

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
ECONÓMICAS, CONTABLES Y ADMINISTRATIVAS**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

**CONTRIBUCIÓN DEL CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO
AL PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL
EN LA GESTIÓN DEL GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA,
2014 - 2018**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA PÚBLICA

Presentada por:

IRIS JOHANA LLATAS DEL CAMPO

Asesor:

Dr. AURELIO BALTAZAR VÁSQUEZ CRUZADO

Cajamarca, Perú


2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
Iris Johana Llatas del Campo
DNI: 46360773
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Económicas,
Contables y Administrativas, Programa de Maestría en Ciencias. Mención:
Administración y Gerencia Pública.
2. Asesor: Dr. Aurelio Baltazar Vásquez Cruzado
3. Grado académico o título profesional
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
4. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
"Contribución del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Presupuestal Salud
Materno Neonatal en la gestión del gobierno regional de Cajamarca, 2014 - 2018"
6. Fecha de evaluación: 25-02-2025
7. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 12%
9. Código Documento: 3117:433900534
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 25-02-2025

Firma y/o Sello
Emisor Constancia



Dr. Aurelio Baltazar Vásquez Cruzado
DNI: 26674274

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2025 by
IRIS JOHANA LLATAS DEL CAMPO
Todos los derechos reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
 LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 000-2019-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
 CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 11:00 horas del día 28 de enero de dos mil veinticinco, reunidos en el Aula 1Q-206 de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por el **Dr. ANGEL ABELINO LOZANO CABRERA**, el **Dr. RAMÓN TUESTA PESTANAS**, el **Dr. OSCAR DAVID CARMONA ÁLVAREZ**, y en calidad de Asesor el **Dr. AURELIO BALTAZAR VÁSQUEZ CRUZADO**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de Marco Teórico de los Programas de Maestría y Doctorado, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **"CONTRIBUCIÓN DEL CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO AL PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL EN LA GESTIÓN DEL GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA, 2014 - 2018"**; presentada por la **Bachiller en Economía IRIS JOHANA LLATAS DEL CAMPO**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó APROBADA con la calificación de 7.0 (escritura) 7.0 (escritura) 7.0 (escritura) 7.0 (escritura) la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bachiller en Economía IRIS JOHANA LLATAS DEL CAMPO**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Económicas, Contables y Administrativas, con Mención en **ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA PÚBLICA**.

Siendo las 12:20 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.



Dr. Aurelio Baltazar Vasquez Cruzado
 Asesor



Dr. Angel Abelino Lozano Cabrera
 Jurado Evaluador



Dr. Ramón Tuesta Pestanas
 Jurado Evaluador



Dr. Oscar David Carmona Álvarez
 Jurado Evaluador

A:

Dios, mi madre, padre y hermanos, por su cariño, confianza y apoyo incondicional para
alcanzar cada uno de mis objetivos

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento al Dr. Aurelio Baltazar Vásquez Cruzado, así como a los demás docentes de posgrado; además, mi eterna gratitud a los diversos profesionales que a lo largo de mi experiencia laboral han contribuido a nutrir mi formación académica, a través de sus conocimientos y experiencia en gestión pública, lo que me ha permitido realizar la presente investigación.

Mi agradecimiento a los profesionales de las unidades ejecutoras del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, por su predisposición y apoyo en la investigación.

“La mejor forma de predecir el futuro es creándolo mediante el cambio”

Peter Drucker

ÍNDICE GENERAL

	Página
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS	xiii
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvi
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Justificación e importancia	5
1.3. Delimitación de la investigación	6
1.4. Limitaciones	7
1.5. Objetivos	7
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial	8
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Marco conceptual	16
2.4. Definición de términos básicos	26
CAPÍTULO III	28
PLANTEAMIENTO DE LAS HIPÓTESIS Y VARIABLES	28
3.1. Hipótesis	28
3.2. Variables/categorías	29

3.3. Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis-----	29
CAPÍTULO IV -----	31
MARCO METODOLÓGICO -----	31
4.1. Ubicación geográfica-----	31
4.2. Diseño de la investigación-----	32
4.3. Métodos de investigación-----	33
4.4. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación -----	35
4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información -----	36
4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información -----	38
4.7. Equipos, materiales, insumos, etc. -----	38
4.8. Matriz de consistencia metodológica -----	38
CAPÍTULO V -----	41
RESULTADOS Y DISCUSIÓN -----	41
5.1. Presentación de resultados-----	41
5.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados -----	88
5.3. Contrastación de hipótesis-----	89
CONCLUSIONES-----	102
SUGERENCIAS -----	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	104
APÉNDICES-----	111
ANEXOS -----	115

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis.	30
Tabla 2. Matriz de consistencia metodológica.	39
Tabla 3. Presupuesto total y distribución por tramos, en millones de soles.	42
Tabla 4. Distribución por tramos, según nivel de cumplimiento.	43
Tabla 5. Ejecución presupuestal del PPSMN, 2014 - 2018, GORE Cajamarca.	54
Tabla 6. Servicios de salud públicos y privados, 2018, departamento de Cajamarca..	74
Tabla 7. Estadística de prueba Shapiro Wilk.	90
Tabla 8. Regresión del parto institucional y la afiliación al SIS.	91
Tabla 9. Regresión del parto institucional y la ejecución PPSMN.	94
Tabla 10. Regresión del parto institucional y la disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal.	98

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Monotonicidad entre esfuerzo e incentivo.....	14
Figura 2. La cadena de valor público.	15
Figura 3. Componentes de la cadena de valor público.....	18
Figura 4. Programas presupuestales.....	20
Figura 5. Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal.	21
Figura 6. Modelo lógico del PPSMN.....	22
Figura 7. Ubicación geográfica.	31
Figura 8. Relación entre las variables de estudio.....	32
Figura 9. Afiliación al SIS, 2014 - 2018, nivel nacional.....	46
Figura 10. Afiliación de mujeres al SIS, 2014 - 2018, departamento de Cajamarca. ...	48
Figura 11. Ejecución presupuestal del PPSMN, 2014 - 2018, GORE Cajamarca.	51
Figura 12. PIM de PPSMN, por fuente de financiamiento, 2014 - 2018, GORE Cajamarca.	52
Figura 13. PIM de PPSMN, por genérica de gasto, 2014 - 2018, GORE Cajamarca. ...	53
Figura 14. Ejecución presupuestal del PPSMN, 2014 - 2018, GORE Cajamarca.	55
Figura 15. CAP, Disponibilidad de insumos y equipamiento para productos priorizados, 2014 - 2018.....	57
Figura 16. CAP, Disponibilidad de personal para productos priorizados, 2014 - 2018.	58
Figura 17. CAP, Disponibilidad de insumos, equipamiento y personal para productos priorizados, 2014 - 2018.....	59
Figura 18. CAP, Cumplimiento de criterios de compromisos de gestión, Nivel 0.....	62
Figura 19. CAP, Cumplimiento de criterios de compromisos de gestión, Nivel 1.....	63

Figura 20. CAP, Cumplimiento de criterios de compromisos de gestión, Nivel 2.....	64
Figura 21. CAP, Cumplimiento de criterios de compromisos de gestión, Nivel 3.....	65
Figura 22. CAP, Cumplimiento de criterios de compromisos de gestión, Nivel 4.....	66
Figura 23. CAP, Cumplimiento de criterios de compromisos de gestión, según nivel.	67
Figura 24. CAP, Cumplimiento de criterios de compromisos de gestión, por proceso.	68
Figura 25. CAP, Indicadores priorizados por nivel.	70
Figura 26. CAP, Nivel de cumplimiento de los indicadores priorizados.....	71
Figura 27. Transferencias recibidas del CAP, 2014 - 2018, en porcentaje.....	72
Figura 28. PEAs por cargo en el sector salud, 2018, departamento de Cajamarca.....	75
Figura 29. Comparación de la densidad de recursos humanos (10,000 hab.), 2018, departamento de Cajamarca.....	76
Figura 30. Razón de mortalidad materna, 2014 - 2018, departamento de Cajamarca. .	77
Figura 31. Tasa de mortalidad neonatal, 2014 - 2018, departamento de Cajamarca. ...	78
Figura 32. Indicadores de resultados intermedios del PPSMN, 2014 - 2018, departamento de Cajamarca.....	79
Figura 33. Porcentaje de parto institucional, 2009-2018, nivel nacional.....	80
Figura 34. Porcentaje de parto institucional, 2014-2018, departamento de Cajamarca.	81
Figura 35. Comportamiento de las variables del estudio, 2014-2018.....	83
Figura 36. Diagrama de dispersión, relación del parto institucional y las mujeres afiliadas al SIS, 2014-2018.....	84
Figura 37. Diagrama de dispersión, relación del parto institucional y la ejecución presupuestal del PPSMN, 2014-2018.	86
Figura 38. Diagrama de dispersión, relación del parto institucional y la disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal, 2014-2018.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS

AIRHSP:	Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de Recursos Humanos del Sector Público.
BID:	Banco Interamericano de Desarrollo.
CAP:	Convenio de Apoyo Presupuestario.
CTI:	Cooperación Técnica Internacional.
DGPP:	Dirección General de Presupuesto Público.
DIRESA:	Dirección Regional de Salud.
ENAHO:	Encuesta Nacional de Hogares.
ENDES:	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
EESS:	Establecimientos de Salud.
FONB:	Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas.
FONE:	Establecimientos de salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales.
GORE:	Gobierno Regional.
HIS:	Hospital Information System.
INEI:	Instituto Nacional de Estadística.
IPRESS:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
MCPP:	Módulo de Control de Pago de Planillas.
MEF:	Ministerio de Economía y Finanzas.
MINSA:	Ministerio de Salud.
NGP:	Nueva Gestión Pública.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
PAN:	Programa Articulado Nutricional.
PIM:	Presupuesto Institucional Modificado.
PP:	Programa Presupuestal.
PpR:	Presupuesto por Resultados.

PPSMN:	Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal.
RER:	Resolución Ejecutiva Regional.
RMM:	Razón de Mortalidad Materna.
SEACE:	Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado.
SIAF:	Sistema Integrado de Administración Financiera.
SIGA:	Sistema Integrado de Gestión Administrativa.
SIS:	Seguro Integral de Salud.
SISMED:	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico - Quirúrgicos.

RESUMEN

La investigación tiene como objetivo estudiar la contribución del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN, en la gestión pública del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018, se empleó el método de investigación hipotético - deductivo; de los resultados alcanzados mediante el análisis de regresión, se evidenció la presencia de una relación directa positiva alta entre las variables; es decir, de la relación del parto institucional y las mujeres afiliadas al SIS, se obtuvo un coeficiente de determinación de 0.9572; en lo que respecta al porcentaje de ejecución presupuestal destinada a suministros médicos, se alcanzó un coeficiente de determinación de 0.8101; y por último en relación a la disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal, se estableció un coeficiente de determinación de 0.7875; presentando valores p menor a 0.05, lo que indicó que son significativas, por lo que se aceptó la hipótesis planteada.

Palabras clave: Convenio de Apoyo Presupuestal, Programa Presupuestal, Salud Materno Neonatal.

ABSTRACT

The research aims to study the contribution of the Budgetary Support Agreement to the PPSMN, in the public management of the health sector of the regional government of Cajamarca, in the period 2014 - 2018, the hypothetical - deductive research method was used; from the results achieved through regression analysis, the presence of a high positive direct relationship between the variables was evidenced; that is, from the relationship of institutional delivery and women affiliated to the SIS, a determination coefficient of 0.9572; with regard to the percentage of budget execution destined to medical supplies, a determination coefficient of 0.8101 was reached; and finally, with regard to the availability of critical supplies, equipment and personnel, a determination coefficient of 0.7875 was established; presenting p-values of less than 0.05, which indicated that they are significant, and therefore the hypothesis proposed was accepted.

Key words: Budget Support Agreement, Budget Program, Maternal and Neonatal Health.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1. Contextualización.

El encargado de velar por la salud de la población es el Estado, debiendo liderar la política nacional en la materia, con participación proactiva de los gobiernos regionales, locales y la población en general, debido a que la salud es un derecho fundamental, y su acceso debe ser garantizado.

Debido a las dificultades que ha enfrentado el Estado para la prestación de servicios públicos, incluidos los de salud, se han adoptado diversas medidas en pro de modernizar la gestión pública; sus inicios se remontan al año 2002, año en el que se promulga la Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado (Ley N° 27658, 2002, p. 1), con la que se busca optimizar el comportamiento de las entidades gubernamentales para la adecuada entrega de servicios, mediante el uso eficiente de los recursos.

Siguiendo con ese propósito, en el año 2008 se introdujo la reforma del Presupuesto por resultados (PpR), que es un mecanismo que enlaza los

recursos financieros con los resultados esperados; en base a ello, el Estado focalizó un problema crítico que se venía presentando en la sociedad, como lo fue la elevada mortalidad materna y neonatal, reflejo de las serias deficiencias existentes en el sector. Por lo cual, en el marco del PpR, se estableció el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (PPSMN), que buscaba mejorar la situación planteada.

Por otro lado, en Cajamarca, durante el año 2013, la situación de pobreza era alarmante, ya que contaba en su territorio con 7 de los 20 distritos más pobres del país. Además, de manera generalizada, se presentaba problemas de carencias en la atención médica, acceso a agua segura y desagüe, deserción escolar, viviendas con hacinamiento, subempleo, entre otros muchos problemas sociales, que reflejaban el estado crítico en el que se encontraba.

En este contexto y como resultado de los esfuerzos de la cooperación internacional en el ámbito de la salud, se firma el “*Convenio Específico entre Perú y el Reino de Bélgica relativo al Programa de Apoyo a la Política de Aseguramiento Universal en el Perú - Componente de Apoyo Presupuestal*”, a través del cual Bélgica suministró apoyo económico para el fortalecimiento del PPSMN.

1.1.2. Descripción del problema.

A partir del año 2002, en mérito a la Ley de Bases de Descentralización (Ley N° 27783, 2002), se transfirieron diversas

funciones sectoriales del nivel central a las regiones, entre ellas, las relacionadas con la salud. Esta transferencia se desarrolló entre los años 2005 y 2007; entre las funciones en materia de salud transferidas se encuentra la de dirigir las políticas regionales, a fin de atender las demandas locales (Ley N° 27867, 2002).

Constituyó un reto para los gobernantes asumir dichas funciones; es en este contexto, que, a pesar de los diversos avances alcanzados, en Cajamarca no se evidenciaban francas mejoras en el sector salud. Una muestra de ello es la evolución de indicadores, tales como cobertura de gestantes con parto institucional: que en el año 2013 fue de 67.8% (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019, p. 107) y la proporción de gestantes que recibieron su primer control de manera oportuna: en el año 2013 que fue de 68.7% (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019, p. 117), entre otros indicadores sanitarios, que se encontraban por debajo del promedio nacional.

Por estos motivos, Cajamarca fue seleccionada para formar parte del Convenio de Apoyo Presupuestario (CAP) al PPSMN, financiado con recursos de Bélgica, por lo que el estudio buscó determinar la contribución del CAP en la gestión del sector salud.

1.1.3. Formulación del problema.

La población requiere un acceso adecuado a los servicios públicos, para lo cual el Estado debe prever su adecuada provisión, y en mérito a la transferencia de funciones sectoriales, esta responsabilidad recae sobre los gobiernos regionales, en los que se presentan serias deficiencias en la gestión para la planificación, soporte logístico, organización y seguimiento; resultando indispensable analizar la efectividad de los mecanismos que mejoren la gestión pública, como el Convenio de Apoyo Presupuestario (CAP) al PPSMN, a fin de que sirva como instrumento de mejora en las entidades gubernamentales. Es en este sentido que se establece la siguiente interrogante:

Problema general:

- ¿Cómo contribuyó el Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN en la gestión pública del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018?

Problemas auxiliares:

- a. ¿Cómo fue el proceso de implementación y ejecución del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN, en el período 2014 - 2018?

- b. ¿Cómo ha sido la evolución de la gestión del sector salud del gobierno regional de Cajamarca en el período 2014 - 2018?
- c. ¿Cuál es la relación entre el Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN y la gestión pública del sector salud por parte del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018?

1.2. Justificación e importancia

1.2.1. Justificación científica.

El estudio fue una síntesis de las teorías del principal - agente, teoría liberal de las relaciones internacionales, teoría de la nueva gestión pública, además de la teoría del cambio y el valor público. Asimismo, sirve como antecedente para próximos estudios, enfocados en medir la contribución de los CAP en la gestión, por lo que incrementa el conocimiento científico en el tema.

1.2.2. Justificación técnica-práctica.

Permitió evidenciar la contribución de los Convenios de Apoyo Presupuestario en la gestión pública, sirviendo como instrumento para mejorar la organización interna de las entidades del sector salud, a través de la continuidad y réplica de las acciones implementadas para el cumplimiento del convenio, buscando solucionar las dificultades evidenciadas para brindar los servicios de salud públicos.

1.2.3. Justificación institucional y personal.

Permitió la obtención de resultados, que servirán como instrumento para mejorar la toma de decisiones de las autoridades y funcionarios. Además, me permitió afianzar los conocimientos sobre la temática en beneficio de mi formación profesional y laboral.

1.3. Delimitación de la investigación

1.3.1. Temática.

El estudio se centró en los principales aspectos de los incentivos presupuestales y su contribución en la gestión pública.

1.3.2. Espacial.

El estudio se circunscribió al departamento y región de Cajamarca, siendo el departamento la demarcación territorial y región la demarcación administrativa.

1.3.3. Temporal.

Partió del año 2014 al año 2018, que concuerda con el inicio y culminación del Convenio de Apoyo Presupuestario en Cajamarca.

1.4. Limitaciones

La investigación, debido a su nivel de abstracción, solo consideró los indicadores más representativos, los cuales describieron las características del CAP al PPSMN y la gestión pública. Asimismo, otro factor limitante es el corto periodo de estudio debido a la vigencia del CAP, que fue de solo cinco años.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general.

Estudiar la contribución del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN en la gestión pública del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018.

1.5.2. Objetivos específicos.

- a. Analizar el proceso de implementación y ejecución del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN, en el período 2014 - 2018.
- b. Analizar la evolución de la gestión del sector salud del gobierno regional de Cajamarca en el período 2014 - 2018.
- c. Determinar la relación entre el Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN y la gestión pública del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial

Se realizó una reseña de diversas tesis relacionadas a las variables de estudio, que contribuyeron en el análisis de la investigación y guardan relación con los objetivos planteados:

2.1.1. Internacional.

Se revisaron tesis de posgrado internacionales; seguidamente, se describen los aspectos más importantes relacionados con la investigación:

Izquierdo (2021), *“Logros y retos en la implementación del presupuesto por resultados en Ecuador”* (Tesis de maestría) de la Universidad de Chile, tuvo como objetivo reconocer los principales logros obtenidos, así como los desafíos en la implementación del PpR en Ecuador. La investigación fue de tipo cualitativo; dentro de los resultados resaltó que Ecuador tiene un marco normativo que permite incluir reformas que vinculen la planificación y el presupuesto. En las conclusiones se resaltó que uno de los logros fue la posibilidad de incluir reformas en favor del PpR, además del uso de programas para la formulación del presupuesto, así como la generación de herramientas informáticas, entre otros.

Sánchez (2016). *“Análisis de la Implementación del Presupuesto por Resultados en Guatemala”* (Tesis de maestría) de la Universidad de Chile, tuvo como objetivo analizar el proceso de puesta en marcha del PpR, presentando un marco conceptual de la gestión y el PpR. Utilizó la metodología descriptiva; y obtuvo como uno de los resultados que Guatemala ha conseguido importantes avances en el PpR, con una implementación gradual. Concluyó que con la implementación del PpR se han logrado avances importantes que contribuyen a la gestión por resultados, obteniéndose mejoras significativas en el proceso de planeamiento, así como de la gestión financiera y en los sistemas informáticos.

2.1.2. Nacional.

Se analizaron tesis de posgrado nacionales; seguidamente, se describen los aspectos más importantes relacionados con la investigación:

Jordán (2022). *“La gestión pública por resultados y la eficacia de la administración en la Dirección Nacional de Operaciones Especiales de la Policía Nacional del Perú, años 2018 y 2019”* (Tesis de maestría) del Centro de Altos Estudios Nacionales, tuvo como propósito analizar la relación existente entre GpR y la administración; empleó el método hipotético deductivo, arrojando un coeficiente de correlación de 0.996 durante el periodo 2018 – 2019, lo que permitió concluir que existe una relación positiva; en otras palabras, la GpR mejoró la administración en la entidad. Asimismo, en el estudio determinó que las mejoras en la organización, evaluación y el PpR influirán en la mejora de la gestión de la entidad.

Encarnación (2020). *“Rol de la Cooperación Técnica Internacional en la política exterior del Perú”* (Tesis de maestría) de la Academia Diplomática del Perú Javier Pérez de Cuéllar, tuvo como objetivo describir la cooperación internacional; utilizó el método de investigación deductivo – explicativo. Uno de los resultados planteó que la cooperación internacional tiene un efecto dinamizador para lograr cambios en favor del cierre de brechas. Una conclusión relevante es que, dadas las debilidades estructurales del país, la cooperación representa una herramienta para fortalecer los esfuerzos en busca del desarrollo.

Portillo (2018). *“La cooperación internacional para el Desarrollo Nacional. Caso de la gestión sectorial de la Cooperación Internacional 2011-2018”* (Tesis de maestría) de la Universidad San Martín de Porres, tuvo por objetivo establecer la relevancia de la cooperación internacional en el desarrollo; fue una investigación cualitativa. Uno de los resultados presentó que el 79% de los sectores no tienen oficinas destinadas a la cooperación. Asimismo, en las conclusiones se planteó que la cooperación es un elemento primordial de la gestión pública y que los beneficios se traducen en mayores recursos y acceso a nuevos conocimientos, tecnologías, experiencias y buenas prácticas de otros países.

Ganoza et al. (2016). *“Incentivos Presupuestales en Gobiernos Regionales: Caso European”* (Tesis de maestría) de la Universidad del Pacífico, tuvo como objetivo evaluar el CAP - EUROSPAN en el PAN; utilizó la metodología descriptiva. En los resultados se presentó un análisis

comparativo entre distritos; llegando a la conclusión de que en los gobiernos regionales con los que se suscribió el CAP presentaron una mejor vinculación en la cadena de valor; además, se mejoró la disponibilidad de los insumos requeridos, así como el nivel de cobertura de los productos, y se contribuyó al resultado final del PP.

2.1.3. Regional.

En el ámbito regional, se analizaron tesis de posgrado. Seguidamente, se describen los aspectos más importantes relacionados con la investigación:

Pérez (2021). *“La gestión de presupuesto por resultados y su incidencia en la calidad de gastos en la Unidad de Gestión Educativa Local Cajamarca, 2018- 2019”* (Tesis de maestría) de la Universidad Nacional de Cajamarca, tuvo como objetivo analizar la incidencia de la GpR en la calidad de gasto; utilizó el método deductivo – inductivo. Obteniendo como uno de sus resultados que la incidencia de los PP 090, 091 y 106 en la calidad de gasto es media de acuerdo con la prueba de Fisher. Asimismo, resaltó la escasa participación del personal en el proceso presupuestario, concluyendo que el PpR en la Unidad de Gestión Educativa Local Cajamarca tuvo incidencia media en la calidad del gasto.

Leiva (2017). *“El impacto del Programa Articulado Nutricional en niños menores de 5 años del distrito de Gregorio Pita - San Marcos 2008-*

2012” (Tesis de maestría), de la Universidad Nacional de Cajamarca; tuvo como propósito identificar el impacto del PAN con relación a la disminución de la desnutrición crónica infantil; utilizó el método descriptivo. En los resultados se evidenció que el 32.18% de niños presentaron desnutrición crónica y un 11% desnutrición aguda. Dentro de las conclusiones se estableció que, de acuerdo con los resultados obtenidos, el PAN tuvo un impacto positivo en el distrito de Gregorio Pita, con relación a la disminución de la desnutrición.

2.2. Bases teóricas

La investigación se fundamenta en diversas bases teóricas que explicaron significativamente el tema de estudio. A continuación, se detalla cada una de ellas:

2.2.1. Teoría liberal de las relaciones internacionales.

La teoría liberal destaca la capacidad de alcanzar la cooperación y crear un entorno que permita el desarrollo de las naciones; para los liberales, la política exterior debe explicarse en términos de equilibrio de poder y de los lazos de confianza entre los Estados democráticos (Pauselli, 2013, p. 83).

Considerándose a la cooperación como una poderosa herramienta de política exterior, utilizada para generar cooperación y democracia en el exterior (Pauselli, 2013, p. 85).

2.2.2. Teoría del principal - agente (agencia).

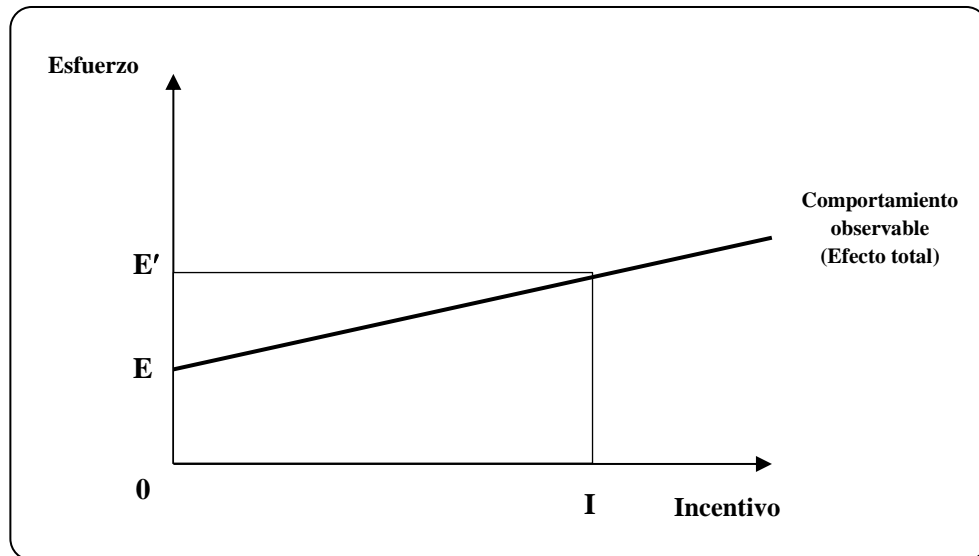
El propósito fundamental de esta teoría, según Jensen y Mekling, citado por (Mackenzie, et al., 2013, p. 140), es describir la relación entre el propietario y el agente; el término de “contrato” se utiliza para regular esta relación. El problema de agencia se centra en el grado de separación de los intereses, por lo que se establece una relación contractual que ofrezca al agente incentivos apropiados para maximizar el capital del principal, considerando la existencia de incertidumbre y control imperfecto.

Los cambios en el comportamiento humano se estudian como una consecuencia de la aplicación de incentivos, asumiendo que las personas actúan para mejorar su bienestar (Segoviano y Morales, 2022, p. 63).

La Figura 1 evidencia la relación entre el esfuerzo realizado y el incentivo brindado, mostrando la variación del comportamiento como un efecto predecible del incentivo; a la falta de este, el desempeño será (E), pero para alcanzar un nivel de desempeño mayor (E'), se requirió la aplicación de un incentivo (I), lo que provoca un resultado positivo sobre el nivel de rendimiento (Segoviano y Morales, 2022, p. 64).

Figura 1

Monotonidad entre esfuerzo e incentivo.



Nota. Relación entre el esfuerzo e incentivo y su efecto en el comportamiento, tomado de: “*Hacia un enfoque conductual del diseño de incentivos*” (p. 64) por Segoviano y Morales, 2022.

2.2.3. Teoría de la nueva gestión pública.

La NGP se sustenta en los aportes realizados por la escuela de la elección pública, agencia y el neoinstitucionalismo (Guerrero, 2008, p. 96).

La nueva gestión pública busca construir una eficiente administración, que permita cubrir las necesidades de la población y que promueva la entrega de servicios públicos de calidad, optimizando los recursos y rodeada de sistemas de control (García, 2007, p. 44).

