



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS
SERVICIOS DE LA SALUD**

**Gasto en salud y disminución de la mortalidad materna en Dirección de Salud
Cutervo durante el quinquenio 2014-2018**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Pariacuri Mantilla, Esmeralda Isabel (ORCID: 0000-0002-4832-0316)

ASESOR:

Mg. Roger Fernando, Chanduvi Calderón (ORCID: 0000-0001-7023-0280)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Dirección de los servicios de la salud

CHICLAYO- PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios por iluminarme en el camino correcto, brindarme fuerzas para seguir adelante y darme su bendición.

A mis padres y hermano por su incondicional apoyo, por ser la fuente de mi inspiración para lograr todos mis objetivos.

A mis buenos amigos por estar a mi lado, llenando mi vida de energías positivas, para continuar mi desarrollo profesional.

Al que está presente apoyándome en el anonimato, sin etiqueta y con esa sonrisa.

AGRADECIMIENTO

A mis docentes por las excelentes lecciones recibidas durante la maestría.

A mi asesor Mg. Fernando por su paciencia.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula.....	ii
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	17
3.1. Tipo y diseño de investigación	17
3.2. Operacionalización de Variables	17
3.3. Poblacion, muestra.....	19
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	20
3.5. Procedimiento	21
3.6. Método de análisis de datos	21
3.7. Aspectos éticos.....	23
VI. RESULTADOS	24
V. DISCUSIÓN.....	32
VI. CONCLUSIONES.....	39
VII. RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Gasto en Salud y Mortalidad Materna</i>	26
Tabla 2. <i>Presupuesto Total y Presupuesto del PPSMN</i>	26
Tabla 3. <i>Porcentaje de ejecución</i>	27
Tabla 4. <i>Personal y Obligaciones Sociales</i>	27
Tabla 5. <i>Pensiones y Otras Sociales</i>	28
Tabla 6. <i>Bienes y Servicios</i>	28
Tabla 7. <i>Otros Gastos</i>	29
Tabla 8. <i>Número de Muertes Maternas</i>	29
Tabla 9. <i>Edad de Muerte Materna</i>	30
Tabla 10. <i>Grado de Instrucción</i>	30
Tabla 11. <i>Distrito de Ocurrencia de Muerte Materna</i>	31
Tabla 12. <i>Muerte Según Causa Básica</i>	31
Tabla 13. <i>Tipo de Parto</i>	32
Tabla 14. <i>Lugar de Parto</i>	32
Tabla 15. <i>Persona que atendió el parto</i>	32

RESUMEN

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de conocer describir el gasto presupuestal del Programa Presupuestal Materno Neonatal y la Disminución de la Mortalidad Materna durante el quinquenio 2014 – 2018 en la Dirección de Salud Cutervo. Tiene un tipo de investigación tiene un diseño no experimental transversal y descriptivo porque recolecta datos de un determinado tiempo con la finalidad de analizar una variable en un momento dado para posteriormente diseñar la propuesta de investigación.

La recolección de datos se realizó mediante la utilización de una ficha de recolección de datos, esta ficha validada por la opinión de expertos. Los resultados: Gasto presupuestal y la disminución de la mortalidad materna durante el quinquenio 2014 – 2018 en la Dirección de Salud Cutervo, el presupuesto en la Dirección de Salud Cutervo tuvo un aumento durante el quinquenio 2014 – 2018, y se produjeron 6 muertes directas e indirectas en la Dirección de Salud Cutervo durante el quinquenio 2014 – 2018, solo en el año 2014 fueron 3 las muertes maternas todas directas, las edades de las pacientes que tuvieron muerte materna, oscilan entre 23 a 36 años.

La causa básica de muerte materna directa durante el quinquenio estudiado fue de retención placentaria.

Palabras clave: Ejecución presupuestal, programa materno, muertes maternas.

ABSTRACT

This research was carried out with the objective of knowing how to describe the budgetary expenditure of the Maternal and Neonatal Budget Program and the Reduction of Maternal Mortality during the five-year period 2014 - 2018 at the Cutervo Health Directorate.

It has a type of research has a cross-sectional and descriptive non-experimental design because it collects data from a given time in order to analyze a variable at a given time to later design the research proposal.

