
| | Mortalidad neonatal (indicador de impacto) | Calidad de control prenatal | % gestantes con \geq a 6 apn/ gestantes esperadas *100 | DIRESA - MINSA |
| | | Cuidados del RN | ENDES | ENDES |
| | | Población informada sobre SS, SR y MPF 5/ Población con acceso sobre SS, SR y MPF | Proporción de población informada Proporción de población con acceso | |
| | | EESS con capacidad FONP y FONB 6/ Parto Institucional ENDES – DIRESA | Encuesta FON Partos atendidos (%) | |
| | Cartera de servicios 4/ (indicadores de procesos) | Inversión en capacitación en RRHH | Ejecución presupuestal del Plan de Desarrollo de Personas (%) | DIRESA - Microred Baños Del Inca – ENDES |
| | | Adolescentes informados de servicios de salud | Proporción de adolescentes informados | |
| | | Adolescentes con acceso a servicios de salud | Proporción de adolescentes con acceso | |
| | Población de embarazo en adolescentes | Proporción del embarazo en adolescentes | | |

Nota. 4/ Comprende la oferta de servicios a través de la cartera de servicios de la estrategia de salud sexual reproductiva área materno neonatal y planificación familiar y adolescente (indicadores de procesos)

5/ SS: Salud Sexual, SR: Salud Reproductiva y MPF: Métodos de Planificación Familiar

6/ FON: Funciones Obstétricas Neonatales, FONP: FON Primaria, FONB: FON Básica

1.9. Matriz de Consistencia Metodológica

Tabla 2

Matriz de Consistencia Metodológica

| Formulación del Problema | Objetivos | Hipótesis | Población y Muestra | Tipo, nivel y diseño |
|--|--|--|---|--|
| Problema General | Objetivo general | Hipótesis General | | |
| ¿Cómo ha sido la ejecución del programa presupuestal 0002 salud y los resultados obtenidos en la atención en salud materno neonatal en el ámbito de la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015- 2019? | Evaluar la ejecución del programa presupuestal 0002 salud y los resultados obtenidos en la atención de salud materno neonatal en el ámbito de la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015- 2019. | La evaluación de la ejecución del programa presupuestal 0002 salud que le corresponde a la MR BI muestra que se presentan deficiencias a nivel administrativo y operativo, mientras que los resultados la atención en salud materna neonatal, en el ámbito de la MR Baños del Inca muestran una tendencia positiva, Cajamarca, 2015-2019. | | Tipo: Científica Aplicada |
| Problemas Específicos | Objetivos Específicos | Hipótesis Específicos | | |
| <p>a. ¿Cuáles son las características del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal nacional, actualizado anualmente?</p> <p>b. ¿Cómo ha sido la ejecución del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal en la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015-2019?</p> <p>c. ¿Cuál ha sido la evolución de los resultados de la atención en salud materna neonatal en la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015-2019?</p> | <p>a. Analizar las características del diseño del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal nacional, actualizado anualmente.</p> <p>b. Evaluar la ejecución del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal en la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015- 2019.</p> <p>c. Analizar la evolución de los resultados de la atención en salud materna neonatal en la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015-2019.</p> <p>d. Proponer mejoras en el diseño y ejecución del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal, para la Microred Baños del Inca, determinado por el MEF y MINSA.</p> | <p>a. Las características principales del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal nacional son: i) describe la salud materna neonatal en el Perú, ii) define los productos de atención que brinda el programa y sus niveles de atención y iii) define las definiciones operacionales de dichos productos.</p> <p>b. La evaluación de la ejecución del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal en la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015-2019, muestra deficiencias respecto a programación y gasto.</p> <p>c. La evolución de los resultados de la atención de salud materno neonatal en la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015-2019, evidencia una tendencia positiva en el periodo de estudio.</p> | <p>Población y muestra: Número de atenciones de mujeres en edad fértil, gestantes y neonatos de la MR Baños del Inca, Cajamarca</p> | <p>Nivel: Descriptiva correlacional explicativa</p> <p>Diseño: No experimental de corte longitudinal retrospectivo con evolución de grupo de cohorte</p> |

Capítulo II: Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la Investigación

Internacional

Abadía y otros (2006) EN SU INVESTIGACION “En alto riesgo: la crisis de la salud pública en el Instituto Materno Infantil de Bogotá”, Revista Antípoda: Bogotá, Colombia. Este artículo se pregunta por el impacto de la crisis económica del Instituto Materno Infantil de Colombia en pacientes y trabajadores. Evidencian que mientras las familias atendidas reciben una atención de calidad y calidez, las y los trabajadores sufren el impacto económico con el retraso de sus salarios, en la presente se discute las conexiones entre la crisis económica de los hospitales públicos y el ajuste estructural, y concluyen que el “problema” de la viabilidad financiera de los hospitales debe analizarse dentro del marco de la economía política.

Sánchez (2013) “Implantación de la política en salud materna en la república de Chile y Perú: una observación desde la dimensión de gestión», Universidad de Chile: Santiago de Chile. En la presente tesis se muestra la preocupación por el contexto de salud en mortalidad materna y cómo las políticas públicas se han diseñado de manera que se dirigen a la reducción de decesos maternos, por ello han dirigido la investigación en América Latina donde han observado casos de los países de Perú y Chile, utilizando una metodología con enfoque cualitativo de tipo descriptivo, siendo la herramienta utilizada el análisis documental. Se destacó los hallazgos en materia de diseño organizacional con una estructura organizacional segmentada y fragmentada, presentan dificultades para articular sus acciones no logrando las coberturas para la población, permitiendo con ello una mayor inequidad en el acceso a recibir atención médica. En este mismo sentido se observan diferencias en el énfasis de la política, en que para el caso chileno se concentra en promoción y prevención mientras que en el caso peruano se concentra más en la parte recuperativa.

Nacional

Tanaka (2011) «Influencia del presupuesto por resultados en la Gestión Financiera Presupuestal del Ministerio de Salud», Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Lima, Perú. El trabajo de investigación, tiene como objetivo identificar la influencia de la aplicación progresiva del Presupuesto por Resultados – PpR, en la gestión financiera- presupuestal del

Ministerio de Salud – MINSA, dado su importante participación en los Programas Estratégicos de Salud Materno Neonatal y Articulado Nutricional. Se presenta la Relación Planes- Presupuesto, Capacitación e identificación de los trabajadores encargados de las fases presupuestales, Participación Ciudadana en la toma de decisiones presupuestales y control del presupuesto, y Priorización de los resultados y efectos en lugar de insumos y gastos donde cada uno de estos, en forma individual y conjunta, tiene un alto grado de influencia en la eficacia y la eficiencia del gasto público. Se destaca que la de mayor importancia, con relación a la eficacia, es la Priorización de los resultados y efectos, mientras que, con relación a la eficiencia, es la Participación Ciudadana en la toma de decisiones presupuestales y control del presupuesto, pues tienen los mayores coeficientes de Estándarización.

Malajovich y otros (2013) «Presupuestos transparentes para el gasto en atención de salud materna: Estudio de caso en cinco países latinoamericanos», *Revista Reproductive Health Matters*: Lima, Perú. Este artículo trata sobre los retos que las organizaciones de la sociedad civil en Latinoamérica enfrentaron al evaluar la transparencia presupuestaria de los gastos gubernamentales en aspectos específicos de la atención materna.

El estudio fue realizado en cinco países latinoamericanos: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Panamá y Perú. Se encontró que solo en Perú la mayoría de la información que buscaban estaba disponible al público. Se concluyó que los obstáculos que encontraron estas organizaciones de la sociedad civil para monitorear asignaciones presupuestarias nacionales y locales a la salud materna deben abordarse mediante mejores modalidades presupuestarias por parte de los gobiernos.

Montañez (2013) «Consultoría para la Evaluación de Diseño y Ejecución de Presupuestos Públicos – Atención del Parto Normal», Ministerio de Economía y Finanzas, Banco Interamericano de Desarrollo y el Ministerio de Salud: Lima, Perú. La consultoría ha tenido como objetivo evaluar si el diseño de las acciones vinculadas con el parto normal han sido las más apropiadas para el logro de resultados y determinar si las unidades responsables de las acciones vinculadas con el parto normal son eficaces, eficientes y entregan productos que cumplen con requerimientos de calidad.

Entre los principales resultados se encuentra que a pesar de la implementación del PPSMN los recursos destinados en el período de análisis (2008-2012 para la atención del parto se han incrementado de manera progresiva con el fin de disminuir los riesgos de morir de las gestantes y neonatos. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos desplegados la brecha de atención de partos entre zonas urbanas y zonas rurales sigue siendo amplia (95.2% vs. 67.3%, según ENDES 2012). Así mismo, las brechas regionales para el logro de atenciones en condiciones adecuadas y oportunas, es decir con la capacidad resolutive necesaria y con la calidad establecida (en las normas técnicas del MINSA) ha logrado mejoras pero que van a ritmo muy lento, como se puede constatar en los resultados de la ENESA 2009-2012 del INEI. La política de asignaciones presupuestarias incrementales no ha sido suficiente para cerrar las brechas.

Florián (2015) «Relación entre el gasto de salud materno neonatal y la cobertura de los indicadores sanitarios en el distrito de Trujillo 200 - 2012», Universidad Nacional de Trujillo: Trujillo, Perú. La presente investigación tuvo como propósito principal determinar qué relación existe entre el gasto y la cobertura de ejecución en los indicadores salud materna neonatal en el Distrito de Trujillo 2008 – 2012.

El material estuvo constituido por los documentos de gestión Reporte de Seguimiento de Ejecución Financiera y Ejecución de Metas Físicas 2008 - 2012. El método utilizado fue el método inductivo hermenéutico. Los resultados son presentados en tablas de frecuencia de una entrada con sus valores absolutos, para determinar la relación y correlación se utilizó el análisis de regresión lineal y el coeficiente de correlación Pearson y con un nivel de significancia del 5%. De esta manera obtenemos la conclusión final que solo existen 3 indicadores positivos que son planificación familiar, parto institucional, control post parto.

Castillo y Zuñiga (2015) «Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal de la Intervención Pública “Cred y Municipios Saludables”», Ministerio de Economía y Finanzas y Ministerio de Salud: Lima, Perú. El presente documento constituye el informe final de evaluación para los productos “Niño con CRED completo según edad” (CRED) y “Municipios Saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación” (Municipios Saludables), del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN). El objetivo de la evaluación definido en los Términos de Referencia de la EDEP fue consolidar los avances y complementar los

contenidos de los informes de los productos CRED y Municipios Saludables de dos evaluaciones previas. La primera realizada por el Dr. Oscar Liendo Seminario en el año 2012 y posteriormente la evaluación realizada por el Dr. Ricardo Zúñiga en el año 2014.

Local

Cabanillas y Tafur (2018) «Presupuesto por Resultados en la Calidad del Gasto de la Unidad Ejecutora 400-785 Salud Cajamarca, Periodo 2016-2017», Universidad César Vallejo: Chiclayo, Perú. La presente investigación tiene como propósito fundamental establecer cómo influye el PpR en la calidad de gasto en la Unidad Ejecutora 400-785 Salud Cajamarca periodo 2016-2017. Para la presente investigación se incluyeron en la muestra de la población a funcionarios y servidores (coordinadores técnicos especialistas) de la UE 400- 785 Salud Cajamarca, los que tienen influencia directa en la ejecución presupuestal del PpR, se aplicó una encuesta con preguntas relacionadas al PpR y Calidad de Gasto. La investigación incluye un proceso de revisión documental para determinar los avances en la ejecución presupuestal, calidad de gasto y avance de los principales indicadores de PpR. Concluye finalmente en que el PpR si tiene una influencia en la Calidad de Gasto en la UE 400-785 Salud Cajamarca, y esta es positiva, lo que se evidencia en la prueba de hipótesis y en la información de los avances de los indicadores de los Programas Presupuestales.

DIRESA-Cajamarca (2019) Informe Epidemiológico «Análisis de Situación de Salud del departamento de Cajamarca», Ministerio de Salud: Cajamarca, Perú. Este informe presenta una caracterización, medición y explicación del perfil de salud-enfermedad del departamento de Cajamarca, incluye los daños y problemas de salud, así como sus determinantes. Además, en el presente informe se facilita la identificación de necesidades y prioridades en la región, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud.

2.2.Marco Legal

- Ley N° 28411: Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- Decreto Legislativo N° 1440 Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- Directiva 002-2016-EF-50-01 “Directiva para los Programas Presupuestales en el marco del Presupuesto por Resultados” con Resolución Directoral N° 024-2016-EF-50-01.
- Resolución Directoral N° 001-2017-EF.-50.01 Aprueba “Lineamientos para la elaboración y la remisión de información necesaria para el cálculo de los indicadores de desempeño de los programas presupuestales” y sus Anexos.
- Resolución Ministerial N° 095-2012-MINSA “Guía técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de calidad”
- Resolución Ministerial N° 907-2016/MINSA “Definiciones Operacionales y Criterios de programación y de medición de avances de los Programas Presupuestales”.
- Resolución Ministerial N° 237-2018/MINSA “Derogar la Resolución Ministerial N° 878-2016/MINSA, mediante la cual se constituyó la Comisión de naturaleza permanente encargada del proceso de diseño y gestión de los Programas Presupuestales del Ministerio de Salud”.
- ANEXO N° 2 “Contenidos mínimos de un Programa Presupuestal: Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal” Directiva N° 002-2016-EF/50.01 Resolución Directoral N° 024–2016-EF/50.01.
- Resolución Regional Sectorial N° 1178-2015-GR.CAJ/DRS-OEPE / Directiva N° 001-2015-DRSC.OEPE “Directiva para el proceso de planificación y programación presupuestal operativa anual”

2.3. Bases Teóricas

2.3.1. Administración y Gestión Pública

La gestión pública como tal se encierra dentro de la administración pública, por ello es importante empezar con el concepto de esta última pues, tal como concuerdan varios autores, ambos conceptos generan la pregunta ¿administración y gestión son lo mismo? ¿A qué nos referimos cuando hablamos sobre administración pública y a que nos referimos cuando hablamos sobre gestión pública? Y de la misma manera cuando hablamos sobre gestión y gestión pública.

Por tanto, la Administración Pública es, según Carrillo A. (1988) y no ahondando mucho en el concepto del mismo, "el sistema dinámico -integrado por normas, objetivos, estructuras, órganos, funciones, métodos y procedimientos, elementos humanos y recursos económicos y materiales- a través del cual se ejecutan o instrumentan las políticas y decisiones de quienes representan o gobiernan una comunidad políticamente organizada" (como se citó en Galindo M., 2000, p. 6)

Del mismo, Galinelli y Migliore (2015), hacen una referencia sobre gestión de acuerdo a la Real Academia Española, la cual define a la gestión como la “acción y efecto de administrar” por tanto, las autoras afirman que en este contexto la gestión estaría enmarcado dentro de la administración; de la misma manera citan al Diccionario de Administración y Ciencias Afines donde se define a la gestión como:

La acción que implica planificar, organizar, motivar, dirigir y controlar, desde un punto de vista general, y, en forma específica, prever, ordenar, atender a los objetivos, la integración de los esfuerzos y la efectividad de las aportaciones de los demás, con el fin de lograr el desarrollo de las organizaciones. (Galinelli y Migliore, 2015, p. 15)

Ya definido a la administración pública y a la gestión, Galinelli y Migliore (2015, p. 17) afirman que existen “algunos autores que juegan con la definición de gestión con mayúscula y con minúscula” y así del mismo modo, Sánchez González (2002), sugiere dos acepciones, también jugando con su nombre en mayúscula o minúscula:

Gestión Pública (con mayúscula) como campo de estudio en el nivel teórico; y gestión pública (con minúscula) como actividad en el terreno práctico, en los términos siguientes:

- 1) La Gestión Pública entendida como el campo de estudio que representa una ‘orientación’ de un mismo objeto de estudio: la Administración Pública.
- 2) La gestión pública vista como la parte más dinámica de la administración pública, y definida como

el conjunto de actividades, acciones, tareas y diligencias que se realizan para alcanzar los fines del interés público, tanto al interior de la operación de una organización pública, como en el exterior mediante la interrelación con otras organizaciones gubernamentales. (Como se citó en Galinelli y Migliore, 2015, p. 17)

Finalmente, Andía, W. (2017) define a la gestión pública como “el conjunto de acciones mediante las cuales las entidades tienden al logro de sus fines, objetivos y metas, los que están enmarcados por las políticas gubernamentales establecidas por el Poder Ejecutivo [...]. Es en esencia una gerencia del conocimiento la cual busca superar problemas y facilitar acciones de los ciudadanos y de sus organizaciones, para anticiparse a los problemas y resolver situaciones difíciles, así como para proyectarse a un futuro posible y diseñar los caminos necesarios que permitan su integración con la sociedad” (p. 9)

2.3.1.1. Calidad de Gestión Pública.

La calidad en la gestión pública, tal como lo dice Andía W. (2017):

Constituye una cultura transformadora que impulsa a la Administración Pública a su mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos.

La calidad en la gestión pública debe medirse en función de la capacidad para satisfacer oportuna y adecuadamente las necesidades y expectativas de los ciudadanos, de acuerdo a metas preestablecidas alineadas con los fines y propósitos superiores de la Administración Pública y de acuerdo a resultados cuantificables que tengan en cuenta el interés y las necesidades de la sociedad. Una gestión pública se orientará a la calidad cuando se encuentre referenciada a los fines y propósitos últimos de un Gobierno democrático, esto es, cuando se constituya en:

- Una gestión centrada en el servicio al ciudadano y
- Una gestión pública para resultados.

2.3.2. Presupuesto Por Resultados

Antes de la implementación del presupuesto por resultados, las entidades del Estado no evaluaban si el gasto público que se realizaba presentaba mejoras en la calidad de vida de la población y por ende presupuestaron en las mismas actividades sin mostrar resultado alguno

evidenciando los constantes problemas sociales sin disminuir y el incremento del presupuesto anualmente. Es por ello que se recurre a la estrategia del presupuesto por resultados.

Según García López y García Moreno (2010), el PpR es:

El proceso presupuestal (programación, aprobación, ejecución y rendición de cuentas) que incorpora el análisis de los resultados producidos por las acciones del sector público y cuya previsión de gastos se clasifica de acuerdo a los programas establecidos en el plan estratégico de mediano plazo. El análisis de los resultados se basa en indicadores de desempeño y en evaluaciones. (p. 13)

Como se menciona en la conceptualización citada, el proceso presupuestal mediante sus dimensiones programación, aprobación, ejecución serán medidos en la presente tesis por indicadores presupuestales contenidas en metas físicas y financieras, así como su ejecución presupuestal como tal.

Además, los autores también afirman que “cuanto más escasos son los recursos, más importante es aumentar la efectividad de su uso, el PpR cumple ese propósito, pues es un conjunto de procesos e instrumentos capaces de integrar sistemáticamente el análisis sobre los resultados de la gestión pública al proceso de asignación de los recursos” (García López y García Moreno, 2010, p. 37)

Según el Ministerio de Economía y Finanzas (2015), “es una estrategia de gestión pública que vincula la asignación de recursos a productos y resultados medibles, a favor de la población” (p. 15)

Por otro lado, también están Tavares y Berretta (2006) quienes indican que:

El presupuesto por resultados otorga recursos a los organismos para que los gasten en insumos con el fin de generar un cierto volumen de productos previsto. Esos productos, a su vez, generarán ciertos resultados en la sociedad. El presupuesto por resultados brinda información adicional sobre qué se produce en los organismos públicos, quién produce los bienes públicos, cuántos bienes se producen, qué resultados se planea lograr con esos bienes y cuánto cuesta lograr dichos resultados. (Como se citó en García López y García Moreno, 2010, p. 38)

Del mismo modo, Marcel (2007) precisa que el presupuesto por resultados requiere de los siguientes elementos:

- a. Información comprehensiva sobre los resultados de las acciones financiadas con el presupuesto mediante un sistema de seguimiento y evaluación,
- b. Procedimientos explícitos debidamente formalizados sobre la manera en que la información será analizada y considerada en el proceso de formulación del presupuesto.
- c. Estructura de incentivos complementaria al sistema presupuestario que motive a las instituciones públicas a alcanzar mejores resultados
- d. Normas sobre administración financiera que permitan la flexibilidad necesaria para que las dependencias utilicen con eficiencia sus recursos para el logro de resultados. (Marcel, 2007; como se citó en García López y García Moreno, 2010, p. 38)

Finalmente, el Ministerio de Economía y Finanzas afirma que las acciones que comprende el presupuesto por resultados son:

- a. Definir resultados vinculados a cambios que permitan solucionar problemas que afectan a la población y generar el compromiso para alcanzarlos.
- b. Presupuestar productos (bienes y servicios) que inciden en el logro de los resultados.
- c. Determinar responsables en el logro de los resultados, en la implementación de los instrumentos del PPR y en la rendición de cuentas del gasto público.
- d. Establecer mecanismos para generar información sobre los productos (bienes y servicios), los resultados y la gestión realizada para su logro.
- e. Evaluar si se están logrando los resultados a favor de la población.
- f. Usar la información para decidir en qué y cómo se van a gastar los recursos públicos, así como para la rendición de cuentas.
- g. Introducir incentivos para promover que las entidades públicas se esfuercen hacia el logro de resultados. (MEF, 2015, p. 15)

2.3.3. Programa Presupuestal

Según el Ministerio de Economía y Finanzas (s.f) los programas presupuestales vienen a ser un instrumento del presupuesto por resultados, siendo una “unidad de programación de las acciones de las entidades públicas, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos para lograr un resultado específico en la población y así contribuir al logro de un resultado final asociado a un objetivo de política pública”.

Dichos programas presupuestales vienen siendo implementados por la Dirección General de Presupuesto Público desde el año 2008, con la finalidad de mejorar la calidad de gasto público en todo el ciclo presupuestal.

La importancia de los programas presupuestales recae en:

- ✓ Identificar y asignar recursos en aquellos productos (bienes y servicios) que inciden en el logro de resultados que beneficien a la población. (MEF, s.f)
- ✓ Evaluar el gasto público bajo una lógica causal: permiten esclarecer la lógica causal entre los productos (bienes y servicios) que se proveen a la población y sus resultados, y establecer indicadores para su medición. (MEF, s.f)
- ✓ Articular esfuerzos entre los tres niveles de gobierno a través de la implementación de un PP con articulación territorial, que permita obtener mejores y mayores resultados y generar un mayor aprendizaje entre las diferentes entidades de los tres niveles de gobierno (MEF, s.f)

Así mismo, el MEF también nos muestra la intervención de los niveles de gobierno y sus roles dentro de la implementación de un PP.

Tabla 3:

Actores intervinientes y sus roles en la implementación de un PP

| Gobierno Nacional (GN) | Gobiernos Regionales (GR) | Gobiernos Locales (GL) |
|--|--|--|
| Diseña los PP y valida sus modelos operacionales con los GR y GL. Provee productos (bienes y servicios) y ejecuta proyectos de inversión pública vinculados a los PP. | Participan en la validación de los modelos operacionales de los Programas Presupuestales (PP) con articulación territorial. Proveen productos (bienes y servicios) y ejecutan proyectos de inversión pública vinculados a los PP. | Participan en la validación de los modelos operacionales de los Programas Presupuestales (PP) con articulación territorial. Proveen productos (bienes y servicios) y ejecutan proyectos de inversión pública vinculados a los PP. |

Nota. Tomado de Programas Presupuestales elaborado por el Ministerio de Economía y Finanzas

Además, en la guía “Programas Presupuestales: Diseño, revisión y articulación territorial” del Ministerio de Economía y Finanzas (2016) se muestra los elementos que debe comprender un programa presupuestal, estos son:

- a. Producto: comprende el conjunto articulado de bienes y/o servicios que recibe la población beneficiaria con el objetivo de generar un cambio (p.22)

- b. Acciones comunes: son los gastos administrativos de carácter exclusivo del PP, los que además no pueden ser identificados en los productos del PP, ni pueden ser atribuidos enteramente a uno de ellos. (p.22)
- c. Proyecto: Constituye una intervención limitada en el tiempo, de la cual resulta un producto final, que concurre a la expansión de la acción del Gobierno (p.22)
- d. Actividad: Es una acción sobre una lista específica y completa de insumos (bienes y servicios necesarios y suficientes), que en conjunto con otras actividades garantizan la provisión del producto. (p.23)
- e. Indicador: Es un enunciado que define una medida sobre el nivel de logro en el resultado, los productos y/o actividades. (p.23)
- Dentro de estos existen dos tipos de indicadores: i) indicadores de producción física que refieren a la medida sobre cantidad de bienes y servicios provistos y ii) indicadores de desempeño los cuales son medidas sobre el logro de resultados (pueden ser de impacto o de procesos de acuerdo al sector del PP)
- f. Meta: Es el valor numérico proyectado de los indicadores (p.23-24) En esta también se encuentran dos tipos de metas: i) meta física correspondiendo a metas físicas y metas financieras y ii) meta del indicador de desempeño que corresponde al valor numérico proyectado de los indicadores de desempeño. (p-24)

A pesar de que la implementación de los PP empieza desde el año 2008, el MEF ha emitido anualmente la Directiva para la Programación y Formulación del Presupuesto del Sector Público como tal desde el año 2012. Es así que el Ministerio de Salud, en marco de la normativa emitida por el MEF y con el propósito de facilitar el proceso de programación, formulación, monitoreo y evaluación emite el Documento Técnico denominado: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avance de los Programas Presupuestales a su cargo, los cuales son:

- ✓ 0001. Articulado Nutricional,
- ✓ 0002. Salud Materno Neonatal,
- ✓ 0016 TBC/VIH-SIDA,
- ✓ 0017. Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis,
- ✓ 0018. Enfermedades No Transmisibles,
- ✓ 0024. Prevención y Control del Cáncer,

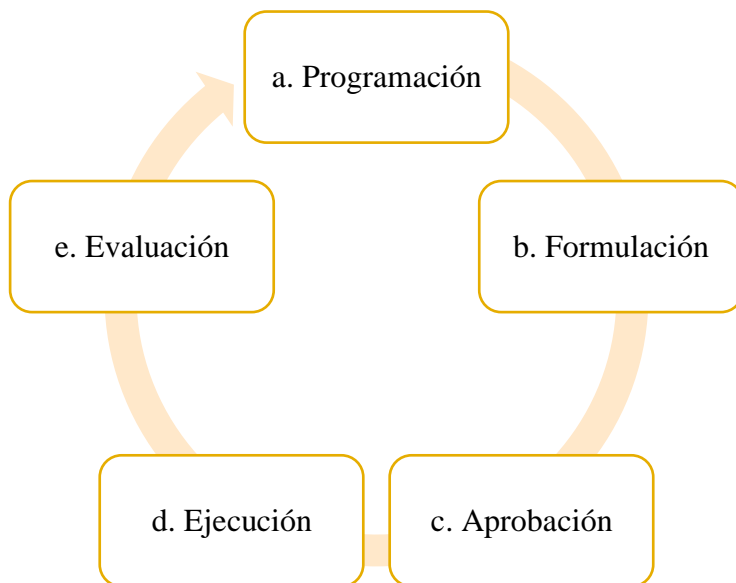
- ✓ 0068. Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres,
- ✓ 0104. Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Médicas,
- ✓ 0129. Prevención y Manejo de Condiciones Secundarias de Salud en Personas con Discapacidad,
- ✓ 0131. Control y Prevención en Salud Mental.

2.3.3.1. Proceso presupuestario

Consta de 5 fases, presentándose en la figura 1, donde las primeras fases antes de la ejecución son la programación, formulación y aprobación.

Figura 1

Etapas del Proceso Presupuestario



Nota: Tomado de la Guía Básica “El Sistema Nacional de Presupuesto”, por la Dirección General de Presupuesto Público 2011, Ministerio de Economía y Finanzas, p. 9.

a. Programación:

En esta etapa la entidad estima los gastos a ser ejecutados en el año fiscal siguiente, en función a los servicios que presta y para el logro de resultados. Dentro de dicha etapa, realiza las acciones siguientes:

- Revisar la Escala de Prioridades de la entidad.

- Determinar la Demanda Global de Gasto, considerando la cuantificación de las metas, programas y proyectos para alcanzar los objetivos institucionales de la entidad.
- Estimar los fondos públicos que se encontrarán disponibles para el financiamiento del presupuesto anual y, así, determinar el monto de la Asignación Presupuestaria a la entidad.
- Determinar el financiamiento de la Demanda Global de Gasto, en función a la Asignación Presupuestaria Total.

b. Formulación

Se determina la estructura funcional programática del pliego y las metas en función de las escalas de prioridades, consignándose las cadenas de gasto y las fuentes de financiamiento. En la formulación presupuestaria los pliegos deben:

- Determinar la Estructura Funcional y la Estructura Programática del presupuesto de la entidad para las categorías presupuestarias Acciones Centrales y las Asignaciones Presupuestarias que no resultan en productos - APNOP. En el caso de los Programas Presupuestales, se utiliza la estructura funcional y la estructura programática establecida en el diseño de dichos programas.
- Vincular los proyectos a las categorías presupuestarias: Programas Presupuestales, Acciones Centrales y Asignaciones Presupuestales que no resultan en Productos - APNOP.
- Registrar la programación física y financiera de las actividades/acciones de inversión y/u obra en el Sistema de Integrado de Administración Financiera – SIAF.

c. Aprobación

El presupuesto público se aprueba por el Congreso de la República mediante una Ley que contiene el límite máximo de gasto a ejecutarse en el año fiscal.

d. Ejecución

Se atiende las obligaciones de gasto de acuerdo al presupuesto institucional aprobado para cada entidad pública, tomando en cuenta la Programación de Compromisos Anual (PCA). La Ejecución Presupuestaria está sujeta al presupuesto anual y a sus modificaciones conforme a la Ley N° 28411. Se inicia el 1 de enero y culmina el 31 de diciembre de cada año fiscal.

e. Evaluación

Se realiza la medición de los resultados obtenidos y el análisis de las variaciones físicas y financieras observadas, con relación a lo aprobado en los Presupuestos del Sector Público. Las evaluaciones dan información útil para la fase de programación presupuestaria y contribuyen así a mejorar la calidad del gasto público. Hay tres tipos de evaluaciones, cuyo detalle se encuentra a continuación:

- Evaluación a cargo de las entidades
- Evaluación en términos financieros a cargo de la DGPP-MEF
- Evaluación Global de la Gestión Presupuestaria

Es necesario mencionar que, a pesar de que el proceso presupuestario habla y hace énfasis en la programación multianual desde años atrás, hasta el año 2018, con la Directiva N° 001-2018-EF/50.01: “Directiva de Programación Multianual”, la programación multianual se tomaba como “un proceso institucional de análisis técnico que realizan las entidades públicas con la finalidad de establecer prioridades sobre los objetivos y metas en el ámbito de sus competencias y funciones, así como de estimar los recursos necesarios para el logro de tales objetivos, dentro de los límites de la Asignación Presupuestaria Multianual” (MEF, 2018, p. 1); que a su vez incluía a la programación y formulación como una sola y pasando a dividir las en sus respectivas etapas.

Posteriormente para el año 2019, sale la nueva Directiva N° 002-2019-EF/50.01: “Directiva de Programación Multianual Presupuestaria y Formulación Presupuestaria” donde se modifica y aprueba la separación de la programación y formulación como tal en programación multianual netamente y formulación presupuestaria netamente dicha.

2.3.4. Atención de la Salud

De acuerdo con Tobar (2017) la atención o también llamada asistencia de la salud se refiere a todos los procesos mediante los cuales se realiza la prestación y cuidados de salud a un individuo, grupo familiar, comunidad y/o población. Esta atención dispone como fines: i) conservar la salud de las personas, ii) evitar el deterioro de la salud de las personas, iii) recuperar la salud de quienes se han enfermado, iv) detectar en lo posible y evitar agravios de enfermedades y v) aliviar el dolor y minimizar el sufrimiento de enfermos graves. (s/p)

Así mismo, Tobar (2013) presenta un diagrama en donde muestra las funciones de la asistencia sanitaria, dichas funciones se muestran en la figura 2.

Figura 2

Funciones de asistencia técnica



Tomado de Tobar, Federico (2013). Políticas de salud centradas en la familia y la comunidad. En Arroyo, Daniel (Organizador). Prioridad familias. 135. Buenos Aires: Fundación Konrad Adenauer.

Dentro de la atención existen niveles de atención de la salud, según Julio y otros (2011), dichos niveles generan que existan un ordenamiento y organización de los recursos de modo que estos se puedan distribuir de manera más eficiente hacia la población, estos niveles son 3:

- a. Primer nivel de atención:** orientado a la atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. (p.12)
- b. Segundo nivel de atención:** se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. (p.12)
- c. Tercer nivel de atención:** se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. (p.12)

Dada la naturaleza de la presente investigación, se tomará más énfasis en el primer nivel de atención, es decir la atención primaria de la salud. Según la OMS y UNICEF, definen a la atención primaria de salud como:

Un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde

la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. (Tal como se cita en OMS, 2021)

De acuerdo con la OMS (2017), la atención primaria de salud tiene tres componentes importantes y que entre sí deben interrelacionarse y crear sinergias, estos son: i) servicios de salud coordinados y completos, ii) acciones y políticas multisectoriales y iii) el establecimiento de un diálogo con personas, familias y comunidades, y su empoderamiento.

2.3.4.1. Atención de la Salud en el Perú

El sistema de salud en el Perú es descentralizado, de acuerdo con la OMS (2011) este sistema está administrado por 5 entidades: el Ministerio de Salud (MINSA), que ofrece servicios de salud para el 60% de la población; EsSalud, que cubre el 30% de la población; y las Fuerzas Armadas (FFAA), la Policía Nacional (PNP), y el sector privado, que proporcionan servicios sanitarios al 10% restante.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud se creó en 1978 con la finalidad de coordinar planes, programas y acciones de los servicios prestadores de salud en todos los niveles de gobierno. (MINSA, 1981, p. 3)

Desde su creación, los objetivos de las políticas en salud siguen siendo fundamentalmente: i) disminuir la morbi-mortalidad, con énfasis en el grupo infantil, ii) Proteger al binomio madre-niño dentro del concepto de atención integral asegurando el cumplimiento de una coherente política poblacional y iii) mejorar los servicios de salud y extender su cobertura. Siendo que actualmente dichos objetivos están lineada a los Objetivos de Desarrollo del milenio, dando énfasis en los ODM 4, 5 y 6; los cuales corresponden a reducir la mortalidad en la infancia, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, respectivamente.

2.3.4.2. Indicadores de salud

De acuerdo con la OPS (s.f.) “un indicador es una medición que refleja una situación determinada, por lo que, todo indicador de salud es una estimación de una dimensión determinada de la salud en una población específica” (p. 6). Dado esta conceptualización, para

las dimensiones que corresponden al área de salud, se ha creído conveniente seleccionar a los indicadores del programa 0002 Salud Materno Neonatal, pues a través de estos se miden la atención brindada a las mujeres en edad fértil, gestantes, neonatos y puérperas en los establecimientos de salud. Estos indicadores corresponden a la mortalidad materna, mortalidad neonatal e indicadores de procesos los cuales conforman a la cartera de servicios que brinda el programa.

a. Mortalidad Materna

La OMS define a la muerte materna como el fallecimiento de una mujer durante el periodo de embarazo y hasta 42 días después del parto o del término de la gestación, con independencia de la duración y el lugar de la misma, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por el mismo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. (Menéndez y Lucas, s.f., p. 2)

Para la medición de la mortalidad materna se utiliza la razón de mortalidad materna, la cual corresponde al número de defunciones maternas por cada cien mil (100 000) nacidos vivos en un año determinado. Para ello se utiliza la siguiente fórmula estadística:

$$RMM = \frac{\text{Total de muertes maternas ocurridas en el año}_t}{\text{Número de recién nacidos vivos ocurridos en el año}_t} \times 100\,000$$

Donde:

Año_t : Año de cálculo

Sin embargo, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública – México, afirman que “la propia construcción del indicador deja de lado las que ocurren luego del límite de los 42 días, denominadas muertes maternas tardías y las muertes maternas por secuela, ya que solo toma en cuenta a las muertes por causas directas o indirectas” (2020)

b. Mortalidad Neonatal

La OMS define a la muerte neonatal como “como la muerte producida entre el nacimiento y los 28 días de vida.” La mortalidad neonatal es un indicador que evidencia el nivel de desarrollo que tiene la atención prenatal y del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio, y es un indicador de impacto de los programas e intervenciones en esta área. (Cárdenas y otros, 2019, p.281)

Para la medición de la mortalidad neonatal se utiliza la tasa de mortalidad neonatal, esta mide el número de defunciones de niños menores de un año por cada mil recién nacidos vivos en un año determinado. La fórmula estadística para el cálculo de esta tasa es la siguiente:

$$TMN = \frac{\text{Total de muertes neonatales ocurridas en el año}_t}{\text{Número de recién nacidos vivos ocurridos en el año}_t} \times 1\,000$$

Donde:

Año_t : Año de cálculo

c. Cartera de Servicios en Salud

La cartera de servicios de salud es un conjunto de atenciones, procedimientos, entre otros que se brindan en un establecimiento de salud con la finalidad de estandarizar las atenciones brindadas a la población en general de acuerdo a los malestares que se tenga y así mismo la agilización a una atención oportuna, comprendiendo las prestaciones recuperativas, cuidados paliativos y rehabilitación; intervenciones preventivo-promocionales en prioridades sanitarias, y actividades de salud pública, emergencias y desastres, docencia, investigación y coordinación intersectorial y social.

Para la presente investigación, la cartera de servicios correspondería a las atenciones que brinda específicamente el programa presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal de los establecimientos de salud de primer nivel, ya que es una evaluación a nivel operativo, las cuales son:

- Población informada sobre salud sexual, salud reproductiva y métodos de planificación familiar.
- Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo
- Atención prenatal reenfocada
- Población accede a métodos de planificación familiar
- Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva
- Atención del parto normal
- Atención del puerperio
- Acceso al sistema de referencia institucional
- Atención del recién nacido normal.
- Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva

2.4. Definición de Términos Básicos

- Categoría de establecimientos de salud: ordenamiento de la oferta de servicios de salud según su ámbito de intervención:
 - ✓ I-1: Puesto de Salud
 - ✓ I-2: Puesto de Salud con Médico
 - ✓ I-3: Centro de Salud sin Internamiento
 - ✓ I-4: Centro de Salud con Internamiento
 - ✓ II-1: Hospital I
 - ✓ II-2: Hospital II
 - ✓ III-1: Hospital III
 - ✓ III-2: Instituto Especializado
- Centro de costos: Aquella área donde se producen gastos necesarios para la actividad de la entidad.
- Cuadros de distribución: Se refieren al registro no sistematizado de reparto de bienes e insumos desde la unidad Ejecutora hacia los EESS de su jurisdicción.
- Definiciones Operacionales: Documento técnico donde establece las definiciones de ciertas actividades y qué criterios deben contener.
- Directrices: Norma o conjunto de normas e instrucciones que se establecen o se tienen en cuenta al proyectar una acción o un plan.
- Eficacia: Grado de cumplimiento de los objetivos explícita o implícitamente perseguidos por medio del correspondiente plan o programa de actuación
- Eficiencia: Racional asignación de los recursos económicos. Un agente económico se comporta de un modo eficiente cuando con un coste o presupuesto de gastos dado consigue hacer máximo el valor de un objetivo (máximo beneficio, máxima utilidad o satisfacción, máximo bienestar, etcétera) o, equivalentemente, cuando consigue alcanzar dicho objetivo con el menor coste o sacrificio de recursos.
- Ejecución presupuestal: Fase del ciclo presupuestario que comprende el conjunto de acciones destinadas a la utilización óptima del talento humano, y los recursos materiales y financieros asignados en el presupuesto con el propósito de obtener los bienes, servicios y obras en la cantidad, calidad y oportunidad previstos en el mismo.

- Focalización: Conjunto de reglas e instrumentos que permiten identificar a personas o grupos poblacionales en situación de pobreza, vulnerabilidad o exclusión, como potenciales beneficiarios de intervenciones, a ser provistas por los programas sociales y subsidios del Estado.
- Gastos gubernamentales: cantidad de recursos financieros, materiales y humanos que el sector público representado por el gobierno emplea para el cumplimiento de sus funciones, entre las que se encuentran de manera primordial la de satisfacer los servicios públicos de la sociedad.
- Indicador sanitario: representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilar.
- Indicadores de Gestión: Aquellas variables que permiten una medición o comparación sobre el nivel o estado de una situación determinada.
- Meta física: Es el valor numérico proyectado del indicador de producción física (para productos/proyectos, y actividades/acciones de inversión y/u obra).
- Meta presupuestal: Es la expresión concreta, cuantificable y medible que caracteriza el(los) producto(s) final(es) de las Actividades y Proyectos establecidos para el Año Fiscal.
- Morbilidad: Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado
- Mortalidad: Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.
- Presupuesto: Conjunto de los gastos e ingresos previstos para un determinado período de tiempo.
- Procedimientos de descentralización: proceso mediante el cual se transfiere presupuesto y responsabilidad gasto desde la UE hacia las instituciones de su jurisdicción.
- Puerperio: Período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación.
- Tableros de mando: Herramienta digital en el cual se registran los indicadores, avances de cada programa presupuestal permitiendo evaluar el cumplimiento de los objetivos estratégicos en salud.

Capítulo III: Marco Metodológico

3.1. Tipo y Nivel de Investigación

La presente investigación fue de tipo científica aplicada pues se buscó la aplicación inmediata de una solución al problema planteado además se requirió un bajo costo, con enfoque cuantitativo pues se utilizó la recolección de datos para probar la hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento.

Y fue de nivel correlacional y explicativo, pues se buscó relacionar las variables en estudio buscando una relación de causalidad entre ellas así como explicar porque ocurrieron y las condiciones en las que se relacionan las variables en estudio. (Hernández, 2014, p. 95).

3.2. Objeto de Estudio

Evaluación de la ejecución del Programa Presupuestal 0002 y la atención de salud materna neonatal de la Microred Baños del Inca.

3.3. Unidad de Análisis y Unidades de Observación

- ✓ Unidad de Análisis
 - La ejecución anual del programa presupuestal (5 presupuestos anuales)
 - El número de atenciones de mujeres en edad fértil, gestantes y neonatos. (Pob: Numero de atenciones totales anuales)
- ✓ Unidad de observación
 - Microred de Baños del Inca

3.4. Diseño de la Investigación

La presente investigación fue de diseño No experimental, pues no se tuvo una manipulación de las variables en estudio y solo se observó su comportamiento en su ambiente natural para su posterior análisis. Además, fue de corte longitudinal retrospectivo pues se tomó un periodo de estudio de 5 años y de evolución de grupo (cohorte), es decir se analizó cambios a través del tiempo en subpoblaciones o un grupo específico, en este caso: solo mujeres en edad fértil, gestantes y neonatos. (Sánchez F., 2019, p. 93)

3.5. Población y Muestra

3.5.1. Población (N)

La población se conforma por el número de atenciones de mujeres en edad fértil, gestantes y neonatos de los establecimientos adscritos a la Microred de Baños del Inca. Los cuales, al año 2019 fueron de mil doscientos treinta y cinco atenciones entre gestantes, mujeres en edad fértil y neonatos.

Tabla 4

Número de atenciones del PP 002 salud materno neonatal, Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015-2019

| | Año | | | | |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Atenciones | 1,290 | 1,273 | 1,127 | 1,209 | 1,235 |

Nota. Dirección Regional de Salud Cajamarca – Población 2019.

La muestra no ha sido necesario determinarla porque la información se ha obtenido de fuente secundaria, es decir, documentos oficiales de la Microred a los cuales he tenido acceso directo. Dicha información está organizada en forma total o global de las atenciones por año.

3.6. Métodos Generales de Investigación

Método Deductivo-Inductivo este método me permitió realizar un análisis a partir del conocimiento general hacia lo particular, analizando cada componente que se encuentra en los objetivos particulares que queremos llegar a analizar. Método Analítico – Sintético con este identifique la esencia conceptual y funcional del objeto que se estudia de manera que pueda ser aplicado a estudios posteriores. (Sánchez F., 2019, p. 95)

Finalmente, el método histórico pues se analizó fuentes primarias en una línea de tiempo retrospectiva, por lo que me permitió un análisis histórico de las variables plantadas.

3.7. Métodos Particulares de Investigación

Método estadístico, pues me permitió una correcta recolección, recuento, presentación, síntesis y análisis de datos tanto cuantitativos como cualitativos. (Sánchez F., 2019, p. 147)

3.8. Técnicas de Instrumentos de Investigación

3.8.1. Técnicas de Instrumentos de Recopilación de Información

Se utilizaron las técnicas de observación con su instrumento de guía de observación y la técnica de fichaje con sus instrumentos de fichas bibliográficas y nemotécnicas.

3.8.2. Técnicas de Procesamiento, Análisis y Discusión de Resultados

Para el procesamiento de datos se utilizaron paquetes estadísticos que me permitieron realizar los pasos de procesamiento, que según Sánchez (2019) son:

- a. Depuración y ordenación de la información: se mantiene la información relevante.
- b. Tabulación de la información: transferencia de datos a tablas de ordenación.
- c. Interpretación de datos: traducir los datos cuantitativos en información elaborada en relación al objetivo de la investigación, a través de métodos estadísticos.

Para el análisis y discusión de resultados, una vez recogida la información y realizado los pasos anteriormente mencionados, se procedió a elaborar una base de datos para cada variable, utilizando paquetes estadísticos como Ms Excel, paquetes econométricos como E-views y procesadores de textos, mediante estos se realizaron tablas estadísticas como cuadros de frecuencias y gráficos de barras y modelos econométricos para su posterior análisis. (Sánchez, 2019)

Capítulo IV: Análisis y Discusión de Resultados

4.1. Características del diseño del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal en la DIRESA Cajamarca: actualizada al 2019.

4.1.1. Problema del Programa: La Mortalidad Materna y Neonatal

El Perú presenta una elevada razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal, superiores a la de países desarrollados y se evidencia un mayor riesgo de las madres y neonatos de zonas rurales y de bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud. (MINSA, 2019, p. 5)

4.1.2. Respecto a la Mortalidad Materna:

La primera causa de muerte y de discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial son las complicaciones relacionadas al embarazo (MINSA, 2019, p.5). Si comparamos los casos que se tenían en el año 1996, según el ENDES, la mortalidad materna era de 265 casos por cada 100 mil nacidos vivos - ubicando al Perú en tercer lugar en toda Latinoamérica con una razón 1.5 veces más alta que el promedio en América Latina – y al año 2017 los casos se redujeron a una razón de 68 por 100 mil nacidos vivos, ocupando uno de los 20 lugares de países en el mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna.

Tabla 5

Datos estadísticos cuantitativos sobre el problema identificado

| Variable | Año 1 | Año 2 | Año 3 | Año 4 | Año 5 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Muerte Materna (razón) | 93 x 100,000 n. v | 93 x 100,000 n. v | 93 x 100,000 n. v | 68 x 100,000 n. v | 68 x 100,000 n. v |
| Muerte Neonatal (tasa) | 12 | 12 | 11 | 11 | 10 |
| Tasa Global de Fecundidad | 2.4 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.4 |
| Proporción de parejas protegidas | 74 | 78 | 74.6 | 76.2 | 75.4 |
| Parto institucional | 88 | 89.2 | 90.7 | 91.9 | 93.0 |
| Necesidad insatisfecha en planificación familiar | 9 | 8.6 | 6.5 | 6.7 | 6.5 |
| Cesárea de gestantes procedentes de la zona rural | 11.5 | 12 | 12.9 | 13.2 | 15.7 |
| Gestantes que recibieron 6 o más atenciones prenatales | 87.3 | 86.6 | 88.4 | 88.9 | 88.9 |
| Proporción de nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas | 18.5 | 17.2 | 19 | 21.1 | 22.8 |

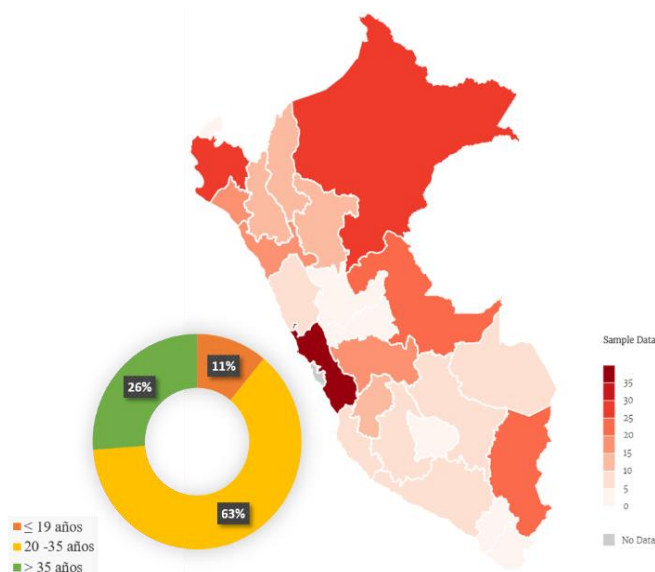
Nota: * Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank and the United Nations Population

Division. 2015. Tomado de ENDES-INEI / “Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal”

Sin embargo, al 2019, según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, a nivel nacional se tuvo un total de 309 muertes maternas. La figura 3 representa la distribución de la mortalidad materna en las regiones del país al año 2019, donde se muestra en porcentajes por edades de la población; de los cuales: el 11% son casos de **mortalidad materna adolescente** menores o igual a 19 años, el 62.8% corresponden a mujeres entre 20 y 35 años, 26.2% a mujeres mayores de 35 años. La región Cajamarca, a la semana 52 – 2019, presentó 12 MM, representando el 3.9% del total de casos a nivel nacional, siendo el año en que se presentó la menor notificación de MM frente a años anteriores.

Figura 3

Mapa de Mortalidad Materna por Regiones 2019



Nota. Elaboración propia a partir de los datos presentados en la Sala de Situación de Salud – Perú a la semana 52, 2019, MINSA

4.1.3. Respecto a la Mortalidad Fetal y Neonatal:

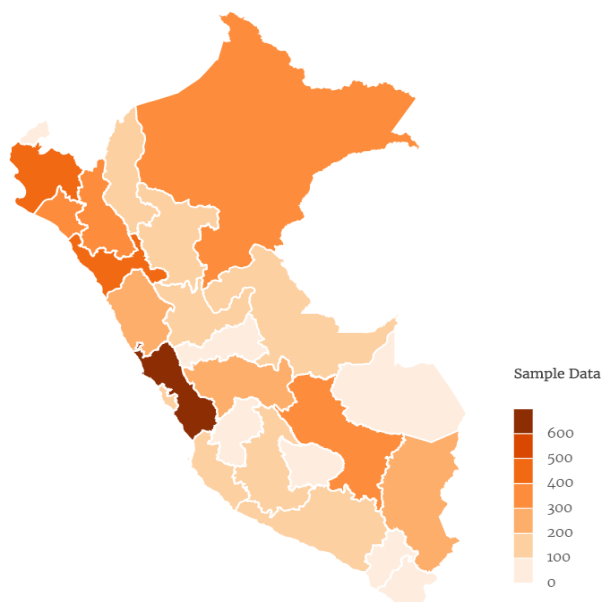
El Ministerio de Salud nos dice que “la muerte neonatal es el resultado de una serie de eventos que se suceden en la interacción entre el comportamiento de los hogares, los entornos que los rodean, los sistemas de salud disponibles y las políticas del Estado” (2019, p. 8).

En el Perú, al año 2000 se tuvieron 23.1 muertes por 1000 nacidos, es decir que por cada muerte materna ocurrían 12 muertes perinatales, para el año 2015 estas bajaron a 10 muertes por cada 1000 nacidos vivos, en zona urbana, y 11 muertes por cada 1000 nacidos vivos, en zona rural. Y a pesar de que esos datos muestran una situación alentadora, aún alrededor de 4 500

recién nacidos mueren durante el primer mes de vida, siendo el riesgo el doble en las zonas rurales que en las zonas urbanas.

Figura 4

Mapa de Mortalidad Fetal y Neonatal por Regiones 2019



Nota. Elaboración propia a partir de los datos presentados en la Sala de Situación de Salud – Perú a la semana 52, 2019, MINSA.

La figura 4 representa la distribución de la mortalidad neonatal en las regiones del país al año 2019, según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, a nivel nacional se tienen un total de 6 182 muertes fetales y neonatales. De los cuales, las regiones que presentan las cifras más altas son Lima, Piura, La Libertad, Cusco, Cajamarca, Loreto, Lambayeque, Junín y Puno. De acuerdo con el Boletín Epidemiológico Cajamarca 2019, SE 52, a este año se presentaron 209 muertes fetales y 125 muertes neonatales; siendo en ambos casos las provincias de Cajamarca y Chota las que presentan mayor cantidad de casos.

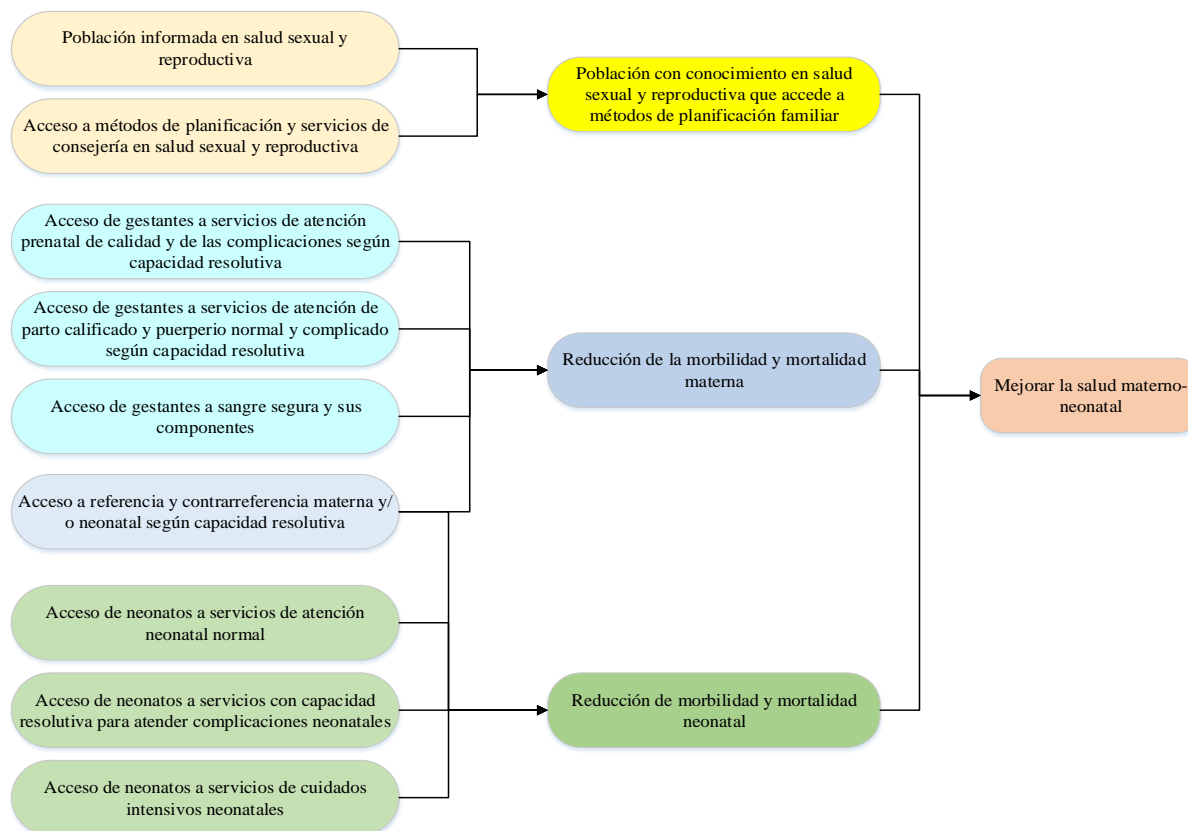
4.1.4. Descripción General del Marco Lógico del Programa Presupuestal 0002:

4.1.4.1. Modelo Conceptual Adaptado.

El modelo conceptual presentado en el documento “Conceptos Mínimos del PP MSN”, en su versión oficial del año 2019, muestra un conjunto de conceptos y su interrelación entre ellos vinculados al problema identificado, en este caso mejorar la salud materno-neonatal.