La gestión pública debe ser vista como un medio y no como un fin, al servicio de los ciudadanos y sus organizaciones, centrándose en los resultados y la relación calidad - precio, transfiriendo competencias y

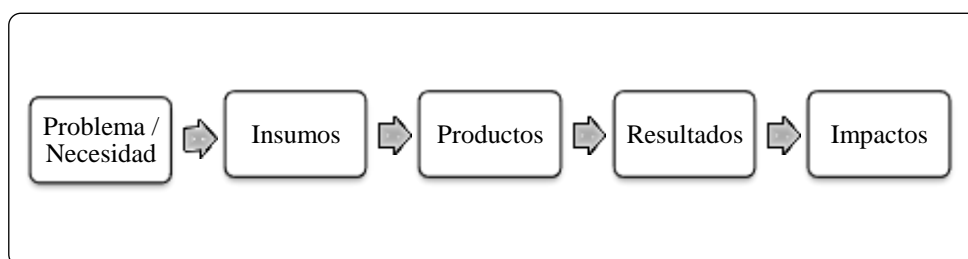
logrando una mayor flexibilidad, responsabilidad y control, así como una mayor capacidad para definir estrategias y políticas (Guerrero, 2008, p. 150).

2.2.4. Teoría del cambio y el valor público.

La teoría del cambio se entiende como la relación causal entre la intervención y los resultados esperados, vinculando la necesidad con los insumos requeridos para generar los productos de la intervención, con el propósito de obtener resultados intermedios y, por ende, los impactos esperados. Siendo el valor que le asigna la población a los bienes y servicios gubernamentales lo que se denomina valor público (Arenas, 2021, p. 15), como se muestra a continuación:

Figura 2

La cadena de valor público.



Nota. Modelo que describe el proceso de generación de valor público por parte del Estado, tomado de: “Evaluación de programas públicos. Gestión Pública Serie N° 87 Comisión Económica para América Latina y el Caribe” (p.15) por Arenas, 2021

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Cooperación internacional.

Debido a los retos de la agenda nacional e internacional, se crea, mediante Ley N° 27692, la APCI, entidad encargada de dirigir la cooperación internacional en el país (Ley N° 27692, 2002, p. 1), que describe a la cooperación internacional como la colaboración entre países de manera recíproca, estableciendo prioridades para las intervenciones, así como el compromiso del uso eficiente de los fondos recibidos (Decreto Supremo N° 050-2012-RE, 2012, p. 2).

La CIT es una herramienta valiosa para el desarrollo del país, además de permitir compartir conocimientos y experiencias en beneficio y aprendizaje mutuo (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2023, p. 2).

Un tipo de cooperación internacional es la cooperación financiera no reembolsable, siendo pública si proviene de acuerdos entre gobiernos, tal es el caso del CAP que se realizó con fondos del gobierno de Bélgica (Decreto Supremo N° 050-2012-RE, 2012, p. 6).

2.3.2. Modernización de la gestión pública.

En el año 2002, el Estado peruano declara a las entidades públicas en proceso de modernización, con el propósito fundamental de alcanzar la

eficiencia gubernamental, para lograr una mejor prestación de servicios, además de contribuir a mejorar el uso de los fondos públicos (Ley N° 27658, 2002, p. 1).

En el año 2012, se publicó la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021, que tiene como perspectiva un Estado moderno, enfocado al servicio de la ciudadanía, planteando el cambio de enfoques, para que los servicios públicos sean vistos como una manifestación de los derechos (Presidencia del Consejo de Ministros, 2013, p. 8), siendo uno de sus pilares principales el **presupuesto por resultados**.

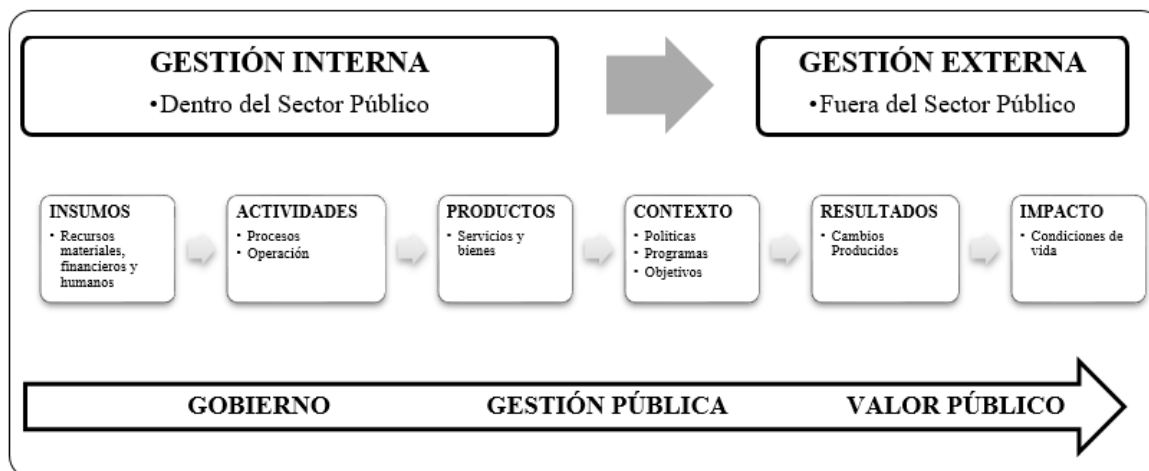
2.3.3. Gestión por resultados.

La gestión por resultados busca que las entidades públicas gestionen la creación de valor público, de modo eficiente y eficaz para alcanzar los objetivos gubernamentales (Banco Interamericano de Desarrollo & Centro Latinoamericano de Desarrollo, 2007, p. 167).

La gestión por resultados busca generar cambios a través de la “cadena de valor público”, convirtiendo a los insumos, a través de diversas actividades, en servicios públicos, que generen cambios e impacto en la población, como se evidencia en la Figura 3.

Figura 3

Componentes de la cadena de valor público.



Nota. Componentes del modelo que describe el proceso de generación de valor público por parte del Estado, adaptado de: “*La cadena de valor público en la evaluación del resultado de la gestión en los gobiernos locales*” (p. 353) por Alarcón et al., 2020.

2.3.4. Administración financiera del sector público.

La administración de las finanzas públicas es un componente primordial para el control financiero del país; permite conservar las cuentas públicas sostenibles y preservar el equilibrio macroeconómico; además, influyen en la cobertura y calidad de los servicios mediante un gasto eficiente y eficaz (Oliva, 2018, p. 7).

La administración financiera gubernamental en el Perú se encuentra a cargo del MEF (Decreto Legislativo N° 1436, 2018, p. 1) y está conformada por 7 sistemas nacionales, entre los que resaltan presupuesto público, abastecimiento y recursos humanos, entre otros.

2.3.5. Presupuesto por resultados.

El presupuesto por resultados es un mecanismo que asocia la distribución de recursos con los resultados en beneficio de la ciudadanía, buscando mejorar la eficiencia del gasto (Ley N° 28411, 2004, p. 45).

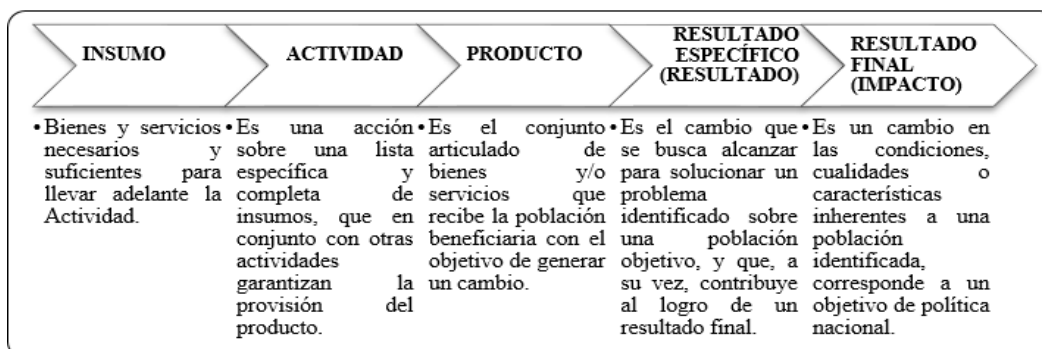
El BID señala los componentes del PpR, los cuales se complementan y comportan como un sistema que se retroalimenta constantemente, siendo: la información de desempeño, proceso presupuestario, incentivos y desarrollo de capacidades (Pacheco y Pacheco, 2018, p. 18).

En el Perú, a partir del año 2008, se viene promoviendo la reforma del PpR, cuyo objetivo es fortalecer la relación entre los recursos financieros asignados con los resultados previstos. Para ello, son tres ejes principales que se impulsan desde el Estado: 1) Programas presupuestales, 2) Seguimiento y evaluación de los PP; y 3) Mecanismos de incentivos, que buscan mejorar el desempeño institucional, para lo cual se utilizan los **convenios de apoyo presupuestario** e incentivos municipales (Ministerio de Economía y Finanzas, 2018, p. 9).

Los PpR se enmarcan en la GpR, así como en el enfoque de cadena de valor, debiendo ser esta interpretada de la manera que se muestra en la Figura 4 (Presidencia del Consejo de Ministros, 2013, p. 12).

Figura 4

Programas presupuestales.



Nota. Flujo de los PP marco de la GpR y el enfoque de cadena de valor, adaptado de: “Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021” (p. 12), por la Presidencia de Consejos de Ministros, 2013.

2.3.6. Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal.

En el año 2008, se inicia con la ejecución del PPSMN (Ley N° 29142, 2007, p. 16), enfocado en intervenciones a favor de la salud de la madre y el neonato (Ministerio de Salud, 2021, p. 5). Este programa está conformado por intervenciones articuladas entre el MINSa, SIS, gobiernos regionales y locales, recayendo la rectoría en el MINSa.

Del año 2009 al 2011, el programa solo estuvo conformado por una actividad: Gestión de la estrategia materna neonatal; a partir del año 2012 se rediseñó con una estructura funcional programática de 23 productos. En la actualidad, el PP cuenta con 18 productos enfocados en la promoción de la salud, así como de la prevención de riesgos, diagnóstico y tratamiento; del mismo modo, en actividades que se orientan a la gestión del PP (Ministerio de Salud, 2024, pp. 4-5), que se detallan a continuación:

Figura 5

Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal.

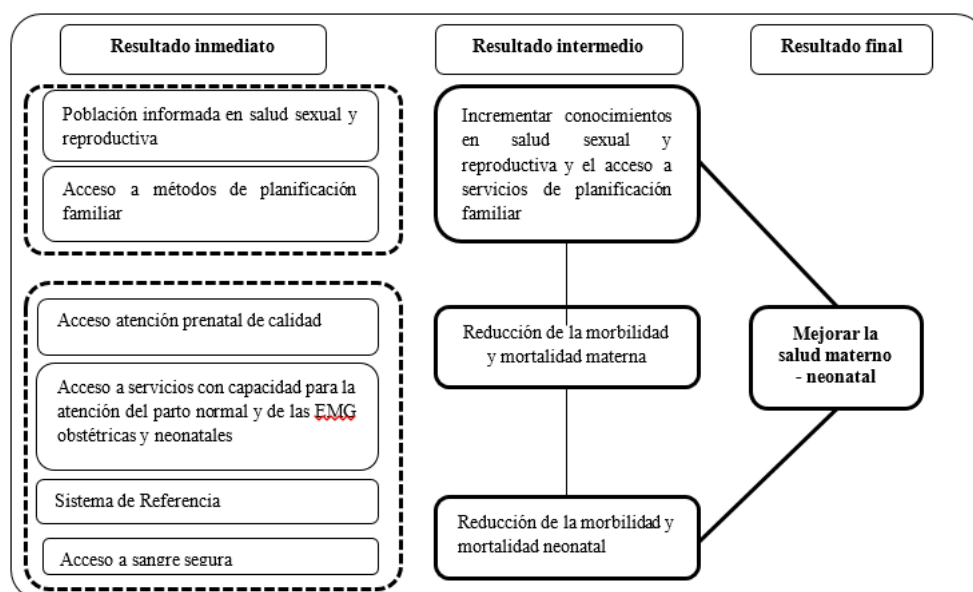
Salud Materno	Salud Neonatal	Promoción de la Salud	Acciones Comunes
• 13 productos, 14 actividades y 60 sub productos	• 3 productos, 3 actividades y 32 sub productos	• 1 producto, 2 actividades y 5 sub productos	• 1 producto, 2 actividades y 5 sub productos

Nota. Cantidad de productos, actividades y subproductos, por cada componente del PPSMN, adaptado de: “Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal Reporte de seguimiento al mes de agosto del 2024 (p. 5)”, por MINSA, 2024.

Las intervenciones del PPSMN se centran en tres momentos: antes y durante el embarazo, así como durante el período neonatal; el diseño del PP se fundamenta en el modelo lógico y tiene como resultado final **mejorar la salud materna y neonatal**. El diseño comprende intervenciones que generan resultados inmediatos e intermedios (Ministerio de Salud, 2023, p. 4), tal como se muestra a continuación:

Figura 6

Modelo lógico del PPSMN.



Nota. Resultados esperados en el marco del modelo lógico del PPSMN, tomado de: “Anexo 2 - Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal 002 Salud Materno Neonatal” (p. 31), por MINSA, 2021

El modelo lógico del PPSMN es acorde con la línea de producción; parte de cuantificar la población para luego determinar los insumos necesarios para la atención, los mismos que están preestablecidos en los kits de los subproductos; luego los insumos son transformados para el cumplimiento de las actividades y productos; para alcanzar los resultados inmediatos.

De acuerdo con los contenidos mínimos del PPSMN; en el caso del producto: acceso a servicios de atención de parto, puerperio normal y complicaciones, uno de los indicadores de desempeño es la: **Cobertura de parto institucional** (Ministerio de Salud, 2021, p. 140).

2.3.7. Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN.

En el año 2013, el Perú firmó con Bélgica el “*Programa de Apoyo a la política de aseguramiento universal en salud en el Perú - Componente de Apoyo Presupuestal*”, por el cual Bélgica brindó recursos financieros para poner en marcha la política de aseguramiento al SIS (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2013, p. 2).

El convenio anterior fue base para la firma de CAP al PPSMN, con los gobiernos regionales de Amazonas y Cajamarca, con el objetivo de contribuir con la implementación del PPSMN, mediante la optimización de los fondos públicos para una correcta y oportuna entrega de servicios públicos (Ministerio de Economía y Finanzas, 2014, p. 1).

El CAP entró en vigor el mes de setiembre del año 2014 en el GORE de Cajamarca, estableciéndose en el mismo, metas para los indicadores priorizados del PPSMN, que se encuentran enfocados en que las mujeres aseguradas al SIS cuenten con acceso a consejería y planificación familiar; que las gestantes se realicen exámenes auxiliares y tengan atenciones prenatales, así como el acceso al parto institucional.

Asimismo, se establecieron compromisos de gestión en el marco a cuatro procesos, enfocados en mejorar las etapas del proceso de generación de la cadena de valor; a continuación, se detallan los dos procesos en los que se enfocó la investigación:

a. Proceso de programación operativa: Para este proceso se establecieron los siguientes subprocesos críticos:

- Elaboración del plan de producción: A través de los criterios establecidos para este subproceso, se buscó identificar y cuantificar de manera adecuada la población a ser atendida en el marco del PPSMN.
- Formulación del proyecto de presupuesto.
- Capacidad disponible.

b. Proceso de soporte logístico: Para este proceso se establecieron los siguientes subprocesos críticos:

- Adquisición: A través de los criterios establecidos para este subproceso, se buscó garantizar que se cuente con los recursos suficientes para adquirir los insumos, con prioridad en los suministros médicos.
- Almacén y distribución: A través de los criterios establecidos para este subproceso, se buscó que se cuente con disponibilidad adecuada de insumos críticos, equipos y recurso humano.

Para cada subproceso se estableció el cumplimiento de criterios mínimos, enfocados en la mejora de la cadena de valor. Para cada año se establece un nivel y compromisos de gestión, los mismos que se detallan en los Anexos 2, 3, 4 y 5.

2.3.8. Gestión pública.

La gestión pública comprende todas las acciones orientadas a contribuir con el logro de metas, objetivos y fines, en concordancia con las políticas del gobierno (Ley N° 27785, 2018, p. 42).

Esto significa que se encarga de los medios para alcanzar las metas públicas, representando un mecanismo para mejorar la toma de decisiones para la asignación de los fondos públicos, además de ser un mecanismo para coordinar e incentivar a las entidades a alcanzar los objetivos trazados en favor de la población (IDEA Internacional, 2009, pp. 14-15).

La gestión pública, entendida desde el enfoque de GpR, fomenta que las entidades públicas dirijan de manera eficiente e integral cada una de sus acciones con el propósito de crear valor público, para obtener resultados, mediante la entrega de bienes y servicios (García y García, 2010, p. 6).

Un instrumento de la gestión pública orientada a resultados es el PpR, que a su vez plantea diversos programas presupuestales, siendo uno de ellos el PPSMN; este programa tiene, como uno de sus indicadores de desempeño a nivel de producto, la **Cobertura de parto institucional** (Ministerio de Salud, 2021, p. 140); por ello, en la investigación, se tomó a este indicador como medida del reflejo de la gestión pública.

El indicador se calcula del número de niños nacidos vivos menores de 5 años cuyo parto ocurrió en EESS y fue atendido por personal de salud,

entre el número total de niños nacidos vivos, información que es recogida por la ENDES (Ministerio de Salud, 2021, p. 153).

2.4. Definición de términos básicos

- Convenio de apoyo presupuestario: Acuerdo suscrito entre el MEF y entidades públicas, que busca mejorar la gestión para la correcta entrega de productos priorizados, mediante el cumplimiento de los compromisos de gestión e indicadores, y como incentivo se realiza la transferencia de recursos de fondos externos.
- Disponibilidad de insumos, medicamentos y equipamiento: Corresponde al análisis que permite determinar que los EESS cuenten con los medicamentos, insumos e instrumental médico y equipamiento necesario para la atención de los productos priorizados en el CAP, de acuerdo con los estándares establecidos en el MINSA, validado con información de las bases de datos de SISMED y SIGA.
- Disponibilidad de personal: Corresponde al análisis que permite determinar que los EESS cuenten con el personal necesario para la atención de los productos priorizados en el CAP, de acuerdo con los estándares establecidos en el MINSA, validado con información de las bases de datos del AIRHSP, MCPP, HIS y SIGA.
- Ejecución presupuestal: Proceso de uso de los fondos públicos, para el pago de personal, adquisición de bienes y servicios, equipos, entre otros, que permite cubrir las necesidades de la entidad, en el marco de las actividades

previamente establecidas de acuerdo con las prioridades de política nacional y regional.

- Parto institucional: Parto atendido por personal de salud en los EESS, su incremento corresponde a mejoras en el acceso a los servicios de salud, además de las condiciones de infraestructura, equipamiento, insumos y recurso humano.

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LAS HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general.

El Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN contribuyó en la mejora de la gestión pública del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018.

3.1.2. Hipótesis específica.

H₁: Existe una relación directa positiva alta entre el Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN y la gestión pública del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018.

Ideas para defender:

- a. El proceso de implementación y ejecución del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN, en el período 2014 - 2018, fue adecuado.
- b. La gestión pública del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018, presentó mejoras.

3.2. Variables/categorías

3.2.1. Variable 1.

El CAP al PPSMN, para el análisis de esta variable se priorizaron como dimensiones a dos procesos del CAP, siendo: la programación operativa y el soporte logístico, a fin de simplificar el análisis, debido a que son los más influyentes para optimizar la gestión de las entidades.

3.2.2. Variable 2.

Gestión pública del sector salud del GORE Cajamarca, esta variable se midió a través de su reflejo en el aumento de la cobertura de los servicios del PPSMN, priorizándose un producto (indicador de eficiencia) para simplificar el análisis de la investigación, debido a que cada una de las actividades planteadas en el CAP, confluyen para asegurar el acceso al parto institucional de las gestantes.

A continuación, se muestra la relación de asociación que se plantea entre las variables del estudio.

$$\textit{Gestión Pública} = f(\textit{Convenio de Apoyo Presupuestario})$$

3.3. Operacionalización /categorización de los componentes de las hipótesis

La operacionalización de los componentes de la hipótesis de la investigación en mención se detalla en la tabla 1.

Tabla 1

Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis.

TÍTULO		"Contribución del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN en la gestión pública del gobierno regional de Cajamarca, 2014-2018"				
HIPÓTESIS	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES					
	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICES	FUENTE / INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
<p>Hipótesis General:</p> <p>El Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN contribuyó en la mejora de la gestión del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014-2018.</p> <p>Hipótesis Específica:</p> <p>Existe una relación directa positiva alta entre el Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN y la gestión pública del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018.</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN.</p>	<p>Convenio técnico firmado entre el GORE Cajamarca y la DGPP, con el objetivo de contribuir al uso adecuado de los recursos en el marco del PPSMN (Ministerio de Economía y Finanzas, 2014, p. 1), enfocado en cuatro procesos: programación operativa, soporte logístico, organización y seguimiento.</p>	<p><i>Dimensión 1.1:</i> Proceso de programación.</p>	Mujeres afiliadas al SIS.	Porcentaje de mujeres afiliadas al SIS en Cajamarca.	ENAH0 / Ficha
			<p><i>Dimensión 1.2:</i> Proceso de soporte logístico.</p>	Ejecución presupuestal.	Porcentaje de la ejecución presupuestal destinada a la partida de gasto 23.18 Suministros médicos del PPSMN del GORE de Cajamarca.	Consulta amigable MEF /Ficha
				Disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal.	Porcentaje promedio de disponibilidad de insumos críticos y equipamiento, así como de personal para la atención de productos priorizados del PPSMN.	Informes de verificación / Ficha
	<p>Variable 2:</p> <p>Gestión del sector salud del GORE Cajamarca.</p>	<p>Acciones destinadas a contribuir con el cumplimiento de las metas, objetivos y fines de acuerdo con las políticas del gobierno (Ley N° 27785, 2018, p. 42), reflejadas en los resultados alcanzados en los indicadores de desempeño, siendo uno de ellos a nivel de resultado inmediato - producto, la cobertura de parto institucional.</p>	<p><i>Dimensión 2.1:</i></p> <p>Producto priorizado del PP.</p>	Parto institucional.	Porcentaje de parto institucional del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta.	ENDES / Ficha

CAPÍTULO IV

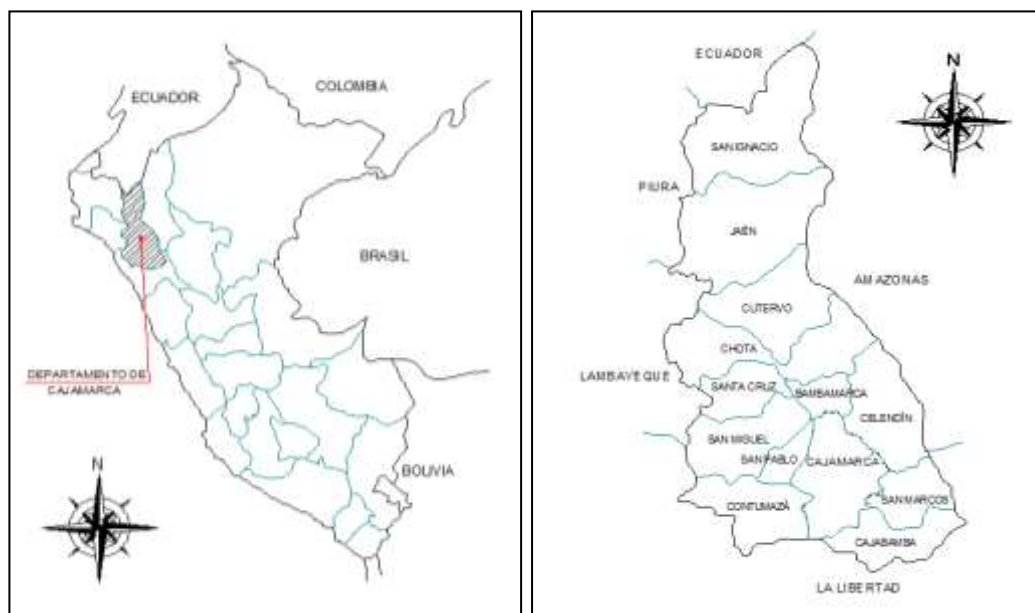
MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ubicación geográfica

El estudio se llevó a cabo en el Perú, específicamente en el departamento de Cajamarca, que constituye la demarcación territorial de acuerdo con la organización política del país; este departamento está conformado por 13 provincias (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018, p. 15).

Figura 7

Ubicación geográfica.



Nota. Ubicación del departamento de Cajamarca en el mapa nacional y su distribución provincial, datos tomados de: “CAJAMARCA Resultados Definitivos” (p. 15), por INEI, 2018.

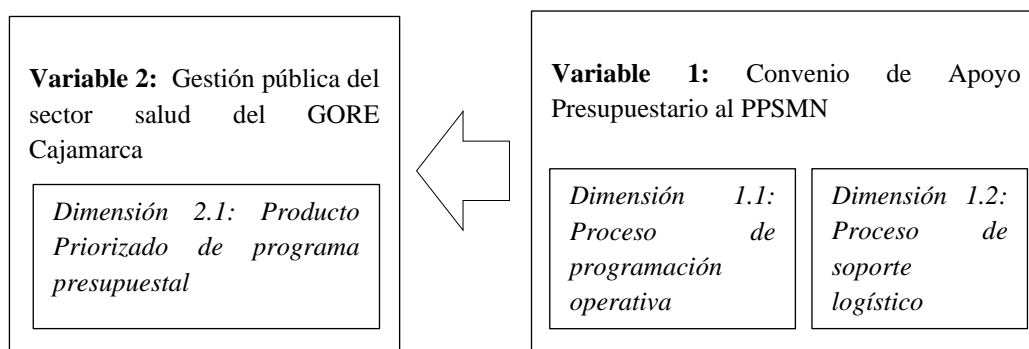
4.2. Diseño de la investigación

El diseño utilizado fue no experimental longitudinal, debido a que no se manipularon, controlaron e influyeron en las variables; las mismas se observaron en las condiciones existentes y se recopilaban los datos en diferentes períodos de tiempo, para inferir sobre los cambios y su relación (Hernández, et al., 2014, p. 159); de acuerdo con el diseño de la investigación, se estudiaron las variables CAP al PPSMN y la gestión pública del sector salud del GORE, entre los años 2014 y 2018, recogiendo los datos de fuentes secundarias sin modificarlas, y luego se identificó la relación entre las mismas, por lo que también el diseño de investigación es correlacional.

A continuación, se muestra gráficamente la relación entre las variables y dimensiones del estudio:

Figura 8

Relación entre las variables de estudio.



Nota. Propuesta de relación entre las variables Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN y la gestión pública del sector salud.

4.3. Métodos de investigación

Se utilizaron métodos de investigación científica generales y específicos para llevar a cabo la investigación:

4.3.1. Método hipotético - deductivo.

Partió de la formulación de la hipótesis, para su posterior verificación, siendo la hipótesis planteada en el estudio la existencia de una relación entre el CAP del PPSMN y la gestión pública del GORE Cajamarca, la misma que fue comprobada mediante el análisis de regresión.

4.3.2. Método deductivo - inductivo.

Partió de afirmaciones generales, como lo son las bases teóricas, para llegar a afirmaciones específicas (Bernal, 2010, p. 59), iniciando con la teoría del cambio, que establece una relación entre la intervención y los resultados esperados; así como con la teoría de la agencia, que establece que los incentivos generan un cambio de comportamiento; y es a través de la información recolectada de las variables CAP al PPSMN y gestión pública del GORE que se llegó a establecer conclusiones respecto a su relación.

4.3.3. Método analítico - sintético.

Se partió de la descomposición del objeto de la investigación para estudiar sus elementos conformantes, iniciando con la descripción y análisis de la variable Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN, seguida de la variable gestión pública del sector salud del GORE Cajamarca, que posteriormente se integraron y estudiaron de manera conjunta, generando conclusiones pertinentes (Bernal, 2010, p. 60).