Data collection was carried out through the use of a data collection sheet, this sheet validated by the opinion of experts. The results: Budget expenditure and the reduction of maternal mortality during the five-year period 2014 - 2018 in the Cutervo Health Directorate, the budget in the Cutervo Health Directorate had an increase during the five-year period 2014 - 2018. Almost 90% of budgetary expenditure It is intended for the payment of personnel and social obligations in the Directorate of Health Cutervo, there were 6 direct and indirect deaths in the Directorate of Health Cutervo during the five-year period 2014 - 2018, only in 2014 were 3 maternal deaths all direct in the Directorate of Cutervo Health, the ages of patients who had maternal death range from 23 to 36 years, Incomplete primary and illiteracy were the degree of instruction in maternal deaths in the Directorate of Cutervo Health.

The basic cause of direct maternal death during the five-year period studied was placental retention. The type of delivery in 5 cases was vaginal delivery; births in 90% were attended by midwife and family.

Keywords: Budget execution, maternal and neonatal program, maternal deat

I. INTRODUCCIÓN

Es necesario conocer el significado de programa presupuestal para tocar este tema, por lo tanto, PPR se refiere a un estilo de programación utilizado en las actividades de las entidades públicas, éstas organizadas y articuladas con el fin de encaminar a proveer productos que son bienes y servicios, los resultados que se logren deben ser particular a favor de la población, todo esto busca contribuir a alcanzar una meta final que tiene un objetivo en la política pública (Finanzas MEF – 2018).

En este sentido la importancia de los programas presupuestales radica en reconocer y asignar recursos en productos que pueden ser bienes y servicios, todo enfocado al bien común de la población. Evalúan el gasto público bajo y la relación entre bienes y servicios, además se establecen indicadores para medir los resultados, además articulan trabajo entre los 3 niveles de gobierno que van a permitir obtener mejores y mayores resultados con esto se genera alta enseñanza entre las diferentes entidades también en los 3 niveles de gobierno (Finanzas MEF – 2018)

El PPR permite:

- Precisar los efectos relacionados al cambio que han solucionado problemas que afectan a la población, con esto se pretende generar compromisos y alcanzarlos.
- Presupuestar productos, que ayuden al logro de resultados.
- Identificar responsables para alcanzar resultados, en los instrumentos como la capitulación de cuentas al gasto público.
- Buscar mecanismos que permitan obtener información acerca de los productos y bienes, los resultados y la gestión realizada.
- Evaluación del logro de resultados.
- Utilizar la información valiosa para mejorar decisiones y rendición de gastos (Finanzas MEF – 2018).

El PPR permite además el uso eficaz y eficiente de los recursos públicos, priorización del gasto público en la necesidad de productos, buscan mejorar resultados en favor de la comunidad.

También el presupuesto por resultado es relacionado estrechamente con la calidad de gasto, en un este estudio se determina la relación entre el presupuesto por resultados y la calidad del gasto del programa materno neonatal del Hospital Arzobispo Loayza, en los resultados encontraron que el presupuesto si se relaciona muy significativamente con la

calidad de gasto del programa materno neonatal, las recomendaciones que brindan es fortalecer las acciones de mejora en la gestión del proceso del presupuesto en sus diferentes fases como son: programación, aprobación, ejecución y evaluación, las acciones tomadas deben permitir la reducción de la morbimortalidad. La otra acción debe ser monitorizar el cumplimiento de la ejecución de las metas físicas y financieras en cada plazo establecido, además se debe fortalecer el compromiso de los trabajadores, los mismos que deberán estar capacitados en la atención materna. Se debe sensibilizar al personal que se encuentra involucrado en el programa materno con el fin de lograr el uso correcto de los recursos financieros del estado (Asencios, 2018).

El presupuesto por resultado tiene objetivos como el enfoque en el logro de resultados, tratar a los usuarios de acuerdo a sus necesidades, hay definiciones como presupuesto global, el PPR también impulsa el desarrollo de manera progresiva de las gestiones, que se alcance los objetivos establecidos, los mismos que deben ser estratégicos para mejorar la política económica y social (Cisneros, 2015).