Figura 5

Modelo Conceptual de la Mortalidad y Morbilidad Materno Neonatal adaptado



Nota: Los diferentes colores corresponden al siguiente nivel (meta) donde se quiere llegar. Tomado del documento Anexo 2 – Programa Presupuestal 0002 SMN: Contenidos Mínimos, 2019, MINSA

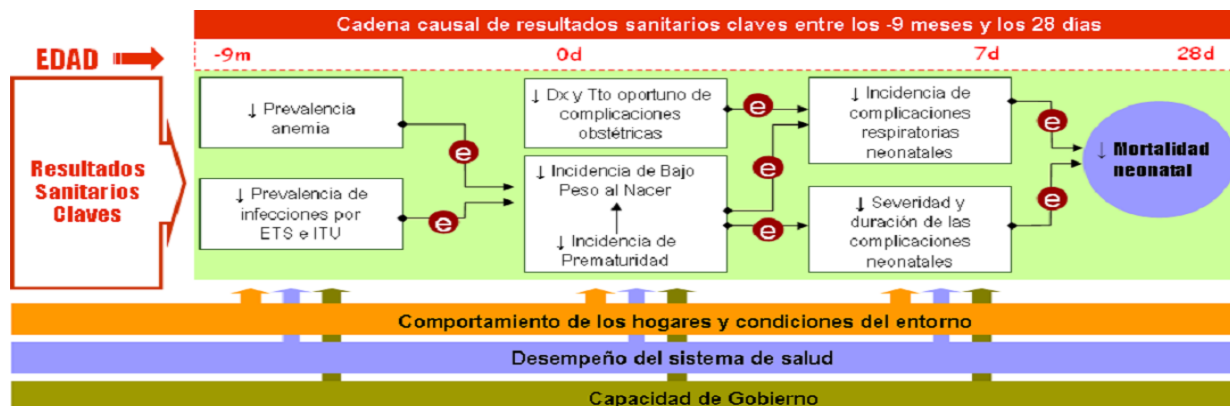
4.1.4.2. Modelo Prescriptivo.

Este modelo, según el MINSA, “consiste en la identificación de intervenciones y en la priorización de las mismas, que afectan o modifican los caminos causales” (2019, p. 30). Por ello, en el documento de Contenidos Mínimos del PP SMN se presentan las principales trayectorias de causalidad que explican tanto la mortalidad materna como la mortalidad neonatal.

A. Principales Trayectorias de Causalidad Asociadas con la Morbilidad y Mortalidad Neonatal. El Ministerio de Salud (2019) sustenta que la mayoría de muertes peri-neonatales están asociadas a problemas que se presentan durante la gestación, el parto y periodos postparto, además sostiene que estas muertes pueden ser prevenidas si se “adopta medidas de prevención básicas y de atención oportuna del recién nacido” como diagnóstico y tratamiento oportuno de complicaciones obstétricas (p. 20).

Figura 6

Principales trayectorias de causalidad asociados a la mortalidad neonatal



Nota: La letra -e- simboliza la existencia de numerosas evidencias que sustentan la relación de causalidad.

Tomado del documento Anexo 2 -Programa Presupuestal 0002 SMN: Contenidos Mínimos, 2019, MINSA. Dónde: Dx: Diagnóstico y Tx: Tratamiento.

A. Principales Trayectorias de Causalidad Asociadas con la Mortalidad Materna.

Así mismo, para este punto, el Ministerio de Salud sostiene que las primeras causas de muerte y discapacidad materna son las complicaciones relacionadas con el embarazo entre las cuales se observa que: la prevalencia de infecciones por ETS e ITU, aborto inseguro y parto no seguro conllevan a infecciones que no solo son causas de mortalidad materna sino que también llegan a afectar la salud infantil. (2019, p. 21-22)

Figura 7

Principales trayectorias de causalidad asociadas a la mortalidad materna



Nota: La letra -e- simboliza la existencia de numerosas evidencias que sustentan la relación de causalidad.

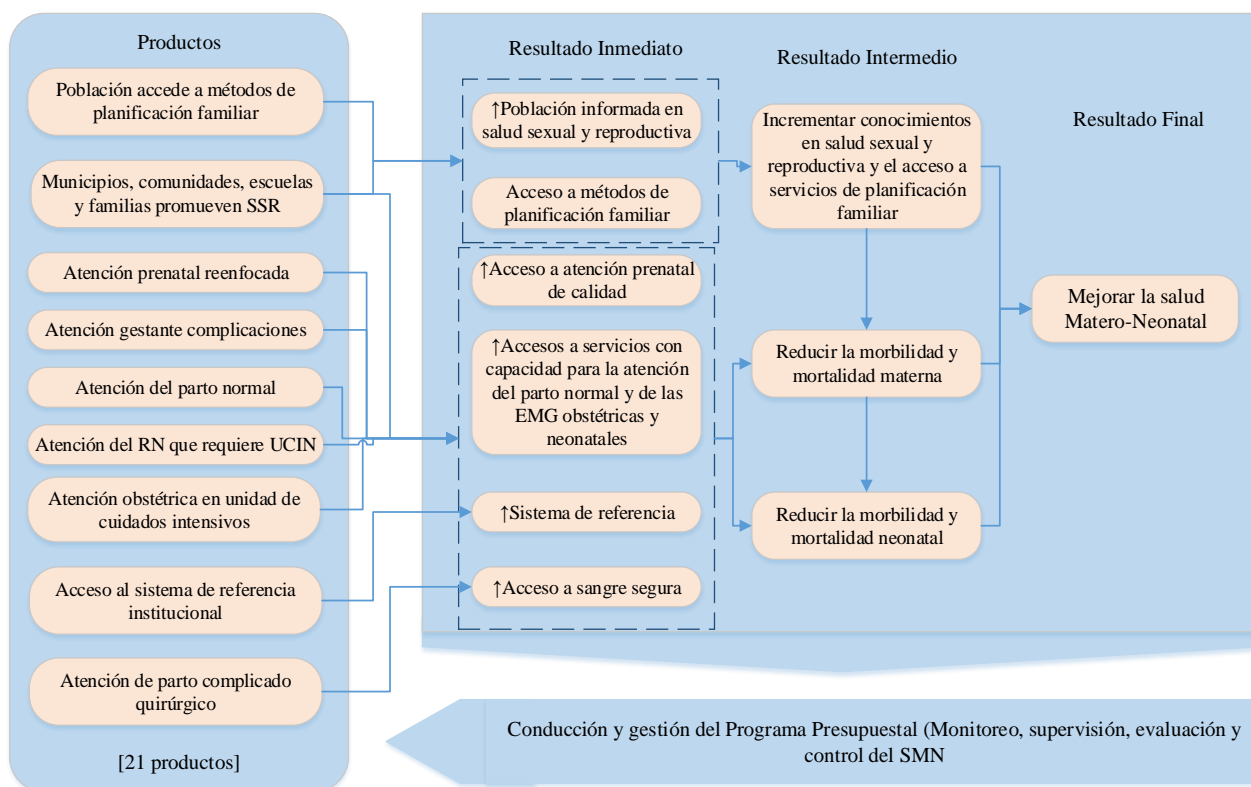
Tomado del documento Anexo 2 -Programa Presupuestal 0002 SMN: Contenidos Mínimos, 2019, MINSA. Dónde: Dx: Diagnóstico y Tx: Tratamiento.

4.1.4.3. Modelo Lógico.

El modelo lógico presentado en el documento de Contenidos Mínimos del PP SMN establece que para mejorar la salud materno-neonatal se focalizará en tres momentos del ciclo de vida: 1) antes del embarazo, 2) durante el embarazo y el parto, y finalmente 3) durante el periodo neonatal, donde, al igual que en el punto 2, se propone incrementar el acceso a establecimientos de salud con capacidad para resolver EMG básicas, esenciales e intensivas y un acceso al parto por profesionales de salud calificado. (MINSA, 2019, p. 32)

Figura 8

Modelo Lógico del PP SMN



Nota. Tomado del documento Anexo 2 -Programa Presupuestal 0002 SMN: Contenidos Mínimos, 2019, MINSA.

Finalmente, se presenta la Matriz Lógica del programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, desarrollada por el Ministerio de Salud a partir del modelo lógico presentado anteriormente y ajustado periódicamente de acuerdo a los resultados y evidencias acumuladas obtenidas.

Tabla 6*Matriz Lógica del Programa Presupuestal Salud Materno-Neonatal*

| Objetivos del Programa | Indicadores | Medios de verificación |
|--|---|------------------------------------|
| Disminuir la mortalidad materna y neonatal | Razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos. Tasa de mortalidad neonatal por 1,000 nacidos vivos | ENDES - INEI. |
| Conducción de la gestión de la estrategia | Proporción de establecimientos calificados como EESS con funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB) Proporción de establecimientos calificados como EESS con funciones obstétricas y neonatales esenciales (FONE) | |
| Población informada sobre salud sexual, salud reproductiva y métodos de planificación familiar | Promoción de Salud Tasa global de fecundidad. Proporción de mujeres en edad fértil (mef) en unión que usa algún método de planificación familiar Proporción de mef en unión que usa algún método moderno de planificación familiar | |
| Reducción de la morbilidad y mortalidad materna | Proporción de parto institucional de gestantes procedentes de zonas rurales. Proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural. Proporción de partos complicados atendidos en establecimientos de salud que cumplen funciones obstétricas y neonatales. Proporción de neonatas complicadas referidos de EESS que cumplan FONP o básicas y que son atendidos en EESS FONE. Proporción de parto atendido por profesional de la salud Proporción de capacitaciones a los prestadores de servicios | FON- ENAHO - ENDES - INEI |
| Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal | Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas | |
| Población informada en salud sexual y reproductiva | Proporción de mujeres en edad fértil (MEF) que conoce algún método de planificación familiar | |
| Acceso a métodos de planificación familiar y a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva | Proporción de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar | FON- ENDES- INEI |
| Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive | Proporción de gestantes que en el último nacimiento recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación | |

Nota. Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal, MINSA.

Tabla 7*Productos según la Matriz Lógica del PP SMN*

| Productos | Indicadores del producto | Medios de Verificación |
|--|---|--------------------------------------|
| Población informada sobre salud sexual, salud reproductiva y métodos de planificación familiar. | Porcentaje de personas que acceden a medios de comunicación masiva y alternativa. | Dirección General de Comunicaciones. |
| Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo | Porcentaje de adolescentes que reciben atención integral. | Sistema de información HIS, SIS |
| Atención prenatal reenforcada | Porcentaje de gestantes con más de seis controles prenatales | ENDES, HIS, SIS |
| Población accede a métodos de planificación familiar | Porcentaje de parejas protegidas. | ENDES, HIS, SIS |
| Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva | Número de orientaciones y consejerías realizadas | HIS, SIS |
| Atención de la gestante con complicaciones | Porcentaje de gestantes con complicaciones atendidas. | Egresos hospitalarios |
| Atención del parto normal | Porcentaje de partos vaginales atendidos | ENDES, Egresos hospitalarios |
| Atención del parto complicado no quirúrgico | Porcentaje de partos complicados atendidos. | Egresos hospitalarios |
| Atención del parto complicado quirúrgico | Porcentaje de cesáreas atendidas. | ENDES, Egresos hospitalarios |
| Atención del puerperio | Porcentaje de puérperas controladas | HIS, SIS |
| Atención del puerperio con complicaciones. | Porcentaje de puérperas con complicaciones atendidas. | Egresos hospitalarios |
| Atención obstétrica en unidad de cuidados intensivos. | Porcentaje de gestantes en UCI atendidas. | Egresos hospitalarios |
| Acceso al sistema de referencia institucional | Porcentaje de Referencias obstétricas y neonatales realizadas | HIS, SIS |
| Atención del recién nacido normal. | Porcentaje de RN normales atendidos | Egresos hospitalarios |
| Atención del recién nacido con complicaciones. | Porcentaje de RN con complicaciones atendidos | Egresos hospitalarios |
| Atención del recién nacido con complicaciones que requiere unidad de cuidados intensivos neonatales – UCIN | Porcentaje de RN en UCIN atendidos | Egresos hospitalarios |
| Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva | Porcentaje de familias saludable informadas | HIS |

Nota. Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal, MINSA, 2019, p. 165-167.

4.2. Evaluación de la ejecución del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal en la Microred Baños del Inca, 2015-2019.

4.2.1. Programación Multianual y Formulación Presupuestal del PP SMN

Respecto a la programación multianual, aunque plantea la programación de los 3 años posteriores incluyendo el año en curso, para la presente investigación no se hablará sobre programación de ingresos pues la DIRESA como entidad no ofrece ni brinda servicios que generen ingresos, como por ejemplo los hospitales. Por esa razón solo se analizará la programación y formulación de priorización de metas físicas y asignación presupuestaria respectivamente.

4.2.1.1. Programación Física por Producto del PP 0002.

La programación física del programa por producto se realiza en función a los criterios de programación presentadas dentro de las “definiciones operacionales” que ya están establecidas por el Ministerio de Salud, dichas definiciones operacionales se las encuentra dentro del diseño del programa presupuestal que se presenta cada año con sus respectivas modificaciones de ser necesario. Es importante mencionar que los productos se dividen en dos partes, mientras que el producto 3000001 “Acciones Comunes” corresponde a la primera parte: Gerencial o de gestión del programa; y desde el producto 3000002 “Población informada sobre salud sexual, salud reproductiva y métodos de planificación familiar” hasta el producto 3033412 “Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva” corresponden a la segunda parte: Operativo, recalando que solo se están tomando los productos correspondientes a establecimientos de salud de primer nivel.

En el periodo de estudio seleccionado se observó que el MINSa ha realizado modificaciones dentro del diseño del programa presupuestal; por lo que, se han realizado modificaciones en la actualización de los productos con sus definiciones operacionales y por ende en sus criterios de programación. A pesar de que para la primera parte del desarrollo de investigación se ha tomado el último documento actualizado al año 2019, para esta segunda parte se tomará en cuenta los criterios del documento del diseño del 2015 y del 2019.

A su vez, es necesario mencionar que, según los coordinadores del programa, la programación es realizada en su totalidad por ellos mismos a nivel DIRESA y a nivel de establecimiento de salud, mas no a nivel Microred. Por ello, para el presente acápite se ha

logrado conseguir el reporte de metas físicas por establecimiento de salud, facilitando consolidar la información correspondiente a la Microred Baños del Inca.

A. Producto 3000001: Acciones Comunes: Corresponden al conjunto de acciones orientadas a la gerencia el programa presupuestal para el logro de los objetivos y resultados.

Criterio de Programación:

A nivel Nacional: Dos informes uno semestral y uno anual.

A nivel Regional: Dos informes uno semestral y uno anual

Programación del producto 3000001 en la Microred de Baños del Inca

A pesar de que se ha recalado varias veces que en la presente investigación solo se tomaran los productos correspondientes a EESS de primer nivel, vemos que el producto de acciones comunes solo corresponde a entidades rectoras que son el MINSA, DIRESA, entre otras; sin embargo, tomamos este producto pues para los años 2015 y 2016, en el diseño del PP SMN, estaba establecido que las Microredes y EESS también formaban parte de la responsabilidad de la entrega del presente, realizando las siguientes funciones:

- Microredes: Brinda asistencia técnica, monitorea y evalúa.
- Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro, Puestos de Salud y AISPED): Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.

Es así que, a partir del año 2017, las funciones cambian dando potestad sólo a las entidades rectoras antes mencionadas; por ello, como se observa en la tabla 8, existe una programación para el 2015 y 2016 con 4 informes y 1 informe respectivamente. Sin embargo, el criterio y proceso de programación ha sido el mismo para todos los años: dos informes, uno semestral y uno anual.

Tabla 8

Programación Física de Acciones Comunes de la MR Baños del Inca: 2015 - 2019

| Subproducto | Año | | | | |
|---|------|------|-------|------|------|
| | 2015 | 2016 | 2017* | 2018 | 2019 |
| Monitoreo del Programa Salud Materno Neonatal | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 |

* Modificado a partir del año 2017

Nota: SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA. Proporcionado por la Oficina de Administración – DIRESA

B. Producto 3000005: Adolescentes Acceden a Servicios de Salud para Prevención del Embarazo. Conjunto de intervenciones de atención integral a adolescentes, orientadas hacia la prevención de riesgos y fortalecimiento de factores protectores, en especial para la prevención del embarazo no deseado.

Producto, Actividades y Sub Productos:

Tabla 9

Desagregación de Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo

| | Código | Denominación |
|------------------|----------------|--|
| Actividad | 5000058 | Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes |
| Sub Producto | 5000502 | Atención integral para la prevención del embarazo adolescente |

Nota. Definiciones Operacionales – MINSA, 2019

Criterios de Programación:

- EE. SS con población asignada: programar, como mínimo, el 10% del total de adolescentes entre 12 a 17 años que corresponde atender al MINSA, a través de las DIRES y los EESS de los gobiernos regionales (adolescentes afiliados al SIS).

Al observar en el criterio establecido para el 2015 al 2018, se evidencia que para esos años el criterio era programar, como mínimo, el 20% de adolescentes nuevos y reingresantes a dichos establecimientos de salud.

Programación del producto 3000005 en la Microred de Baños del Inca

Para este producto, se evidencia un incremento de la población programada año tras año, pues se tiene un aumento del 60% para el año 2019 respecto al 2015. Sin embargo, se observa una disminución del año 2016 de un 6.5% (81 adolescentes) respecto al año 2015, esto debido a que la población total para ese año también sufrió una disminución en la misma proporción. No obstante, ante el incremento mencionado esta programación no cumple con el criterio. pues del 2015 al 2018 se ha programado menos del 20% y al año 2019 se programó más del 10% según lo establecido.

Como se observa en la tabla 10, en el año 2019, se ha programado 2005 adolescentes y el criterio reducido al 10% corresponde a 738 adolescentes. Una cantidad que, coincidiendo con los coordinadores del programa, es demasiado baja. Su justificación en el último año fue que 10%

era una población muy baja, aun así, en años anteriores no tomaron en cuenta ese argumento al programar menos del 20% que aún sigue siendo una población muy baja.

Además, es necesario mencionar que, en las entrevistas realizadas, se me afirmó que se tenía que trabajar con el 50% de población afiliada al SIS como MÍNIMO y que de no ser el caso se programaba según la tendencia de atendidos de los 3 últimos años, sin embargo, dicha afirmación no se evidencia en la programación física proporcionada.

Tabla 10

Programación Física Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo de la MR Baños del Inca: 2015 - 2019

| Subproducto | Año | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Atención integral para la prevención del embarazo adolescente | 1,253 | 1,172 | 1,362 | 1,380 | 2,005 |
| Población Adolescentes afiliada al SIS | 6,503 | 6,633 | 6,687 | 7,149 | 7,381* |
| Criterio MINSA: 20% (2015-2018) y 10% (2019) | 1,301 | 1,327 | 1,337 | 1,430 | 738 |
| % Programado/Población SIS | 19.27% | 17.67% | 20.37% | 19.30% | 27.17% |

* Proyectado respecto a años anteriores, mediante tasa de crecimiento.

Nota. SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA. Proporcionado por la Oficina de Administración – DIRESA

C. Producto 3033172: Atención Prenatal Reenfocada. Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación.

Producto, Actividades y Sub Productos:

Tabla 11

Desagregación de Atención Prenatal Reenfocada

| | Código | Denominación |
|---------------------|----------------|---|
| Actividad | 5000037 | Brindar Atención Prenatal reenfocada |
| | 3317201 | Atención a la gestante |
| | 3317202 | Vacuna antitetánica a la gestante |
| | 3317203 | Visita domiciliaria |
| Sub Producto | 3317204 | Exámenes de laboratorio completo |
| | 3317205 | Ecografía obstétrica |
| | 3317206 | Atención odontológica de la gestante |
| | 3317209 | Evaluación del bienestar fetal |

Nota. Definiciones Operacionales – MINSA, 2019

Criterios de Programación:

- **Atención a la gestante:** Se consideran 6 atenciones como mínimo y la programación establece el 100% de gestantes según padrón nominal de gestantes.
- **Vacuna antitetánica a la gestante:** Porcentaje de gestantes programadas por inmunizaciones de cada unidad ejecutora o tendencia de los 3 últimos años.
- **Visita domiciliaria:** 100% de gestantes programadas.
- **Exámenes de laboratorio completo:** 100% de gestantes programadas.
- **Ecografía obstétrica:** 100% de gestantes programadas.
- **Evaluación del bienestar fetal:** Programar el promedio de casos presentados en los últimos 3 años, a partir del establecimiento FONB.

Programación del producto 3033172 en la Microred de Baños del Inca

En este producto el subproducto trazador; es decir, el sub producto del cual se depende la programación de los demás subproductos, es la “Atención a la gestante”, pues en esta, se identifica a la población gestante bajo la jurisdicción de cada Microred y se realiza la captación de dicha población. Además, los subproductos que resaltan en el análisis de la presente, son “Exámenes de laboratorio completo” y “Ecografía obstétrica” pues si bien es cierto en “Atención a la gestante” se capta a las gestantes, en los dos subproductos mencionados se verifica el nivel de atención que reciben esas gestantes, es decir, si la atención es integral y completa.

Como se observa en la tabla 12, se evidencia una disminución a lo largo del periodo de estudio, al año 2018 es donde existió una drástica disminución de 290 gestantes respecto al 2017; según los encargados del programa, esto podría deberse a que hasta el año 2017 la población programada era establecida por los datos del INEI, que muchas veces era desproporcionado a la meta real de los establecimientos de salud, por ello, a partir del año 2018, se implementó el llamado padrón nominal donde la data es más real y apegada a la población meta de los EESS. Sin embargo, al verificar con la población total establecida para el periodo de estudio, por el INEI y padrón nominal, se tiene que no se ha seguido el criterio establecido, aun si la meta fijada por el INEI era desproporcionada, se evidencia que en todos los años la programación ha sido menor a excepción del año 2017 donde se programó 3.36% más de lo establecido.

Por lo que en los 5 años observados se evidenció **desfases** en el proceso de programación del subproducto y en consecuencia de todo el producto afectando a la población beneficiaria del programa.

Tabla 12*Programación Física de Atención de la Gestantes de la MR Baños del Inca: 2015 - 2019*

| Subproducto | Año | | | | |
|--|--------|--------|---------|--------|--------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018* | 2019 |
| Gestantes Programadas (Atención de la gestante) | 1,268 | 1,206 | 1,262 | 972 | 993 |
| Criterio MINSA: Gestantes Esperadas (Padrón nominal) | 1,863 | 2,030 | 1,221 | 1,154 | 1,203 |
| % | 68.06% | 59.41% | 103.36% | 84.23% | 82.54% |

* Se empieza a utilizar padrón nominal

Nota. SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA. Proporcionado por la Oficina de Administración – DIRESA

En segundo punto, tenemos los subproductos de exámenes de laboratorio completo y ecografía obstétrica. En este punto es necesario mencionar que la Microred teniendo de cabecera al CCSS nivel I-4 Baños del Inca, es referencial, es decir, recibe a gestantes de otros EESS fuera de su Microred que se encuentren más cerca a ésta, por lo que también se debe considerar un cierto porcentaje de holgura dentro de esta programación.

El criterio de programación para ambos es el 100% de gestantes; y a pesar de la holgura mencionada, en el año 2015 se observa una programación excesiva de alrededor de 600 gestantes más para ambos subproductos en análisis, lo mismo ocurre en los años 2018 y 2019 para el subproducto de ecografía obstétrica, más aún no se estaría evidenciando en estos un desfase como tal, como veíamos en el subproducto trazador.

Tabla 13*Programación Física de Atención prenatal reenforcada de la MR Baños del Inca: 2015 - 2019*

| Subproducto | Año | | | | |
|--------------------------------------|------|------|------|------|------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Atención a la gestante | 1268 | 1206 | 1262 | 972 | 993 |
| Vacuna antitetánica a la gestante | 754 | 757 | 757 | 334 | 347 |
| Visita domiciliaria | 1256 | 1262 | 1262 | 972 | 993 |
| Exámenes de laboratorio completo | 1857 | 1502 | 1502 | 1221 | 1203 |
| Ecografía obstétrica | 1836 | 1502 | 1502 | 1805 | 1426 |
| Atención odontológica de la gestante | 1620 | 901 | 907 | 527 | 722 |
| Evaluación del bienestar fetal | 1629 | 1502 | 1502 | 392 | 250 |

Nota. SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA. Proporcionado por la Oficina de Administración – DIRESA

D. Producto 3033288: Municipios Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva. Es el Municipio provincial o distrital capacitado y orientado en el marco de la salud promueve prácticas y entornos saludables para la mejora de la salud sexual y reproductiva.

Producto, Actividades y Sub Productos

Tabla 14

Desagregación de Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva

| | Código | Denominación |
|------------------|----------------|---|
| Actividad | 5000039 | Promover la salud sexual y reproductiva con énfasis en maternidad saludable |
| Sub | 3328802 | Consejo municipal capacitado en gestión local para elaborar PIP y políticas públicas a favor de la salud materna neonatal |
| Producto | 3328803 | Comité multisectorial capacitado en gestión local para promover prácticas saludables en salud materna neonatal |

Nota. Definiciones Operacionales – MINSA, 2019.

Criterios de Programación:

100% de municipalidades de los distritos.

Programación del producto 3033288 en la Microred de Baños del Inca

Para este producto, tal como observa en la tabla 15, se ha programado hasta el año 2017 pues, a partir del año 2018 este producto se elimina del diseño del programa combinándolo con el producto 3033412: Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva, el cual se verá más adelante.

Respecto a la programación, se tiene a 4 municipios en cada año respectivamente, estos municipios son: Baños del Inca, Llacanora, Matara y Namora, cumpliéndose así con la programación establecida.

Tabla 15

Programación Física de Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva de la MR Baños del Inca: 2015 - 2019

| Subproducto | Año | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Consejo municipal capacitado en gestión local para elaborar PIP y políticas públicas a favor de la salud materna neonatal | 4 | 4 | 4 | | |
| Comité multisectorial capacitado en gestión local para promover prácticas saludables en salud materna neonatal | 4 | 4 | 4 | | |

Nota. SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA. Proporcionado por la Oficina de Administración – DIRESA

E. Producto 3033289: Comunidades Saludables que Promueven Salud Sexual y Reproductiva. Son las comunidades cuyas Juntas Vecinales Comunales y ACS están informados, sensibilizados y capacitados a fin de contribuir a la mejora de la salud materna y neonatal, y el ejercicio de la salud sexual y reproductiva.

Producto, Actividades y Sub Productos:

Tabla 16

Desagregación de Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva

| | Código | Denominación |
|------------------|----------------|--|
| Actividad | 5000040 | Comunidad promueve acciones adecuadas en salud sexual y reproductiva con énfasis en maternidad saludable y salud del neonato |
| Sub | 3328901 | Junta vecinal comunal capacitada para vigilancia comunitaria en salud de madres y neonatos |
| Producto | 3328902 | Agentes Comunitarios en Salud (ACS) capacitados para vigilancia comunitaria y orientación en prácticas saludables para las madres y neonatos |

Nota. Definiciones Operacionales – MINSA, 2019.

Criterios de Programación:

100% de las juntas vecinales comunales y 100% de ACS

Programación del producto 3033289 en la Microred de Baños del Inca

Al igual que en el producto anterior, se tiene una programación hasta el año 2017, desde el año 2018 este producto también se incorpora en el producto 3033412: Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva.

Respecto a la programación, la Microred de Baños del Inca contiene en su jurisdicción a 4 distritos, al observar la tabla 17, se tiene que año tras año tanto las juntas vecinales como los ACS han ido disminuyendo, razón por la cual se combinó con otro con el producto antes mencionado. Cumpliéndose así con la programación establecida.

Tabla 17

Programación Física de Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | Año | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Junta vecinal comunal capacitada para vigilancia comunitaria en salud de madres y neonatos | 122 | 112 | 65 | | |
| ACS capacitados para vigilancia comunitaria y orientación en prácticas saludables para las madres y neonatos | 110 | 112 | 65 | | |

Fuente: SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA. Proporcionado por la Oficina de Administración – DIRESA

F. Producto 3033290: Instituciones Educativas Saludables Promueven Salud

Sexual y Reproductiva. Son instituciones educativas de todos los niveles que deberán incluir en la programación curricular anual temas de salud sexual integral, y en el plan anual de trabajo actividades para promover prácticas saludables en salud sexual integral en los escolares.

Producto, Actividades y Sub Productos:

Tabla 18

Desagregación de Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva

| | Código | Denominación |
|------------------|----------------|---|
| Actividad | 5000041 | Promover desde las instituciones educativas saludables, salud sexual y reproductiva con énfasis en la maternidad saludable |
| | 3329004 | Consejo educativo institucional (CONEI) comprometidos que promueve prácticas en maternidad saludables y salud del neonato |
| Sub Producto | 3329005 | Docentes de instituciones educativas capacitados en maternidad saludable y salud del neonato |
| | 3329006 | Asociación de padres de familia (APAFAS) desarrollan acciones para la promoción de la salud sexual integral |

Nota. Definiciones Operacionales – MINSa, 2019.

Criterios de Programación:

- 100% de las instituciones educativas públicas.
- 50% de docentes y 100% de APAFAS de las instituciones educativas públicas programadas en el sub producto de CONEI.

programadas en el sub producto de CONEI.

Programación del producto 3033290 en la Microred de Baños del Inca

Este producto a partir del año 2018 también se combina con el producto 3033412. En la programación se observa que en el primer subproducto es constante teniéndose 85 consejos educativos en los primeros 2 años y un incremento de 4.7% para el año 2017. Para el segundo subproducto al igual que el primer subproducto, se tiene 254 docentes programados para los años 2015 y 2016; sin embargo, al contrario del subproducto anterior, se tiene una disminución al año 2017 del 14.2%. Finalmente, el tercer subproducto es igual al primer subproducto pues es se considera una APAFA por cada consejo educativo.

Tabla 19

Programación Física de Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | Año | | |
|---|-------------|-------------|-------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 |
| Consejo educativo institucional (CONEI) comprometidos que promueve prácticas en maternidad saludables y salud del neonato | 85 | 85 | 89 |

| | | | |
|---|-----|-----|-----|
| Docentes de instituciones educativas capacitados en maternidad saludable y salud del neonato | 254 | 254 | 218 |
| Asociación de padres de familia (APAFAS) desarrollan acciones para la promoción de la salud sexual integral | | 85 | 89 |

Nota. SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA. Proporcionado por la Oficina de Administración – DIRESA.

G. Producto 3033291: Población Accede a Métodos de Planificación Familiar.

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil, dentro de las cuales se encuentra la información, educación, orientación/ consejería y la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos.

Producto, Actividades y Sub Productos:

Tabla 20

Desagregación de Población accede a métodos de planificación familiar

| | Código | Denominación |
|---------------------|----------------|--|
| Actividad | 5000043 | Mejoramiento del acceso de la población a métodos de Planificación Familiar |
| | 3329101 | AQV masculino |
| | 3329102 | Complicación AQV masculino |
| | 3329103 | AQV femenino |
| | 3329104 | Complicación de AQV femenino |
| | 3329105 | Dispositivos intrauterinos (Método DIU) |
| | 3329106 | Anticonceptivo hormonal inyectable |
| | 3329107 | Condón Masculino |
| | 3329108 | Anticonceptivo hormonal oral |
| Sub Producto | 3329109 | Anticoncepción oral de emergencia (AOE) |
| | 3329110 | Método de Abstinencia Periódica |
| | 3329111 | Método de lactancia materna exclusiva (MELA) |
| | 3329112 | Complicaciones por uso de DIU |
| | 3329113 | Anticonceptivo hormonal Mensual inyectable |
| | 3329114 | Condón femenino |
| | 3329115 | Implante |
| | 3329116 | Efectos secundarios del Implante |
| | 3329117 | Extracción o remoción del Implante |

Nota: Las celdas subrayadas corresponden a EESS de 2º nivel en adelante. Tomado de Definiciones Operacionales – MINSA, 2019.

Criterios de Programación:

- Total de parejas a proteger en zona donde el único proveedor de servicios son los establecimientos del Gobierno Regional = 60.8% de las mef (Corresponde a la prevalencia de usuarias de métodos de planificación familiar 51.2% de las mef más la demanda insatisfecha en planificación familiar nacional 8.6% más el porcentaje de fallas de métodos anticonceptivos 1%).
- Total de parejas a proteger en ámbitos donde existen más de un proveedor de servicios de planificación familiar (Es Salud, Sanidad, otros) = 51.9% del 60.8% de las mef.

Programación del producto 3033291 en la Microred de Baños del Inca

Como se observa, este producto cuenta con una gran variedad de subproductos, pues contiene un listado integral de métodos de planificación familiar. Cabe mencionar que el criterio de programación individual establece que a cada subproducto se le asignará el porcentaje según mezcla anticonceptiva propuesta; es por ello que, se analizará de manera total.

Tabla 21

Programación Física de Población accede a métodos de planificación familiar de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | Año | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Dispositivos intrauterinos | 108 | 68 | 57 | 115 | 62 |
| Anticonceptivo hormonal inyectable | 3595 | 3690 | 4129 | 2894 | 2839 |
| Métodos de barrera | 431 | 872 | 716 | 687 | 903 |
| Anticonceptivo hormonal oral | 1482 | 1576 | 1080 | 1012 | 680 |
| Anticoncepción oral de emergencia | 13 | 13 | 14 | 93 | 70 |
| Métodos de abstinencia periódica | 29 | 56 | 84 | 115 | 14 |
| Método de lactancia materna exclusiva | 26 | 56 | 26 | 57 | 24 |
| Anticonceptivo hormonal mensual inyectable | 13 | 402 | 302 | 491 | 414 |
| Condón femenino | 13 | 42 | 14 | 115 | 5 |
| Implante | 1 | 31 | 475 | 277 | 418 |
| Efectos secundarios del implante | | | | | 21 |
| Extracción o remoción del implante | | | | | 153 |
| TOTAL | 5,711 | 6,806 | 6,897 | 5,856 | 5,603 |

Nota. SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA. Proporcionado por la Oficina de Administración – DIRESA.

Al realizar la comparación de la programación para la Microred de Baños del Inca vemos que: si ésta se ubicara en una zona donde no existen más proveedores que el GORE¹, podríamos

¹ Gobierno Regional de Cajamarca

decir que no se cumple con el criterio establecido; sin embargo, la Microred se ubica en zona tanto urbana como rural donde si se cuenta con servicios de salud privada; por lo que se trabajará con el segundo criterio.

En la tabla 22 vemos que al año 2015 la población mef total es de 18 554 mujeres en edad fértil, el 60.8% corresponde a 11 281 MEF de las cuales el 51.9% son 5 855 mujeres en edad fértil. Comparándolo con la programación de ese año se tiene a 5 711 mef; es decir, el 97.5%, que equivale a 144 mef programadas menos. Del mismo modo ocurre para el año 2019, se tiene como población total mef a 19 912 mujeres, el 60.8% corresponde a 12 106 mujeres de las cuales el 51.9% son 6 238; 635 parejas más de lo programado (5 603 parejas). A pesar de que la diferencia entre la población programada y el criterio no es mucha, siguen siendo un pequeño porcentaje significativo que queda insatisfecha al acceso de este producto. Para los años 2016 y 2017 se ha programado 928 y 598 parejas más de lo dispuesto en el criterio.

A su vez, al momento de realizar la consulta respecto a esta programación, me afirmaron que consideran que la MR de Baños del Inca NO cuenta con EESS de terceros, por lo que supone utilizar el primer criterio nada más, sin embargo, adicionalmente se afirmó que no se trabaja con el criterio directo si no que se trabaja con un criterio más donde adiciona a la demanda insatisfecha para este producto, criterio que maneja el coordinador de Planificación. Por lo que, evidencia aún más los desfases de programación puesto que si bien es cierto, la MR de Baños del Inca contiene EESS que se encuentran en zona rural, pero también contiene EESS en zona urbana donde si se cuenta con servicios de terceros.

Tabla 22

Programación Física SIGA vs Programación según criterios de Población accede a métodos de planificación familiar de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Concepto | Año | | | | |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Total Producto 3033291 | 5,711 | 6,806 | 6,897 | 5,856 | 5,603 |
| mef (15 - 49 años) | 18,554 | 18,629 | 19,963 | 18,744 | 19,912 |
| Criterio 1: 60.8% (mef) | 11,281 | 11,326 | 12,138 | 11,396 | 12,106 |
| Criterio 2: 51.9% del 60.8% (mef) | 5,855 | 5,878 | 6,299 | 5,915 | 6,283 |
| % Total/Criterio 2 | 97.5% | 115.8% | 109.5% | 99.0% | 89.2% |

Nota. Elaboración propia a partir de los criterios establecidos en las definiciones operacionales del programa y la información de programación del SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA.

H. Producto 3033292: Población Accede a Servicios de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Consiste en proporcionar información sobre la gama de métodos anticonceptivos a las personas o pareja.

Producto, Actividades y Sub Productos:

Tabla 23

Desagregación de Población accede a servicios de consejería en Salud Sexual y Reproductiva

| | Código | Denominación |
|------------------|----------------|---|
| Actividad | 5000043 | Mejoramiento del Acceso de la población a Servicios de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva |
| Sub | 3329201 | Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva |
| Producto | 3329202 | Captación de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar |
| | 3329203 | Atención pre gestacional |

Nota. Definiciones Operacionales – MINSA, 2019.

Criterios de Programación:

20% más de lo realizado el año anterior.

Programación del producto 3033292 en la Microred de Baños del Inca

Para este producto se tienen 3 subproductos, de los cuales el subproducto “Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva” se observa en la tabla 24, en la segunda fila se ve la programación que debería ser según el criterio, pero en la población programada vemos que no es así, al año 2016 la programación disminuyó en 53%, más de la mitad de población del año 2015, al año 2017 esta se incrementó en 101.2% equivalente a 2 687 personas MÁS, no obstante, esta aún difiere mucho de la programación según el criterio. Finalmente se observa que al año 2019 existió una disminución del 16.8% de población respecto al año 2018. A pesar de que para los años 2017 y 2018 se evidencia un incremento significativo, ningún año respeta el criterio de programación establecido del 20% más respecto al año anterior.

Tabla 24

Programación Física SIGA vs Programación según criterio del subproducto Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | Año | | | | |
|---|-------------|---------------|-------------|-------------|---------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva | 5,648 | 2,656 | 5,343 | 8,481 | 7,059 |
| Criterio MINSA: 20% más respecto al año anterior | | 6,778 | 8,133 | 9,760 | 11,712 |
| % respecto al año anterior programado | | -53.0% | 101.2% | 58.7% | -16.8% |

Nota. Elaboración propia a partir de los criterios establecidos en las definiciones operacionales del programa y la información de programación física del SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA.

El segundo subproducto establece su criterio al 8.6 % de la población mef programable. Como se observa en la tabla 25, año tras año se evidencia un incremento de población programada a excepción del año 2017 donde disminuyó un 19.9%. Al igual que en los casos anteriores no se sigue el criterio pues lo programado es menor a lo establecido, a excepción de los últimos años donde se observa que la población programada es mucho mayor a lo establecido. Aun si fuese programado con las mujeres en edad fértil programadas en el producto 3033291, tal como se observa en la tabla 26, no llega a ser la misma meta establecida, vemos que a solo en los años 2018 y 2019 la cantidad programada es mayor a la cantidad según el criterio.

Tabla 25

Programación Física SIGA vs Programación según criterio respecto a MEF programable del subproducto Captación de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | Año | | | | |
|---|-------|--------|-------|--------|--------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Captación de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar | 405 | 576 | 461 | 611 | 847 |
| MEF programable (51.9% del 60.8%) | 5,855 | 5,878 | 6,299 | 5,915 | 6,283 |
| Criterio MINSA: 8.6% de MEF programable | 504 | 506 | 542 | 509 | 540 |
| % Programado/Criterio | 80.4% | 113.9% | 85.1% | 120.1% | 156.7% |

Nota. Elaboración propia a partir de los criterios establecidos en las definiciones operacionales del programa y la información de programación física del SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA

Tabla 26

Programación Física SIGA vs Programación del subproducto Captación de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar según criterio respecto al total del producto 3033291 de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | Año | | | | |
|---|-------|-------|-------|--------|--------|
| | 2015 | 2016 | 2015 | 2018 | 2015 |
| Captación de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar | 405 | 576 | 461 | 611 | 847 |
| Total Producto 3033291 | 5,711 | 6,806 | 6,897 | 5,856 | 5,603 |
| Criterio MINSA: 8.6% de producto 3033291 | 491 | 585 | 593 | 504 | 482 |
| % Programado/Criterio | 82.5% | 98.4% | 77.7% | 121.3% | 175.8% |

Nota. * Producto 3033291: Programación según criterios de población accede a métodos de planificación familiar. Elaboración propia a partir de los criterios establecidos en las definiciones operacionales del programa y la información de programación física del SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA

Finalmente, para el tercer subproducto “Atención pregestacional” el MINSA establece el criterio de programación del 10 % de las gestantes programadas en el año. Como se observa en la tabla 27, se evidencia que para los años 2016 y 2017 se ha programado una población de más del 100% de gestantes programadas. Ningún año sigue el criterio establecido del 10%, por lo que se evidencia que a lo largo de este producto existen desfases en la programación sin argumento que fundamente la población programada excedida a la que el MINSA establece.

Tabla 27

Programación Física SIGA vs Programación según criterio del subproducto Atención pregestacional de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | Año | | | | |
|--|------------|--------------|--------------|------------|------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Atención pregestacional | 739 | 1,712 | 1,470 | 955 | 986 |
| Gestantes Programadas (Atención a las gestantes) | 1,268 | 1,206 | 1,262 | 972 | 993 |
| Criterio MINSA: 10% gestantes programadas | 127 | 121 | 126 | 97 | 99 |
| % Programado/Gestantes programadas | 58.3% | 142.0% | 116.5% | 98.3% | 99.3% |

Nota. Elaboración propia a partir de los criterios establecidos en las definiciones operacionales del programa y la información de programación física del SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA

I. Producto 3033294: Atención de la Gestante con Complicaciones. Atención por consulta externa o emergencia en establecimientos, que se brinda a la gestante con patologías.

Producto, Actividades y Sub Productos:

Tabla 28

Desagregación de Atención de la gestante con complicaciones

| | Código | Denominación |
|---------------------|----------------|---|
| Actividad | 5000044 | Brindar atención a la gestante con Complicaciones |
| | 3329404 | Amenaza de parto prematuro |
| | 3329406 | Hemorragias de la 1er mitad del embarazo sin laparotomía |
| | 3329407 | Hemorragia de la 2da mitad del embarazo |
| | 3329408 | Hiperémesis gravídica |
| | 3329409 | Infeción del tracto urinario en el embarazo |
| Sub Producto | 3329413 | Ruptura prematura de membranas y otra relacionadas |
| | 3329414 | Hemorragias de la 1era mitad del embarazo con laparotomía |
| | 3329415 | Trastornos hipertensivos en el embarazo |
| | 3329416 | Trastornos metabólicos del embarazo |
| | 3329417 | Otras enfermedades del embarazo |
| | 3317203 | Gestante con anemia |

Nota. Las celdas subrayadas corresponden a entrega de subproducto en EESS de 2º nivel en adelante.

Tomado del documento Definiciones Operacionales – MINSA, 2019

Criterios de Programación:

De acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años.

Programación del producto 3033294 en la Microred de Baños del Inca

Como se mencionaba anteriormente, existen subproductos que corresponden a establecimientos de salud de 2 nivel en adelante, uno de ellos es “Amenaza de parto prematuro” el cual observamos que existe una programación para los años 2015 al 2017 de 60 gestantes, esto se debe a que hasta el año 2017 se trataba de atender estos casos en los establecimientos de primer nivel “estratégicos”, es decir, aquellos que cuentan con capacidad de respuesta, las cuales son cabeceras de Microred o EESS de nivel I-4, hasta que las gestantes sean referidas. A partir del año 2018 se decide que este subproducto solo debe entregarse en EESS de segundo nivel en adelante pues la capacidad de respuesta no era la óptima.

Respecto a los demás subproductos, se observa que hasta el año 2017 se cumple con el criterio de programar de acuerdo a los casos presentados en los 3 últimos años, pues la tendencia se mantiene y es consecutiva en diferentes subproductos. A pesar de ello, no sucede lo mismo en el subproducto de “Hemorragias de la 1ra mitad del embarazo sin laparotomía” donde se tenía una programación de 50 gestantes al 2017 y para el año 2018 y 2019 solo se programaron 2 y 5 gestantes respectivamente. Así mismo, para el subproducto “Infección del tracto urinario”, se observa que se tenía una programación de 20 gestantes al año 2017, posteriormente se programó a 138 gestantes para el año 2018 y disminuyó a 110 gestantes al 2019; evidenciando desfases en la programación.

Tabla 29

Programación Física de Atención de la gestante con complicaciones de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | Año | | | | |
|--|------|------|------|------|------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Ruptura prematura de membranas y otra relacionadas | 25 | 25 | 25 | 5 | 25 |
| Hemorragias de la 1er mitad del embarazo sin laparotomía | 50 | 0 | 50 | 2 | 5 |
| Infección del tracto urinario en el embarazo | 20 | 20 | 20 | 138 | 110 |
| Hemorragia de la 2da mitad del embarazo | 25 | 25 | 25 | 0 | 0 |
| Trastornos hipertensivos en el embarazo | 25 | 25 | 25 | 0 | 0 |
| Amenaza de parto prematuro | 60 | 60 | 60 | 0 | 0 |
| Hiperémesis gravídica | 20 | 20 | 20 | 5 | 16 |

Nota. SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA. Proporcionado por la Oficina de Administración – DIRESA

J. Producto 3033295: Atención del Parto Normal. Es la atención que se brinda a la gestante y al recién nacido en el proceso del parto vaginal en los establecimientos estratégicos.

Producto, Actividades y Sub Productos:

Tabla 30

Desagregación de Atención del Parto Normal

| | Código | Denominación |
|------------------|----------------|--|
| Actividad | 5000044 | Brindar Atención del Parto Normal |
| Subproducto | 3329501 | Atención del parto normal |

Nota. Definiciones Operacionales – MINSA, 2019

Criterios de Programación:

80% de las gestantes programadas para atención prenatal. (20% corresponde a cesárea)

Programación del producto 3033295 en la Microred de Baños del Inca

La programación realizada no se ciñe al criterio, en la tabla 31 vemos que para los primeros años, 2015 y 2016, se ha programado 865 y 878 partos los cuales corresponden al 68.2% y 72.8% de las gestantes programadas respectivamente, no llegando a la meta del 80%. Luego, tenemos que para el año 2017 la cantidad programada incrementó excesivamente a 1850 partos, 46.6% MÁS del total de sus gestantes programadas a ese año; a su vez, para los años siguientes, 2018 y 2019, se tiene una disminución, pero exceden a sus gestantes programadas en 19.4% y 12.9% respectivamente, por lo que, ¿Cómo es posible que se programen más partos que gestantes?, hay que recordar que la MR es un CCSS referencial que recibe a gestantes de los distritos de Jesús y La Encañada, por lo que es un factor importante a tener en cuenta en la programación de este producto. Por lo que nuevamente se evidencia un desfase de programación.

Tabla 31

Programación Física SIGA vs Programación según criterio de Atención de la gestante con complicaciones de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | Año | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Atención del parto normal | 865 | 878 | 1850 | 1161 | 1121 |
| Gestantes Programadas | 1,268 | 1,206 | 1,262 | 972 | 993 |
| Criterio MINSA: 80% gestantes programadas | 1,014 | 965 | 1,010 | 778 | 794 |
| % Programado/Gestantes | 68.2% | 72.8% | 146.6% | 119.4% | 112.9% |

Nota. Elaboración propia a partir de los criterios establecidos en las definiciones operacionales del programa y la información de programación física del SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA.

K. Producto 3033296: Atención Del Parto Complicado No Quirúrgico. Conjunto de intervenciones para atender las complicaciones que se presentan durante las fases del parto.

Producto, Actividades y Sub Productos:

Tabla 32

Desagregación de Atención del parto complicado no quirúrgico

| | Código | Denominación |
|------------------|----------------|--|
| Actividad | 5000046 | Brindar atención del parto complicado no Quirúrgico |
| Sub Producto | 3329601 | Trabajo de parto disfuncional |
| | 3329602 | Hemorragias intraparto y postparto |

Nota: La celda subrayada corresponde a subproducto entregado en EESS de 2° nivel en adelante.

Tomado del documento Definiciones Operacionales – MINSA, 2019

Criterios de Programación:

Según la tendencia de casos presentados y atendidos en los últimos 3 años.

Programación del producto 3033296 en la Microred de Baños del Inca

En el presente producto, como se observa en la tabla 33, el subproducto “trabajo de parto disfuncional” corresponde a EESS de segundo nivel, se tiene una programación hasta el año 2017, esto se debe a que hasta ese año se trataba de atender en los EESS estratégicos hasta que sean referidas a los EESS de segundo nivel, pero a partir del año 2018 ya no es permitido por lo que se evidencia una programación vacía para los años posteriores.

En el subproducto “Hemorragias intraparto y postparto” se observa que hasta el año 2018 se ha mantenido en niveles bajos siendo su mayor pico de programación en el año 2017 con 6 complicaciones de parto, no difiriendo mucho con los años anteriores y en año posterior a ese, pero para el año 2019, se tiene un incremento excesivo de 42 complicaciones de parto lo cual difiere mucho a la programación de sus 3 años anteriores, mostrando un desfase.

Tabla 33

Programación Física de Atención del parto complicado no quirúrgico de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | Año | | | | |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Hemorragias intraparto y postparto | 2 | 2 | 6 | 3 | 42 |
| Trabajo de Parto Disfuncional. | 5 | 16 | 5 | 0 | 0 |

Nota. SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA. Proporcionado por la

Oficina de Administración – DIRESA

L. Producto 3033298: Atención del Puerperio. Son las atenciones por consulta externa que se brinda a la puérpera; a partir de los establecimientos de salud nivel I.

Producto, Actividades y Sub Productos:

Tabla 34

Desagregación de Atención del Puerperio

| | Código | Denominación |
|------------------|----------------|-----------------------------|
| Actividad | 5000048 | Atender el puerperio |
| Subproducto | 3329801 | Atención del puerperio |

Nota. Definiciones Operacionales – MINSA, 2019

Criterios de Programación:

100% de los partos normales programados + 100% de partos por cesárea programados.

Programación del producto 3033298 en la Microred de Baños del Inca

La programación de este producto se desprende de los productos “Atención del Parto Normal” y el producto correspondiente a 2do nivel “Atención del parto complicado quirúrgico”, como la Microred de Baños del Inca no entrega el segundo producto, solo tomaremos la programación de parto normal para verificar la programación de atención del puerperio.

Tal como se observa en la tabla 35, vemos que el criterio de programación casi cumple en el primer año de estudio, sin embargo, para el año 2016 la programación excede en 37.1% a partos normales en ambos años nos hace preguntarnos, ¿Cómo se puede programar a más puérperas que partos? Para los años posteriores: 2017, 2018 y 2019; se tiene una programación menor a lo establecido en los criterios con 57.5%; 72.9% y 70.8% respectivamente. Esto se debe a que, el producto entrega 02 atenciones, la medida del avance de meta física corresponde a la 2da atención brindada, por lo que los coordinadores del programa realizan una programación del 70% hasta el 80% de partos nada más ya que existen partos que se dan en los últimos meses del año y esas puérperas pasarían al siguiente año para la atención de este producto. Además, también es importante recalcar que, como se veía en el producto de parto normal, muchas gestantes provienen de EESS de Jesús y La Encañada, y al terminar el proceso de parto son regresadas a sus EESS de procedencia para su cuidado y control. Por esa razón es que se evidencia una programación menor, sin embargo, en el año 2017 vemos que se ha programado menos del 70% y, a pesar de que pasan puérperas para el siguiente año y/o regresan a su lugar de procedencia, la programación debe ceñirse a los criterios establecidos.

Tabla 35

Programación Física SIGA vs Programación según criterio de Atención del puerperio de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | Año | | | | |
|---|------------|-------------|-------------|------------|------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Atención del puerperio | 870 | 1204 | 1063 | 846 | 794 |
| Criterio MINSA: 100% Atención del parto normal | 865 | 878 | 1850 | 1161 | 1121 |
| % Programado/Gestantes | 100.6% | 137.1% | 57.5% | 72.9% | 70.8% |

Nota. Elaboración propia a partir de los criterios establecidos en las definiciones operacionales del programa y la información de programación física del SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA

M. Producto 3033304: Acceso al Sistema de Referencia Institucional. Procedimientos asistenciales y administrativos que aseguren la continuidad de la atención oportuna, eficaz y eficiente de la gestante, puérpera o neonato en un establecimiento de mayor complejidad.

Producto, Actividades y Sub Productos:

Tabla 36

Desagregación de Acceso al sistema de referencia institucional acceso al sistema de referencia institucional

| | Código | Denominación |
|---------------------|----------------|---|
| Actividad | 5000052 | Mejoramiento del acceso al Sistema de referencia institucional |
| | 3330401 | Referencia de FONP-Funciones Obstétricas Neonatales Primarias |
| Sub Producto | 3330402 | Referencia de FONB-Funciones Obstétricas Neonatales Básicas |
| | 3330403 | Referencia de FONE-Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales |

Nota: Celdas de color amarillo corresponden a subproductos entregados en EESS de 2do nivel en adelante. Tomado de Definiciones Operacionales – MINSA, 2019.

Criterios de Programación:

De acuerdo a la tendencia de casos presentados en los últimos tres años

Programación del producto 3033304 en la Microred de Baños del Inca

Como vemos en la tabla 37, se observa que al inicio del periodo en estudio se tuvo programado una población de 513 personas para referencia, la continuidad de este subproducto debe desprenderse de esta tendencia, no obstante, se ve que para el año 2016 tuvo una

disminución drástica del 88%, una disminución bastante significativa, para el año posterior a este se tiene un incremento del 474%, pasando de 62 a 356 personas para referencia de FONP, para el año 2018 el incremento excesivo continúa, pasando de 356 a 2,188 personas con referencia de FONP no teniendo coherencia con los productos anteriores pues al año 2018 se tuvo una programación de 846 puerperios y 1161 partos por lo que es ilógico que se tengas más referencias que gestantes, puérperas y/o neonatos programados para su atención. Finalmente, a pesar de que, para el año 2019 la cantidad programada se mantiene, se tiene que su programación para referencia es mucho mayor que las gestantes, puérperas y neonatos programados para ese año.