4.3.4. Método histórico.

Este método permitió estudiar los sucesos del pasado con respecto al CAP al PPSMN y la gestión del sector salud del GORE Cajamarca, analizando su trayectoria entre los años 2014 y 2018, mediante la recolección de series anuales, lo que permitió analizar y comprender mejor el comportamiento de ambas variables (Briñis, 2020, p. 18).

4.3.5. Método descriptivo.

A través de este método se presentó, observó y describió las variables de estudio que son: el CAP al PPSMN y la gestión pública del sector salud del GORE, así como de sus indicadores: mujeres afiliadas al SIS, ejecución presupuestal, disponibilidad de insumos críticos, equipamiento, personal y parto institucional (Hernández, et al., 2014, p. 92). Se inició definiendo el objeto de estudio, se revisó la bibliografía, se planteó la metodología, se recopiló, analizó e interpretó los datos.

4.3.6. Método estadístico.

Este método permitió procesar, analizar e interpretar la información obtenida de los indicadores: mujeres afiliadas al SIS, ejecución presupuestal, disponibilidad de insumos críticos, equipamiento, personal y parto institucional, a través del cual se estimó la relación entre las variables, considerando que la confiabilidad de los resultados que se presentaron en el estudio se basa en la correcta aplicación del método estadístico (Calderon y Ledesma, 2015, p. 9). Además, permitió mostrar la tendencia de los indicadores, así como su presentación en tablas y figuras.

4.4. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación

4.4.1. Población.

Conformada por las mujeres en edad fértil, que durante el año 2014 fueron 358,293 y 368,793 en el 2018 en el departamento de Cajamarca (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2020, p. 284), y las unidades ejecutoras de salud del GORE Cajamarca, que en el año 2014 fueron 7 y al año 2018 fueron 10.

4.4.2. Muestra.

Conformada por las mujeres en edad fértil, que durante el año 2014 fueron 358,293 y 368,793 en el 2018, y las unidades ejecutoras de salud del GORE Cajamarca, que en el año 2014 fueron 7 y al año 2018 fueron

10, de las cuales se recolectó información de los años 2014 al 2018 para realizar el estudio.

4.4.3. Unidad de análisis.

Las mujeres afiliadas al SIS y las gestantes atendidas con parto institucional. Además, también se consideró a las 10 unidades ejecutoras del sector salud del GORE Cajamarca, así como a los EESS a su cargo; se examinó su gestión y los compromisos asumidos en el marco del CAP.

4.4.4. Unidades de observación.

Las variables, dimensiones e indicadores del estudio, que son: las mujeres afiliadas al SIS, la ejecución presupuestal en suministros médicos, la disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal en los EESS, así como el parto institucional en Cajamarca, entre los años 2014 y 2018.

4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

4.5.1. Técnica.

Se empleó el análisis documental, que es una técnica consistente en la revisión y evaluación sistémica de documentos escritos, tales como los informes de verificación y subsanación del CAP, del cual se obtuvieron los datos del nivel de cumplimiento de los indicadores y compromisos;

informes de la ENDES de la que se extrajo información de indicadores sanitarios a nivel departamental, y de la ENAHO de la que se extrajo información de la población afiliada al SIS, así como los datos del portal de transparencia y los documentos del MEF, del cual se extrajo información con respecto al presupuesto asignado y nivel de ejecución; todo ello con el objetivo de comprender las variables de estudio, siendo una forma efectiva de recopilar información (Medina, et al., 2023, p. 31).

4.5.2. Instrumento.

Se utilizó la ficha, que es una herramienta para describir la información extraída de documentos escritos, permitiendo la recopilación, así como la organización de manera eficiente (Medina, et al., 2023, pp. 46 - 47).

Para el estudio, se utilizaron los siguientes tipos de fichas:

- **Ficha bibliográfica:** Permitió almacenar la fuente de información por medio de la referencia bibliográfica, utilizada a lo largo del estudio para identificar las fuentes de información de las teorías, conceptos e información principal y complementaria.
- **Ficha textual:** Consistió en la transcripción de los textos consultados, que se utilizaron para identificar los aspectos claves en las palabras de los propios autores.

- Ficha resumen: En ella se plasmaron los datos principales del tema; se utilizó para describir cada uno de los documentos utilizados en el estudio.

4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Se empleó el análisis paramétrico, a través de la regresión lineal, debido a que el estudio analizó datos cuantitativos; este análisis permitió estimar la contribución de la variable CAP al PPSMN en la gestión pública del GORE Cajamarca; por esta razón se utilizó el programa STATA 15.1 (*Statistics/Data Analysis*), que es un software estadístico, completo e integrado que proporciona el análisis de los datos para su adecuada presentación e interpretación. Además, también se utilizó el Microsoft Excel para procesar la información, generar tablas y figuras de los indicadores.

4.7. Equipos, materiales, insumos, etc.

Se empleó libros, una computadora portátil, servicio de asesoramiento estadístico, servicio de internet, impresiones, fotocopiado, programa estadístico STATA 15.1 y Microsoft Excel, entre otros.

4.8. Matriz de consistencia metodológica

En la Tabla 2, se muestra la matriz de consistencia metodológica de la investigación:

Tabla 2

Matriz de consistencia metodológica.

Título: “Contribución del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN en la gestión del gobierno regional de Cajamarca, 2014-2018”								
Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones o factores	Indicadores o cualidades	Instrumento de recolección de datos	Metodología	Población y muestra
Pregunta General: ¿Cuál ha sido la contribución del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN en la gestión pública del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018?	Objetivo General: Estudiar la contribución del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN en la gestión pública del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018.	Hipótesis General: El Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN contribuyó en la mejora de la gestión del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018.	Variable 1: Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN.	Dimensión 1.1: Proceso de programación operativa.	Mujeres afiliadas al SIS.	Ficha	Método hipotético - deductivo. Método deductivo - inductivo. Método analítico - sintético. Método histórico. Método descriptivo. Método estadístico.	Población y muestra: Mujeres en edad fértil y las unidades ejecutoras de Salud del GORE Cajamarca.
				Dimensión 1.2: Proceso de soporte logístico.	Ejecución presupuestal.	Ficha		
				Dimensión 2.1: Producto priorizado del programa presupuestal.	Disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal.	Ficha		
Problemas Auxiliares: ¿Cómo fue el proceso de implementación y ejecución del Convenio de Apoyo Presupuestario al	Objetivos Específicos: Analizar el proceso de implementación y ejecución del Convenio de Apoyo Presupuestario al	Hipótesis Específica: Existe una relación directa positiva alta entre el Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN y la gestión	Variable 2: Gestión pública del sector salud del GORE Cajamarca.	Dimensión 2.1: Producto priorizado del programa presupuestal.	Parto institucional.	Ficha		

Título: “Contribución del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN en la gestión del gobierno regional de Cajamarca, 2014-2018”							
PPSMN, en el período 2014 - 2018?	PPSMN en el período 2014 - 2018.	pública del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018.					
¿Cómo ha sido la evolución de la gestión del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018?	Analizar la evolución de la gestión del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018.						
¿Cuál es la relación entre el Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN y la gestión pública del sector salud por parte del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018?	Determinar la relación entre el Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN y la gestión pública del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, en el período 2014 - 2018.						

Nota. La tabla muestra la matriz de consistencia metodológica de la tesis: “Contribución del CAP al PPSMN en la gestión del GORE de Cajamarca, 2014-2018”, que permitió verificar el grado de coherencia, así como la relación entre los componentes de la investigación.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Presentación de resultados

5.1.1. Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN en Cajamarca.

En el marco del “*Programa de Apoyo a la Política de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú - Componente de Apoyo Presupuestal*”, entre Bélgica y Perú, se suscribió el CAP al PPSMN, entre el MEF y el GORE Cajamarca, con el propósito de cooperar en el uso apropiado de los fondos públicos, para la correcta entrega de servicios en los EESS de Cajamarca, para alcanzar los resultados en el marco del PPSMN (Ministerio de Economía y Finanzas, 2014, p. 3).

El CAP parte con una vigencia de tres años, del año 2014 al 2016, con 11 millones de soles; mediante primera y segunda adenda al convenio, ampliaron su vigencia para los años 2017 y 2018, con 5.5 millones de soles, que corresponden a los saldos generados durante los años anteriores, debido a que no se cumplieron con las metas planteadas para realizar la transferencia total de los recursos.

En el CAP se establecieron compromisos de gestión e indicadores priorizados; por lo que los recursos asignados en el convenio fueron

distribuidos en un tramo fijo y un tramo variable respectivamente. Durante el primer año, el 100% de los recursos fueron asignados al tramo fijo; en el segundo año se pasó a un 70% al componente fijo y el 30% al componente variable. En los años siguientes, la composición fue de 30% fijo y 70% variable, como se establece en la tabla 3:

Tabla 3

Presupuesto total y distribución por tramos, en millones de soles.

AÑO	2014	2015	2016	2017	2018
Monto total	Niveles				
	0	1	2	3	4
	Convenio			Adenda 1	Adenda 2
Monto máximo	3	4	4	3.8	1.7
Distribución porcentual del presupuesto					
Componente tramo fijo	100%	70%	30%	30%	30%
Componente tramo variable	0%	30%	70%	70%	70%

Nota. Esta tabla muestra el presupuesto asignado al CAP, así como la distribución por niveles y la repartición en los tramos fijo y variable, evidenciando que, a partir del año 2016 el CAP enfocó los recursos para el cumplimiento de los indicadores priorizados, datos tomados de “*Convenio de CAP al PPSMN entre el MEF, a través de la DGPP y el GORE de Cajamarca (Adenda Primera y Segunda)*”, por MEF, 2014.

De acuerdo con el porcentaje alcanzado respecto a las metas establecidas para los indicadores priorizados, se realizaría la transferencia de recursos del tramo variable. Asimismo, de acuerdo con los informes de cumplimiento de los compromisos de gestión, correspondientes al tramo fijo, se realizaría la transferencia de recursos, asignando el 100% si se cumplieran los criterios sin observaciones y solo el 60% si se presentaran observaciones, tal como se refleja en la tabla 4:

Tabla 4

Distribución por tramos, según nivel de cumplimiento.

AÑO	2014	2015	2016	2017	2018
TIPO DE TRAMO	Niveles				
	0	1	2	3	4
	Convenio			Adenda 1	Adenda 2
Tramo variable					
<i>Porcentaje de avance de meta de indicadores (Tramo variable)</i>					
Igual o mayor a 90%	-	100%	100%	100%	100%
Igual o mayor a 75%	-	75%	75%	75%	75%
Igual o mayor a 50%	-	50%	50%	50%	50%
Menos que 50%	-	0%	0%	0%	0%
Tramo fijo					
<i>Reporte del Informe de Cumplimiento del Convenio (Tramo Fijo)</i>					
Sin Observaciones	100%	100%	100%	100%	100%
Con Observaciones	60%	60%	60%	60%	60%

Nota. Esta tabla muestra la distribución porcentual por tramos de los recursos asignados al CAP, respecto al nivel de cumplimiento; evidenció que, a mayor cumplimiento de las metas de los indicadores, mayor debió ser la proporción de recursos a transferir al GORE. Asimismo, de no presentarse observaciones en los informes, se debía transferir el 100% de los recursos del tramo fijo, datos tomados de “*Convenio de CAP al PPSMN entre el MEF, a través de la DGPP y el GORE de Cajamarca (Adenda Primera y Segunda)*”, por MEF, 2014.

A continuación, se detallan los compromisos de gestión, los indicadores priorizados y las transferencias financieras recibidas por el GORE de Cajamarca, en el marco del CAP:

5.1.1.1. Compromisos de Gestión.

En el CAP se establecieron diversos compromisos de gestión, los cuales estuvieron referidos a cuatro procesos (ver Anexo 1). A continuación, se detallan los mismos:

- a) **Proceso de programación operativa:** El CAP para este proceso identificó tres subprocesos críticos, que requerían intervención para su mejora, siendo los siguientes:

- *Elaboración del plan de producción:* Se buscó que los niños y niñas se encuentren registrados en el padrón nominal, que cuenten con Certificado de Nacido Vivo electrónico, DNI y SIS, a la vez que las gestantes estuvieran registradas en el padrón de beneficiarias y estuvieran afiliadas al SIS; a través de estos criterios se procuró identificar y cuantificar de manera adecuada la población a ser atendida en el marco del PPSMN, lo que permitió establecer la meta física, requisito indispensable para iniciar de manera adecuada la programación de bienes, servicios, equipos y recurso humano.
- *Formulación del proyecto de presupuesto:* Se buscó que el GORE contara con programación de recursos presupuestales para la compra de los insumos necesarios para la entrega a la población de los productos priorizados. Asimismo, que se encontraran reflejados en el cuadro de necesidades de la entidad para su posterior adquisición y entrega en los EESS.
- *Capacidad disponible:* Se buscó que, en los EESS, el personal estuviera inscrito y conciliado en el SIGA, AIRHSP y así como en el MCPP, además de que se contara con disponibilidad de recurso humano; fue a través de estos criterios que se buscó tener información para mejorar las decisiones en relación con la reorganización y/o contratación de recurso humano en los EESS, a fin de garantizar la atención de los pacientes.

Los criterios establecidos para el proceso de programación operativa por nivel del CAP, así como el nivel de cumplimiento alcanzado según el informe de verificación y subsanación, se detallan en el Anexo 2.

Para la evaluación de la programación operativa en la investigación, se estableció como indicador el porcentaje de mujeres afiliadas al SIS, el mismo que se detalla a continuación:

- **Afiliación al Seguro Integral de Salud:** El SIS es una entidad del MINSA, creada con el propósito de gestionar los fondos públicos destinados a financiar las atenciones en salud (Ley N° 27657, 2002, p. 17).

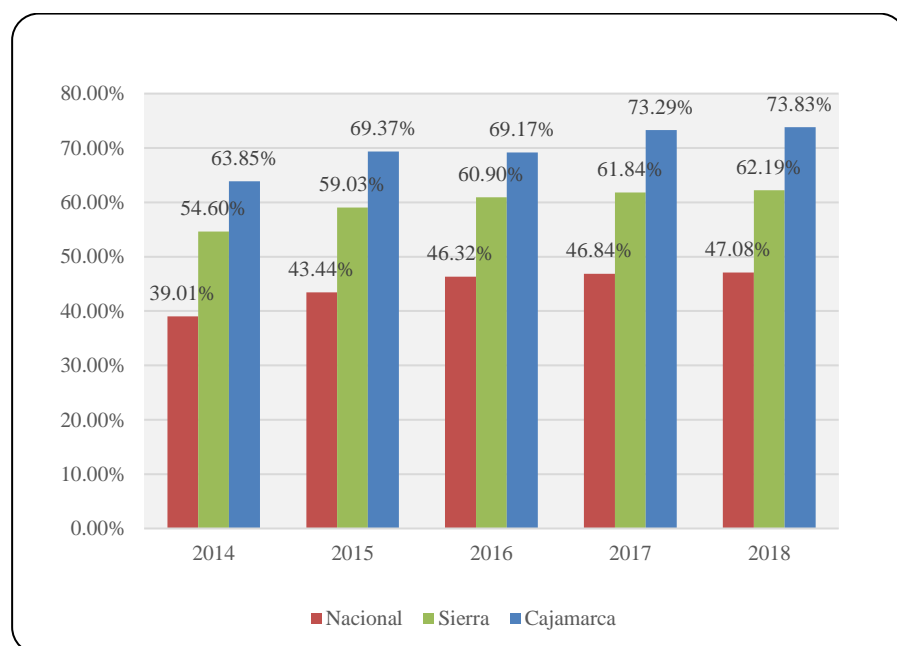
El SIS tiene como propósito proteger la salud de los ciudadanos que no cuenten con seguro de salud, primando a la población en situación de pobreza, brindando protección financiera a través de los regímenes subsidiado y semicontributivo¹(Resolución Jefatural N° 057-2019/SIS, 2019, p. 6). Es a través del SIS que la población puede acceder de manera gratuita a los servicios de salud brindados por los EESS a cargo del MINSA y GORE, por lo que ahí radicaba la importancia de ampliar el porcentaje de población afiliada al SIS, a fin de asegurar el acceso a los servicios de salud.

¹ Vigentes al año 2018

Según la ENAHO, elaborada por el INEI, arroja que a nivel nacional la población con SIS pasó de un 39% en el año 2014 a un 47.1% al año 2018. Asimismo, en la región sierra pasa de un 54.6% del año 2014 al 62.2% al año 2018. En lo que respecta al departamento de Cajamarca, se visualiza que alcanzó un porcentaje superior al nacional y a la región sierra, pasando de 63.8% en el año 2014 al 73.8% en el año 2018, tal como lo evidencia la figura 9:

Figura 9

Afiliación al SIS, 2014 - 2018, nivel nacional.



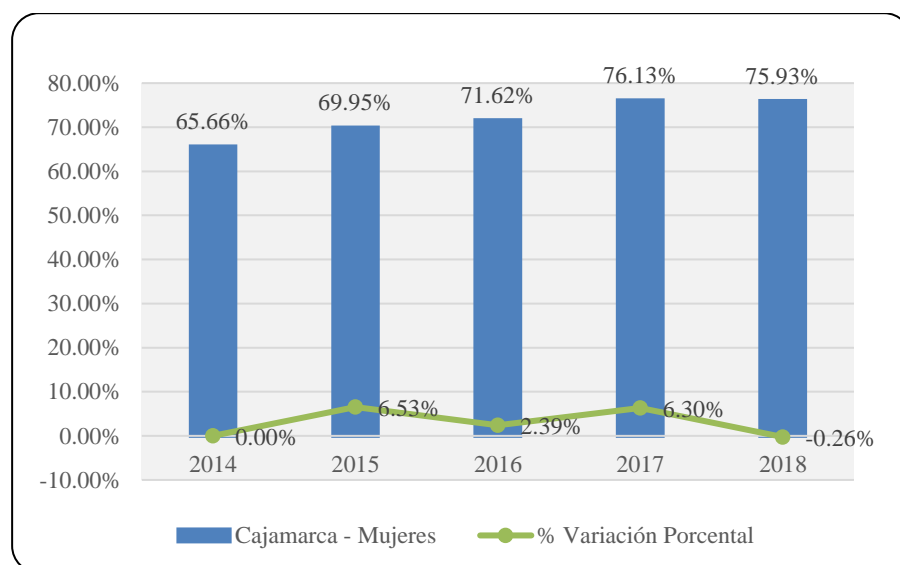
Nota. Esta figura muestra la comparación del porcentaje de población de sexo femenino afiliada al SIS, a nivel nacional, en la zona sierra y en el departamento de Cajamarca, del año 2014 al 2018, observándose que Cajamarca está por encima del promedio nacional, llegando al 2018 a un 73.83%, datos tomados del INEI de la ENAHO (<https://m.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/acceso-a-seguro-de-salud-7994/>).

En lo que corresponde a la población objetivo del PPSMN, las mujeres afiliadas al SIS en Cajamarca, durante el año 2014 fue del 65.66%, con un incremento del 6.5% para el año 2015, de 2.38% para el año 2016, de 6.30% para el año 2017, llegando al 75.93% al año 2018, lo que evidenció las mejoras en el acceso de la población más vulnerable a los servicios de salud, debido a que las gestantes pueden atenderse bajo la cobertura del SIS en los diversos EESS, superando de esta manera las barreras de índole económico, que son de las principales limitantes para la atención de pacientes.

Asimismo, este incremento de la población afiliada representa la puerta de entrada de los recién nacidos y el entorno familiar para la atención oportuna de diversas patologías, además de permitir cuantificar de manera adecuada la meta física, y por ende determinar la cantidad necesaria de bienes y servicios para la entrega de los productos en el marco del PPSMN, así como su posterior adquisición, de manera oportuna y al menor costo.

Figura 10

Afiliación de mujeres al SIS, 2014 - 2018, departamento de Cajamarca.



Nota. Esta figura muestra la comparación del porcentaje de población de sexo femenino afiliada al SIS de Cajamarca y la variación porcentual anual, del año 2014 al 2018, mostrando un incremento durante los tres primeros años, llegando al 75.93% al año 2018, datos tomados del INEI de la ENAHO (<https://m.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/acceso-a-seguro-de-salud-7994/>).

b) Proceso de soporte logístico: El CAP para este proceso identificó dos subprocesos críticos, que requerían intervención para su mejora, siendo los siguientes:

- *Adquisición:* Se buscó que las específicas de gasto del PIM en el PPSMN coincidieran con las del cuadro de necesidades del SIGA. A su vez, que los activos fijos priorizados contaran con especificaciones técnicas estandarizadas; asimismo, que los procesos de selección del SEACE se encontraran en el SIGA y se ejecutaran de manera oportuna, que el presupuesto de suministros médicos contara con certificación y compromiso

tanto en el SIGA como en el SIAF. Por último, que las órdenes de compra fueran entregadas al almacén de manera oportuna.

Con estos criterios, se buscaba garantizar los recursos necesarios para la adquisición de bienes y servicios para la atención de pacientes, con prioridad en los suministros médicos. Asimismo, que los procesos fueran convocados de manera oportuna, y que los bienes y servicios fueran entregados en los plazos establecidos. Esto permitió el uso adecuado y oportuno de los sistemas informáticos del Estado, con el propósito de asegurar los bienes y servicios necesarios para la atención de los pacientes en el marco del PPSMN.

- *Almacén y distribución:* Se buscó que los EESS contaran con insumos críticos y equipamiento que aseguraran la atención de los productos priorizados. Asimismo, que dispusieran de recurso humano para la atención a la población y, por último, que los Establecimientos Estratégicos contaran con saneamiento físico legal; lo mencionado tuvo como objetivo garantizar la distribución de los insumos y equipos para la atención. Asimismo, al contar con saneamiento físico legal, se garantizaría la continuidad del funcionamiento de los EESS, además de permitir su intervención por parte del Estado de ser necesario.

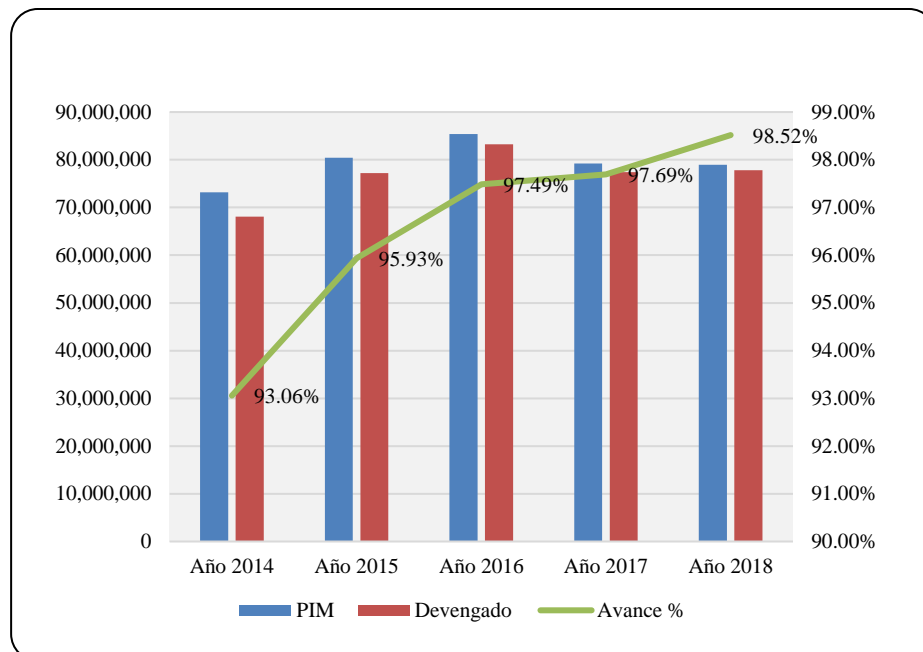
Los criterios establecidos para el proceso de soporte logístico por nivel del CAP, así como el nivel de cumplimiento de acuerdo con los informes de verificación y subsanación, se detallan en el Anexo 3.

En la presente investigación para la dimensión soporte logístico, se evaluó como indicadores la ejecución presupuestal y la disponibilidad de insumos, equipamiento y personal, según detalle siguiente:

- **Ejecución presupuestal en el PPSMN:** Según la información del MEF, el GORE destinó al financiamiento de las actividades del PPSMN, durante el año 2014, S/ 73,167,648.00, ejecutando el 93.06% de dichos recursos. En el año 2015, destinó S/ 80,446,872.00, ejecutando el 94.69%; en el 2016, la suma de S/ 85,311,455.00, con una ejecución del 97.49%; en el año 2017, se destinó el monto de S/ 79,068,587.00, con una ejecución del 97.74%; y en el año 2018, la suma de S/ 77,916,845.00, con una ejecución del 98.75%. A lo largo de los cinco años de la investigación se observó un aumento en el porcentaje de ejecución, pasando del 93.06% en 2014 al 98.75% en 2018, tal como se ilustra en la figura 11:

Figura 11

Ejecución presupuestal del PPSMN, 2014 - 2018, GORE Cajamarca.

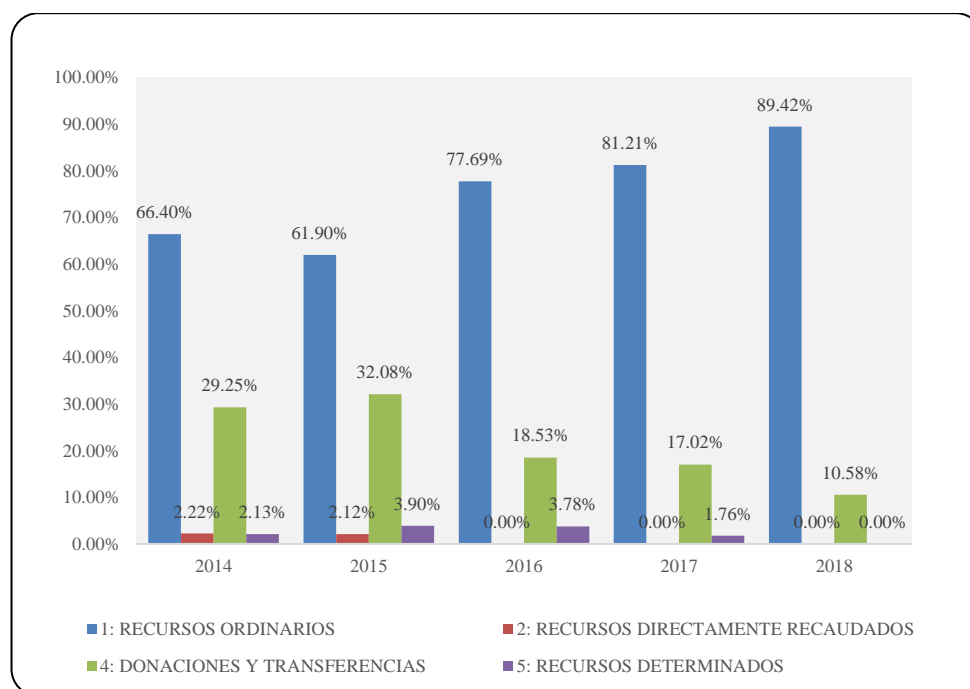


Nota. Esta figura muestra la comparación del PIM, devengado y porcentaje de ejecución presupuestal del GORE Cajamarca en el PPSMN, entre los años 2014 al 2018, donde se observa que al año 2018, se ejecutó el 98.52%, siendo superior a los años anteriores, datos tomados de la consulta amigable del MEF (<https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>).

Resulta importante conocer cómo estuvo conformado el presupuesto del PPSMN, por fuente de financiamiento (ver Apéndice 1); se evidenció que el mayor porcentaje proviene de recursos ordinarios, seguido por donaciones y transferencias. Estos últimos recursos provienen principalmente de las transferencias financieras realizadas por el SIS, destinadas a financiar las atenciones de sus asegurados en los EESS a cargo del GORE. Seguidamente, se ilustra la composición del presupuesto por fuente de financiamiento:

Figura 12

PIM de PPSMN, por fuente de financiamiento, 2014 - 2018, GORE Cajamarca.

