



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2024,
Volumen 8, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4

**EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL
PROGRAMA PRESUPUESTAL 0002 SALUD
Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN DE LA
SALUD MATERNO – NEONATAL: 2015-2019
CASO: MICRORED BAÑOS DEL INCA**

**EVALUATION OF THE EXECUTION OF THE 0002-HEALTH
BUDGET PROGRAM AND ITS RELATIONSHIP WITH MATERNAL
AND NEONATAL HEALTH CARE: 2015-2019
CASE: MICRORED BAÑOS DEL INCA**

Deysi Margot Guevara Dávila
Universidad Nacional de Cajamarca, Perú

Wilson Eduardo Vargas Cubas
Universidad Nacional de Cajamarca, Perú

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rem.v8i4.12834

Evaluación de la Ejecución del Programa Presupuestal 0002 Salud y su Relación con la Atención de la Salud Materno – Neonatal: 2015-2019 Caso: Microred Baños del Inca

Deysi Margot Guevara Dávila¹

deysim.guevarad@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-9236-6442>

Universidad Nacional de Cajamarca
Perú

Wilson Eduardo Vargas Cubas

wvargasc@unc.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0003-4889-7331>

Universidad Nacional de Cajamarca
Perú

RESUMEN

El propósito principal de este estudio es evaluar la ejecución del PP 0002 Salud Materno-Neonatal y los resultados en la atención en la Microred Baños del Inca, Cajamarca, durante el período 2015-2019. La investigación se llevó a cabo en la Microred Baños del Inca - DIRESA Cajamarca y se basó en registros documentales para recopilar información relacionada con el diseño del programa, el proceso presupuestario y los resultados utilizando indicadores establecidos por la DIRESA. Los hallazgos de la investigación revelaron desafíos y desfases en las metas del programa, una deficiente programación presupuestaria específica para la Microred y una baja calidad en el uso de los recursos asignados. Sin embargo, los indicadores de impacto mostraron resultados positivos, con una reducción en la tasa de mortalidad materna del 1% en 2015 al 0% en 2019, y una disminución en la tasa de mortalidad neonatal del 9.8% en 2015 al 3.0% en 2019.

Palabras clave: evaluación, presupuesto, programa, salud materna

¹ Autor principal

Correspondencia: deysim.guevarad@gmail.com

Evaluation of the Execution of the 0002-Health Budget Program and its Relationship with Maternal and Neonatal Health Care: 2015-2019

Case: Microred Baños del Inca

ABSTRACT

This research aims to evaluate the execution of the budget program 0002 maternal and neonatal health and the results in maternal neonatal health care in the Baños del Inca Microred, Cajamarca, 2015-2019. The study was conducted in Baños del Inca Microred - DIRESA Cajamarca, using documentary records to collect information on the program's design, budget process, and results through indicators established by DIRESA. The research found irregularities and delays in the program's goals, a lack of budget programming for the micro-network, and low-quality expenditure. However, the impact indicators showed a favorable outcome, with a decrease in maternal mortality rate to 0% in 2019 from 1 in 2015 and a decrease in neonatal mortality rate to 3.0% in 2019 from 9.8% in 2015.

Keywords: evaluation, budget, programme, maternal health

Artículo recibido 20 julio 2024
Aceptado para publicación: 10 agosto 2024



INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la reducción de la mortalidad materna y neonatal ha sido una prioridad en la agenda global de salud. A pesar de los esfuerzos significativos, la situación en varias regiones, incluyendo América Latina y el Caribe, continúa siendo preocupante. Según las Naciones Unidas, la razón de muerte materna en 2017 fue de 74 por cada 100,000 nacidos vivos en esta región, con cifras alarmantes en países como Perú. En este país, informes de diversos organismos muestran discrepancias en la razón de mortalidad materna (RMM), variando entre 88 y 70 por cada 100,000 nacidos vivos para el mismo año, evidenciando inconsistencias en la recolección y análisis de datos. La región de Cajamarca, Perú, destaca por su situación crítica. En 2015, registró una RMM de 110.98, aumentando a 115.3 en 2017, muy por encima del promedio nacional de 69.7 para ese año. Aunque hubo una disminución a 48.14 en 2019, la tendencia general sigue siendo preocupante. Paralelamente, la mortalidad neonatal también ha mostrado un incremento, con 158 muertes en 2017 aumentando a 290 en 2019.

Para abordar esta problemática, el gobierno peruano implementó el programa presupuestal salud materno neonatal (PPSMN) bajo el marco del Presupuesto por Resultados (PpR), establecido por la Ley 28411 en 2008. Este programa busca reducir la mortalidad y morbilidad materno-neonatal mediante mejor acceso a servicios de salud, asignando recursos específicos para productos y actividades concretas. Desde su implementación en Cajamarca en 2013, se han asignado significativos recursos al PPSMN, alcanzando S/. 839,258,701 soles hasta 2019. Sin embargo, la ejecución presupuestal ha sido deficiente, con solo un 51.5% del presupuesto asignado en 2019 ejecutado efectivamente.

Este artículo analiza la ejecución del programa presupuestal 0002 salud y los resultados obtenidos en la atención de salud materno-neonatal en la Microred de Baños del Inca, Cajamarca, entre 2015 y 2019. A través de una evaluación detallada, se identifican las deficiencias administrativas y operativas que han limitado una ejecución efectiva del presupuesto, evaluando simultáneamente la evolución de los resultados en la atención materno-neonatal en esta área.

En el contexto de la administración y gestión pública, es crucial entender las diferencias y conexiones entre estos conceptos. La administración pública se define como el sistema dinámico



que implementa políticas y decisiones gubernamentales a través de estructuras, funciones y recursos específicos (Carrillo, 1988, citado en Galindo, 2000). Por otro lado, la gestión pública, considerada una parte dinámica de la administración pública, abarca actividades orientadas al logro de objetivos públicos mediante la planificación, organización, dirección y control (Galinelli y Migliore, 2015). La calidad en la gestión pública se centra en la mejora continua para satisfacer las necesidades de la ciudadanía con eficiencia y equidad (Andía, 2017).

En este contexto, el presupuesto por resultados (PpR) emerge como una estrategia clave, integrando el análisis de resultados en el ciclo presupuestario para mejorar la asignación y uso de recursos públicos (García López y García Moreno, 2010; Ministerio de Economía y Finanzas, 2015). Los programas presupuestales (PP) son instrumentos que operacionalizan el PpR, alineando acciones para alcanzar resultados específicos que beneficien a la población (Ministerio de Economía y Finanzas, s.f). Estos programas articulan esfuerzos entre los distintos niveles de gobierno y se evalúan mediante indicadores de desempeño y físicos para medir su impacto (Marcel, 2007).

En el sector de salud en el Perú, la atención primaria juega un rol fundamental, proporcionando servicios básicos y preventivos a la población (OMS, 2021). Este enfoque es crucial dado el contexto descentralizado del sistema de salud peruano, gestionado por diversas entidades como el MINSA y EsSalud (OMS, 2011).