Tabla 37

Programación Física Acceso al sistema de referencia institucional acceso al sistema de referencia institucional de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | Año | | | | |
|---|------------|-----------|------------|--------------|--------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Referencia de FONP / funciones obstétricas neonatales primarias | 363 | 12 | 156 | 1,888 | 1,897 |
| Referencia de FONB / funciones obstétricas neonatales básicas | 150 | 50 | 200 | 300 | 324 |
| TOTAL | 513 | 62 | 356 | 2,188 | 2,221 |

Nota. SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA. Proporcionado por la Oficina de Administración – DIRESA.

N. Producto 3033305: Atención del Recién Nacido Normal. Conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos desarrolladas, enfocados en la atención del Recién Nacido Normal.

Producto, Actividades y Sub Productos:

Tabla 38

Desagregación Atención del Recién Nacido Normal

| | Código | Denominación |
|---------------------|----------------|--|
| Actividad | 3033305 | Atención del recién nacido normal |
| | 3330501 | Atención inmediata del Recién Nacido* |
| | 3330505 | Atención del Recién Nacido en alojamiento conjunto |
| Sub Producto | 3033302 | Control del recién nacido |
| | 3330503 | Visita domiciliaria |
| | 3330504 | Tamizaje neonatal / procesamiento de muestra |

Nota: *Actividad trazadora. Las celdas de color amarillo son subproductos que son entregados en EESS de 3er nivel. Tomado del documento Definiciones Operacionales – MINSA, 2019

Criterios de Programación:

- Atención inmediata del Recién Nacido y Recién Nacido: De acuerdo a la tendencia de los últimos 03 años anteriores. Tomar referencia la meta de atención de parto normal + partos por cesárea.

Programación del producto 3033305 en la Microred de Baños del Inca

Para el presente producto, el criterio se desprende del subproducto trazador “Atención inmediata del recién nacido”, este se basa en la programación del producto de parto normal. Dicho esto, tenemos que la atención inmediata del recién nacido se mantiene con un incremento gradual cada año, no obstante, en el año 2017 se observa una programación de la mitad de partos, recordemos que ese año la programación de partos era mucho mayor que las gestantes programadas. Por lo que 914 RN es una programación más real teniendo como referencia los años anteriores También es importante mencionar que al ser la Microred un EESS de referencia atiende también partos de otros distritos fuera de su jurisdicción como: Jesús y La Encañada, más su atención a recién nacidos se realiza en los establecimientos de procedencia, por ello 2016 se evidencia una programación menor al subproducto trazador. Por otro lado, hay que reconocer que en el presente producto para sus subproductos la programación se ha ceñido casi en su totalidad.

Tabla 39

Programación Física vs Programación según criterio de Atención del recién nacido normal de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | Año | | | | |
|---|------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Atención inmediata del recién nacido | 870 | 733 | 914 | 1161 | 1119 |
| Control del recién nacido (7° y 15° día) * | 870 | 511 | 717 | 1040 | 1119 |
| Visita domiciliaria | 870 | 755 | 377 | 1040 | 1119 |
| Atención del recién nacido en alojamiento conjunto | | | | 1161 | 1033 |
| Criterio MINSA: 100% atención del parto normal | 865 | 878 | 1850 | 1161 | 1121 |
| % Programado/Criterio | 100.6% | 83.5% | 49.4% | 100.0% | 99.8% |

Nota. * A partir de 2017 se agrega el control a los 2° 7° 15° Y 21°. Elaboración propia a partir de los criterios establecidos en las definiciones operacionales del programa y la información de programación física del SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA

O. Producto 3033306: Atención del Recién Nacido con Complicaciones. Conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo recién nacido que presenta trastornos que se desarrollan antes, durante y después del nacimiento.

Producto, Actividades y Sub Productos:

Tabla 40

Desagregación de Atención del recién nacido con complicaciones

| | Código | Denominación |
|------------------|----------------|---|
| Actividad | 3033306 | Atención del recién nacido con complicaciones |
| | 3330601 | Atención de recién nacido con complicaciones* |
| | 3330619 | Seguimiento del recién nacido de alto riesgo |
| | 3330602 | Asfixia del nacimiento |
| | 3330603 | Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico) |
| | 3330604 | Neonato afectado por condiciones maternas (HTA, infección, DM y RPM) |
| | 3330605 | Bajo peso al nacer y prematuro |
| | 3330606 | Oftalmia del recién nacido |
| | 3330608 | Sífilis congénita |
| Sub | 3330609 | Onfalitis |
| Productos | 3330610 | Sepsis neonatal |
| | 3330611 | Trastornos metabólicos del recién nacido. ictericia neonatal no fisiológica |
| | 3330612 | Dificultad respiratoria del recién nacido |
| | 3330613 | Convulsiones neonatales |
| | 3330614 | Hipotiroidismo congénito |
| | 3330615 | Incompatibilidad RH/ABO en el recién nacido |
| | 3330616 | Hidrocefalia congénita |
| | 3330617 | Paladar hendido (fisura labio palatino) |
| | 3330618 | Displasia evolutiva de cadera |

Nota: *Actividad trazadora. Las celdas subrayadas son subproductos entregados en EESS de 2° nivel en adelante. Tomado de Definiciones Operacionales – MINSA, 2019.

Criterios de Programación:

Sólo programan establecimientos de salud con capacidad resolutive correspondiente, la meta es la del subproducto trazador y se estimará la meta de acuerdo a la tendencia de los últimos 03 años, programar como mínimo lo atendido el año anterior.

Programación del producto 3033306 en la Microred de Baños del Inca

En el presente producto se debe programar aquellos EESS que cuentan con capacidad resolutive, en este caso es el EESS cabecera de la Microred que corresponde a nivel I-4. Como el subproducto trazador es “Atención de recién nacido con complicaciones”, la programación de todos los subproductos se desprende de esta. Por lo que, se observa que se ha programado todos los años con una tendencia descendente lo cual, al contrario de anteriores subproductos, es una

buena señal pues significa que se está mitigando las complicaciones en el recién nacido brindando atenciones adecuadas y/o se realiza un proceso de referenciación ágil.

Esto se verifica en la programación de sus demás subproductos, como se observa en la tabla 41, al año 2015 la Microred tuvo programación en subproductos que solo corresponden a EESS de 2do nivel en adelante, esto porque a ese año se trataba de atender las complicaciones hasta referir al paciente. Caso contrario ocurre en años posteriores al 2015 donde vemos que ya no se tiene una programación en dichos subproductos, eso se puede deber a dos motivos, a) al año 2015 ya no se les presentó ninguno de esos casos en su jurisdicción o b) dejaron de atender casos y cuya atención era inmediatamente referida a los EESS correspondientes. A su vez, los subproductos que mantienen una alta programación para el año 2019 son “Bajo peso al nacer” y “Neonato afectado por condiciones maternas” con 85 y 135 neonatos respectivamente, no teniendo coherencia con su programación en años anteriores ni con el subproducto trazador. Por lo que podemos decir que existen desfases en el proceso de programación, siendo que solo corresponde su atención hasta el momento de referir a los pacientes a los EESS que corresponden.

Tabla 41

Programación Física de Atención del recién nacido con complicaciones de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | Año | | | | |
|--|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Atención de recién nacido con complicaciones | 27 | 2 | 24 | 22 | 20 |
| Sepsis neonatal | 14 | | | | |
| Hipotiroidismo congénito | 5 | | | | |
| Oftalmia del recién nacido | 56 | | | 1 | 5 |
| Hidrocefalia congénita | 4 | | | | |
| Bajo peso al nacer y prematuro | 18 | | 10 | 5 | 83 |
| Dificultad respiratoria del recién nacido | 1 | | 3 | 2 | 3 |
| Neonato afectado por condiciones maternas (HTA, infección, dm y rpm) | 18 | | 3 | 1 | 135 |
| Convulsiones neonatales | 10 | | | | |
| Onfalitis | 43 | | 5 | 4 | 2 |
| Sífilis congénita | 16 | | 2 | 0 | 1 |
| Paladar hendido (fisura labio palatino) | 9 | | | | |
| Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico) | 31 | | 3 | 1 | 5 |
| Asfixia del nacimiento | 38 | | 4 | 1 | 15 |

Nota. Las celdas de verde corresponden a EESS de 2do nivel a más. SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA. Proporcionado por la Oficina de Administración – DIRESA

P. Producto 3033412: Familias Saludables Informadas Respecto de su Salud Sexual y Reproductiva. Conjunto de actividades dirigidas a familias con gestantes, puérperas y adolescentes del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, quienes reciben educación para la salud a fin de promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, a través de consejerías, sesiones educativas y orientación.

Producto, Actividades y Sub Productos:

Tabla 42

Desagregación de Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva

| | Código | Denominación |
|--------------------|----------------|---|
| Actividad 1 | 5005984 | Promoción de prácticas saludables para el cuidado de la salud sexual y reproductiva en familias |
| | 3341205 | Consejería en el hogar durante la visita domiciliaria, a familias de la gestante y puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva |
| | 3341202 | Agentes comunitarios de salud capacitados realizan orientación a familias de gestantes y puérperas en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva |
| | 3341203 | Sesiones educativas a familias de adolescentes en salud sexual integral |
| Actividad 2 | 5005985 | Capacitación Actores Sociales que Promueven la Salud Sexual y Reproductiva |
| | 3341204 | Docentes capacitados realizan educación sexual integral desde la institución educativa |
| | 3341205 | Funcionarios municipales capacitados gestionan espacios educativos para promover la salud sexual y reproductiva |

Nota. Definiciones Operacionales – MINSa, 2019.

Criterios de Programación:

- Subproducto 3341205 y 3341202: 100% de familias con gestantes y puérperas programadas y 100% de Agentes Comunitarios de Salud respectivamente.
- Subproducto 3341203: Programación del producto “adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo”.
- Subproducto 3341204: Programación del sub producto “Consejo Educativo Institucional”
- Subproducto 3341205: 100% de municipios de los distritos.

Programación del producto 3033412 en la Microred de Baños del Inca

A pesar de que se tienen diferentes involucrados, la entrega del producto corresponde a la misma población: gestantes, puérperas y adolescentes.

Respecto del primer subproducto, vemos que solo 2 años cumplen con el criterio establecido, los cuales son el año 2017 y 2018 con 1262 y 993 gestantes respectivamente cumpliendo con el 100% en ambos años. Para el año 2015 ocurre que solo se ha programado el 99.1%, dejando una brecha del 0.9% de familias sin atender; numéricamente se podría decir que 0.9% es realmente insignificante, no obstante, representa aproximadamente a 12 familias con gestantes y/o puérperas, se sabe que las gestantes se encuentran en riesgo desde el momento de la concepción hasta incluso después del parto, por ello dejar sin atención a 12 familias con gestantes y/o puérperas supone un riesgo mucho mayor para ellas. Caso contrario ocurre en los años 2016 y 2018 donde se han programado 4.6% y 8.7% MÁS de lo que deberían haber programado.

Tabla 43

Programación Física vs Programación según criterio del subproducto Consejería en el hogar durante la visita domiciliaria a familias de la gestante o puérpera del producto 3033412 de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Consejería en el hogar durante la visita domiciliaria a familias de la gestante o puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva | 1256 | 1262 | 1262 | 1057 | 993 |
| Criterio MINSA: 100% gestantes Programadas | 1,268 | 1,206 | 1,262 | 972 | 993 |
| % Programado/familias | 99.1% | 104.6% | 100.0% | 108.7% | 100.0% |

Nota. Elaboración propia a partir de los criterios establecidos en las definiciones operacionales del programa y la información de programación física del SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA

Los siguientes subproductos se implementaron en este producto a partir del año 2018, unión de los productos “Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva”, “Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva” e “Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva”. Comparando la programación de los mencionados productos con la que observamos en la tabla 44, se mantienen constantes en los años, lo cual significa que se tiene una buena programación en las presentes, sin embargo, para el subproducto de “funcionarios municipales capacitados” al año 2018 se ha programado 23, mientras que años anteriores y 2019 se tiene una programación de 4 correspondiente a los municipios que esta Microred tiene a su jurisdicción.

Tabla 44

Programación Física de Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | 2018 | 2019 |
|---|-------------|-------------|
| Agentes comunitarios de salud capacitados realizan orientación a familias de gestantes y puérperas en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva | 273 | 250 |
| Docentes capacitados realizan educación sexual integral desde la institución educativa | 56 | 65 |
| Funcionarios municipales capacitados gestionan espacios educativos para promover la salud sexual y reproductiva | 23 | 4 |

Nota. SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA. Proporcionado por la Oficina de Administración – DIRESA

Finalmente, para este último subproducto el criterio nos menciona que se tiene que realizar la misma programación que el producto “adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo”, como se observa en la tabla 45, esto no ocurre, pues se ve que al año 2018 solo se ha programado el 69.3% de la población total de adolescentes programados que acuden para la prevención del embarazo, mientras que para el año 2019, a pesar de evidenciarse un incremento respecto al año 2018, tan solo se ha programado el 50% de la población según el criterio establecido; por lo que existiría un desfase de programación.

Tabla 45

Programación Física vs Programación según criterio del subproducto Sesiones educativas a familias de adolescentes en salud sexual integral del producto 3033412 de la MR de Baños del Inca: 2015-2019

| Subproducto | Año | |
|--|-------------|-------------|
| | 2018 | 2019 |
| Sesiones educativas a familias de adolescentes en salud sexual integral | 957 | 1002 |
| Criterio MINSA: Atención integral para la prevención del embarazo adolescente | 1,380 | 2,005 |
| % Programado/criterio | 69.3% | 50.0% |

Nota. Elaboración propia a partir de los criterios establecidos en las definiciones operacionales del programa y la información de programación física del SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA.

Q. Resumen – Programación Metas Físicas Microred Baños del Inca: En este cuadro presento el resumen de la programación total por productos, donde se evidencian desfases de programación en diversos productos y especialmente en los productos trazadores: “Atención Prenatal Reenfocada”, “Atención del parto Normal”, “Atención del Puerperio” y “Atención del Recién nacido Normal”, los cuales se presentan sombreados en la tabla 46.

Tabla 46*Programación Total de Metas Físicas de la Microred de Baños del Inca*

| | Producto | Año | | | | |
|---------|---|-------|-------|-------|--------|-------|
| | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| 3000001 | Acciones Comunes | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 3000005 | Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo | 1,253 | 1,172 | 1,362 | 1,380 | 2,005 |
| 3033172 | Atención Prenatal Reenfocada | 1,268 | 1,206 | 1,262 | 972 | 993 |
| 3033288 | Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva | 8 | 8 | 8 | 0 | 0 |
| 3033289 | Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva | 232 | 224 | 130 | 0 | 0 |
| 3033290 | Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva | 339 | 424 | 396 | 0 | 0 |
| 3033291 | Población accede a métodos de planificación familiar | 5,711 | 6,806 | 6,897 | 5,856 | 5,603 |
| 3033292 | Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva | 6,792 | 3,232 | 7,274 | 10,047 | 7,059 |
| 3033294 | Atención de la gestante con complicaciones | 225 | 175 | 225 | 150 | 1,989 |
| 3033295 | Atención del Parto Normal | 865 | 878 | 1,850 | 1,161 | 1,121 |
| 3033296 | Atención del parto complicado no quirúrgico | 7 | 18 | 11 | 3 | 42 |
| 3033298 | Atención del Puerperio | 870 | 1,204 | 1,063 | 846 | 794 |
| 3033304 | Acceso al sistema de referencia institucional | 624 | 62 | 356 | 2,188 | 2,221 |
| 3033305 | Atención del Recién Nacido Normal | 870 | 733 | 914 | 1,161 | 1,119 |
| 3033306 | Atención del recién nacido con complicaciones | 290 | 2 | 54 | 37 | 269 |
| 3033412 | Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva | 1,256 | 1,262 | 1,262 | 2,366 | 2,314 |

Nota. SIGA (Módulo de PPR y de Logística) institucional DIRESA. Proporcionado por la Oficina de Administración – DIRESA

Cabe mencionar que al consultar el porqué de las diferencias en la programación, indicaron varias veces el cambio de población INEI a la población de padrón nominal, sin embargo al verificarlo no se encuentra diferencia pues aun así se siguió encontrando desfases de programación, así mismo, también se mencionó que tres de los productos los programan diferentes coordinadores: Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del

embarazo (Coordinador del programa “etapa de vida adolescente”), Población accede a métodos de planificación (Coordinador de planificación) y Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva (Coordinador del programa “promoción de la salud). Sin embargo, parece existir una débil comunicación entre ellos ya que se me sugirió consultar la programación con cada uno.

A su vez al momento de recolectar la información de las diferentes oficinas respecto al tema de programación física, se encontró que, en los tableros de mando otorgados por la DIRESA y por la Red de Salud Cajamarca, la información para ciertos productos era diferente a la programación que se encuentra en el sistema SIGA. Al respecto, se me afirmó por la coordinadora del programa que muchas veces las redes no completan la digitalización pues en los primeros meses siempre existen modificaciones, por otro lado, en la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística se me indicó que esto suele ocurrir muchas veces puesto que los coordinadores modifican para llegar a la meta trazada en los indicadores de evaluación.

Como se observa en la tabla 47, para el primer subproducto corresponde a la Atención de la Gestante, trazador del producto atención prenatal reenfocada, se tiene que tan solo para los años 2018 y 2019 se ha programado en los tableros de mando de acuerdo al padrón nominal, por otro lado, en los años 2015 y 2016 la población INEI fue de 1,863 y 2,030 respectivamente.

Tabla 47

Gestantes Programadas - Programación SIGA vs Tableros de mando 2015-2019

| AÑO | Programación SIGA | Programación Tableros de Mando | Diferencia | Diferencia en % |
|------|-------------------|--------------------------------|------------|-----------------|
| 2015 | 1,268 | 1,490 | 222 | 17.5% |
| 2016 | 1,206 | 1,624 | 418 | 34.7% |
| 2017 | 1,262 | 1,221 | 41 | -3.2% |
| 2018 | 972 | 1,154 | 182 | 18.7% |
| 2019 | 993 | 1,203 | 210 | 21.1% |

Nota. Elaboración propia a partir de los tableros de mando del PPSMN otorgados por la oficina de Salud de las Personas de la Red de Salud y DIRESA Cajamarca.

Para el subproducto de Atención Odontológica, presentado en la tabla 48, que corresponde al producto de Atención prenatal reenfocada se observa que para el año 2015 se programó 44.8% menos en los tableros de mando que en el sistema, así mismo para los años posteriores, 2016 y 2018, se tiene una programación superior al que figura en el sistema SIGA.

Tabla 48*Atención Odontológica - Programación SIGA vs Tableros de mando 2015-2019*

| AÑO | Programación SIGA | Programación Tableros de Mando | Diferencia |
|------|-------------------|--------------------------------|------------|
| 2015 | 1,620 | 894 | -44.8% |
| 2016 | 901 | 974 | 8.1% |
| 2017 | 907 | 733 | -19.2% |
| 2018 | 527 | 694 | 31.7% |
| 2019 | 722 | 722 | 0.0% |

Nota. Elaboración propia a partir de los tableros de mando del PPSMN otorgados por la oficina de Salud de las Personas de la Red de Salud y DIRESA Cajamarca.

En la tabla 49, se presenta el producto de parto normal, aquí observamos que la programación en los tableros de mando para los primeros años excede más del 50% de la programación en el SIGA, posteriormente se observa que en el año 2017 se programó en los tableros de mando 47.2% de gestantes MENOS que en el sistema SIGA.

Tabla 49*Parto Normal - Programación SIGA vs Tableros de mando 2015-2019*

| AÑO | Programación SIGA | Programación Tableros de Mando | Diferencia |
|------|-------------------|--------------------------------|------------|
| 2015 | 865 | 1,441 | 66.6% |
| 2016 | 878 | 1,636 | 86.3% |
| 2017 | 1,850 | 977 | -47.2% |
| 2018 | 1,161 | 1,068 | -8.0% |
| 2019 | 1,121 | 1,121 | 0.0% |

Nota. Elaboración propia a partir de los tableros de mando del PPSMN otorgados por la oficina de Salud de las Personas de la Red de Salud y DIRESA Cajamarca.

Es importante mencionar que esta programación se utiliza para el indicador trazador de parto institucional, el cual ayuda a determinar la cantidad de gestantes adolescentes atendidas, a pesar de no tener una programación física en sí. No obstante, para el cálculo de partos en adolescentes se encontró una cantidad de partos adolescentes programado en los tableros de mando en los años 2018 y 2019, siendo de más de 500 adolescentes esperadas en cada año.

Tabla 50*Programación partos adolescentes según tableros de mando 2018 - 2019*

| AÑO | Partos en adolescentes |
|------|------------------------|
| 2017 | 547 |
| 2018 | 617 |
| 2019 | 576 |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados en los tableros de mando del PPSMN – DIRESA.

Finalmente se tiene el producto de atención al puerperio en donde la programación según los tableros de mando también es mayor a la programación que en el SIGA, es así que para el año 2015 se programó 45.6% más, mientras que al año 2019 se redujo a una programación de 21.2% más respecto a la programación SIGA.

Tabla 51*Atención del Puerperio - Programación SIGA vs Tableros de mando 2015-2019*

| AÑO | Programación SIGA | Programación Tableros de Mando | Diferencia |
|------|-------------------|--------------------------------|------------|
| 2015 | 870 | 1,267 | 45.6% |
| 2016 | 1,204 | 1,380 | 14.6% |
| 2017 | 1,063 | 658 | -38.1% |
| 2018 | 846 | 924 | 9.2% |
| 2019 | 794 | 962 | 21.2% |

Nota. Elaboración propia a partir de los tableros de mando del PPSMN otorgados por la oficina de Salud de las Personas de la Red de Salud y DIRESA Cajamarca.

4.2.1.2. Formulación Presupuestal del PP SMN.

Para la formulación financiera es importante mencionar que debido a que la Microred no es una Unidad Ejecutora, se presentará la formulación presupuestaria a nivel DIRESA, dado que si se tiene una ejecución presupuestal a nivel de centro de costo que vendrían a ser cada establecimiento de salud que conforma la Microred de Baños del Inca, puesto que las compras se realizan de manera general y luego son distribuidas entre las distintas Microredes para su respectiva distribución a sus establecimientos de salud en jurisdicción, de igual manera ocurre con los pagos a planillas de personal tanto asistencial como administrativo entre otros gastos. Además de ello, también es conveniente mencionar que si existe una programación financiera

como tal, la cual se puede recopilar del sistema SIGA y/o del sistema SIAF ya que al momento de introducir las metas físicas programadas al sistema, para su posterior aprobación y ejecución en compra de requerimientos, se tienen costos predeterminados y establecidos por cada requerimiento o meta física lo que equivaldría a una programación financiera establecida y predeterminada por el mismo sistema, sin embargo esta información no ha sido posible recopilarse por falta de acceso a los mencionado sistemas administrativos del sector público.

A. Año 2015.

De manera general podemos observar que los productos a los que se les ha asignado mayor presupuesto son: Atención del parto (S/. 2,378,860.00), Atención del parto complicado no quirúrgico (S/. 1,466,725.00) y Atención prenatal reenforcada (S/. 1,092,375.00) ¿Qué significan todas estas cifras y en ese orden? No solo representan los productos con más presupuesto en el año, sino que, son los productos MÁS priorizados durante el año, los productos que tendrían mayor importancia del programa. Mientras que, por otro lado, se encuentran los productos con menor priorización y por ende menor asignación presupuestal, estos vienen a ser: Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva (S/. 54,841.00), Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo (S/. 62,917.00) y Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva (S/. 86,992.00).

El análisis realizado es de manera general, ahora al realizar una comparación PIM vs PIA se tiene que: la modificación total asciende a nueve millones doce mil diecinueve soles (S/ 9,012,019.00) de los cuales los productos con mayor incremento presupuestal fueron Acciones comunes, producto de gestión, con un incremento de S/. 1,830,102.00 y Atención prenatal reenforcada, producto operacional, con un incremento de S/. 1,805,830.00.

Así mismo, es importante mencionar que a pesar de que se evidencia incremento presupuestal en todos los productos, aquellos que recibieron un menor incremento fueron Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva al cual solo se le incremento S/. 4,583.00; Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva con un incremento de s/. 5,250.00 y finalmente Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva al cual se le disminuyeron S/ 26.00 soles.

Tabla 52.*Comparación PIM – PIA, DIRESA Cajamarca 2015*

| Codigo | Producto/ Proyecto | PIA | PIM | PIM - PIA |
|--------------------------|---|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| 3000001 | Acciones comunes | S/. 534,521.00 | S/. 2,364,623.00 | S/. 1,830,102.00 |
| 3000005 | Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo | S/. 62,917.00 | S/. 148,207.00 | S/. 85,290.00 |
| 3033172 | Atención prenatal reenforcada | S/. 1,092,375.00 | S/. 2,898,203.00 | S/. 1,805,830.00 |
| 3033288 | Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva | S/. 86,992.00 | S/. 91,575.00 | S/. 4,583.00 |
| 3033289 | Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva | S/. 54,841.00 | S/. 54,815.00 | -S/. 26.00 |
| 3033290 | Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva | S/. 112,924.00 | S/. 125,865.00 | S/. 12,941.00 |
| 3033291 | Población accede a métodos de planificación familiar | S/. 153,927.00 | S/. 412,749.00 | S/. 258,822.00 |
| 3033292 | Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva | S/. 229,780.00 | S/. 235,030.00 | S/. 5,250.00 |
| 3033294 | Atención de la gestante con complicaciones | S/. 959,886.00 | S/. 2,297,077.00 | S/. 1,337,191.00 |
| 3033295 | Atención del parto normal | S/. 2,378,860.00 | S/. 3,733,347.00 | S/. 1,354,487.00 |
| 3033296 | Atención del parto complicado no quirúrgico | S/. 1,466,725.00 | S/. 1,866,371.00 | S/. 399,646.00 |
| 3033298 | Atención del puerperio | S/. 712,171.00 | S/. 867,300.00 | S/. 155,129.00 |
| 3033304 | Acceso al sistema de referencia institucional | S/. 883,901.00 | S/. 1,710,508.00 | S/. 826,607.00 |
| 3033305 | Atención del recién nacido normal | S/. 858,920.00 | S/. 1,192,355.00 | S/. 333,435.00 |
| 3033306 | Atención del recién nacido con complicaciones | S/. 560,180.00 | S/. 1,047,298.00 | S/. 487,118.00 |
| 3033412 | Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva | S/. 115,966.00 | S/. 231,580.00 | S/. 115,614.00 |
| MONTO TOTAL (S/.) | | S/ 19,276,905.00 | S/ 19,276,905.00 | S/ 9,012,019.00 |

Nota. Elaboración Propia a partir de la información que figura en Consulta Amigable y la programación del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística) proporcionada por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca.

B. Año 2016.

Tal como se observa en la tabla 53, los productos a los que se les ha asignado mayor presupuesto son: Atención del parto (S/. 1' 894 843.00), Atención prenatal reenforcada (S/. 1'537 045.00) y Atención del parto no quirúrgico (S/. 1' 375 742.00), por otro lado, se encuentran los productos con menor priorización, los cuales se encuentran de color rojo, estos vienen a ser: Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva (S/. 61 161.00), Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva (S/. 91 049.00) e Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva (S/. 107 984.00).

De acuerdo a la comparación PIM vs PIA se tiene que: la modificación total asciende a ocho millones seiscientos dieciocho mil novecientos sesenta y siete soles (S/. 8' 618 967) de los cuales el 43.89% de presupuesto se le incrementó al producto de Acciones comunes, producto de

gestión, equivalente a más de tres millones de soles (S/.3' 782 621.00) y en comparación con los productos operacionales, de los cuales el producto con mayor incremento es Atención prenatal reenfocada con un aumento de un millón cuatrocientos cincuenta mil seiscientos cincuenta y ocho soles (S/. 1' 450 658.00) a nivel DIRESA. Ocurre lo contrario con los productos de Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo, Atención del puerperio y Municipios saludables que promueven en salud sexual y reproductiva, productos a los cuales se les ha reducido el presupuesto en S/. 40 289.00; S/ 6 556.00 y S/. 207.00 soles respectivamente. En este punto es evidente que para ese año se priorizó actividades de monitoreo y supervisión sobre actividades de atención a la población beneficiaria.

Además, en una entrevista a la coordinadora o representante del programa por parte del Ministerio de Economía y Finanzas, afirmó que en el producto de acciones comunes se incluía el pago de todo el personal, es por ello que incrementaba esa cantidad excesiva de presupuesto, sin embargo, en el sistema de consulta amigable se evidencia que en todos los productos se tiene una consigna para el personal tanto de salud como administrativo, por lo que no se tiene coherencia.

Tabla 53.

Comparación PIM – PIA, DIRESA Cajamarca 2016

| Codigo | Producto/ Proyecto | PIA | PIM | PIM - PIA |
|--------------------------|---|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| 3000001 | Acciones comunes | S/. 375,369.00 | S/. 4,157,990.00 | S/. 3,782,621.00 |
| 3000005 | Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo | S/. 435,728.00 | S/. 395,439.00 | -S/. 40,289.00 |
| 3033172 | Atención prenatal reenfocada | S/. 1,537,045.00 | S/. 2,987,703.00 | S/. 1,450,658.00 |
| 3033288 | Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva | S/. 91,049.00 | S/. 90,842.00 | -S/. 207.00 |
| 3033289 | Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva | S/. 61,161.00 | S/. 76,135.00 | S/. 14,974.00 |
| 3033290 | Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva | S/. 107,984.00 | S/. 109,313.00 | S/. 1,329.00 |
| 3033291 | Población accede a métodos de planificación familiar | S/. 175,998.00 | S/. 345,582.00 | S/. 169,584.00 |
| 3033292 | Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva | S/. 341,300.00 | S/. 474,673.00 | S/. 133,373.00 |
| 3033294 | Atención de la gestante con complicaciones | S/. 1,068,505.00 | S/. 2,074,532.00 | S/. 1,006,027.00 |
| 3033295 | Atención del parto normal | S/. 1,894,843.00 | S/. 2,619,412.00 | S/. 724,569.00 |
| 3033296 | Atención del parto complicado no quirúrgico | S/. 1,375,742.00 | S/. 1,847,547.00 | S/. 471,805.00 |
| 3033298 | Atención del puerperio | S/. 886,019.00 | S/. 879,463.00 | -S/. 6,556.00 |
| 3033304 | Acceso al sistema de referencia institucional | S/. 892,158.00 | S/. 1,491,205.00 | S/. 599,047.00 |
| 3033305 | Atención del recién nacido normal | S/. 1,071,474.00 | S/. 1,254,035.00 | S/. 182,561.00 |
| 3033306 | Atención del recién nacido con complicaciones | S/. 847,687.00 | S/. 860,969.00 | S/. 13,282.00 |
| 3033412 | Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva | S/. 332,089.00 | S/. 448,278.00 | S/. 116,189.00 |
| MONTO TOTAL (S/.) | | S/ 11,494,151.00 | S/ 20,113,118.00 | S/ 8,618,967.00 |

Nota. Elaboración Propia a partir de la información que figura en Consulta Amigable y la programación del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística) proporcionada por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca.

C. Año 2017.

Para este año se tiene un incremento de presupuesto PIA del 21.7% con respecto al año 2016, es decir, S/. 2' 489 452.00 más. Por lo que se esperaba que las priorizaciones sean mayores para los productos operacionales y trazadores.

De este modo es que se tiene que los productos que presentan una mayor priorización son: Atención del parto (S/ 2' 008 035.00) seguido de Acciones comunes (S/1' 713 301.00) y Atención prenatal reenfocada (S/. 1' 665 720.00). Por otro lado, los productos menos priorizados fueron: Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva (S/. 62 158.00), Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva (S/. 91 766.00) e Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva (S/. 101 509.00).

Esto en contraste con el presupuesto modificado (PIM) donde se observa que, a nivel DIRESA, los productos que han tenido un mayor incremento o mayor modificación presupuestal fueron en primer lugar Atención prenatal reenfocada con un incremento de dos millones trescientos sesenta y seis ciento cincuenta soles (S/ 2' 366 150.00); en segundo lugar, se encuentra el producto de Acciones comunes con un incremento de setecientos sesenta y siete seiscientos cincuenta y cinco soles (S/ 767 655.00); finalmente se encuentra Atención del parto normal con un incremento de setecientos veintiocho mil quinientos cincuenta y siete soles (S/ 728 557.00). a su vez, entre los productos con menor modificación presupuestaria se encuentran: Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva con cinco mil trescientos veintitrés soles (S/ 5 323.00); seguida de Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva y Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva con un incremento de diecisiete mil ciento noventa y dos soles (S/ 17 192.00) y diecinueve mil ochocientos cincuenta y ocho soles (S/19 858.00).

Finalmente es necesario mencionar que para este año el producto de Atención al puerperio sufrió una modificación presupuestaria negativa de treinta y un mil novecientos noventa y ocho soles (S/ 31 998.00); es decir, se le quitó presupuesto a ese producto para cubrir las necesidades de otros productos; tal como se observa en la tabla 54.

Tabla 54*Comparación PIM - PIA, DIRESA, 2017*

| Codigo | Producto/ Proyecto | PIA | PIM | PIM - PIA |
|--------------------------|---|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| 3000001 | Acciones comunes | S/. 1,713,301.00 | S/. 2,480,956.00 | S/. 767,655.00 |
| 3000005 | Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo | S/. 464,948.00 | S/. 557,232.00 | S/. 92,284.00 |
| 3033172 | Atención prenatal reenfocada | S/. 1,665,720.00 | S/. 4,031,870.00 | S/. 2,366,150.00 |
| 3033288 | Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva | S/. 91,766.00 | S/. 108,958.00 | S/. 17,192.00 |
| 3033289 | Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva | S/. 62,158.00 | S/. 90,218.00 | S/. 28,060.00 |
| 3033290 | Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva | S/. 101,590.00 | S/. 127,955.00 | S/. 26,365.00 |
| 3033291 | Población accede a métodos de planificación familiar | S/. 175,381.00 | S/. 429,511.00 | S/. 254,130.00 |
| 3033292 | Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva | S/. 413,808.00 | S/. 419,131.00 | S/. 5,323.00 |
| 3033294 | Atención de la gestante con complicaciones | S/. 1,196,826.00 | S/. 1,657,894.00 | S/. 461,068.00 |
| 3033295 | Atención del parto normal | S/. 2,008,035.00 | S/. 2,736,592.00 | S/. 728,557.00 |
| 3033296 | Atención del parto complicado no quirúrgico | S/. 1,489,450.00 | S/. 1,617,843.00 | S/. 128,393.00 |
| 3033298 | Atención del puerperio | S/. 916,218.00 | S/. 884,220.00 | -S/. 31,998.00 |
| 3033304 | Acceso al sistema de referencia institucional | S/. 993,628.00 | S/. 1,215,976.00 | S/. 222,348.00 |
| 3033305 | Atención del recién nacido normal | S/. 1,431,317.00 | S/. 1,587,392.00 | S/. 156,075.00 |
| 3033306 | Atención del recién nacido con complicaciones | S/. 850,608.00 | S/. 1,340,592.00 | S/. 489,984.00 |
| 3033412 | Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva | S/. 408,849.00 | S/. 428,707.00 | S/. 19,858.00 |
| MONTO TOTAL (S/.) | | S/ 13,983,603.00 | S/ 19,715,047.00 | S/ 5,731,444.00 |

Nota. Elaboración Propia a partir de la información que figura en Consulta Amigable y la programación del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística) proporcionada por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca.

D. Año 2018.

Si bien es cierto el PIA para este año incrementó en un 27.98%, el PIM tan solo incrementó en un 2.58% respecto al año 2017. Además, entre los productos que han recibido una mayor asignación PIA fueron: Atención prenatal reenfocada (S/ 3' 411 131.00), Atención del parto normal (S/ 2' 287 790.00) y Acciones comunes (S/ 1' 998 917.00). Por otro lado, tenemos a los productos con menor asignación, los cuales fueron principalmente aquellos destinados a promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva.

Si comparamos la asignación PIM vs la asignación PIA, tenemos que los productos que recibieron una mayor modificación presupuestal fueron: Atención prenatal reenfocada con un incremento de un millón trescientos ochenta y ocho mil ciento veintisiete soles (S/ 1' 388 127.00), seguido de atención de la gestante con complicaciones con un incremento de

cuatrocientos cuarenta y seis mil quinientos quince soles (S/ 446 515.00) y Acciones comunes con un incremento de cuatrocientos ocho mil doscientos cincuenta y cuatro soles (S/ 408 254.00).

Es importante hacer mención a los productos que no recibieron ninguna modificación los cuales fueron: Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo, Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva y Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva. Además que para este año se tuvieron más de un producto a los que se les quitó presupuesto, estos productos fueron: Atención al recién nacido normal con una disminución de doscientos nueve mil doscientos soles (S/ 209 200.00), seguido de Atención del parto normal donde se le disminuyó ciento sesenta y un mil ochocientos setenta y cinco soles (S/ 161 875.00) y Atención del puerperio con una disminución de ochenta y cinco mil soles (S/ 85 000.00). Estos tres productos corresponden a atención directa con la gestante y recién nacido, entonces porque se les disminuyó presupuesto en vez de incrementarlo siendo productos trazadores para el programa.

Tabla 55

Comparación PIM - PIA, DIRESA, 2018

| Codigo | Producto/ Proyecto | PIA | PIM | PIM - PIA |
|--------------------------|---|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| 3000001 | Acciones comunes | S/. 1,998,917.00 | S/. 2,407,171.00 | S/. 408,254.00 |
| 3000005 | Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo | S/. 596,876.00 | S/. 596,876.00 | S/. 0.00 |
| 3033172 | Atención prenatal reenforcada | S/. 3,411,131.00 | S/. 4,799,258.00 | S/. 1,388,127.00 |
| 3033291 | Población accede a métodos de planificación familiar | S/. 341,652.00 | S/. 411,646.00 | S/. 69,994.00 |
| 3033292 | Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva | S/. 418,813.00 | S/. 418,813.00 | S/. 0.00 |
| 3033294 | Atención de la gestante con complicaciones | S/. 1,451,842.00 | S/. 1,898,357.00 | S/. 446,515.00 |
| 3033295 | Atención del parto normal | S/. 2,287,790.00 | S/. 2,125,915.00 | S/. 161,875.00 |
| 3033296 | Atención del parto complicado no quirúrgico | S/. 1,731,473.00 | S/. 1,734,193.00 | S/. 2,720.00 |
| 3033298 | Atención del puerperio | S/. 1,002,729.00 | S/. 917,729.00 | S/. 85,000.00 |
| 3033304 | Acceso al sistema de referencia institucional | S/. 1,147,738.00 | S/. 1,223,123.00 | S/. 75,385.00 |
| 3033305 | Atención del recién nacido normal | S/. 1,495,593.00 | S/. 1,286,393.00 | S/. 209,200.00 |
| 3033306 | Atención del recién nacido con complicaciones | S/. 827,501.00 | S/. 1,219,842.00 | S/. 392,341.00 |
| 3033412 | Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva | S/. 1,184,657.00 | S/. 1,184,657.00 | S/. 0.00 |
| MONTO TOTAL (S/.) | | S/ 17,896,712.00 | S/ 20,223,973.00 | S/ 2,327,261.00 |

Nota. Elaboración Propia a partir de la información que figura en Consulta Amigable y la programación del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística) proporcionada por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca.

E. Año 2019.

En el año 2019 se tiene un incremento del PIA de 13.8% respecto al año anterior y un incremento de PIM de 16.2%. Respecto a la asignación PIA se tiene que los productos con mayor asignación presupuestal fueron Atención prenatal reenfocada (S/ 5' 792 107.00) y Atención del parto normal (S/ 3' 728 263.00). A su vez, entre los productos que fueron menos priorizados están aquellos referidos a la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva. Finalmente al realizar una comparación PIM vs PIA se tiene que los productos que recibieron un mayor incremento presupuestal fueron: Atención de la gestante con complicaciones con un incremento de S/ 1' 347 350.00, seguido de Acciones comunes con un incremento de S/ 313 200.00 y Atención del parto normal con un incremento S/ 295 709.00.

Del mismo modo es necesario mencionar que para este año solo hubo dos productos que recibieron una disminución presupuestal, estos fueron: Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo con una disminución de sesenta mil quinientos ocho soles (S/ 61 508.00) y Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva con una disminución de ocho mil sesenta y seis soles (S/ 8 066.00).

Tabla 56

Comparación PIM - PIA, DIRESA, 2019

| Codigo | Producto/ Proyecto | PIA | PIM | PIM - PIA |
|--------------------------|---|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| 3000001 | Acciones comunes | S/. 1,916,135.00 | S/. 2,229,335.00 | S/. 313,200.00 |
| 3000005 | Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo | S/. 833,964.00 | S/. 772,456.00 | -S/. 61,508.00 |
| 3033172 | Atención prenatal reenfocada | S/. 5,792,107.00 | S/. 5,993,965.00 | S/. 201,858.00 |
| 3033291 | Población accede a métodos de planificación familiar | S/. 976,809.00 | S/. 1,166,858.00 | S/. 190,049.00 |
| 3033292 | Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva | S/. 287,511.00 | S/. 334,695.00 | S/. 47,184.00 |
| 3033294 | Atención de la gestante con complicaciones | S/. 1,372,728.00 | S/. 2,720,078.00 | S/. 1,347,350.00 |
| 3033295 | Atención del parto normal | S/. 3,728,263.00 | S/. 4,023,972.00 | S/. 295,709.00 |
| 3033296 | Atención del parto complicado no quirúrgico | S/. 1,665,273.00 | S/. 1,877,148.00 | S/. 211,875.00 |
| 3033298 | Atención del puerperio | S/. 846,428.00 | S/. 892,306.00 | S/. 45,878.00 |
| 3033304 | Acceso al sistema de referencia institucional | S/. 444,633.00 | S/. 675,329.00 | S/. 230,696.00 |
| 3033305 | Atención del recién nacido normal | S/. 1,843,689.00 | S/. 1,959,882.00 | S/. 116,193.00 |
| 3033306 | Atención del recién nacido con complicaciones | S/. 601,167.00 | S/. 812,627.00 | S/. 211,460.00 |
| 3033412 | Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva | S/. 53,108.00 | S/. 45,042.00 | -S/. 8,066.00 |
| MONTO TOTAL (S/.) | | S/ 20,361,815.00 | S/ 23,503,693.00 | S/ 3,141,878.00 |

Nota. Elaboración Propia a partir de la información que figura en Consulta Amigable y la programación del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística) proporcionada por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca.

4.2.2. Aprobación del PPSMN.

En este acápite no se analizará esta fase pues al ser un análisis de años históricos, la aprobación se verifica en las leyes de aprobación de presupuesto de cada año fiscal:

- Ley N° 30281: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2015
- Ley N° 30372: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2016
- Ley N° 30518: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2017
- Ley N° 30693: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2018
- Ley N° 30879: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2019

4.2.3. Ejecución Presupuestal del PPSMN.

La ejecución presupuestal que se presenta a continuación corresponde al reporte de ejecución de bienes, no presentare la ejecución de servicios puesto que no es clara la ejecución respecto al pago de personal asistencial, así como de administrativos, si bien es cierto en la fuente de consulta amigable se puede encontrar la ejecución a nivel DIRESA para personal por cada producto del programa, sin embargo, no se muestra a nivel de Microred. Cabe mencionar que a partir de junio del año 2019 la ejecución pasa a cargo de la Red de Salud Cajamarca.

En la tabla 57 se observa la ejecución total de la Microred Baños del Inca, en el cual se tiene que el año con mayor ejecución fue el 2016 en el cual se ejecutó doscientos quince mil cuatrocientos trece soles con ochenta y tres céntimos (S/ 215 413. 83). A partir de ahí, el año con mayor ejecución fue el 2019 sumando tanto lo ejecutado en la DIRESA hasta junio y en la Red a partir de ese mes hasta fin de año, donde se ejecutó ciento treinta y siete mil seiscientos treinta y dos soles con setenta y seis céntimos (S/ 137 632.76). Además, el año en el que se ejecutó menor presupuesto fue en el 2017 con ciento quince mil ciento quince soles con sesenta y siete céntimos (S/ 115 115. 67).

Tabla 57

Resumen Presupuesto Ejecutado Total de la Microred de Baños del Inca, 2015 – 2019

| | Año | | | | |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Presupuesto Ejecutado | 144,756.70 | 215,413.83 | 115,115.67 | 121,073.46 | 137,632.76 |

Nota. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística).

No obstante, para este análisis no se podrá decir cuánto exactamente fue el porcentaje de ejecución respecto a lo asignado, pues como mencionaba anteriormente, el presupuesto asignado específicamente para la Microred según la programación física fue información que no se pudo conseguir para la presente investigación.

Respecto a los clasificadores de gasto, la mayor ejecución se encuentra en el producto de “Atención Prenatal Reenfocada” en el clasificador de Material, insumos, instrumental y accesorios médicos, quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio, seguido de clasificador de Equipos. El segundo producto con mayor ejecución es la “Atención del parto normal”. Sin embargo, más que mencionar los productos que tuvieron una alta ejecución, llama la atención aquellos productos en los que se evidencia una ejecución cero, por ejemplo, aquellos productos que van dirigidos a la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva, los cuales al observar en las tablas 61, 62 y 64, se encuentran totalmente abandonados en tema presupuestal, como son los productos de “Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo” el cual solo tuvo ejecución en los años 2016 y 2017; el producto de municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva el cual solo tuvo una ejecución de treinta y nueve soles con cincuenta céntimos en el 2016 en el clasificador de papelería general; en ese mismo clasificador también se evidencia la ejecución de mil cuarenta y un soles con cuarenta céntimos en el año 2017 para el producto de comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva. También tenemos al producto de población accede a métodos de planificación familiar en el cual solo presenta ejecución los años 2016, 2017 y 2019. Y el producto de población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva el cual solo tiene ejecución de menos de dos mil soles en el año 2016.

Del mismo modo se tiene al producto de acceso al sistema de referencia institucional, que a pesar de que cuenta con ejecución a partir del año 2016 al 2019, esta sigue siendo muy baja respecto a otros productos.

Tabla 58

Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto de Acciones comunes, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019.

| PRODUCTO | Clasificador | Denominación | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
|---|---------------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 3000001-Monitoreo, supervisión, evaluación y control de la salud materno neonatal | 231111 | Alimentos y bebidas para consumo humano | 3,60 | | | | |
| 3000001-Monitoreo, supervisión, evaluación y control de la salud materno neonatal | 231512 | Papelería en general, útiles y materiales de oficina | 284,68 | | 273,38 | | |
| Total | | | 288,28 | 0,00 | 273,38 | 0,00 | 0,00 |

Nota: * Hasta junio, dado que a partir de ese mes la ejecución pasa a la Red de Salud Cajamarca. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística).

Tabla 59

Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019.

| PRODUCTO | Clasificado | Denominación | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
|--|--------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 3000005-Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo | 231512 | Papelería en general, útiles y materiales de oficina | 19,26 | | | | |
| 3000005-Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo | 231821 | Material, insumos, instrumental y accesorios médicos, quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio | | 9.769,12 | 4.949,00 | | |
| 3000005-Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo | 263295 | Equipos e instrumentos de medición | | | 2.960,00 | | |
| Total | | | 19,26 | 9.769,12 | 7.909,00 | 0,00 | 0,00 |

Nota: * Hasta junio, dado que a partir de ese mes la ejecución pasa a la Red de Salud Cajamarca. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística).

Tabla 60

Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención prenatal reenfocada, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019.

| PRODUCTO | Clasificador | Denominación | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
|--------------------------------------|--------------|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 3033172-Atencion prenatal reenfocada | 231211 | Vestuario, accesorios y prendas diversas | | | 818,00 | 825,50 | |
| 3033172-Atencion prenatal reenfocada | 231212 | Textiles y acabados textiles | | | | 1.225,00 | |
| 3033172-Atencion prenatal reenfocada | 231512 | Papeleria en general, utiles y materiales de oficina | 619,26 | | 542,55 | 1.073,66 | |
| 3033172-Atencion prenatal reenfocada | 231531 | De cocina, comedor y cafeteria | | 252,00 | 6.194,58 | 3.108,00 | |
| 3033172-Atencion prenatal reenfocada | 231541 | Electricidad, iluminacion y electronica | | | | 1.272,00 | |
| 3033172-Atencion prenatal reenfocada | 231711 | Enseres | | | | 1.000,00 | |
| 3033172-Atencion prenatal reenfocada | 231812 | Medicamentos | | | 3.980,00 | 3.326,80 | 3.046,00 |
| 3033172-Atencion prenatal reenfocada | 231821 | Material, insumos, instrumental y accesorios medicos, quirurgicos, odontologicos y de laboratorio | 24.799,68 | 34.403,98 | 22.969,92 | 29.632,00 | 3.432,00 |
| 3033172-Atencion prenatal reenfocada | 2318199 | Otros productos similares | | | 3.230,00 | | 1.560,00 |
| 3033172-Atencion prenatal reenfocada | 2319913 | Libros, diarios, revistas y otros bienes impresos no vinculados a enseñanza | | 326,00 | | 156,00 | |
| 3033172-Atencion prenatal reenfocada | 263241 | Mobiliario | | 6.075,00 | 6.639,00 | 2.239,00 | |
| 3033172-Atencion prenatal reenfocada | 263242 | Equipos | 36.704,50 | 12.358,00 | 7.755,00 | 19.703,07 | 3.600,00 |
| 3033172-Atencion prenatal reenfocada | 263294 | Electricidad y electronica | 465,00 | | | | |
| 3033172-Atencion prenatal reenfocada | 263295 | Equipos e instrumentos de medicion | 7.035,95 | 870,00 | 590,00 | 3.320,00 | |
| Total | | | 69.624,39 | 54.284,98 | 52.719,05 | 66.881,03 | 11.638,00 |

Nota: * Hasta junio, dado que a partir de ese mes la ejecución pasa a la Red de Salud Cajamarca. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística).

Tabla 61

Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Municipios saludables que promueven la salud sexual y reproductiva, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019.

| PRODUCTO | Clasificado | Denominación | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
|---|-------------|--|------|-------|------|------|-------|
| 3033288-Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva | 231512 | Papelería en general, útiles y materiales de oficina | | 39,50 | | | |
| Total | | | 0,00 | 39,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Nota: * Hasta junio, dado que a partir de ese mes la ejecución pasa a la Red de Salud Cajamarca. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística).

Tabla 62

Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Comunidades saludables que promueven la salud sexual y reproductiva, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019.

| PRODUCTO | Clasificado | Denominación | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
|--|-------------|--|------|------|----------|------|-------|
| 3033289-Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva | 231512 | Papelería en general, útiles y materiales de oficina | | | 1.041,40 | | |
| Total | | | 0,00 | 0,00 | 1.041,40 | 0,00 | 0,00 |

Nota: * Hasta junio, dado que a partir de ese mes la ejecución pasa a la Red de Salud Cajamarca. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística).

Tabla 63

Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Población accede a métodos de planificación familiar, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019.

| PRODUCTO | Clasificado | Denominación | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
|--|-------------|---|------|----------|----------|--------|----------|
| 3033291-Poblacion accede a metodos de planificacion familiar | 231212 | Textiles y acabados textiles | | | 619,50 | | |
| 3033291-Poblacion accede a metodos de planificacion familiar | 231531 | De cocina, comedor y cafeteria | | | 216,00 | | |
| 3033291-Poblacion accede a metodos de planificacion familiar | 231812 | Medicamentos | | | 276,00 | 105,00 | |
| 3033291-Poblacion accede a metodos de planificacion familiar | 231821 | Material, insumos, instrumental y accesorios medicos, quirurgicos, odontologicos y de laboratorio | | 7.407,12 | 3.672,80 | | 4.333,25 |
| 3033291-Poblacion accede a metodos de planificacion familiar | 2319913 | Libros, diarios, revistas y otros bienes impresos no vinculados a enseñanza | | 102,00 | | | |
| 3033291-Poblacion accede a metodos de planificacion familiar | 263241 | Mobiliario | | 859,00 | | | |
| Total | | | 0,00 | 8.368,12 | 4.784,30 | 105,00 | 4.333,25 |

Nota: * Hasta junio, dado que a partir de ese mes la ejecución pasa a la Red de Salud Cajamarca. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA módulo de (Módulo de PPR y de Logística).

Tabla 64

Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019.

| PRODUCTO | Clasificador | Denominación | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
|---|--------------|---|------|----------|------|------|-------|
| 3033292-Poblacion accede a servicios de consejeria en salud sexual y reproductiva | 231821 | Material, insumos, instrumental y accesorios medicos, quirurgicos, odontologicos y de laboratorio | | 1.665,00 | | | |
| Total | | | 0,00 | 1.665,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Nota: * Hasta junio, dado que a partir de ese mes la ejecución pasa a la Red de Salud Cajamarca. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística).

Tabla 65

Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención de la gestante con complicaciones, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019.

| PRODUCTO | Clasificador | Denominación | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
|--|--------------|---|----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 3033294-Atencion de la gestante con complicaciones | 231531 | De cocina, comedor y cafeteria | | | 210,00 | | |
| 3033294-Atencion de la gestante con complicaciones | 231812 | Medicamentos | 1.300,00 | | 9.378,35 | 8.582,00 | 4.210,00 |
| 3033294-Atencion de la gestante con complicaciones | 231821 | Material, insumos, instrumental y accesorios medicos, quirurgicos, odontologicos y de laboratorio | | 4.676,60 | 8.663,36 | 4.080,00 | 2.659,00 |
| 3033294-Atencion de la gestante con complicaciones | 263242 | Equipos | | | | 21.730,00 | |
| 3033294-Atencion de la gestante con complicaciones | 263294 | Electricidad y electronica | | 1.600,00 | | | |
| Total | | | 1.300,00 | 6.276,60 | 18.251,71 | 34.392,00 | 6.869,00 |

Nota: * Hasta junio, dado que a partir de ese mes la ejecución pasa a la Red de Salud Cajamarca. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística).