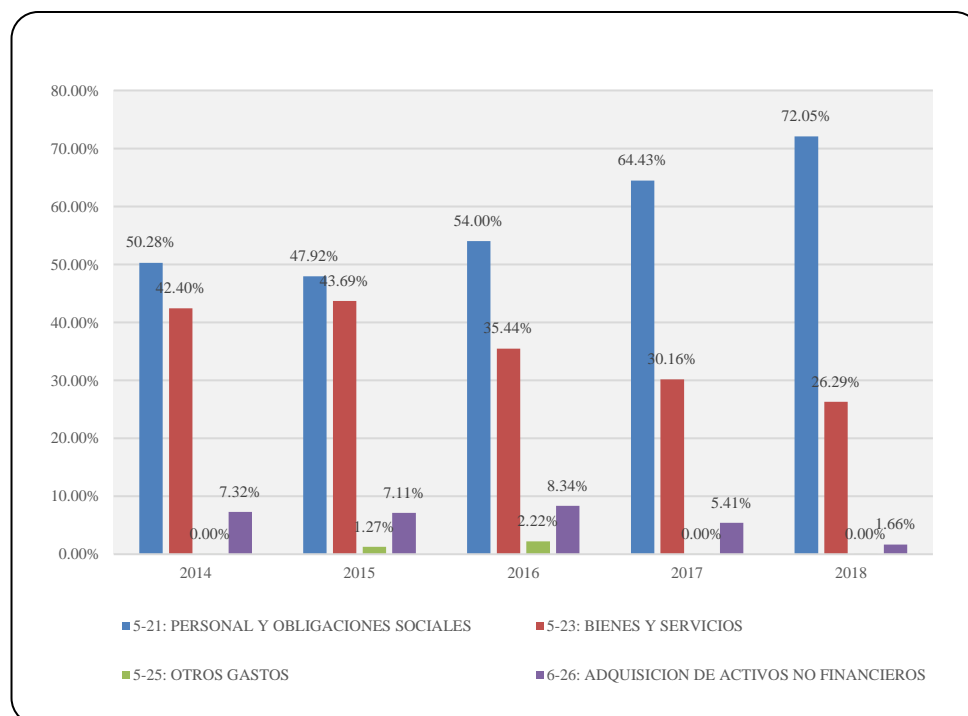


Nota. Esta figura muestra el presupuesto, desagregado por fuente de financiamiento en el PPSMN del GORE Cajamarca, entre los años 2014 al 2018, evidenciándose que los recursos ordinarios es la fuente de financiamiento que en mayor medida contribuye al presupuesto del GORE, datos tomados de la consulta amigable del MEF.

En lo que respecta a la composición del presupuesto por genérica de gasto (ver Apéndice 2), el mayor porcentaje de recursos fue destinado al financiamiento para el pago de personal, seguido por los recursos asignados para la adquisición de bienes y servicios, entre otros gastos; seguidamente, se muestra el desglose por genérica de gasto:

Figura 13

PIM de PPSMN, por genérica de gasto, 2014 - 2018, GORE Cajamarca.



Nota. Esta figura muestra la comparación de la ejecución presupuestal, por genérica de gasto en el GORE Cajamarca, entre los años 2014 al 2018, evidenciando que el mayor monto ejecutado corresponde al pago de personal, datos tomados de la consulta amigable del MEF.

Para la investigación, se utilizó como indicador el porcentaje de recursos ejecutados destinados a la adquisición de insumos, medicamentos e instrumental médico, agrupados en la partida de gasto 23.18. Suministros médicos, respecto del gasto en bienes y servicios del PPSMN. Se evidenció que, durante el año 2014, el 24.21% de los recursos ejecutados en bienes y servicios del PPSNM, se destinó a la adquisición de suministros médicos; mientras que, para el año 2018, se destinó el 33.98%, como se evidencia a continuación:

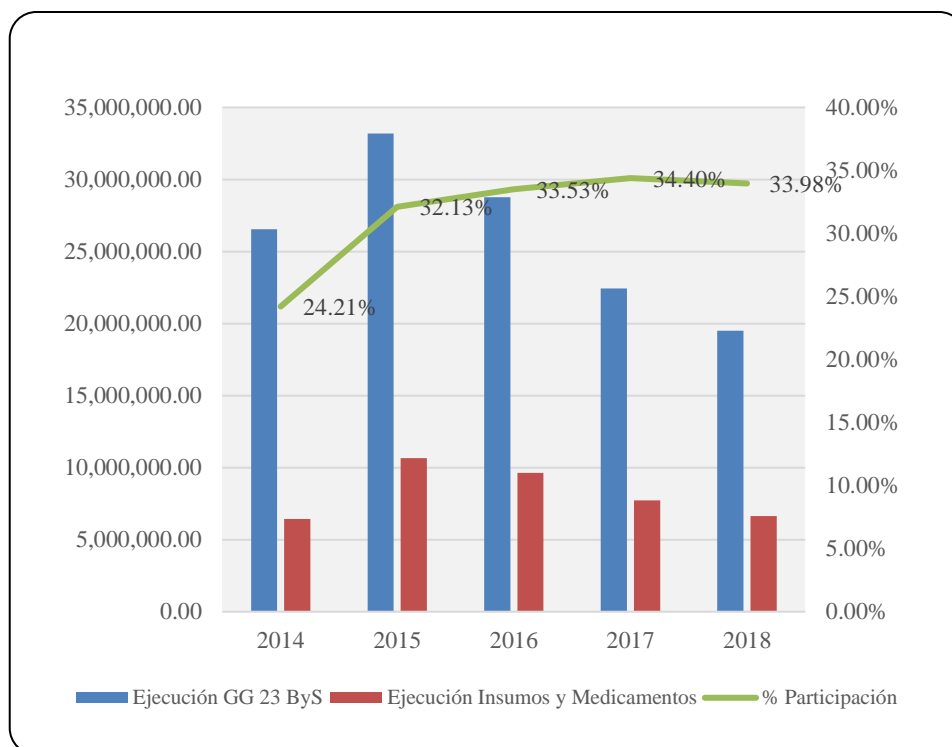
Tabla 5*Ejecución presupuestal del PPSMN, 2014 - 2018, GORE Cajamarca.*

Genérica de Gasto / Partida de Gasto	PIA	PIM	Ejecución
Año de Ejecución: 2014			
2.3. Bienes y servicios	10,414,555	30,631,031	26,555,062
2.3.1.8: Suministros médicos	1,616,264	8,067,892	6,428,801
<i>% Participación</i>			24.21%
Año de Ejecución: 2015			
2.3. Bienes y servicios	9,989,460	35,150,306	33,193,375
2.3.1.8: Suministros médicos	1,921,019	11,216,673	10,663,448
<i>% Participación</i>			32.13%
Año de Ejecución: 2016			
2.3. Bienes y servicios	8,627,671	30,267,098	28,770,626
2.3.1.8: Suministros médicos	548,029	10,188,002	9,645,774
<i>% Participación</i>			33.53%
Año de Ejecución: 2017			
2.3. Bienes y servicios	11,016,681	23,662,090	22,442,725
2.3.1.8: Suministros médicos	671,627	8,488,612	7,719,692
<i>% Participación</i>			34.40%
Año de Ejecución: 2018			
2.3. Bienes y servicios	15,121,827	20,619,254	19,511,672
2.3.1.8: Suministros médicos	1,537,178	7,381,368	6,629,180
<i>% Participación</i>			33.98%

Nota. Esta tabla muestra el PIM y la ejecución presupuestal destinada a bienes y servicios, así como la proporción de los recursos ejecutados, destinados a la partida de gasto 23.18. Suministros médicos en el PPSMN del GORE Cajamarca, se evidenció un considerable incremento en la proporción de recursos ejecutados destinados a suministros médicos pasando del 24.21% en el año 2014 al 33.98% en el año 2018, datos tomados de la consulta amigable de gasto del MEF.

Figura 14

Ejecución presupuestal del PPSMN, 2014 - 2018, GORE Cajamarca.



Nota. Esta figura muestra la comparación de la ejecución presupuestal destinada a la genérica de gasto 23 Bienes y servicios, y la proporción de los recursos ejecutados destinados a la partida de gasto 23.18. Suministros médicos en el PPSMN del GORE Cajamarca, datos tomados de la consulta amigable de gasto del MEF.

Para el estudio, se consideró como indicador de soporte logístico el porcentaje de recursos ejecutados destinados a la partida de gasto 23.18 Suministros médicos, debido a que este reflejó la importancia que el GORE asignó al financiamiento de los insumos y medicamentos para la atención de la población objetivo en el marco del PPSMN.

- **Disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal:**

El CAP evaluó la disponibilidad de medicamentos e insumos críticos según los parámetros establecidos por el MINSA para la

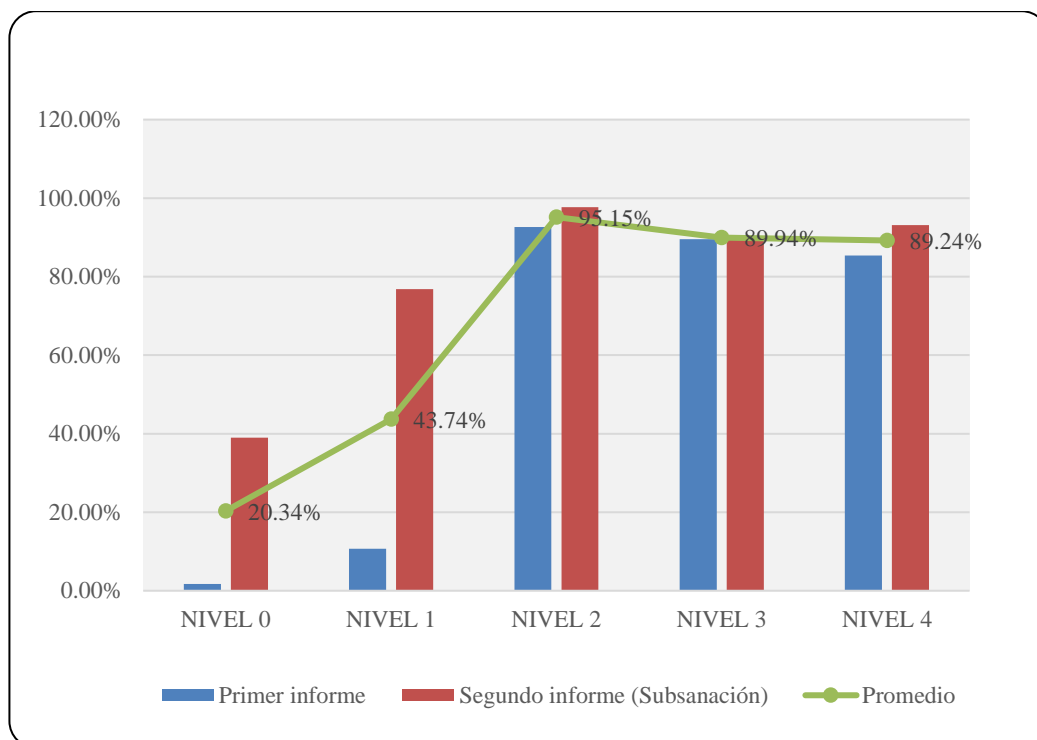
atención de productos priorizados² en los EESS de los quintiles 1 y 2; para ello se tuvo en cuenta la categoría y meta física establecida en las unidades ejecutoras del GORE.

La disponibilidad de medicamentos e insumos críticos se evaluó con base en la información del SISMED. A su vez se evaluó el equipamiento de determinados productos que estableció el CAP, con base en la información extraída del SIGA. Por lo que, de acuerdo con los informes de evaluación y de subsanación del CAP, en el nivel 0 se obtuvo un promedio de disponibilidad de insumos y equipamiento, entre el primer informe y el informe de subsanación de 20.34%, mientras que para el nivel 4 este promedio fue de 89.24%.

² Control pre natal, atención del parto y la planificación familiar.

Figura 15

CAP, Disponibilidad de insumos y equipamiento para productos priorizados, 2014 - 2018.



Nota. Esta figura muestra la comparación del porcentaje de disponibilidad de insumos y equipamiento para productos priorizados en el CAP, según la evaluación del primer y segundo informe, en el período 2014 - 2018, datos tomados de los “*Informes de Verificación y de Subsanación al Cumplimiento de Compromisos del CAP al PPSMN*”.

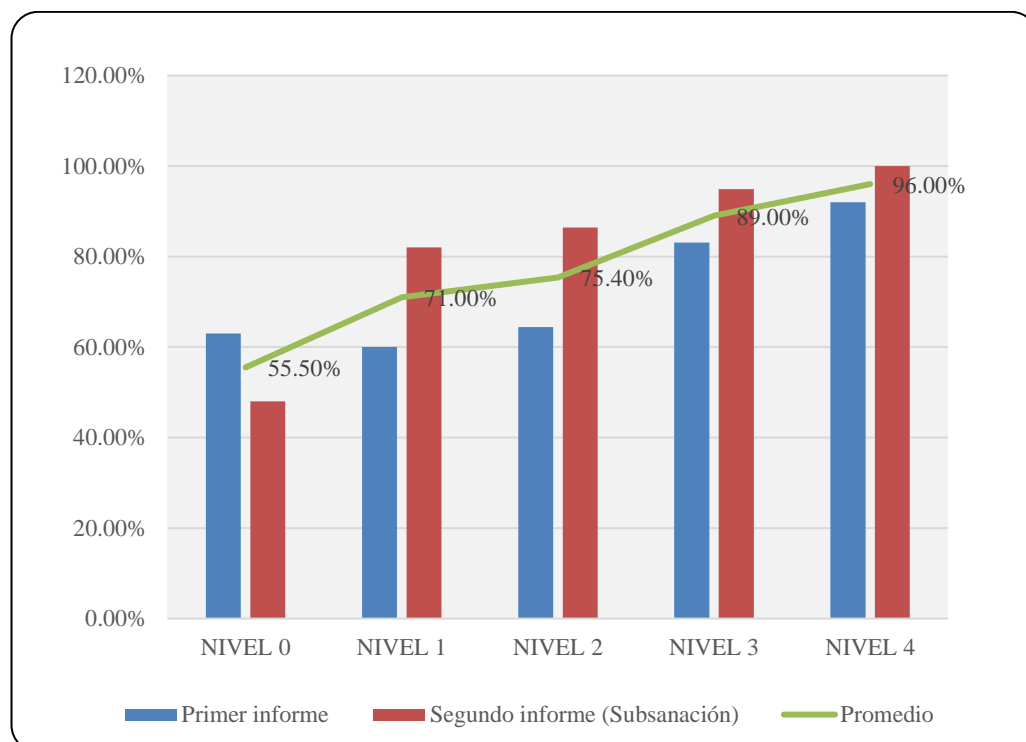
En lo que respecta a la disponibilidad de personal para la atención de pacientes, el CAP comenzó evaluando que se cuente con la meta física en el SIGA para determinados subproductos³. Posteriormente, se analizaron las atenciones diarias registradas por el personal, según datos del HIS, estimándose el número promedio de días por persona disponible de manera mensual. Este resultado se comparó con el estándar establecido y condiciones del CAP, lográndose una disponibilidad promedio entre el primer

³ Niño menor de 1 año con vacuna completa y atención de la gestante.

informe y el informe de subsanación del 55.50% para el nivel 0 y del 96% para el nivel 4.

Figura 16

CAP, Disponibilidad de personal para productos priorizados, 2014 - 2018.

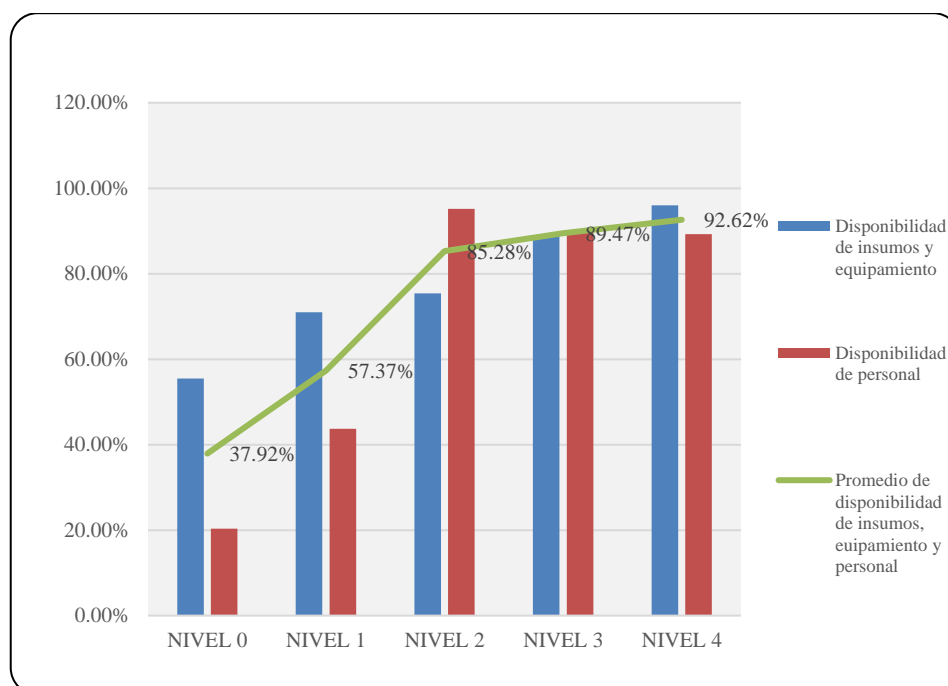


Nota. Esta figura muestra la comparación del porcentaje de disponibilidad de personal para productos priorizados en el CAP, según evaluación del primer y el segundo informe de verificación, del período 2014 - 2018, datos tomados de los “*Informes de Verificación y de Subsanación al Cumplimiento de Compromisos del CAP al PPSMN*”.

En el período analizado, la disponibilidad promedio de insumos, equipamiento y personal comenzó con un 37.92%, alcanzando al final del convenio un 92.62%.

Figura 17

CAP, Disponibilidad de insumos, equipamiento y personal para productos priorizados, 2014 - 2018.



Nota. Esta figura muestra la comparación del porcentaje de disponibilidad promedio de insumos, equipamiento y personal, desde el nivel 0 hasta el nivel 4 del CAP, datos tomados de los “*Informes de Verificación y de Subsanación al Cumplimiento de Compromisos del CAP al PPSMN*”.

c) Proceso de organización: En el CAP para este proceso se identificó tres subprocesos críticos, que requerían intervención para su mejora, siendo los siguientes:

- *Organización para entregar el servicio al ciudadano:* Se buscó que los EESS cuenten con una matriz que garantizara el acceso a menos de dos horas para la atención del parto y cesárea.
- *Organización para producir los servicios:* Se buscó que, a través de los documentos de gestión se regularizaran los

procedimientos para la entrega de los productos, así como las responsabilidades de los diversos actores. Asimismo, que hayan implementado un plan de comunicación.

- *Articulación y coordinación:* Se buscó que el GORE cuente con acuerdos y convenios interinstitucionales, que permitieran disponer de un padrón nominal de gestantes y mujeres en edad fértil.

Los criterios establecidos para el proceso de organización por nivel del CAP, así como el nivel de avance alcanzado en la verificación y subsanación, se describen en el Anexo 4. Cabe mencionar que este proceso no ha sido considerado como dimensión para el análisis de la investigación.

- d) Proceso de supervisión, seguimiento y evaluación:** En el CAP, para este proceso se identificaron dos subprocesos críticos, que requerían intervención para su mejora, siendo los siguientes: *Subproceso crítico - Análisis de datos*, que buscó que el GORE tuviera una base de datos adecuada de los indicadores del PPSMN; y en el *Subproceso crítico - Transparencia de la información*, buscó que el GORE publicara los indicadores y compromisos de gestión de manera oportuna.

Los criterios establecidos para el proceso de seguimiento, así como el avance en el cumplimiento en la verificación y subsanación,

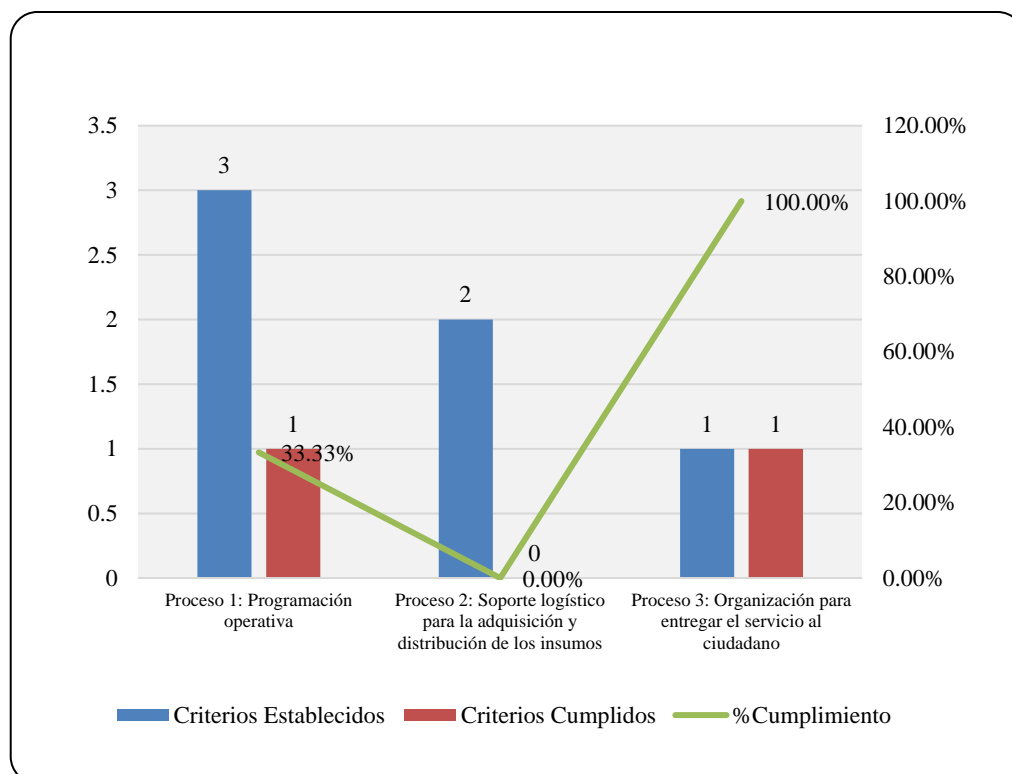
por nivel del CAP, se detallan en el Anexo 5. Cabe precisar que este proceso no ha sido considerado como una dimensión para el análisis de la investigación.

De la evaluación efectuada por la DGPP del MEF, se evidenció significativas mejoras en el cumplimiento de los compromisos de gestión asumidos en el CAP a lo largo de los años.

En el año 2014, en el Nivel 0 del CAP, se establecieron compromisos de gestión enfocados en la mejora de tres procesos. En lo que respecta al proceso de programación operativa, se establecieron tres criterios, de los cuales se cumplió uno. En el proceso de soporte logístico, se establecieron dos compromisos, pero no se lograron cumplir. Respecto al proceso de organización, se estableció un compromiso, el cual se cumplió, tal como se muestra a continuación:

Figura 18

CAP, Cumplimiento de criterios de compromisos de gestión, Nivel 0.

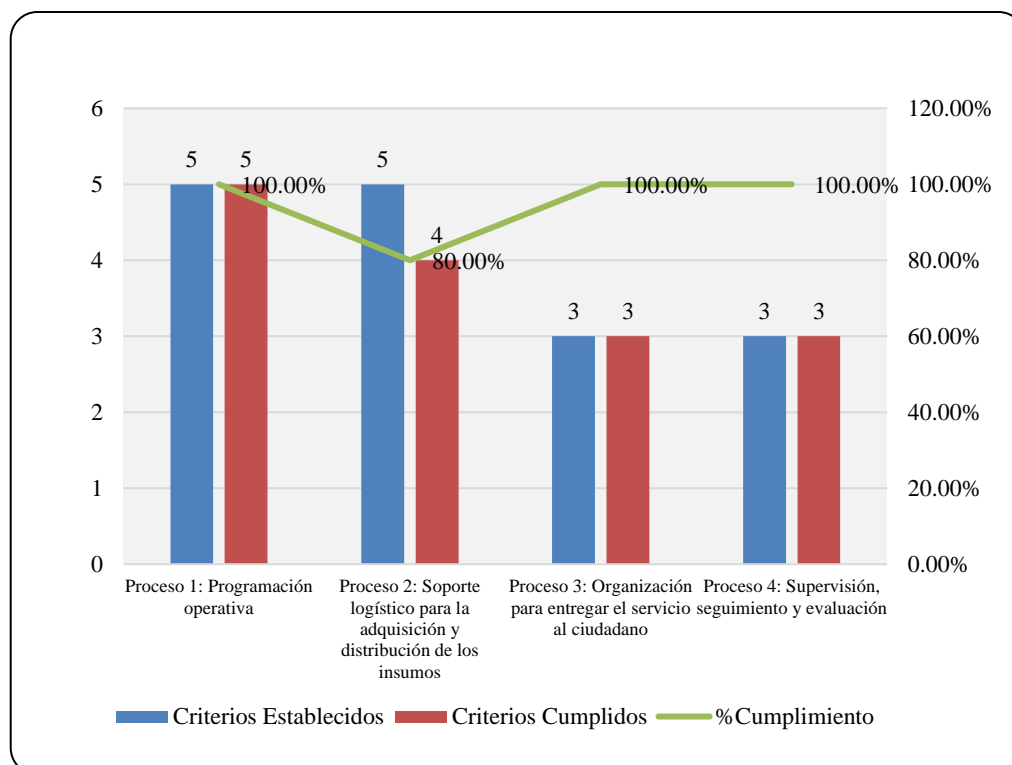


Nota. Esta figura muestra la comparación del porcentaje de criterios cumplidos por tipo de proceso de los compromisos de gestión en el Nivel 0 del CAP, datos tomados de los “*Informes de Verificación y de Subsanción al Cumplimiento de Compromisos del CAP al PPSMN*”.

En el nivel 1, se establecieron compromisos de gestión enfocados en cuatro procesos. En lo que respecta a la programación operativa, se establecieron cinco criterios, los cuales fueron cumplidos en su totalidad. En el proceso de soporte logístico, se establecieron cinco criterios, de los cuales se cumplieron cuatro. En el proceso de organización, se establecieron tres criterios y se cumplieron la totalidad. Por último, en el proceso de supervisión, se establecieron tres criterios y también se cumplieron en su totalidad, tal como se muestra a continuación:

Figura 19

CAP, Cumplimiento de criterios de compromisos de gestión, Nivel 1.

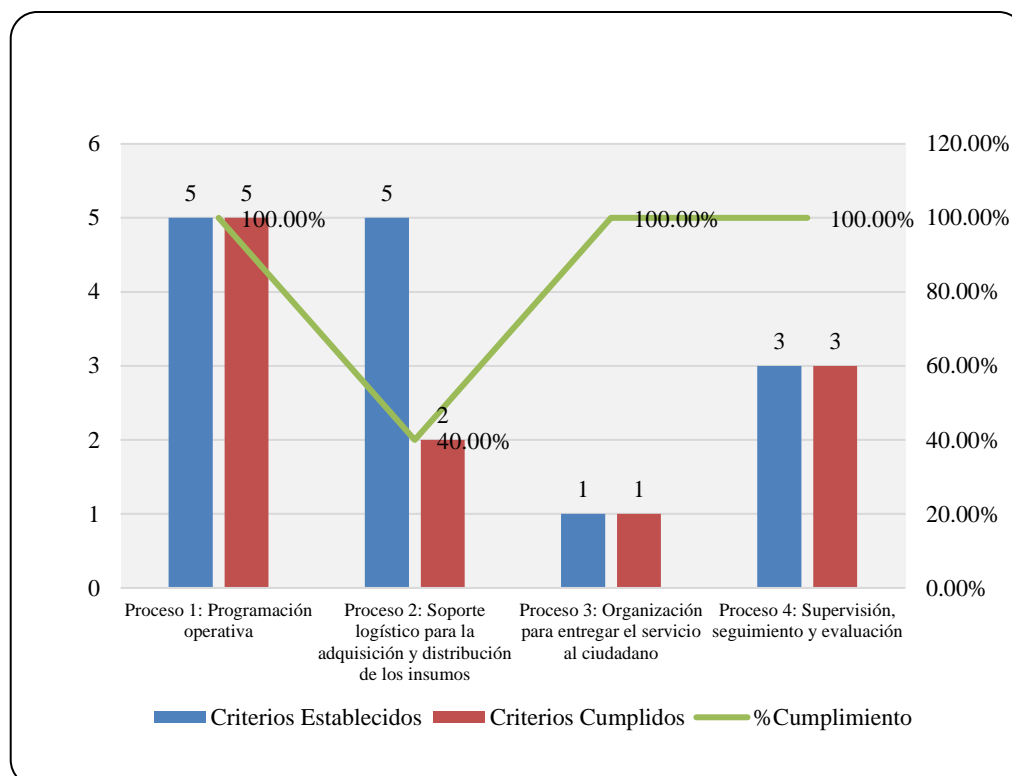


Nota. Esta figura muestra la comparación del porcentaje de criterios cumplidos por tipo de proceso de los compromisos de gestión en el nivel 1 del CAP, datos tomados de los “*Informes de Verificación y de Subsanción al Cumplimiento de Compromisos del CAP al PPSMN*”.