Este artículo analiza la implementación del presupuesto por resultados en programas presupuestales de salud en el Perú, explorando cómo estas herramientas contribuyen a mejorar la gestión pública y la atención sanitaria en el país. La investigación sobre la gestión presupuestaria en salud, tanto a nivel internacional, nacional y local, es crucial para entender los desafíos y oportunidades en la provisión de servicios de salud pública. A nivel internacional, estudios como el de Abadía et al. (2006) destacan las repercusiones económicas en instituciones de salud pública, mientras que Sánchez (2013) analiza las políticas de salud materna en Chile y Perú, resaltando diferencias en enfoques y resultados. A nivel nacional, Tanaka (2011) evalúa el impacto del Presupuesto por Resultados en la gestión financiera del Ministerio de Salud de Perú, subrayando la importancia de la priorización de resultados. Investigaciones locales como la de Cabanillas y Tafur (2018) profundizan en cómo el Presupuesto por Resultados afecta la calidad del gasto en



salud en Cajamarca, evidenciando mejoras significativas pero también desafíos persistentes en la ejecución presupuestal y la calidad de atención.

Estos estudios subrayan la complejidad y la necesidad de estrategias efectivas de gestión presupuestaria en salud para mejorar la equidad, eficacia y eficiencia de los servicios ofrecidos, especialmente en contextos con recursos limitados y necesidades crecientes.

La relevancia de este estudio radica en su capacidad para proporcionar información valiosa que puede orientar la toma de decisiones en la gestión pública regional y mejorar la efectividad de los programas de salud. Además, sirve como un modelo base para evaluar y extrapolar los resultados a otros programas de salud y sectores en el contexto peruano.

METODOLOGÍA

Esta investigación sigue un enfoque científico aplicado con un diseño explicativo correlacional y un enfoque longitudinal retrospectivo. La población y la muestra son las mismas y comprenden el número de atenciones brindadas a mujeres en edad fértil, gestantes y neonatos en la Microred de Baños del Inca. Se aplicaron métodos deductivo-inductivo, analítico-sintético y estadístico para analizar los datos recopilados a través de guías de observación y fichas bibliográficas. Además, se utilizaron herramientas estadísticas, como promedios y cuadros de frecuencias, para el procesamiento de datos.

Tabla 1: Número de atenciones del PP 0002 salud materno neonatal, Red de Salud Cajamarca, 2015-2019

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

Fuente: Dirección Regional de Salud Cajamarca

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Diseño del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal en la DIRESA Cajamarca: actualizada al 2019

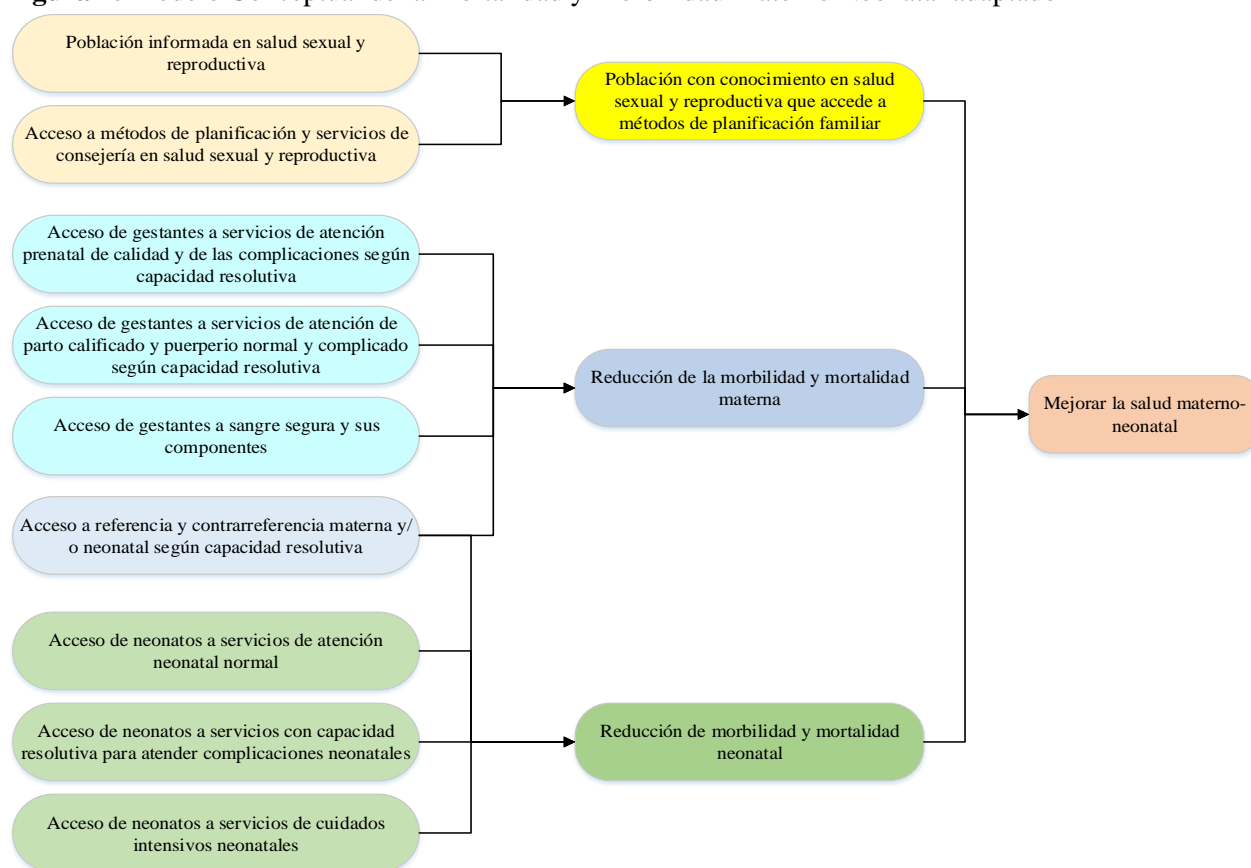
- a. Problema del Programa: La Mortalidad Materna y Neonatal: El Perú presenta una elevada razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal, superiores a la de países desarrollados y



se evidencia un mayor riesgo de las madres y neonatos de zonas rurales y de bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud. (MINSA, 2019, p. 5)

b. Descripción General del Marco Lógico del Programa Presupuestal 0002: El modelo conceptual presentado en el documento “Conceptos Mínimos del PP MSN”, en su versión oficial del año 2019, muestra un conjunto de conceptos y su interrelación entre ellos vinculados al problema identificado, en este caso mejorar la salud materno-neonatal.

Figura 1: Modelo Conceptual de la Mortalidad y Morbilidad Materno Neonatal adaptado



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

c. Productos del PP 0002- SMN

Tabla 1: Productos según la Matriz Lógica del PP SMN

Productos	Indicadores del producto
Población informada sobre salud sexual, salud reproductiva y métodos de planificación familiar.	Porcentaje de personas que acceden a medios de comunicación masiva y alternativa.
Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo	Porcentaje de adolescentes que reciben atención integral.