Tabla 66

Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención del parto normal, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019.

| PRODUCTO | Clasificador | Denominación | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
|-----------------------------------|--------------|---|------------------|------------------|------------------|-----------------|---------------|
| 3033295-Atencion del parto normal | 231211 | Vestuario, accesorios y prendas diversas | 388,80 | 1.368,00 | 475,00 | | |
| 3033295-Atencion del parto normal | 231212 | Textiles y acabados textiles | | | 413,00 | 1.000,00 | |
| 3033295-Atencion del parto normal | 231512 | Papeleria en general, utiles y materiales de oficina | | | 375,49 | 524,00 | |
| 3033295-Atencion del parto normal | 231531 | De cocina, comedor y cafeteria | | 7.322,70 | 3.879,50 | | |
| 3033295-Atencion del parto normal | 231711 | Enseres | 2.443,00 | | 610,00 | | |
| 3033295-Atencion del parto normal | 231812 | Medicamentos | | | 2.760,00 | | 592,00 |
| 3033295-Atencion del parto normal | 231821 | Material, insumos, instrumental y accesorios medicos, quirurgicos, odontologicos y de laboratorio | 23.778,25 | 21.347,74 | 10.620,80 | 1.350,35 | |
| 3033295-Atencion del parto normal | 2318199 | Otros productos similares | 204,40 | | | | |
| 3033295-Atencion del parto normal | 2319913 | Libros, diarios, revistas y otros bienes impresos no vinculados a enseñanza | | 51,84 | 2.974,83 | | |
| 3033295-Atencion del parto normal | 263241 | Mobiliario | 20.668,37 | 6.580,00 | 1.945,00 | | |
| 3033295-Atencion del parto normal | 263242 | Equipos | 13.087,95 | 12.745,00 | | | |
| Total | | | 60.570,77 | 49.415,28 | 24.053,62 | 2.874,35 | 592,00 |

Nota: * Hasta junio, dado que a partir de ese mes la ejecución pasa a la Red de Salud Cajamarca. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística)

Tabla 67

Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención del parto complicado no quirúrgico, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019.

| PRODUCTO | Clasificad | Denominación | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
|---|------------|---|------|-----------|--------|--------|--------|
| 3033296-Atencion del parto complicado no quirurgico | 231812 | Medicamentos | | | | 951,00 | |
| 3033296-Atencion del parto complicado no quirurgico | 231821 | Material, insumos, instrumental y accesorios medicos, quirurgicos, odontologicos y de laboratorio | | 5.905,50 | 419,00 | | 916,30 |
| 3033296-Atencion del parto complicado no quirurgico | 263241 | Mobiliario | | 4.164,00 | | | |
| 3033296-Atencion del parto complicado no quirurgico | 263242 | Equipos | | 4.240,00 | | | |
| Total | | | 0,00 | 14.309,50 | 419,00 | 951,00 | 916,30 |

Nota: * Hasta junio, dado que a partir de ese mes la ejecución pasa a la Red de Salud Cajamarca. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística)

Tabla 68

Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención del parto complicado quirúrgico, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019.

| PRODUCTO | Clasificad | Denominación | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
|--|------------|---|------|----------|------|----------|----------|
| 3033297-Atencion del parto complicado quirurgico | 231812 | Medicamentos | | | | 1.359,80 | 145,00 |
| 3033297-Atencion del parto complicado quirurgico | 231821 | Material, insumos, instrumental y accesorios medicos, quirurgicos, odontologicos y de laboratorio | | 7.803,00 | | | 2.960,00 |
| Total | | | 0,00 | 7.803,00 | 0,00 | 1.359,80 | 3.105,00 |

Nota: * Hasta junio, dado que a partir de ese mes la ejecución pasa a la Red de Salud Cajamarca. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística)

Tabla 69

Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención del puerperio, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019.

| PRODUCTO | Clasificador | Denominación | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
|--------------------------------|--------------|---|------|--------|------|------|-------|
| 3033298-Atencion del puerperio | 231821 | Material, insumos, instrumental y accesorios medicos, quirurgicos, odontologicos y de laboratorio | | 276,00 | | | |
| Total | | | 0,00 | 276,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Nota: * Hasta junio, dado que a partir de ese mes la ejecución pasa a la Red de Salud Cajamarca. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística)

Tabla 70

Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención del puerperio con complicaciones, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019.

| PRODUCTO | Clasificador | Denominación | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
|---|--------------|---|------|-----------|-------|----------|----------|
| 3033299-Atencion del puerperio con complicaciones | 231812 | Medicamentos | | 17.600,00 | | 4.425,00 | 2.520,00 |
| 3033299-Atencion del puerperio con complicaciones | 231821 | Material, insumos, instrumental y accesorios medicos, quirurgicos, odontologicos y de laboratorio | | | | | 1.532,75 |
| 3033299-Atencion del puerperio con complicaciones | 231531 | De cocina, comedor y cafeteria | | 185,40 | 44,10 | | |
| Total | | | 0,00 | 17.785,40 | 44,10 | 4.425,00 | 4.052,75 |

Nota: * Hasta junio, dado que a partir de ese mes la ejecución pasa a la Red de Salud Cajamarca. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística)

Tabla 71

Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Acceso al sistema de referencia institucional, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019.

| PRODUCTO | Clasificador | Denominación | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
|--|--------------|---|------|------|----------|--------|----------|
| 3033304- Acceso al sistema de referencia institucional | 231512 | Papelería en general, útiles y materiales de oficina | | | 701,88 | | |
| 3033304- Acceso al sistema de referencia institucional | 231812 | Medicamentos | | | 438,75 | 426,00 | 390,00 |
| 3033304- Acceso al sistema de referencia institucional | 231821 | Material, insumos, instrumental y accesorios médicos, quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio | | | | | 2.592,80 |
| Total | | | 0,00 | 0,00 | 1.140,63 | 426,00 | 2.982,80 |

Nota: *

Hasta junio, dado que a partir de ese mes la ejecución pasa a la Red de Salud Cajamarca. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística).

Tabla 72

Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención del recién nacido normal, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019.

| PRODUCTO | Clasificador | Denominación | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
|--|--------------|---|------|-----------|----------|----------|--------|
| 3033305- Atención del recién nacido normal | 231212 | Textiles y acabados textiles | | 780,00 | | | |
| 3033305- Atención del recién nacido normal | 231531 | De cocina, comedor y cafetería | | | | 1.250,00 | |
| 3033305- Atención del recién nacido normal | 231812 | Medicamentos | | | 1.882,50 | | |
| 3033305- Atención del recién nacido normal | 231821 | Material, insumos, instrumental y accesorios médicos, quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio | | 10.050,83 | 2.084,60 | | 618,66 |
| 3033305- Atención del recién nacido normal | 2319913 | Libros, diarios, revistas y otros bienes impresos no vinculados a enseñanza | | | 512,38 | | |
| 3033305- Atención del recién nacido normal | 263242 | Equipos | | 33.965,00 | | | |
| Total | | | 0,00 | 44.795,83 | 4.479,48 | 1.250,00 | 618,66 |

Nota: * Hasta junio, dado que a partir de ese mes la ejecución pasa a la Red de Salud Cajamarca. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística)

Tabla 73

Ejecución presupuestal del PP SMN por clasificador de gasto en el producto Atención del recién nacido con complicaciones, Microred Baños del Inca, 2015 – 2019.

| PRODUCTO | Clasificador | Denominación | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
|---|--------------|---|-----------|--------|------|----------|--------|
| 3033306-Atencion del recién nacido con complicaciones | 231812 | Medicamentos | | | | 3.274,04 | |
| 3033306-Atencion del recién nacido con complicaciones | 231821 | Material, insumos, instrumental y accesorios medicos, quirurgicos, odontologicos y de laboratorio | | 625,50 | | 5.135,24 | 720,00 |
| 3033306-Atencion del recién nacido con complicaciones | 263242 | Equipos | 12.954,00 | | | | |
| Total | | | 12.954,00 | 625,50 | 0,00 | 8.409,28 | 720,00 |

Nota: * Hasta junio, dado que a partir de ese mes la ejecución pasa a la Red de Salud Cajamarca. Proporcionado por la Oficina de Administración DIRESA Cajamarca, del sistema SIGA (Módulo de PPR y de Logística).

En la tabla 74 se muestra la ejecución del año 2019 a partir del mes de julio. Como se mencionó al inicio de este análisis, en el año 2018 se decreta mediante resolución a la Red de Salud Cajamarca como unidad ejecutora, sin embargo, es a partir de mediados del año 2019 donde se realiza la efectiva transferencia de funciones. En este punto solo se presenta la ejecución por fuente de financiamiento, pues la información proporcionada por la Red si permite observar ese nivel de ejecución, tenemos que del total asignado, el 42% fue ejecutado, esto equivale a S/ 98 707.00. La mayor fuente de financiamiento ejecutada fue RDR con el 54.17% de ejecución. A su vez, vemos que el convenio FED se ejecutó en 0%, a pesar de ser un convenio netamente dirigido a programas como este.

Tabla 74

*Ejecución de presupuesto descentralizado y rendido para la MR Baños del Inca, por Fuente de Financiamiento, 2019**

| FUENTE DE FINANCIAMIENTO | TOTAL ASIGNADO | RENDIDO | DEVOLUCIÓN | SALDO | % Ejec. |
|---|-----------------------|------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| Recursos ordinarios | 58,944.40 | 21,370.00 | 210.00 | 37,364.40 | 36.61 |
| Recursos Directamente Recaudados (RDR) | 56,346.00 | 27,637.00 | 2,888.00 | 25,821.00 | 54.17 |
| Donaciones y transferencias | 127,088.00 | 49,700.00 | - | 77,388.00 | 39.11 |
| Canon sobre canon - convenio FED ^x | 4,940.00 | - | - | 4,940.00 | - |
| TOTAL | 242,378.40 | 98,707.00 | 3,098.00 | 140,573.40 | 42.00 |

Nota. * A partir del mes de Julio. ^x Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales. Oficina de Administración de la Red de Salud Cajamarca

Como se observó, existen productos en donde se evidenció ejecución cero o que la ejecución ha sido demasiado baja para lo que se espera, esto se debe a que se realizan procedimientos de descentralización de presupuesto desde la unidad ejecutora, DIRESA, hacia las diferentes Redes a su cargo y el otro procedimiento eran los cuadros de distribución, que se daba cuando un área solicitaba un bien y dicho bienes eran adquiridos en conjunto, al llegar a la unidad ejecutora, DIRESA, se repartían a los establecimientos de salud pero esto ya no se registraba en el sistema a qué establecimiento se enviaba. Estas descentralizaciones y cuadros de distribución se pierden en el sistema y no se ven reflejados en el SIGA, más la ejecución en su totalidad si se refleja en el sistema SIAF, sin embargo, aquí se refleja la ejecución a nivel global y ya no por centro de costos. Por ello es importante mencionar que la evaluación realizada en la

presente tesis está hecha en base a la información que se encuentra en el sistema SIGA, ya que estamos requiriendo la información por centro de costos y no de manera total.

4.3. Evolución de los resultados de la atención en salud materna neonatal en la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015-2019.

Los indicadores de la evaluación del programa, como ya veíamos anteriormente, se presentan en dos niveles: i) los indicadores de impacto y ii) los indicadores de proceso, para saber qué productos son trazadores, los verificamos en los tableros de mando donde se encuentran establecidos y qué indicadores se utilizan para medir estos. Sin embargo, al igual que en el acápite de programación se observa que debido a la diferencia de información existente respecto a la programación que se encuentra en el sistema SIGA y en los tableros de mando también existen diferencias en cuanto a los indicadores. Por ello, para efectos de evaluación, se calcularán los indicadores con la programación SIGA y a su vez se presentarán los indicadores presentados en los tableros de mando para poder observar la diferencia.

4.3.1. Indicadores de impacto:

Antes de presentar el cálculo de los indicadores de impacto: razón de muerte materna y tasa de muerte neonatal; cabe mencionar que el cálculo de ambos indicadores es realizado por espacio geográfico correspondiendo a tres niveles: región, provincia y distrito; siendo los indicadores más utilizados a nivel de región. Debido a que la presente evaluación se basa en los establecimientos de salud que conforman la Microred de Baños del Inca, se trabajará a nivel de distrito, recordemos que la Microred en estudio tiene bajo su jurisdicción a 4 distritos: Baños del Inca, Llacanora, Matara y Namora; por lo que el *cálculo* de los indicadores utilizara las defunciones maternas y neonatales y los recién nacidos vivos de los 4 distritos mencionados.

Razón de Muerte Materna. Para calcular la razón de muerte materna definimos primero ¿qué es?, esta razón corresponde al número de defunciones maternas por cada cien mil (100 000) nacidos vivos en un año determinado. Para ello se utiliza la siguiente fórmula estadística:

$$RMM = \frac{\text{Total de muertes maternas ocurridas en el año}_t}{\text{Número de recién nacidos vivos ocurridos en el año}_t} \times 100\ 000$$

Donde:

Año_t : Año de cálculo

Dicho esto, pasaré a presentar la información recolectada tanto de las muertes maternas como el total de recién nacidos vivos en el periodo del 2015 al 2019 en la Microred de Baños del Inca.

Como se observa en la tabla 75, solo han existido muertes maternas hasta el año 2017, una en cada año, manteniéndose constante, es a partir del año 2018 en que no se registró ninguna muerte materna hasta el año 2019. Respecto a los recién nacidos vivos, vemos que estos se han ido incrementando gradualmente año tras año; sin embargo, para el año 2019, estos disminuyeron en 0.6% respecto al año 2018, esto puede deberse a un control de planificación familiar. Además, cabe mencionar que los recién nacidos vivos en el año 2018 son la cantidad total registrada hasta el 13 de diciembre de ese año, esto debido a que al momento de buscar la información no se encontró esta data con corte al 31 de diciembre como en todos los demás años.

Tabla 75

Muertes Maternas y Recién Nacidos Vivos en la MR de Baños del Inca, 2015 - 2019

| Descripción | Año | | | | |
|----------------------|------|------|------|-------|------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018* | 2019 |
| Muertes Maternas | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Recién Nacidos Vivos | 920 | 1283 | 1320 | 1280 | 1345 |

Nota: * Con corte al 13 de diciembre del 2018. La información de muertes maternas ha sido proporcionada por la unidad de vigilancia de salud materna de la Oficina de Epidemiología, mientras que la información de recién nacidos vivos fue proporcionada por la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA.

Ahora, pasando al cálculo de la razón de muerte materna, tomaré como ejemplo al año 2015, para ello se utilizará la fórmula que ya se mencionaba anteriormente:

- Año_t = 2015
- Muerte materna = 1
- Recién nacidos vivos = 920

$$RMM = \frac{\text{Total de muertes maternas ocurridas en el año}_t}{\text{Número de recién nacidos vivos ocurridos en el año}_t} \times 100\,000$$

$$RMM_{2015} = \frac{1}{920} \times 100\,000$$

$$RMM_{2015} = 108.7$$

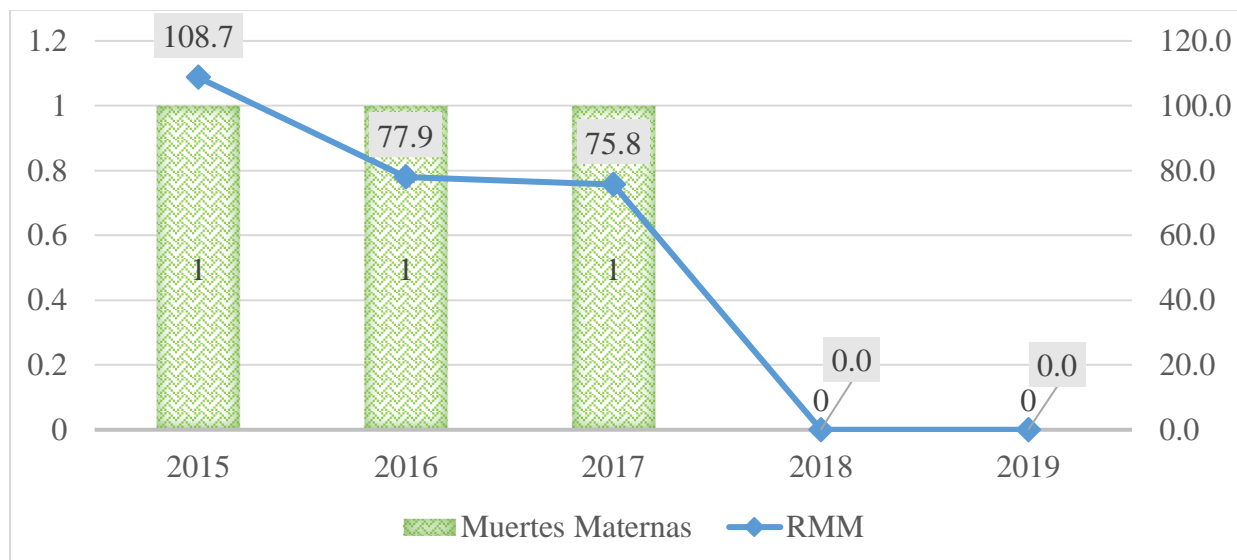
Habiendo realizado este ejemplo, presento la tabla 76, donde se muestra las razones de mortalidad maternas para el periodo en estudio:

Tabla 76*Razón de muerte materna en la MR de Baños del Inca: 2015-2019*

| Descripción | Año | | | | |
|----------------------|--------------|-------------|-------------|------------|------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Muertes Maternas | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Recién Nacidos Vivos | 920 | 1283 | 1320 | 1280 | 1345 |
| RMM | 108,7 | 77,9 | 75,8 | 0,0 | 0,0 |

Nota: La información de muertes maternas ha sido proporcionada por la unidad de vigilancia de salud materna de la Oficina de Epidemiología, mientras que la información de recién nacidos vivos fue proporcionada por la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA.

Como se observa, a pesar de que las muertes maternas se han mantenido constantes hasta el año 2017, la razón ha ido disminuyendo debido a que los recién nacidos vivos han incrementado año tras año, dando un panorama favorable para la razón de muerte materna, como se observa en la figura 9, se tiene una tendencia negativa de la razón durante el periodo de estudio, logrando llegar al 0.0% al año 2019, esto muestra que para estos últimos años se ha logrado tener un mayor control de riesgo respecto a las gestantes y puérperas, además también evidencia un rápido manejo respecto al sistema de referencias obstétricas, logrando referir a tiempo si es que se ha tenido complicaciones con sus gestantes y puérperas.

Figura 9*Razón de muertes maternas y total de muertes maternas de la MR de Baños del Inca, 2015-2019*

Tasa de Mortalidad Neonatal. Esta tasa corresponde al número de defunciones de niños menores de un año por cada mil recién nacidos vivos en un año determinado. La fórmula estadística para el cálculo de esta tasa es la siguiente:

$$TMN = \frac{\text{Total de muertes neonatales ocurridas en el año}_t}{\text{Número de recién nacidos vivos ocurridos en el año}_t} \times 1\,000$$

Donde:

Año_t : Año de cálculo

Dicho esto, pasará a presentar la información recolectada tanto de las muertes neonatales como el total de recién nacidos vivos en el periodo del 2015 al 2019, y la tasa de mortalidad mostrando su evolución en el periodo de estudio en la Microred de Baños del Inca.

Respecto a las muertes neonatales se ha tenido una disminución hasta el año 2017 bajando de 9 muertes a 4, no obstante, para el año 2018 se registraron 14 muertes neonatales, un incremento bastante significativo, nos queda realizarnos la pregunta ¿Qué pasó? ¿Qué factores existieron para registrar este incremento si respecto a las muertes maternas no se registró ningún caso? A pesar de ello, para el año 2019 los casos disminuyeron a 4 muertes neonatales, mostrando que se ha logrado un control sobre los neonatos para ese año respecto al año anterior.

Tabla 77

Muertes Neonatales (niños menores de 1 año) y Recién Nacidos Vivos en la MR de Baños del Inca, 2015-2019

| Descripción | Año | | | | |
|----------------------|------|------|------|-------|------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018* | 2019 |
| Muertes Neonatales | 9 | 4 | 4 | 14 | 4 |
| Recién Nacidos Vivos | 920 | 1283 | 1320 | 1280 | 1345 |

Nota: * Con corte al 13 de diciembre del 2018. La información de muertes neonatales ha sido proporcionada por la unidad de vigilancia de salud materna de la Oficina de Epidemiología, mientras que la información de recién nacidos vivos fue proporcionada por la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA.

Para calcular la tasa de mortalidad neonatal, también tomaré como ejemplo al año 2015, utilizando la fórmula estadística antes mencionada:

- $\text{Año}_t = 2015$
- Muerte neonatal = 9
- Recién nacidos vivos = 920

$$TMN = \frac{\text{Total de muertes neonatales ocurridas en el año}_t}{\text{Número de recién nacidos vivos ocurridos en el año}_t} \times 1\,000$$

$$TMN_{2015} = \frac{9}{920} \times 1\,000$$

$$TMN_{2015} = 9.8$$

Tabla 78

Tasa de muerte neonatal en la MR de Baños del Inca, 2015-2019

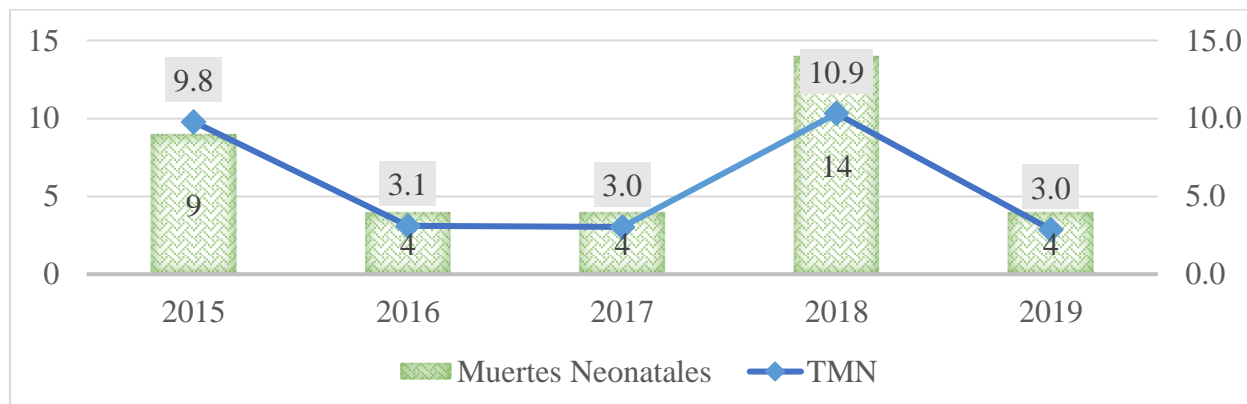
| Descripción | Año | | | | |
|----------------------|------------|------------|------------|-------------|------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Muertes Neonatales | 9 | 4 | 4 | 14 | 4 |
| Recién Nacidos Vivos | 920 | 1283 | 1320 | 1280 | 1345 |
| TMN | 9.8 | 3.1 | 3.0 | 10.9 | 3.0 |

Nota: La información de muertes neonatales ha sido proporcionada por la unidad de vigilancia de salud materna de la Oficina de Epidemiología, mientras que la información de recién nacidos vivos fue proporcionada por la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA.

Como se observa en la tabla 78, hasta el año 2017 se evidencia que la tasa de muerte neonatal ha ido disminuyendo, influyendo también la cantidad de recién nacidos, a pesar de ello para el año 2018 se tuvo una tasa de 10.9% un incremento del 7.9% respecto al año anterior, así mismo, se observa que para el año 2019 esta tasa disminuyó a 3.0% evidenciando un mayor control de neonatos para ese año. A su vez, en la figura 10, se muestra con mayor claridad la tendencia de esta tasa donde se observa que ha sido una tendencia negativa, a pesar de tener un repunte en el 2018, llegando a 3.0% en el año 2019 respecto al 2015 donde se tuvo un 9.8% de muertes neonatales por cada mil recién nacidos vivos.

Figura 10

Tasa de muerte neonatal y total de muertes neonatales de la MR de Baños del Inca, 2015-2019



4.3.2. Indicadores de procesos.

Los indicadores de proceso se rigen bajo la actividad y producto trazador del programa, la cual corresponde a la Atención prenatal reenforcada.

IG 002-01: % de Gestantes Atendidas. Este indicador es uno de los trazadores más importantes; se observa que, a pesar de que hasta el año 2017 la tendencia de atendidas es negativa, las gestantes atendidas respecto a las gestantes programadas han ido aumentando hasta el año 2016, pues en el año 2017 se obtuvo una cobertura del 89.3%, esto es, 16.3% menos respecto al año 2016. A partir del año 2018 se observa un incremento de gestantes atendidas, sin embargo, respecto a las gestantes programadas, la cobertura sigue siendo la misma en ambos años, 124.4%.

Así mismo, debido a que la programación que se encuentra digitada en los tableros de mando y en el SIGA difieren, la cobertura del primero es muchísimo menor a la cobertura alcanzada en la programación según el sistema SIGA. A pesar de ello, para los últimos años se ha logrado alcanzar una cobertura de más del 100%. Con este indicador se evidencia que ha logrado una buena cobertura, incluso más de lo esperado.

Tabla 79

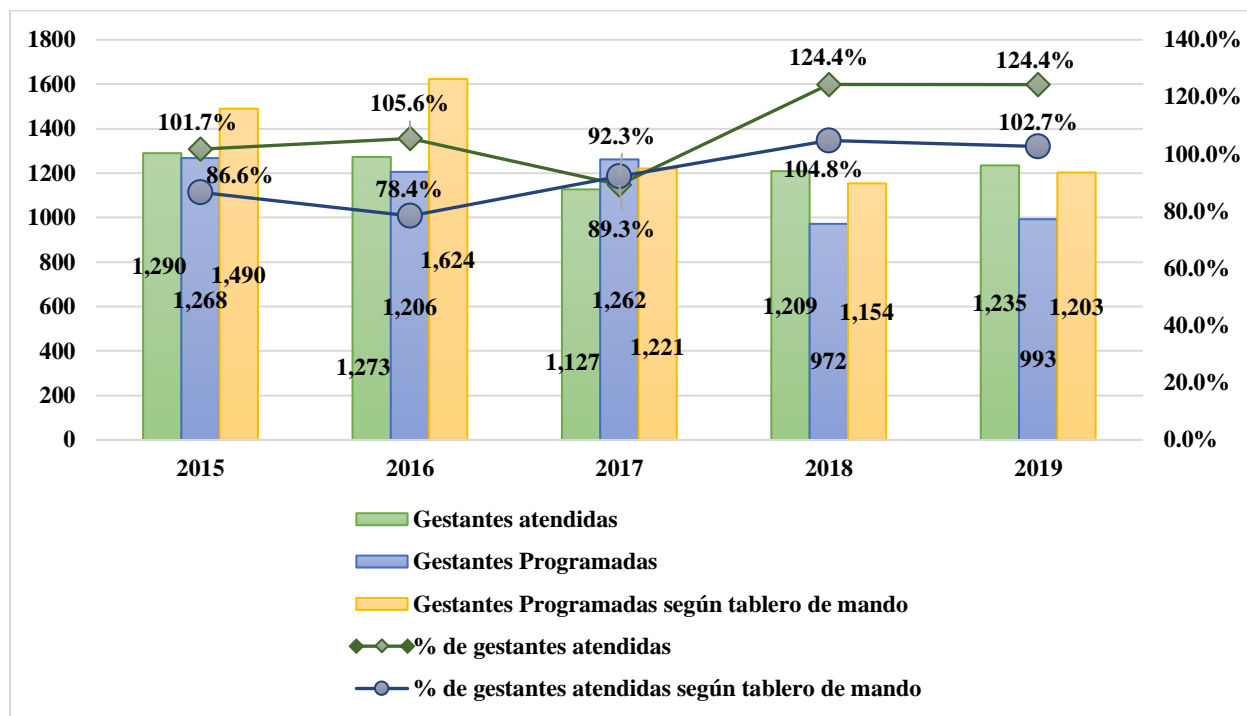
IG 002-01: % de gestantes atendidas, MR Baños del Inca, 2015-2019

| INDICADOR | Año | | | | |
|---|--------|--------|-------|--------|--------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Gestantes atendidas | 1290 | 1273 | 1127 | 1209 | 1,235 |
| Gestantes Programadas | 1,268 | 1,206 | 1,262 | 972 | 993 |
| Gestantes Programadas según tablero de mando | 1,490 | 1,624 | 1,221 | 1,154 | 1,203 |
| % de gestantes atendidas | 101.7% | 105.6% | 89.3% | 124.4% | 124.4% |
| % de gestantes atendidas según tablero de mando | 86.6% | 78.4% | 92.3% | 104.8% | 102.7% |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Oficina de Administración, la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA y la Oficina de Administración de la Red de Salud Cajamarca.

Figura 11

IG 002-01 % de gestantes atendidas, MR Baños del Inca, 2015-2019



IG 002-02: % de Gestantes con Atención Prenatal Reenfocada. En este indicador se tiene una cobertura baja, pues al año hasta el año 2017 la cobertura no llegó a ser ni el 30% de las gestantes esperadas y a pesar de que, al año 2018 se incrementó a más del 60%, al año 2019 la cobertura nuevamente disminuyó a 44.4% de gestantes esperadas, esto quiere decir que el sistema de captación de la gestante es deficiente pues, aunque se hayan atendido a más gestantes de las esperadas, no se logró que todas esas gestantes completaran la atención, no brindándole el servicio completo ni de calidad ni integral.

Así mismo, para la programación digitalizada en los tableros de mando la tendencia sigue siendo la misma, la cobertura es aún mucho más baja que respecto a la programación SIGA, teniéndose una cobertura del 22.6% para el año 2015 y finalizando con una cobertura del 36.7% para el año 2019, esto a pesar de que se logró atender a más del 50% de gestantes en el 2018.

Esto según la red, en su documento “Evaluación de indicadores de la atención materno perinatal año 2015”, es “resultado de una captación tardía de las gestantes y el débil seguimiento, a lo que se suma elevada migración, direcciones falsas y elevada demanda en los establecimientos de la zona urbana que ocasiona la falta de cupos para atención” (p. 5)

Tabla 80

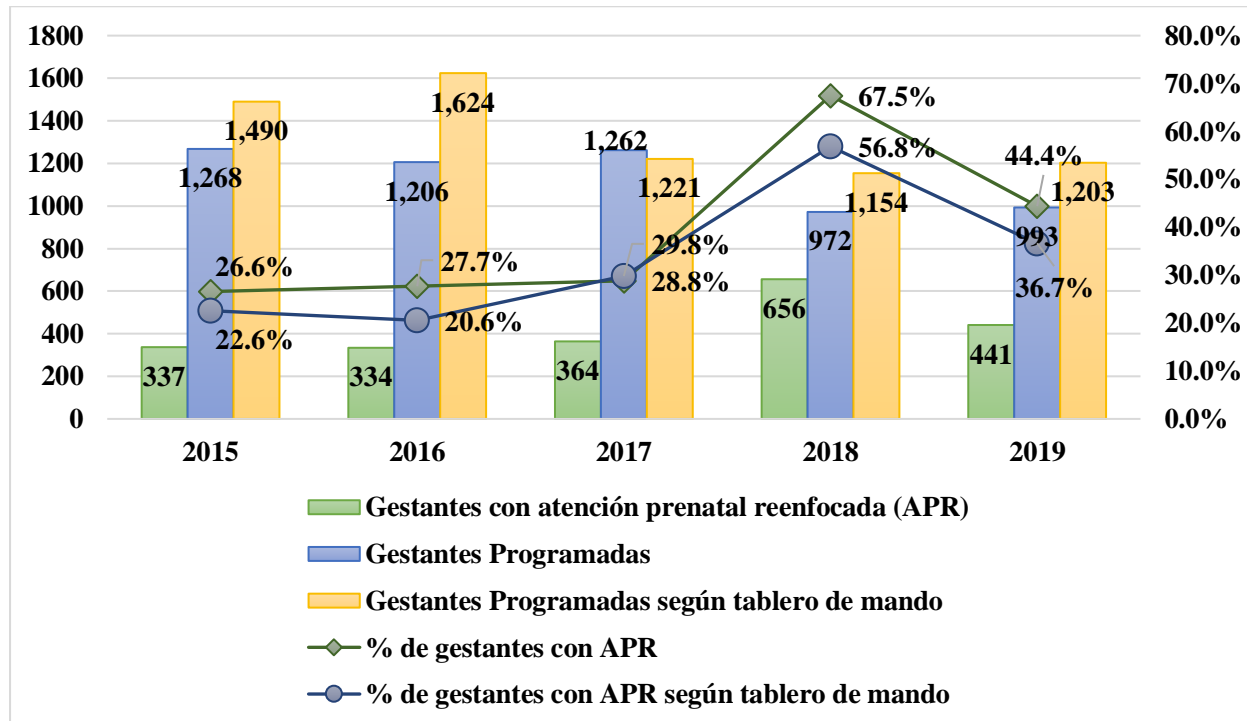
IG 002-02: % de gestantes con atención prenatal reenfocada, MR Baños del Inca, 2015-2019

| INDICADOR | Año | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Gestantes con atención prenatal reenfocada | 337 | 334 | 364 | 656 | 441 |
| Gestantes Programadas | 1,268 | 1,206 | 1,262 | 972 | 993 |
| Gestantes Programadas según tablero de mando | 1,490 | 1,624 | 1,221 | 1,154 | 1,203 |
| % de gestantes con atención prenatal reenfocada | 26.6% | 27.7% | 28.8% | 67.5% | 44.4% |
| % de gestantes con atención prenatal reenfocada según tablero de mando | 22.6% | 20.6% | 29.8% | 56.8% | 36.7% |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Oficina de Administración, la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA y la Oficina de Administración de la Red de Salud Cajamarca.

Figura 12

IG 002-02: % de gestantes con atención prenatal reenfocada, MR Baños del Inca, 2015-2019



IG 002-05: % de Gestantes Adolescentes. En este indicador, no se tiene diferencia entre la información, pues se mide en función a las gestantes atendidas. Para el año 2015 el 11.2% de gestantes son adolescentes, año con más alto porcentaje de gestantes adolescentes, reduciéndose al 8.7% para el año 2019, teniendo en cuenta que para ese año también se redujeron las gestantes atendidas en los establecimientos de salud que conforman la Microred. A pesar de ello, el trabajo con estas gestantes aún es débil debido al poco refuerzo que se brinda en los productos dirigidos a la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva.

Tabla 81

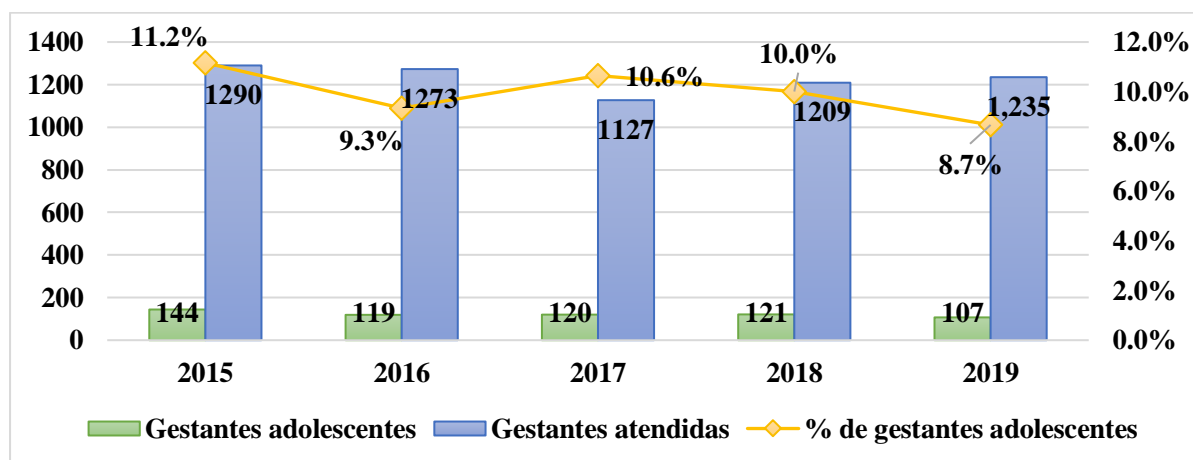
IG 002-05: % de gestantes adolescentes, MR Baños del Inca, 2015-2019

| INDICADOR | Año | | | | |
|-----------------------------|-------|------|-------|-------|-------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Gestantes adolescentes | 144 | 119 | 120 | 121 | 107 |
| Gestantes atendidas | 1290 | 1273 | 1127 | 1209 | 1,235 |
| % de gestantes adolescentes | 11.2% | 9.3% | 10.6% | 10.0% | 8.7% |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Oficina de Administración y la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA.

Figura 13

IG 002-05: % de gestantes adolescentes, MR Baños del Inca, 2015-2019



IG 002-06: % de Gestantes Controladas. En cuanto a las gestantes controladas se tiene una cobertura alta para los últimos años de 96.7% en el año 2018 y 93.5% en el año 2019, siendo el año 2017 la cobertura más baja del periodo de estudio. Esto, al igual que en el indicador de gestantes con atención prenatal reenforcada también se debe a la débil captación de las gestantes para completar sus controles correspondientes.

Del mismo modo se tiene que, respecto a las gestantes programadas según tablero de mando, la cobertura es menor a las gestantes programadas en el sistema SIGA, esto quiere decir que a pesar de las modificaciones que se realicen, la cobertura aún sigue siendo baja evidenciando el débil reforzamiento de los establecimientos de salud.

Tabla 82

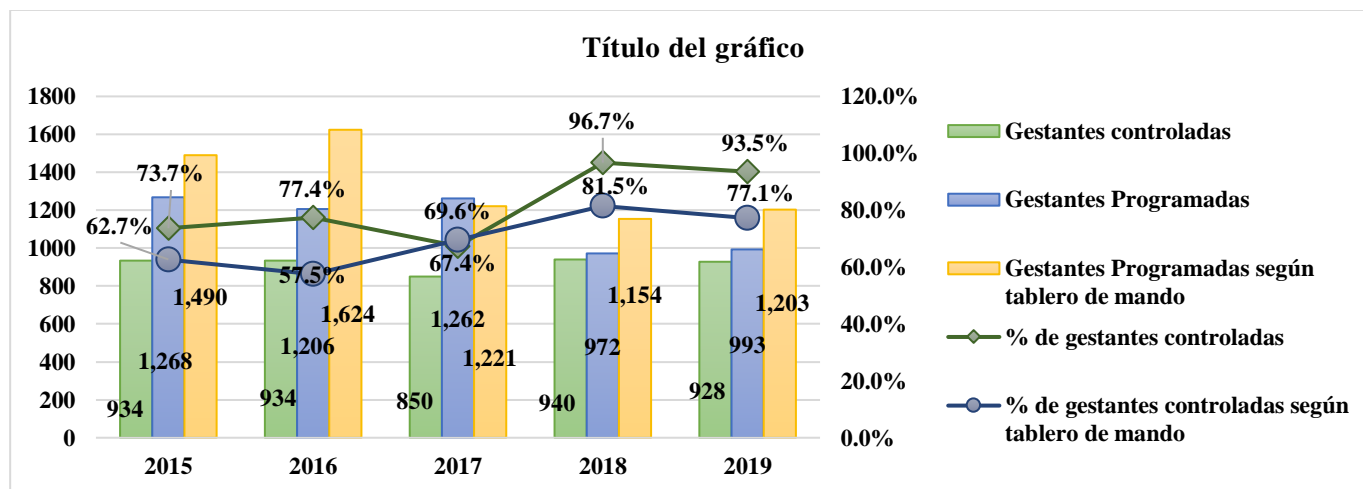
IG 002-06: % de gestantes controladas, MR Baños del Inca, 2015-2019

| INDICADOR | Año | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Gestantes controladas | 934 | 934 | 850 | 940 | 928 |
| Gestantes Programadas | 1,268 | 1,206 | 1,262 | 972 | 993 |
| Gestantes Programadas según tablero de mando | 1,490 | 1,624 | 1,221 | 1,154 | 1,203 |
| % de gestantes controladas | 73.7% | 77.4% | 67.4% | 96.7% | 93.5% |
| % de gestantes controladas según tablero de mando | 62.7% | 57.5% | 69.6% | 81.5% | 77.1% |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Oficina de Administración, la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA y la Oficina de Administración de la Red de Salud Cajamarca.

Figura 14

IG 002-06: % de gestantes controladas, MR Baños del Inca, 2015-2019



IG 002-10: % de Gestantes con 2ª Ecografía. En cuanto a gestantes con segunda ecografía también se tiene una cobertura baja, pasando de tener una cobertura del 38.4% en el año 2015 a 78.7% en el 2019, siendo el año con menor cobertura el 2017 con un 29.7% de gestantes con 2da ecografía con respecto a las gestantes programadas en el sistema SIGA. A

pesar de que ha incrementado significativamente la cobertura, aún es necesario reforzar la estrategia en la captación y seguimiento a la gestante para poder completar su atención integral.

Sin embargo, también se presenta una cobertura muy baja respecto a la programación de los tableros de mando, que al contrario de la cobertura respecto al SIGA, se tiene una cobertura del 32.7% en el año 2015 y 64.9% para el año 2019.

Tabla 83

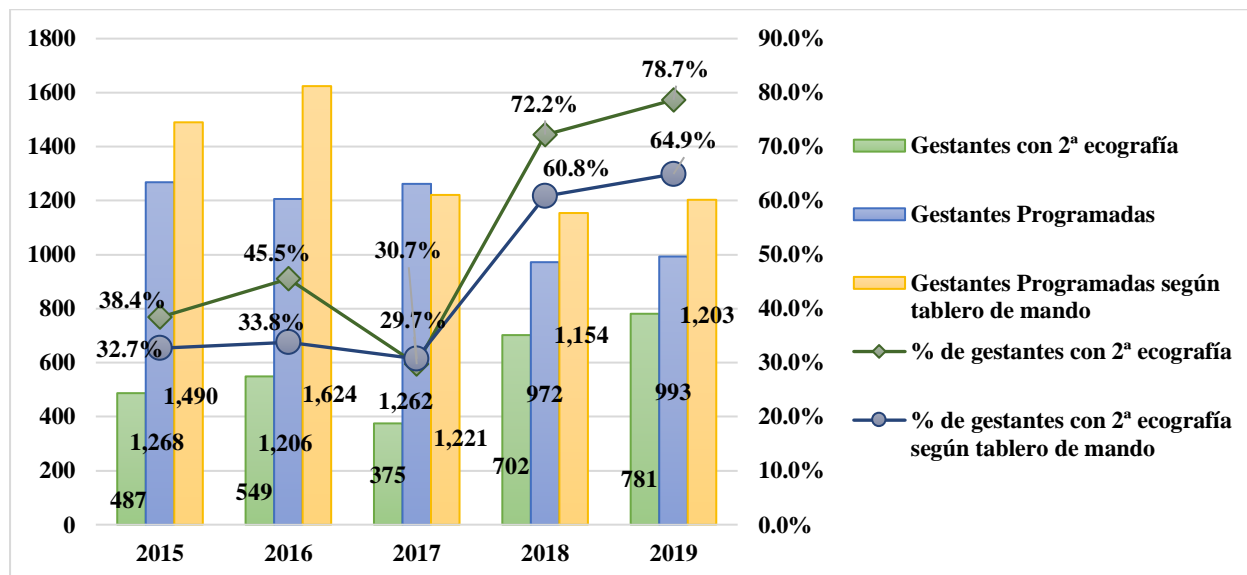
IG 002-10: % de gestantes con 2ª ecografía, MR Baños del Inca, 2015-2019

| INDICADOR | Año | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Gestantes con 2ª ecografía | 487 | 549 | 375 | 702 | 781 |
| Gestantes Programadas | 1,268 | 1,206 | 1,262 | 972 | 993 |
| Gestantes Programadas según tablero de mando | 1,490 | 1,624 | 1,221 | 1,154 | 1,203 |
| % de gestantes con 2ª ecografía | 38.4% | 45.5% | 29.7% | 72.2% | 78.7% |
| % de gestantes con 2ª ecografía según tablero de mando | 32.7% | 33.8% | 30.7% | 60.8% | 64.9% |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Oficina de Administración, la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA y la Oficina de Administración de la Red de Salud Cajamarca.

Figura 15

IG 002-10: % de gestantes con 2ª ecografía, MR Baños del Inca, 2015-2019



IG 002-12: % de Gestantes con Exámenes de Laboratorio. De igual manera se tiene una cobertura baja pero incrementa año tras año, sin embargo, se tiene que para el año 2019 la cobertura disminuyó de 87% en el 2018 a 77.8%. Esto equivale a 73 gestantes menos para el año 2019 respecto al 2018. Así mismo se tiene la marcada diferencia entre la cobertura respecto a las gestantes programadas, en donde para el año 2015 se tiene 9.5% menos de cobertura según tableros de mando respecto al SIGA, y al año 2019 13.5% menos de cobertura según tableros de mando respecto al SIGA también. Siguiendo la tendencia de indicadores anteriores, esto se debe a la deficiente captación y seguimiento de las gestantes para que completen su atención integral que el programa brinda.

Tabla 84

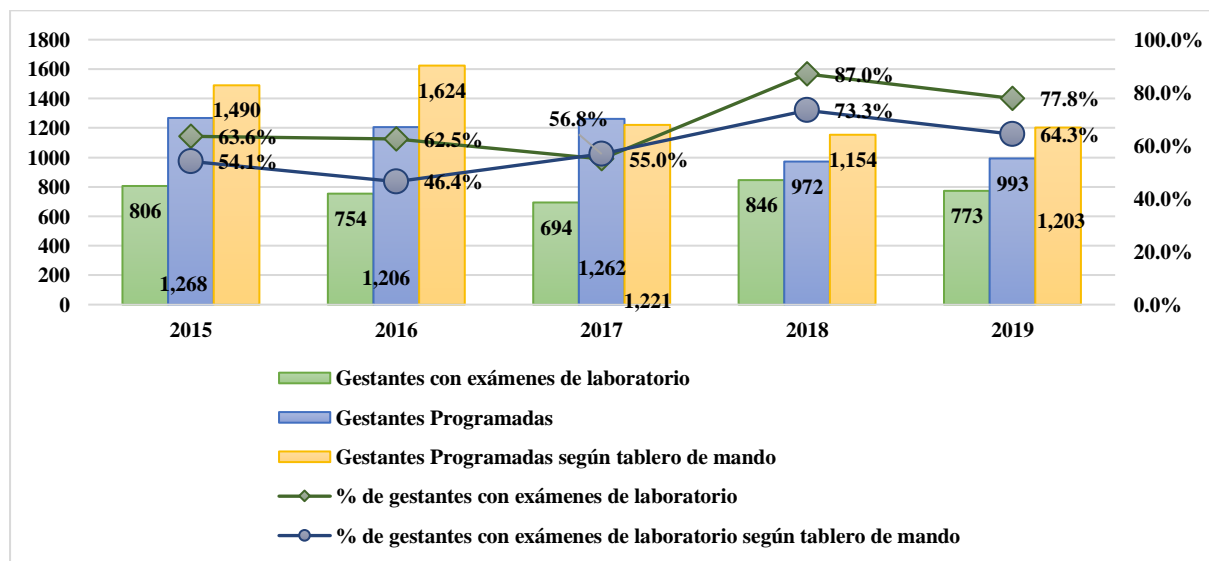
IG 002-12: % de gestantes con exámenes de laboratorio, MR Baños del Inca, 2015-2019

| INDICADOR | Año | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Gestantes con exámenes de laboratorio | 806 | 754 | 694 | 846 | 773 |
| Gestantes Programadas | 1,268 | 1,206 | 1,262 | 972 | 993 |
| Gestantes Programadas según tablero de mando | 1490 | 1624 | 1221 | 1154 | 1203 |
| % de gestantes con exámenes de laboratorio | 63.6% | 62.5% | 55.0% | 87.0% | 77.8% |
| % de gestantes con exámenes de laboratorio según tablero de mando | 54.1% | 46.4% | 56.8% | 73.3% | 64.3% |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Oficina de Administración, la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA y la Oficina de Administración de la Red de Salud Cajamarca.

Figura 16

IG 002-12: % de gestantes con exámenes de laboratorio, MR Baños del Inca, 2015-2019



IG 002-14: % de Gestantes con 3er Plan de Parto. Respecto a gestantes con 3er plan de parto se ha logrado tener una cobertura alta, teniendo así un 89% de las gestantes programadas para el año 2019, habiendo disminuido un 22.9% respecto al 2018, único año en el que se logró obtener la cobertura más alta respecto a las gestantes esperadas (111.9%).

Cabe mencionar que al igual que en los indicadores anteriores, la cobertura respecto a la programación según tablero de mando es mucho más baja que respecto a la programación SIGA, no llegando a una cobertura del 100% en ningún año.

Tabla 85

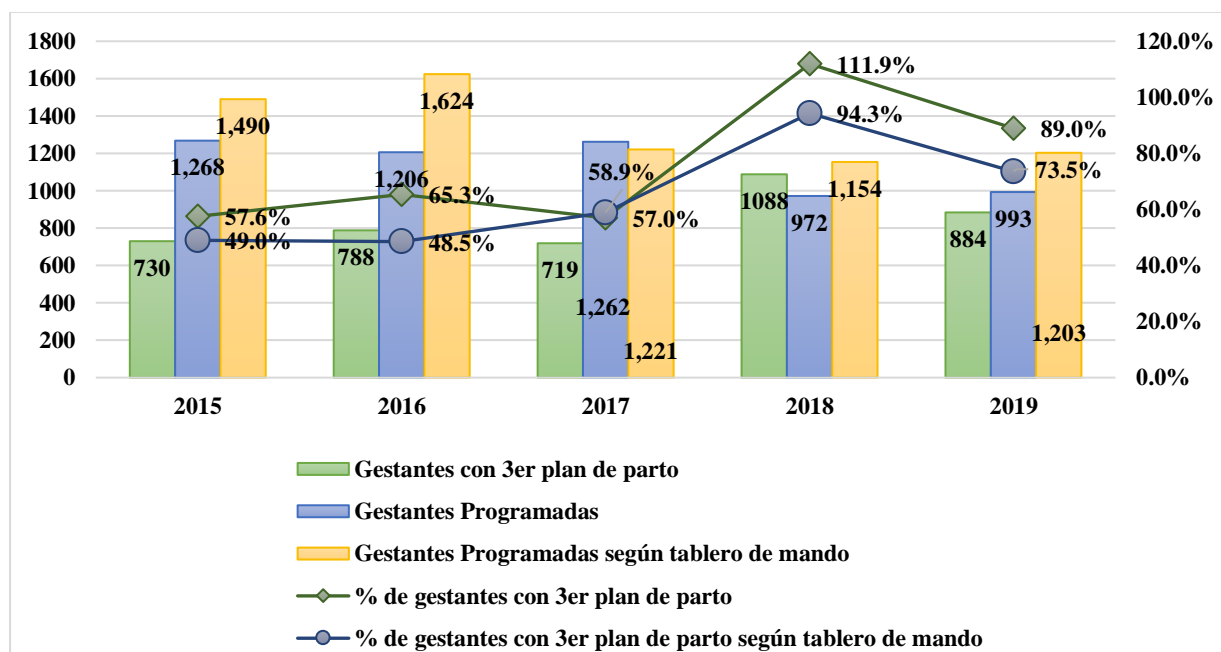
IG 002-14: % de gestantes con 3er plan de parto, MR Baños del Inca, 2015-2019

| INDICADOR | Año | | | | |
|---|-------|-------|-------|--------|-------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Gestantes con 3er plan de parto | 730 | 788 | 719 | 1088 | 884 |
| Gestantes Programadas | 1,268 | 1,206 | 1,262 | 972 | 993 |
| Gestantes Programadas según tablero de mando | 1,490 | 1,624 | 1,221 | 1,154 | 1,203 |
| % de gestantes con 3er plan de parto | 57.6% | 65.3% | 57.0% | 111.9% | 89.0% |
| % de gestantes con 3er plan de parto según tablero de mando | 49.0% | 48.5% | 58.9% | 94.3% | 73.5% |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Oficina de Administración, la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA y la Oficina de Administración de la Red de Salud Cajamarca.

Figura 17

IG 002-14: % de gestantes con 3er plan de parto, MR Baños del Inca, 2015-2019



IG 002-15: % de Gestantes con 2ª Consejería en Visita Domiciliaria. En cuanto a consejería en visita domiciliaria se encontró varias diferencias de información pues en este indicador se observó que existen errores programáticos ya que respecto a la atención de gestantes con 2da consejería en visita domiciliaria para los años 2015 y 2019, tienen 1100 y 1254 respectivamente en los informes analíticos, observando que en los tableros de mando solo existen 1000 y 537 atenciones por cada año respectivo; como vemos el año 2019 la atención dobla al número de atenciones que figura en el tablero de mando de ese año; para efectos de evaluación solo se tomara la atención que figura en los tableros de mando.

En esta vemos que para el año 2015, la cobertura respecto a la programación SIGA sigue siendo mucho mayor que respecto a la programación según tableros de mando. Sin embargo, para el año 2019 la cobertura respecto a lo programado en SIGA llega a pasar más del 50%; mientras que, respecto a los tableros de mando tan solo llegó a ser de 44.6%. Así mismo, si sólo observamos, el único año en donde se logró una cobertura del más del 100% fue el año 2018, y teniendo al año 2016 con la menor cobertura del 25% respecto al SIGA y 18.6% en lo que respecta tableros de mando.

Tabla 86

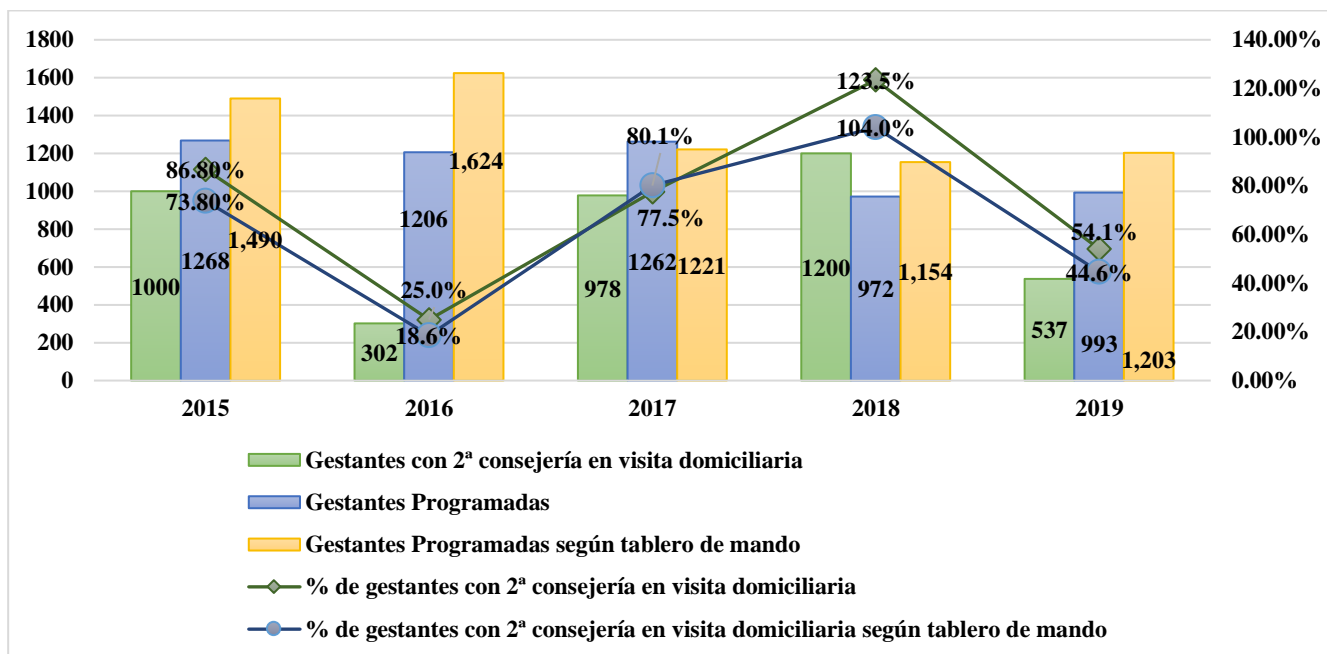
IG 002-15: % de gestantes con 2ª consejería en visita domiciliaria, MR Baños del Inca, 2015 – 2019

| INDICADOR | Año | | | | |
|--|-------|-------|-------|--------|-------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Gestantes con 2ª consejería en visita domiciliaria | 1000 | 302 | 978 | 1200 | 537 |
| Gestantes Programadas | 1268 | 1206 | 1262 | 972 | 993 |
| Gestantes Programadas según tablero de mando | 1,490 | 1,624 | 1221 | 1,154 | 1,203 |
| % de gestantes con 2ª consejería en visita domiciliaria | 86.8% | 25.0% | 77.5% | 123.5% | 54.1% |
| % de gestantes con 2ª consejería en visita domiciliaria según tablero de mando | 73.8% | 18.6% | 80.1% | 104.0% | 44.6% |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Oficina de Administración, la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA y la Oficina de Administración de la Red de Salud Cajamarca.