En el nivel 2, para el proceso de programación operativa se establecieron cinco criterios, que se cumplieron en su totalidad. Para el proceso de soporte logístico, se establecieron cinco criterios, cumpliéndose con dos. En el proceso de organización, se estableció un criterio y se cumplió con el mismo. Finalmente, en el proceso de supervisión, se establecieron tres criterios y se cumplieron en su totalidad, tal como se muestra a continuación:

Figura 20

CAP, Cumplimiento de criterios de compromisos de gestión, Nivel 2.

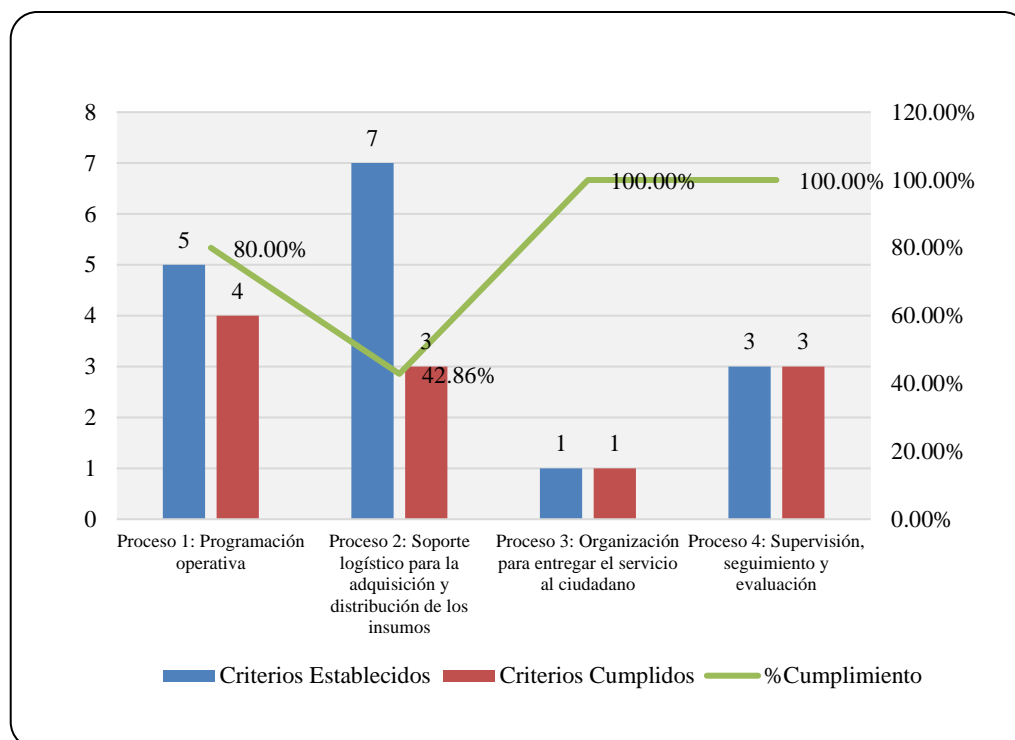


Nota. Esta figura muestra la comparación del porcentaje de criterios cumplidos por tipo de proceso de los compromisos de gestión en el nivel 2 del CAP, datos tomados de los “*Informes de Verificación y de Subsanción al Cumplimiento de Compromisos del CAP al PPSMN*”.

En el nivel 3, en el proceso de programación operativa se establecieron cinco criterios, de los cuales se cumplieron cuatro. Para el proceso de soporte logístico, se establecieron siete criterios, cumpliéndose solo con tres. En el proceso de organización, se estableció un criterio y se cumplió con el mismo; y en el proceso de supervisión, se establecieron tres criterios y se cumplieron con todos, tal como se muestra a continuación:

Figura 21

CAP, Cumplimiento de criterios de compromisos de gestión, Nivel 3.

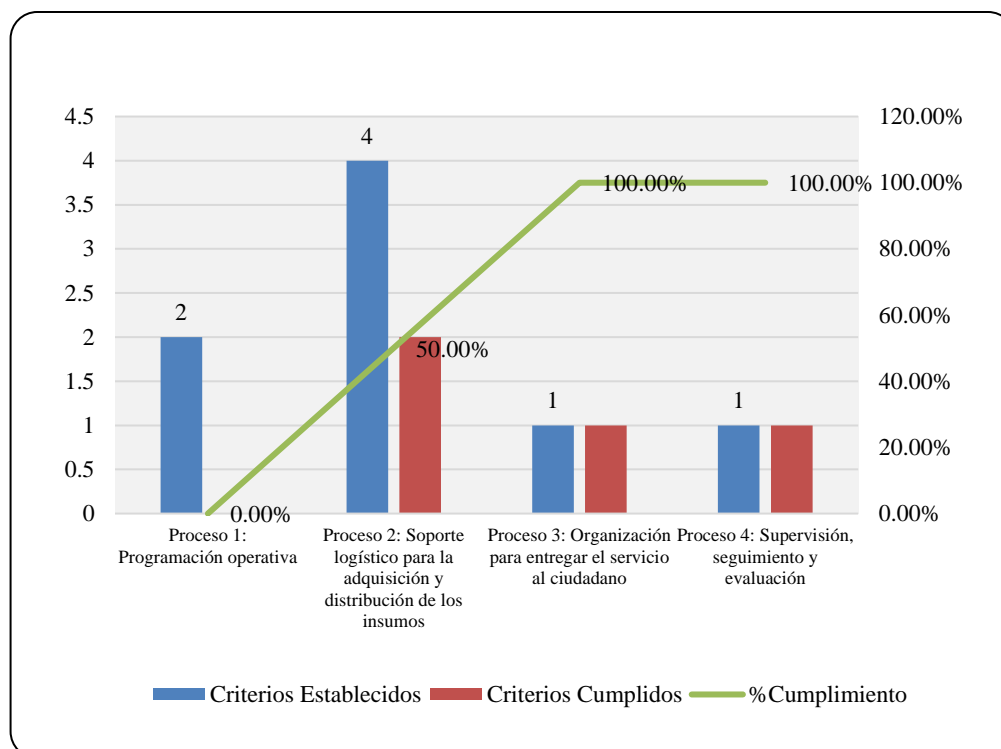


Nota. Esta figura muestra la comparación del porcentaje de criterios cumplidos por tipo de proceso de los compromisos de gestión en el nivel 3 del CAP, datos tomados de los “*Informes de Verificación y de Subsanción al Cumplimiento de Compromisos del CAP al PPSMN*”.

En el nivel 4, en la programación operativa se establecieron dos criterios, que no se lograron cumplir. Para el proceso de soporte logístico, se establecieron cuatro criterios, cumpliéndose con dos. En el proceso de organización, se estableció un criterio, el mismo que fue cumplido; y en el proceso de supervisión, se estableció un criterio y también se cumplió, tal como se muestra a continuación:

Figura 22

CAP, Cumplimiento de criterios de compromisos de gestión, Nivel 4.

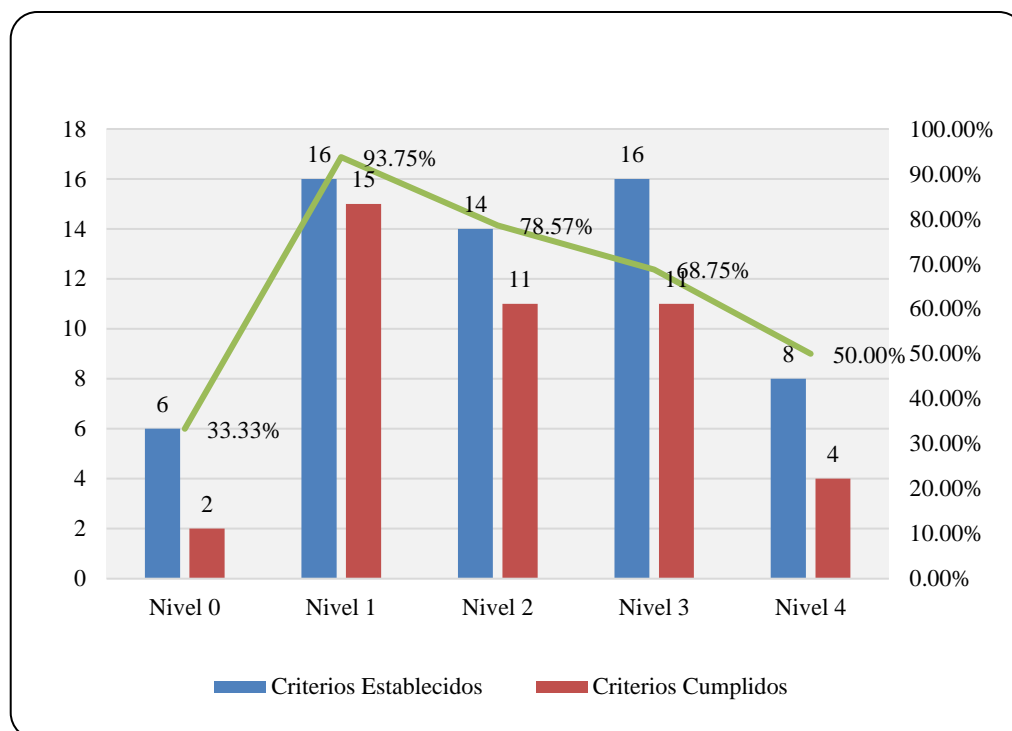


Nota. Esta figura muestra la comparación del porcentaje de criterios cumplidos por tipo de proceso de los compromisos de gestión en el nivel 4 del CAP, datos tomados de los “*Informes de Verificación y de Subsanación al Cumplimiento de Compromisos del CAP al PPSMN*”.

El cumplimiento por nivel del CAP evidenció mejoras, partiendo de un 33.33% de criterios cumplidos en el primer año, hasta un 83.75% en el segundo año. En el tercer año, solo se logró el 78.57%; siendo menos criterios evaluados, pero un nivel de exigencia mayor al año anterior, caso similar para el cuarto año que solo se logró el 68.75%. Finalmente, en el último año de los ocho criterios establecidos, se cumplieron con la mitad de ellos, como se observa a continuación:

Figura 23

CAP, Cumplimiento de criterios de compromisos de gestión, según nivel.

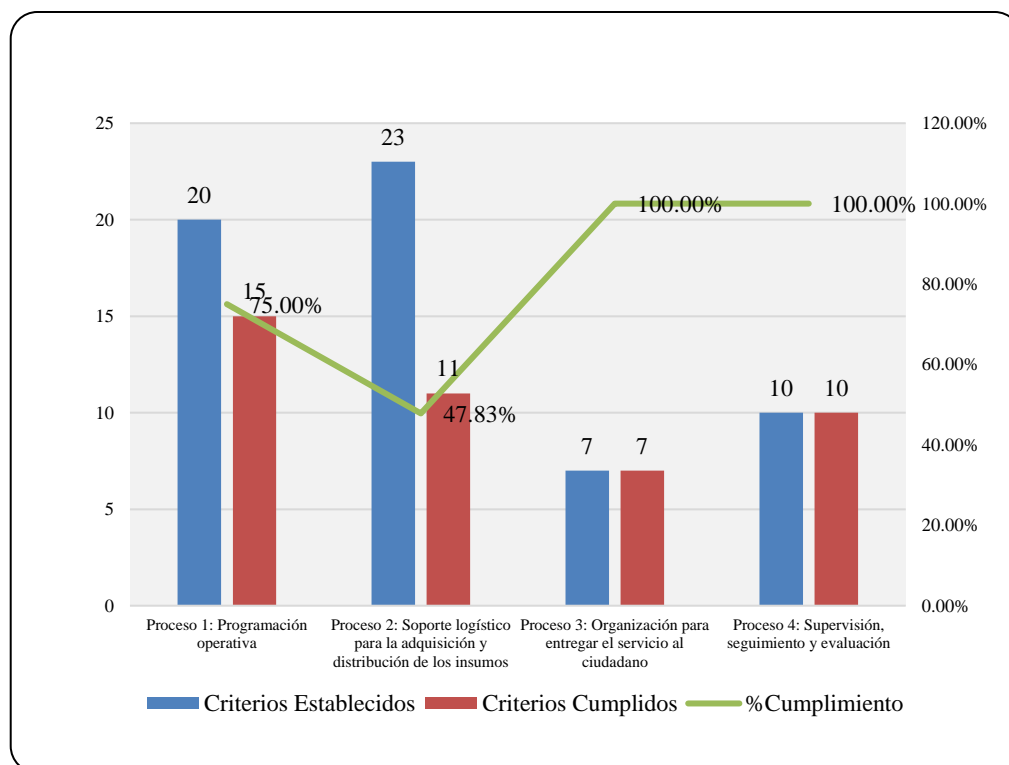


Nota. Esta figura muestra la comparación del porcentaje de criterios cumplidos de los compromisos de gestión por niveles del CAP, datos tomados de los “*Informes de Verificación y de Subsanción al Cumplimiento de Compromisos del CAP al PPSMN*”.

En total, durante la vigencia del CAP, se establecieron 60 criterios, de los cuales se cumplió con 43, lo que representó un 71.67% de cumplimiento por proceso. En la programación operativa de los 20 criterios, se cumplió con el 75%; en el proceso de soporte logístico, de los 23 criterios, se cumplió con el 47.83%; mientras que, en los procesos de organización y supervisión de los 17 criterios establecidos entre ambos, se cumplió con la totalidad, como se observa a continuación:

Figura 24

CAP, Cumplimiento de criterios de compromisos de gestión, por proceso.



Nota. Esta figura muestra la comparación entre los criterios establecidos y los criterios cumplidos en los diferentes niveles del CAP, datos tomados de los “*Informes de Verificación y de Subsanción al Cumplimiento de Compromisos del CAP al PPSMN*”.

5.1.1.2. Indicadores priorizados en el CAP.

Los indicadores priorizados en el CAP estuvieron enfocados en la población procedente de los distritos de quintiles 1 y 2 de pobreza, que a su vez están vinculados al modelo lógico del PPSMN, que parte de las intervenciones trazadoras y tiene como resultado final mejorar la salud materna y neonatal; en el Anexo 6 se detallan los indicadores priorizados en el CAP y sus adendas.

Durante el periodo de investigación, se evidenciaron mejoras en el cumplimiento de los indicadores priorizados. En el primer indicador, correspondiente a mujeres afiliadas al SIS, con parto institucional, con exámenes auxiliares y atenciones prenatales, pasó de 11% en el nivel 1 a un 31% en el nivel 3. En el segundo indicador, correspondiente a la proporción de gestantes afiliadas al SIS con parto institucional en EESS FONB y FONE, este inició en el nivel 1 con un 58% y presentó incrementos en los años siguientes, salvo en el nivel 4, que bajó a un 48%.

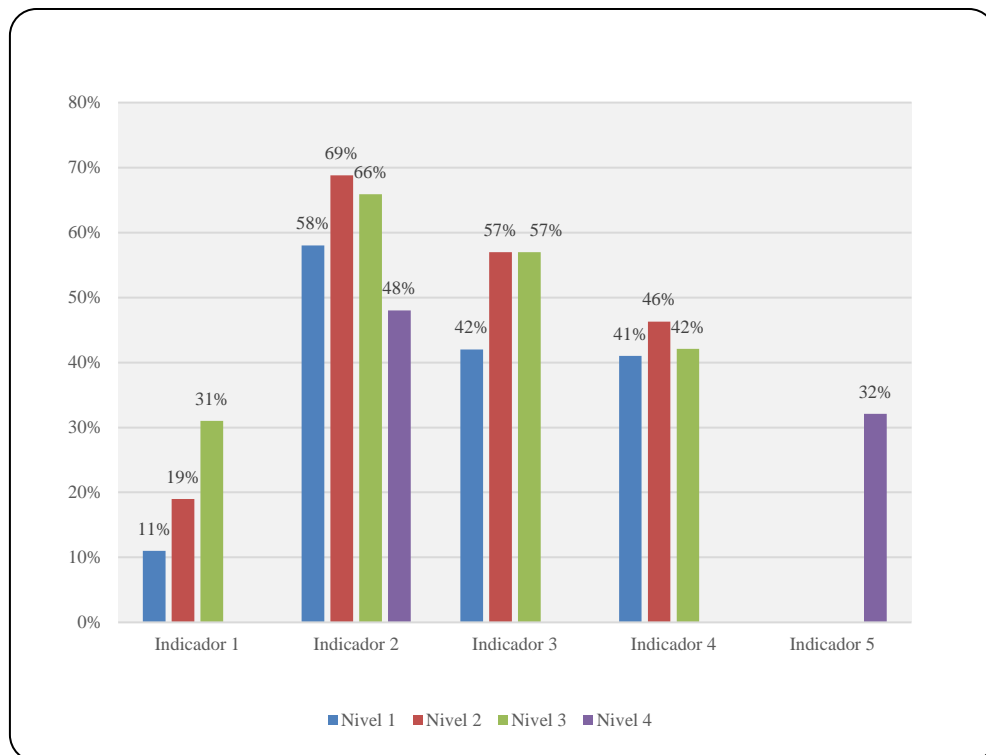
En lo que corresponde al tercer indicador, referido a las mujeres afiliadas al SIS, que recibieron consejería en planificación familiar, se inició con 42% en el nivel 1, alcanzando un 57% en el nivel 3. En el cuarto indicador, correspondiente a las mujeres en unión que utilizan algún método moderno de planificación familiar, registró un 41% en el nivel 1 y al nivel 3 se llegó al 42%.

Por último, el quinto indicador, correspondiente a las mujeres afiliadas al SIS que demandan servicios de planificación familiar y reciben métodos modernos de planificación familiar, en el nivel 4 logró el 32.10%.

A continuación, se detallan los valores alcanzados en los indicadores priorizados del CAP:

Figura 25

CAP, Indicadores priorizados por nivel.

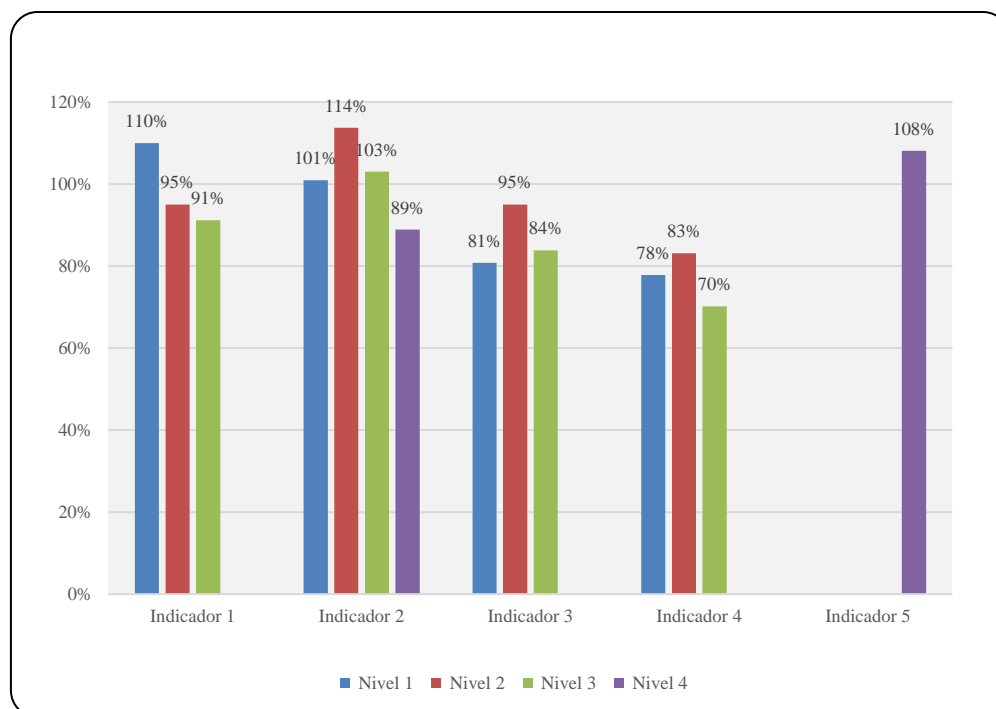


Nota. Esta figura muestra la comparación de los valores alcanzados de los indicadores priorizados según los niveles del CAP, datos tomados de los “*Informes de Seguimiento de los Indicadores del CAP al PPSMN*”.

El CAP estableció metas para cada uno de los indicadores priorizados del nivel 1 al 4. De acuerdo con la meta establecida y el valor alcanzado, se determinó el porcentaje de cumplimiento (ver Anexo 6), según se muestra a continuación:

Figura 26

CAP, Nivel de cumplimiento de los indicadores priorizados.



Nota. Esta figura muestra el nivel de cumplimiento de las metas establecidas en los indicadores priorizados según los niveles del CAP, datos tomados de los “*Informes de Seguimiento de los Indicadores del CAP al PPSMN*”.

5.1.1.3. Transferencias financieras del CAP.

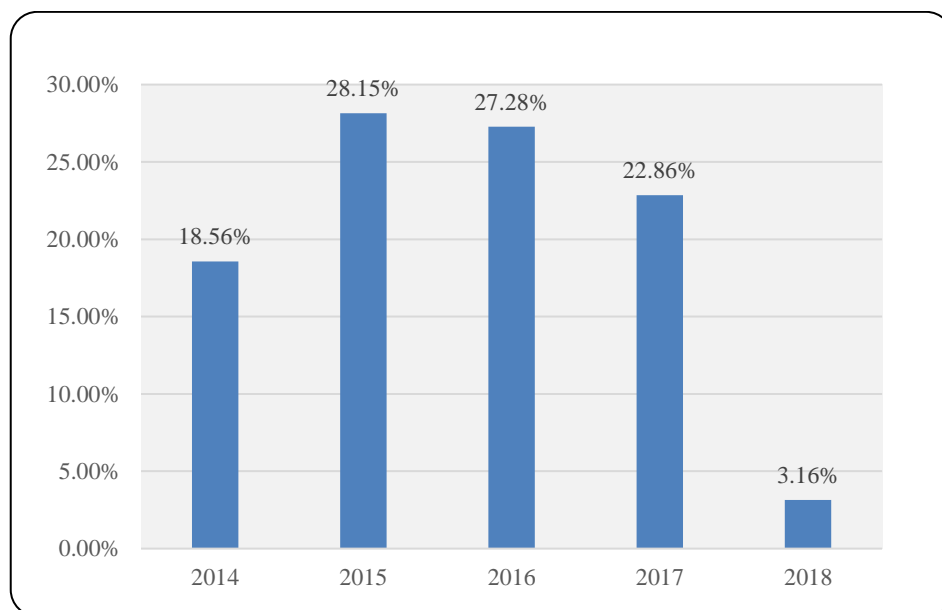
Tras evaluar el cumplimiento de las metas establecidas para los compromisos de gestión y los indicadores priorizados, el MEF efectuó las transferencias financieras al GORE, conforme a las condiciones estipuladas en el CAP; estos recursos fueron destinados a complementar el presupuesto del PPSMN.

A lo largo de los 5 años de vigencia del CAP, se transfirieron S/ 9,697,500.00 a favor de las unidades ejecutoras del GORE. Durante el año 2014, se transfirió el 18.56% del total; durante el año

2015, el 28.15%; en el 2016, el 27.28%; en el 2017, el 22.86%; y en el último año, el 3.16% (ver Apéndice 3).

Figura 27

Transferencias recibidas del CAP, 2014 - 2018, en porcentaje.



Nota. Esta figura muestra los recursos transferidos al GORE por el cumplimiento de los compromisos de gestión y los indicadores priorizados, datos tomados de RER N° 694-2014-GR-CAJ/P, RER N° 272-2015-GR-CAJ/P, RER N° 184-2016-GR-CAJ/P, RER N° 218-2017-GR-CAJ/P, RER N° 228-2018-GR-CAJ/P (<https://portal.regioncajamarca.gob.pe/resoluciones-ejecutivas>).

Durante el proceso de implementación y ejecución del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN (2014 - 2018), se identificó que se establecieron 60 criterios de compromisos de gestión, de los cuales se cumplieron con 43, que representan el 71.67%; y del análisis individual por proceso, se obtuvo:

- En la programación operativa, de los 20 criterios establecidos se cumplieron con 15, que representan el 75%.

- En el proceso de soporte logístico se establecieron 23 criterios, logrando cumplir 11, que representan el 47.83%.
- En los procesos de organización y supervisión se establecieron 17 criterios entre ambos, cumpliendo con la totalidad de estos.

Asimismo, de los indicadores priorizados en el CAP, se obtuvo:

- En el nivel 1, se superó el 100% de cumplimiento en las metas de dos indicadores de los cuatro establecidos.
- En el nivel 2, se cumplieron con tres indicadores con una meta superior al 95% de los cuatro establecidos.
- En el nivel 3, se cumplieron con dos indicadores con una meta superior al 90% de los cuatro indicadores establecidos.
- En el nivel 4, se cumplieron con los dos indicadores establecidos con un nivel de cumplimiento superior al 88%.

Para la implementación y ejecución del CAP al PPSMN, entre los años 2014 - 2018, el trabajo fue liderado por la DIRESA y el GORE, mediante el soporte técnico del MEF, logrando mejorar la gestión para la entrega de productos del PPSMN; aunque no se logró cumplir con la totalidad de los criterios establecidos en los diversos niveles del CAP, se evidenció una considerable mejora; mismo caso de los indicadores priorizados, que, a pesar de no cumplir con la meta establecida, se evidenció mejoras respecto al valor base.

5.1.2. Evolución de la gestión pública del sector salud en Cajamarca.

La DIRESA es un órgano de línea a cargo de la Gerencia de Desarrollo Social del GORE Cajamarca, siendo la DIRESA la máxima autoridad de salud en la región, es responsable de dirigir las políticas regionales en esta materia.

Durante el año 2018, se contó con 1 182 EESS, entre públicos y privados, de los cuales 853 (72.2%) pertenecen al GORE:

Tabla 6

Servicios de salud públicos y privados, 2018, departamento de Cajamarca.