Atención prenatal reenforcada	Porcentaje de gestantes con más de seis controles prenatales
Población accede a métodos de planificación familiar	Porcentaje de parejas protegidas.
Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	Número de orientaciones y consejerías realizadas
Atención de la gestante con complicaciones	Porcentaje de gestantes con complicaciones atendidas.
Atención del parto normal	Porcentaje de partos vaginales atendidos
Atención del parto complicado no quirúrgico	Porcentaje de partos complicados atendidos.
Atención del parto complicado quirúrgico	Porcentaje de cesáreas atendidas.
Atención del puerperio	Porcentaje de puérperas controladas
Atención del puerperio con complicaciones.	Porcentaje de puérperas con complicaciones atendidas.
Atención obstétrica en unidad de cuidados intensivos.	Porcentaje de gestantes en UCI atendidas.
Acceso al sistema de referencia institucional	Porcentaje de Referencias obstétricas y neonatales realizadas
Atención del recién nacido normal.	Porcentaje de RN normales atendidos
Atención del recién nacido con complicaciones.	Porcentaje de RN con complicaciones atendidos
Atención del recién nacido con complicaciones que requiere unidad de cuidados intensivos neonatales – UCIN	Porcentaje de RN en UCIN atendidos
Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva	Porcentaje de familias saludable informadas

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

Ejecución del programa presupuestal 0002 salud materno neonatal en la Microred Baños del Inca, 2015-2019

a. Programación Multianual y Formulación Presupuestal del PP SMN

En el estudio, se observó que la programación física del programa por producto se basa en criterios establecidos en las definiciones operacionales del Ministerio de Salud, que se actualizan anualmente con modificaciones necesarias. Estas definiciones operacionales guían la programación, que es realizada por los coordinadores del programa a nivel DIRESA y



establecimientos de salud de primer nivel, excluyendo a nivel de Microred. El producto trazador, Atención Prenatal Reenfocada, define el criterio de programación del 100% de gestantes esperadas en la Microred de Baños del Inca, comparando las gestantes empadronadas con las programadas para cumplir metas físicas.

Tabla 2. Programación Total de Metas Físicas de la Microred de Baños del Inca

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

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



Durante la recolección de información de diversas oficinas sobre la programación física, se observó que los tableros de mando proporcionados por la DIRESA y la Red de Salud Cajamarca mostraban discrepancias respecto a la programación registrada en el sistema SIGA para ciertos productos. Según la coordinadora del programa, estas diferencias se deben a que las redes no completan la digitalización inicialmente debido a las frecuentes modificaciones durante los primeros meses. Además, la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística indicó que los coordinadores suelen realizar ajustes para cumplir con los indicadores de evaluación establecidos. Estas discrepancias tienen implicaciones significativas en la entrega de productos, ya que pueden resultar en una falta de insumos suficientes en los establecimientos para una atención integral a los usuarios. Por otro lado, cuando se programa un exceso de productos, puede llevar al desperdicio de insumos y materiales.

Tabla 3 Gestantes Programadas - Programación SIGA vs Tableros de mando 2015-2019

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

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

Tabla 4 Atención Odontológica - Programación SIGA vs Tableros de mando 2015-2019

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

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



Tabla 5 Parto Normal - Programación SIGA vs Tableros de mando 2015-2019

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

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

Tabla 6 Atención del Puerperio - Programación SIGA vs Tableros de mando 2015-2019

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

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

b. Formulación Presupuestal del PP SMN

Para la formulación financiera, es crucial mencionar que dado que la Microred no actúa como Unidad Ejecutora, la formulación presupuestaria se presenta a nivel DIRESA. La ejecución presupuestal se realiza a nivel de centro de costo, que corresponde a cada establecimiento de salud dentro de la Microred de Baños del Inca. Las compras se efectúan de manera centralizada y luego se distribuyen entre las distintas Microredes para su asignación a los respectivos establecimientos de salud en su jurisdicción.

Es importante también destacar que existe una programación financiera que puede obtenerse del sistema SIGA y/o del sistema SIAF. Al ingresar las metas físicas programadas en el sistema para su aprobación y ejecución en la adquisición de requerimientos, se aplican costos predeterminados para cada requerimiento o meta física, lo que constituye una programación financiera establecida por el mismo sistema. Sin embargo, la recopilación de esta información ha sido difícil debido a la falta de acceso a estos sistemas administrativos del sector público.



Tabla 7. Asignación PIM DIRESA Cajamarca, 2015-2019

Producto/Proyecto	Año				
	2015	2016	2017	2018	2019
Acciones comunes	S/. 2,364,623.00	S/. 4,157,990.00	S/. 2,480,956.00	S/. 2,407,171.00	S/. 2,229,335.00
Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo	S/. 148,207.00	S/. 395,439.00	S/. 557,232.00	S/. 596,876.00	S/. 772,456.00
Atención prenatal reenfocada	S/. 2,898,205.00	S/. 2,987,703.00	S/. 4,031,870.00	S/. 4,799,258.00	S/. 5,993,965.00
Municipios saludables que promueven salud sexual y reproductiva	S/. 91,575.00	S/. 90,842.00	S/. 108,958.00		
Comunidades saludables que promueven salud sexual y reproductiva	S/. 54,815.00	S/. 76,135.00	S/. 90,218.00		
Instituciones educativas saludables promueven salud sexual y reproductiva	S/. 125,865.00	S/. 109,313.00	S/. 127,955.00		
Población accede a métodos de planificación familiar	S/. 412,749.00	S/. 345,582.00	S/. 429,511.00	S/. 411,646.00	S/. 1,166,858.00
Población accede a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva	S/. 235,030.00	S/. 474,673.00	S/. 419,131.00	S/. 418,813.00	S/. 334,695.00
Atención de la gestante con complicaciones	S/. 2,297,077.00	S/. 2,074,532.00	S/. 1,657,894.00	S/. 1,898,357.00	S/. 2,720,078.00
Atención del parto normal	S/. 3,733,347.00	S/. 2,619,412.00	S/. 2,736,592.00	S/. 2,125,915.00	S/. 4,023,972.00
Atención del parto complicado no quirúrgico	S/. 1,866,371.00	S/. 1,847,547.00	S/. 1,617,843.00	S/. 1,734,193.00	S/. 1,877,148.00
Atención del puerperio	S/. 867,300.00	S/. 879,463.00	S/. 884,220.00	S/. 917,729.00	S/. 892,306.00
Acceso al sistema de referencia institucional	S/. 1,710,508.00	S/. 1,491,205.00	S/. 1,215,976.00	S/. 1,223,123.00	S/. 675,329.00
Atención del recién nacido normal	S/. 1,192,355.00	S/. 1,254,035.00	S/. 1,587,392.00	S/. 1,286,393.00	S/. 1,959,882.00
Atención del recién nacido con complicaciones	S/. 1,047,298.00	S/. 860,969.00	S/. 1,340,592.00	S/. 1,219,842.00	S/. 812,627.00
Familias saludables informadas respecto de su salud sexual y reproductiva	S/. 231,580.00	S/. 448,278.00	S/. 428,707.00	S/. 1,184,657.00	S/. 45,042.00
MONTO TOTAL S/.	S/. 19,276,905.00	S/. 20,113,118.00	S/. 19,715,047.00	S/. 20,223,973.00	S/. 23,503,693.00

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

c. Ejecución Presupuestal del PPSMN.