Figura 18

IG 002-15: % de gestantes con 2ª consejería en visita domiciliaria, MR Baños del Inca, 2015 – 2019



IG 002-21: % de Partos Institucionales. En cuanto a partos institucionales la cobertura es baja, el año con mayor cobertura fue en el 2015 con 75.6% de partos respecto a los partos programados. El año con menor cobertura de partos fue en el 2017 donde tan sólo fue del 29.6% de partos programados, aumentando en un 53.1% para el año 2018, sin embargo, esta disminuyó a 51.4% para el año 2019.

Del mismo modo, se observa que la cobertura respecto a la programación según tableros de mando para los años 2015 y 2017 es menos del 50%, siendo 45.4% y 35.1% respectivamente, incluso poco más de la mitad de la cobertura que se tiene respecto al programación SIGA, pero, si observamos a los últimos años, la cobertura no varía mucho, incluso al año 2018 se tiene una cobertura mayor por 3.9% que respecto a la programación SIGA. Cabe mencionar que los partos institucionales no serán igual a la cantidad de parto normal programado, pues también se le debería incluir el parto adolescente, el parto en domicilio y en el trayecto, los cuales no se analizan en el presente trabajo pues no son indicadores trazadores.

Tabla 87

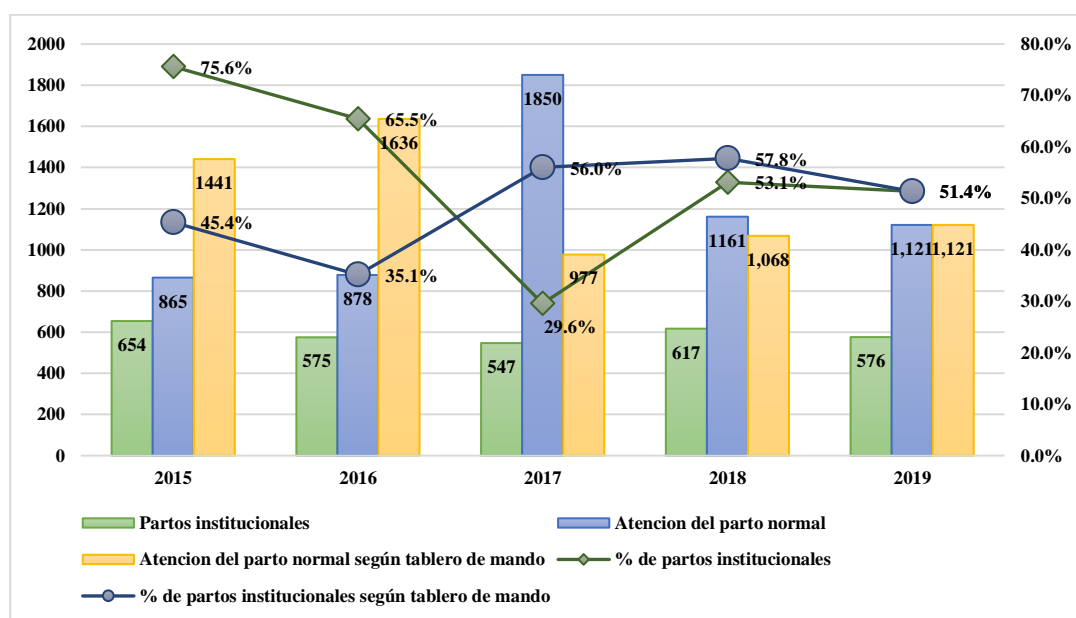
IG 002-21: % de partos institucionales, MR Baños del Inca, 2015-2019

| INDICADOR | Año | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Partos institucionales | 654 | 575 | 547 | 617 | 576 |
| Atención del parto normal | 865 | 878 | 1850 | 1161 | 1,121 |
| Atención del parto normal según tablero de mando | 1441 | 1636 | 977 | 1,068 | 1,121 |
| % de partos institucionales | 75.6% | 65.5% | 29.6% | 53.1% | 51.4% |
| % de partos institucionales según tablero de mando | 45.4% | 35.1% | 56.0% | 57.8% | 51.4% |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Oficina de Administración, la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA y la Oficina de Administración de la Red de Salud Cajamarca.

Figura 19

IG 002-21: % de partos institucionales, MR Baños del Inca, 2015-2019



IG 002-24: % de Partos en Adolescentes. Así mismo, se tiene que los partos adolescentes muestran un incremento desde 2017, pues en ese año el 2.3% de partos fueron de gestantes adolescentes incrementando en 4.5% al 2019, esto equivale a 50 partos adolescentes atendidos. De la misma manera que ocurría en partos institucionales, respecto a la programación según tablero de mando, se tiene que para los años 2015 y 2016 tan solo el 4.4% y 3.2%, respectivamente, corresponden a partos en adolescentes, poco más de la mitad de partos adolescentes respecto a la programación SIGA. Y para los años 2018 y 2019, con respecto a la programación SIGA, los partos adolescentes aumentaron teniendo así que el 7.3% y 8.7%, respectivamente.

Tabla 88

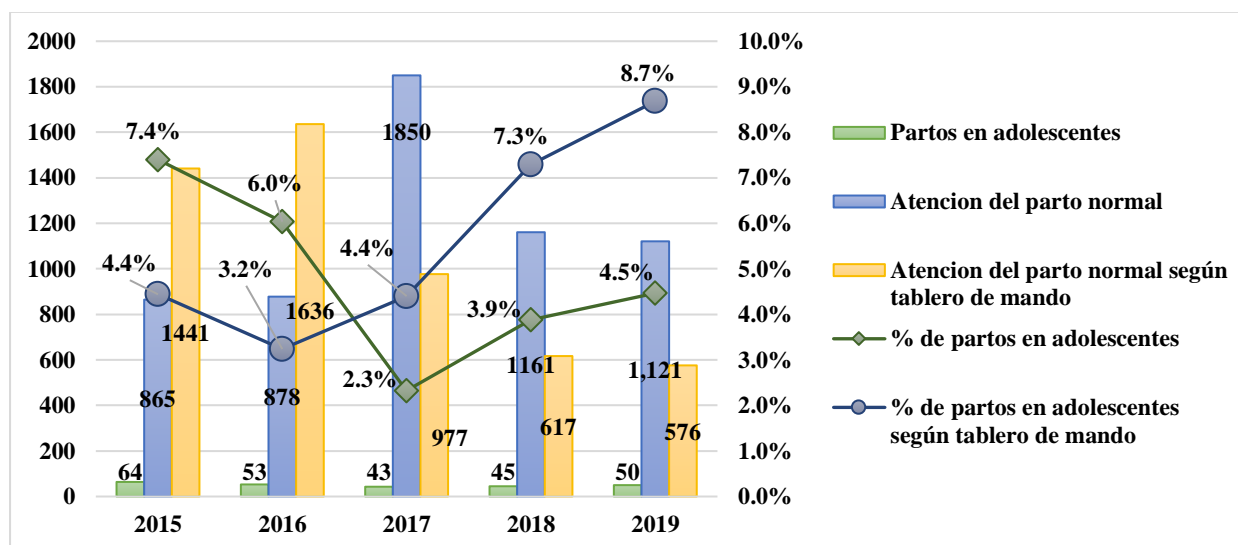
IG 002-24: % de partos en adolescentes, MR Baños del Inca, 2015-2019

| INDICADOR | Año | | | | |
|---|------|------|------|------|-------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Partos en adolescentes | 64 | 53 | 43 | 45 | 50 |
| Atención del parto normal | 865 | 878 | 1850 | 1161 | 1,121 |
| Atención del parto normal según tablero | 1441 | 1636 | 977 | 617 | 576 |
| % de partos en adolescentes | 7.4% | 6.0% | 2.3% | 3.9% | 4.5% |
| % de partos en adolescentes según tablero | 4.4% | 3.2% | 4.4% | 7.3% | 8.7% |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Oficina de Administración, la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA y la Oficina de Administración de la Red de Salud Cajamarca.

Figura 20

IG 002-24: % de partos en adolescentes, MR Baños del Inca, 2015-2019



IG 002-25: % de Recién Nacidos Vivos con Complicaciones. Si bien es cierto, este indicador no corresponde a un producto trazador, sin embargo, como veíamos en el acápite de programación física, el producto de atención a recién nacidos vivos con complicaciones se puede brindar la atención en los establecimientos 1-4 que cuentan con capacidad de respuesta. Este es el caso de la MR Baños del Inca, en donde si se tiene esta atención, las cuales llegan a ser mayor o igual al 50% de sus atenciones programadas, llegando al 100% para el año 2019.

Así mismo, se tiene una observación para el año 2016 en donde se ha programado 2 atenciones de recién nacidos a pesar de que en el año 2015 se atendieron a 19, puede ser que exista un error de tipeo al momento de digitalizar la programación en el sistema, o también no

digitalizaron en el sistema todos los casos atendidos. Del mismo modo, se tiene observado que tan solo existe una diferencia de información respecto a la programación en el 2019, donde según el tablero de mando se esperaban 576 recién nacidos con complicaciones, lo cual es excesivamente alto para ser una MR que solo contiene EESS de 1er nivel.

Además es importante mencionar que este indicador aparece como tal desde el año 2018; pero para efectos de evaluación se ha calculado para años anteriores respecto a los informes analíticos del programa; así mismo, este indicador también se evalúa en referencia al programa dirigido al niño; sin embargo, en la presente solo se tomaran los datos del programa materno por ser este programa el que se está evaluando.

Tabla 89

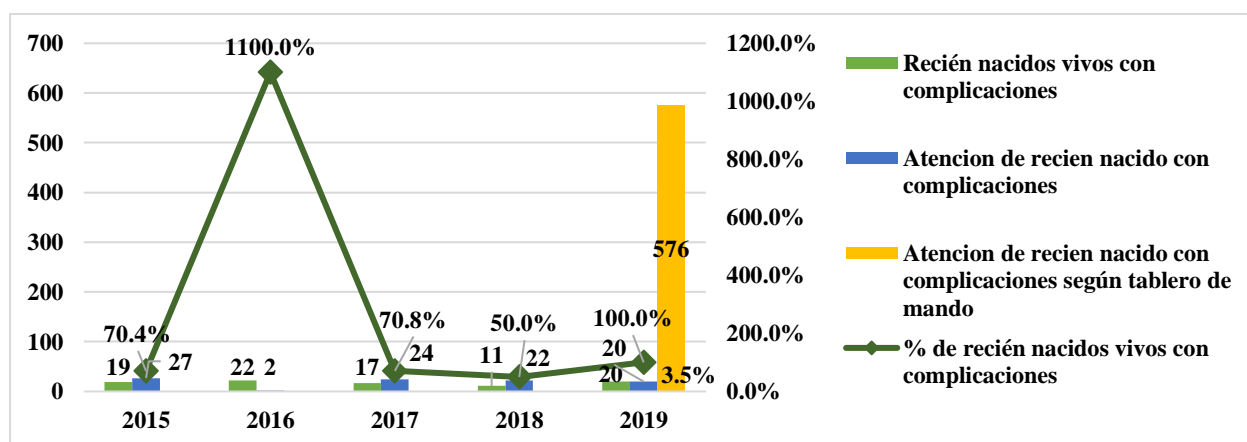
IG 002-25: % de recién nacidos vivos con complicaciones, MR Baños del Inca, 2015-2019

| INDICADOR | Año | | | | |
|---|-------|---------|-------|-------|--------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Recién nacidos vivos con complicaciones | 19 | 22 | 17 | 11 | 20 |
| Atención de recién nacido con complicaciones | 27 | 2 | 24 | 22 | 20 |
| Atención de recién nacido con complicaciones según tablero de mando | | | | | 576 |
| % de recién nacidos vivos con complicaciones | 70.4% | 1100.0% | 70.8% | 50.0% | 100.0% |
| % de recién nacidos vivos con complicaciones según tablero de mando | | | | | 3.5% |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Oficina de Administración y la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA.

Figura 21

IG 002-25: % de recién nacidos vivos con complicaciones, MR Baños del Inca, 2015-2019



IG 002-26: % Puérperas Controladas. Para el caso de las puérperas controladas se tiene que la cobertura se ha ido incrementando a partir del año 2016 en adelante, logrando controlar a más del 100% de puérperas para el año 2019. La poca cobertura de años anteriores se

puede deber a que, como ya mencionaba la MR Baños del Inca es una MR referencial, recibiendo gestantes y puérperas de los distritos de Jesús y La Encañada, las cuales no corresponden a esta MR, y una vez que se da el parto, estas puérperas regresan a sus EESS de procedencia para su cuidado y control. Así mismo, la cobertura respecto a la programación según tablero de mando, también es menor que respecto a la programación SIGA, a excepción del año 2017, en donde se llegó a coberturar el 123.3% de puérperas controladas.

Tabla 90

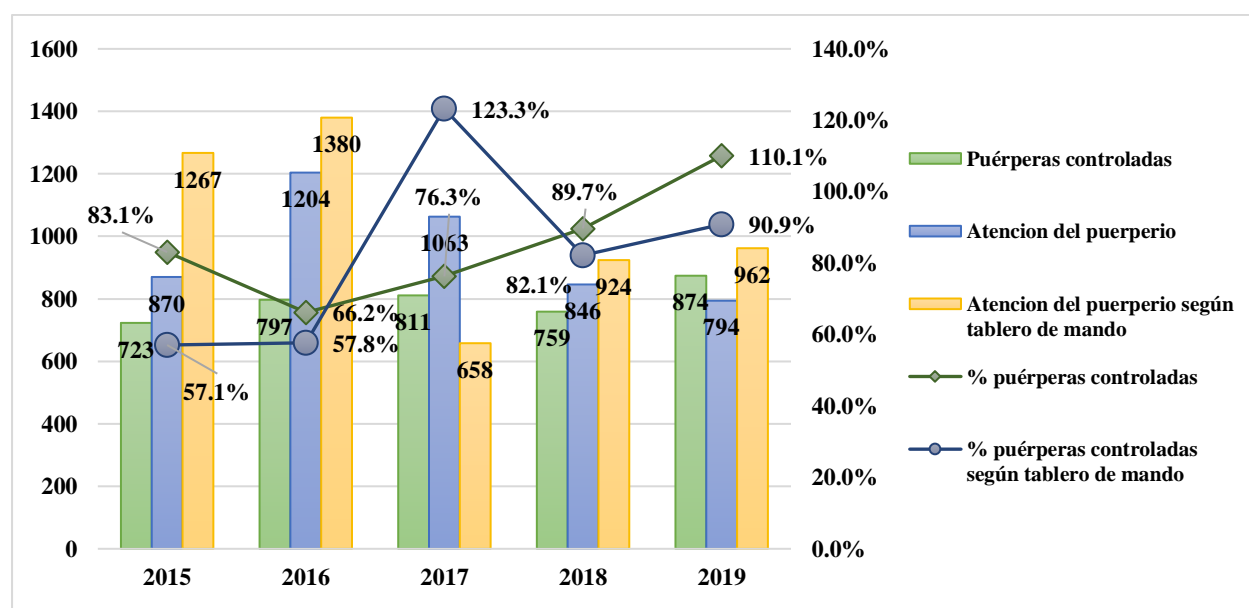
IG 002-26: % puérperas controladas, MR Baños del Inca, 2015-2019

| INDICADOR | Año | | | | |
|--|-------|-------|--------|-------|--------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Puérperas controladas | 723 | 797 | 811 | 759 | 874 |
| Atención del puerperio | 870 | 1204 | 1063 | 846 | 794 |
| Atención del puerperio según tablero de mando | 1267 | 1380 | 658 | 924 | 962 |
| % puérperas controladas | 83.1% | 66.2% | 76.3% | 89.7% | 110.1% |
| % puérperas controladas según tablero de mando | 57.1% | 57.8% | 123.3% | 82.1% | 90.9% |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Oficina de Administración y la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA.

Figura 22

IG 002-26: % puérperas controladas, MR Baños del Inca, 2015-2019

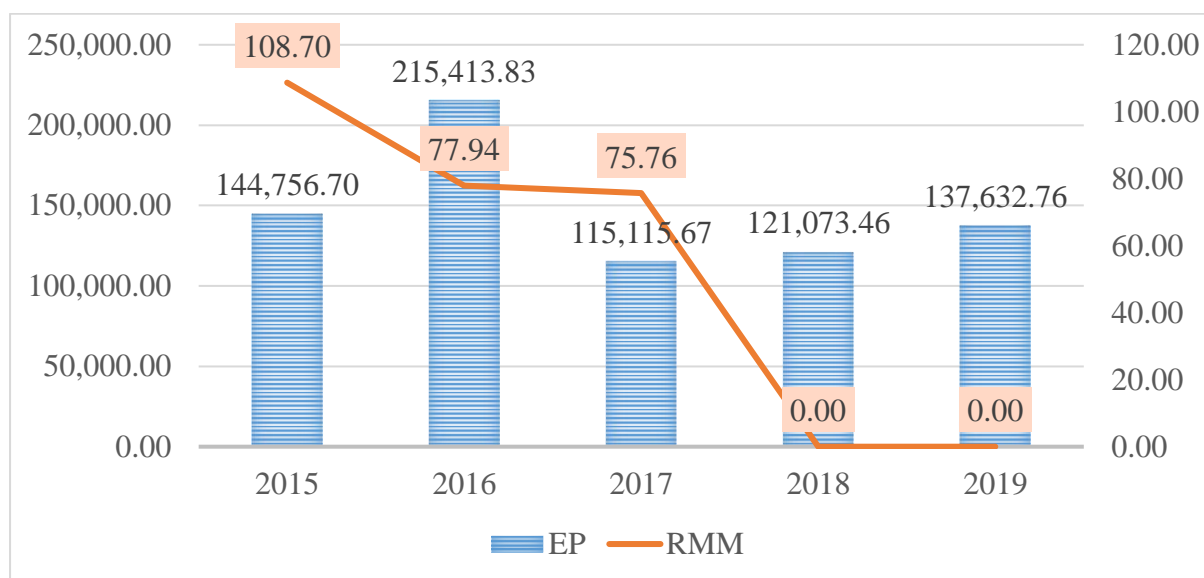


4.3.3. Ejecución Presupuestal y Razón de muerte Materna

Tal como se observa en la figura 23, a lo largo del periodo la ejecución presupuestal ha ido en aumento año tras año, al hacer una comparación con la razón de muerte materna, se evidencia que la tendencia es negativa, es decir, efectivamente a un mayor nivel de ejecución presupuestal se da una menor razón de muerte materna, llegando así de 108.70% de RMM en el 2015 a 0.0% de RMM en el 2019, sin embargo, respecto a la ejecución presupuestal se puede ver que al año 2019 ha sido menor que en el 2015, más aún si realizamos la comparación a partir del año 2017 donde se tuvo una RMM de 75.76% con una ejecución de S/ 115 115.637 soles para el 2019 esa ejecución aumentó en S/ 22 517.09 soles y la RMM llegó a 0.0%.

Figura 23:

Comparación entre Ejecución presupuestal y RMM de la Microred Baños del inca, 2015-2019



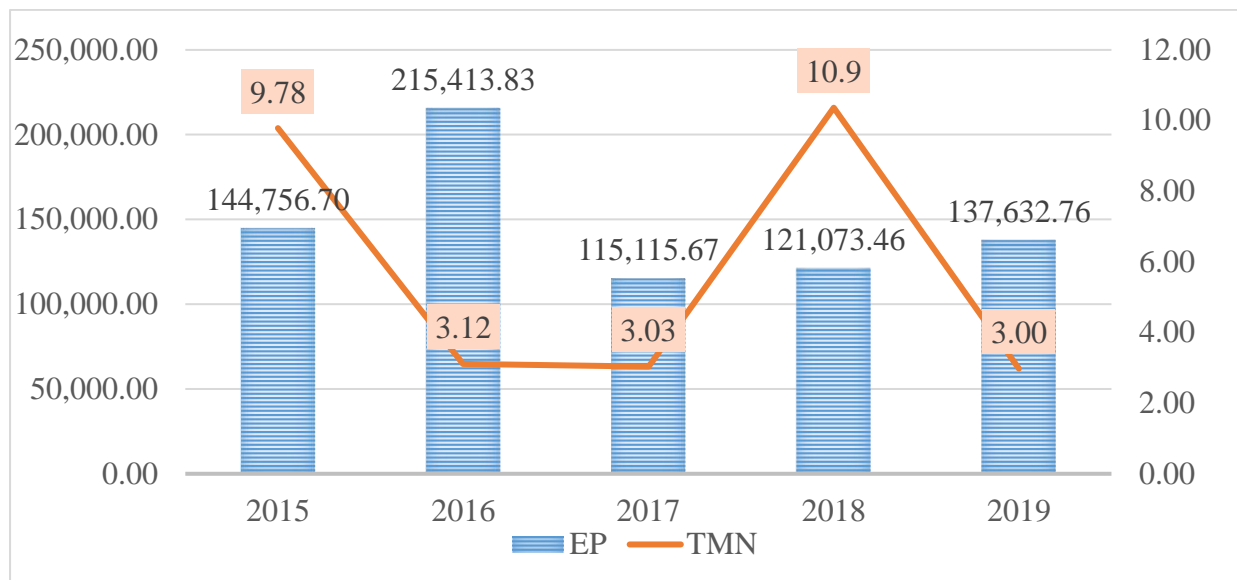
4.3.4. Ejecución Presupuestal y Tasa de Muerte Neonatal

Por otro lado tenemos a la ejecución presupuestal y la tasa de muerte neonatal, en esta podemos observar que también se cumple la relación inversa planteada, donde a mayor ejecución existirá una menor tasa de muerte neonatal, como vemos al año 2015 la ejecución fue de S/ 144 756.70 soles con una tasa de 9.78%, esta se logró disminuir al año 2016 donde se tuvo una TMN de 3.12% con una ejecución de S/ 215 413.83 soles, no obstante se observa que al año 2017 a pesar de que la ejecución presupuestal disminuyó abruptamente, la TMN se mantuvo en el rango del año anterior (3.03%) y para el año 2018 aunque se ve un incremento de ejecución, la TMN se disparó llegando a un 10.9%, esto puede deberse a otros factores contextuales que incrementaron

la TMN, finalmente y a pesar del aumento que hubo, para el año 2019 al incrementarse un poco más la ejecución presupuestal, nuevamente tuvo una caída bastante significativa, pasando de 10.36% a 3.0%.

Figura 24:

Comparación entre Ejecución Presupuestal y TMN de la Microred baños del inca, 2015-2019



Aun así, habiendo mostrado las figuras y análisis anteriores, es necesario mostrar también el nivel de significancia entre ambos. Por lo tanto, para plasmar esta significancia entre variables voy a realizarlo a través de dos modelos econométricos, esto nos va a permitir contrastar la hipótesis que hemos planteado, para ello tomamos la penúltima etapa del proceso presupuestario: la ejecución presupuestal, y los indicadores de impacto y de proceso para evaluar el programa presupuestal salud materno neonatal.

4.3.5. Modelo 1

$$RMM = \beta_0 + \beta_1 \text{Ejecución} + \beta_2 IG1 + \beta_3 IG2 + \beta_4 IG3 + \beta_5 IG5 + \beta_6 IG6 + \beta_7 IG8 + \beta_8 IG10 \\ + \beta_9 IG12 + \beta_{10} IG14 + \beta_{11} IG15 + \beta_{12} IG21 + \beta_{13} IG24 + \beta_{14} IG25 + \beta_{15} IG26 + \mu$$

Donde:

RMM: Razón de Muerte Materna

$\beta_0; \beta_1; \dots; \beta_{14}$: Parámetros, donde β_0 es el parámetro de posición.

Ejecución: Ejecución Presupuestal de la MR Baños del Inca 2015-2019

IG1: % de gestantes atendidas según programadas, 2015 - 2019

IG2: % de gestantes con ATC prenatal reenforcada, 2015 - 2019

IG3: % de gestantes atendidas en el primer trimestre, 2015 - 2019

IG5: % de gestantes adolescentes, 2015 - 2019

IG6: % de gestantes con 6° control, 2015 - 2019

IG8: % de gestantes con 2° ATC odontológica, 2015 - 2019

IG10: % de gestantes con 2° ecografía, 2015 - 2019

IG12: % de gestantes con paquete de laboratorio, 2015 - 2019

IG14: % de gestantes con 3° plan de parto de las gestantes programadas, 2015 - 2019

IG15: % de gestantes con visita domiciliaria (reporte de materno), 2015 - 2019

IG21: % de parto institucional, 2015 - 2019

IG24: % de parto en adolescentes, 2015 - 2019

IG25: % de recién nacidos vivos con complicaciones, 2015 - 2019

IG26: % de púerperas controladas, 2015 - 2019

μ : término de perturbación, es aquella “variable aleatoria que representa a las fuerzas que afectan a la variable endógena y que no están tomadas en cuenta de manera explícita en la ecuación” (Silva, 2016, p. 13)

Con este primer modelo planteado se trata de encontrar la significancia de las variables de Evaluación de la ejecución del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal y la variable Resultados de la atención en salud materna neonatal a través de sus indicadores de impacto; siendo el primer modelo con el indicador de Razón de Muerte Materna. Cabe mencionar que si bien es cierto los indicadores de procesos se encuentran dentro de la segunda variable, se añadirán al modelo como variables explicativas de los indicadores de impacto para tener una mayor consistencia del modelo.

Dado que los datos son trimestrales, presentan un problema de estacionalidad por naturaleza por lo que pasamos a realizar el procedimiento de desestacionalización de las series, la cual se puede observar a detalle en el anexo 04. Por lo que a continuación muestro la estimación del modelo con los datos finales presentados en la tabla 131 (anexo 04).

Sin embargo, dado que la ecuación planteada es una ecuación poblacional no se pueden realizar estimaciones, es por ello que lo llevaremos a una ecuación muestral, siendo:

$$\widehat{RMM} = \widehat{\beta}_0 + \beta_1 \widehat{Ejecución} + \beta_2 \widehat{IG1} + \beta_3 \widehat{IG2} + \beta_4 \widehat{IG3} + \beta_5 \widehat{IG5} + \beta_6 \widehat{IG6} + \beta_7 \widehat{IG8} + \beta_8 \widehat{IG10} \\ + \beta_9 \widehat{IG12} + \beta_{10} \widehat{IG14} + \beta_{11} \widehat{IG15} + \beta_{12} \widehat{IG21} + \beta_{13} \widehat{IG24} + \beta_{14} \widehat{IG25} + \beta_{15} \widehat{IG26}$$

Tabla 91:*Estimación del modelo RMM, Microred Baños del Inca, 2015-2019*

| Variable | Coefficiente | Error Estándar | t-estadístico | Prob. |
|----------------------------|--------------|-----------------------------------|---------------|----------|
| C+ | -1.715172 | 5.2962 | -0.3239 | 0.7673 |
| EJECUCION- | 0.000010 | 0.00001 | 1.2287 | 0.3068 |
| IG1- | 0.012331 | 0.0160 | 0.7697 | 0.4975 |
| IG2- | 0.000448 | 0.0119 | 0.0378 | 0.9722 |
| IG3- | 0.010011 | 0.0171 | 0.5857 | 0.5993 |
| IG5- | 0.013044 | 0.0415 | 0.3143 | 0.7739 |
| IG6- | -0.016274 | 0.0163 | -0.9994 | 0.3912 |
| IG8- | 0.011873 | 0.0064 | 1.8700 | 0.1583 |
| IG10- | 0.023953 | 0.0138 | 1.7386 | 0.1805 |
| IG12- | 0.003495 | 0.0151 | 0.2311 | 0.8321 |
| IG14- | -0.013965 | 0.0082 | -1.6987 | 0.1879 |
| IG15- | -0.003772 | 0.0022 | -1.6856 | 0.1905 |
| IG21- | -0.013765 | 0.0194 | -0.7104 | 0.5287 |
| IG24- | -0.047626 | 0.0347 | -1.3739 | 0.2631 |
| IG25- | 0.043140 | 0.1915 | 0.2252 | 0.8363 |
| IG26- | 0.017855 | 0.0173 | 1.0316 | 0.3781 |
| R-cuadrado | 0.7463 | Media de la variable dependiente | | 0.149961 |
| R-cuadrado ajustado | -0.5222 | S.D.** variable dependiente | | 0.3395 |
| S.E.* de la regresión | 0.4189 | Criterio de información de Akaike | | 0.9359 |
| Suma residual de cuadrados | 0.5264 | Criterio Schwarz | | 1.7313 |
| Log likelihood | 7.1086 | Criterio Hannan-Quinn | | 1.0705 |
| F-estadístico | 0.5884 | Estadístico de Durbin-Watson | | 1.8976 |
| Prob(F-estadístico) | 0.7902 | | | |

Nota: + C: Parámetro de Posición *S.E.: Error Estándar, **S.D.: Desviación Estándar

Al realizar la estimación podemos decir que nuestra ecuación sería la siguiente:

$$\begin{aligned}
 RMM = & -1.715 + 1.00e^{-05}(EJECUCION) + 0.012(IG1) + 0.0004(IG2) + 0.010(IG3) + 0.013(IG5) \\
 & - 0.016(IG6) + 0.011(IG8) + 0.024(IG10) + 0.003(IG12) - 0.014(IG14) \\
 & - 0.004(IG15) - 0.014(IG21) - 0.048(IG24) + 0.043(IG25) + 0.018(IG26)
 \end{aligned}$$

Donde:

$$\beta_0 = -1.715$$

Cuando la ejecución presupuestal y los indicadores de procesos son igual a cero, entonces la razón de muerte materna promedio autónomo es de 1.715%

$$\beta_1 = 0.000010$$

Cuando la ejecución presupuestal incrementa en una unidad monetaria, entonces la razón de muerte materna promedio aumenta en un 0.000010%, manteniendo todos los indicadores de procesos constantes.

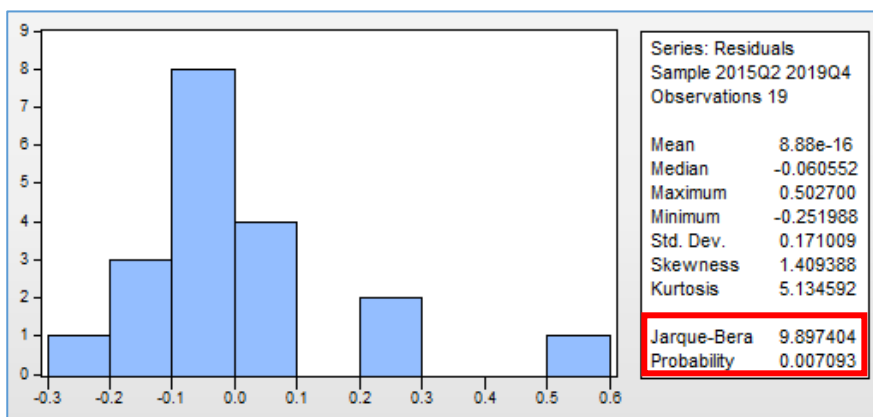
Realizamos prueba de normalidad con el test de Jarque-Bera, para ello planteamos las hipótesis correspondientes y procedemos a realizar el análisis.

H_0 : Los datos del modelo siguen una distribución normal.

H_1 : Los datos del modelo NO siguen una distribución normal.

Figura 25:

Distribución de Jarque-Bera modelo RMM



Dado que la probabilidad de Jarque-Bera (0.0079) es menor a 0.05, rechazamos H_0 por lo que, los datos del modelo NO tienen una distribución normal.

Además, tenemos el coeficiente de determinación: $R^2 = 0.746$, esto significa que la ejecución presupuestal agregando los indicadores de procesos permiten explicar el 74.6% el comportamiento de la razón de muerte materna.

Tabla 92:

Estimación econométrica modelo RMM: R-cuadrado

| | | | |
|----------------------------|---------|-----------------------------------|----------|
| R-cuadrado | 0.7463 | Media de la variable dependiente | 0.149961 |
| R-cuadrado ajustado | -0.5222 | S.D.** variable dependiente | 0.3395 |
| S.E.* de la regresión | 0.4189 | Criterio de información de Akaike | 0.9359 |
| Suma residual de cuadrados | 0.5264 | Criterio Schwarz | 1.7313 |
| Log likelihood | 7.1086 | Criterio Hannan-Quinn | 1.0705 |
| F-estadístico | 0.5884 | Estadístico de Durbin-Watson | 1.8976 |
| Prob(F-estadístico) | 0.7902 | | |

4.3.5.1. Prueba de Hipótesis de las variables individualmente

Ejecución Presupuestal

$H_0: \beta_1 = 0$: La variable ejecución NO influye de manera significativa sobre la razón de muerte materna.

$H_1: \beta_1 \neq 0$: La variable ejecución SI influye de manera significativa sobre la razón de muerte materna.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Tabla 93:

Prueba de Hipótesis modelo RMM: variable ejecución (t-estadístico)

| Variable | Coficiente | Error Estándar | t-estadístico | Prob. |
|-----------|------------|----------------|---------------|--------|
| C | -1.715172 | 5.2962 | -0.3239 | 0.7673 |
| Ejecución | 0.000010 | 0.00001 | 1.2287 | 0.3068 |

T calculado: **1.2287**

Hallar el t tabulado: a través de la tabla del t-student, para el cual primero debemos encontrar:

- Grados de libertad = $(n - k)^2 = 20 - 1 = 19$; como primero estoy realizando la prueba de hipótesis individualmente, ósea para un estimador, el $k = 1$, pero los estimadores totales del modelo son: $k = 16$
- Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

T tabulado: **1.7291**

T calculado (1.2287) < T tabulado (1.7291) → Aceptamos H_0 . Es decir, la ejecución presupuestal por sí sola NO explica de manera significativa a la razón de muerte materna de la Microred de Baños del Inca.

Al realizar la prueba de hipótesis para las demás variables obtenemos los resultados de la tabla 94. En donde se observa que tan solo las variables IG8 e IG10 son estadísticamente significativas; es decir, por SÍ solas logran explicar la muerte materna.

$H_0: \beta_1 = 0$: La variable _____ NO influye de manera significativa sobre la razón de muerte materna.

$H_1: \beta_1 \neq 0$: La variable _____ SI influye de manera significativa sobre la razón de muerte materna.

Tabla 94:

Prueba de hipótesis de variables individualmente del modelo RMM

| Variable | t-Statistic (calculado) | Ttabulado | Resultado |
|------------|-------------------------|-----------|------------------|
| EJECUCION- | 1.2287 | < 1.7291 | No significativo |

² Donde “n” viene a ser la cantidad de datos y “k” la cantidad de variables explicativas

| | | | | |
|-------|--------|---|--------|------------------|
| IG1- | 0.7697 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG2- | 0.0378 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG3- | 0.5857 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG5- | 0.3143 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG6- | 0.9994 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG8- | 1.8700 | > | 1.7291 | Significativo |
| IG10- | 1.7386 | > | 1.7291 | Significativo |
| IG12- | 0.2311 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG14- | 1.6987 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG15- | 1.6856 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG21- | 0.7104 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG24- | 1.3739 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG25- | 0.2252 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG26- | 1.0316 | < | 1.7291 | No significativo |

4.3.5.2. Prueba de Hipótesis de las variables en conjunto

$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_6$: La variable ejecución y los indicadores de proceso en conjunto NO influyen de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal.

$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_6$: La variable ejecución y los indicadores de proceso en conjunto SI influyen de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal.

Para verificar la significancia estadística de las variables en conjunto se utilizará el estadístico F de Fisher:

Tabla 95:

Prueba de hipótesis modelo RMM: variables en conjunto (F-estadístico)

| | | | |
|----------------------------|---------|-----------------------------------|----------|
| R-cuadrado | 0.7463 | Mean variable dependiente | 0.149961 |
| R-cuadrado ajustado | -0.5222 | S.D. variable dependiente | 0.3395 |
| S.E. de la regresión | 0.4189 | Criterio de información de Akaike | 0.9359 |
| Suma residual de cuadrados | 0.5264 | Criterio Schwarz | 1.7313 |
| Log likelihood | 7.1086 | Criterio Hannan-Quinn | 1.0705 |
| F-estadístico | 0.5884 | Estadístico de Durbin-Watson | 1.8976 |
| Prob(F-estadístico) | 0.7902 | | |

➤ F calculado: **0.5884**

➤ F tabulado:

✓ grado lib.: $k-1 = 16-1 = 15 \rightarrow$ grados de lib. Del numerador

$n-k = 20-15 = 5 \rightarrow$ grados de lib. Del denominador

✓ $\alpha = 0.05$

➔ F tabulado = **4.619**

F calculado (0.5884) < F tabulado (4.619) → Aceptamos H_0 : La variable ejecución y los indicadores de proceso en conjunto NO influyen de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal.

Debido a que no existe una influencia significativa puede deberse a un error de especificación en el modelo. Para comprobar si existen errores de especificación en el modelo, recurrimos al test para el error de variables redundantes. Incluir variables redundantes en el modelo, según Alonso (s.f.) “no afecta la consistencia de la estimación” (p. 12) pero en consecuencia si trae consigo pérdida de eficiencia en la estimación, es decir, al momento de contrastar la prueba de hipótesis, Alonso (s.f) asegura que: “podríamos inferir que no son relevantes variables que sí lo son” (p. 13)

Es por ello que realizamos el test de variables redundantes, en este caso utilizaremos el test de Variables Redundantes – Ratio de Likelihood, el procedimiento es el siguiente:

Para Ejecución:

H_0 : El indicador Ejecución SI es redundante

H_1 : El indicador Ejecución NO es redundante

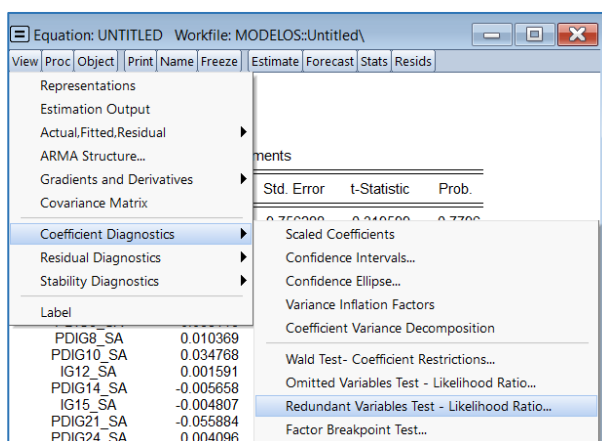
→ El test nos dice que si Probabilidad (Ratio de Likelihood) < 0.05, entonces rechazamos la hipótesis nula por lo que debe quedarse en el modelo, y si es mayor que 0.05, entonces aceptamos la hipótesis nula y la variable debe omitirse del modelo

Las ratios de Likelihood, serán estimados a través del paquete estadístico de E-views:

1º: View → Coeficiente test → Test de Variables Redundantes – Ratio de Likelihood

Figura 26:

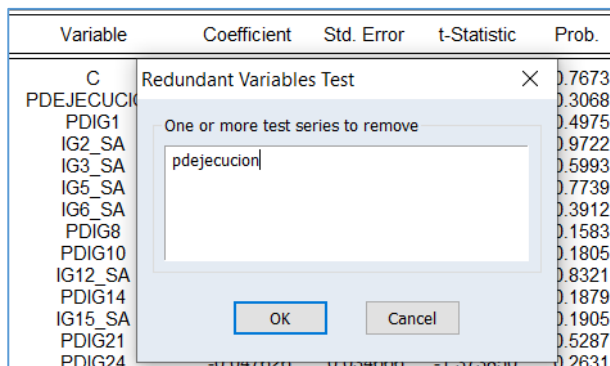
Paso 1 en E-views para el test de variables redundantes para el modelo RMM



2º: Escribimos la variable a la que deseamos aplicar el test, en esta primera estimación es el IG1

Figura 27:

Paso 2 en E-views para el test de variables redundantes para el modelo RMM



3º Tomamos la decisión según la probabilidad estimada:

Figura 28:

Estimación del Test de Variable Redundante de Ratio de Likelihood para IG1, modelo RMM

| Redundant Variables Test | | | |
|--|----------|--------|-------------|
| Null hypothesis: PDEJECUCION are jointly insignificant | | | |
| Equation: UNTITLED | | | |
| Specification: RMM1_SA C PDEJECUCION PDIG1 IG2_SA IG3_SA IG5_SA IG6_SA PDIG8 PDIG10 IG12_SA PDIG14 IG15_SA PDIG21 PDIG24 IG25_SA IG26_SA | | | |
| Redundant Variables: PDEJECUCION | | | |
| | Value | df | Probability |
| t-statistic | 1.228671 | 3 | 0.3068 |
| F-statistic | 1.509633 | (1, 3) | 0.3068 |
| Likelihood ratio | 7.744468 | 1 | 0.0054 |

→ Probabilidad LR (0.0054) < 0.05 → Rechazamos H_0 ; por lo que Ejecución NO es redundante y debe permanecer en el modelo.

Para las demás variables

Realizamos el test en todos los indicadores de procesos y obtenemos:

H_0 : El indicador _____ SI es redundante

H_1 : El indicador _____ NO es redundante

Tabla 96:

Test de Likelihood – variables redundantes, modelo RMM

| Variable | t-Statistic (calculado) | Ttabulado | Resultado |
|------------|-------------------------|-----------|---------------|
| EJECUCION- | 0.0054 | < 0.05 | No redundante |
| IG1- | 0.0642 | > 0.05 | Redundante |
| IG2- | 0.9243 | > 0.05 | Redundante |
| IG3- | 0.1515 | > 0.05 | Redundante |

| | | | | |
|-------|--------|---|------|---------------|
| IG5- | 0.4327 | > | 0.05 | Redundante |
| IG6- | 0.0195 | < | 0.05 | No redundante |
| IG8- | 0.0001 | < | 0.05 | No redundante |
| IG10- | 0.0003 | < | 0.05 | No redundante |
| IG12- | 0.5625 | > | 0.05 | Redundante |
| IG14- | 0.0003 | < | 0.05 | No redundante |
| IG15- | 0.0004 | < | 0.05 | No redundante |
| IG21- | 0.0857 | > | 0.05 | Redundante |
| IG24- | 0.0023 | < | 0.05 | No redundante |
| IG25- | 0.5724 | > | 0.05 | Redundante |
| IG26- | 0.0163 | < | 0.05 | No redundante |

Del resultado obtenemos que solo las variables EJECUCION, IG6, IG8, IG10, IG14, IG15, IG24 E IG26 son menores que el t-tabulado (0.05) por lo que deben permanecer en el modelo, y las demás variables al ser redundantes deben omitirse en la estimación del modelo. De ahí tenemos que el nuevo modelo a estimar es:

$$\widehat{RMM} = \widehat{\beta}_0 + \beta_1 \widehat{Ejecución} + \beta_2 \widehat{IG6} + \beta_3 \widehat{IG8} + \beta_4 \widehat{IG10} + \beta_5 \widehat{IG14} + \beta_6 \widehat{IG15} + \beta_7 \widehat{IG24} + \beta_8 \widehat{IG26}$$

Tabla 97:

Estimación del modelo RMM sin variables redundantes, Microred Baños del Inca, 2015-2019

| Variable | Coefficiente | Error Estándar | t-estadístico | Prob. |
|----------------------------|--------------|-----------------------------------|---------------|----------|
| C+ | 0.485091 | 1.5377 | 0.3155 | 0.7589 |
| EJECUCION- | 0.000004 | 0.00000 | 0.9793 | 0.3505 |
| IG6- | -0.006059 | 0.0051 | -1.1918 | 0.2609 |
| IG8- | 0.005286 | 0.0031 | 1.7041 | 0.1192 |
| IG10- | 0.009741 | 0.0051 | 1.9160 | 0.0844 |
| IG14- | -0.006084 | 0.0034 | -1.8121 | 0.1001 |
| IG15- | -0.001526 | 0.0009 | -1.6421 | 0.1316 |
| IG24- | -0.029882 | 0.0231 | -1.2947 | 0.2245 |
| IG26- | 0.006675 | 0.0066 | 1.0179 | 0.3327 |
| R-cuadrado | 0.7463 | Media de la variable dependiente | | 0.149961 |
| R-cuadrado ajustado | -0.5222 | S.D.** variable dependiente | | 0.3395 |
| S.E.* de la regresión | 0.4189 | Criterio de información de Akaike | | 0.9359 |
| Suma residual de cuadrados | 0.5264 | Criterio Schwarz | | 1.7313 |
| Log likelihood | 7.1086 | Criterio Hannan-Quinn | | 1.0705 |
| F-estadístico | 0.5884 | Estadístico de Durbin-Watson | | 1.8976 |
| Prob(F-estadístico) | 0.7902 | | | |

Al realizar la estimación podemos decir que nuestra ecuación sería la siguiente:

$$RMM = 0.485 + 4.00e^{-06}(EJECUCION) - 0.006(IG6) + 0.005(IG8) + 0.0097(IG10) - 0.006(IG14) - 0.0015(IG15) - 0.029(IG24) + 0.007(IG26)$$

Donde:

$$\beta_0 = 0.485$$

Cuando la ejecución presupuestal y los indicadores de procesos son igual a cero, entonces la razón de muerte materna promedio autónomo es 0.485%

$$\beta_1 = 0.000004$$

Cuando la ejecución presupuestal incrementa en una unidad monetaria, entonces la razón de muerte materna promedio disminuye en un 0.000004%, manteniendo todos los indicadores de procesos constantes.

Realizamos prueba de normalidad con el test de Jarque-Bera, donde:

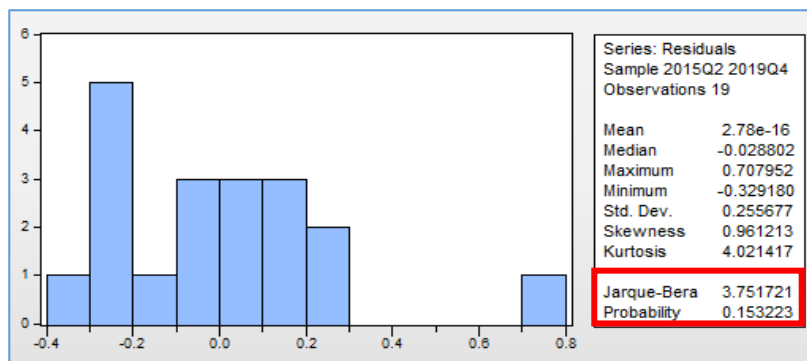
H_0 : Los datos del modelo siguen una distribución normal.

H_1 : Los datos del modelo NO siguen una distribución normal.

Al realizar el test de normalidad observamos en la figura 29 que la probabilidad de Jarque-Bera (0.153) > 0.05, por lo que aceptamos H_0 , es decir, los datos del modelo tienen una distribución normal.

Figura 29:

Distribución de Jarque-Bera modelo ajustado RMM



Sin embargo, a pesar de tener una distribución normal, el coeficiente de determinación se ha reducido respecto al modelo inicial: $R^2 = 0.4329$, esto significa que la ejecución presupuestal agregando los indicadores de procesos permiten explicar solo el 43.3% la variación total observada de la razón de muerte materna.

Tabla 98:

Estimación econométrica modelo ajustado RMM: R-cuadrado

| | | | |
|----------------------------|---------|-----------------------------------|----------|
| R-cuadrado | 0.4329 | Media de la variable dependiente | 0.149961 |
| R-cuadrado ajustado | -0.0208 | S.D.** variable dependiente | 0.3395 |
| S.E.* de la regresión | 0.3430 | Criterio de información de Akaike | 1.0035 |
| Suma residual de cuadrados | 1.1767 | Criterio Schwarz | 1.4509 |
| Log likelihood | -0.5332 | Criterio Hannan-Quinn | 1.0792 |
| F-estadístico | 0.9542 | Estadístico de Durbin-Watson | 1.9373 |
| Prob(F-estadístico) | 0.5170 | | |

4.3.5.3. Prueba de Hipótesis

Ejecución Presupuestal

$H_0: \beta_1 = 0$: La variable ejecución NO influye de manera significativa sobre la razón de muerte materna

$H_1: \beta_1 \neq 0$: La variable ejecución SI influye de manera significativa sobre la razón de muerte materna

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Tabla 99:

Prueba de Hipótesis modelo RMM ajustado: variable ejecución (t-estadístico)

| Variable | Coficiente | Error Estándar | t-estadístico | Prob. |
|-----------|------------|----------------|---------------|--------|
| C | 0.485091 | 1.5377 | 0.3155 | 0.7589 |
| Ejecución | 0.000004 | 0.00000 | 0.9793 | 0.3505 |

T calculado: **0.9793**

Hallar el t tabulado: a través de la tabla del t-student, para el cual primero debemos encontrar:

- Grados de libertad = $(n - k)^3 = 20 - 1 = 19$; como primero estoy realizando la prueba de hipótesis individualmente, ósea para un estimador, el $k = 1$, pero los estimadores totales del modelo ajustado son: $k = 5$
- Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

T tabulado: **1.7291**

T calculado (0.9793) < T tabulado (1.7291) → Aceptamos H_0 . Es decir, la ejecución presupuestal por sí sola NO explica de manera significativa a la razón de muerte materna de la Microred de Baños del Inca. Esto se da debido a que, existe una baja calidad de gasto, ya que a pesar de que en los productos de parto si hubo elevada ejecución, existe la pérdida de información en el sistema SIGA por centro de costos en los procedimientos de descentralización y cuadros de distribución.

Al realizar la prueba de hipótesis para las demás variables obtenemos los resultados de la tabla 100. Entonces tenemos que tan solo las variables IG10 e IG14 son significativas por sí solas; el resto de variables no logran explicar la muerte materna, como ya veíamos con el coeficiente de determinación.

³ Donde “n” viene a ser la cantidad de datos y “k” la cantidad de variables explicativas

Tabla 100:*Prueba de hipótesis modelo RMM ajustado*

| Variable | t-Statistic (calculado) | | Ttabulado | Resultado |
|------------|-------------------------|---|-----------|------------------|
| EJECUCION- | 0.9793 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG6- | 1.1918 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG8- | 1.7041 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG10- | 1.9160 | > | 1.7291 | Significativo |
| IG14- | 1.8121 | > | 1.7291 | Significativo |
| IG15- | 1.6421 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG24- | 1.2947 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG26- | 1.0179 | < | 1.7291 | No significativo |

VARIABLES EN CONJUNTO

$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_6$: La variable ejecución y los indicadores de proceso en conjunto NO influyen de manera significativa sobre la razón de muerte materna.

$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_6$: La variable ejecución y los indicadores de proceso en conjunto SI influyen de manera significativa sobre la razón de muerte materna.

Para verificar la significancia estadística de las variables en conjunto se utilizará el estadístico F de Fisher:

Tabla 101:*Prueba de hipótesis modelo ajustado RMM: variables en conjunto (F-estadístico)*

| | | | |
|----------------------------|---------|-----------------------------------|----------|
| R-cuadrado | 0.4329 | Mean variable dependiente | 0.149961 |
| R-cuadrado ajustado | -0.0208 | S.D. variable dependiente | 0.3395 |
| S.E. de la regresión | 0.3430 | Criterio de información de Akaike | 1.0035 |
| Suma residual de cuadrados | 1.1767 | Criterio Schwarz | 1.4509 |
| Log likelihood | -0.5332 | Criterio Hannan-Quinn | 1.0792 |
| F-estadístico | 0.9542 | Estadístico de Durbin-Watson | 1.9373 |
| Prob. (F-estadístico) | 0.5170 | | |

➤ F calculado: **0.9542**

➤ F tabulado:

✓ grado lib.: $k-1 = 9-1 = 8 \rightarrow$ grados de lib. Del numerador

$n-k = 20-8 = 12 \rightarrow$ grados de lib. Del denominador

✓ $\alpha = 0.05$

➔ F tabulado = **2.849**

F calculado (0.9542) < F tabulado (2.849) \rightarrow Aceptamos H_0 : La variable ejecución y los indicadores de proceso en conjunto NO influyen de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal.

Finalmente concluyo que el modelo no explica a la razón de muerte materna, ninguna variable explica el comportamiento promedio de la Razón de Muerte Materna por lo que este 1er modelo es inválido, esto se puede deber a que a que de los datos trimestrales trabajados solo se han tenido 3 muertes maternas en la Microred en el periodo de estudio.

4.3.6. Modelo 2:

$$TMN = \beta_0 + \beta_1 Ejecución + \beta_2 IG1 + \beta_3 IG2 + \beta_4 IG3 + \beta_5 IG5 + \beta_6 IG6 + \beta_7 IG8 + \beta_8 IG10 + \beta_9 IG12 + \beta_{10} IG14 + \beta_{11} IG15 + \beta_{12} IG21 + \beta_{13} IG24 + \beta_{14} IG25 + \beta_{15} IG26 + \mu$$

Donde:

TMN: Tasa de Muerte Neonatal

$\beta_0; \beta_1; \dots; \beta_{14}$: Parámetros, donde β_0 es el parámetro de posición

Ejecución: Ejecución Presupuestal de la MR Baños del Inca 2015-2019

IG1: % de gestantes atendidas según gestantes programadas, 2015 - 2019

IG2: % de gestantes con ATC prenatal reenfocada, 2015 - 2019

IG3: % de gestantes atendidas en el primer trimestre, 2015 - 2019

IG5: % de gestantes adolescentes, 2015 - 2019

IG6: % de gestantes con 6° control, 2015 - 2019

IG8: % de gestantes con 2° ATC odontológica, 2015 - 2019

IG10: % de gestantes con 2° ecografía, 2015 - 2019

IG12: % de gestantes con paquete de laboratorio, 2015 - 2019

IG14: % de gestantes con 3° plan de parto de las gestantes programadas, 2015 - 2019

IG15: % de gestantes con visita domiciliaria (reporte de materno), 2015 - 2019

IG21: % de parto institucional, 2015 - 2019

IG24: % de parto en adolescentes, 2015 - 2019

IG25: % de recién nacidos vivos con complicaciones, 2015 - 2019

IG26: % de puérperas controladas, 2015 - 2019

μ : término de perturbación, es decir, aquella “variable aleatoria que representa a las fuerzas que afectan a la variable endógena y que no están tomadas en cuenta de manera explícita en la ecuación” (Silva, 2016, p. 13)

Con este segundo modelo planteado, se trata de encontrar la asociación de las variables de Evaluación del diseño del programa presupuestal 0002 salud y la variable Resultados de la atención en salud materno neonatal; esta vez con el indicador de Tasa de Muerte Neonatal, además de nivel de significancia entre ellas. De igual manera que para el modelo anterior, en este, también se añadirán los indicadores de procesos como variables explicativas de los indicadores de impacto para evitar la omisión de variables relevantes y tener una mayor consistencia del modelo.

Para este modelo también se realizaron ajustes de estacionalidad dado que los datos son trimestrales. Los cuales se puede observar a detalle en el anexo 04. Por lo que a continuación muestro la estimación del modelo con los datos finales presentados en la tabla 131 (anexo 04).