Es importante la unión del presupuesto, en Lambayeque se ha incrementado con el paso de los años con esto han logrado aumentar la calidad de vida y atención a la población. En este estudio pudieron ver que la ejecución del presupuesto asignado presenta un avance favorable, esto ha permitido adquisiciones de bienes y servicios como medicamentos, insumos que permitan llevar a cabo procedimientos médicos que se realizan en los programas presupuestales. Se recomienda mayor asignación de presupuesto en los programas presupuestales, fortalecer un involucramiento por parte de todas las áreas en el proceso de ejecución presupuestal, esto orientado al adecuado manejo de los recursos humanos, que conlleven al lograr objetivos esperados en bien de la población (Chafloque, 2017).

En esta época el sector público en salud a través de sus instituciones, para hacer uso del dinero del estado se tiene diferentes pliegos presupuestales, para mejora del mismo. Para ejecutar dicho presupuesto se debe tener en cuenta las metas establecidas. El trabajo leído contiene un estudio sobre la evaluación de calidad del gasto, utilizaron datos de cada área con presupuesto, midiendo así los resultados esperados, la causalidad que posee sus adquisiciones, la existencia de alguna asociación con un programa u objetivo, los resultados fueron comparados con los indicadores que presenta la entidad y el control de uso de recursos, todo ello enfocado a la calidad de gasto. Una de sus principales conclusiones es que se utilizó de manera eficiente los recursos del estado, la calidad con la que gastaron fue

la ideal en la Diresa – Cajamarca durante el año 2014, la tendencia de la Diresa es de que todo sus programas presupuestales estén incluidos y sean evaluados por calidad de gasto (Rios, 2014).

La Ley N° 29812, nos habla de que el presupuesto por resultado es la asignación de recursos y servicios, estos son medidos a través de resultados, es un instrumento de gestión. Esto quiere decir que el personal encargado de manejar el presupuesto debe tener compromiso con la institución, involucrarse en el logro de los objetivos, utilizar el presupuesto en favor de la población, de esta manera se cumplirán con las estrategias y resultados (Herrera, 2016).

La preocupación por el adecuado uso de los recursos públicos es a nivel nacional, un trabajo de investigación en la ciudad de Ayacucho nos deja como recomendaciones, que los trabajadores consideren importante que el presupuesto público es un instrumento para el eficiente uso de los recursos públicos, la ejecución debe estar orientada para obtener excelentes resultados en la gestión pública. Es importante la disposición de cursos de entrenamiento para los trabajadores en el hospital estudiado, considerar la ejecución del presupuesto público de cada gestión debe ser cumplido bajo un plan de proyecto establecido (Sosa, 2015).

En la ciudad de Lima se realizó una investigación que también tuvo por objetivo determinar el nivel de ejecución presupuestal por resultados según metas programadas, estas metas se programan para dar solución a problemas identificados. El estudio que se realiza de tipo sustantivo del nivel descriptivo con diseño no experimental, se evaluaron 13 programas presupuestales. También tuvieron la técnica de análisis documental a través del método de recopilación de información, la información se obtuvo de los Sistemas de información SIAF (Sistema integrado de administración Financiera, el POA (Plan operativo anual), en la red investigada obtuvieron resultados satisfactorios (Tarazona, 2017).

Ahora que tenemos clara la definición e importancia de PPR, reconocemos a la mortalidad materna, como un gran problema que afecta a toda la población, no se hablaba mucho de este tema hasta que en la conferencia internacional realizada en Nairobi y Kenia en 1987 se tocó este tema. Fue en esta importante reunión que se tomaron decisiones y se buscaron estrategias a favor de las mujeres gestantes, el interés que generó fue a tal punto que la mejora de la salud materna para disminuir las muertes maternas fue un desarrollo del milenio (Wata y Nabe 2015).

II. MARCO TEORICO

Por fuente de la Organización Mundial de la salud, las muertes maternas tienen relación. Nos menciona que el 99% de las muertes maternas se dan en países en subdesarrollo, el 1% ocurren en Europa, Norte América, Australia y Nueva Zelanda. Estos datos nos revelan el resultado final y más triste de sucesos que nos muestran las pocas cosas para verificar la situación de atraso, discriminación que conviven nuestras pacientes.