El siguiente reporte corresponde a la ejecución presupuestal de bienes. No se incluirá la ejecución de servicios debido a la falta de claridad en los pagos del personal asistencial y administrativo. Aunque la fuente de consulta amigable proporciona información detallada a nivel DIRESA sobre la ejecución del personal en cada producto del programa, esta información no está disponible a nivel de Microred. Es importante destacar que desde junio de 2019, la ejecución ha sido responsabilidad exclusiva de la Red de Salud Cajamarca.

En la tabla 11 se detalla la ejecución total de la Microred Baños del Inca. El año con la ejecución más alta fue 2016, con un total de S/ 215,413.83. Posteriormente, el año con mayor ejecución fue 2019, combinando lo ejecutado en la DIRESA hasta junio y en la Red de Salud Cajamarca desde ese mes hasta fin de año, con un total de S/ 137,632.76. En contraste, el año con menor ejecución presupuestal fue 2017, con un total de S/ 115,115.67).

Tabla 8 Resumen Presupuesto Ejecutado Total de la Microred de Baños del Inca, 2015 – 2019

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

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



Resultados de la atención en salud materna neonatal en la Microred Baños del Inca, Cajamarca, 2015-2019.

Indicadores de impacto

Debido a que la presente evaluación se basa en los establecimientos de salud que conforman la Microred de Baños del Inca, se trabajará a nivel de distrito, recordemos que la Microred en estudio tiene bajo su jurisdicción a 4 distritos: Baños del Inca, Llacanora, Matara y Namora; por lo que el cálculo de los indicadores utilizara las defunciones maternas y neonatales y los recién nacidos vivos de los 4 distritos mencionados.

Razón de Muerte Materna.

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

Donde:

Año_t : Año de cálculo

Como se observa en la tabla 12, solo han existido muertes maternas hasta el año 2017, una en cada año, manteniéndose constante, es a partir del año 2018 en que no se registró ninguna muerte materna hasta el año 2019. Respecto a los recién nacidos vivos, vemos que estos se han ido incrementando gradualmente año tras año; sin embargo, para el año 2019, estos disminuyeron en 0.6% respecto al año 2018, esto puede deberse a un control de planificación familiar. Además, cabe mencionar que los recién nacidos vivos en el año 2018 son la cantidad total registrada hasta el 13 de diciembre de ese año, esto debido a que al momento de buscar la información no se encontró esta data con corte al 31 de diciembre como en todos los demás años.

Tabla 9 Muertes Maternas y Recién Nacidos Vivos en la MR de Baños del Inca, 2015 - 2019

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

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

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



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

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

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

$$RMM_{2015} = 108.7$$

Habiendo realizado este ejemplo, presento la tabla 13, donde se muestra las razones de mortalidad maternas para el periodo en estudio:

Tabla 10 Razón de muerte materna en la MR de Baños del Inca: 2015-2019

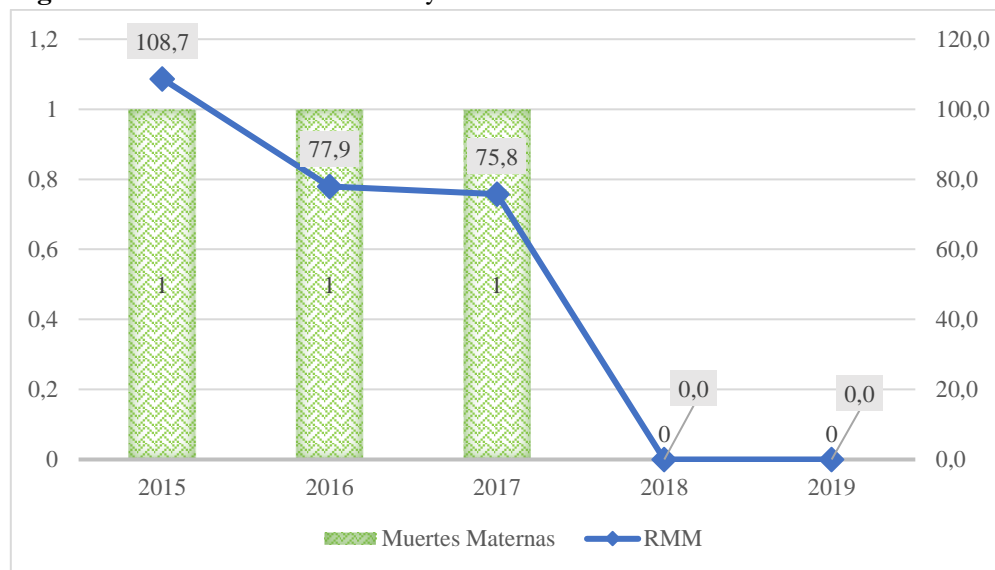
Descripción	Año				
	2015	2016	2017	2018	2019
Muertes Maternas	1	1	1	0	0
Recién Nacidos Vivos	920	1283	1320	1280	1345
RMM	108,7	77,9	75,8	0,0	0,0

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

Como se observa, a pesar de que las muertes maternas se han mantenido constantes hasta el año 2017, la razón ha ido disminuyendo debido a que los recién nacidos vivos han incrementado año tras año, dando un panorama favorable para la razón de muerte materna, como se observa en la figura 4, se tiene una tendencia negativa de la razón durante el periodo de estudio, logrando llegar al 0.0% al año 2019, esto muestra que para estos últimos años se ha logrado tener un mayor control de riesgo respecto a las gestantes y púerperas, además también evidencia un rápido manejo respecto al sistema de referencias obstétricas, logrando referir a tiempo si es que se ha tenido complicaciones con sus gestantes y púerperas.



Figura 2 Razón de muertes maternas y total de muertes maternas de la MR de Baños del Inca, 2015-2019



Tasa de Mortalidad Neonatal.

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

Donde:

Año_t: Año de cálculo

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

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

Tabla 11 Muertes Neonatales (niños menores de 1 año) y Recién Nacidos Vivos en la MR de Baños del Inca, 2015-2019