TIPO	ESSALUD	GOBIERNO REGIONAL	INPE	MUN. DIST.	MUN. PROV.	OTRO	PRIVADO	SANIDAD PNP	SANIDAD EJERCITO	TOTAL
EESS	17	853	2	2	3	2	299	3	1	1,182
%	1.44%	72.17%	0.17%	0.17%	0.25%	0.17%	25.30%	0.25%	0.08%	100.00%

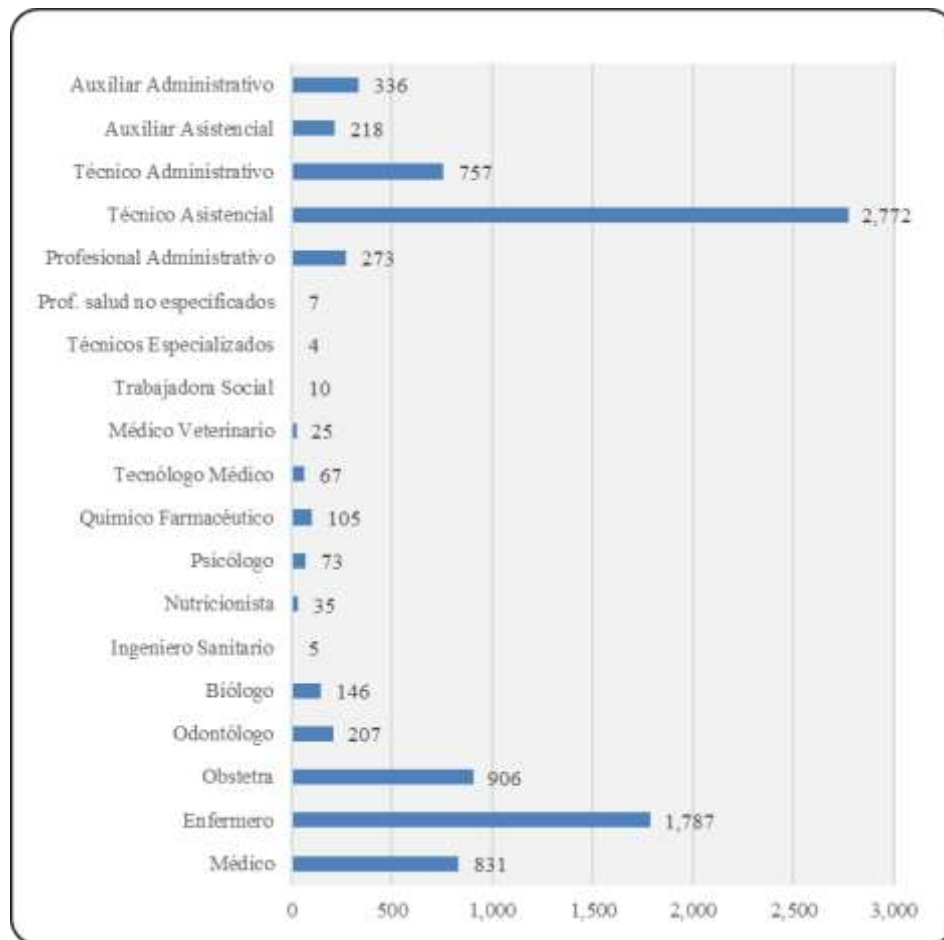
Nota. Esta tabla muestra el número y la clasificación de los EESS existentes en el departamento de Cajamarca, datos tomados de: “Análisis de Situación de Salud ASIS- 2018 Cajamarca” (p. 42). por DIRESA Cajamarca, 2019.

Es importante analizar el recurso humano del sector salud en Cajamarca; durante el año 2018, se contó con un total de 8,564 PEAs, de las cuales el 9.70% corresponden a médicos, el 20.87% a enfermeras, 10.58% a obstetras y 32.27% a personal técnico asistencial; lo que puede evidenciar el escaso recurso humano con el que se contaba para la atención de 1,438,325 habitantes⁴ del departamento de Cajamarca, tal como se muestra a continuación:

⁴ Población del año 2018

Figura 28

PEAs por cargo en el sector salud, 2018, departamento de Cajamarca.

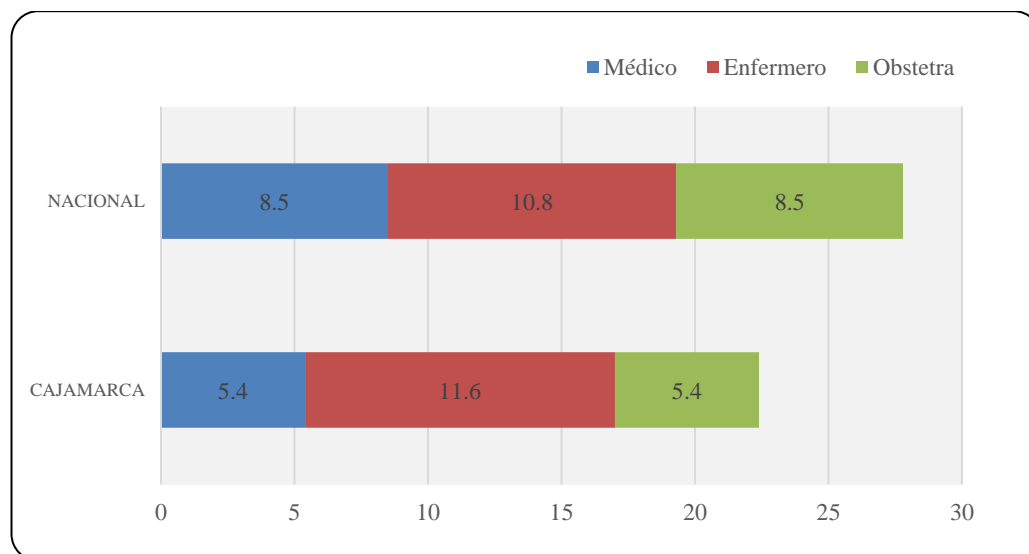


Nota. Esta figura muestra el recurso humano que laboró en Cajamarca en el 2018, datos tomados de: “Análisis de Situación de Salud ASIS- 2018 Cajamarca” (p. 48 - 49), por DIRESA Cajamarca, 2019.

La razón de densidad regional de recurso humano (22.4) es menor en 5.4 puntos en comparación a la nacional (27.8); esto quiere decir que existieron 22 profesionales de salud por cada 10 mil habitantes, contando con 5.4 médicos, 11.6 enfermeros y 5.4 obstetras por cada 10 mil habitantes, valor por debajo de lo recomendado por la OMS, que establece que, por cada 10 mil habitantes, debería de haber un mínimo de 23 médicos, enfermeros y obstetras para garantizar la prestación de servicios de salud.

Figura 29

Comparación de la densidad de recursos humanos (10,000 hab.), 2018, departamento de Cajamarca.



Nota. Esta figura muestra la comparación de densidad de los recursos humanos a nivel nacional con el departamento de Cajamarca en el año 2018, datos tomados de: “Análisis de Situación de Salud ASIS- 2018 Cajamarca” (p. 47), por DIRESA Cajamarca, 2019.

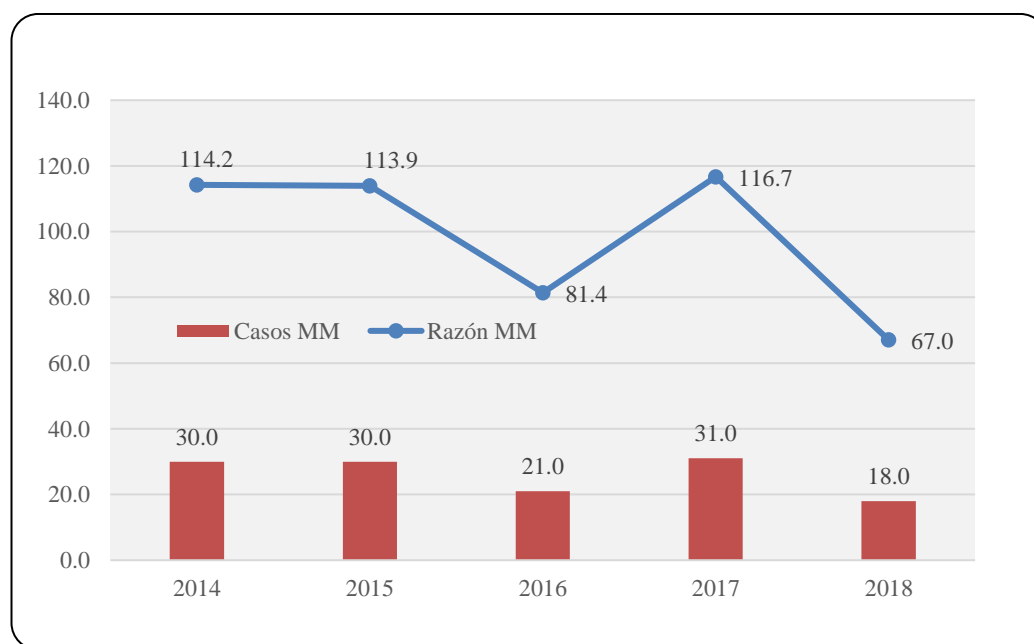
En lo que respecta a la satisfacción del usuario externo, durante el año 2018 la DIRESA evaluó a 72 IPRESS, mediante la metodología SERVQUAL, que mide la calidad de atención en función de la diferencia entre las percepciones y expectativas de los usuarios, logrando 54 IPRESS una calificación aceptable, 13 en procesos y 5 por mejorar (Dirección Regional de Salud Cajamarca, 2019, p. 55).

Para analizar la evolución de la gestión pública del sector salud en el marco del PPSMN fue necesario analizar los indicadores de desempeño, en el período de estudio, de acuerdo con el modelo de marco lógico. El resultado final del PPSMN, es mejorar la salud materno neonatal, lo cual se refleja en los indicadores de desempeño: RMM por 100 mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad neonatal, en el caso de la RMM en el

departamento de Cajamarca; en el año 2014 fue de 114.2, llegando al 2018 a un 67, lo que evidenciaba una considerable reducción. Asimismo, se puede evidenciar que no solo se ha reducido la razón de mortalidad; también se redujo el número de casos de muerte materna, pasando de 30 durante el año 2014 a solo 18 casos al año 2018, siendo un indicador clave de desarrollo, debido a que refleja la calidad de asistencia brindada a las mujeres antes, durante y después del embarazo:

Figura 30

Razón de mortalidad materna, 2014 - 2018, departamento de Cajamarca.



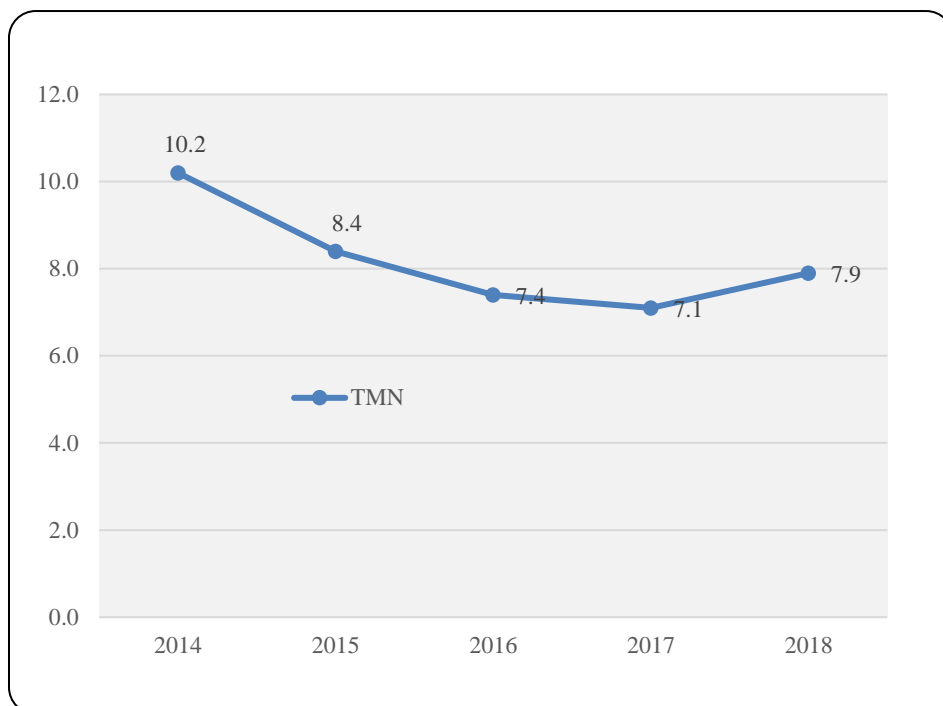
Nota. Esta figura muestra la evolución de la razón y el número de casos de mortalidad materna en Cajamarca, en el período 2014 - 2018, datos tomados de: “Análisis de Situación de Salud ASIS- 2018 Cajamarca” (p.150), por DIRESA Cajamarca, 2019.

En lo que corresponde a la tasa de mortalidad neonatal en el departamento de Cajamarca, durante el año 2014 fue de 10.2%, reduciéndose al año 2018 al 7.9%, lo que evidenció una considerable reducción, la misma que puede verse explicada por mejoras en la atención

prenatal, el acceso al parto institucional y la atención del recién nacido normal y complicado, en el marco del PPSMN.

Figura 31

Tasa de mortalidad neonatal, 2014 - 2018, departamento de Cajamarca.

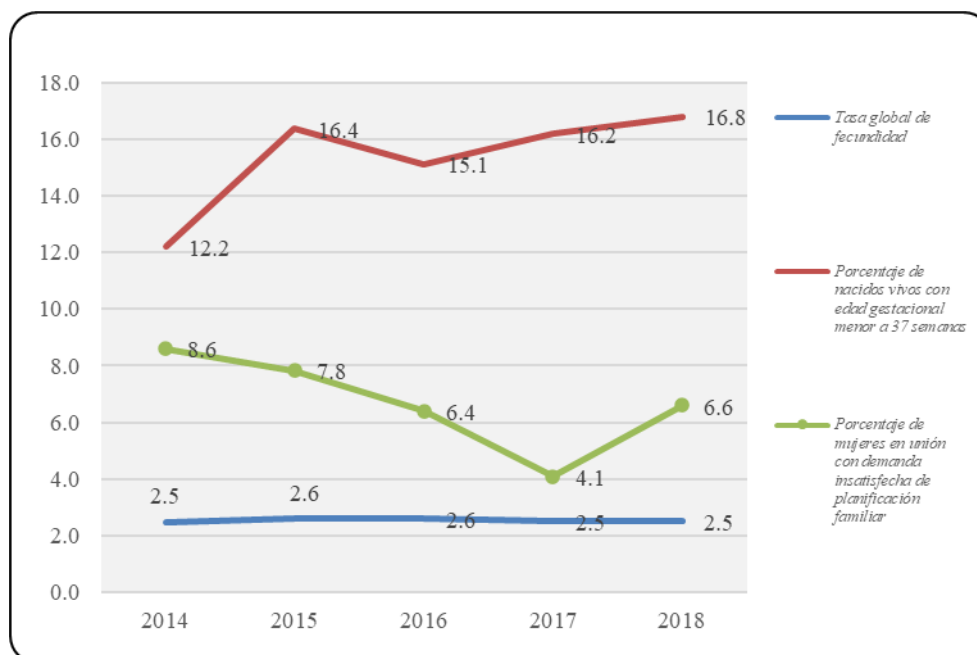


Nota. Esta figura muestra la evolución de la tasa de mortalidad neonatal en Cajamarca, en el período 2014 - 2018, datos tomados de: “Análisis de Situación de Salud ASIS- 2018 Cajamarca” (p.157), por DIRESA Cajamarca, 2019.

En lo que corresponde a los indicadores de resultado intermedio del PPSMN, se analizó a los tres establecidos en el modelo de marco lógico. Como se puede observar en la Figura 32, la tasa global de fecundidad en el período de estudio se ha mantenido prácticamente constante. En cuanto al porcentaje de nacidos vivos con edad gestacional, ha mejorado considerablemente; caso similar corresponde al porcentaje de mujeres en unión con demanda insatisfecha de planificación familiar, que ha disminuido.

Figura 32

Indicadores de resultados intermedios del PPSMN, 2014 - 2018, departamento de Cajamarca.



Nota. Esta figura muestra la evolución de los indicadores de los resultados intermedios en el marco del PPSMN, en Cajamarca, en el período comprendido del año 2014 - 2018, datos tomados del INEI de la ENDES (<https://proyectos.inei.gob.pe/endes/ppr.asp>).

Debido a que el CAP, se enfocó en mejorar la gestión para la entrega de los productos priorizados⁵ del PPSMN, se consideró para la presente investigación priorizar el análisis de un indicador de desempeño a nivel de **resultado inmediato (producto)** para lo cual se seleccionó a la **Proporción de Parto Institucional**; como reflejo de la gestión pública del sector salud por parte del GORE⁶, debido a que los productos priorizados en el CAP, iban enfocados en asegurar el acceso al parto institucional, siendo este indicador: “una medida del potencial del sistema de salud respecto a la cobertura de la población más vulnerable, no solo recoge las

⁵ Atención Prenatal Reenfocada y Parto.

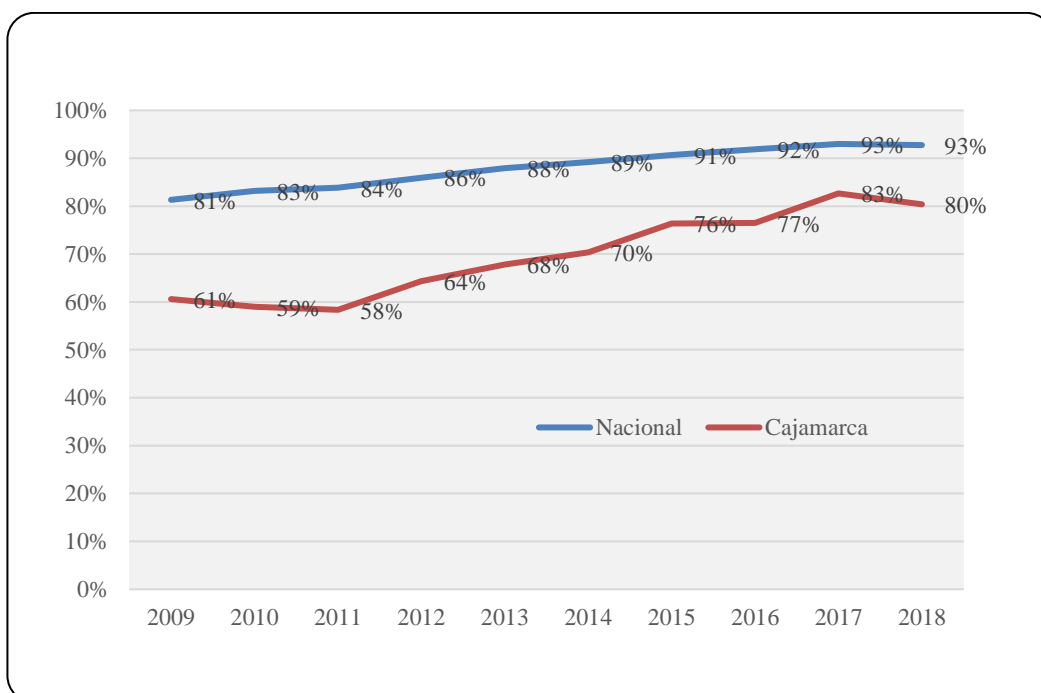
⁶ Esto corresponde a una abstracción.

condiciones en términos de la infraestructura, sino también las características de los recursos humanos” (Ministerio de Salud, 2021, p. 153).

De acuerdo con la ENDES, realizada por el INEI, en el año 2009, a nivel nacional solo el 81% de gestantes accedieron a partos institucionales; y Cajamarca se encontraba por debajo del porcentaje nacional, llegando solo al 61%; pero para el año 2014, se logró un avance considerable, llegando al 70%, pero aún por debajo del porcentaje nacional que fue del 89%:

Figura 33

Porcentaje de parto institucional, 2009-2018, nivel nacional.

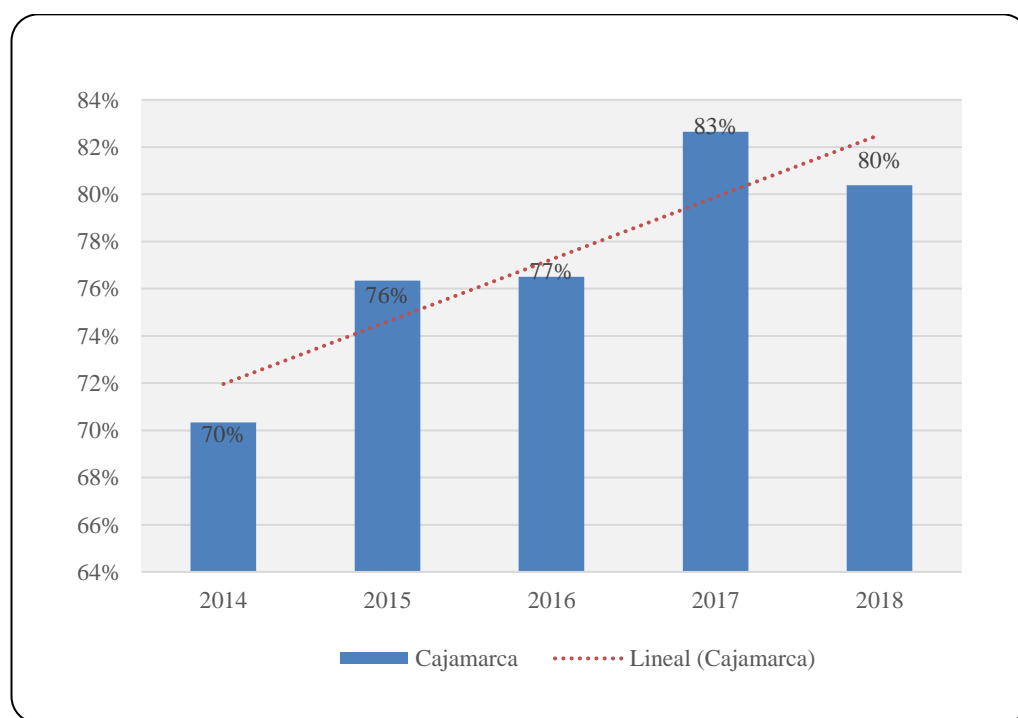


Nota. Esta figura muestra la comparación entre el nivel nacional y el departamento de Cajamarca, del porcentaje de parto institucional del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta, en el período 2009 al 2018, datos tomados del INEI de la ENDES (<https://proyectos.inei.gob.pe/endes/ppr.asp>).

De acuerdo con el período de estudio, se evidenció un incremento en el porcentaje de gestantes con parto institucional en el departamento de Cajamarca. En el año 2014, el aumento fue del 3.68% en comparación con el año anterior; en el año 2015, del 8.54%; para el año 2016, del 0.21%; y para el año 2017, del 8.03%; y para el año 2018, de -2.75%. Se evidenció una tendencia de crecimiento del indicador:

Figura 34

Porcentaje de parto institucional, 2014-2018, departamento de Cajamarca.



Nota. Esta figura muestra la tendencia del porcentaje de parto institucional del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta, en el período 2009 al 2018 en Cajamarca, datos tomados del INEI de la ENDES (<https://proyectos.inei.gob.pe/endes/ppr.asp>).

Al analizar la evolución de la gestión del sector salud del GORE Cajamarca en el período 2014 - 2018, según la información presentada, se evidenció claramente una mejora significativa en el acceso de las gestantes a la atención de partos en los EESS del departamento de Cajamarca; este

acceso pasó del 70% en 2014 al 80% en 2018, según datos proporcionados por la ENDES, lo que podría derivarse de mejoras en la gestión del GORE.

5.1.3. Relación entre el Convenio de Apoyo Presupuestario y la gestión pública del sector salud del GORE.

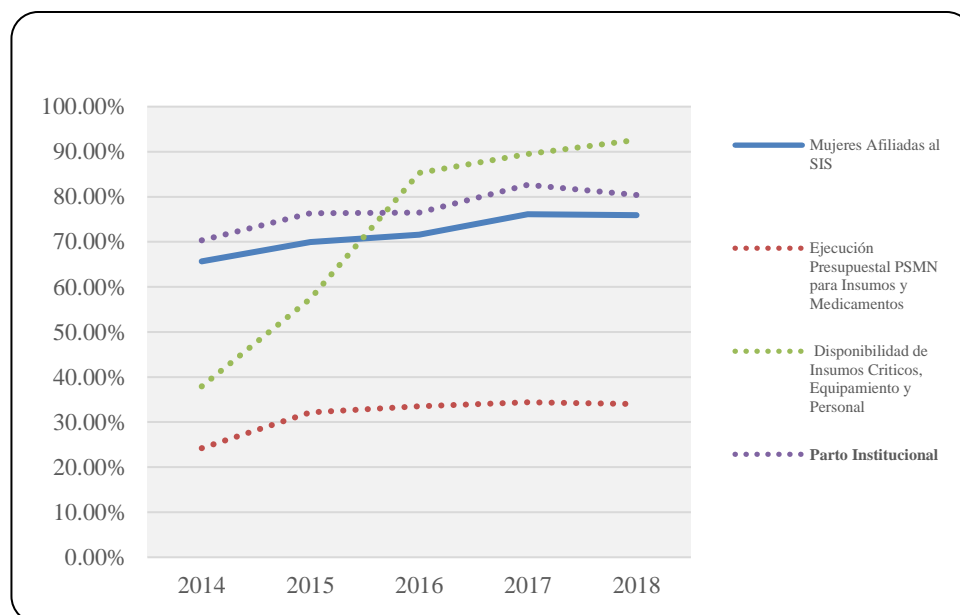
En esta sección se utilizó la estadística descriptiva para analizar las unidades de observación; para lo cual la información de la afiliación al SIS se extrajo de la ENAHO, el parto institucional de la ENDES; la ejecución presupuestal de la consulta amigable del MEF; y la disponibilidad de insumos, equipamiento y personal de los informes de verificación y subsanación elaborados por la DGPP (ver Apéndice 4) de acuerdo con el período de estudio; frente a esto, se pasó a analizar las variables a través de la inferencia estadística, permitiendo la contrastación de la hipótesis.

Para el procesamiento de datos, tanto para la estadística descriptiva como para la inferencia estadística, se utilizó el programa STATA 15.1 (*Statistics/Data Analysis*) y Microsoft Excel.

A continuación, se presenta mediante la figura 35 el comportamiento de las variables del estudio:

Figura 35

Comportamiento de las variables del estudio, 2014-2018.



Nota. Esta figura muestra la tendencia positiva en los porcentajes de las mujeres afiliadas al SIS, la ejecución presupuestal, la disponibilidad de insumos, equipamiento y personal, así como el porcentaje de parto institucional en Cajamarca, durante el periodo 2014 - 2018, datos tomados del INEI, MEF e Informes de Verificación y de Subsanción al Cumplimiento de Compromisos del CAP al PPSMN.

5.1.3.1. Relación entre el parto institucional y las mujeres afiliadas al SIS.

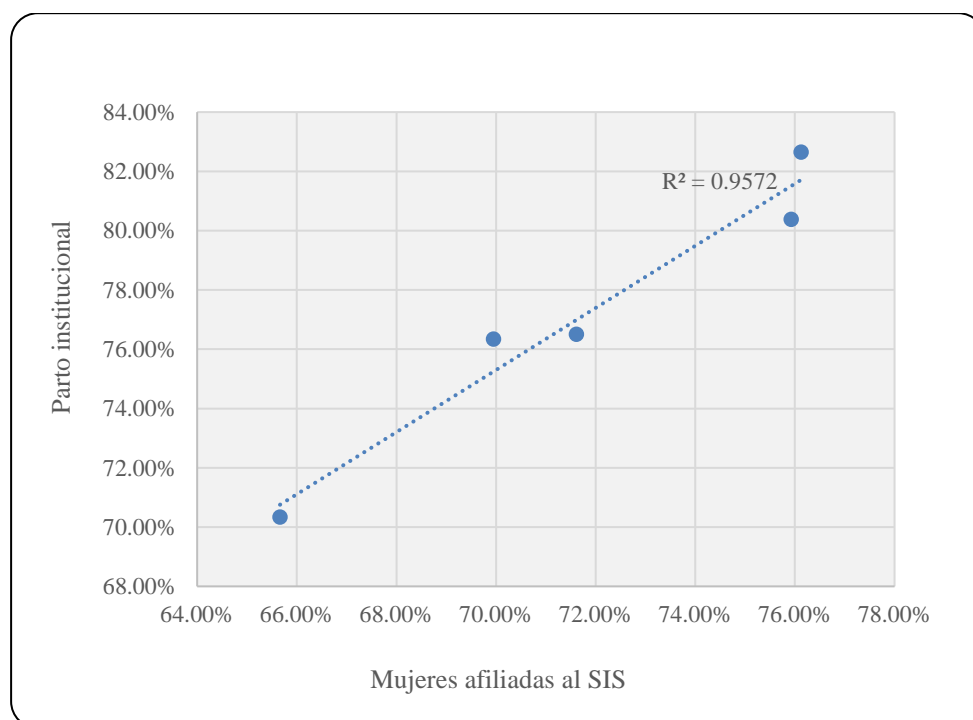
En el estudio se buscó determinar la relación existente entre el porcentaje de mujeres afiliadas al SIS, con información extraída de la ENAHO, con el porcentaje de partos institucionales en el departamento de Cajamarca, información extraída de la ENDES, entre los años 2014 al 2018.