En la Región Cajamarca en el año 2012 se presentó el mayor número de muertes maternas, siendo las resaltantes razones de muertes en la gestante durante ese año, causas que se pudieron prevenir y fueron en las etapas de embarazo y puerperio. La hipertensión inducida por la gestación fue la primera causa, seguido de la hemorragia e infección. Podemos señalar también que la mortalidad materna refleja inequidad, injusticia en nuestra zona (Gutiérrez 2017).

Desde el punto de vista de Salud Pública la mortalidad aparte de ser un problema de salud pública es limitante para el desarrollo de la sociedad, una muerte materna traería además muchas complicaciones en la familia con hijos en orfandad (Ruiz 2016)

“Mortalidad Materna en el Departamento de Cajamarca en el quinquenio 2009 – 2013” la finalidad del estudio fue identificar la Mortalidad en Cajamarca, las frecuentes causas, y reconocer las similitudes epidemiológicas de la mortalidad materna. Resultados: la tasa de mortalidad materna fue para el año 2009 con respecto al año 2013 respectivamente (180 por 100 000 nacidos vivos, 83 por 100 00 nacidos vivos). La hemorragia fue la primera causa de muerte en un 75%, la edad más frecuente fue de 20 y 34 años (Briones, 2014).

Loreto como departamento durante el año 2018 con el objetivo de disminuir la mortalidad materna crea un plan cuyo contenido impulsará actividades relacionadas a la conformación de una plataforma multisectorial, monitoreo y evaluación, se fortaleció la vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, se fortalece actividades educativas que buscan desarrollar contenidos de educación sexual (Loreto, 2018).

Es inaceptable que se produzcan muertes maternas en el Perú, en Cajamarca la razón de mortalidad materna en el 2016 alcanzó el 89 x 100 mil nacidos vivos continuando como uno de las principales afecciones del Departamento. Este problema ha generado una brecha social en Cajamarca como Huancavelica. La desigualdad y la pobreza cada una con sus particularidades en cada departamento del país. Cabe resaltar que Cajamarca ha venido haciendo un importante un importante esfuerzo de disminución sostenida en los últimos años; según procedencia se pasó de 68 muertes en 2000 a 21 en 2016 (Facho y Aliaga 2016).

En esta tesis podemos rescatar que las metas de salud materno neonatal son una base fundamental para que el nuevo ser pueda tener condiciones óptimas de salud y cuente con buenos cuidados prenatales y post natales; hay disparidades entre la salud materna y el presupuesto provocando así inequidades en nuestro país. La conclusión fue que solo existen 3 indicadores positivos que son: planificación familiar, parto institucional, control post parto, se debe implementar sistemas que vigilen los progresos de las metas en la salud materno neonatal (Plasencia, 2012).

Se desarrolló una investigación con el objetivo de describir desenlaces maternos y perinatales, la hospitalización en pacientes fue por complicaciones obstétricas, siendo los principales diagnósticos infecciones, hipertensión y diabetes. Respecto a las muertes perinatales fueron 2 veces más frecuentes entre las gestantes hospitalizadas que aquellas que no fueron hospitalizadas, se encontró una relación entre la hospitalización de los recién nacidos post parto y la readmisión hospitalaria, las muertes maternas y perinatales fueron más frecuentes en gestantes hospitalizadas antes del parto (Alves, 2018).

En esta revista encontramos el tema de mortalidad, mostrando que tenemos como país una tasa inaceptable siendo la principal dificultad en esta zona. Este problema genera en Cajamarca una brecha social muy grande, encontramos diversas características detrás de estas muertes como por ejemplo la desigualdad, pobreza cada una con sus respectivas particularidades. Cajamarca como región realiza un esfuerzo para disminuir esta mortalidad, pero para lograr esto se debe realizar un análisis profundo y poder emitir un juicio objetivo de lo que realmente está pasando. Dentro de las conclusiones encontradas por los investigadores podemos rescatar que la mortalidad materna tiene múltiples factores todos ellos interrelacionados y complejos, Huancavelica mantiene menos muertes maternas que Cajamarca, pero es importante reconocer que cada región cuenta con sus particularidades como el tamaño de la población, superficie, comportamiento epidemiológico de cada muerte materna, determinantes sociales (Facho & Aliaga, 2017).