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

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

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

- $Año_t = 2015$
- Muerte neonatal = 9
- Recién nacidos vivos = 920

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

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

$$TMN_{2015} = 9.8$$

Tabla 12 Tasa de muerte neonatal en la MR de Baños del Inca, 2015-2019

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

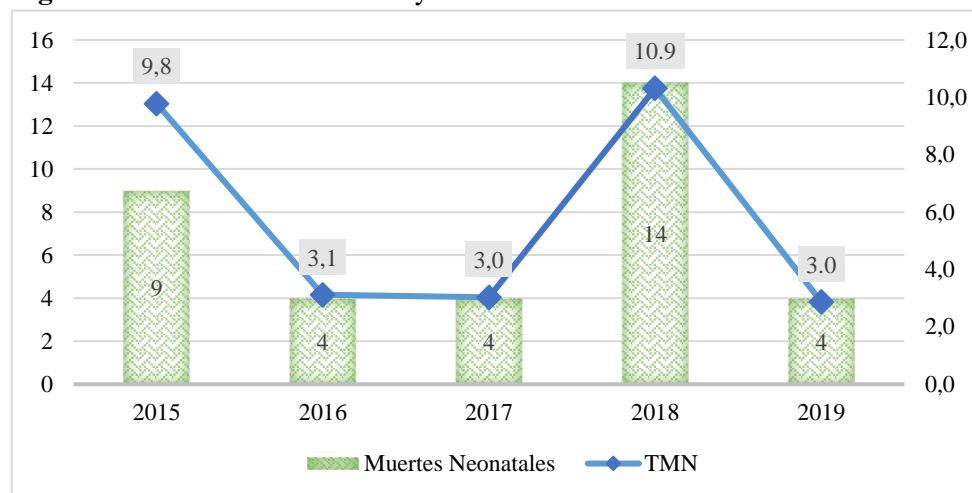
Nota: La información de muertes neonatales ha sido proporcionada por la unidad de vigilancia de salud materna de la Oficina de Epidemiología, mientras que la información de recién nacidos vivos fue proporcionada por la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la DIRESA.

Como se observa en la tabla 15, hasta el año 2017 se evidencia que la tasa de muerte neonatal ha ido disminuyendo, influyendo también la cantidad de recién nacidos, a pesar de ello para el año 2018 se tuvo una tasa de 10.9% un incremento del 7.9% respecto al año anterior, así mismo, se observa que para el año 2019 esta tasa disminuyó a 3.0% evidenciando un mayor control de neonatos para ese año. A su vez, en la figura 5, se muestra con mayor claridad la tendencia de esta tasa donde se observa que ha sido una tendencia negativa, a pesar de tener un repunte en el 2018,



llegando a 3.0% en el año 2019 respecto al 2015 donde se tuvo un 9.8% de muertes neonatales por cada mil recién nacidos vivos.

Figura 3 Tasa de muerte neonatal y total de muertes neonatales de la MR de Baños del Inca, 2015-

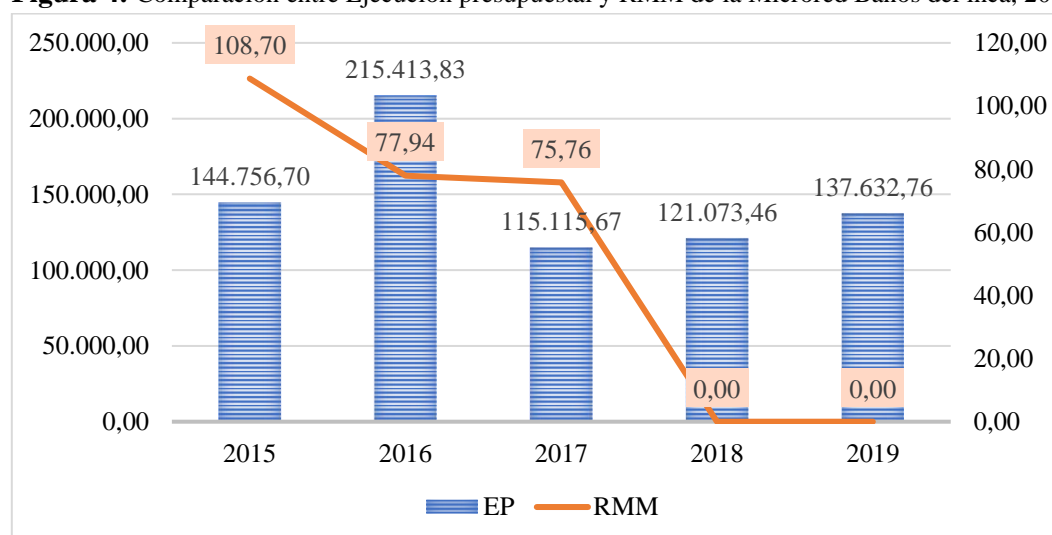


2019

a. Ejecución Presupuestal y Razón de muerte Materna

La ejecución presupuestal ha mostrado un incremento constante a lo largo del período de estudio. Sin embargo, al analizar la relación entre la ejecución presupuestal y la Razón de Muerte Materna (RMM), se observa una tendencia negativa. Esto significa que a medida que la ejecución presupuestal aumenta, la RMM tiende a disminuir.

Figura 4: Comparación entre Ejecución presupuestal y RMM de la Microred Baños del inca, 2015-2019



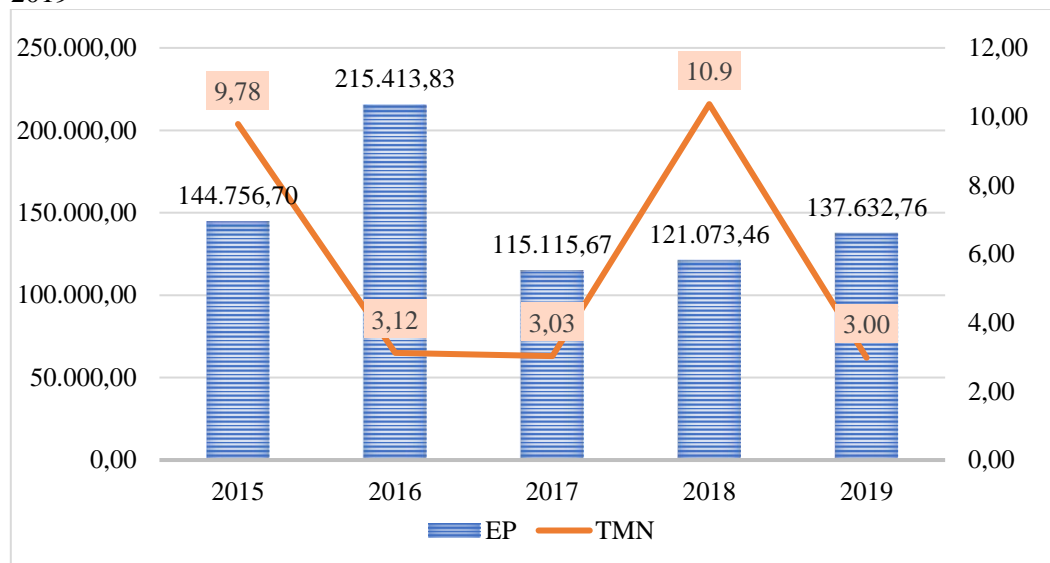
b. Ejecución Presupuestal y Tasa de Muerte Neonatal

En relación a la ejecución presupuestal y la tasa de muerte neonatal (TMN), se observa una relación inversa. Esto significa que a medida que aumenta la ejecución presupuestal, la TMN tiende a



disminuir, como se puede apreciar en los datos recopilados.

Figura 5: Comparación entre Ejecución Presupuestal y TMN de la Microred Baños del Inca, 2015-2019



Para determinar la significancia de la relación entre la ejecución presupuestal y los indicadores de impacto y proceso en la evaluación del programa presupuestal de salud materno neonatal, se utilizarán modelos econométricos.