Dado que la ecuación planteada es una ecuación poblacional no se pueden realizar estimaciones, es por ello que lo llevaremos a una ecuación muestral, siendo:

$$TMN = \widehat{\beta}_0 + \beta_1 E\widehat{jecución} + \widehat{\beta}_2 IG1 + \widehat{\beta}_3 IG2 + \widehat{\beta}_4 IG3 + \widehat{\beta}_5 IG5 + \widehat{\beta}_6 IG6 + \widehat{\beta}_7 IG8 + \widehat{\beta}_8 IG10 + \widehat{\beta}_9 IG12 + \widehat{\beta}_{10} IG14 + \widehat{\beta}_{11} IG15 + \widehat{\beta}_{12} IG21 + \widehat{\beta}_{13} IG24 + \widehat{\beta}_{14} IG25 + \widehat{\beta}_{15} IG26$$

Tabla 102:

Estimación del modelo TMN, Microred Baños del Inca, 2015-2019

| Variable | Coefficiente | Error Estándar | t-estadístico | Prob. |
|----------------------------|--------------|-----------------------------------|---------------|----------|
| C+ | 8.596697 | 14.4819 | 0.5936 | 0.5945 |
| EJECUCION- | -0.000032 | 0.00002 | -1.4273 | 0.2488 |
| IG1- | -0.065969 | 0.0438 | -1.5059 | 0.2292 |
| IG2- | -0.028581 | 0.0324 | -0.8818 | 0.4428 |
| IG3- | -0.070145 | 0.0467 | -1.5008 | 0.2304 |
| IG5- | 0.101763 | 0.1135 | 0.8968 | 0.4359 |
| IG6- | 0.054346 | 0.0445 | 1.2206 | 0.3094 |
| IG8- | -0.036505 | 0.0174 | -2.1025 | 0.1263 |
| IG10- | -0.097978 | 0.0377 | -2.6008 | 0.0803 |
| IG12- | 0.006660 | 0.0413 | 0.1611 | 0.8823 |
| IG14- | 0.070115 | 0.0225 | 3.1191 | 0.0525 |
| IG15- | 0.017251 | 0.0061 | 2.8190 | 0.0668 |
| IG21- | 0.104573 | 0.0530 | 1.9736 | 0.1429 |
| IG24- | -0.0726260 | 0.0948 | -0.7662 | 0.4993 |
| IG25- | -0.4087060 | 0.5237 | -0.7804 | 0.4921 |
| IG26- | -0.0694890 | 0.0473 | -1.4683 | 0.2383 |
| R-cuadrado | 0.9030 | Media de la variable dependiente | | 0.000862 |
| R-cuadrado ajustado | 0.4181 | S.D.** variable dependiente | | 1.5015 |
| S.E.* de la regresión | 1.1454 | Criterio de información de Akaike | | 2.9478 |
| Suma residual de cuadrados | 3.9358 | Criterio Schwarz | | 3.7431 |
| Log likelihood | -12.0037 | Criterio Hannan-Quinn | | 3.0824 |
| F-estadístico | 1.8621 | Estadístico de Durbin-Watson | | 2.7051 |
| Prob(F-estadístico) | 0.3360 | | | |

Al realizar la estimación podemos decir que nuestra ecuación sería la siguiente:

$$\begin{aligned}
 TMN = & 8.597 - 3.20e^{-05}(EJECUCION) - 0.066(IG1) - 0.029(IG2) - 0.070(IG3) \\
 & + 0.102(IG5) + 0.054(IG6) - 0.036(IG8) - 0.098(IG10) - 0.007(IG12) \\
 & + 0.070(IG14) + 0.017(IG15) + 0.105(IG21) - 0.073(IG24) - 0.409(IG25) \\
 & - 0.069(IG26)
 \end{aligned}$$

Donde:

$$\beta_0 = 8.597$$

Cuando la ejecución presupuestal y los indicadores de procesos son igual a cero, entonces la tasa de mortalidad neonatal promedio autónomo es de 8.597%

$$\beta_1 = -3.20e^{-05}$$

Cuando la ejecución presupuestal incrementa en una unidad monetaria, entonces la tasa de mortalidad neonatal promedio disminuye en 0.000032%, manteniendo todos los indicadores de procesos constantes.

Realizamos la prueba de normalidad del modelo con el test Jarque -Bera, para ello planteamos las hipótesis correspondientes y procedemos a realizar el análisis.

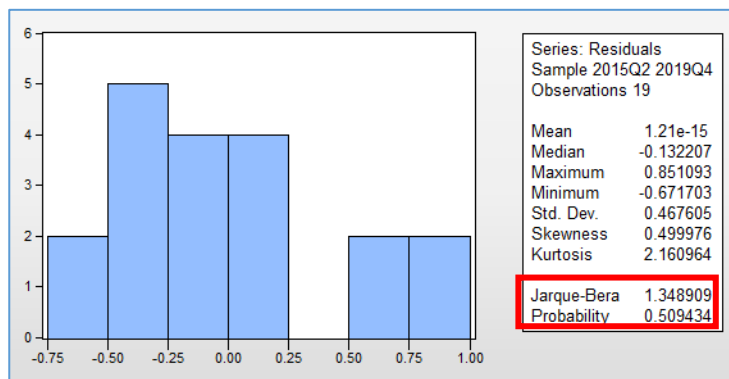
H_0 : Los datos del modelo siguen una distribución normal.

H_1 : Los datos del modelo NO siguen una distribución normal.

De acuerdo con el test, se observa que la probabilidad de Jarque-Bera (50.9%) > 5%; por lo que aceptamos H_0 por lo que, los datos del modelo tienen una distribución normal.

Figura 30:

Distribución de Jarque-Bera modelo TMN



Además, tenemos el coeficiente de determinación: $R^2 = 0.903$, es decir, la ejecución presupuestal agregando los indicadores de procesos permiten explicar en 90.3% la variación total observada de la tasa de mortalidad neonatal.

Tabla 103:*Estimación econométrica modelo TMN: R-cuadrado*

| | | | |
|----------------------------|----------|-----------------------------------|----------|
| R-cuadrado | 0.9030 | Mean variable dependiente | 0.000862 |
| R-cuadrado ajustado | 0.4181 | S.D. variable dependiente | 1.5015 |
| S.E. de la regresión | 1.1454 | Criterio de información de Akaike | 2.9478 |
| Suma residual de cuadrados | 3.9358 | Criterio Schwarz | 3.7431 |
| Log likelihood | -12.0037 | Criterio Hannan-Quinn | 3.0824 |
| F-estadístico | 1.8621 | Estadístico de Durbin-Watson | 2.7051 |
| Prob(F-estadístico) | 0.3360 | | |

4.3.6.1. Prueba de Hipótesis de las variables individualmente

Ejecución Presupuestal

$H_0: \beta_1 = 0$: La variable ejecución NO influye de manera significativa sobre la razón de muerte materna.

$H_1: \beta_1 \neq 0$: La variable ejecución SI influye de manera significativa sobre la razón de muerte materna.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Tabla 104:*Prueba de Hipótesis modelo TMN: variable ejecución (t-estadístico)*

| Variable | Coefficiente | Error Estándar | t-estadístico | Prob. |
|-----------|--------------|----------------|---------------|--------|
| C | 8.5966965 | 14.4819 | 0.5936 | 0.5945 |
| Ejecución | -0.0000320 | 0.00002 | -1.4273 | 0.2488 |

T calculado: $|-1.4273| = 1.4273$

Hallar el t tabulado: a través de la tabla del t-student, para el cual primero debemos encontrar:

- Grados de libertad = $(n - k)^4 = 20 - 1 = 19$; como primero estoy realizando la prueba de hipótesis individualmente, ósea para un estimador, el $k = 1$, pero los estimadores totales del modelo son: $k = 16$
- Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

T tabulado: **1.7291**

T calculado (1.4273) < T tabulado (1.7291) → Aceptamos H_0 . Es decir, la ejecución presupuestal por sí sola NO explica de manera significativa a la razón de muerte materna de la Microred de Baños del Inca.

⁴ Donde “n” viene a ser la cantidad de datos y “k” la cantidad de variables explicativas

Al realizar la prueba de hipótesis para las demás variables obtenemos los resultados de la tabla 105. En donde se observa que tan solo 5 indicadores logran explicar por SI solas a la tasa de muerte neonatal: IG8, IG10, IG14, IG15 e IG21; estos indicadores corresponden a atención odontológica, atención de gestantes con ecografía, gestantes con 3er plan de parto, gestantes con visita domiciliaria y % de parto institucional respectivamente. El resto de variables NO son estadísticamente significativa; es decir, por sí solas NO logran explicar la muerte neonatal.

$H_0: \beta_1 = 0$: La variable _____ NO influye de manera significativa sobre la razón de muerte materna.

$H_1: \beta_1 \neq 0$: La variable _____ SI influye de manera significativa sobre la razón de muerte materna.

Tabla 105:

Prueba de hipótesis modelo TMN

| Variable | t-Statistic (calculado) | Ttabulado | Resultado |
|------------|-------------------------|-----------|------------------|
| EJECUCION- | 1.4273 | < 1.7291 | No significativo |
| IG1- | 1.5059 | < 1.7291 | No significativo |
| IG2- | 0.8818 | < 1.7291 | No significativo |
| IG3- | 1.5008 | < 1.7291 | No significativo |
| IG5- | 0.8968 | < 1.7291 | No significativo |
| IG6- | 1.2206 | < 1.7291 | No significativo |
| IG8- | 2.1025 | > 1.7291 | Significativo |
| IG10- | 2.6008 | > 1.7291 | Significativo |
| IG12- | 0.1611 | < 1.7291 | No significativo |
| IG14- | 3.1191 | > 1.7291 | Significativo |
| IG15- | 2.8190 | > 1.7291 | Significativo |
| IG21- | 1.9736 | > 1.7291 | Significativo |
| IG24- | 0.7662 | < 1.7291 | No significativo |
| IG25- | 0.7804 | < 1.7291 | No significativo |
| IG26- | 1.4683 | < 1.7291 | No significativo |

4.3.6.2. Prueba de Hipótesis de las variables en conjunto

$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_6$: La variable ejecución y los indicadores de proceso en conjunto NO influyen de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal.

$H_1: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_6$: La variable ejecución y los indicadores de proceso en conjunto SI influyen de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal.

Para verificar la significancia estadística de las variables en conjunto se utilizará el estadístico F de Fisher:

Tabla 106:*Prueba de hipótesis modelo TMN: variables en conjunto (F-estadístico)*

| | | | |
|----------------------------|----------|-----------------------------------|----------|
| R-cuadrado | 0.9030 | Mean variable dependiente | 0.000862 |
| R-cuadrado ajustado | 0.4181 | S.D. variable dependiente | 1.5015 |
| S.E. de la regresión | 1.1454 | Criterio de información de Akaike | 2.9478 |
| Suma residual de cuadrados | 3.9358 | Criterio Schwarz | 3.7431 |
| Log likelihood | -12.0037 | Criterio Hannan-Quinn | 3.0824 |
| F-estadístico | 1.8621 | Estadístico de Durbin-Watson | 2.7051 |
| Prob(F-estadístico) | 0.3360 | | |

➤ F calculado: **1.8621**

➤ F tabulado:

✓ grado lib.: $k-1 = 16-1 = 15 \rightarrow$ grados de lib. Del numerador

$n-k = 20-15 = 5 \rightarrow$ grados de lib. Del denominador

✓ $\alpha = 0.05$

➔ F tabulado = **4.619**

F calculado (1.8621) < F tabulado (4.619) \rightarrow Rechazamos H_0 : La variable ejecución y los indicadores de proceso en conjunto NO influyen de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal.

Debido a que no existe una influencia significativa puede deberse a un error de especificación en el modelo. Es por ello que, al igual que en el modelo de razón de muerte materna, realizamos el test de variables redundantes:

H_0 : La variable _____ es redundante.

H_1 : La variable _____ NO es redundante.

Tabla 107:*Prueba de hipótesis modelo TMN: variables en conjunto (F-estadístico)*

| Variables | t-calculado (LR) | t-tabulado | Resultado |
|-----------|------------------|------------|---------------|
| Ejecución | 0.0017 | < 0.0500 | No redundante |
| IG1 | 0.0110 | < 0.0500 | No redundante |
| IG2 | 0.0364 | < 0.0500 | No redundante |
| IG3 | 0.0011 | < 0.0500 | No redundante |
| IG5 | 0.0337 | < 0.0500 | No redundante |
| IG6 | 0.0056 | < 0.0500 | No redundante |
| IG8 | 0.0000 | < 0.0500 | No redundante |
| IG10 | 0.0000 | < 0.0500 | No redundante |
| IG12 | 0.6858 | > 0.0500 | Redundante |
| IG14 | 0.0000 | < 0.0500 | No redundante |
| IG15 | 0.0000 | < 0.0500 | No redundante |

| | | | | |
|------|--------|---|--------|---------------|
| IG21 | 0.0001 | < | 0.0500 | No redundante |
| IG24 | 0.0654 | > | 0.0500 | Redundante |
| IG25 | 0.0609 | > | 0.0500 | Redundante |
| IG26 | 0.0013 | < | 0.0500 | No redundante |

Al contrario que en el modelo de razón de muerte materna, aquí tenemos que son 3 las variables redundantes: IG12, IG24 e IG25; siendo estas mayores que 5% por lo que no deben permanecer en el modelo. De ahí tenemos que el nuevo modelo a estimar es:

$$TMN = \widehat{\beta}_0 + \beta_1 E\widehat{jecución} + \widehat{\beta}_2 IG1 + \widehat{\beta}_3 IG2 + \widehat{\beta}_4 IG3 + \widehat{\beta}_5 IG5 + \widehat{\beta}_6 IG6 + \widehat{\beta}_7 IG8 + \widehat{\beta}_8 IG10 + \widehat{\beta}_9 IG14 + \widehat{\beta}_{10} IG15 + \widehat{\beta}_{11} IG21 + \widehat{\beta}_{12} IG26$$

Tabla 108:

Estimación del modelo TMN sin variables redundantes, Microred Baños del Inca, 2015-2019

| Variable | Coficiente | Error Estándar | t-estadístico | Prob. |
|----------------------------|------------|-----------------------------------|---------------|----------|
| C | 21.801010 | 6.5083 | 3.3497 | 0.0154 |
| EJECUCION- | -0.000045 | 0.00002 | -2.8408 | 0.0295 |
| IG1- | -0.073802 | 0.0301 | -2.4533 | 0.0496 |
| IG2- | -0.020411 | 0.0148 | -1.3834 | 0.2158 |
| IG3- | -0.085929 | 0.0382 | -2.2491 | 0.0655 |
| IG5- | 0.071496 | 0.0847 | 0.8437 | 0.4312 |
| IG6- | 0.026098 | 0.0205 | 1.2754 | 0.2493 |
| IG8- | -0.035886 | 0.0131 | -2.7468 | 0.0334 |
| IG10- | -0.096316 | 0.0262 | -3.6827 | 0.0103 |
| IG14- | 0.075668 | 0.0165 | 4.5723 | 0.0038 |
| IG15- | 0.019334 | 0.0048 | 4.0694 | 0.0066 |
| IG21- | 0.066989 | 0.0293 | 2.2887 | 0.0621 |
| IG26- | -0.097056 | 0.0279 | -3.4842 | 0.0131 |
| R-cuadrado | 0.8488 | Media de la variable dependiente | | 0.000862 |
| R-cuadrado ajustado | 0.5463 | S.D.** variable dependiente | | 1.5015 |
| S.E.* de la regresión | 1.0114 | Criterio de información de Akaike | | 3.0762 |
| Suma residual de cuadrados | 6.1373 | Criterio Schwarz | | 3.7224 |
| Log likelihood | -16.2243 | Criterio Hannan-Quinn | | 3.1856 |
| F-estadístico | 2.8060 | Estadístico de Durbin-Watson | | 2.4852 |
| Prob(F-estadístico) | 0.1073 | | | |

Al realizar la estimación podemos decir que nuestra ecuación sería la siguiente:

$$TMN = 21.801 - 4.5e^{-05}(EJECUCION) - 0.074(IG1) - 0.020(IG2) - 0.086(IG3) + 0.071(IG5) + 0.026(IG6) - 0.036(IG8) - 0.096(IG10) + 0.076(IG14) + 0.019(IG15) + 0.067(IG21) - 0.097(IG26)$$

Donde:

$$\beta_0 = 21.801$$

Cuando la ejecución presupuestal y los indicadores de procesos son igual a cero, entonces la tasa de muerte neonatal promedio autónomo es 21.801%

$$\beta_1 = -4.5e^{-05}$$

Cuando la ejecución presupuestal incrementa en una unidad monetaria, entonces la razón de muerte materna promedio disminuye en un 0.000045%, manteniendo todos los indicadores de procesos constantes.

Realizamos prueba de normalidad con el test de Jarque-Bera, para ello planteamos las hipótesis correspondientes y procedemos a realizar el análisis.

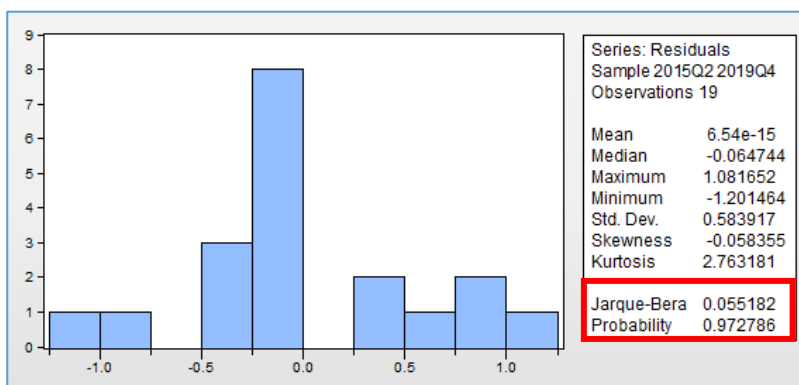
H_0 : Los datos del modelo siguen una distribución normal.

H_1 : Los datos del modelo NO siguen una distribución normal

Al realizar el test de normalidad observamos que la probabilidad de Jarque-Bera (0.9727) > 0.05; por lo que aceptamos H_0 : los datos del modelo tienen una distribución normal.

Figura 31:

Distribución de Jarque-Bera para modelo TMN ajustado



El coeficiente de determinación para el modelo ajustado de TMN es $R^2 = 0.8488$, esto significa que la ejecución presupuestal agregando los indicadores de procesos permiten explicar el 84.9% la variación total observada de la tasa de muerte neonatal; es decir las variables elegidas no explican a la razón de muerte materna.

Tabla 109:

Estimación econométrica modelo TMN ajustado: R-cuadrado

| | | | |
|----------------------------|----------|-----------------------------------|----------|
| R-cuadrado | 0.8488 | Mean variable dependiente | 0.000862 |
| R-cuadrado ajustado | 0.5463 | S.D. variable dependiente | 1.5015 |
| S.E. de la regresión | 1.0114 | Criterio de información de Akaike | 3.0762 |
| Suma residual de cuadrados | 6.1373 | Criterio Schwarz | 3.7224 |
| Log likelihood | -16.2243 | Criterio Hannan-Quinn | 3.1856 |
| F-estadístico | 2.8060 | Estadístico de Durbin-Watson | 2.4852 |
| Prob(F-estadístico) | 0.1073 | | |

4.3.6.3. Prueba de Hipótesis Individual del modelo TMN ajustado

Ejecución Presupuestal

$H_0: \beta_1 = 0$: La variable ejecución NO influye de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal

$H_1: \beta_1 \neq 0$: La variable ejecución SI influye de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Tabla 110:

Prueba de Hipótesis modelo TMN: variable ejecución (t-estadístico)

| Variable | Coficiente | Error Estándar | t-estadístico | Prob. |
|-----------|------------|----------------|---------------|--------|
| C | 21.801010 | 6.5083 | 3.3497 | 0.0154 |
| Ejecución | -0.000045 | 0.00002 | -2.8408 | 0.0295 |

T calculado: $|-2.8408| = 2.8408$

Hallar el t tabulado: a través de la tabla del t-student, para el cual primero debemos encontrar:

- Grados de libertad = $(n - k) = 20 - 1 = 19$
- Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

T tabulado: **1.7291**

T calculado (2.8408) > T tabulado (1.7291) → Rechazamos H_0 . Es decir, la ejecución presupuestal por sí sola SI explica el comportamiento de la Tasa de Mortalidad Neonatal del área de influencia de la Microred de Baños del Inca.

Al realizar la prueba de hipótesis para las demás variables obtenemos en la tabla 111 que tenemos que tanto las variables IG2, IG5 e IG6, no son significativas; es decir, no explican por sí solas a la tasa de muerte neonatal.

Tabla 111:

Prueba de hipótesis modelo TMN ajustado

| Variable | t-Statistic (calculado) | | T-tabulado | Resultado |
|------------|-------------------------|---|------------|------------------|
| EJECUCION- | 2.8408 | > | 1.7291 | Significativo |
| IG1- | 2.4533 | > | 1.7291 | Significativo |
| IG2- | 1.3834 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG3- | 2.2491 | > | 1.7291 | Significativo |
| IG5- | 0.8437 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG6- | 1.2754 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG8- | 2.7468 | > | 1.7291 | Significativo |

| | | | | |
|-------|--------|---|--------|---------------|
| IG10- | 3.6827 | > | 1.7291 | Significativo |
| IG14- | 4.5723 | > | 1.7291 | Significativo |
| IG15- | 4.0694 | > | 1.7291 | Significativo |
| IG21- | 2.2887 | > | 1.7291 | Significativo |
| IG26- | 3.4842 | > | 1.7291 | Significativo |

Dado que tenemos 3 variables que no explican el comportamiento de la tasa de mortalidad neonatal, pasamos a volver a estimar el modelo omitiendo estas variables no significativas individualmente para aumentar la consistencia del modelo, del cual tendríamos:

$$TMN = \hat{\beta}_0 + \beta_1 E\widehat{jecuci\acute{o}n} + \beta_2 \widehat{IG1} + \beta_3 \widehat{IG3} + \beta_4 \widehat{IG8} + \beta_5 \widehat{IG10} + \beta_6 \widehat{IG14} + \beta_7 \widehat{IG15} + \beta_8 \widehat{IG21} + \beta_9 \widehat{IG26}$$

Tabla 112:

Estimación del modelo TMN sin variables NO significativas, Microred Baños del Inca, 2015-2019

| Variable | Coficiente | Error Estándar | t-estadístico | Prob. |
|----------------------------|------------|-----------------------------------|---------------|----------|
| C | 21.068380 | 5.8367 | 3.6097 | 0.0057 |
| EJECUCION- | -0.000054 | 0.00001 | -3.9987 | 0.0031 |
| IG1- | -0.087492 | 0.0263 | -3.3286 | 0.0088 |
| IG3- | -0.034922 | 0.0245 | -1.4236 | 0.1883 |
| IG8- | -0.015857 | 0.0192 | -1.4177 | 0.0472 |
| IG10- | -0.085769 | 0.0223 | -3.8399 | 0.0040 |
| IG14- | 0.070068 | 0.0163 | 4.3113 | 0.0020 |
| IG15- | 0.015515 | 0.0042 | 3.6782 | 0.0051 |
| IG21- | 0.034931 | 0.0226 | 1.5436 | 0.1571 |
| IG26- | -0.095918 | 0.0269 | -3.5616 | 0.0061 |
| R-cuadrado | 0.7716 | Media de la variable dependiente | | 0.000862 |
| R-cuadrado ajustado | 0.5432 | S.D. ** variable dependiente | | 1.5015 |
| S.E.* de la regresión | 1.0148 | Criterio de información de Akaike | | 3.1727 |
| Suma residual de cuadrados | 9.2686 | Criterio Schwarz | | 3.6698 |
| Log likelihood | -20.1407 | Criterio Hannan-Quinn | | 3.2568 |
| F-estadístico | 3.3782 | Estadístico de Durbin-Watson | | 2.5673 |
| Prob(F-estadístico) | 0.0521 | | | |

Al realizar la estimación podemos decir que nuestra ecuación sería la siguiente:

$$TMN = 21.068 - 5.4e^{-05}(EJECUCION) - 0.087(IG1) - 0.035(IG3) - 0.028(IG8) - 0.086(IG10) + 0.070(IG14) + 0.016(IG15) + 0.035(IG21) - 0.096(IG26)$$

Donde:

$$\beta_0 = 21.068$$

Cuando la ejecución presupuestal y los indicadores de procesos son igual a cero, entonces la tasa de muerte neonatal promedio autónomo es 21.068%

$$\beta_1 = -5.4e^{-05}$$

Cuando la ejecución presupuestal incrementa en una unidad monetaria, entonces la razón de muerte materna promedio disminuye en un 0.000054%, manteniendo todos los indicadores de procesos constantes.

Realizamos prueba de normalidad con el test de Jarque-Bera, para ello planteamos las hipótesis correspondientes y procedemos a realizar el análisis.

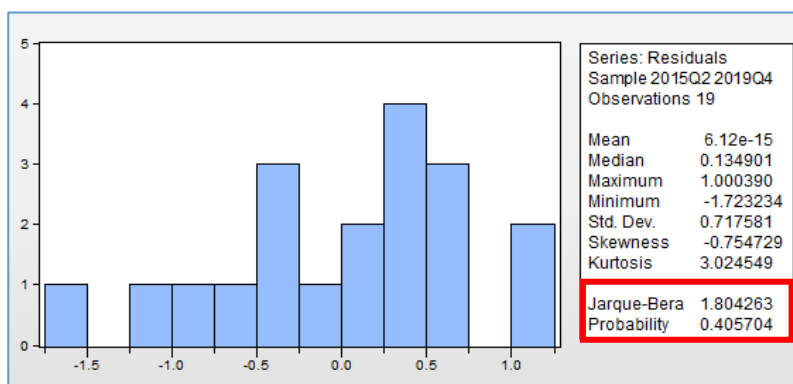
H_0 : Los datos del modelo siguen una distribución normal.

H_1 : Los datos del modelo NO siguen una distribución normal

Al realizar el test de normalidad observamos que la probabilidad de Jarque-Bera (0.4057) $>$ 0.05; por lo que aceptamos H_0 : los datos del modelo tienen una distribución normal.

Figura 32:

Distribución de Jarque-Bera para modelo TMN ajustado 1



El coeficiente de determinación para el modelo ajustado de TMN es $R^2 = 0.8048$, esto significa que la ejecución presupuestal agregando los indicadores de procesos permiten explicar el 80.48% la variación total observada de la tasa de muerte neonatal.

Tabla 113:

Estimación econométrica modelo TMN ajustado 1: R-cuadrado

| | | | |
|----------------------------|----------|-----------------------------------|----------|
| R-cuadrado | 0.7716 | Mean variable dependiente | 0.000862 |
| R-cuadrado ajustado | 0.5432 | S.D. variable dependiente | 1.5015 |
| S.E. de la regresión | 1.0148 | Criterio de información de Akaike | 3.1727 |
| Suma residual de cuadrados | 9.2686 | Criterio Schwarz | 3.6698 |
| Log likelihood | -20.1407 | Criterio Hannan-Quinn | 3.2568 |
| F-estadístico | 3.3782 | Estadístico de Durbin-Watson | 2.5673 |
| Prob(F-estadístico) | 0.0521 | | |

4.3.6.4. Prueba de Hipótesis individual del modelo TMN ajustado 1

Ejecución Presupuestal

$H_0: \beta_1 = 0$: La variable ejecución NO influye de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal

$H_1: \beta_1 \neq 0$: La variable ejecución SI influye de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Tabla 114:

Prueba de Hipótesis modelo TMN: variable ejecución (t-estadístico)

| Variable | Coefficiente | Error Estándar | t-estadístico | Prob. |
|-----------|--------------|----------------|---------------|--------|
| C | 21.068380 | 5.8367 | 3.6097 | 0.0057 |
| Ejecución | -0.000054 | 0.00001 | -3.9987 | 0.0031 |

T calculado: $|-3.9987| = 3.9987$

Hallar el t tabulado: a través de la tabla del t-student, para el cual primero debemos encontrar:

- Grados de libertad = $(n - k) = 20 - 1 = 19$
- Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

T tabulado: **1.7291**

T calculado (3.9987) > T tabulado (1.7291) → Rechazamos H_0 . Es decir, la ejecución presupuestal por sí sola SI explica el comportamiento de la Tasa de Mortalidad Neonatal del área de influencia de la Microred de Baños del Inca.

Al realizar la prueba de hipótesis para este nuevo modelo ajustado 2 obtenemos que de igual manera las variables IG3, IG8 e IG21, no son significativas para el modelo; es decir, no explican por sí solas a la tasa de muerte neonatal. Por lo que se procede a realizar una nueva y última estimación ajustada del modelo sin estas variables.

Tabla 115:

Prueba de hipótesis modelo TMN ajustado 1

| Variable | t-Statistic (calculado) | | T-tabulado | Resultado |
|------------|-------------------------|---|------------|------------------|
| EJECUCION- | 3.9987 | > | 1.7291 | Significativo |
| IG1- | 3.3286 | > | 1.7291 | Significativo |
| IG3- | 1.4236 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG8- | 1.4177 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG10- | 3.8399 | > | 1.7291 | Significativo |

| | | | | |
|-------|--------|---|--------|------------------|
| IG14- | 4.3113 | > | 1.7291 | Significativo |
| IG15- | 3.6782 | > | 1.7291 | Significativo |
| IG21- | 1.5436 | < | 1.7291 | No significativo |
| IG26- | 3.4842 | > | 1.7291 | Significativo |

Volvemos a estimar el modelo omitiendo las variables no significativas individualmente:

$$\widehat{TMN} = \widehat{\beta}_0 + \beta_1 \widehat{Ejecución} + \beta_2 \widehat{IG1} + \beta_3 \widehat{IG10} + \beta_4 \widehat{IG14} + \beta_5 \widehat{IG15} + \beta_6 \widehat{IG26}$$

Tabla 116:

Estimación del modelo TMN sin variables NO significativas 2, Microred Baños del Inca, 2015-2019

| Variable | Coefficiente | Error Estándar | t-estadístico | Prob. |
|----------------------------|--------------|-----------------------------------|---------------|----------|
| C | 10.414540 | 4.6974 | 2.2171 | 0.0467 |
| EJECUCION- | -0.000039 | 0.00001 | -3.0001 | 0.0111 |
| IG1- | -0.055936 | 0.0231 | -2.4251 | 0.0320 |
| IG10- | -0.055038 | 0.0174 | -3.1714 | 0.0080 |
| IG14- | 0.051050 | 0.0140 | 3.6582 | 0.0033 |
| IG15- | 0.008598 | 0.0036 | 2.4030 | 0.0333 |
| IG26- | -0.060451 | 0.0249 | -2.4285 | 0.0318 |
| R-cuadrado | 0.5905 | Media de la variable dependiente | | 0.000862 |
| R-cuadrado ajustado | 0.3858 | S.D.** variable dependiente | | 1.5015 |
| S.E.* de la regresión | 1.1767 | Criterio de información de Akaike | | 3.4407 |
| Suma residual de cuadrados | 16.6165 | Criterio Schwarz | | 3.7886 |
| Log likelihood | -25.6864 | Criterio Hannan-Quinn | | 3.4996 |
| F-estadístico | 2.8842 | Estadístico de Durbin-Watson | | 2.4897 |
| Prob(F-estadístico) | 0.0559 | | | |

Al realizar la estimación podemos decir que nuestra ecuación sería la siguiente:

$$TMN = 10.415 - 3.94e^{-05}(EJECUCION) - 0.056(IG1) - 0.055(IG10) + 0.051(IG14) + 0.051(IG15) - 0.060(IG26)$$

Donde:

$$\beta_0 = 10.415$$

Cuando la ejecución presupuestal y los indicadores de procesos son igual a cero, entonces la tasa de muerte neonatal promedio autónomo es 10.42%

$$\beta_1 = -3.9e^{-05}$$

Cuando la ejecución presupuestal incrementa en una unidad monetaria, entonces la razón de muerte materna promedio disminuye en un 0.000039%, manteniendo todos los indicadores de procesos constantes.

Realizamos prueba de normalidad con el test de Jarque-Bera, para ello planteamos las hipótesis correspondientes y procedemos a realizar el análisis.

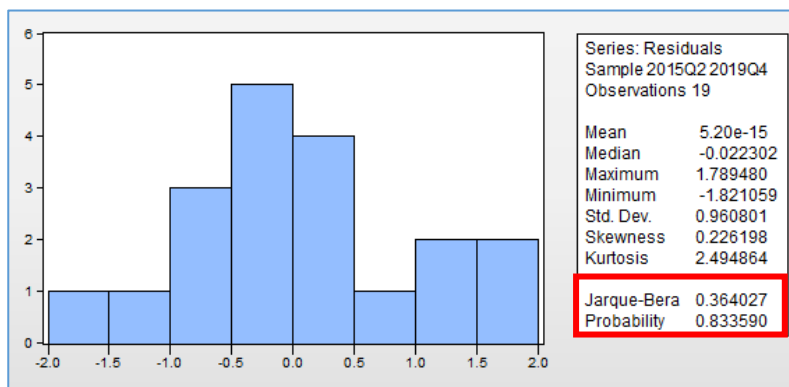
H_0 : Los datos del modelo siguen una distribución normal.

H_1 : Los datos del modelo NO siguen una distribución normal

Al realizar el test de normalidad observamos que la probabilidad de Jarque-Bera (0.8336) > 0.05 ; por lo que aceptamos H_0 : los datos del modelo tienen una distribución normal.

Figura 33:

Distribución de Jarque-Bera para modelo TMN ajustado 2



El coeficiente de determinación para el modelo ajustado de TMN es $R^2 = 0.5905$, esto significa que la ejecución presupuestal agregando los indicadores de procesos permiten explicar el 59.05% la variación total observada del comportamiento de la tasa de muerte neonatal.

Tabla 117:

Estimación econométrica modelo TMN ajustado 2: R-cuadrado

| | | | |
|----------------------------|----------|-----------------------------------|----------|
| R-cuadrado | 0.5905 | Mean variable dependiente | 0.000862 |
| R-cuadrado ajustado | 0.3858 | S.D. variable dependiente | 1.5015 |
| S.E. de la regresión | 1.1767 | Criterio de información de Akaike | 3.4407 |
| Suma residual de cuadrados | 16.6165 | Criterio Schwarz | 3.7886 |
| Log likelihood | -25.6864 | Criterio Hannan-Quinn | 3.4996 |
| F-estadístico | 2.8842 | Estadístico de Durbin-Watson | 2.4897 |
| Prob(F-estadístico) | 0.0559 | | |

4.3.6.5. Prueba de Hipótesis individual del modelo TMN ajustado 2

Ejecución Presupuestal

$H_0: \beta_1 = 0$: La variable ejecución NO influye de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal

$H_1: \beta_1 \neq 0$: La variable ejecución SI influye de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Tabla 118:*Prueba de Hipótesis modelo TMN: variable ejecución (t-estadístico)*

| Variable | Coficiente | Error Estándar | t-estadístico | Prob. |
|-----------|------------|----------------|---------------|--------|
| C | 10.414540 | 4.6974 | 2.2171 | 0.0467 |
| Ejecución | -0.000039 | 0.00001 | -3.0001 | 0.0111 |

T calculado: $|-3.0001| = 3.0001$

Hallar el t tabulado: a través de la tabla del t-student, para el cual primero debemos encontrar:

- Grados de libertad = $(n - k) = 20 - 1 = 19$
- Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

T tabulado: **1.7291**

T calculado (3.0001) > T tabulado (1.7291) → Rechazamos H_0 . Es decir, la ejecución presupuestal por sí sola SI explica el comportamiento de la Tasa de Mortalidad Neonatal del área de influencia de la Microred de Baños del Inca.

Al realizar la prueba de hipótesis para este nuevo modelo ajustado 2 obtenemos finalmente que todas las variables individualmente SI explican por sí solas el comportamiento de la tasa de mortalidad neonatal.

Tabla 119:*Prueba de hipótesis modelo TMN ajustado 2*

| Variable | t-Statistic (calculado) | T-tabulado | Resultado |
|------------|-------------------------|------------|---------------|
| EJECUCION- | 3.0001 | > 1.7291 | Significativo |
| IG1- | 2.4251 | > 1.7291 | Significativo |
| IG10- | 3.1714 | > 1.7291 | Significativo |
| IG14- | 3.6582 | > 1.7291 | Significativo |
| IG15- | 2.4030 | > 1.7291 | Significativo |
| IG26- | 2.4285 | > 1.7291 | Significativo |

Variables en Conjunto

$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_6$: La variable ejecución y los indicadores de proceso en conjunto NO influyen de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal.

$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_6$: La variable ejecución y los indicadores de proceso en conjunto SI influyen de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal.

Para verificar la significancia estadística de las variables en conjunto se utilizará el estadístico F de Fisher:

Tabla 120:

Prueba de hipótesis modelo TMN ajustado 2: variables en conjunto (F-estadístico)

| | | | |
|----------------------------|----------|-----------------------------------|----------|
| R-cuadrado | 0.5905 | Mean variable dependiente | 0.000862 |
| R-cuadrado ajustado | 0.3858 | S.D. variable dependiente | 1.5015 |
| S.E. de la regresión | 1.1767 | Criterio de información de Akaike | 3.4407 |
| Suma residual de cuadrados | 16.6165 | Criterio Schwarz | 3.7886 |
| Log likelihood | -25.6864 | Criterio Hannan-Quinn | 3.4996 |
| F-estadístico | 2.8842 | Estadístico de Durbin-Watson | 2.4897 |
| Prob(F-estadístico) | 0.0559 | | |

➤ F calculado: **2.8842**

➤ F tabulado:

✓ grado lib.: $k-1 = 7-1 = 6 \rightarrow$ grados de lib. Del numerador

$n-k = 20-6 = 14 \rightarrow$ grados de lib. Del denominador

✓ $\alpha = 0.05$

➔ F tabulado = **2.848**

F calculado (2.8842) > F tabulado (2.848) \rightarrow Rechazamos H_0 : La variable ejecución y los indicadores de proceso en conjunto NO influyen de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal.

Es decir, a las variables en conjunto y al contrario del modelo de muerte materna, en este modelo si logran explicar el comportamiento promedio de la tasa de muerte neonatal. Siendo que las variables más influyentes las que corresponden a la ejecución presupuestal, % de gestantes atendidas según gestantes programas, % de gestantes con 2da ecografía, % de gestantes con plan de parto, % gestantes con visita domiciliaria y % de púerperas controladas.

4.4. Discusión de Resultados

En la presente investigación, se ha analizado la evaluación de la ejecución del PPSMN y los resultados de la atención en salud materno neonatal del programa presupuestal de salud materno neonatal, no obstante, cabe recalcar que este análisis, a diferencia de muchas investigaciones realizadas en lo largo de los años, se ha enfocado en la Microred, este conjunto de establecimientos de salud de primer nivel, llamados a nivel de proceso presupuestario “centro de costos”, como mencionaba, la gran literatura existente respecto a este tipo de investigación se ha realizado a nivel de establecimientos de salud de segundo nivel en adelante, hospitales e institutos especializados, o a nivel de gobierno regional, DIRESA y/o Red, en donde ya no se puede evidenciar la ejecución presupuestaria a nivel de centro de costos y a la vez la información está incompleta debido a algunos procedimientos que hacen que se pierda una sistematización específica de esta ejecución y solo se ve reflejado a nivel general.

Se sabe que desde que se lanzaron los programas presupuestales, el objetivo del Estado fue mejorar la calidad en la gestión orientando al cumplimiento de resultados, articulando esta gestión con el presupuesto; al respecto Loayza (2020), investigó al PPSMN y gestión de recursos públicos en la mejora de la salud materna neonatal en el MINSA, en el año 2019, donde concluyó que la gestión dentro del programa presupuestal y la gestión de recursos públicos si incide en la mejora de la SMN, al respecto discrepo con el autor ya que, aunque se observó una tendencia positiva de los indicadores del programa, a nivel de microred se encontró una baja coordinación en la gestión pública del programa entre los niveles de entidades, en este caso MR – DIRESA – Red, en donde se tiene una baja participación por parte de la MR en el proceso presupuestario, siendo solo manejado por las entidades de mayor jerarquía DIRESA y la Red.

Por otro lado, también mencionó a Vásquez (2020), quien en su tesis de nombre “Evaluación de la ejecución física y financiera del programa presupuestal 0002: salud materno neonatal del hospital regional de Loreto, periodo 2017 – 2018”, concluyó que se obtuvo una ejecución física del 94.36% para el año 2017 y un 89.01% de ejecución física en el 2018, así mismo en lo que respecta a la ejecución financiera, concluyó que en ambos años alcanzó el 100%; dicho análisis se realizó en un establecimiento de salud de segundo nivel, un hospital, en el cual la gestión de recursos para el programa no requiere información detallada a nivel de centro de costos, cosa que no ocurre si analizamos desde el punto de vista de un establecimiento de salud de primer nivel, una posta, en donde encontramos que existe una ejecución presupuestal

con baja calidad de gasto debido a la pérdida de sistematización de los procedimientos de descentralización y cuadros de distribución, así mismo no se puede estimar exactamente la proporción de lo ejecutado puesto que no existe un presupuesto asignado para cada Microred al no ser estas unidades ejecutoras, cosa que no ocurre con un hospital como el autor menciona que llegaron al 100% de ejecución.

Se tiene una similitud con el autor Vásquez, J. (2020), con título “Presupuesto por resultados y la calidad del gasto del Programa de Salud Materno Neonatal - Red de Salud Alto Amazonas 2019”, quien concluyó que debido que el nivel de presupuesto por resultados en la entidad es inaceptable, “la programación presupuestal en cuanto a los objetivos para el sector, las metas presupuestarias, la demanda global, la estimación de ingresos y el techo presupuestal son intermedios e inadecuados” (p. 40). Pues en la presente investigación desfases del proceso presupuestario en algunos productos del programa, especialmente en la fase de programación, esto limitado al techo presupuestario de cada unidad ejecutora que afecta a sus unidades costo, en este caso Diresa a Microred Baños del Inca.

Capítulo V: Plan de Mejora

5.1. Título del Plan

Plan de mejora para los componentes detectados en la investigación “Evaluación de la ejecución del programa presupuestal 0002 salud y su relación con la atención de la salud materno neonatal: 2015-2019, (Caso Microred Baños del Inca)”

5.2. Equipo

Bach. Econ. Deysi Margot Guevara Dávila – Investigadora

Oficina de Epidemiología, DIRESA – Cajamarca

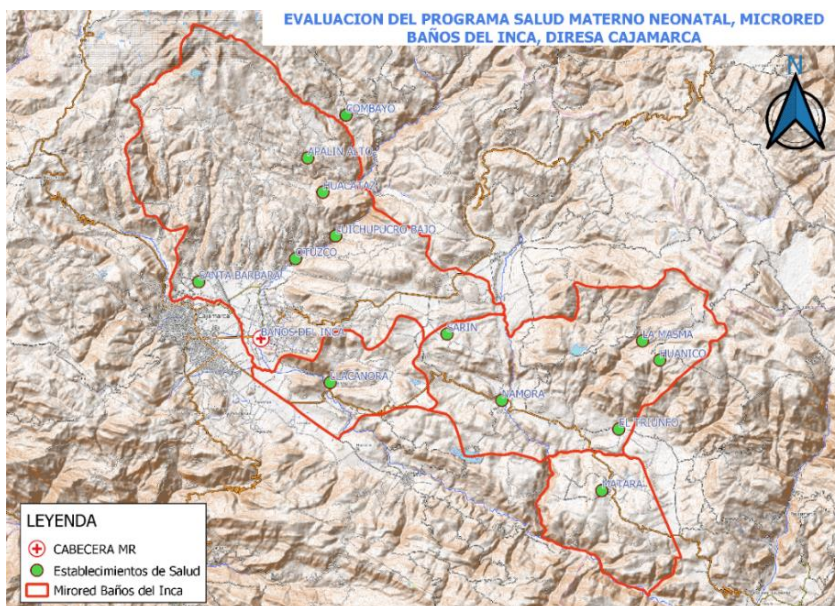
Microred de Baños del Inca

5.3. Dependencia

Microred de Baños del Inca – Red de Salud – DIRESA Cajamarca

Figura 34:

Mapa Microred Baños del Inca y sus Establecimientos de Salud



5.4. Población objetivo

Personal de Salud netamente vinculada al programa presupuestal 0002 – Salud Materno Neonatal de la Microred de Baños del Inca, Red de Salud y DIRESA Cajamarca.

5.5. Lugar de ejecución

Se ejecutará en la misma Microred de Baños del Inca y los establecimientos de salud bajo su jurisdicción conjuntamente con la Red de Salud y la DIRESA

5.6.Duración

La duración del presente plan se ha previsto para un periodo de 6 meses desde junio hasta noviembre del año en curso (2022), pues la programación para el próximo año se empieza a realizar en los últimos meses del año

5.7.Objetivos

- Describir las causas que provocan las debilidades en los componentes identificados
- Identificar las acciones y/o estrategias a mejorar.
- Disponer de un plan y cronograma de acciones.

5.8.Antecedentes y Diagnóstico

Como antecedente principal se tiene la investigación realizada en la tesis de nombre “Evaluación de la ejecución del programa presupuestal 0002 salud y la atención de la salud materno neonatal: 2015-2019, (Caso Microred Baños del Inca)”, en esta se han identificado tres componentes o problemas esenciales que requieren de atención.

Durante la investigación, se encontró que la coordinación entre Microred – Red y DIRESA es muy baja en muchos casos inexistente pues debido a que la Microred no es una unidad ejecutora, y para “agilizar” procesos, no participa en la programación de metas físicas para su población asignada, provocando que muchas veces se sobreestime o se subestime en la programación para dicha entidad, siendo los únicos que programan la Red y la DIRESA. Adicionalmente, existen los llamados tableros de mando donde la programación difiere de la programación que se encuentra en el sistema SIGA, generando dudas e inconsistencias en la programación de los productos.

Al respecto, también se me informó verbalmente que las Microredes no participaban dentro de la programación porque se programa un requerimiento innecesario o sobreestimado, por lo cual solo los coordinadores del programa realizan dicho proceso ya que se entiende que son quienes conocen las necesidades de los establecimientos de salud. Dejando en evidencia la baja coordinación existente entre la Microred, Red y DIRESA, pues, aunque se programe en base a un padrón nominal, este se encuentra desactualizado lo que provoca una programación que no es real a la población que tiene la Microred.

Además, en la fase de programación de metas físicas por cada producto del programa existen desfases de programación en algunos de dichos productos, tales como:

- Atención prenatal reenfocada, si bien es cierto, en este producto se ha obtenido que la programación en los dos últimos años ha sido 20% menos de gestantes esperadas, siendo el criterio que se programe al 100% del total. Aunque se tenga flexibilidad de la cual se permite programar tan solo el 80% del total de gestantes, al observar en sus atenciones, estas han sido menos del 50% programado esto refiere a un desfase programación. Además, este producto es fundamental y trazador de todo el programa presupuestal, pues a partir de este producto se programan productos posteriores, por lo que, si existe o se evidencia desfases de programación en este, también existirá desfases en productos posteriores.
- Población accede a métodos de planificación familiar, en este producto a pesar de que durante 2016 y 2017 se programaron 15.8% y 9.5% más del criterio establecido, para los últimos años 2018 y 2019 la programación no llegó al 100%, por otro lado, más que la programación en sí, se observó una disminución de coordinación entre los coordinadores de la estrategia al no conciliar en los criterios para dicho producto.
- Población accede a servicios de consejería en Salud Sexual y Reproductiva, si bien es cierto este producto corresponde a prevención, y mientras más población se atienda mejor, sin embargo en la programación, dista mucho del criterio establecido que es 20% MÁS del año anterior, criterio que no se cumple pues al año 2019 se ha programado 16.8% MENOS que el año 2018, a su vez, en lo que más enfatiza este producto en su desfase de programación es en su subproducto “Atención Pregestacional” donde se tienen 3 años en los que su programación supera el total de las gestantes programadas, lo cual no tiene coherencia.

En la fase de ejecución, se evidenció una baja calidad de gasto, pues en algunos productos se observó que existe ejecución en clasificadores que no son relevantes para el producto o simplemente no se evidencio ninguna ejecución presupuestal en ciertos años, esto ocurrió en los siguientes productos:

- Acciones Comunes, a pesar de que veíamos en la programación que se tenía programado para los años 2015 y 2016, en su ejecución solo se tiene ejecución de S/ 288.28 soles en el año 2015 y 273.38 soles en 2017.
- Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo, en este producto solo se tuvo ejecución presupuestal en los años 2016 y 2017.

- Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva, producto activo hasta el año 2017, en donde solo tuvo una ejecución de treinta y nueve soles con cincuenta céntimos en el 2016 en el clasificador de papelería general.
- Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva, producto activo hasta el 2017, tuvo una ejecución presupuestal de mil cuarenta y un soles con cuarenta céntimos en el año 2017 en el clasificador de papelería general.
- Población accede a métodos de planificación familiar en el cual, a pesar de tener una ejecución en todos los años a partir del 2016, se tiene una ejecución de S/ 105.00 soles para el año 2018 en medicamentos.
- Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva el cual solo tiene ejecución de menos de dos mil soles en el año 2016 en el clasificador de material, insumos, instrumental y accesorios médicos, quirúrgico, odontológicos y de laboratorio.
- Atención del puerperio, producto en el cual solo se ha tenido ejecución presupuestal en el año 2016 de S/ 276.00 soles en el mismo clasificador que el producto anterior.
- Finalmente, existen productos que no presentan ninguna ejecución presupuestal, por lo que no aparecen en el acápite de ejecución, dichos productos son: Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva (funcionamiento hasta el 2017) y Familias saludables informadas respecto a su salud sexual y reproductiva, como vemos ambos productos orientados a la prevención.

Adicionalmente, en la ejecución también se encontraron procedimientos que no quedan registrados en el sistema SIGA a nivel de centro de costos y que hacen que se pierda la sistematización y por ende la ejecución total entre sistemas SIGA y SIAF se vea diferenciado.

5.9.Justificación

El presente Plan de Mejora se realiza para poder contrarrestar los problemas identificados a través de la tesis en mención, como son desfases de programación y la baja calidad de gasto, para poder mejorar el proceso que se lleva a cabo en el programa presupuestal, desde la primera fase de programación hasta la última fase de evaluación que finalmente repercutirá en la mejora de calidad de atención del servicio brindado a la población a la que va dirigido el programa de Salud Materno Neonatal.

5.10. Metodología

Para el presente Plan se escogerán algunas herramientas trazadas en la “Guía técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la salud” establecidas por el MINSA, seguiré esta guía puesto que se está planteando este plan para el sector salud. Dentro de las herramientas trazadas en esta guía, utilizaré como primera herramienta la matriz de priorización.

5.10.1. Matriz de Priorización

Esta matriz “es una herramienta cualitativa que permite seleccionar una opción a partir de una lista en base a variables o criterios elegidos. Un criterio es una pauta o parámetro que permite evaluar y tomar una decisión colectiva por consenso” (MINSA, 2012, p. 14)

Uso. Brinda prioridad a los elementos enunciados y los describe en criterios ponderados, ¿Cómo se construye?

- Identificar los problemas a evaluar
- Definir los criterios de ponderación
- Construir la matriz, asignando una columna para el listado de problemas o posibles soluciones, una para cada criterio y finalmente una para el total
- Para cada criterio se asigna un puntaje para su priorización (valor alto, medio y bajo)
- Se suman los puntajes por criterio y se totalizan
- La alternativa con mayor puntaje es la seleccionada

Criterios para la priorización. Existen tres criterios de priorización establecidos por el MINSA, estos son:

Frecuencia: Que tan a menudo ocurren las alternativas evaluadas

Importancia: Elegir cuales son de mayor envergadura desde el punto de vista del usuario o equipo

Factibilidad: Se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señalados para cada alternativa.

Los valores a otorgar para la puntuación en cada criterio se definen por consenso de manera convencional antes de realizar el desarrollo. Para esta, se utilizarán los mismos criterios propuestos en la guía:

Alto = 5

Medio = 3

Bajo = 1

Para cada problema, el equipo – en este caso la investigadora, la oficina de epidemiología DIRESA y la Microred de Baños del Inca – asignará la puntuación para cada uno de los problemas descritos anteriormente, de acuerdo a cada criterio. Luego todos los puntajes asignados por criterio se suman y se escogerá el puntaje más alto obtenido.

Tabla 121:

Matriz de Priorización

| Problemas de interés | Frecuencia | Importancia | Factibilidad | Total |
|--------------------------|------------|-------------|--------------|-----------|
| Baja coordinación | 13 | 15 | 13 | 41 |
| | 5 + 3 + 5 | 5 + 5 + 5 | 5 + 3 + 5 | |
| Desfase de programación | 10 | 15 | 12 | 37 |
| | 4 + 3 + 3 | 5 + 5 + 5 | 5 + 3 + 4 | |
| Baja calidad de gasto | 15 | 15 | 8 | 38 |
| | 5 + 5 + 5 | 5 + 5 + 5 | 4 + 1 + 3 | |

Nota: El puntaje presentado está calificado por el equipo conformado por la investigadora, la oficina de epidemiología DIRESA y la Microred de Baños del Inca. Elaboración propia en base a la “Guía técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la salud”, MINSA (2012, p. 15)

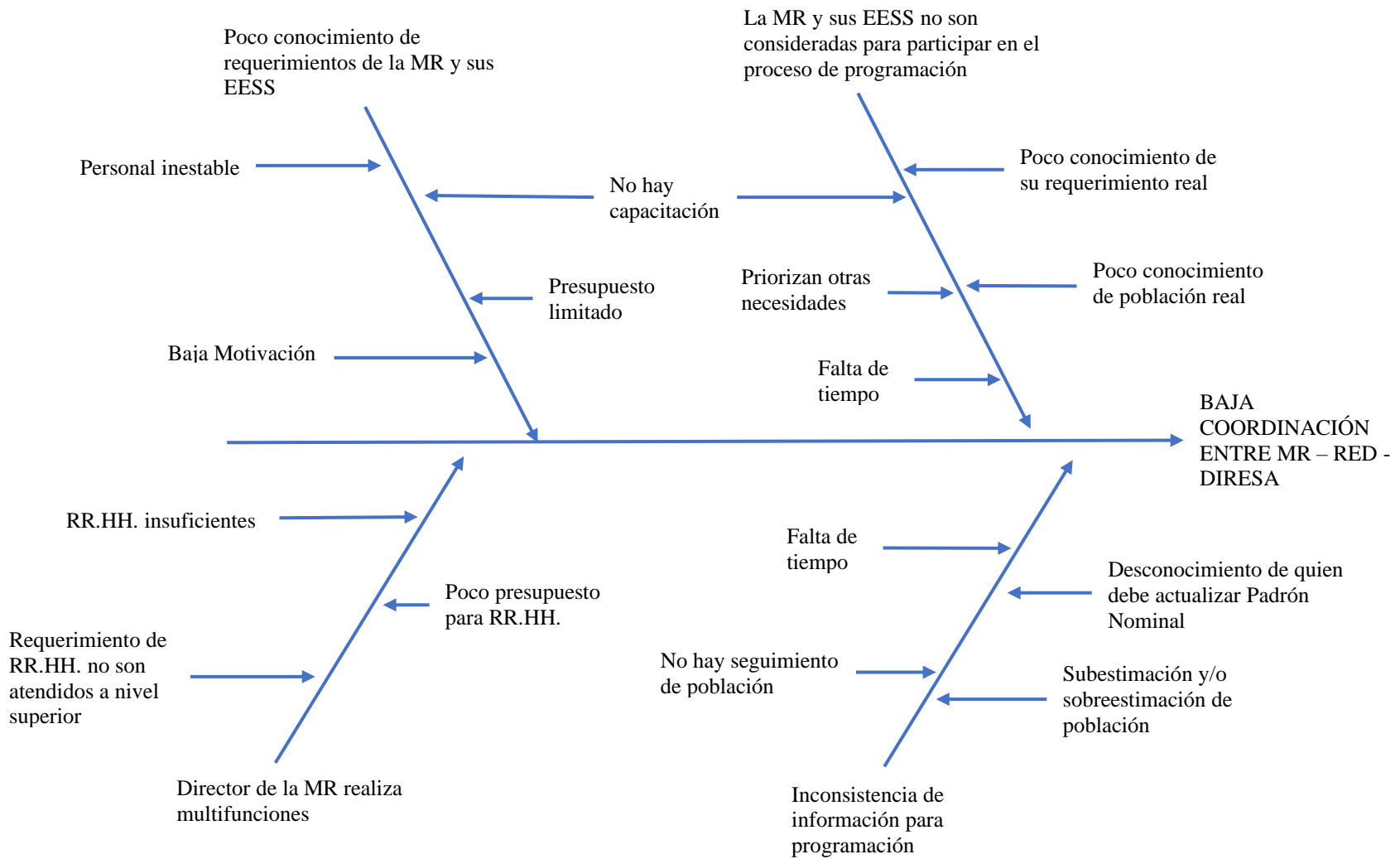
De acuerdo al puntaje establecido por el equipo, el problema que necesita mayor priorización es la **Baja Coordinación** con una puntuación de 41, a su vez, si se atiende este problema también afectará en la atención de los problemas siguientes, pues si se mejora la coordinación entre entidades, MR –Red – DIRESA, se mejorará los desfases existentes en la programación; al tener una programación adecuada repercutirá sobre la mejora de la calidad de gasto, pues se ejecutara en los requerimientos reales de cada MR y las EESS bajo su jurisdicción.