En una revisión de información realizada en Cajamarca se analizó si se había cumplido con el objetivo de reducir en 30 puntos porcentuales la mortalidad materna entre el 2010 al 2016, tal y como se había plateada en el Plan Participativo Regional de Salud de Cajamarca 2010-2014. El estudio fue observacional descriptivo y se evaluaron la razón de mortalidad materna, causas y edad de las madres fallecidas. Se encontró que la primera causa de muerte fueron las hemorragias producidas durante el embarazo y puerperio, pero en el año 2014 incrementaron los casos por hipertensión inducida por embarazo (pre eclampsia, eclampsia

y Síndrome Hellp) y nos muestra un resultado alarmante que las muertes a partir del año 2016 se están produciendo en Ipress equipadas (Hospitales y I-4) (Facho, Ruiz, & Arce, Mortalidad materna en el departamento de Cajamarca durante el período 2010 - 2014, 2016).

Para adoptar una mejor apreciación de la morbilidad materna extrema se encuentra una tesis en donde nos muestra la mortalidad materna como una complicación que nos afecta a todos, teniendo como resultado que la principal causa de morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Docente de Cajamarca fue la pre eclampsia severa – eclampsia (87,5%), seguida de shock hipovolémico (12,5 %), identificaron los factores de riesgo. Las pacientes atendidas tuvieron más de 6 atenciones prenatales en un 70,8%, embarazo no planificado 58,3%, la edad entre 20 – 34 años se dieron en un 54,2%, primigestas hubieron 50,0%, sin antecedentes de abortos 83,3%, cesareada anterior 70,8%. Los factores de riesgo que se relacionando con la morbilidad extrema fueron: procedencia de zona rural, cesareada anterior, parto por cesárea. Las principales conclusiones fueron que la prevalencia de la mortalidad materna extrema en el Hospital Regional de Cajamarca fue del 19,7%, dentro de los factores de riesgo identificados se encuentran: embarazo no panificado, cesareada anterior y terminación del embarazo por vía cesárea, provenir de zona rural (Sánchez, 2018).

Podemos ver una realidad parecida a otros estudios mencionados anteriormente, en cuanto a cumplimiento de metas en la ciudad del Cusco, durante los años 2012 y 2016 se tuvo un incremento de ejecución presupuestal en un 48%, sin embargo los indicadores solo aumentaron en 1.26 puntos porcentuales en lo referente a la atención a gestantes que recibieron 6 a más controles prenatales, gestantes del área rural con parto institucional en el último nacimiento hubo un aumento considerable, las mujeres en unión con demanda satisfecha disminuyó a 6%. La recomendación del autor es que unifique el Siaf esto permitiría un seguimiento simultáneo de utilización del presupuesto y avance de metas programa presupuestal (Quispe, 2018).

Un interesante estudio sobre el costo en salud para la disminución de la mortalidad materna y neonatal en el Perú, tiene como resultado que el uso de recursos médicos del programa presupuestal salud materno neonatal se incrementó en el período 2009-2014 en recursos humanos, materiales e insumos médicos. Esto trajo como consecuencia la reducción de 13 a 11 en mortalidad materna. Es evidente e saludable el aumento en el programa presupuestal salud materno neonatal, esto se refleja en la disminución de la tasa de mortalidad materna del 15% en los años 2009 a 2014, a pesar de todo se debe prestar especial atención en mejorar la calidad de gasto, con esto se lograría uno los objetivos del desarrollo

del milenio, favoreciendo así la salud materno neonatal en nuestro país, disminuyendo las brechas de pobreza que hoy en día se encuentran muy marcadas (Carbajal, 2015).