Modelo 1:

Con este primer modelo planteado se trata de encontrar la significancia de las variables de Evaluación de la ejecución del programa presupuestal 0002 y la variable Resultados de la atención en salud materna neonatal a través de sus indicadores de impacto.

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

Tabla 13: Estimación del modelo RMM sin variables redundantes, Microred Baños del Inca, 2015-2019

Variable	Coficiente	Error Estándar	t-estadístico	Prob.
C+	0.485091	1.5377	0.3155	0.7589
EJECUCION-	0.000004	0.00000	0.9793	0.3505
IG6-	-0.006059	0.0051	-1.1918	0.2609
IG8-	0.005286	0.0031	1.7041	0.1192
IG10-	0.009741	0.0051	1.9160	0.0844
IG14-	-0.006084	0.0034	-1.8121	0.1001
IG15-	-0.001526	0.0009	-1.6421	0.1316

IG24-	-0.029882	0.0231	-1.2947	0.2245
IG26-	0.006675	0.0066	1.0179	0.3327
R-cuadrado	0.4329	Media de la variable dependiente		0.149961
R-cuadrado ajustado	-0.5222	S.D.** variable dependiente		0.3395
S.E.* de la regresión	0.4189	Criterio de información de Akaike		0.9359
Suma residual de cuadrados	0.5264	Criterio Schwarz		1.7313
Log likelihood	7.1086	Criterio Hannan-Quinn		1.0705
F-estadístico	0.5884	Estadístico de Durbin-Watson		1.8976
Prob(F-estadístico)	0.7902			

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

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

Donde:

- $\beta_0 = 0.485$

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

- $\beta_1 = 0.000004$

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

El coeficiente de determinación $R^2 = 0.4329$, significa que la ejecución presupuestal agregando los indicadores de procesos permiten explicar solo el 43.3% la variación total observada de la razón de muerte materna.

Prueba de Hipótesis

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

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

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$



Tabla 14: Prueba de hipótesis modelo RMM

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

Grados de libertad = $(n - k) = 19$
 Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Al ser los T calculado menores que los T tabulado, aceptamos H_0 . Es decir, las variables por sí solas NO explican de manera significativa a la razón de muerte materna de la Microred de Baños del Inca. Si embargo, obtenemos que tan solo las variables IG10 e IG14 son significativas por sí solas; el resto de variables no logran explicar la muerte materna, como ya veíamos con el coeficiente de determinación.

Variabes en Conjunto

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

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

Para verificar la significancia estadística se utilizará el estadístico F de Fisher:

- F calculado: **0.9542**
- F tabulado:
 grado lib.: $k-1 = 9-1 = 8 \rightarrow$ grados de lib. Del numerador
 $n-k = 20-8 = 12 \rightarrow$ grados de lib. Del denominador
 $\alpha = 0.05$
 \rightarrow F tabulado = 2.849

F calculado (0.9542) < F tabulado (2.849) \rightarrow Aceptamos H_0 . Es decir, el modelo no explica a la razón de muerte materna, ninguna variable explica el comportamiento promedio de la Razón de



Muerte Materna por lo que este 1er modelo es inválido, esto se puede deber a que a que de los datos trimestrales trabajados solo se han tenido 3 muertes maternas en la Microred en el periodo de estudio.

Modelo 2

Con este segundo modelo planteado, se trata de encontrar la asociación de las variables de Evaluación del diseño del programa presupuestal 0002 salud y la variable Resultados de la atención en salud materno neonatal; esta vez con el indicador de Tasa de Muerte Neonatal

$$\widehat{TMN} = \widehat{\beta}_0 + \beta_1 \widehat{Ejecución} + \widehat{\beta}_2 IG1 + \widehat{\beta}_3 IG10 + \widehat{\beta}_4 IG14 + \widehat{\beta}_5 IG15 + \widehat{\beta}_6 IG26$$

Tabla 15: Estimación del modelo TMN sin variables NO significativas 2, Microred Baños del Inca, 2015-2019

Variable	Coefficiente	Error Estándar	t-estadístico	Prob.
C	10.414540	4.6974	2.2171	0.0467
EJECUCION-	-0.000039	0.00001	-3.0001	0.0111
IG1-	-0.055936	0.0231	-2.4251	0.0320
IG10-	-0.055038	0.0174	-3.1714	0.0080
IG14-	0.051050	0.0140	3.6582	0.0033
IG15-	0.008598	0.0036	2.4030	0.0333
IG26-	-0.060451	0.0249	-2.4285	0.0318
R-cuadrado	0.5905	Media de la variable dependiente		0.000862
R-cuadrado ajustado	0.3858	S.D.** variable dependiente		1.5015
S.E.* de la regresión	1.1767	Criterio de información de Akaike		3.4407
Suma residual de cuadrados	16.6165	Criterio Schwarz		3.7886
Log likelihood	-25.6864	Criterio Hannan-Quinn		3.4996
F-estadístico	2.8842	Estadístico de Durbin-Watson		2.4897
Prob(F-estadístico)	0.0559			

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

$$TMN = 10.415 - 3.94e^{-05}(EJECUCION) - 0.056(IG1) - 0.055(IG10) + 0.051(IG14) + 0.051(IG15) - 0.060(IG26)$$

Donde:

- $\beta_0 = 10.415$

Cuando la ejecución presupuestal y los indicadores de procesos son igual a cero, entonces la tasa



de muerte neonatal promedio autónomo es 10.42%

- $\beta_1 = -3.9e^{-05}$

Cuando la ejecución presupuestal incrementa en una unidad monetaria, entonces la razón de muerte materna promedio disminuye en un 0.000039%, manteniendo todos los indicadores de procesos constantes.

El coeficiente de determinación $R^2 = 0.5905$, significa que la ejecución presupuestal agregando los indicadores de procesos permiten explicar el 59.05% la variación total observada del comportamiento de la tasa de muerte neonatal.

Prueba de Hipótesis individual

Ejecución Presupuestal

$H_0: \beta_1 = 0$: La variable ejecución NO influye de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal

$H_1: \beta_1 \neq 0$: La variable ejecución SI influye de manera significativa sobre la tasa de mortalidad neonatal

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Tabla 16: Prueba de hipótesis modelo TMN

Variable	t-Statistic (calculado)		T-tabulado	Resultado
EJECUCION-	3.0001	>	1.7291	Significativo
IG1-	2.4251	>	1.7291	Significativo
IG10-	3.1714	>	1.7291	Significativo
IG14-	3.6582	>	1.7291	Significativo
IG15-	2.4030	>	1.7291	Significativo
IG26-	2.4285	>	1.7291	Significativo

Al ser los T calculados mayores a los T tabulado entonces rechazamos H_0 . Es decir, las variables por sí solas SI explica el comportamiento de la Tasa de Mortalidad Neonatal del área de influencia de la Microred de Baños del Inca.