Del análisis gráfico realizado mediante el diagrama de dispersión, se pudo evidenciar la existencia de una relación directa

positiva. A través del análisis estadístico, mediante regresión lineal se obtuvo un $R^2=0.982$, coeficiente que mide la proporción de la varianza de los partos institucionales que es capaz de explicar el modelo; es decir, a medida que se incrementa el porcentaje de mujeres afiliadas al SIS, aumenta el porcentaje de partos institucionales. Siendo el R^2 una medida de la fuerza de asociación lineal entre las variables, su valor cercano a 1 determinó la alta capacidad explicativa de la recta.

Figura 36

Diagrama de dispersión, relación del parto institucional y las mujeres afiliadas al SIS, 2014-2018.



Nota. Esta figura muestra la relación entre el parto institucional y las mujeres afiliadas al SIS en el departamento de Cajamarca, entre los años 2014 al 2018.

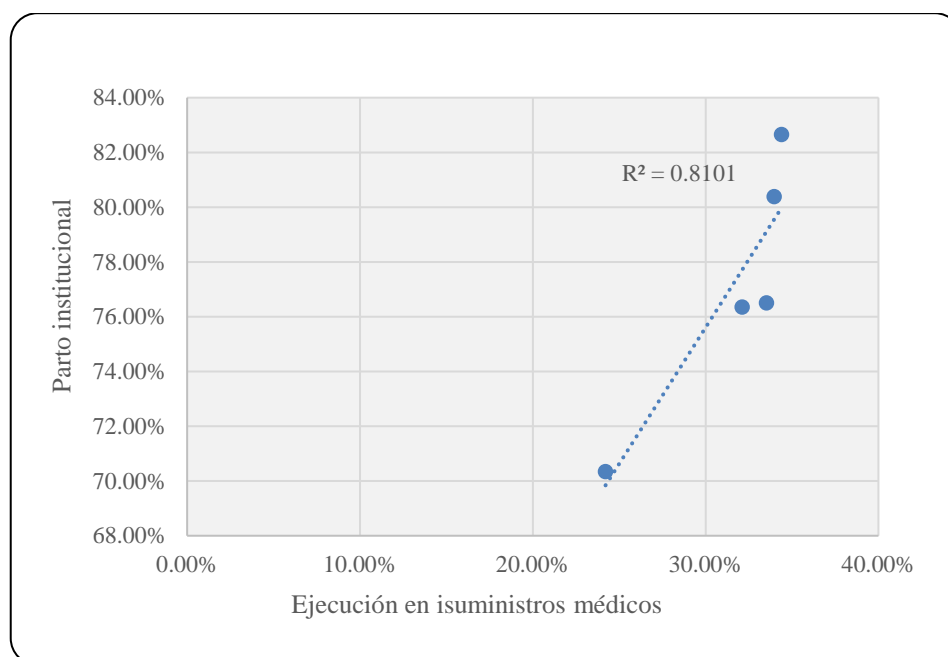
5.1.3.2. Relación entre el parto institucional y la ejecución presupuestal para suministros médicos en el PPSMN.

Se buscó determinar la relación existente entre el porcentaje de ejecución presupuestal destinado a suministros médicos de los recursos asignados a las actividades del PPSMN por parte del GORE, datos extraídos del portal de transparencia del MEF; y el porcentaje de partos institucionales en el departamento de Cajamarca, información extraída de la ENDES elaborada por el INEI, entre los años 2014 y 2018.

En el análisis gráfico realizado mediante el diagrama de dispersión, se pudo evidenciar la existencia de una relación directa positiva. A través del análisis estadístico, mediante regresión lineal, se obtuvo un $R^2 = 0.8064$, que midió la proporción de la varianza de los partos institucionales explicada por el modelo. Es decir que, a medida que se incrementa el porcentaje de ejecución presupuestal para suministros médicos, aumenta el porcentaje de partos institucionales. Siendo el R^2 una medida de la fuerza de asociación lineal entre las variables, su valor cercano a 1 determinó la alta capacidad explicativa de la recta.

Figura 37

Diagrama de dispersión, relación del parto institucional y la ejecución presupuestal del PPSMN, 2014-2018.



Nota. Esta figura muestra la relación entre el parto institucional y la ejecución presupuestal para suministros médicos en el PPSMN en el GORE Cajamarca, entre los años 2014 al 2018.

5.1.3.3. Relación entre el parto institucional y la disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal.

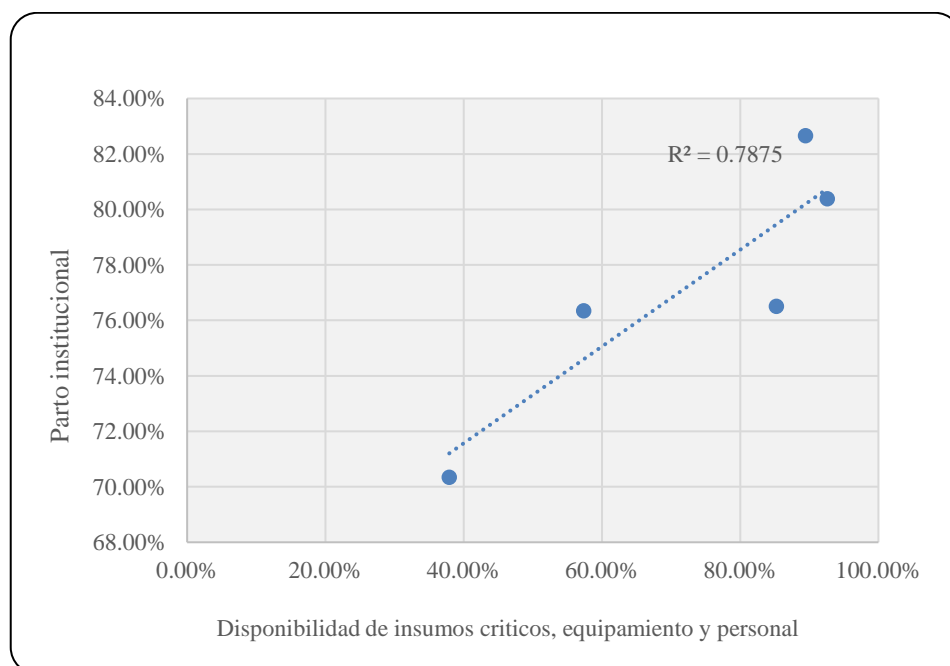
En el estudio se buscó determinar la relación entre el porcentaje de disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal, utilizando la información extraída de los informes de verificación del cumplimiento de los compromisos del PPSMN, con el porcentaje de partos institucionales, entre los años 2014 y 2018.

Del análisis gráfico realizado mediante el diagrama de dispersión, se pudo evidenciar la existencia de una relación directa

positiva y; a través del análisis estadístico, mediante regresión lineal se obtuvo un $R^2 = 0.8362$, coeficiente que midió la proporción de la varianza de los partos institucionales que es capaz de explicar el modelo, es decir, a medida que se incrementa el porcentaje de disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal, aumenta el porcentaje de partos institucionales. Siendo el R^2 una medida de la fuerza de asociación lineal entre las variables, su valor cercano a 1 determinó la alta capacidad explicativa de la recta.

Figura 38

Diagrama de dispersión, relación del parto institucional y la disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal, 2014-2018.



Nota. Esta figura muestra la relación entre el parto institucional y la disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal, entre los años 2014 al 2018.

Respecto a la relación entre el Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN y la gestión pública del sector salud del GORE Cajamarca, entre los años

2014 al 2018, de acuerdo con los indicadores planteados para la evaluación, se evidencia que cada uno de ellos presenta una relación directa positiva.

5.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados

La investigación partió del interés por estudiar la contribución del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN en la gestión pública del GORE Cajamarca; para lo cual se planteó como hipótesis específica la existencia de una relación directa positiva alta entre el CAP y la gestión pública del sector salud del GORE de Cajamarca, durante el período 2014 - 2018.

Los resultados obtenidos, con relación al Convenio de Apoyo Presupuestario, guardan relación con lo sostenido por (Ganoza, et al., 2016, p.51), que afirman que el CAP es un instrumento para mejorar la cobertura de los productos priorizados del PP en el marco del PpR. Además, de lo expresado por (Pérez, 2021, p.64), que manifiesta que la gestión de PpR tiene incidencia en la calidad de gasto; y lo afirmado por (Leiva, 2017, p.78), que argumenta que el PP tiene un impacto positivo para el logro del resultado final.

Del mismo modo, los resultados obtenidos se alinean con lo manifestado por (Encarnación, 2020, p.125), que considera a la cooperación internacional como un instrumento de política exterior, una herramienta que complementa los esfuerzos nacionales en busca del desarrollo del país; y también con lo manifestado por (Portillo, 2018, p.61), que considera a la cooperación

internacional como un elemento clave de la gestión pública, traduciendo sus beneficios en mayores recursos y acceso a nuevos conocimientos.

Los hallazgos de la investigación están alineados con lo establecido en la **teoría del cambio**, que establece la existencia de una relación causal entre la intervención y los resultados esperados, vinculando las necesidades e insumos para la generación de productos con el propósito de obtener los resultados intermedios y el impacto esperado (Arenas, 2021, p. 17); así como con la **teoría de la agencia**, que establece que los incentivos generan un cambio de comportamiento, siendo un efecto predecible y cuantificable para la realización de una determinada actividad (Segoviano y Morales, 2022, p. 63), también con la **nueva teoría de la gestión pública**, que plantea que la gestión pública debe ser vista como un medio, al servicio de los ciudadanos, centrándose en los resultados (Guerrero, 2008, p. 150). Por último, guardan relación con lo establecido en la **teoría liberal de las relaciones internacionales**; que destaca la capacidad de alcanzar la cooperación y crear un entorno que permita el desarrollo de las naciones (Pauselli, 2013, p. 83).

5.3. Contrastación de hipótesis

Se realizó la prueba de normalidad de los datos agrupados por variables y dimensiones, mediante la estadística de Shapiro Wilk, dado que el tamaño de la muestra es menor a 50.

Hipótesis:

H₀: La distribución de los datos se ajusta a una distribución normal.

H_1 : La distribución de los datos no se ajustan a una distribución normal.

Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

Tabla 7

Estadística de prueba Shapiro Wilk.

Shapiro-Wilk W test for normal data					
Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
<i>PARTO_INST~L</i>	5	0.95169	0.57	-0.672	0.74929
<i>DISP_INSUM~L</i>	5	0.85288	1.737	0.828	0.2038
<i>MUJER_SIS</i>	5	0.91751	0.974	-0.035	0.51402
<i>Ejec_PSMN ~O</i>	5	0.72292	3.271	2.135	0.01638

Nota. Esta tabla muestra los resultados de la prueba de Shapiro-Wilk W, respecto a las variables parto institucional, disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal, mujeres afiliadas al SIS y la ejecución presupuestal.

Presentó una significancia (bilateral) mayor a **0.05** en las variables, lo que indicó que la distribución de los datos corresponde a una distribución normal. Por lo cual se utilizaron pruebas paramétricas, aplicando regresiones lineales para encontrar la relación entre las variables de estudio.

En el caso de la variable ejecución presupuestal en el PPSMN para suministros médicos, los datos no se ajustaron a una distribución normal, pero teniendo en cuenta que se realizaron regresiones independientes de las variables de estudio, se siguió con su análisis bajo esta premisa y se verificó que cumplía con las condiciones necesarias para inferir de manera adecuada sobre la relación existente (**p= 0.037**).

Respecto a la hipótesis planteada en la investigación, se presentan los siguientes resultados con base en el procesamiento de datos y el análisis de la inferencia estadística.

5.3.1. Relación entre el parto institucional y las mujeres afiliadas al SIS.

Tabla 8

Regresión del parto institucional y la afiliación al SIS.

Source	SS	Df	MS	Number of obs =	5
				F(1, 3) =	67.17
Model	0.00843796	1	0.008437958	Prob > F =	0.0038
Residual	0.00037689	3	0.00012563	R-squared =	0.9572
				Adj R-squared =	0.943
Total	0.00881485	4	0.002203712	Root MSE =	0.01121
PARTO_INST	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf. Interval]
MUJER_SIS	1.047641	0.1278321	8.2	0.004	0.6408217 1.454459
_cons	0.0196367	0.0196367	0.21	0.845	-0.2731222 0.3123956

Nota. Esta tabla muestra los resultados de la regresión lineal entre el parto institucional y la afiliación de mujeres al SIS, durante el período 2014 al 2018.

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1$$

$$Y = 0.01964 + 1.047641X_1$$

La tabla 8 detalla los resultados del análisis de regresión aplicado a las variables del estudio; en este caso se estudió la relación entre el porcentaje de mujeres afiliadas al SIS y el porcentaje de mujeres que fueron atendidas con parto institucional.

Se evidenció una relación directa positiva entre las variables, siendo significativa, como lo indica el **valor p de 0.004** (menor a 0.05), lo que mostró que, a medida que se incrementa el porcentaje de mujeres afiliadas al SIS, aumenta el porcentaje de partos institucionales.

Asimismo, según los coeficientes estimados, se interpreta a la constante del modelo 0.0196367, como el nivel base de los partos institucionales cuando la afiliación de mujeres al SIS es cero; del mismo modo, el coeficiente 1.047641 es interpretado como la tasa de cambio del parto institucional de adicionar un punto porcentual de mujeres afiliadas al SIS.

Esta relación se confirmó a través del **coeficiente de determinación que alcanzó un valor de 0.957**, que reflejó una **relación directa positiva muy alta**, al ser superior a 0.80. Además, el coeficiente de determinación ajustado fue de 0.943, indicando que el 94% de la variabilidad de los datos del parto institucional se explicó por el porcentaje de mujeres afiliadas al SIS.

Asimismo, se presenta la estimación de los supuestos de la regresión lineal para verificación y posterior validez del modelo antes mencionado, por lo que se pasó a estimar la homocedasticidad y la autocorrelación.

Para evaluar la **homocedasticidad**, se demostró que la varianza de los errores debe permanecer constante para todos los valores de la variable independiente; para verificar este supuesto, se aplicó el **test de Breusch-Pagan/Cook-Weisberg**.

Hipótesis del Test

H_0 : Los errores tienen varianza constante (homocedasticidad).

H_1 : Los errores tienen varianza no constante (heterocedasticidad).

Nivel de significancia:

$$\alpha = 0.05$$

Obteniendo los siguientes valores:

$$\text{Chi}^2(1) = 0.34$$

$$\text{Prob} > \text{chi}^2 = 0.5603$$

Se observó que p-valor es mayor a 0.05 en las variables, por lo tanto, no se rechazó la hipótesis nula, lo que evidenció que no hay heterocedasticidad en el modelo, **cumpliendo el supuesto de homocedasticidad.**

Para evaluar la independencia de los errores, se aplicó el estadístico de **Durbin-Watson**, que verificó la **autocorrelación**; los resultados obtenidos en la prueba son:

$$*\text{Durbin-Watson } d\text{-statistic}(2, 5) = 2.943588$$

Comparación de valores críticos:

Para $n = 5$ y $k = 1$

Los valores críticos aproximados son:

$$d_L = 0.16$$

$$d_U = 1.54$$

Interpretación del resultado:

$$4 - d_L = 4 - 0.16 = 3.84$$

Como $2.94 < 3.84$ y $d_U = 1.54$, se encuentra en el rango $d_U \leq d \leq 4 - d_U$

No hubo evidencia significativa de autocorrelación en los errores y el **supuesto de independencia se cumple.**

El modelo planteado se estableció bajo los supuestos de linealidad (ver figura 36) y normalidad (ver tabla 7), así como homocedasticidad e independencia.

5.3.2. Relación entre el parto institucional y la ejecución presupuestal para suministros médicos en el PPSMN.

Tabla 9

Regresión del parto institucional y la ejecución PPSMN.

Source	SS	df	MS	Number of obs = 5		
				F(1, 3)	=	12.8
Model	0.00714089	1	0.007140887	Prob > F	=	0.0374
Residual	0.00167396	3	0.000557987	R-squared	=	0.8101
				Adj R-squared	=	0.7468
Total	0.01519667	4	0.002203712	Root MSE	=	0.02362
PARTO_INST~L	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
EJEC_PSMN	0.9954304	0.2782574	3.58	0.037	0.1098911	1.88097
_cons	0.4574084	0.0886908	5.16	0.014	0.1751546	0.7396622

Nota. Esta tabla muestra los resultados de la regresión lineal entre el parto institucional y la ejecución presupuestal para suministros médicos del PPSMN en el GORE Cajamarca, durante el período 2014 al 2018.

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_2$$

$$Y = 0.4574084 + 0.9954304X_2$$

Según la tabla 9, se muestra la relación que existió entre el parto institucional y el porcentaje de ejecución presupuestal del PPSMN destinado a la adquisición de suministros médicos, presentando una relación directa positiva y significativa, según el **indicador 0.037**, el cual es menor a 0.05.

Por otro lado, según los coeficientes estimados, se interpretó a la constante del modelo 0.4574084 como el nivel base de partos institucionales cuando la ejecución presupuestal para suministros médicos en el PPSMN es cero; del mismo modo, el coeficiente 0.9954304 se interpretó como la tasa de cambio del parto institucional, de adicionar un punto porcentual de ejecución presupuestal PPSMN para suministros médicos.

Esta relación se confirmó a través del **coeficiente de determinación que alcanzó un valor de 0.8101**, que reflejó una **relación directa positiva muy alta**, al ser superior a 0.80. Además, el coeficiente de determinación ajustado fue de 0.7468, indicando que el 75% de la variabilidad de los datos del parto institucional es explicado por el porcentaje de ejecución presupuestal en el PPSMN para suministros médicos.

Asimismo, se presenta la estimación de los supuestos de la regresión lineal para verificación y posterior validez del modelo antes mencionado; por lo que se procedió a estimar la homocedasticidad y la autocorrelación.

Para evaluar la **homocedasticidad**, se demostró que la varianza de los errores debe permanecer constante para todos los valores de la variable independiente; para verificar este supuesto, se aplicó el **test de Breusch-Pagan/Cook-Weisberg**.

Hipótesis del Test

H₀: Los errores tienen varianza constante (homocedasticidad).

H₁: Los errores tienen varianza no constante (heterocedasticidad).

Nivel de significancia:

$$\alpha = 0.05$$

Obteniendo los siguientes valores:

$$\text{Chi}^2(1) = 0.68$$

$$\text{Prob} > \text{chi}^2 = 0.4111$$

Se observó que p-valor es mayor a 0.05 en las variables, por lo tanto, no se rechazó la hipótesis nula, lo que evidenció que no hay heterocedasticidad en el modelo, **cumpliendo el supuesto de homocedasticidad**.

Para evaluar la independencia de los errores, se aplicó el estadístico de **Durbin-Watson**, que verificó la **autocorrelación**. Los resultados obtenidos en la prueba son:

$$*Durbin-Watson\ d-statistic\ (2,5) = 2.169356$$

Comparación con valores críticos:

Para $n = 5$ y $k = 1$, $\alpha = 0.05$

Los valores críticos aproximados son:

$$d_L = 0.16$$

$$d_U = 1.54$$

Interpretación del resultado:

$$si\ d > 4 - d_L = 3.84$$

$$si\ d_U \leq d \leq 4 - d_U = 2.46$$

El valor $d=2.17$, se encontraba dentro del rango $1.54 \leq d \leq 2.46$, lo que indicó que no hay evidencia de autocorrelación en los errores y el **supuesto de independencia se cumple**.

Cabe precisar que el modelo planteado se estableció bajo los supuestos de linealidad (ver figura 37) y normalidad (ver tabla 7), así como homocedasticidad e independencia.

5.3.3. Relación entre el parto institucional y la disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal.

Tabla 10

Regresión del parto institucional y la disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal.

Source	SS	Df	MS	Number of obs =	5	
				F(1, 3)	=	11.12
Model	0.00694204	1	0.006942042	Prob > F	=	0.0446
Residual	0.00187281	3	0.000624268	R-squared	=	0.7875
				Adj R-squared	=	0.7167
Total	0.00881485	4	0.002203712	Root MSE	=	0.02499
PARTO_INST	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
DISP_INSUMOS	0.1744614	0.0523168	3.33	0.045	0.0079659	0.3409569
_cons	0.6458921	0.0395566	16.33	0.000	0.5200053	0.771779

Nota. Esta tabla muestra los resultados de la regresión lineal entre el parto institucional y la disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal en Cajamarca, durante el período 2014 al 2018.

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_3$$

$$Y = 0.6458921 + 0.1744614 X_3$$

La tabla 10 detalla los resultados obtenidos a través de la prueba de regresión del porcentaje de mujeres con parto institucional y el porcentaje de disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal, en el que se evidenció una relación directa positiva, siendo significativa, como lo indica el **valor p de 0.045** (menor a 0.05); es decir a medida que

incrementa la disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal, aumenta el porcentaje de parto institucional.

Asimismo, según los coeficientes estimados, se interpretó a la constante del modelo, de 0.6458921, como el nivel base de partos institucionales de gestantes cuando la disponibilidad de insumos, equipamiento y personal es cero; del mismo modo, el coeficiente 0.1744614, es interpretado como la tasa de cambio del parto institucional de adicionar un punto porcentual de disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal.

Esta relación se confirmó a través del **coeficiente de determinación que alcanzó un valor de 0.7875**, que reflejó una **relación directa positiva alta**, al ser superior a 0.60; además, el coeficiente de determinación ajustado fue de 0.7167, indicando que el 71% de la variabilidad de los datos del parto institucional es explicado por el porcentaje de disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal.

Asimismo, se presentó la estimación de los supuestos de la regresión lineal para verificación y posterior validez del modelo antes mencionado, por lo que se pasó a estimar la homocedasticidad y la autocorrelación.

Para evaluar la **homocedasticidad**, se demostró que la varianza de los errores debe permanecer constante para todos los valores de la variable

independiente; para verificar este supuesto, se aplicó el **test de Breusch-Pagan/Cook-Weisberg**.

Hipótesis del Test

H₀: Los errores tienen varianza constante (homocedasticidad).

H₁: Los errores tienen varianza no constante (heterocedasticidad).

Nivel de significancia:

$$\alpha = 0.05$$

Obteniendo los siguientes valores:

$$\text{Chi}^2(1) = 0.32$$

$$\text{Prob} > \text{chi}^2 = 0.5693$$

Se observó que p-valor es mayor a 0.05 en las variables, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula, lo que evidenció que no hay heterocedasticidad en el modelo, **cumpliendo el supuesto de homocedasticidad**.

Para evaluar la independencia de los errores, se aplicó el estadístico de **Durbin-Watson**, que verificó la **autocorrelación**. Los resultados obtenidos en la prueba son:

$$*\text{Durbin-Watson } d\text{-statistic } (2, 5) = 3.539195$$

Comparación de valores críticos:

$$\text{Para } n = 5 \text{ y } k = 1, \alpha = 0.05$$

Los valores críticos aproximados son:

$$d_L = 0.16$$

$$d_U = 1.54$$

Interpretación del resultado:

$$\text{si } d > 4 - d_L = 3.84$$

$$\text{si } d_U \leq d \leq 4 - d_U = 2.46$$

Como $3.54 < 3.84$, pero fuera del rango $d_U \leq d \leq 4 - d_U$, indica una autocorrelación negativa.

A partir de los resultados conseguidos mediante el análisis de regresión, se evidenció que el CAP al PPSMN presentó una relación directa positiva alta significativa con la gestión pública del sector salud del GORE de Cajamarca, entre los años 2014 y 2018, debido a que presentan coeficientes de determinación superiores al 0.7875, por lo cual se aceptó la hipótesis planteada en la investigación.

CONCLUSIONES

- a. Durante el proceso de implementación y ejecución del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN (2014 - 2018), se cumplieron con el 71.67% de los criterios de los compromisos de gestión establecidos; y en los indicadores priorizados se evidenció mejoras con relación a los valores base, lo que reflejó una adecuada implementación y ejecución del CAP.
- b. Se mejoró el acceso de las gestantes a la atención de partos institucionales en el departamento de Cajamarca; en el año 2014 fue del 70% y al año 2018 se logró el 80%, según información proporcionada por la ENDES, lo que refleja la evolución de la gestión del sector salud del gobierno regional de Cajamarca durante el período de estudio.
- c. La relación entre el CAP y la gestión pública del sector salud del gobierno regional de Cajamarca, entre los años 2014 - 2018, en base a los resultados obtenidos del análisis de regresión, evidenció una relación directa positiva alta, debido a que los coeficientes de determinación son superiores a 0.60. En particular, el parto institucional y las mujeres afiliadas al SIS presentaron un coeficiente de determinación de 0.9572; con la ejecución presupuestal para suministros médicos, un coeficiente de determinación de 0.8101; y con la disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal, un coeficiente de determinación de 0.7875; además, los valores p fueron menores a 0.05, lo que indicó que son significativas, por lo que se aceptó la hipótesis planteada en la investigación.

SUGERENCIAS

- Se sugiere al titular del GORE Cajamarca dar continuidad y ampliar los compromisos de gestión del CAP, debiendo recaer el liderazgo del proceso en la Gerencia de Desarrollo Social, así como en la Dirección Regional de Salud Cajamarca, con el propósito de contribuir a la mejora de los indicadores sanitarios.

- Se sugiere a los responsables de las unidades ejecutoras del GORE Cajamarca, que brindan servicios de salud, fortalecer las competencias de los equipos técnicos para lograr una adecuada ejecución de los PP, priorizando los procesos críticos, además de potenciar las habilidades del personal de salud para la adecuada atención de los pacientes, todo ello con la finalidad de optimizar los servicios brindados.

- Se sugiere a las autoridades regionales y locales a nivel nacional replicar el enfoque de lo establecido en el CAP en otros sectores, a fin de mejorar la entrega de bienes y servicios públicos en favor de la población más vulnerable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, R. , Salvador, Y. y Pérez, M. (2020). La cadena de valor público en la evaluación del resultado de la gestión en los gobiernos locales. *Avances Vol. 22 No.3*.
- Arenas, D. (2021). Evaluación de programas públicos. *Gestión Pública Serie N° 87 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*.
- Banco Interamericano de Desarrollo & Centro Latinoamericano de Desarrollo. (2007). Modelo Abierto de Gestión para Resultados en el Sector Público. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*.
- Bernal, C. (2010). Metodología de la investigación administración, economía, humanidades Tercera Edición. PEARSON EDUCACIÓN.
- Briñis, A. (2020). Método histórico e investigación social. *Teoría y Praxis N° 37*, 18.
- Calderon, M. y Ledesma, G. (2015). Los métodos estadísticos en las investigaciones sociales. *Pedagogía y Sociedad. Cuba. no 34,, 9*.
- Decreto Legislativo N° 1436. (2018). *Decreto Legislativo Marco de la Administración Financiera del Sector Público*. Perú: El Peruano.
- Decreto Supremo N° 050-2012-RE. (2012). *Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional*. Perú: El Peruano.
- Dirección Regional de Salud Cajamarca. (2019). Análisis de Situación de Salud ASIS- 2018 Cajamarca. Perú.
- Encarnación, I. (2020). *Rol de la Cooperación Técnica Internacional en la política exterior del Perú*. Perú, Academia Diplomática del Perú Javier Pérez de Cuéllar (Tesis de Maestría):
<https://repositorio.adp.edu.pe/bitstream/handle/ADP/150/2020%20Tesis%20Encarnacion%20Chavez%2c%20Irina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Ganoza, M., Plasencia, B. y Villafani, D. (2016). *Incentivos Presupuestales en Gobiernos Regionales: Caso European*. Perú, Universidad del Pacifico (Tesis de Maestría):
https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/1649/Mariana_Tesis_Maestria_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- García, I. (2007). La nueva gestión pública: evolución y tendencias. Presupuesto y gasto público. *Presupuesto y Gasto Público*, 37-64.
- García, R. y García, M. (2010). La Gestión para resultados en el desarrollo: Avances y desafíos en América Latina y el Caribe. BID.