En el Perú las estrategias y políticas que se llevaron a cabo para disminuir la mortalidad materna se encuentran relacionadas directa o indirectamente con otorgar capacidades. A pesar de ellos este estudio llega a la conclusión de que no existen datos estadísticos suficientes para medirlos, sin embargo, se puede resaltar que durante 25 años ha llegado a existir un aumento del trabajo femenino, disminución de la fertilidad que se puede observar en el aumento de los métodos anticonceptivos. En las condiciones económicas hubo un incremento del PBI, los hogares mejoraron con la electrificación y telefonía móvil, esto, aunque parezca minúsculo repercute en el contacto en caso de emergencias obstétricas, esto crea de alguna manera capacidades sociales, económicas y políticas. Otra mejoría que menciona este artículo es el mejoramiento e implementación de políticas de salud, ampliación de infraestructura, mejoramiento de la capacidad institucional, aumento y distribución de personal capacitado, adecuaciones culturales, esto demuestra el avance que hay en Perú por la mejora de la salud materno neonatal y la libertad de las usuarias para elegir, sin embargo se recomienda mejorar la recolección de estadísticas de la mortalidad materna, esto ayudará a continuar estudios en busca de mayores mejoras (Avila, 2018).

El tema de los objetivos del desarrollo se tomó la reducción de muertes maternas como el objetivo 5, dado durante el año 1990 se tuvo 430 muertes maternas, en el año 2005 solo descendió a 400 por 100 000 nacidos vivos, por lo tanto, se tomaron intervenciones que incluyeron a promoción de la salud, prevención del embarazo adolescente, planificación familiar, atención prenatal, parto institucional y seguro, intervención de puerperio, cuidados del recién nacido y lactancia materna. En el Perú la barrera identificada fue la atención del parto institucional, para buscar una solución a la barrera económica se implementó el SIS, la barrera al acceso geográfico se trató de superar implementando 500 casas de espera maternas y la barrera cultural se busca superar con la adecuación cultural en cada atención. (Tavara, 2018).

Otro factor a tener en cuenta en la mortalidad materna en el Perú son las desigualdades en salud causadas por que la riqueza no se distribuye equitativamente, se realizó un estudio donde observando tendencias: la regresividad de la desigualdad en la mortalidad materna, quiere decir que hay existe una concentración de mayor riesgo de muerte materna en grupos de población o más claro es que las muertes materna se producen en mujeres pobres, sin embargo el estudio muestra una reducción de la desigualdad sociodemográfica en la

mortalidad materna del Perú. La recomendación es mejorar y revisar estrategias, intervenciones que se han tomado en cuenta durante los últimos años hasta la fecha, se debe adoptar explícitamente un plan que sea accesible para todos en salud, el cual tenga cobertura total y sea proporcionado (Casalino, Ochoa, & Otros, 2018).

Según el informe del resultado de balance a nivel nacional del Programa Materno Neonatal, los departamentos con mayor pobreza monetaria y elevada incidencia de muertes maternas son Cajamarca, Amazonas, Pasco y Loreto, sorprende también que nos detalle que en estos departamentos existe baja disponibilidad de personal médico, en estos departamentos el presupuesto asignado para el programa materno neonatal es menor al promedio nacional asignado. En este estudio también nos menciona la gran importancia de asignación de presupuesto y el buen uso de este en las compras claves, distribución de los insumos en atenciones de salud, capacidad de respuesta de cada IPRESS, se refiere al equipamiento e infraestructura adecuada (Concertación, 2018).

En el número de muertes maternas también podemos encontrar la representación de la calidad del control médico y quirúrgico para cada población, en este sentido se intensifica la lucha desde la OMS en disminuir la mortalidad materna en el mundo. Según el estudio la faceta del acceso a una atención médica es de suma importancia, además se debe mantener un buen control de calidad, así como buena comunicación entre todo el equipo de profesionales de salud que se encargan de brindar la atención. Además de tener estandarizado protocolos de emergencia obstétrica, con esto se podrá atender la emergencia de manera oportuna y con trabajo en equipo, estos resultados se verán reflejados en la aminorar las muertes maternas. En todo el mundo se ha visto avances debido al aumento de educación, aumento de proveedores de salud capacitados, facilitar el mejoramiento de la calidad en cada uno de nuestros hospitales (Wineland, 2016).