Variables en Conjunto

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



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

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

- F calculado: **2.8842**

- F tabulado:

grado lib.: $k-1 = 7-1 = 6 \rightarrow$ grados de lib. Del numerador

$n-k = 20-6 = 14 \rightarrow$ grados de lib. Del denominador

$\alpha = 0.05$

\rightarrow F tabulado = 2.848

F calculado (2.8842) > F tabulado (2.848) \rightarrow Rechazamos H_0 . Es decir, a las variables en conjunto si logran explicar el comportamiento promedio de la tasa de muerte neonatal. Siendo que las variables más influyentes las que corresponden a la ejecución presupuestal, % de gestantes atendidas según gestantes programas, % de gestantes con 2da ecografía, % de gestantes con plan de parto, % gestantes con visita domiciliaria y % de puérperas controladas.

CONCLUSIONES

El análisis del Programa Presupuestal 0002 Salud Materno-Neonatal en la Microred Baños del Inca durante el período 2015-2019 revela tanto logros significativos como áreas de mejora. A partir de los datos obtenidos, se puede afirmar que, aunque hubo una mejora en los indicadores de salud materna y neonatal, persisten desafíos en la ejecución presupuestaria y la calidad de los servicios. Primero, los resultados muestran una disminución notable en las tasas de mortalidad materna y neonatal, lo cual es un indicio positivo de que las intervenciones del programa tuvieron un impacto favorable en la salud de la población atendida. La tasa de mortalidad materna se redujo del 1% en 2015 al 0% en 2019, y la tasa de mortalidad neonatal disminuyó del 9.8% al 3.0% en el mismo período. Estos datos reflejan una mejora en la atención prenatal y postnatal, así como en la calidad de los servicios de salud brindados.

Sin embargo, la evaluación de la ejecución presupuestaria revela una discrepancia entre los fondos asignados y la efectividad en su utilización. A pesar de un incremento en el presupuesto asignado



al PP 0002, con una asignación de S/. 203,259,281 en 2019, la ejecución efectiva solo alcanzó el 51.5%. Esta baja ejecución presupuestaria sugiere problemas en la gestión y administración de los recursos, lo que podría haber limitado el alcance y la calidad de las intervenciones.

Desde una perspectiva teórica, estos hallazgos resaltan la importancia de una administración eficiente y transparente de los recursos en programas de salud pública. La teoría de la administración pública sugiere que una gestión efectiva de los recursos no solo depende de la cantidad de fondos asignados, sino también de la capacidad de las instituciones para utilizarlos de manera eficiente y efectiva. La baja ejecución presupuestaria observada en este estudio sugiere la necesidad de fortalecer las capacidades administrativas y operativas en el sector salud.

Además, la teoría del capital humano subraya la importancia de invertir en la formación y capacitación del personal de salud para mejorar la calidad de los servicios. Los resultados positivos en los indicadores de salud materna y neonatal podrían ser atribuidos, en parte, a mejoras en la formación y capacitación del personal de salud, aunque este aspecto no fue directamente medido en este estudio.

Finalmente, aunque los resultados muestran una mejora en los indicadores de salud, persisten preguntas sin resolver. ¿Qué factores específicos contribuyeron a la baja ejecución presupuestaria? ¿Cómo influyen la capacitación del personal de salud y la infraestructura en la calidad de los servicios brindados? Estas interrogantes sugieren la necesidad de estudios futuros que profundicen en los aspectos administrativos y operativos del PP 0002, así como en la evaluación de otros factores que pueden haber influido en los resultados observados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abadía, C.; Martínez, A.; Navarrete, H. y Pinilla A. (2006). *En alto riesgo: la crisis de la salud pública en el instituto materno infantil de Bogotá*. Revista Antípoda 2006: 199-226.

Acuña, R.; Huaita, F. y Mesinas, J. (2012). *En camino de un presupuesto por resultados (PpR): una nota sobre los avances recientes en la programación presupuestaria*. (Documento de Gestión Presupuestaria. Ministerio de Economía y Finanzas. Lima, Perú) Recuperado de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/estudios/En_camino_de_un_PpR.pdf

Andía Valencia, W. (2017). *Manual de Gestión Pública*. Lima, Perú: Colecciones Jovic.



- Andrade Guzmán, C. (2013). *Implantación de la política en salud materna en la república de Chile y Perú: una observación desde la dimensión de gestión*. (Tesis Magistral, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile) Recuperada de:
<http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/115562>
- Arbaiza, Lydia y otros. (2017). *Monitoreo del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal para el sector público*. Universidad ESAN. Lima, Perú: T-Copia S.A.C.
- Bardales Briones, M. (2018). *Gestión directiva y la provisión de medicamentos en la Microred de Cortegana, Celendín – Cajamarca*. (Tesis Magistral. Universidad Cesar Vallejo, Chiclayo, Perú) Recuperada de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/29648>
- Benavente del Carpio, I. (2016). *Análisis del diseño del programa presupuestal 0049: “programa nacional de apoyo directo a los más pobres – JUNTOS” para el periodo 2015, en el marco del presupuesto por resultados*. (Tesis de título. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú) Recuperada de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/8665>
- Castillo Velásquez, Oscar y Zúñiga Cárdenas, Ricardo. (2015) *Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal de la Intervención Pública “Cred y Municipios Saludables*. Lima, Perú: Ministerio de Economía y Finanzas y Ministerio de Salud.
- Cabanillas Cabellos, L. y Tafur Chacón, A. (2018). *Presupuesto por Resultados en la Calidad del Gasto de la Unidad Ejecutora 400-785 Salud Cajamarca, Periodo 2016-2017*. (Tesis Magistral, Universidad Cesar Vallejo, Chiclayo, Perú) Recuperada de
<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/28268?show=full>
- Cárdenas y otros. (2019) *La mortalidad neonatal: un reto para el país y la universidad*. (Artículo) Revista An Fac med. 2019;80(3):281-2 Recuperada de
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n3/a01v80n3.pdf>
- Del Carpio Ancaya, Lucy. (2013). *Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 – 2012*. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2013; 30(3):461-464.
- Díaz Echeverría y otros. (2006). *Muerte materna y presupuesto público*. Tizapán San-Ángel, México D.F: Mono Comunicación S.A. de C.V.



- Dirección General de Presupuesto Público (2016). *Programas Presupuestales: Diseño, Revisión y Articulación Territorial*. Lima, Perú: Ministerio de Economía y Finanzas.
- Fernández, M. y Del Valle, J. (2017). *Cómo iniciarse en la investigación académica: una guía práctica*. Lima, Perú: Tarea Asociación Gráfica Educativa – Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Florián Plasencia, E. (2015). *Relación entre el gasto de salud materno neonatal y la cobertura de los indicadores sanitarios en el distrito de Trujillo 2000 – 2012*. (Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú) Recuperada de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/4807>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2008). *Salud materna y neonatal*. Nueva York, Estados Unidos: UNICEF.
- Galindo Camacho, M. (2000). *Teoría de la Administración Pública*. Toluca, México: Editorial Porrúa.
- Galinelli, B.; Pagani, M.; Payo, M. Migliore, A. et al. (2015). *Estudios sobre Gestión Pública: aportes para la mejora de las organizaciones estatales en el ámbito provincial*. La Plata, Argentina: Subsecretaría para la Modernización del Estado.
- Gonzales Simón, P. (2016) *Políticas públicas de Desarrollo Infantil Temprano en el Perú: El caso de las intervenciones efectivas con familia*. (Tesis Magistral, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú) Recuperada de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/11854>
- Hernández, R, Fernández, C Y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México: McGraw-Hill/ Interamericana Editores.
- Idiart, A. (diciembre 2007). *Capacidades institucionales e implementación de programas sociales: las transformaciones de los programas materno infantiles en argentina en la última década*. Revista Chilena de Administración Pública ISSN: 0717-6759 p. 27- 54
- Loayza Huacre, E. (2020). *Programa presupuestal y gestión de los recursos públicos en la mejora de la salud materna neonatal - MINSa, 2019*. (Tesis Doctoral por la Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú) Recuperada de



https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40291/LOAYZA_HE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización de las Naciones Unidas (s.f.), *Mortalidad materna*. Recuperado de