5.10.2. Resultados esperados

Una vez elegida la priorización del problema, que en este caso vendría a ser Baja Coordinación entre MR – Red - DIRESA, se mostrará la esquematización de las causas, para plasmar los resultados que se esperan del presente plan de mejora. La herramienta a utilizar para esta esquematización será el diagrama de Ishikawa, esta es una herramienta que representa la relación entre un efecto (problema) y las posibles causas que lo ocasionan.

Figura 35:

Diagrama de Ishikawa para el problema Baja Coordinación entre MR - Red - DIRESA



En relación al diagrama mostrado anteriormente, los resultados esperados para este plan de mejora serán:

- Reforzamiento en los procesos de inducción para el personal nuevo en la MR y sus EESS.
- Constante capacitación para la MR y sus EESS, especialmente en aquellos establecimientos donde el personal es muy rotativo.
- Fortalecimiento entre la MR y sus EESS mantienen reuniones constantes para consolidar sus requerimientos.
- Fortalecimiento de la interacción entre la MR – Red – DIRESA, para la priorización y programación de necesidades.
- La MR, RED y DIRESA determinarán responsables para la actualización de información, específicamente el padrón nominal.
- La DIRESA y la Red brinde más facilidades respecto al tiempo para que el personal de la MR y sus EESS puedan participar activamente en las capacitaciones, talleres y reuniones.

5.11. Cronograma de actividades

De acuerdo a los puntos anteriores, las actividades a realizar se estarán organizando en el siguiente diagrama

| ACTIVIDAD | Responsable | 2022 | | | | | | 2023 | |
|--|----------------------|-------|------|------|-----|-----|-----|------|-----|
| | | MESES | | | | | | | |
| | | Jul | Ago. | Sep. | Oct | Nov | Dic | Ene | Feb |
| Conformación de un equipo de trabajo | DIRESA – Red | | | | | | | | |
| Diagnóstico situacional de la MR | DIRESA – Red – MR | | | | | | | | |
| Capacitación en procesos de inducción | DIRESA – MR | | | | | | | | |
| Capacitación en proceso de programación, requerimientos según kits de atención, requerimientos según PPSMN | DIRESA – Red – MR | | | | | | | | |
| Determinar responsables de actualización de información | DIRESA – Red – MR | | | | | | | | |
| Actualización de información | Responsable asignado | | | | | | | | |
| Reuniones de análisis para cuadro de necesidades | Red – MR | | | | | | | | |
| Asistencia Técnica y Monitoreo | DIRESA | | | | | | | | |
| Reuniones para consolidación para programación anual de metas físicas | Red – MR | | | | | | | | |
| Asistencia Técnica y Monitoreo de coordinación y consolidación | DIRESA | | | | | | | | |
| Seguimiento | DIRESA – Red | | | | | | | | |
| Retroalimentación | DIRESA – Red – MR | | | | | | | | |

5.12. Propuesta de financiación

Los recursos financieros serán establecidos por el equipo de trabajo de la DIRESA de acuerdo a la asignación presupuestaria disponible y los requerimientos que convengan necesarios para la realización de la presente propuesta de plan de mejora.

Conclusiones

a. Características del Diseño del PPSMN

El diseño del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal, en sus 10 productos planteados para establecimientos de primer nivel, están planteadas de manera correcta de acuerdo al nivel de capacidad de respuesta de los diferentes establecimientos de salud. Sin embargo, a pesar de que las definiciones operacionales establecen a quien corresponde la atención, en la práctica las funciones o roles no se tiene claro, provocando una obstrucción entre los niveles de las entidades, pues no existe una participación activa por parte de la Microred en la programación siendo ellos quienes conocen su contexto, su realidad y su población, por otro lado la DIRESA, Red y Microred también entran en conflicto con quien vendría a ser la entidad encargada de la actualización de información que repercute en la toma de decisiones de la programación y seguimiento de cada producto.

b. Evaluación de la ejecución del PPSMN de la Microred de Baños del Inca, 2015-2019

➤ En la fase programación existen ciertos productos que muestran desfases de programación de metas físicas, ahondando sobre todo en la baja coordinación entre entidades Microred – Red – DIRESA, pues se evidenció que los encargados de programar son los coordinadores a cargo del programa en la DIRESA y la Red, no incluyendo la participación de la Microred, esto genera que exista una sobreestimación y/o subestimación de población; así mismo, se encontró que existen diferencias de programación entre la que se encuentra registrada en el sistema SIGA y la programación registrada en los tableros de mando.

➤ En la fase de formulación no se tiene una asignación presupuestaria como tal para la Microred de Baños del Inca por no ser esta una unidad ejecutora, a pesar de ello, se encontró a nivel DIRESA que todos los años en las modificaciones PIA a PIM, se le restó presupuesto durante los 5 años de estudio de los productos que van orientados a la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva.

➤ En la fase de ejecución, se concluye que la ejecución presupuestal del PP SMN en la Microred de Baños del Inca, 2015-2019, se ha ido incrementando año tras año, llegando a una ejecución de S/ 137 632.76 soles al año 2019. Teniendo en cuenta que para el año 2019 desde junio las funciones se transfirieron a la Red como unidad ejecutora; así mismo, ha presentado una baja calidad de gasto, esto se arrastra desde la programación de metas físicas y financieras, pues si existen desfases de programación, también existirá una inadecuada ejecución, sin

embargo, más que una especulación, esta baja calidad de gasto se sustenta en los gastos que se han realizado donde, ciertos productos no presentan ejecución durante varios años. Esto de igual manera se debe a los procedimientos de descentralización, el cual se da cuando se transfiere presupuesto y responsabilidad de la Ejecutora (DIRESA) hacia la Red, y a sí mismo el procedimiento de cuadro de distribución, dichos procedimientos causan la pérdida de sistematización en el sistema SIGA, reflejando solo ejecución en el sistema SIAF.

c. Evolución de los resultados de la atención del PPSMN de la Microred Baños del Inca, 2015-2019

➤ Indicadores de impacto: respecto a la RMM se tiene una tendencia negativa, pasando así de una razón de 108.7% en el año 2015 a 0.0% en el año 2019, evidenciando que se ha tenido un mayor control de las gestantes y puérperas. Respecto a la TMN, también se evidencia una tendencia negativa, pasando de 9.8% en el año 2015 a 3.0% en el año 2019, esto a pesar de que para el año 2018 existió un repunte significativo llegando al 10.9%.

➤ Indicadores de procesos: en todos los indicadores se tiene una alta cobertura de atención a la población, sin embargo se tiene una disyuntiva, pues en la programación existe una diferenciación en el sistema SIGA y en los tableros de mando, aun así la DIRESA y Red presentan en sus cuadros los indicadores en relación a sus tableros de mando, en los cuales se observa un ajuste en el logro de las metas, haciéndose dificultoso el análisis de información, pues no se podría sincerar los datos teniendo dos programaciones distintas.

➤ Modelo de Razón de Muerte Materna: en esta se encontró que ninguna variable logró explicar el comportamiento promedio de la razón de muerte materna; individualmente o en conjunto, con un F de Fisher estadístico de 0.3222 el cual es menor al F de Fisher tabulado de 3.007, afirmando el bajo porcentaje del coeficiente de determinación de 11%. Esto puede deberse a que los datos obtenidos en la investigación no son variables que expliquen las 3 muertes maternas ocurridas en el periodo de estudio; por lo que este 1er modelo es invalido.

➤ Modelo de Tasa de Mortalidad Neonatal: al contrario que en el modelo de RMM, en esta todas las variables tanto individualmente y en conjunto SI logran explicar el comportamiento promedio de la tasa de muerte neonatal en un 59.05%.

Recomendaciones

Se recomienda a los directores de la DIRESA, Red y Microred, implementar el plan de mejora bajo una prueba piloto y monitorear sus resultados para así incrementar la coordinación entre dichas entidades y que se llegue a realizar una programación adecuada y que esté acorde a la realidad y necesidades de cada establecimiento de salud.

Se recomienda a los directores de DIRESA y Redes de Salud, especialmente a los jefes de las áreas de administración y logística que, en relación a las descentralizaciones y cuadros de distribución, se creen mecanismos para que dichos procedimientos queden registrados en el sistema SIGA para evitar apreciaciones subjetivas como la baja calidad de gasto por centro de costos.

Se recomienda a los directores de las áreas de epidemiología de la DIRESA, Red y MR, fortalecer el área de inteligencia sanitaria con la finalidad de realizar evaluaciones periódicamente a los diferentes programas presupuestales, para su fortalecimiento y retroalimentación en el logro de metas planteadas en cada programa, profundizando en cada aspecto que se tiene y factores que la presente investigación no ha logrado analizar en su totalidad.

Conflicto de Intereses

En la presente investigación se presentaron conflictos de intereses con el Asesor Luis Enrique Becerra Jáuregui quien menciona su desacuerdo con la estructuración de la Política Pública específica en el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal; en donde a continuación se detalla:

Nota del asesor Luis Enrique Becerra Jáuregui: el asesor considera necesario indicar que, sobre este acápite, tiene una posición contraria a la manifestada por la tesista, y por una cuestión de conciencia considera necesario dejar en claro, el asesor considera que la política pública en salud del Estado Peruano debería prevenir el embarazo adolescente ayudando a que puedan evitar las situaciones que los ponen en ese riesgo, el tener una política pública centrada en métodos anticonceptivos y charlas sobre sexualidad dirigidos hacia adolescentes causa el efecto contrario y promueve esta actividad de iniciación sexual en entornos que son de riesgo para la formación de familia (dado que no evita al 100% que se produzca el embarazo y, en algunos casos son abortivo) y sobre todo que es contrario a la ley de Dios.

Referencias Bibliográficas

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th Ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165000>
- Abadía, C.; Martínez, A.; Navarrete, H. y Pinilla A. (2006). *En alto riesgo: la crisis de la salud pública en el instituto materno infantil de Bogotá*. Revista Antípoda 2006: 199-226.
- Acuña, R.; Huaita, F. y Mesinas, J. (2012). *En camino de un presupuesto por resultados (PpR): una nota sobre los avances recientes en la programación presupuestaria*. (Documento de Gestión Presupuestaria. Ministerio de Economía y Finanzas. Lima, Perú) Recuperado de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/estudios/En_camino_de_un_PpR.pdf
- Andía Valencia, W. (2017). *Manual de Gestión Pública*. Lima, Perú: Colecciones Jovic.
- Andrade Guzmán, C. (2013). *Implantación de la política en salud materna en la república de Chile y Perú: una observación desde la dimensión de gestión*. (Tesis Magistral, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile) Recuperada de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/115562>
- Arbaiza, Lydía y otros. (2017). *Monitoreo del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal para el sector público*. Universidad ESAN. Lima, Perú: T-Copia S.A.C.
- Bardales Briones, M. (2018). *Gestión directiva y la provisión de medicamentos en la Microred de Cortegana, Celendín – Cajamarca*. (Tesis Magistral. Universidad Cesar Vallejo, Chiclayo, Perú) Recuperada de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/29648>
- Benavente del Carpio, I. (2016). *Análisis del diseño del programa presupuestal 0049: “programa nacional de apoyo directo a los más pobres – JUNTOS” para el periodo 2015, en el marco del presupuesto por resultados*. (Tesis de título. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú) Recuperada de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/8665>
- Castillo Velásquez, Oscar y Zúñiga Cárdenas, Ricardo. (2015) *Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal de la Intervención Pública “Cred y Municipios Saludables*. Lima, Perú: Ministerio de Economía y Finanzas y Ministerio de Salud.
- Cabanillas Cabellos, L. y Tafur Chacón, A. (2018). *Presupuesto por Resultados en la Calidad del Gasto de la Unidad Ejecutora 400-785 Salud Cajamarca, Periodo 2016-2017*. (Tesis Magistral, Universidad Cesar Vallejo, Chiclayo, Perú) Recuperada de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/28268?show=full>

- Cárdenas y otros. (2019) *La mortalidad neonatal: un reto para el país y la universidad*. (Artículo) Revista An Fac med. 2019;80(3):281-2 Recuperada de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n3/a01v80n3.pdf>
- Del Carpio Ancaya, Lucy. (2013). *Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 – 2012*. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2013; 30(3):461-464.
- Díaz Echeverría y otros. (2006). *Muerte materna y presupuesto público*. Tizapán San-Ángel, México D.F: Mono Comunicación S.A. de C.V.
- Díaz, K. (2018). *Planear, Organizar, Dirigir, Controlar*. Recuperado de: <https://elblogdekassandra.wordpress.com/2018/03/08/planear-organizar-dirigir-controlar/>
- Diccionario de la Real Academia Española (s.f.) Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=DgIqVCc>
- Dirección General de Presupuesto Público (2016). *Programas Presupuestales: Diseño, Revisión y Articulación Territorial*. Lima, Perú: Ministerio de Economía y Finanzas.
- Fernández, M. y Del Valle, J. (2017). *Cómo iniciarse en la investigación académica: una guía práctica*. Lima, Perú: Tarea Asociación Gráfica Educativa – Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Florián Plasencia, E. (2015). *Relación entre el gasto de salud materno neonatal y la cobertura de los indicadores sanitarios en el distrito de Trujillo 2000 – 2012*. (Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú) Recuperada de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/4807>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2008). *Salud materna y neonatal*. Nueva York, Estados Unidos: UNICEF.
- Galindo Camacho, M. (2000). *Teoría de la Administración Pública*. Toluca, México: Editorial Porrúa.
- Galinelli, B.; Pagani, M.; Payo, M. Migliore, A. et al. (2015). *Estudios sobre Gestión Pública: aportes para la mejora de las organizaciones estatales en el ámbito provincial*. La Plata, Argentina: Subsecretaría para la Modernización del Estado.
- Gonzales Simón, P. (2016) *Políticas públicas de Desarrollo Infantil Temprano en el Perú: El caso de las intervenciones efectivas con familia*. (Tesis Magistral, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú) Recuperada de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/11854>

- Hernández, R, Fernández, C Y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México: McGraw-Hill/ Interamericana Editores.
- Idiart, A. (diciembre 2007). *Capacidades institucionales e implementación de programas sociales: las transformaciones de los programas materno infantiles en argentina en la última década*. Revista Chilena de Administración Pública ISSN: 0717-6759 p. 27- 54
- INSP México (2020) *Hacia una definición incluyente de la razón de mortalidad materna* Recuperado de <https://www.insp.mx/avisos/4131-mortalidad-materna.html>
- La Gran Enciclopedia de Economía. (s.f.) *Eficiencia y Eficacia*. Recuperado de: <http://www.economia48.com/spa/d/eficacia/eficacia.htm> / <http://www.economia48.com/spa/d/eficiencia/eficiencia.htm>
- Loayza Huacre, E. (2020). *Programa presupuestal y gestión de los recursos públicos en la mejora de la salud materna neonatal - MINSA, 2019*. (Tesis Doctoral por la Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú) Recuperada de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40291/LOAYZA_HE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización de las Naciones Unidad (s.f.), *Mortalidad materna*. Recuperado de <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>
- Malajovich, L; Alcalde, M. Castagnaro, K y Borroso, C. (2013) *Presupuestos transparentes para el gasto en atención de salud materna: Estudio de caso en cinco países latinoamericanos*. Revista Reproductive Health Matters 2012, 20(39):46 - 57. Lima, Perú.
- Mares Ibarra, A. (s.f.). *Concepto de gasto público*. Recuperado de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2010a/665/CONCEPTO%20DE%20GASTO%20PUBLICO.htm>
- Menéndez y Lucas (s.f.) *Analizando la mortalidad materna desde un enfoque de equidad: la importancia de contar con datos de calidad*. Recuperado de <https://www.isglobal.org/documents/10179/25254/Mortalidad+materna+desde+un+enfoque+de+equidad/9952a822-72b7-4144-8a74-c90a10d892b5#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,con%20e1%20embarazo%20o%20agravada>
- Ministerio de Economía y Finanzas (s.f.). *Política Económica y Social*. Recuperado de <https://www.mef.gob.pe/es/politica-economica-y-social-sp-2822>

- Ministerio de Economía y Finanzas (s.f.). *Estructura Programática de Programas Presupuestales*. Recuperado de https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=101530&view=article&catid=211&id=2768&lang=es-ES
- Ministerio de Economía y Finanzas (2015) “*Evaluaciones de diseño y ejecución presupuestal Herramienta para el logro de resultados en la gestión pública*”. Lima, Perú: Ministerio de Economía y Finanzas
- Ministerio de Economía y Finanzas (2016) “*Las evaluaciones de diseño y ejecución presupuestal para la mejora del gasto público*” Recuperado de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/eval_indep/edep/index.html
- Ministerio de Economía y Finanzas (s/f). “*Programas Presupuestales*” Recuperado de <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/programas-presupuestales>
- Ministerio de Economía y Finanzas (s/f). “*Diseño de Programa Presupuestal - Términos de Referencia*” Recuperado de <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/programas-presupuestales?id=4077>
- Ministerio de Salud (2001) “*Lineamientos para la conformación de redes de salud*”. Lima, Perú: Ministerio de Salud
- Ministerio de Salud (2013). *Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA*. (Documento de Trabajo) Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2739.pdf>
- Ministerio de Salud (2019), *Boletín Epidemiológico del Perú*. Volúmen 28 – SE 52. Recuperado de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pdf>
- Ministerio de Salud (2017) *Minsa establece Cartera de Servicios en establecimientos del primer nivel de atención*. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/13008-minsa-establece-cartera-de-servicios-en-establecimientos-del-primer-nivel-de-atencion>
- Mendoza, W. (2016). *Cómo investigan los economistas: guía para elaborar y desarrollar un proyecto de investigación*. Lima, Perú: Tarea Asociación Gráfica Educativa – Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. (2013) *Perú: situación de la salud y la supervivencia de la mujer gestante y del recién nacido, 2012-2013*. Recuperado de

https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/09/alerta_recien_nacido_aprobado_cen_10_04_14_vfinal.pdf

Montañez Ginocchio, Vilma Aurora (2013) *Consultoría para la Evaluación de Diseño y Ejecución de Presupuestos Públicos – Atención del Parto Normal*. Lima, Perú: Ministerio de Economía y Finanzas, Banco Interamericano de Desarrollo y Ministerio de Salud.

Ortún Rubio, V. (1995). *Gestión Pública: Conceptos y Métodos*. Barcelona, España: BBV Centro de Estudios de Economía del Sector Público, Universidad Pompeu Fabra.

OMS. (2019). *Mortalidad materna*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>

OPS & OMS. (2011). *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51-12-s.pdf>

OPS & OMS (s.f.) *Indicadores de Salud: Aspectos Conceptuales y Operativos*. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45250-indicadores-salud-aspectos-conceptuales-operativos-250&Itemid=270&lang=es

OPS (2001), *Indicadores de salud*. Recuperado de https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1882:datos-de-salud&Itemid=135

OPS (2020), *Intervenciones costo efectivas y asociaciones estratégicas contribuirían a salvar la vida de millones de recién nacidos en el mundo*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/27-10-2020-intervenciones-costo-efectivas-asociaciones-estrategicas-contribuirian-salvar#:~:text=Algunas%20cifras%20que%20avalan%20que,entre%20pa%C3%ADses%20de%20la%20regi%C3%B3n>.

Ordoñez-Matamoros, G. (2013). *Manual de análisis y diseño de políticas públicas*. Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia.

Sánchez, F. (2019). *Tesis: Desarrollo metodológico de la investigación*. Lima, Perú: Aleph Impresiones S.R.L.

- Seinfeld, J. (2011). *Análisis del programa presupuestal e incidencia de beneficiarios: Sector Salud*. (Documento de discusión, Universidad del Pacífico, Lima, Perú) Recuperada de <http://repositorio.up.edu.pe/handle/11354/371>
- Sistema de Focalización de Hogares (2015). *¿Qué es focalización?* Recuperado de <http://www.sisfoh.gob.pe/el-sisfoh/conoce-sobre-focalizacion/que-es-focalizacion/89-el-sisfoh/conoce-sobre-focalizacion>
- Silva, L. (2016) *Econometría I*. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca.
- Tanaka Torres, E. (2011). *Influencia del presupuesto por resultados en la Gestión Financiera Presupuestal del Ministerio de Salud*. (Tesis Magistral. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú) Recuperada de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/860>
- Torres Melo, J. y Santander, J. (2013). *Introducción a las políticas públicas: Conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía*. Bogotá, Colombia: IEMP Ediciones.
- Vargas Arce, D. (2016). *Introducción a la política económica*. Lima, Perú: Editorial San Marcos E.I.R.L.
- Vásquez Kuqian, J. (2020). *Presupuesto por resultados y la calidad del gasto del Programa de Salud Materno Neonatal - Red de Salud Alto Amazonas 2019*. (Tesis Magistral por la Universidad César Vallejo, Tarapoto – Perú) Recuperada de: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/51069/V%20c3%a1squez_KJ%20-%20SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vásquez Murrieta, Y. (2017). *Evaluación de la ejecución física y financiera del programa presupuestal 0002: Salud Materno neonatal del hospital regional de Loreto, periodo 2017-2018*. (Tesis de Grado por la Universidad Privada de la Selva Peruana, Iquitos – Perú). Recuperada de: <http://repositorio.ups.edu.pe/bitstream/handle/UPS/88/INFORME%20%20DE%20TESIS%20-%20Bach.%20Cont.%20Yesmin%20Arlette%20V%20C3%A1squez%20Murrieta.pdf>
- Westreicher, G. (s.f.) *Centro de Costos*. Economipedia.com Recuperada de <https://economipedia.com/definiciones/centro-de-costos.html>

Anexos

Anexo 1: Descripción de los productos del PP SMN

Para la descripción de los productos solo se tomarán aquellos que corresponden a la cartera de servicios de los establecimientos de salud de primer nivel, que son los productos sombreados en la tabla 8, del acápite de características del PP SMN, pues estos son los que conforman a la Microred donde se evaluará el PP SMN.

Tabla 122

Ficha técnica del producto acciones comunes

| Denominación del producto | ACCIONES COMUNES | | | | | |
|---|--|---|----|---|----|--|
| Unidad de medida | 080 NORMA 060 INFORME | | | | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Equipos Técnicos de Gestión y tomadores de decisión en el Programa Salud Materno Neonatal. | | | | | |
| Responsable del diseño del producto | MINSA-DIRECCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | MINSA/DIRIS/GERESA/DISA/UNIDADES EJECUTORAS/REDES. | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo | GN | X | GR | X | GL | |
| Indicador de producción física de producto | N° de informes de la gestión del Programa. | | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | N° de Normas elaboradas N° de supervisiones, monitoreo y evaluación realizadas | | | | | |
| Definición operacional | <p>Monitoreo Supervisión Evaluación y Control del Programa de Salud Materno Neonatal: Es el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores del Programa Presupuestal, usando información de insumos, procesos y resultados, obtenidos a través de la recolección sistemática y oportuna de datos, su procesamiento, control de calidad, análisis, retroalimentación, difusión y seguimiento de cumplimiento de actividades. Se utiliza para medir el cumplimiento de los indicadores programados en el tiempo y ámbito de la forma establecida con el fin de permitir a los decisores de los diferentes niveles (local, regional y nacional) determinar si los indicadores están alcanzando la meta esperada según lo planificado; proporcionando insumos para la evaluación del programa presupuestal. Comprende:</p> <p>Monitoreo: Es una actividad de control gerencial, orientada al proceso continuo y sistemático mediante el cual se realiza el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores de procesos, productos y resultados del programa presupuestal, así como del grado de cumplimiento de las metas físicas y financieras, y la efectividad en la asignación de los recursos programados para cada uno de los productos del nivel nacional, regional y local.</p> <p>Supervisión: Es un proceso de interacción personal individual o grupal, basado en la enseñanza y aprendizaje entre supervisor(es) y supervisado(s) con el propósito de generar, transferir o fortalecer capacidades mutuas, orientadas a mejorar el desempeño del personal, verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación a nivel regional y local; articulando los componentes de la gestión.</p> | | | | | |

| | |
|--|---|
| | <p>Evaluación: Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia, efectividad y eficiencia, del programa presupuestal en relación con sus objetivos y los recursos destinados para alcanzarlos; mediante el análisis de su ejecución, resultados e impacto con metodologías rigurosas, que permitan determinar las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento de las metas programadas y alcanzar los cambios en la población objetivo.</p> <p>Lo realiza el personal de salud capacitado y/o especializado (Incluye epidemiología y/o estadística) de los establecimientos de salud en los diferentes niveles de atención.</p> <p>Desarrollo de Normas y Guías Técnicas en Salud Materno Neonatal: <u>Elaboración de Normas y Guías Técnicas con adecuación cultural</u> Consiste en el proceso a seguir para la formulación culturalmente adecuada* de documentos normativos dirigidos a establecer criterios técnicos y administrativos, que contribuyan a mejorar la situación de salud en los servicios de salud, cuya duración en promedio no excede del ejercicio presupuestal, ésta es desarrollada por profesionales capacitados en los niveles nacional y regional que tienen por función la elaboración, validación, aprobación, difusión, implementación, y evaluación de los documentos técnico normativos, en el marco del Programa Presupuestal. Contempla las 04 dimensiones de la atención de la salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, considerando además el proceso de investigación y confirmación diagnóstica de las enfermedades.</p> <p>Implementación de Normas y Guías Técnicas con adecuación cultural: Consiste en el proceso de difusión y presentación de documentos normativos aprobados, con el objeto de poner a disposición el Documento Normativo aprobado a todas las unidades orgánicas, dependencias, entidades, instituciones, y sociedad civil priorizando aquellas que están directamente involucradas en su aplicación. La difusión se complementa mediante la publicación en medios impresos, magnéticos, cibernéticos y reuniones de información para su conocimiento y aplicación.</p> <p>*Entiéndase como adecuación cultural la inclusión de las prácticas, hábitos y costumbres relacionadas a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud materna neonatal de los pueblos culturalmente diversos</p> |
|--|---|

Nota. Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal, MINSA, 2019, p. 47

Tabla 123

Ficha técnica del producto población informada sobre salud sexual, salud reproductiva y métodos de planificación familiar

| Denominación del producto | POBLACIÓN INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (3000002) |
|--|---|
| Unidad de medida | 259 persona Informada |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Población en general |
| Responsable del diseño del producto | Dirección General de Comunicaciones |
| Responsable de la entrega del producto | Establecimientos de Salud de MINSA, DIRESA, GERESA, DIRIS, REDES EESS |

| | | | | | | |
|---|---|---|----|---|----|--|
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN | X | GR | X | GL | |
| Indicador de producción física de producto | % de personas informadas en salud sexual y reproductiva | | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | Personas informadas en temas de Salud sexual y reproductiva. | | | | | |
| Definición operacional | <p>Conjunto de intervenciones comunicacionales que buscan informar, sensibilizar y orientar a la población objetivo (adolescente mujer, gestante en todas sus etapas: prenatal, parto y puerperio, familia y responsables del cuidado del recién nacido.), medidas para promover hábitos y entornos saludables para preservar la salud materna neonatal, disminuir la morbilidad y mortalidad materno neonatal</p> <p>La entrega del servicio es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difusión en medios masivos: radio, TV, prensa, suplementos, pág. Web, redes sociales, entre otros. • Difusión en medios alternativos: vallas, buses, mototaxis, paneletas carreteras, murales, paneles, publicidad en cine y entre otros. • Actividades de movilización social: ferias, campañas, marchas, activaciones, teatro popular, cine foro itinerante, entre otros. <p>Reuniones y talleres de sensibilización y de fortalecimiento de capacidades. Lo realizan los profesionales responsables de las Oficinas de Comunicaciones de las DIRESAS/GERESAS y DIRIS.</p> <p>El proceso general que se requiere para la entrega del producto: Planificación y programación de las actividades de acuerdo al criterio de programación. Capacitación al personal responsable de la entrega del producto.</p> | | | | | |

Nota. Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal, MINSA, 2019, p. 72

Tabla 124

Ficha técnica del producto de adolescentes acceden a servicios de salud para la prevención del embarazo

| | | | | | | |
|---|--|---|----|---|----|--|
| Denominación del producto | ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO | | | | | |
| Unidad de medida | 006 atención | | | | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Población entre las edades de 12 a 17 años, del sexo masculino y femenino. | | | | | |
| Responsable del diseño del producto | MINSA-DIRECCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | DIRIS/DIRESA/GERESA/Redes/Establecimientos de salud | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN | X | GR | X | GL | |

| | |
|---|---|
| Indicador de producción física de producto | Número de Adolescentes con Plan de Atención Integral Ejecutado. Número de adolescentes acceden a servicios de orientación/consejería en SSR Número de adolescentes que acceden a métodos anticonceptivos |
| Indicadores de desempeño del producto | Porcentaje de Adolescentes con Plan de Atención Integral Ejecutado. Porcentaje de adolescentes con orientación/consejería en SSR Porcentaje de adolescentes con método anticonceptivo moderno. |
| Definición operacional | <p>Conjunto de intervenciones normadas por el Ministerio de Salud que contribuyen a la prevención de embarazo en adolescentes de acuerdo al Plan Multisectorial de prevención de embarazo adolescente.</p> <p><i>Brindar Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo en Adolescentes:</i> Comprende la provisión diferenciada, continua y con calidad de atención integral a adolescentes, orientada hacia la prevención de riesgos y fortalecimiento de factores protectores, en especial para la prevención del embarazo no deseado, en el contexto de su vida en familia y comunidad.</p> <p>La atención de los adolescentes es realizada en establecimientos de salud con o sin servicios diferenciados para adolescentes, y es realizada por el equipo multidisciplinario de salud (Médico, obstetra, psicólogo, enfermera, nutricionista, odontólogo, trabajador social u otro profesional calificado), según normatividad vigente.</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Consejería integral: Orientación/consejería en Salud Sexual y Reproductiva, de 12 a 14 años y de 15 a 17 años. Orientación/consejería en Salud Mental. Orientación/consejería en Salud Física y Nutricional. ● Atención en Planificación familiar (si el caso lo requiere). ● Evaluación del desarrollo sexual según Tanner. ● Evaluación nutricional con índice de masa corporal (IMC) y talla para la edad. ● Evaluación de riesgo cardiovascular con perímetro abdominal (PAB). ● Evaluación del desarrollo psicosocial. ● Evaluación de la agudeza visual y auditiva. ● Evaluación odontológica ● Evaluación físico-postural. ● Evaluación Clínica orientada a búsqueda de patologías comunes a esta edad. ● Tamizaje de violencia, adicciones, depresión, ansiedad. ● Aplicación del cuestionario de habilidades sociales ● Aplicación del esquema de vacunación DT y otras de acuerdo a la normatividad vigente. ● Administración preventiva de sulfato ferroso más ácido fólico, de acuerdo a Norma técnica vigente (RM N° 250-2017/MINSA). <p>Visita domiciliaria en caso de identificar factores de riesgo y/o deserción.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Exámenes de laboratorio: Hemoglobina, Glucosa, Colesterol, Triglicéridos, Examen completo de orina, prueba de parásitos en heces, test de Graham, descarte de embarazo (si el caso precisa). Frotis de Papanicolaou o IVAA (Inspección visual con ácido acético), en adolescentes que han iniciado actividad sexual. <p>La atención integral inicia con la elaboración del plan de atención integral y se considera ejecutada cuando se culmina con la entrega de las prestaciones consignadas en dicho plan, denominándose “Plan de atención integral ejecutado”. Las prestaciones consignadas en el Plan de atención Integral deben realizarse en un mínimo de 3 atenciones al año de 45 minutos cada una y 02 visitas de seguimiento para las adolescentes en situación de riesgo y/o desertores.</p> <p>El personal de salud que realiza la atención requiere de capacitación anual mínima de 20 horas académicas en temas relacionados con la atención integral en la etapa de vida Adolescente.</p> |

Nota. Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal, MINSA, 2019, p. 48-49.

Tabla 125

Ficha técnica del producto atención prenatal reenfocada

| Denominación del producto | ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA | | | | | |
|--|---|---|----|---|----|--|
| Unidad de Medida | 058 gestante controlada | | | | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Gestantes | | | | | |
| Responsable del diseño del producto | MINSA-DSARE | | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | DIRESA/GERESA-DIRIS, REDES/EESS | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN | X | GR | X | GL | |
| Indicador de producción física de producto | N° de gestantes controladas con 06 a más atenciones prenatales. | | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | Porcentaje de gestantes con 06 a más atenciones prenatales. Porcentaje de gestantes con primer control en el primer trimestre. | | | | | |
| Definición operacional | <p>Son todas aquellas actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de la madre. La atención debe iniciarse en el primer trimestre de gestación hasta completar mínimamente 06 APN en los 09 meses de embarazo de acuerdo a los trimestres de gestación, (Recomendable cumplir con las atenciones prenatales periódicas de acuerdo a la normatividad, mensual hasta los 07 meses, 8vo mes quincenal y 9no. mes semanal) implica la entrega de un paquete básico compuesto por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno y su registro en la Historia clínica Materno Perinatal. Evaluación física, incluye: examen de mamas, ● Papanicolaou ● Educación para el autoexamen de mamas. ● Orientación/consejería y evaluación nutricional. (Incluye talla y peso). ● Detección e intervención oportuna de signos de alarma. ● Examen Gineco obstétrico. Plan de parto. ● Examen odontológico. ● Psicoprofilaxis /estimulación prenatal. ● Tamizaje de Violencia. ● Exámenes completos de laboratorio. ● Ecografía en el primer trimestre y en el tercer trimestre. ● Monitoreo materno fetal en el tercer trimestre. ● Visitas Domiciliarias. ● Inmunización antitetánica (ESNI). ● Inmunización contra fiebre amarilla después de las 26 semanas en zonas endémicas. (ESNI). ● Inmunizaciones contra la hepatitis “B” incluir tamizaje (antígeno de superficie para hepatitis o prueba rápida). ● Inmunización contra la Influenza Adulto (0.5cc v. im. dosis única) debido a que las gestantes son consideradas como población de riesgo para influenza. A partir del segundo trimestre de gestación (a partir de las 20 semanas de gestación) y se programará de acuerdo al esquema de vacunación de inmunizaciones y según el histórico. (ESNI). ● Suplemento de ácido fólico (500 mcg) durante el primer trimestre, hasta las 13 semanas. ● Suplemento de hierro (60 mg) más ácido fólico (400 mcg), desde las 14 semanas. (PAN) ● Suplemento de calcio. 2 gramos v.o, diarios, desde las 20 semanas hasta el parto. Tamizaje de: <ul style="list-style-type: none"> ● Bacteriuria asintomática (tira reactiva). | | | | | |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Sífilis (prueba rápida). ● VIH (prueba rápida). ● Proteinuria (tira reactiva o ácido sulfosalicílico). ● Anemia (Hemoglobina con “Hemoglobinómetro”). ● Diabetes gestacional (Hemoglucolest). <p>En zonas endémicas además se debe considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tratamiento antiparasitario. ● Protección contra la malaria, dengue, bartonelosis, Chagas; usando mosquiteros tratados con insecticidas y seguimiento con gota gruesa, frotis, u otro según corresponda. <p>Lo realiza el Médico Gineco-Obstetra, Médico Cirujano con competencias, Obstetra con la participación de todo el equipo multidisciplinario; se realiza en todo establecimiento de salud a partir del I nivel de atención.</p> <p>El proceso general para la entrega del producto consiste en: Programación de actividades, (total de gestantes a controlar en la jurisdicción del EESS). Fortalecimiento de las capacidades técnicas al personal profesional, técnico de laboratorio etc. en APN. Evaluación de la capacidad resolutive de los EESS para mejorarla. Visitas domiciliarias (coordinaciones con gobiernos locales etc.)</p> |
|--|--|

Nota. Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal, MINSA, 2019, p. 56-57.

Tabla 126

Ficha técnica del producto población accede a métodos de planificación familiar

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------------|---|--|--------------------------------------|--|---|--|---|---|
| Denominación del producto | POBLACIÓN ACCEDE A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR | | | | | | | | | | |
| Unidad de Medida | 206 pareja protegida | | | | | | | | | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Mujeres en edad fértil | | | | | | | | | | |
| Responsable del diseño del producto | MINSA-DSARE | | | | | | | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | DIRESA/GERESA-DIRIS REDES/EESS | | | | | | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN | X | | GR | X | | GL | | | | |
| Indicador de producción física de producto | Proporción de parejas protegidas | | | | | | | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | Porcentaje de mujeres que usan algún método anticonceptivo en un año. | | | | | | | | | | |
| Definición operacional | Provisión de métodos anticonceptivos a la persona o pareja por personal de salud calificado, en todos los establecimientos de salud, según capacidad resolutive. | | | | | | | | | | |
| | De acuerdo al método anticonceptivo la provisión es brindada por el siguiente personal. | | | | | | | | | | |
| | Personal de Salud | A b s t i n e n c i a P e r i ó d i c a | M E L A | C o n d ó n m a s c u l i n o | C o n d ó n f e m e n i n o | I m p l a n t e | P í l d o r a C o m b i n a d a | I n y e c t a b l e c o m b i n a d o | I n y e c t a b l e p r o g e s t á g e n o | D i s p o s i t i v o i n t e r u t e r i n o | A Q V f e m e n i n a |

| | | | | | | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|---|---|---|---|---|-------|
| Médico Gineco-obstetra | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Médico General | X | X | X | X | X (*) | X | X | X | X | X | X (*) |
| Obstetra | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | |
| Enfermera entrenada | X | X | X | X (*) | | | | | | | |
| Técnico de enfermería capacitado | X (*) | X (*) | X (*) | | | | | | | | |
| <p>Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil, dentro de las cuales se encuentra la información, educación, orientación/consejería y la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos, los métodos son:</p> <p>AQV Masculino: Método anticonceptivo permanente. La vasectomía es una intervención quirúrgica electiva, considerada cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes en el hombre. Lo realiza el médico urólogo o ginecólogo capacitado a partir de los establecimientos II.1. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 01 intervención quirúrgica de 30 minutos. ● 03 atenciones de 20 minutos cada una (1 de evaluación previa y 2 de control post procedimiento). <p>Análisis de laboratorio (preoperatorio) que incluye pruebas de VIH y Sífilis.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 30 condones masculinos post procedimiento. ● Visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para su control. <p>AQV Femenino: Método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia implica el bloqueo tubario bilateral. Lo realiza el Médico gineco Obstetra a partir de los Establecimientos de Salud II.1. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1 intervención quirúrgica de 60 minutos. ● 03 atenciones de 20 minutos cada una (1 de evaluación previa y 2 de control post procedimiento). ● 1 análisis de laboratorio (preoperatorio). ● 1 examen de Papanicolaou (Programa Presupuestal de Prevención y Control de Cáncer, Mujeres de 30 a 49 años). ● Examen de mamas. ● Tamizaje de VBG. ● Tamizaje con prueba rápida para VIH. ● Visitas de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para su control. <p>Dispositivos intrauterinos (DIU) Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre. El Ministerio de Salud dispone de la T de Cobre 380-A que tiene una duración de 12 años. Lo realiza el profesional de salud médico Gineco Obstetra, médico, Obstetra y calificado para la inserción y retiro de DIU a partir de los establecimientos de salud nivel I. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Atenciones de 30 minutos cada una. ● Examen de Papanicolaou (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años). ● Examen de mamas. ● Tamizaje de VBG. ● Tamizaje con prueba rápida para VIH. ● 1 visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para su control. <p>Anticonceptivo hormonal inyectable: Anticonceptivo que sólo poseen progestágeno de depósito trimestral. Lo aplica el profesional de salud calificado, a partir de los Establecimientos de Salud Nivel I. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 04 atenciones (01 atención cada 03 meses), de 20 minutos para la administración de acetato de medroxiprogesterona. | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Examen de Papanicolaou (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años). ● Examen de mamas. ● Tamizaje de VBG. ● Tamizaje con prueba rápida para VIH. ● Visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para obtener el método. <p>Métodos de barrera</p> <p>Condón masculino es una funda delgada de caucho (látex) lubricada, sin nonoxinol, Su uso correcto, evita el embarazo y reduce la transmisión de las ITS, VIH-SIDA y del HTVL1. Lo entrega el profesional de salud calificado a partir de los establecimientos de salud nivel I.</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 4 atenciones de planificación familiar, de 20 minutos por atención, cada tres meses en un año. ● Examen de Papanicolaou (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años). ● Examen de mamas. ● Tamizaje de VBG. ● Tamizaje con prueba rápida para VIH. ● 1 visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para obtener el método. <p>Anticonceptivo hormonal oral</p> <p>Anticonceptivos Orales Combinados (AOC), son los que contienen estrógeno y progestágeno. El Ministerio de Salud distribuye un producto. Lo realiza el profesional de salud calificado y capacitado a partir de los establecimientos de salud nivel I.</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 04 atenciones en planificación familiar (20 minutos por atención, cada tres meses en un año, con entrega de 13 ciclos de anticonceptivo oral combinado (28 píldoras mensuales: 21 píldoras contienen 30 ug (microgramos) de etinilestradiol y 150 ug de levonorgestrel y siete píldoras contienen sulfato ferroso). ● Examen de Papanicolaou (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años). ● Examen de mamas. ● Tamizaje de VBG. ● Tamizaje con prueba rápida para VIH. ● Visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para obtener el método. <p>Anticoncepción Oral de Emergencia</p> <p>Son todos los métodos hormonales orales que se usan como método de emergencia, luego de una relación sexual sin protección, para evitar un embarazo no planificado. Lo realiza el profesional de salud calificado y capacitado, a partir de los establecimientos de salud nivel I.</p> <p>La anticoncepción oral de emergencia (AOE), es un método de emergencia para prevenir un embarazo; no reemplaza el uso continuado de otros métodos anticonceptivos.</p> <p>En qué casos usar la AOE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mujeres que han tenido una relación sexual contra su voluntad (violación) ● Si el condón se ha roto. ● Si el DIU ha sido expulsado ● Si la mujer ha olvidado de tomar más de 2 días la AOC, o se ha retrasado más de 2 semanas en recibir un inyectable anticonceptivo (Acetato de Medroxiprogesterona) y ha tenido una relación sexual sin usar otro método de planificación familiar. ● Si la relación sexual tuvo lugar sin protección anticonceptiva y la mujer no desea quedar embarazada. <p>Existen 2 esquemas:</p> <p>a) Levonorgestrel 0,75 mg, blíster de dos tabletas, (Píldoras de solo progestágeno), 01 dosis inicial dentro de las 72 horas de ocurrido el evento, la otra dosis, después de 12 horas de haber tomado la primera dosis.</p> <p>b) Método Yuzpe: Se entrega el anticonceptivo oral combinado que contiene 30 ug de Etinilestradiol y 150 ug de Levonorgestrel: de 2 a 4 píldoras dentro de las 72 horas de ocurrido el evento y luego de 2 a 4 tabletas a las 12 horas de la primera dosis. 1 atención en planificación familiar de 20 minutos.</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>Métodos de abstinencia periódica Abstención de relaciones sexuales en el período fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo (Método del ritmo, Método del moco cervical – Billings y Método de los días fijos o del Collar). Lo realiza el profesional de salud calificado y capacitado, a partir de los establecimientos de salud nivel I. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 06 atenciones de planificación familiar de 20 minutos por atención, cada dos meses en un año. ● Examen de Papanicolaou (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años). ● Examen de mamas. ● Tamizaje de VBG. ● Tamizaje con prueba rápida para VIH. ● Visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para obtener el método <p>Método de Lactancia Materna Exclusiva (MELA) Es el único método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la Lactancia. Lo realiza el profesional de salud calificado y capacitado, a partir de los establecimientos de salud nivel I. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 02 atenciones en planificación familiar de 20 minutos cada una (la primera atención a los 45 días postparto y la segunda los 06 meses en un año). ● Examen de Papanicolaou (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años). ● Examen de mamas. ● Tamizaje de VBG. ● Tamizaje con prueba rápida para VIH. ● Considerar 2 atenciones de 20 minutos. <p>Anticonceptivo hormonal mensual inyectable Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno de depósito mensual. Lo aplica el profesional de salud calificado, a partir de los establecimientos de salud nivel I. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 12 atenciones en planificación familiar de 20 minutos cada atención, en forma mensual en un año. ● Examen de Papanicolaou. (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años). ● Examen de mamas. ● Tamizaje de VBG. ● Tamizaje con prueba rápida para VIH. ● Visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para obtener el método <p>Condón femenino Es una funda amplia y delgada de polímero de nitrilo que se coloca en la vagina antes de una relación sexual. Lo entrega el profesional de salud calificado y capacitado, a partir de los establecimientos de salud nivel I. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 04 atenciones de planificación familiar de 20 minutos de duración por atención, cada tres meses en un año. ● Examen de Papanicolaou (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años). <p>Examen de mamas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tamizaje de VBG. ● Tamizaje con prueba rápida para VIH. ● Visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para obtener el método. <p>Implante Consisten en una cápsula delgada, flexible no biodegradable, que contienen progestágeno (etonogestrel), que es insertada por debajo de la piel en el brazo de la mujer. Tiene una duración de 3 años. Lo realiza personal Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano y Obstetra capacitados, a partir de los establecimientos de salud nivel I. Incluye:</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 02 atenciones de planificación familiar (1ra atención: procedimiento de inserción de 30 minutos; 2da atención de 20 minutos, al mes post inserción en un año). ● Examen de Papanicolaou. (Programa Presupuestal de P y C Cáncer Mujeres de 30 a 49 años). ● Examen de mamas. ● Tamizaje de VBG. ● Tamizaje con prueba rápida para VIH. ● Visita de seguimiento para los usuarios que no acuden al establecimiento para obtener el método. |
|--|--|

Nota. Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal, MINSA, 2019, p. 51-55.

Tabla 127

Ficha técnica del producto población accede a servicios de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva

| | | | | | | |
|---|---|---|----|---|----|--|
| Denominación del producto | POBLACIÓN ACCEDE A SERVICIOS DE ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | | | | | |
| Unidad de Medida | 006 atención | | | | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Mujeres en edad fértil | | | | | |
| Responsable del diseño del producto | MINSA-DSARE | | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | DIRESA/GERESA-DIRIS REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/EESS | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN | X | GR | X | GL | |
| Indicador de producción física de producto | Número de MEF que reciben orientación/Consejería en Planificación Familiar | | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | Porcentaje de mujeres que reciben orientación/Consejería en Planificación Familiar | | | | | |
| Definición operacional | <p>Son sesiones de Orientación/Consejería que se brinda en el consultorio de Salud Sexual y reproductiva usando materiales audiovisuales de orientación y consejería en planificación familiar a la persona o pareja para que logren tomar decisiones voluntarias, informadas y responsables acerca de su fecundidad y vida reproductiva basada en información veraz y actualizada. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano, Obstetra u otro profesional capacitado (entrenados en orientación/consejería en SSR y en provisión de anticonceptivos en talleres de actualización en metodología anticonceptiva) a partir de los establecimientos de salud nivel I.</p> <p>El proceso para la entrega del producto es:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2 atenciones x 30 minutos en el año para todos los MAC (en Orientación y Consejería general). ● Atenciones x 30 minutos en el año (en Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina y <p>Masculina: 1era atención: orientación y consejería general; 2da atención: consejería especial en AQV; 3ra atención a las 72 horas para la firma del consentimiento informado, post periodo de reflexión.</p> | | | | | |

Nota. Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal, MINSA, 2019, p. 50.

Tabla 128

Ficha técnica del producto atención del parto normal

| Denominación del producto | ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL | | | | | |
|--|---|---|----|---|----|--|
| Unidad de Medida | 208 parto normal | | | | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Gestantes | | | | | |
| Responsable del diseño del producto | MINSA-DSARE | | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | DIRESA/GERESA-DIRIS REDES/EESS | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN | X | GR | X | GL | |
| Indicador de producción física de producto | Número de partos Institucionales | | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | Porcentaje de partos institucionales | | | | | |
| Definición operacional | <p>Es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas). Es la atención que se brinda a la gestante y al recién nacido durante el proceso del parto vaginal, la duración de este proceso varía de una mujer nulípara a una multípara; lo realiza el médico Gineco obstetra, obstetra, médico cirujano capacitado, a partir de los establecimientos de salud FONB, también considera los EESS 1-3 “Estratégico” Incluye el Parto vertical con adecuación intercultural.</p> <p>En caso de emergencia y ausencia de los profesionales antes mencionados, el parto inminente puede ser asistido por otro personal de salud.</p> <p>Los profesionales responsables de la atención requieren de una actualización mínima de 75 horas al año bajo la modalidad de pasantías en atención de parto vertical y talleres de interculturalidad.</p> <p>La atención incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de Historia Clínica Obstétrica y de la partograma ● Días de internamiento u hospitalización (48 horas o 2880 minutos: atención del parto y puerperio): ● Atención en el periodo de dilatación. ● Atención del periodo expulsivo, hasta la entrega del recién nacido luego de la ligadura y sección del cordón umbilical, garantizando contacto piel a piel e inicio de la lactancia dentro de la primera hora. ● Atención del alumbramiento dirigido. ● Atención del puerperio inmediato y mediato. ● Puerperio inmediato (2 horas), garantizar alojamiento conjunto. - Orientación/Consejería en lactancia materna, signos de alarma del puerperio, planificación familiar y provisión del método anticonceptivo elegido por la puérpera. ● Exámenes auxiliares y de laboratorio que incluya pruebas rápidas de tamizaje para VIH/Sífilis, si es que no se hubiera realizado durante la atención prenatal. ● Identificación de la madre y recién nacido/a antes de salir de sala de partos. ● Elaboración y entrega del certificado de nacimiento. <p>En caso de emergencia y ausencia del profesional calificado, el parto inminente puede ser asistido por otro personal de salud, en los establecimientos de salud Nivel I-1, I-2, I-3.</p> <p>EL proceso general para la entrega del producto: A través de la planificación y organización de los EESS que atienden partos, se hace la programación anual de acuerdo a la población de gestantes programadas (considerar el 80%).</p> <p>El fortalecimiento de la capacidad resolutoria de estos EESS (fortalecimiento de la adecuación cultural, compra de equipamiento y materiales para el parto vaginal y vertical)</p> <p>Visitas domiciliarias y a la comunidad para las coordinaciones del traslado de las gestantes a las casas maternas en los lugares alejados a un EESS.</p> | | | | | |

Nota. Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal, MINSA, 2019, p. 60-61.

Tabla 129

Ficha técnica del producto atención del puerperio

| | | | | | | |
|---|---|---|----|---|----|--|
| Denominación del producto | ATENCIÓN DEL PUERPERIO | | | | | |
| Unidad de Medida | 211 atención puerperal | | | | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Gestante | | | | | |
| Responsable del diseño del producto | MINSA-DSARE | | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | DIRESA/GERESA-DIRIS REDES/Establecimientos de Salud | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN | X | GR | X | GL | |
| Indicador de producción física de producto | Número de Puérperas controladas | | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | Porcentaje de puérperas controladas | | | | | |
| Definición operacional | <p>Etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días.</p> <p>Son las atenciones por consulta externa que se brinda a la puérpera; lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano capacitado y Obstetra a partir de los establecimientos de salud nivel I. El Servicio consiste:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 02 atenciones ambulatorias x 20 minutos cada una. ● Orientación y consejería en lactancia materna, salud sexual y reproductiva provisión de métodos anticonceptivos. ● Vitamina A: al 100% de puérperas en provincias priorizadas (01 tableta de 200,000UI). ● 30 tabletas de sulfato ferroso + ácido fólico (Programa Presupuestal Articulado Nutricional). ● 1 visita domiciliaria en caso que la puérpera no acuda a su control. ● Toma de hemoglobina en el primer control de puerperio. <p>Lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano capacitado y Obstetra a partir de los establecimientos de salud nivel I.</p> <p>EL proceso general para la entrega del producto: A través de la planificación y organización de los EESS a partir del I-1, se hace la programación considerando el total de partos (No de partos= No de puérperas a controlar).</p> <p>El fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los EESS a través de la autoevaluación semestral del FON, (renovación del equipamiento, adquisición de medicamentos e insumos de laboratorio), Capacitación al personal de salud en atención integral de la gestante el parto y puerperio.</p> <p>Visitas domiciliarias y a la comunidad para el seguimiento a la puérpera.</p> | | | | | |

Nota. Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal, MINSA, 2019, p. 62-63.

Tabla 130*Ficha técnica del producto acceso al sistema de referencia institucional*

| | | | | | | |
|---|---|---|----|---|----|--|
| Denominación del producto | ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL | | | | | |
| Unidad de medida | 214 gestante y/o neonato referido | | | | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Gestante/Neonato | | | | | |
| Responsable del diseño del producto | MINSA-DSARE | | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | DIRESA/GERESA-DIRIS REDES/Establecimientos de Salud | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN | X | GR | X | GL | |
| Indicador de producción física de producto | Número de gestantes y/o Neonatos referidos | | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | Porcentaje de gestantes y/o Neonatos referidos | | | | | |
| Definición operacional | <p>Procedimientos asistenciales y administrativos que aseguren la continuidad de la atención oportuna, eficaz y eficiente de la gestante, puérpera o neonato en un establecimiento de mayor complejidad, el traslado se realizará acompañado por profesional médico, obstetra, enfermera o personal técnico de enfermería, dependiendo de la complejidad del caso.</p> <p>El servicio consiste:</p> <p>Traslado de los casos complicados en ambulancia (terrestre, fluvial y/o aérea). Según corresponda.</p> <p>Comunicación con establecimiento al que se refiere utilizando medios de comunicación (radio, teléfono u otro) según disponibilidad.</p> <p>Acompañamiento de personal de salud capacitado según corresponda al caso. Administración de medicamentos según guía de práctica clínica.</p> <p>El proceso para la entrega del producto se organiza de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Planificación y organización del sistema de referencia institucional obstétrica y neonatal, programación de casos de acuerdo al histórico de tres años anteriores. 2. Capacitación al personal profesional sobre emergencias obstétricas y neonatales. 3. Visita de seguimiento en la contra referencia. | | | | | |

Nota. Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal, MINSA, 2019, p. 69-70.