Uno de los principales indicadores en salud y muy representativo es la mortalidad materna de un país, en Perú esta tasa es muy elevada. En el caso de las muertes maternas no solo representan una cifra, estas tasas son la reflejan la falla del sistema de salud del país. En este artículo nos muestra la importancia de sensibilizar a las autoridades para el desarrollo de acciones efectivas en la lucha contra la morbilidad materna. Así mismo incorporar tecnologías modernas y medicina basada en evidencia, es necesaria la incorporación de atención humanizada, respeto a la dignidad de cada persona para lograr el equilibrio entre atención y avance tecnológico (Gutierrez & Velasquez, 2017).

Iniciamos la investigación sobre las principales causas de morbimortalidad materna en el Perú, encontré un estudio según criterios de FLASOG demostrando que los trastornos hipertensivos del embarazo son las patologías más frecuentes, la falla orgánica es la complicación más grave en estos tipos de pacientes. Teniendo en claro que en esta investigación las principales complicaciones fueron los trastornos hipertensivos del embarazo (eclampsia, pre eclampsia y síndrome de HELLP) y abortos, siendo en ambos casos la complicación más frecuente la falla multiorgánica, éstas patologías necesitaron mayor transfusión sanguínea. Según la investigación las complicaciones presentadas fueron evitables por lo tanto dentro llegan a la conclusión de que no hay un buen manejo de los controles prenatales o que los responsables de la atención de las pacientes no cumplen un buen papel, el seguimiento a las gestantes no está siendo adecuado, por lo tanto no brindan un tratamiento oportuno (Payajo, 2016).

La realidad en Jaén respecto a mortalidad materna la encontramos en una investigación realizada con el apoyo de la Disa Jaén, esta investigación se realizó en el quinquenio 2013-2017, se presentaron un total de 36 muertes maternas. Las cifras en esta investigación son altas debido a que los resultados son elevados durante el período 2002 – 2011, fechas en donde la Región Cajamarca se ubicaba la primera ubicación con mayor número de muertes a nivel nacional. Hasta la fecha de investigación Cajamarca ocupaba el tercer lugar a nivel nacional en mortalidad materna, las muertes 83,33% fueron directas, de estas 38.89% fueron por hipertensión inducida por el embarazo el promedio de edad de las muertes maternas es de 29.69 años, además hace mención que entre las principales razones especialmente de la zona rural por la que las gestantes no acuden a sus atenciones prenatales porque sienten miedo, vergüenza. Por lo tanto las recomendaciones son: mejorar y cumplir con los protocolos de atención prenatal, atención en la gestación y después del parto, se debe promover y promocionar la atención prenatal y el parto institucional, sobre todo en la zona rural, las visitas domiciliarias deben ser periódicas a todas las gestantes y puérperas, con el fin de detectar y evitar posibles complicaciones (Delgado, 2018).

En el Hospital Regional de Cajamarca se realizó un estudio para identificar los principales factores clínicos, que fueron atendidas en el hospital. 44 cumplían con los criterios de inclusión, la causas de la muerte que más se vio fue de tipo directa, principalmente la hipertensión en el embarazo, segundo las hemorragias 21.9%, se puede concluir que aumentó la razón de mortalidad materna en el Hospital Regional de Cajamarca entre los años 2007 y 2014, 90.1 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivo, estos

datos coinciden mucho con los estudios anteriormente analizados, factores de riesgo: infección de tracto urinario y anemia, la edad de las pacientes fue de 25 – 35 años, tuvieron primaria, procedieron de zona rural, conviviente, nulíparas, tener menos de 5 atenciones prenatales. Se recomienda una coordinación con el nivel central, construir y fortalecer alianzas en el cuidado y atención integral y prevenir muertes maternas, fortalecer las competencias del recurso humano, fortalecer la orientación por parte del personal de salud, sensibilizar sobre la importancia de los controles prenatales, desarrollar mayor difusión por los medios de comunicación mejorar la capacidad y calidad para referir oportunamente y prevenir la mortalidad (Leiva, 2015).

Evaluando las características sociodemográficas según un estudio realizado en Puno observamos que la morbilidad materna externa más frecuente durante las edades de 18 a 35 años, la frecuencia de MME fue a mayor nivel educativo de la paciente, la procedencia rural, pacientes con unión estable, llegando a la conclusión que la mayor cantidad de pacientes del estudio contaba con atenciones prenatales insuficientes(39 %), los criterios de inclusión por falla orgánica, fue más frecuente la falla multiorgánica. Las recomendaciones son que se inicie el proceso de implementación de sistemas de vigilancia, protocolos institucionales para disminuir y controlar la morbimortalidad materna en el Hospital, monitorización de la calidad de los servicios durante la atención (Mamani, 2018).