<https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>

Malajovich, L; Alcalde, M. Castagnaro, K y Borroso, C. (2013) *Presupuestos transparentes para el gasto en atención de salud materna: Estudio de caso en cinco países latinoamericanos*.

Revista Reproductive Health Matters 2012, 20(39):46 - 57. Lima, Perú.

Menéndez y Lucas (s.f.) *Analizando la mortalidad materna desde un enfoque de equidad:*

la importancia de contar con datos de calidad. Recuperado de

<https://www.isglobal.org/documents/10179/25254/Mortalidad+materna+desde+un+enfoque+de+equidad/9952a822-72b7-4144-8a74-c90a10d892b5#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,con%20e1%20embarazo%20o%20agravada>

Ministerio de Economía y Finanzas (s.f.). *Política Económica y Social*. Recuperado de

<https://www.mef.gob.pe/es/politica-economica-y-social-sp-2822>

Ministerio de Economía y Finanzas (s.f.). *Estructura Programática de Programas Presupuestales*.

Recuperado de

https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=101530&view=article&catid=211&id=2768&lang=es-ES

Ministerio de Economía y Finanzas (2015) “*Evaluaciones de diseño y ejecución presupuestal Herramienta para el logro de resultados en la gestión pública*”. Lima, Perú: Ministerio de Economía y Finanzas

Ministerio de Economía y Finanzas (2016) “*Las evaluaciones de diseño y ejecución presupuestal para la mejora del gasto público*” Recuperado de

https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/eval_indep/edep/index.html

Ministerio de Economía y Finanzas (s/f). “*Programas Presupuestales*” Recuperado de

<https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/programas-presupuestales>



- Ministerio de Economía y Finanzas (s/f). “*Diseño de Programa Presupuestal - Términos de Referencia*” Recuperado de <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/programas-presupuestales?id=4077>
- Ministerio de Salud (2001) “*Lineamientos para la conformación de redes de salud*”. Lima, Perú: Ministerio de Salud
- Ministerio de Salud (2013). *Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA*. (Documento de Trabajo) Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2739.pdf>
- Ministerio de Salud (2019), *Boletín Epidemiológico del Perú*. Volúmen 28 – SE 52. Recuperado de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pdf>
- Ministerio de Salud (2017) *Minsa establece Cartera de Servicios en establecimientos del primer nivel de atención*. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/13008-minsa-establece-cartera-de-servicios-en-establecimientos-del-primer-nivel-de-atencion>
- Mendoza, W. (2016). *Cómo investigan los economistas: guía para elaborar y desarrollar un proyecto de investigación*. Lima, Perú: Tarea Asociación Gráfica Educativa – Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. (2013) *Perú: situación de la salud y la supervivencia de la mujer gestante y del recién nacido, 2012-2013*. Recuperado de https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/09/alerta_recien_nacido_aprobado_cen_10_04_14_vfinal.pdf
- Montañez Ginocchio, Vilma Aurora (2013) *Consultoría para la Evaluación de Diseño y Ejecución de Presupuestos Públicos – Atención del Parto Normal*. Lima, Perú: Ministerio de Economía y Finanzas, Banco Interamericano de Desarrollo y Ministerio de Salud.
- Ortún Rubio, V. (1995). *Gestión Pública: Conceptos y Métodos*. Barcelona, España: BBV Centro de Estudios de Economía del Sector Público, Universidad Pompeu Fabra.
- OMS. (2019). *Mortalidad materna*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>



- OPS & OMS. (2011). *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51-12-s.pdf>
- OPS & OMS (s.f.) *Indicadores de Salud: Aspectos Conceptuales y Operativos*. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45250-indicadores-salud-aspectos-conceptuales-operativos-250&Itemid=270&lang=es
- OPS (2001), *Indicadores de salud*. Recuperado de https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1882:datos-de-salud&Itemid=135
- OPS (2020), *Intervenciones costo efectivas y asociaciones estratégicas contribuirían a salvar la vida de millones de recién nacidos en el mundo*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/27-10-2020-intervenciones-costo-efectivas-asociaciones-estrategicas-contribuirian-salvar#:~:text=Algunas%20cifras%20que%20avalan%20que,entre%20pa%C3%ADses%20de%20la%20regi%C3%B3n.>
- Ordoñez-Matamoras, G. (2013). *Manual de análisis y diseño de políticas públicas*. Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia.
- Sánchez, F. (2019). *Tesis: Desarrollo metodológico de la investigación*. Lima, Perú: Aleph Impresiones S.R.L.
- Seinfeld, J. (2011). *Análisis del programa presupuestal e incidencia de beneficiarios: Sector Salud*. (Documento de discusión, Universidad del Pacífico, Lima, Perú) Recuperada de <http://repositorio.up.edu.pe/handle/11354/371>
- Silva, L. (2016) *Econometría I*. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca.
- Tanaka Torres, E. (2011). *Influencia del presupuesto por resultados en la Gestión Financiera Presupuestal del Ministerio de Salud*. (Tesis Magistral. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú) Recuperada de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/860>



- Torres Melo, J. y Santander, J. (2013). *Introducción a las políticas públicas: Conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía*. Bogotá, Colombia: IEMP Ediciones.
- Vargas Arce, D. (2016). *Introducción a la política económica*. Lima, Perú: Editorial San Marcos E.I.R.L.
- Vásquez Kuquian, J. (2020). Presupuesto por resultados y la calidad del gasto del Programa de Salud Materno Neonatal - Red de Salud Alto Amazonas 2019. (Tesis Magistral por la Universidad César Vallejo, Tarapoto – Perú) Recuperada de:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/51069/V%c3%a1squez_KJ%20-%20SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vásquez Murrieta, Y. (2017). *Evaluación de la ejecución física y financiera del programa presupuestal 0002: Salud Materno neonatal del hospital regional de Loreto, periodo 2017-2018*. (Tesis de Grado por la Universidad Privada de la Selva Peruana, Iquitos – Perú). Recuperada de:
<http://repositorio.ups.edu.pe/bitstream/handle/UPS/88/INFORME%20%20DE%20TESIS%20-%20Bach.%20Cont.%20Yesmin%20Arlette%20V%C3%A1squez%20Murrieta.pdf>