Gobierno Regional de Cajamarca. (2014). *Resolución Ejecutiva Regional N° 694-2014-GR-CAJ/P*. Cajamarca, Perú:
https://portal.regioncajamarca.gob.pe/sites/default/files/documentos/documentos/RE R-694-2014-GR.CAJ_.P.PDF.

Gobierno Regional de Cajamarca. (2015). *Resolución Ejecutiva Regional N° 272-2015-GR-CAJ/P*. Cajamarca, Perú:
<https://portal.regioncajamarca.gob.pe/sites/default/files/documentos/documentos/RE R-272-2015-GR-CAJ-P.PDF>.

Gobierno Regional de Cajamarca. (2016). *Resolución Ejecutiva Regional N° 184-2016-GR-CAJ/P*. Cajamarca, Perú:
https://portal.regioncajamarca.gob.pe/sites/default/files/documentos/documentos/RE R-184-2016-GR.CAJ_.GR_.PDF.

Gobierno Regional de Cajamarca. (2017). *Resolución Ejecutiva Regional N° 218-2017-GR-CAJ/P*. Cajamarca, Perú:
https://portal.regioncajamarca.gob.pe/sites/default/files/documentos/documentos/RE R-218-2017-GR.CAJ_.GR_..PDF.

Gobierno Regional de Cajamarca. (2018). *Resolución Ejecutiva Regional N° 228-2018-GR-CAJ/P*. Cajamarca, Perú:
<https://portal.regioncajamarca.gob.pe/sites/default/files/documentos/documentos/RE R%20N%C2%B0%20228-2018-GR.CAJ-GR.PDF>.

Guerrero, M. (2008). *La Nueva Gestión Pública: Un Modelo Privatizador del Proceder del Estado Alcances y Consecuencias*. México: D.G. Monserrat Martínez López.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación 6° Edición*. México: Mc Graw Hill.

IDEA Internacional. (2009). *Gestión Pública*.
[https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9506FA981DDDF086405257C2B0056BEF1/\\$FILE/Gesti%C3%B3n_P%C3%BAblica.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9506FA981DDDF086405257C2B0056BEF1/$FILE/Gesti%C3%B3n_P%C3%BAblica.pdf).

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). CAJAMARCA Resultados Definitivos.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1558/06TOMO_01.pdf.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019). *Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2013 - 2018*.
https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/ppr_2013_2018/Indicadores%20de%20Resultados%20de%20los%20Programas%20Presupuestales_ENDES_2018.pdf.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). Informe Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2014-2019. Perú: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/ppr.asp>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edad Simple, 1995-2030, Boletín especial N° 25. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1722/.

Izquierdo, M. (2021). *Logros y retos en la implementación del presupuesto por resultados en Ecuador*. Chile, Universidad de Chile (Tesis de Maestría): <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/180548/Logros-y-retos-en-la-implementacion-del-presupuesto-por-resultados-en-Ecuador.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Jordán, C. (2022). *La gestión pública por resultados y la eficacia de la administración en la Dirección Nacional de Operaciones Especiales de la Policía Nacional del Perú, años 2018 y 2019*. Lima, Perú, Centro de Altos Estudios Nacionales (Tesis de Maestría): <https://repositorio.caen.edu.pe/server/api/core/bitstreams/58497406-143e-488a-972b-dbcda42b424d/content>.

Leiva, M. (2017). *Impacto del programa articulado nutricional en niños menores de 5 años del distrito de Gregorio Pita- San Marcos 2008-2012*. Perú, Universidad Nacional de Cajamarca (Tesis de Maestría): <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/2179/IMPACTO%20DEL%20PROGRAMA%20ARTICULADO%20NUTRICIONAL%20EN%20NI%20c3%91OS%20MENORES%20DE%205%20A%20c3%91OS%20DEL%20DISTRITO%20DE%20GREGORIO%20P.pdf?sequence=1&>.

Ley N° 27657. (2002). *Ley del Ministerio de Salud*. El Peruano.

Ley N° 27783. (2002). *Ley de Bases de Descentralización*. Perú: El Peruano.

Ley N° 27785. (2018). *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República*. El Peruano.

Ley N° 29142. (2007). *Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2008*. Perú: El Peruano.

Ley N° 27658. (2002). *Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado*. Perú: El Peruano.

Ley N° 27692. (2002). *Ley de Creación de la Agencia Peruana de Cooperación Internacional - APCI*. Perú: El Peruano.

Ley N° 27867. (2002). *Ley Orgánica de Gobiernos Regionales*. Perú: El Peruano.

Ley N° 28411. (2004). *Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto*. Perú: El Peruano.

Ley N° 29344. (2009). *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud*. Perú: El Peruano.

Mackenzie, T., Buitrago, M., Giraldo, P., Parra, J. y Valencia, J. (2013). La teoría de la agencia. El caso de una universidad privada en la ciudad de Manizales. *Equidad Desarro. ISSN 1692-7311*, 53.

Medina, M., Rojas, R., Bustamante, W., Loaiza, R., Martel, C y Castillo, R. (2023). *Metodología de la investigación: Técnicas e Instrumentos de Investigación*. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú S.A.C.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2014). *Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa salud materno neonatal entre el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección General de Presupuesto Público y el gobierno regional del departamento de Cajamarca*. Lima, Perú: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/belgica/convenio_PPSMN_cajamarca.pdf.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2014). I Informe de Verificación del Cumplimiento de Compromisos del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Salud Materno Neonatal - Cooperación Nelga Nivel 0.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2014). Instructivo para la verificación del cumplimiento de compromisos del Nivel 0, en el marco del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal - Cooperación Belga.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2015). I Informe de Verificación del Cumplimiento de Compromisos del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Salud Materno Neonatal - Cooperación Nelga Nivel 1.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2015). II Informe de Verificación del Cumplimiento de Compromisos del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Salud Materno Neonatal - Cooperación Nelga Nivel 1.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2015). Informe de Verificación de la Subsanación del Cumplimiento de Compromisos del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Salud Materno Neonatal - Cooperación Nelga Nivel 0.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2015). Instructivo para la verificación del cumplimiento de compromisos del Nivel 1, en el marco del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal - Cooperación Belga.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2015). Instructivo para la verificación del cumplimiento de compromisos del Nivel 2, en el marco del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Presupuestal Salud Materno Neonata - Cooperacion Belga.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2016). I Informe de Verificación del Cumplimiento de Compromisos del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Salud Materno Neonatal - Cooperación Nelga Nivel 2.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2016). II Informe de Verificación del Cumplimiento de Compromisos del Conveio de Apoyo Presupuestario al Programa Salud Materno Neonatal - Cooperación Nelga Nivel 1.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2016). II Informe de Verificación del Cumplimiento de Compromisos del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Salud Materno Neonatal - Cooperación Nelga Nivel 2.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2016). Instructivo para la verificación del cumplimiento de compromisos del Nivel 3, en el marco del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal - Cooperacion Belga.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2017). I Informe de Verificación del Cumplimiento de Compromisos del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Salud Materno Neonatal - Cooperación Nelga Nivel 3.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2017). II Informe de Verificación del Cumplimiento de Compromisos del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Salud Materno Neonatal - Cooperación Nelga Nivel 3.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2017). Instructivo para la verificación del cumplimiento de compromisos del Nivel 4, en el marco del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal - Cooperacion Belga.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2018). Guía metodológica para la definición, seguimiento y uso de indicadores de desempeño de los Programas Presupuestales. https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/guia_seguintimiento_pp.pdf.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2018). I Informe de Verificación del Cumplimiento de Compromisos del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Salud Materno Neonatal - Cooperación Nelga Nivel 4.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2018). II Informe de Verificación del Cumplimiento de Compromisos del Convenio de Apoyo Presupuestario al Programa Salud Materno Neonatal - Cooperación Nelga Nivel 4.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2019). Directiva N° 006-2019-EF/50.01: Directiva para la formulación, suscripción, ejecución y seguimiento de convenios de apoyo presupuestario a los Programas Presupuestales y los Anexos I y II. https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/directiva_006_2019EF5001.pdf.

Ministerio de Relaciones Exteriores. (2013). Convenio específico entre la República del Perú y el Reino de Bélgica, relativo al Programa de Apoyo Presupuestario a la política de aseguramiento universal en salud en el Perú - Componente de Apoyo Presupuestario. https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/belgica/conv_especifico_peru_belgica.pdf.

Ministerio de Relaciones Exteriores. (2023). *Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional (PNCTI) al 2030*. Perú: El Peruano.

Ministerio de Salud. (2021). *Anexo 2 - Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal 002 Salud Materno Neonatal*. https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_2.pdf.

Ministerio de Salud. (2023). *Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal, Reporte de seguimiento al I Semestre 2023*. Perú.

Ministerio de Salud. (2024). Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal Reporte de seguimiento al mes de agosto del 2024. Perú: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2024/reporte-seguimiento/Reporte_PP_0002_2024_I.pdf.

Oliva, C. (2018). *Gestión de las Finanzas Públicas en el Perú*. Perú: Basel Institute on Governance Surcursal Perú.

Pacheco, J. y Pacheco, J. (2018). Diagnóstico sobre el estado de situación del presupuesto por resultados. *Cohesión Social en la práctica*.

Pauselli, G. (2013). Teorías de relaciones internacionales y la explicación de la ayuda externa. *Revista Iberoamericana de Estudios de Desarrollo* V2.

Pérez, M. (2021). La gestión de presupuesto por resultados y su incidencia en la calidad de gastos en la Unidad de Gestión Educativa Local Cajamarca, 2018- 2019. Perú, Universidad Nacional de Cajamarca (Tesis de maestría): <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4279/Tesis%20Gladis%20P%20c3%a9rez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Portillo, M. (2018). *La cooperación internacional para el Desarrollo Nacional. Caso de la gestión sectorial de la Cooperación Internacional 2011-2018*. Perú, Universidad de San Martín de Porres (Tesis de Maestría): https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4394/portillo_bmc.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Presidencia del Consejo de Ministros. (2013). *Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021*. Perú.

Resolución Jefatural N° 057-2019/SIS. (2019). *Memoria Anual periodo 2018 del Seguro Integral de Salud - SIS*. El Peruano.

Sánchez, W. (2016). *Análisis de la Implementación del Presupuesto por Resultados en Guatemala*. Chile, Universidad de Chile (Tesis de Maestría): <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143520/An%c3%a1lisis-de-la-implementaci%c3%b3n-del-presupuesto-por-resultados-en-Guatemala.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Segoviano, L. y Morales, M. (2022). Hacia un enfoque conductual del diseño de incentivos. *Filosofía De La Economía*, 10.

APÉNDICES

Apéndice 1. GORE Cajamarca, PIM, Ejecución Presupuestal del PPSMN (Actividades), por fuente de financiamiento, 2014- 2018.

Fuente de Financiamiento	2014			2015			2016			2017			2018		
	PIM	Devengado	Avance %	PIM	Devengado	Avance %	PIM	Devengado	Avance %	PIM	Devengado	Avance %	PIM	Devengado	Avance %
1: RECURSOS ORDINARIOS	48,584,677	48,348,491	99.51%	49,794,374	49,631,863	99.67%	66,282,449	66,030,516	99.62%	64,214,170	64,021,796	99.70%	69,675,720	69,568,896	99.85%
2: RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	1,625,556	1,025,779	63.10%	1,704,021	998,926	0.06%	90.616	84.106	92.82%	157.449	111.347	70.72%	73.9	73.836	99.91%
4: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	21,401,290	18,355,146	85.77%	25,810,559	24,208,547	93.79%	15,806,038	14,723,703	93.15%	13,460,269	12,060,021	89.60%	8,240,085	7,373,254	89.48%
5: RECURSOS DETERMINADOS	1,556,125	358,434	23.03%	3,137,918	2,335,950	74.44%	3,222,877	2,418,775	75.05%	1,393,991	1,202,972	86.30%	965,704	768,682	79.60%
Total	73,167,648	68,087,850	93.06%	80,446,872	76,177,359	94.69%	85,311,455	83,173,078	97.49%	79,068,587	77,284,900	97.74%	77,916,845	76,942,993	98.75%

Nota. Datos tomados de la consulta amigable de gasto del MEF (<https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>).

Apéndice 2. GORE Cajamarca, PIM, Ejecución Presupuestal del PPSMN (Actividades), por genérica de gasto, 2014- 2018.

Fuente de Financiamiento	2014			2015			2016			2017			2018		
	PIM	Devengado	Avance %	PIM	Devengado	Avance %	PIM	Devengado	Avance %	PIM	Devengado	Avance %	PIM	Devengado	Avance %
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	36,320,796	36,174,791	99.60%	38,554,460	38,545,212	99.98%	46,118,870	46,085,877	99.93%	50,556,746	50,550,137	99.99%	56,508,758	56,498,169	99.98%
5-23: BIENES Y SERVICIOS	30,631,031	26,626,567	86.93%	35,150,306	33,219,461	94.51%	30,267,098	28,783,136	95.10%	23,662,090	22,450,414	94.88%	20,619,254	19,532,768	94.73%
5-25: OTROS GASTOS	929.583	929.582	100.00%	1,025,109	1,025,108	100.00%	1,892,964	1,891,793	99.94%	763.823	763.823	100.00%	526.452	526.452	100.00%
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	5,286,238	4,356,909	82.42%	5,716,997	4,385,505	76.71%	7,123,048	6,496,295	91.20%	4,243,220	3,631,762	85.59%	1,300,945	1,227,279	94.34%

Nota. Datos tomados de la consulta amigable de gasto del MEF.

Apéndice 3. Transferencias financieras en el marco del CAP, por unidad ejecutora, 2014 - 2018.

UNIDAD EJECUTORA	2014	2015	2016	2017	2018	PRESUPUESTO ASIGNADO SEGÚN CONVENIO
	RER N° 694-2014-GR-CAJ/P	RER N° 272-2015-GR-CAJ/P	RER N° 184-2016-GR-CAJ/P	RER N° 218-2017-GR-CAJ/P	RER N° 228-2018-GR-CAJ/P	
400-785: SALUD CAJAMARCA	606,000.00	848,800.00	925,750.00	808,600.00	85,000.00	3,274,150.00
401-786: SALUD CHOTA	314,000.00	518,700.00	502,550.00	270,641.00	36,000.00	1,641,891.00
402-787: SALUD CUTERVO	180,000.00	350,000.00	238,050.00	211,185.00	30,600.00	1,009,835.00
403-788: SALUD JAEN	300,000.00	518,700.00	502,550.00	267,501.00	55,580.00	1,644,331.00
404-999: HOSPITAL CAJAMARCA	180,000.00	180,000.00	185,150.00	117,325.00	0.00	662,475.00
405-1047: HOSPITAL GENERAL DE JAEN	118,000.00	150,000.00	145,475.00	93,860.00	0.00	507,335.00
406-1539: HOSPITAL JOSE H. SOTO CADENILLAS- CHOTA	102,000.00	163,800.00	145,475.00	93,860.00	0.00	505,135.00
407-1654: SALUD SAN IGNACIO	0.00	0.00	0.00	178,334.00	55,580.00	233,914.00
408-1662: SALUD HUALGAYOC - BAMBAMARCA	0.00	0.00	0.00	36,710.00	26,500.00	63,210.00
409-1671: SALUD SANTA CRUZ	0.00	0.00	0.00	138,484.00	16,740.00	155,224.00
TOTAL	1,800,000.00	2,730,000.00	2,645,000.00	2,216,500.00	306,000.00	9,697,500.00

Nota. Datos tomados de Resolución Ejecutiva Regional N° 694-2014-GR-CAJ/P, RER N° 272-2015-GR-CAJ/P, RER N° 184-2016-GR-CAJ/P, RER N° 218-2017-GR-CAJ/P, RER N° 228-2018-GR-CAJ/P (<https://portal.regioncajamarca.gob.pe/resoluciones-ejecutivas>).

Apéndice 4. Valores de los indicadores de la investigación.

VARIABLES (1)					
Concepto	2014	2015	2016	2017	2018
Mujeres afiliadas al SIS 1/	0.656626358	0.699472067	0.716156417	0.761274958	0.759272664
Ejecución Presupuestal PPSMN para suministros médicos 2/	0.242093240	0.321252298	0.335264655	0.343973025	0.339754584
Disponibilidad de insumos críticos, equipamiento y personal 3/	0.379194915	0.573677494	0.852750577	0.894684227	0.926217494
VARIABLE (2)					
Concepto	2014	2015	2016	2017	2018
Parto institucional 4/	0.703352648	0.763444722	0.765051291	0.826506749	0.803793858

Nota.

1/ Datos tomados del INEI de la ENAHO (<https://m.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/acceso-a-seguro-de-salud-7994/>).

2/ Datos tomados de la consulta amigable de gasto del MEF (<https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>).

3/ Datos tomados de Informes de Verificación y de Subsanción al Cumplimiento de Compromisos del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN - Cooperación Belga, por DGPP (2014-2019).

4/ Datos tomados del INEI de la ENDES (<https://proyectos.inei.gob.pe/endes/ppr.asp>).

ANEXOS

Anexo 1. CAP, Compromisos de gestión.

<p>PROCESO 1: <i>Programación operativa.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • SPC 1.1: Elaboración del plan de producción para cumplir las metas de cobertura de los productos del PP. • SPC 1.2: Formulación del proyecto de presupuesto anual y multianual para financiar los productos del PP. • SPC 1.3: Capacidad disponible en los puntos de atención para proveer los productos del PP.
<p>PROCESO 2: <i>Soporte logístico para la adquisición y distribución de los insumos.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • SPC 2.1: Adquisición. • SPC 2.2: Almacén y distribución. • SPC 2.3: Capacidad disponible en los puntos de atención para proveer los productos del PP.
<p>PROCESO 3: <i>Organización para entregar el servicio al ciudadano.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • SPC 3.1: Organización para entregar el servicio al ciudadano. • SPC 3.2: Organización para producir los servicios. • SPC 3.3: Articulación, coordinación y colaboración.
<p>PROCESO 4: <i>Supervisión, seguimiento y evaluación.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • SPC 4.1: Análisis de datos. • SPC 4.2: Uso, diseminación y transparencia de la información.

Nota. Datos tomados de “Instructivos para la verificación del cumplimiento de compromisos del Nivel 0, 1, 2, 3 y 4 en el marco del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN - Cooperación Belga”.

Anexo 2. Programación operativa, avance de criterios por nivel del CAP.

CRITERIO	Nivel 0		NIVEL 01		NIVEL 02		NIVEL 03		NIVEL 04	
	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.
Proporción de gestantes registrados en el padrón de beneficiarios del PPSMN.					1° Condición: 61%	1° Condición: 96%	1° Condición: 87.1%	1° Condición: 94.6%	1° Condición: 14 Ipress	1° Condición: 14 Ipress
			99.20%	87.20%					2° Condición: 44%	2° Condición: 64%
					2° Condición: No Evaluada	2° Condición: 87%	2° Condición: 95.2%	2° Condición: 95.3%	3° Condición: 70%	3° Condición: 70%
									4° Condición: 100%	4° Condición: 36%
								5° Condición: 70%	5° Condición: 70%	
Proporción de niños menores de 1 año de edad registrados en el padrón nominado y proporción de niños registrados antes de cumplir 30 días de edad	1° Condición: 16.7%	1° Condición: 17.47%	1° Condición: 15.8%	1° Condición: 18.1%	1° Condición: 19.8%	1° Condición: 18%	1° Condición: 18%	1° Condición: 18%	1° Condición: 99.8%	1° Condición: 97%
	2° Condición: 19.9%	2° Condición: 42.08%	2° Condición: 32.1%	2° Condición: 67.5%	2° Condición: 81.9%	2° Condición: 89%	2° Condición: 90%	2° Condición: 90%	2° Condición: 96%	2° Condición: 96%

Proporción de niños/as menores con certificado de nacido vivo electrónico y DNI afiliados al SIS antes de cumplir los 30 días de edad			No Evaluado	1° Condición: 72.6%	1° Condición: 95.5%	1° Condición: 86.9%	1° Condición: 97.6%	1° Condición: 95.9%		
				2° Condición: 55.7	2° Condición: 63.2%	2° Condición: 75.9%	2° Condición: 95.8%	2° Condición: 99.3%		

Nota. Datos tomados de “*Informes de Verificación y de Subsanción al Cumplimiento de Compromisos del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN - Cooperación Belga*”, por DGPP (2014-2019).

Anexo 3. Soporte logístico, avance de criterios por nivel del CAP.

CRITERIO	NIVEL 0		NIVEL 01		NIVEL 02		NIVEL 03		NIVEL 04	
	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.
Programación presupuestal para la adquisición de insumos críticos vinculados con la entrega de los productos atención prenatal reenfocada y atención del parto normal en los EESS quintil 1 y 2.	75%	91%	9%	91%	100%	100%	100%	100%		
EESS de los quintiles 1 y 2 cuyo personal registra atenciones en el HIS o SIS están registrados y conciliados con el personal nombrado y contratado en el Módulo de Gestión de Recursos Humanos y SIGA	37%	53%	52%	82%	80%	83%	80.90%	64.60%		
Las específicas de gasto de bienes y servicios del PIM (SIAF), registradas en el PPSMN, se corresponden con las específicas del cuadro de necesidades del PPSMN, consignados en el SIGA.			76%	84%	96%	95%	97%	92%		
Los Procesos de selección considerados en el PAC del SIGA están publicados en la página Web del SEACE.							1° condición: 90%	1° condición: 94%		
							2° condición: 0%	2° condición: 26%		

CRITERIO	NIVEL 0		NIVEL 01		NIVEL 02		NIVEL 03		NIVEL 04	
	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.
El Presupuesto existente en el clasificador de Suministros médicos en el PIM (SIAF), cuenta con certificación presupuestal tanto en el SIGA como en el SIAF, a nivel de los programas presupuestales por toda fuente de financiamiento.							1° condición: 32.6%	1° condición: 76.7%		
							2° condición: 25.3%	2° condición: 57.7%		
Las Órdenes generadas en el SIGA son informados al proveedor y los insumos se entregan en almacén en el plazo establecido según SIGA.							62.00%	94%	1° condición: 90%	1° condición: 85%
									2° condición: 30%	2° condición: 45%
Los activos fijos priorizados relacionados PP Materno neonatal, cuentan con especificaciones técnicas estandarizadas por el MINSA o la región y su uso obligatorio en las adquisiciones está normado por el Gobierno Regional			Si cuenta	Si cuenta	No	Si				
Establecimientos estratégicos de salud cuentan con disponibilidad adecuada de insumos críticos y equipo según categoría y meta física que asegure la atención del control prenatal, atención del parto y la planificación familiar	2%	39%	1° condición: 11%	1° condición: 76.8%	1° condición: 86%	1° condición: 97%	1° condición: 79.7%	1° condición: 83%	1° condición: 92%	1° condición: 81.6%
			2° condición: 75%	2° condición: 75%	2° condición: 75%	2° condición: 75%	2° condición: 89%	2° condición: 91.4%	2° condición: 84%	2° condición: 94.7%
							3° condición: 80%	3° condición: 80%	3° condición: 90%	3° condición: 90%

CRITERIO	NIVEL 0		NIVEL 01		NIVEL 02		NIVEL 03		NIVEL 04	
	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.
Establecimientos estratégicos de salud cuentan con disponibilidad adecuada de insumos críticos y equipos según categoría y meta física que asegure la atención del control pre natal, atención del parto y la planificación familiar.									1° condición: 73%	1° condición: 98.5%
									2° condición: 90%	2° condición: 90%
EESS con disponibilidad de recursos humanos (días persona disponible / días persona requerido) para la atención a la población en los distritos del quintil 1 y, según meta física.	63%	48%	60%	82%	74.60%	86.40%	83.10%	94.90%	92%	100%
Proporción de establecimientos estratégicos que cuenta con saneamiento físico legal culminados			51%	51%	0%	15%	1° condición: 43%	1° condición: 75%		
							2° condición: 91%	2° condición: 98%		

Nota. Datos tomados de “*Informes de Verificación y de Subsanción al Cumplimiento de Compromisos del Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN - Cooperación Belga*”, por DGPP (2014-2019).

Anexo 4. Organización, avance de criterios por nivel del CAP.

CRITERIO	NIVEL 0		NIVEL 01		NIVEL 02		NIVEL 03		NIVEL 04	
	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.
EESs estratégicos garantizan el acceso a menos de dos horas a la población más pobre para la atención del parto y cesárea	SI	SI	SI	SI						
El gobierno regional ha normado documentos de gestión que establecen roles, responsabilidades, procedimientos y flujos para procesos vinculados directamente con la entrega de al menos los siguientes productos: atención prenatal reenforcada, atención de parto normal y con complicaciones, referencia y contrareferencia.			SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
El gobierno regional cuenta con acuerdos / convenios interinstitucionales vigentes con la finalidad de disponer y mantener actualizado y autenticado el padrón nominado de gestantes / mujeres en edad fértil			SI	SI						

Nota. Datos tomados de “*Informes de Verificación y de Subsanción al Cumplimiento de Compromisos del CAP al PPSMN - Cooperación Belga*”, por DGPP (2014-2019).

Anexo 5. Seguimiento, avance de criterios por nivel del CAP.

CRITERIO	NIVEL 0		NIVEL 01		NIVEL 02		NIVEL 03		NIVEL 04	
	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.	VER.	SUB.
La región dispone de una base de datos analítica actualizada para el análisis de los 4 indicadores de productos priorizados, disponibilidad de insumos y gasto del PPSMN.			NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
El gobierno regional elabora reportes amigables para la disseminación de la información a nivel distrital y de EESS			NO	SI	SI	SI	SI	SI		
El gobierno regional tiene publicado y mantiene actualizado el estado de avance de los indicadores priorizados y de sus compromisos de gestión			NO	SI	SI	SI	SI	SI		

Nota. Datos tomados de “*Informes de Verificación y de Subsanción al Cumplimiento de Compromisos del CAP al PPSMN - Cooperación Belga*”, por DGPP (2014-2019).

Anexo 6. Indicadores priorizados por Nivel de CAP.

INDICADOR	Nivel 1			Nivel 2			Nivel 3			Nivel 4		
	Meta	Valor Alcanzado	% Cumplimiento	Meta	Valor Alcanzado	% Cumplimiento	Meta	Valor Alcanzado	% Cumplimiento	Meta	Valor Alcanzado	% Cumplimiento
Proporción de mujeres afiliadas al SIS procedentes de distritos de quintiles 1 y 2 con parto institucional que durante su embarazo tuvieron 4 exámenes auxiliares (examen completo de orina, hemoglobina/hematocrito, tamizaje VIH, tamizaje sífilis) en el primer trimestre y al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico.	10.0%	11.0%	110.0%	20.0%	19.0%	95.0%	34.0%	31.0%	91.2%			
Proporción de gestantes afiliadas al SIS procedentes de distritos del quintil 1 y 2 que tienen parto institucional en EESS FONB y FONE	57.5%	58.0%	100.9%	60.5%	68.8%	113.7%	64.0%	65.9%	103.0%	54.0%	48.0%	88.9%
Proporción de mujeres afiliadas al SIS procedentes de distritos del quintil 1 y 2 con consejería en planificación familiar	52.0%	42.0%	80.8%	60.0%	57.0%	95.0%	68.0%	57.0%	83.8%			
Proporción de mujeres en unión procedentes de los quintiles 1 y 2 que usan algún método moderno de planificación familiar	52.7%	41.0%	77.8%	55.7%	46.3%	83.1%	60.0%	42.1%	70.2%			

INDICADOR	Nivel 1			Nivel 2			Nivel 3			Nivel 4		
	Meta	Valor Alcanzado	% Cumplimiento	Meta	Valor Alcanzado	% Cumplimiento	Meta	Valor Alcanzado	% Cumplimiento	Meta	Valor Alcanzado	% Cumplimiento
Proporción de mujeres en edad fértil afiliadas al SIS procedentes de quintiles 1 y 2 que demandan servicios de planificación familiar según normatividad del MINSA, reciben insumos completos de métodos modernos de planificación familiar durante los 12 meses previos										29.7%	32.1%	108.1%

Nota. Datos tomados de los “*Informes de Seguimiento de los Indicadores Convenio de Apoyo Presupuestario al PPSMN entre el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección General de Presupuesto Público y el GORE de Cajamarca (Adenda Primera y Segunda)*”, por DGPP; M, 2014