Tabla 131

Ficha técnica del producto atención del recién nacido normal

| Denominación del producto | ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO NORMAL | | | | | |
|--|---|---|----|---|----|--|
| Unidad de medida | 239 recién Nacido Atendido | | | | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Recién Nacido | | | | | |
| Responsable del diseño del producto | MINSA-DSARE | | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | DIRESA/GERESA-DIRIS REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/Establecimientos de Salud | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN | X | GR | X | GL | |
| Indicador de producción física de producto | Número de recién nacidos Atendidos | | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | Porcentaje de recién Nacidos Atendidos | | | | | |
| Definición operacional | <p>Es el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos desarrollados en los establecimientos de salud, enfocados en la atención del Recién Nacido Normal o Vigoroso(a), producto del parto vaginal o cesárea, el mismo que para ser considerado como tal debe tener una edad gestacional mayor o igual a 37 semanas, pero no mayor de 42 semanas, es decir, nacido a término, con examen físico normal; la atención va desde el nacimiento hasta el término del periodo neonatal.</p> <p>La atención es realizada por el médico neonatólogo, médico pediatra, médico de familia, médico general y profesional de enfermería.</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación del riesgo de la niña o niño del nacimiento y elaboración de la Historia Clínica Perinatal, el tiempo promedio utilizado 20 minutos. ● Preparación y verificación del material, equipo y ambiente para la atención del recién nacido durante 5 minutos. ● Recepción y atención del recién nacido en sala de parto de acuerdo a Norma Técnica, tiempo promedio utilizado 80 minutos. <p>Primeros 60 minutos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recepción y valoración de la condición del RN. ● Procedimientos para prevenir pérdida de calor (cambio de campo, secado y abrigo) ● Realizar el contacto piel a piel con la madre e inicio de la lactancia según condición del RN. ● Evaluación APGAR al minuto y a los 5 minutos. ● Procedimientos para identificación del RN (Colocación del brazalete de registro de datos completos) ● Orientación a la madre sobre lactancia materna y signos de alarma neonatal. <p>Posterior a los 60 minutos hasta las 2 horas de nacido</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Profilaxis ocular de la oftalmia neonatal ● Administración de vitamina K. ● Cuidados del cordón umbilical y clampaje definitivo. ● Evaluación de la edad gestacional utilizando el Test de Capurro. ● Somatometría: peso, longitud y perímetro cefálico. ● Evaluación física y neurológica. ● Identificación de signos de alarma del recién nacido y referencia oportuna, si corresponde. <p>Registro de datos en la historia clínica (o en la base de datos, si es computarizada: CNV). Traslado de recién nacido a Alojamiento conjunto u hospitalización</p> | | | | | |

Nota. Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal, MINSA, 2019, p. 66.

Tabla 132

Ficha técnica del producto familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva

| | | | | | | |
|---|--|---|----|---|----|---|
| Denominación del producto | FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (3033412) | | | | | |
| Unidad de medida | 056 familias | | | | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Familias con gestantes, puérperas y adolescentes. | | | | | |
| Responsable del diseño del producto | Dirección de Promoción de la Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. | | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | <p>Para Salud: Establecimientos de salud del primer nivel de atención de categoría I-1 al I-4 y Establecimientos de salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada.</p> <p>Para municipios: Municipios distritales/provinciales de quintil de pobreza 1 y 2. Se podrá incluir Municipios de quintiles 3, 4 y 5 con bolsones de pobreza y/o con problemas de morbilidad y/o mortalidad materna, neonatal y/o embarazo en adolescentes.</p> | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN | x | GR | X | GL | X |
| Indicador de producción física de producto | <p>Para Salud: Número de Familias con gestantes y puérperas que recibieron consejería en el hogar sobre prácticas saludables en el cuidado de la salud sexual y reproductiva. Número de familias de adolescentes que recibieron sesiones educativas en salud sexual integral.</p> <p>Para Municipios: Municipios con casa materna en funcionamiento Municipios con CDJ en funcionamiento.</p> | | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | Proporción de familias de gestantes, puérperas y adolescentes con conocimiento en el cuidado de su salud sexual y reproductiva. | | | | | |
| Definición operacional | <p>Conjunto de actividades dirigidas a familias con gestantes, puérperas y adolescentes del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, quienes reciben educación para la salud a fin de promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, a través de consejerías, sesiones educativas y orientación. Estas acciones son realizadas por el personal de salud capacitado y participa el agente comunitario de salud capacitada, las autoridades municipales y los docentes de instituciones educativas quienes propician espacios y actividades educativas en salud sexual y reproductiva. Se realizará en la vivienda de las familias, local comunal u otro que la considere necesario. El personal de salud requiere una capacitación de 32 horas al año como mínimo. Para entregar el producto se tiene que realizar las siguientes actividades y subproductos: ACTIVIDAD: PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS (5005984). Subproducto 1: Consejería en el hogar durante la visita domiciliaria, a familias de la gestante y puérpera para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva (3341205). Subproducto 2: Agentes comunitarios de salud capacitados realizan orientación a familias de gestantes y puérperas en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva (3341202). Subproducto 3: Sesiones educativas a familias de adolescentes en salud sexual integral (3341203). ACTIVIDAD: CAPACITACIÓN ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5005985) Subproducto 4: Docentes capacitados realizan educación sexual integral desde la institución educativa (3341204). Subproducto 5: funcionarios municipales capacitados gestionan espacios educativos para promover la salud sexual y reproductiva (3341205).</p> | | | | | |

Nota. Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal, MINSA, 2019, p. 70-71.

Anexo 2. Estructura Programática del PP SMN

| | | |
|------------------------|---|------------------|
| MEF/DGPP | PROCESO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR PUBLICO | MAR39C1A |
| 27/04/2020 22:59:13 | COMBINACION DE CADENAS FUNCIONALES PROGRAMAS PRESUPUESTALES 2021 | PAGINA: 1 |
| | GOBIERNO NACIONAL Y GOBIERNOS REGIONALES | |

| CATEGORIA PRESUPUESTAL | PROGRAMA PRESUPUESTAL | PRODUCTO / PROYECTO | ACTIVIDAD / OBRA | FUNCION | DIVISION FUNCIONAL | GRUPO FUNCIONAL | FINALIDAD | UNIDAD MEDIDA |
|-------------------------|------------------------|--|--|----------|--------------------------------|---|--|-------------------------|
| PROGRAMA PRESUPUESTARIO | | | | | | | | |
| 0002 | SALUD MATERNO NEONATAL | 3000001 ACCIONES COMUNES | 5004389 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL | 20 SALUD | 043 SALUD COLECTIVA | 0093 REGULACION Y CONTROL SANITARIO | 0033287 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL | 080 NORMA |
| | | | 5004430 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL | 20 SALUD | 004 PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL | 0005 PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL | 0044277 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL | 060 INFORME |
| | | 3000002 POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR | 5000059 BRINDAR INFORMACION SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR | 20 SALUD | 043 SALUD COLECTIVA | 0095 CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD | 0053847 POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR | 259 PERSONA INFORMADA |
| | | 259 PERSONA INFORMADA | | | | | | |
| | | 3000005 ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCION DEL EMBARAZO | 5000058 BRINDAR SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCION DEL EMBARAZO A ADOLESCENTES | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0096 ATENCION MEDICA BASICA | 0053220 ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCION DEL EMBARAZO | 150 ADOLESCENTE |
| | | 150 ADOLESCENTE | | | | | | |
| | | 3000879 ADOLESCENTES CON ATENCIÓN PREVENTIVA DE ANEMIA Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES | 5006271 ADMINISTRAR SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO A ADOLESCENTES | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0096 ATENCION MEDICA BASICA | 0289982 ADMINISTRAR SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO A ADOLESCENTE | 086 PERSONA |
| | | 150 ADOLESCENTE | | | | | | |
| | | 3033172 ATENCION PRENATAL REENFOCADA | 5000037 BRINDAR ATENCION PRENATAL REENFOCADA | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0096 ATENCION MEDICA BASICA | 0033172 ATENCION PRENATAL REENFOCADA | 058 GESTANTE CONTROLADA |
| | | 058 GESTANTE CONTROLADA | | | | | | |
| | | 3033291 POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR | 5000042 MEJORAMIENTO DEL ACCESO DE LA POBLACION A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0096 ATENCION MEDICA BASICA | 0033291 POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR | 206 PAREJA PROTEGIDA |
| | | 206 PAREJA PROTEGIDA | | | | | | |

Nota. Tomado de Estructura Programática de Programas Presupuestales – MEF – Programa Salud Materno Neonatal.

| | | |
|------------------------|---|------------------|
| MEF/DGPP | PROCESO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR PUBLICO | MAR39C1A |
| 27/04/2020 22:59:13 | COMBINACION DE CADENAS FUNCIONALES PROGRAMAS PRESUPUESTALES 2021 | PAGINA: 2 |
| | GOBIERNO NACIONAL Y GOBIERNOS REGIONALES | |

| CATEGORIA PRESUPUESTAL | PROGRAMA PRESUPUESTAL | PRODUCTO / PROYECTO | ACTIVIDAD / OBRA | FUNCION | DIVISION FUNCIONAL | GRUPO FUNCIONAL | FINALIDAD | UNIDAD MEDIDA | | | | | | | |
|--------------------------------|------------------------|---------------------|---|---------|--|-----------------|-----------|---------------|------------------|------|-------------------------------|---------|---|-----|-------------------|
| PROGRAMA PRESUPUESTARIO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0002 | SALUD MATERNO NEONATAL | 3033292 | POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 087 PERSONA ATENDIDA | 5000043 | MEJORAMIENTO DEL ACCESO DE LA POBLACION A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 20 | SALUD | 044 | SALUD INDIVIDUAL | 0096 | ATENCION MEDICA BASICA | 0033292 | POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 087 | PERSONA ATENDIDA |
| | | 3033294 | ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES 016 CASO TRATADO | 5000044 | BRINDAR ATENCION A LA GESTANTE CON COMPLICACIONES | 20 | SALUD | 044 | SALUD INDIVIDUAL | 0097 | ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA | 0033294 | ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES | 016 | CASO TRATADO |
| | | 3033295 | ATENCION DEL PARTO NORMAL 208 PARTO NORMAL | 5000045 | BRINDAR ATENCION DE PARTO NORMAL | 20 | SALUD | 044 | SALUD INDIVIDUAL | 0096 | ATENCION MEDICA BASICA | 0033295 | ATENCION DEL PARTO NORMAL | 208 | PARTO NORMAL |
| | | 3033296 | ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO 209 PARTO COMPLICADO | 5000046 | BRINDAR ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO | 20 | SALUD | 044 | SALUD INDIVIDUAL | 0097 | ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA | 0033296 | ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO | 209 | PARTO COMPLICADO |
| | | 3033297 | ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO 210 CESAREA | 5000047 | BRINDAR ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO | 20 | SALUD | 044 | SALUD INDIVIDUAL | 0097 | ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA | 0033297 | ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO | 210 | CESAREA |
| | | 3033298 | ATENCION DEL PUERPERIO 628 PUERPERA ATENDIDA | 5000048 | ATENDER EL PUERPERIO | 20 | SALUD | 044 | SALUD INDIVIDUAL | 0096 | ATENCION MEDICA BASICA | 0033298 | ATENCION DEL PUERPERIO | 628 | PUERPERA ATENDIDA |

Nota. Tomado de Estructura Programática de Programas Presupuestales – MEF – Programa Salud Materno Neonatal.

MEF/DGPP

PROCESO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR PUBLICO
COMBINACION DE CADENAS FUNCIONALES PROGRAMAS PRESUPUESTALES 2021
GOBIERNO NACIONAL Y GOBIERNOS REGIONALES

MAR39C1A

27/04/2020

22:59:13

PAGINA: 3

| CATEGORIA PRESUPUESTAL | PROGRAMA PRESUPUESTAL | PRODUCTO / PROYECTO | ACTIVIDAD / OBRA | FUNCION | DIVISION FUNCIONAL | GRUPO FUNCIONAL | FINALIDAD | UNIDAD MEDIDA | | |
|-------------------------|------------------------|---------------------|--|---------|--|-----------------|----------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| PROGRAMA PRESUPUESTARIO | | | | | | | | | | |
| 0002 | SALUD MATERNO NEONATAL | 3033289 | ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES 016 CASO TRATADO | 5000049 | ATENDER EL PUERPERIO CON COMPLICACIONES | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0097 ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA | 0033299 ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES | 016 CASO TRATADO |
| | | 3033300 | ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS 016 CASO TRATADO | 5000050 | ATENDER COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0097 ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA | 0033300 ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS | 016 CASO TRATADO |
| | | 3033304 | ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL 214 GESTANTE Y/O NEONATO REFERIDO | 5000052 | MEJORAMIENTO DEL ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0096 ATENCION MEDICA BASICA | 0033304 ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL | 214 GESTANTE Y/O NEONATO REFERIDO |
| | | 3033305 | ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL 239 RECIEN NACIDO ATENDIDO | 5000053 | ATENDER AL RECIEN NACIDO NORMAL | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0096 ATENCION MEDICA BASICA | 0033305 ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL | 239 RECIEN NACIDO ATENDIDO |
| | | 3033306 | ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES 016 CASO TRATADO | 5000054 | ATENDER AL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0097 ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA | 0033306 ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES | 016 CASO TRATADO |
| | | 3033307 | ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN 016 CASO TRATADO | 5000055 | ATENDER AL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0097 ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA | 0033307 ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN | 016 CASO TRATADO |

Activar Windows
 Ve a Configuración par

Nota. Tomado de Estructura Programática de Programas Presupuestales – MEF – Programa Salud Materno Neonatal.

MEF/DGPP

PROCESO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR PUBLICO
COMBINACION DE CADENAS FUNCIONALES PROGRAMAS PRESUPUESTALES 2021
GOBIERNO NACIONAL Y GOBIERNOS REGIONALES

MAR39C1A

27/04/2020

22:59:13

PAGINA: 4

| CATEGORIA PRESUPUESTAL | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|--|----------|---------------------|---|--|------------------------|--|
| PROGRAMA PRESUPUESTAL | PRODUCTO / PROYECTO | ACTIVIDAD / OBRA | FUNCION | DIVISION FUNCIONAL | GRUPO FUNCIONAL | FINALIDAD | UNIDAD MEDIDA | |
| PROGRAMA PRESUPUESTARIO | | | | | | | | |
| 0002 SALUD MATERNO NEONATAL | 3033412 FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 5005984 PROMOCIÓN DE PRACTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS | 20 SALUD | 043 SALUD COLECTIVA | 0095 CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD | 0215060 PROMOCION DE PRACTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS | 056 FAMILIA | |
| | 056 FAMILIA | 5005985 CAPACITACION A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFASIS EN MATERNIDAD SALUDABLE | 20 SALUD | 043 SALUD COLECTIVA | 0095 CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD | 0215061 CAPACITACION A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFASIS EN MATERNIDAD SALUDABLE | 088 PERSONA CAPACITADA | |

RESULTADO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

| PROGRAMA PRESUPUESTAL | | PRODUCTO | |
|---|--|---|--|
| RESULTADO | | | |
| 0002 SALUD MATERNO NEONATAL | | | |
| 1 DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO | | 3000879 ADOLESCENTES CON ATENCIÓN PREVENTIVA DE ANEMIA Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES | |
| | | 3033172 ATENCION PRENATAL REENFOCADA | |
| | | 3033291 POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR | |
| | | 3033294 ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES | |
| | | 3033295 ATENCION DEL PARTO NORMAL | |
| | | 3033305 ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL | |
| | | 3033306 ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES | |
| 2 REDUCCION DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER | | 3033172 ATENCION PRENATAL REENFOCADA | |

Nota. Tomado de Estructura Programática de Programas Presupuestales – MEF – Programa Salud Materno Neonatal.

Anexo 3: Datos trimestrales recolectados de ejecución presupuestal, indicadores de impacto (MM y MN) e indicadores de proceso; 2015-2019, Microred Baños del Inca

Tabla 133:

Datos Trimestrales Ejecución presupuestal, Microred Baños del Inca, 2015-2019

| AÑO | TRIM | S/ | AÑO | TRIM | S/ | |
|--------|----------|-----------|------|--------|----------|----------|
| 2015 | TRIM 1 | 283.99 | 2017 | TRIM 3 | 28349.58 | |
| | TRIM 2 | 9196.40 | | | | 31973.23 |
| | TRIM 3 | 48478.42 | | | | 0.00 |
| | TRIM 4 | 86797.89 | 2018 | TRIM 1 | 44549.40 | |
| TRIM 1 | 9081.84 | | | | 36080.95 | |
| TRIM 2 | 48733.41 | | | | 40443.10 | |
| 2016 | TRIM 3 | 111470.32 | 2019 | TRIM 1 | 3205.00 | |
| | TRIM 4 | 46128.26 | | | | 10952.80 |
| | TRIM 1 | 7223.50 | | | | 54871.50 |
| TRIM 2 | 47569.36 | | | | 68603.46 | |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Oficina de Administración de la DIRESA.

Tabla 134:

MM y RMM Trimestral, Microred Baños del Inca, 2015-2019

| AÑO | TRIM | MM | RMM | AÑO | TRIM | MM | RMM |
|--------|--------|-------|-------|------|--------|--------|-----|
| 2015 | TRIM 1 | 0 | 0 | 2017 | TRIM 3 | 0 | 0 |
| | TRIM 2 | 1 | 401.6 | | | TRIM 4 | 0 |
| | TRIM 3 | 0 | 0 | 2018 | TRIM 1 | 0 | 0 |
| | TRIM 4 | 0 | 0 | | | TRIM 2 | 0 |
| TRIM 1 | 1 | 285.7 | | | TRIM 3 | 0 | 0 |
| 2016 | TRIM 2 | 0 | 0 | | TRIM 4 | 0 | 0 |
| | TRIM 3 | 0 | 0 | 2019 | TRIM 1 | 0 | 0 |
| | TRIM 4 | 0 | 0 | | | TRIM 2 | 0 |
| TRIM 1 | 0 | 0 | | | TRIM 3 | 0 | 0 |
| TRIM 2 | 1 | 292.4 | | | TRIM 4 | 0 | 0 |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Oficina Informática, Telecomunicaciones y Estadística y Vigilancia Epidemiológica de MM – ORE de la DIRESA.

Tabla 135:*Datos Trimestrales MN y TMN, Microred Baños del Inca, 2015-2019*

| AÑO | TRIM | MN | TMN | AÑO | TRIM | MN | TMN |
|------|--------|----|------|--------|--------|------|------|
| 2015 | TRIM 1 | 1 | 4.1 | 2017 | TRIM 3 | 1 | 2.8 |
| | TRIM 2 | 4 | 16.1 | | TRIM 4 | 0 | 0 |
| | TRIM 3 | 3 | 13.6 | 2018 | TRIM 1 | 3 | 9.4 |
| | TRIM 4 | 1 | 4.9 | | TRIM 2 | 3 | 8.7 |
| 2016 | TRIM 1 | 0 | 0 | | TRIM 3 | 5 | 15.1 |
| | TRIM 2 | 2 | 6.6 | TRIM 4 | 3 | 10.6 | |
| | TRIM 3 | 1 | 3 | 2019 | TRIM 1 | 1 | 3 |
| | TRIM 4 | 1 | 3.3 | | TRIM 2 | 2 | 6 |
| 2017 | TRIM 1 | 2 | 6.8 | | TRIM 3 | 0 | 0 |
| | TRIM 2 | 1 | 2.9 | | TRIM 4 | 1 | 2.9 |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Oficina Informática, Telecomunicaciones y Estadística y Vigilancia Epidemiológica de MM – ORE de la DIRESA

Tabla 136:*Datos Trimestrales Indicadores de Procesos, Microred Baños del Inca, 2015-2019*

| AÑO | Trimestre | Indicadores de Procesos | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----------|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | IG01 | IG02 | IG03 | IG05 | IG06 | IG08 | IG10 | IG12 | IG14 | IG15 | IG21 | IG24 | IG25 | IG26 |
| 2015 | TRIM 1 | 351 | 83 | 162 | 39 | 218 | 120 | 93 | 184 | 189 | 242 | 164 | 13 | 1 | 142 |
| | TRIM 2 | 329 | 72 | 139 | 34 | 215 | 220 | 121 | 194 | 167 | 310 | 177 | 14 | 6 | 193 |
| | TRIM 3 | 303 | 104 | 148 | 38 | 276 | 157 | 156 | 247 | 208 | 305 | 163 | 17 | 9 | 215 |
| | TRIM 4 | 307 | 78 | 136 | 33 | 225 | 144 | 117 | 181 | 166 | 243 | 150 | 20 | 3 | 173 |
| 2016 | TRIM 1 | 335 | 93 | 163 | 33 | 231 | 136 | 132 | 185 | 174 | 74 | 157 | 16 | 6 | 213 |
| | TRIM 2 | 314 | 82 | 145 | 29 | 253 | 120 | 198 | 196 | 204 | 91 | 155 | 18 | 8 | 192 |
| | TRIM 3 | 325 | 81 | 142 | 24 | 217 | 95 | 109 | 171 | 208 | 72 | 132 | 12 | 4 | 184 |
| | TRIM 4 | 299 | 78 | 131 | 33 | 233 | 72 | 110 | 202 | 202 | 65 | 131 | 7 | 4 | 208 |
| 2017 | TRIM 1 | 299 | 80 | 145 | 30 | 216 | 62 | 86 | 180 | 172 | 86 | 130 | 8 | 4 | 206 |
| | TRIM 2 | 296 | 74 | 128 | 41 | 182 | 66 | 85 | 128 | 141 | 57 | 114 | 9 | 1 | 189 |
| | TRIM 3 | 293 | 114 | 129 | 26 | 243 | 123 | 120 | 198 | 240 | 59 | 149 | 15 | 7 | 212 |
| | TRIM 4 | 239 | 96 | 123 | 23 | 209 | 101 | 84 | 188 | 166 | 144 | 154 | 11 | 5 | 204 |
| 2018 | TRIM 1 | 302 | 204 | 124 | 33 | 232 | 99 | 103 | 219 | 273 | 269 | 131 | 5 | 1 | 202 |
| | TRIM 2 | 316 | 178 | 131 | 35 | 239 | 101 | 155 | 230 | 228 | 247 | 147 | 15 | 4 | 168 |
| | TRIM 3 | 308 | 83 | 141 | 29 | 224 | 102 | 191 | 157 | 273 | 312 | 148 | 11 | 0 | 171 |
| | TRIM 4 | 283 | 191 | 156 | 25 | 245 | 112 | 253 | 240 | 314 | 372 | 191 | 14 | 6 | 218 |
| 2019 | TRIM 1 | 300 | 100 | 148 | 26 | 261 | 100 | 213 | 214 | 247 | 446 | 145 | 11 | 6 | 220 |
| | TRIM 2 | 354 | 117 | 160 | 48 | 194 | 83 | 197 | 156 | 195 | 255 | 154 | 12 | 7 | 217 |
| | TRIM 3 | 313 | 116 | 135 | 19 | 250 | 101 | 207 | 213 | 239 | 276 | 140 | 19 | 3 | 195 |
| | TRIM 4 | 268 | 108 | 121 | 14 | 223 | 98 | 164 | 190 | 203 | 277 | 137 | 8 | 4 | 242 |

Nota. Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Oficina Informática, Telecomunicaciones y Estadística y Vigilancia Epidemiológica de MM – ORE de la DIRESA

Anexo 4: Corrección de estacionalización de las variables.

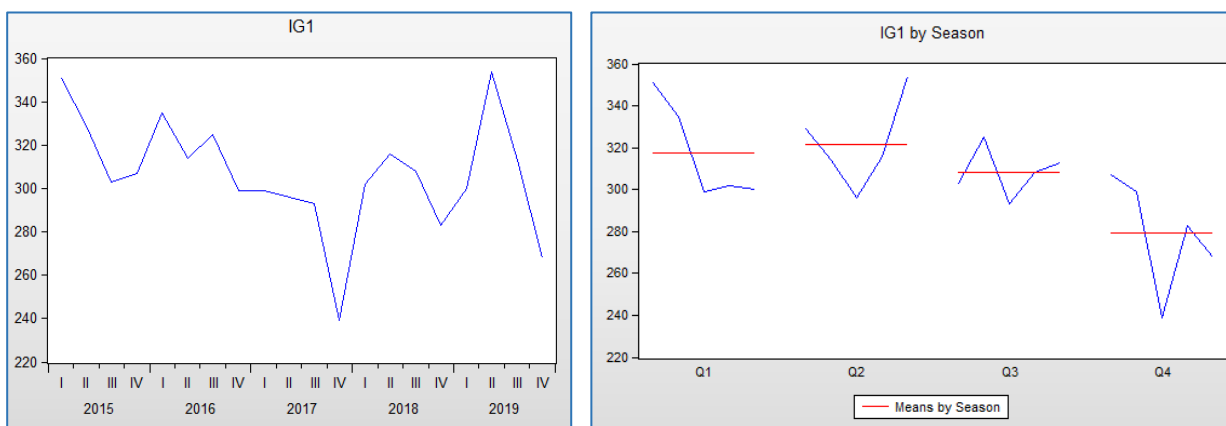
Dado que los datos son trimestrales, presentan estacionalidad por lo que requiere ser ajustado; para ello a continuación muestro el procedimiento a detalle.

Para IG1:

1º: View → Grafica → Lineal / Gráfica Estacional

Figura 36:

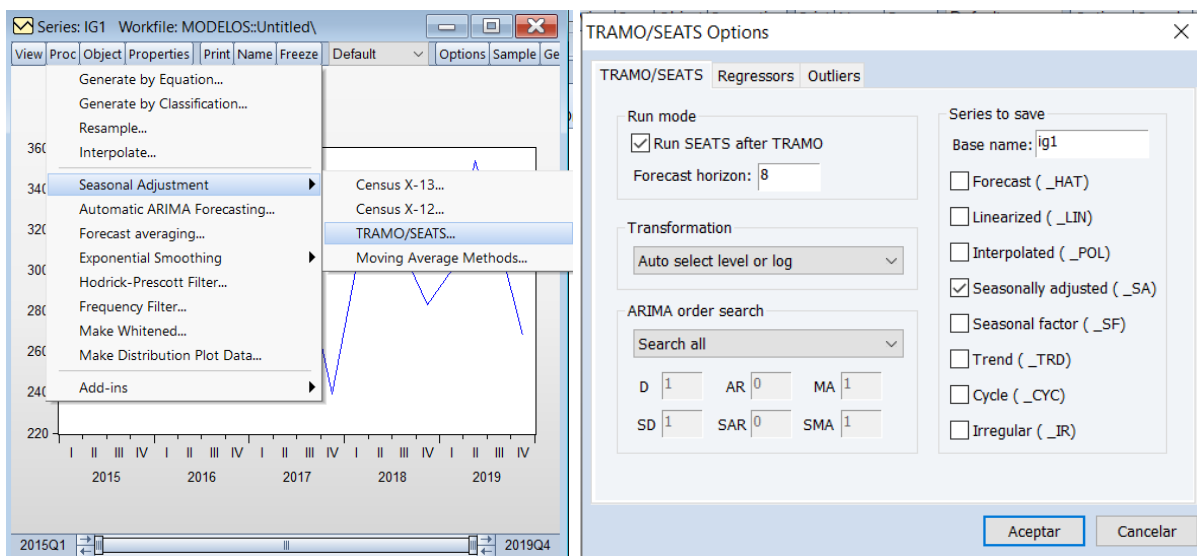
Paso 1 – Gráfico lineal y estacional de IG1



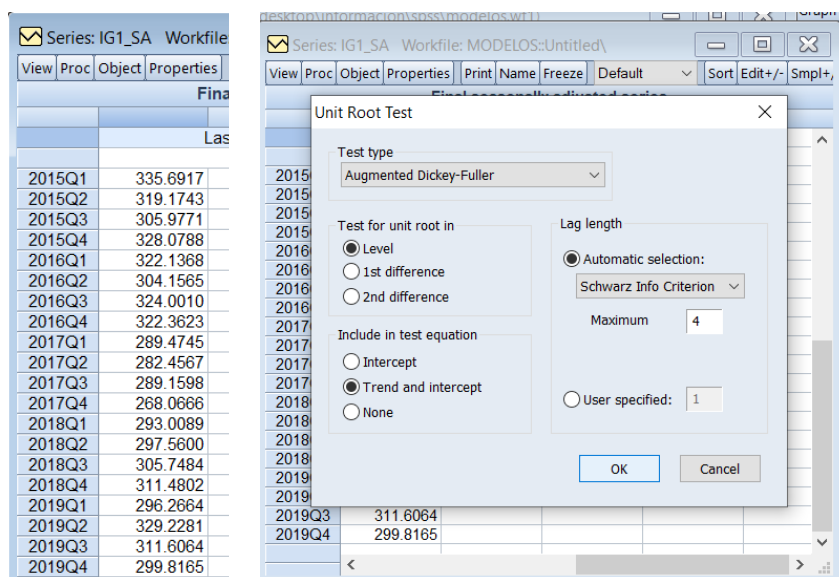
2º: Realizamos la desestacionalización; para ello vamos a Ajuste de Estacionalidad

Figura 37:

Paso 2 – Desestacionalización



Al realizar la desestacionalización, nos aparecerá la nueva serie de datos, en la cual debemos verificar su test de raíces unitarias.

Figura 38:*Test de Raíces Unitarias para IG1*

Obtenemos los resultados:

Tabla 137:*Prueba de Raíces Unitarias IG1_SA*

Hipótesis Nula: IG1_SA tiene raíz unitaria

Exógeno: constante, tendencia lineal

Longitud de retraso: 0 (Automático - basado en SIC, retardo máx=4)

| | t-Estadístico | Prob. |
|--|---------------|---------|
| Estadística de la prueba Dickey-Fuller aumentada | -2.7234 | 0.2389 |
| Valores críticos de la prueba: | Nivel 1% | -4.5326 |
| | Nivel 5% | -3.6736 |
| | Nivel 10% | -3.2774 |

H_0 : La variable IG1 presenta estacionalidad.

H_1 : La variable IG1 NO presenta estacionalidad.

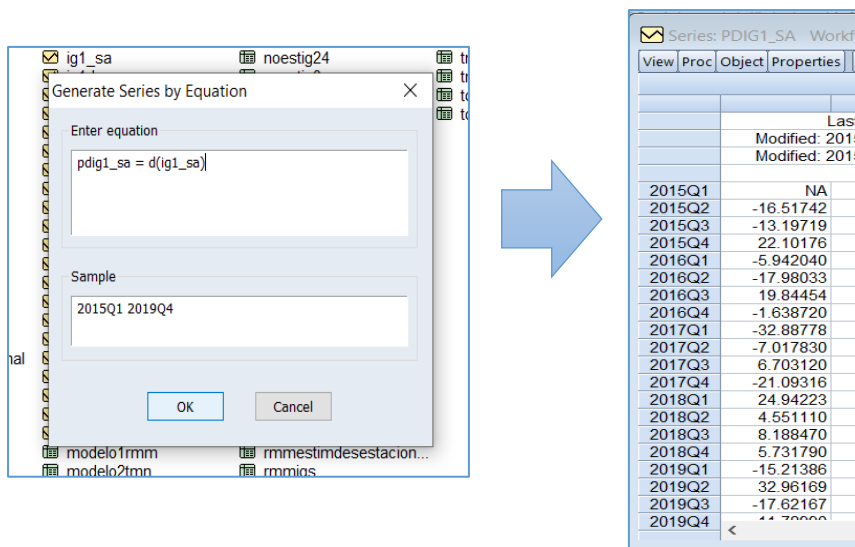
El test nos menciona que si el t-estadístico (calculado) de Dickey- Fuller aumentado es mayor que el t-estadístico (tabulado) de valor crítico de la prueba a nivel 5%, entonces la serie es estacional; en este caso tenemos que T-calculado (2.7234) < T-tabulado (3.6736, por lo que no es estacionaria.

3° Una vez que realizamos la prueba de raíces unitarias, si es que el resultado es que la serie no es estacional; volvemos a estacionar con primera diferencia, para ello desde workfile

generamos la primera diferencia para la variable IG1_sa; en este punto se puede renombrar a la serie; en mi caso elegí nombrar a la nueva serie “PDIG1_SA”; pero posteriormente lo renombrare a IG1.:

Figura 39:

Test de Raíces Unitarias para IG1



Volvemos a realizar la prueba de raíces unitarias y obtenemos:

Tabla 138:

Prueba de Raíces Unitarias PDIG1_SA

Hipótesis Nula: PDIG1_SA tiene raíz unitaria

Exógeno: constante, tendencia lineal

Longitud de retraso: 1 (Automático - basado en SIC, retardo máx=3)

| | t-Estadístico | Prob. |
|--|---------------|---------|
| Estadística de la prueba Dickey-Fuller aumentada | -4.6178 | 0.0099 |
| Valores críticos de la prueba: | 1% level | -4.6162 |
| | 5% level | -3.7104 |
| | 10% level | -3.2978 |

H_0 : La variable IG1 presenta estacionalidad.

H_1 : La variable IG1 NO presenta estacionalidad.

T-calculado (4.6178) > T-tabulado (3.7104); por lo que esta nueva serie es estacionaria.

Con esta nueva serie recién podremos trabajar la estimación para el modelo.

En caso de que saliera serie estacional en el paso 2, entonces ya no es necesario realizar el paso 3. Realizamos lo mismo con todas las demás variables.

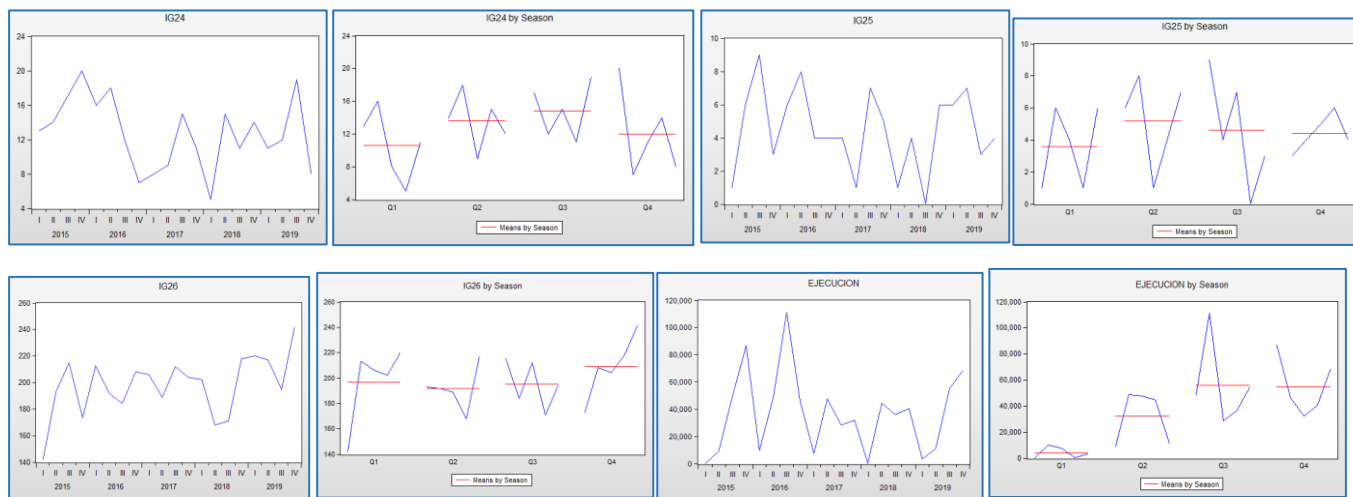
Figura 40:

Gráficos lineales y estacionales de las variables



Figura 38

Gráficos lineales y estacionales de las variables



Realizamos la primera desestacionalización de todas las variables, por lo que obtenemos las nuevas series:

Tabla 139:

Datos de las series desestacionalizadas

| AÑO | TRIM | RMM_SA | TMN_SA | IG01_SA | IG02_SA | IG03_SA | IG05_SA | IG06_SA | IG08_SA | IG10_SA |
|------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 2015 | TRIM 1 | 0.129 | 1.443 | 335.692 | 76.956 | 143.694 | 37.276 | 215.846 | 117.344 | 104.157 |
| | TRIM 2 | 0.656 | 3.363 | 319.174 | 73.310 | 145.970 | 34.692 | 235.086 | 213.239 | 111.940 |
| | TRIM 3 | 0.114 | 2.718 | 305.977 | 108.566 | 147.210 | 38.578 | 261.198 | 163.549 | 142.652 |
| | TRIM 4 | 0.099 | 1.476 | 328.079 | 79.480 | 149.001 | 33.453 | 221.874 | 149.137 | 125.363 |
| 2016 | TRIM 1 | 1.117 | 0.437 | 322.137 | 86.227 | 148.717 | 31.415 | 228.838 | 134.828 | 147.462 |
| | TRIM 2 | -0.315 | 1.371 | 304.156 | 83.488 | 149.001 | 27.197 | 273.085 | 114.362 | 183.516 |
| | TRIM 3 | 0.104 | 0.722 | 324.001 | 84.564 | 142.706 | 26.623 | 202.208 | 95.200 | 99.974 |
| | TRIM 4 | 0.093 | 1.474 | 322.362 | 79.477 | 139.451 | 33.764 | 229.872 | 75.498 | 117.134 |
| 2017 | TRIM 1 | 0.113 | 2.425 | 289.474 | 74.173 | 138.158 | 29.337 | 213.830 | 63.928 | 95.866 |
| | TRIM 2 | 0.698 | 0.380 | 282.457 | 75.339 | 130.080 | 33.607 | 202.088 | 64.113 | 79.781 |
| | TRIM 3 | 0.098 | 0.723 | 289.160 | 119.031 | 128.835 | 29.696 | 228.212 | 119.361 | 109.711 |
| | TRIM 4 | 0.083 | 0.472 | 268.067 | 97.814 | 125.706 | 27.359 | 205.876 | 102.697 | 88.776 |
| 2018 | TRIM 1 | 0.102 | 3.422 | 293.009 | 189.136 | 125.723 | 31.831 | 229.822 | 102.485 | 114.467 |
| | TRIM 2 | -0.261 | 2.385 | 297.560 | 181.204 | 131.524 | 25.887 | 259.087 | 103.906 | 147.218 |
| | TRIM 3 | 0.083 | 4.723 | 305.748 | 86.676 | 142.359 | 32.061 | 209.220 | 98.470 | 174.880 |
| | TRIM 4 | 0.069 | 3.465 | 311.480 | 194.590 | 153.966 | 32.221 | 241.873 | 108.610 | 265.171 |
| 2019 | TRIM 1 | 0.096 | 1.425 | 296.266 | 92.720 | 155.983 | 27.817 | 258.815 | 101.723 | 235.499 |
| | TRIM 2 | -0.238 | 1.386 | 329.228 | 119.102 | 152.578 | 32.097 | 214.095 | 90.055 | 188.271 |
| | TRIM 3 | 0.076 | -0.270 | 311.606 | 121.138 | 137.917 | 24.729 | 235.217 | 97.172 | 189.936 |
| | TRIM 4 | 0.062 | 1.460 | 299.816 | 110.032 | 118.275 | 22.357 | 219.872 | 93.497 | 171.956 |

Viene de la tabla 127

| AÑO | TRIM | IG12_SA | IG14_SA | IG15_SA | IG21_SA | IG24_SA | IG25_SA | IG26_SA | Ejecución_SA |
|------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| 2015 | TRIM 1 | 181.027 | 186.212 | 331.533 | 169.985 | 15.473 | 2.892 | 153.989 | 27668.730 |
| | TRIM 2 | 206.762 | 186.510 | 299.442 | 177.350 | 13.259 | 5.056 | 191.722 | 30635.401 |
| | TRIM 3 | 243.508 | 186.170 | 255.927 | 163.688 | 14.844 | 7.313 | 204.948 | 40918.365 |
| | TRIM 4 | 174.704 | 170.716 | 210.009 | 144.109 | 20.425 | 4.040 | 176.096 | 47351.095 |
| 2016 | TRIM 1 | 182.020 | 171.434 | 129.746 | 162.731 | 18.473 | 7.123 | 213.848 | 42741.280 |
| | TRIM 2 | 208.764 | 227.837 | 101.382 | 155.429 | 17.258 | 7.211 | 195.834 | 44226.612 |
| | TRIM 3 | 167.522 | 186.170 | 69.435 | 132.531 | 9.844 | 3.196 | 182.886 | 111327.250 |
| | TRIM 4 | 195.694 | 207.734 | 47.742 | 125.671 | 7.426 | 4.349 | 204.556 | 32254.111 |
| 2017 | TRIM 1 | 177.009 | 169.458 | 67.268 | 134.852 | 10.474 | 4.771 | 202.377 | 33089.685 |
| | TRIM 2 | 140.773 | 157.485 | 70.818 | 114.476 | 8.258 | 0.880 | 197.526 | 30824.285 |
| | TRIM 3 | 194.534 | 214.812 | 91.310 | 149.549 | 12.842 | 6.572 | 214.728 | 27239.871 |
| | TRIM 4 | 181.690 | 170.711 | 149.181 | 147.433 | 11.426 | 4.609 | 195.329 | 25762.149 |
| 2018 | TRIM 1 | 215.998 | 268.952 | 213.054 | 136.061 | 7.475 | 1.729 | 195.361 | 27087.706 |
| | TRIM 2 | 242.772 | 254.664 | 282.744 | 147.630 | 14.257 | 3.409 | 178.134 | 31316.438 |
| | TRIM 3 | 153.547 | 244.358 | 332.375 | 148.649 | 8.841 | 0.927 | 182.451 | 27175.511 |
| | TRIM 4 | 233.683 | 322.895 | 357.347 | 182.629 | 14.427 | 5.407 | 204.058 | 26305.351 |
| 2019 | TRIM 1 | 210.993 | 243.336 | 362.580 | 150.683 | 13.475 | 6.199 | 212.460 | 25356.173 |
| | TRIM 2 | 168.780 | 217.809 | 324.632 | 154.595 | 11.258 | 5.956 | 223.900 | 26231.589 |
| | TRIM 3 | 209.543 | 213.928 | 307.064 | 140.652 | 16.840 | 4.303 | 211.187 | 39275.521 |
| | TRIM 4 | 183.685 | 208.751 | 271.842 | 131.032 | 8.428 | 3.709 | 225.244 | 50962.142 |

Una vez obtenidos las nuevas series, realizamos prueba de raíces unitarias para verificar la nueva estacionalidad:

H_0 : La variable _____ presenta estacionalidad.

H_1 : La variable _____ NO presenta estacionalidad.

Tabla 140:

Prueba de Raíces Unitarias

| Variable | t-Statistic (calculado) | | Ttabulado | Resultado | Variable | t-Statistic (calculado) | | Ttabulado | Resultado |
|------------|-------------------------|---|-----------|---------------|----------|-------------------------|---|-----------|---------------|
| RMM_SA | 4.1535 | > | 3.7332 | Estacional | IG10- | 1.9797 | < | 3.6736 | No Estacional |
| TMN_SA | 2.7893 | < | 3.6736 | No Estacional | IG12- | 4.9585 | > | 3.6736 | Estacional |
| EJECUCION- | 3.5578 | < | 3.6736 | No Estacional | IG14- | 3.1155 | < | 3.7332 | No Estacional |
| IG1- | 2.7234 | < | 3.6736 | No Estacional | IG15- | 4.1691 | > | 3.7332 | Estacional |
| IG2- | 4.2249 | > | 3.6736 | Estacional | IG21- | 2.6442 | < | 3.6736 | No Estacional |
| IG3- | 4.0984 | > | 3.7332 | Estacional | IG24- | 1.7147 | < | 3.7587 | No Estacional |
| IG5- | 4.8614 | > | 3.7332 | Estacional | IG25- | 4.2589 | > | 3.6736 | Estacional |
| IG6- | 5.1899 | > | 3.6736 | Estacional | IG26- | 4.2789 | > | 3.6736 | Estacional |
| IG8- | 2.5223 | < | 3.6736 | No Estacional | | | | | |

Como se observa, las variables TMN, Ejecución, IG1, IG8, IG10, IG14, IG21 e IG21 son series no estacionales por lo que debemos volver a estacionarlas sacando la primeras diferencias, de las cuales tenemos las nuevas series:

Tabla 141:*Datos de estacionalización de las nuevas series*

| AÑO | TRIM | PDTMN | PDEJECUCION | PDIG1 | PDIG8 | PDIG10 | PDIG14 | PDIG21 | PDIG24 |
|------|--------|--------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| 2015 | TRIM 1 | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| | TRIM 2 | 1.920 | -18698.285 | -16.517 | 95.895 | 7.782 | 0.298 | 7.365 | -2.214 |
| | TRIM 3 | -0.645 | 15327.545 | -13.197 | -49.690 | 30.712 | -0.341 | -13.662 | 1.586 |
| | TRIM 4 | -1.242 | 39669.784 | 22.102 | -14.412 | -17.289 | -15.454 | -19.579 | 5.581 |
| 2016 | TRIM 1 | -1.039 | -26747.461 | -5.942 | -14.309 | 22.099 | 0.718 | 18.622 | -1.952 |
| | TRIM 2 | 0.934 | 11068.674 | -17.980 | -20.466 | 36.054 | 56.403 | -7.302 | -1.215 |
| | TRIM 3 | -0.649 | 38979.999 | 19.845 | -19.162 | -83.542 | -41.666 | -22.898 | -7.414 |
| | TRIM 4 | 0.752 | -63668.544 | -1.639 | -19.702 | 17.160 | 21.563 | -6.860 | -2.418 |
| 2017 | TRIM 1 | 0.952 | 10931.893 | -32.888 | -11.570 | -21.267 | -38.276 | 9.181 | 3.048 |
| | TRIM 2 | -2.046 | 12300.249 | -7.018 | 0.185 | -16.086 | -11.973 | -20.376 | -2.216 |
| | TRIM 3 | 0.343 | -42374.844 | 6.703 | 55.248 | 29.930 | 57.327 | 35.073 | 4.584 |
| | TRIM 4 | -0.251 | 5045.185 | -21.093 | -16.664 | -20.935 | -44.101 | -2.116 | -1.416 |
| 2018 | TRIM 1 | 2.950 | 17656.497 | 24.942 | -0.212 | 25.692 | 98.241 | -11.371 | -3.952 |
| | TRIM 2 | -1.037 | 16595.554 | 4.551 | 1.421 | 32.750 | -14.288 | 11.569 | 6.783 |
| | TRIM 3 | 2.338 | -31414.150 | 8.188 | -5.436 | 27.663 | -10.306 | 1.018 | -5.416 |
| | TRIM 4 | -1.258 | 5528.260 | 5.732 | 10.140 | 90.291 | 78.537 | 33.980 | 5.586 |
| 2019 | TRIM 1 | -2.040 | 12418.821 | -15.214 | -6.887 | -29.672 | -79.560 | -31.946 | -0.952 |
| | TRIM 2 | -0.039 | -19943.554 | 32.962 | -11.668 | -47.229 | -25.527 | 3.912 | -2.217 |
| | TRIM 3 | -1.656 | 20798.056 | -17.622 | 7.117 | 1.665 | -3.881 | -13.943 | 5.582 |
| | TRIM 4 | 1.730 | 14735.891 | -11.790 | -3.676 | -17.980 | -5.177 | -9.620 | -8.412 |

Nuevamente realizamos prueba de raíces unitarias para verificar la nueva estacionalidad:

H_0 : La variable _____ presenta estacionalidad.

H_1 : La variable _____ NO presenta estacionalidad.

Tabla 142:*Prueba de Raíces Unitarias*

| Variable | t-Statistic (calculado) | Ttabulado | Resultado |
|-------------|-------------------------|-----------|------------|
| PDTMN | 5.4836 | > 3.6908 | Estacional |
| PDEJECUCION | 6.1618 | > 3.7105 | Estacional |
| PDIG1 | 4.6178 | > 3.7105 | Estacional |
| PDIG8 | 8.7256 | > 3.6908 | Estacional |
| PDIG10 | 4.3838 | > 3.6908 | Estacional |
| PDIG14 | 6.6379 | > 3.6908 | Estacional |
| PDIG21 | 5.9219 | > 3.6908 | Estacional |
| PDIG24 | 7.4723 | > 3.7597 | Estacional |

Habiendo comprobado que todas las nuevas series son estacionarias, entonces podemos estimar el modelo con estos nuevos datos, los cuales finalmente son los que se muestran en la tabla 143:

Tabla 143:

Datos finales para estimación de los modelos

| AÑO | TRIM | RMM- | TMN- | IG1- | IG2- | IG3- | IG5- | IG6- | IG8- | IG10- |
|------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|------------|---------|
| 2015 | TRIM 1 | 0.129 | NA | NA | 76.956 | 143.694 | 37.276 | 215.846 | NA | NA |
| | TRIM 2 | 0.656 | 1.920 | -16.517 | 73.310 | 145.970 | 34.692 | 235.086 | 95.895 | 7.782 |
| | TRIM 3 | 0.114 | -0.645 | -13.197 | 108.566 | 147.211 | 38.578 | 261.198 | -49.690 | 30.712 |
| | TRIM 4 | 0.099 | -1.242 | 22.102 | 79.480 | 149.001 | 33.453 | 221.874 | -14.412 | -17.289 |
| 2016 | TRIM 1 | 1.117 | -1.039 | -5.942 | 86.227 | 148.717 | 31.415 | 228.838 | -14.309 | 22.099 |
| | TRIM 2 | -0.315 | 0.934 | -17.980 | 83.488 | 149.001 | 27.197 | 273.085 | -20.466 | 36.054 |
| | TRIM 3 | 0.104 | -0.649 | 19.845 | 84.564 | 142.706 | 26.623 | 202.208 | -19.162 | -83.542 |
| | TRIM 4 | 0.093 | 0.752 | -1.639 | 79.477 | 139.451 | 33.764 | 229.872 | -19.702 | 17.160 |
| 2017 | TRIM 1 | 0.113 | 0.952 | -32.888 | 74.173 | 138.159 | 29.337 | 213.830 | -11.570 | -21.267 |
| | TRIM 2 | 0.698 | -2.046 | -7.018 | 75.339 | 130.080 | 33.607 | 202.088 | 0.185 | -16.086 |
| | TRIM 3 | 0.098 | 0.343 | 6.703 | 119.031 | 128.835 | 29.696 | 228.212 | 55.248 | 29.930 |
| | TRIM 4 | 0.083 | -0.251 | -21.093 | 97.814 | 125.706 | 27.359 | 205.876 | -16.664 | -20.935 |
| 2018 | TRIM 1 | 0.102 | 2.950 | 24.942 | 189.136 | 125.723 | 31.831 | 229.822 | -0.212 | 25.692 |
| | TRIM 2 | -0.261 | -1.037 | 4.551 | 181.204 | 131.524 | 25.887 | 259.087 | 1.421 | 32.750 |
| | TRIM 3 | 0.083 | 2.338 | 8.188 | 86.676 | 142.359 | 32.061 | 209.220 | -5.436 | 27.663 |
| | TRIM 4 | 0.069 | -1.258 | 5.732 | 194.590 | 153.966 | 32.221 | 241.873 | 10.140 | 90.291 |
| 2019 | TRIM 1 | 0.096 | -2.040 | -15.214 | 92.720 | 155.983 | 27.817 | 258.815 | -6.887 | -29.672 |
| | TRIM 2 | -0.238 | -0.039 | 32.962 | 119.102 | 152.578 | 32.097 | 214.095 | -11.668 | -47.229 |
| | TRIM 3 | 0.076 | -1.656 | -17.622 | 121.138 | 137.917 | 24.729 | 235.217 | 7.117 | 1.665 |
| | TRIM 4 | 0.062 | 1.730 | -11.790 | 110.032 | 118.276 | 22.357 | 219.872 | -3.676 | -17.980 |
| AÑO | TRIM | IG12- | IG14- | IG15- | IG21- | IG24- | IG25- | IG26- | Ejecución- | |
| 2015 | TRIM 1 | 181.027 | NA | 331.533 | NA | NA | 2.892 | 153.989 | NA | |
| | TRIM 2 | 206.762 | 0.298 | 299.442 | 7.365 | -2.214 | 5.056 | 191.722 | -18698.285 | |
| | TRIM 3 | 243.508 | -0.341 | 255.927 | -13.662 | 1.586 | 7.313 | 204.948 | 15327.545 | |
| | TRIM 4 | 174.704 | -15.454 | 210.009 | -19.579 | 5.581 | 4.040 | 176.096 | 39669.784 | |
| 2016 | TRIM 1 | 182.020 | 0.718 | 129.746 | 18.622 | -1.952 | 7.123 | 213.848 | -26747.461 | |
| | TRIM 2 | 208.765 | 56.403 | 101.382 | -7.302 | -1.215 | 7.211 | 195.834 | 11068.674 | |
| | TRIM 3 | 167.522 | -41.666 | 69.435 | -22.898 | -7.414 | 3.196 | 182.886 | 38979.999 | |
| | TRIM 4 | 195.694 | 21.563 | 47.742 | -6.860 | -2.418 | 4.349 | 204.556 | -63668.544 | |
| 2017 | TRIM 1 | 177.009 | -38.276 | 67.268 | 9.181 | 3.048 | 4.771 | 202.377 | 10931.893 | |
| | TRIM 2 | 140.773 | -11.973 | 70.818 | -20.376 | -2.216 | 0.880 | 197.526 | 12300.249 | |
| | TRIM 3 | 194.534 | 57.327 | 91.310 | 35.073 | 4.584 | 6.572 | 214.728 | -42374.844 | |
| | TRIM 4 | 181.690 | -44.101 | 149.181 | -2.116 | -1.416 | 4.609 | 195.329 | 5045.185 | |
| 2018 | TRIM 1 | 215.998 | 98.241 | 213.054 | -11.371 | -3.952 | 1.729 | 195.361 | 17656.497 | |
| | TRIM 2 | 242.772 | -14.288 | 282.744 | 11.569 | 6.783 | 3.409 | 178.134 | 16595.554 | |
| | TRIM 3 | 153.547 | -10.306 | 332.375 | 1.018 | -5.416 | 0.927 | 182.451 | -31414.150 | |
| | TRIM 4 | 233.683 | 78.537 | 357.347 | 33.980 | 5.586 | 5.407 | 204.058 | 5528.260 | |

| | | | | | | | | | |
|------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|-------|---------|------------|
| | TRIM 1 | 210.993 | -79.560 | 362.580 | -31.946 | -0.952 | 6.199 | 212.460 | 12418.821 |
| | TRIM 2 | 168.780 | -25.527 | 324.632 | 3.912 | -2.217 | 5.956 | 223.900 | -19943.554 |
| 2019 | TRIM 3 | 209.543 | -3.881 | 307.064 | -13.943 | 5.582 | 4.303 | 211.187 | 20798.056 |
| | TRIM 4 | 183.685 | -5.177 | 271.842 | -9.620 | -8.412 | 3.709 | 225.244 | 14735.891 |