Las características epidemiológicas en Lambayeque concluyen que el mayor número de muertes maternas las edades oscilan de los 20 a 39 años, conviviente, tuvieron como oficio ama de casa, con primaria completa, pertenecen a zona rural. Fallecieron en IPRESS de nivel II y III en su mayoría MINSA, muertes maternas directas y las causas fueron los trastornos hipertensivos del embarazo seguido de las hemorragias, la mayoría múltíparas, con atenciones prenatales y fallecieron en el puerperio, la mayor parte de muertes se reconocieron las tres primeras demoras, incluso la tercera demora solo demoraron menos de una hora para llegar a la IPRESS donde serían atendidas, la cuarta demora la mayoría tuvo atención en menos de 30 minutos. La recomendación primero es la capacitación al personal de salud poniendo empeño en la vigilancia y control durante el proceso de la gestación y cuarenta y dos días post parto, el llenado correcto de las fichas de investigación epidemiológica de mortalidad materna (Verona, 2019).

Se analizaron las situaciones de mortalidad materna en la población indígena en Pará, comprobaron que 884 óbitos maternos, las muertes se dieron en un 60,7%, en los indígenas se presentaron 135, 8 muertes de 100 mil nacidos vivos. Las complicaciones presentadas

fueron edema, proteinuria, trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio. En este estado la mortalidad materna significa un problema, se ha demostrado que la población indígena necesita una mejor atención (Ramos, Vidal, & Otros, 2017).

En México se realizó un estudio en las regiones sub estatales, pudieron comprobar que el riesgo de muerte en una gestante es 10 veces mayor en las que viven en la región de Sola en comparación con la región Nuevo León, mostrando así la injusticia y desigualdad en territorios que se diferencian socialmente, los promedios de muertes maternas ocultan datos de diferencia en el interior de los estados (Pisanty, 2017).

En Nicaragua se realizó un estudio sobre la situación de la mortalidad materna, llegaron a las siguientes conclusiones: la mayoría de las muertes maternas ocurridas en el 2009 – 2010 el mayor porcentaje de las edades estaban comprendidas entre 15 – 25 y 26 – 34 años, estado civil unión libre, nivel de escolaridad primaria completa, ocupación oficios domésticos con procedencia de la zona rural, las causas que prevalecieron fue la hemorragia, enfermedades respiratorias, NH1, complicaciones cardíacas, pre eclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP y otras patologías como diabetes gestacional, leptospirosis, tormenta tiroidea, abdomen agudo, en el control prenatal no hubo, ya que un alto porcentaje solo recibió 1 – 2 controles y otro porcentaje no recibió ningún control estos en su mayoría fueron brindados por 1 médico general, en el momento de la complicación la mayoría de pacientes fueron atendidas por ginecólogo, la atención de parto fue cesárea y otros casos que no se finalizó la gestación, la ocurrencia de la muerte fue a nivel institucional y comunitario (Elvia, 2011).

Un estudio casuístico comparando 134 óbitos del comité de Sao Paulo con 124 óbitos de Paraná durante los años 2004 – 2013, dieron como resultado que las causa obstétricas directas fueron 32,1 % la muerte tardía no tuvo un impacto relevante, la principal causa de óbito fue el obstétrico tardío (Pereira V, Soarez, & Otros, 2017).

En el distrito de Azuay hubo 9 muertes maternas, según la fuente de este análisis dentro de las cuatro demoras, la que tuvo mayor secuencia fue la primera demora, esto nos indica que la educación e información a los usuarios de salud en esa zona aún es baja, influyen mucho las situaciones culturales y la decisión de buscar ayuda. En el estudio 88.8% de la población pertenecía a la zona rural, estos tenían bajo acceso a los servicios de salud y la geografía no ayudaba al acercamiento, además 66,7% de los casos de muerte materna en Azuay 2012 contaba con mujeres solo con educación primaria, 77,8% solo tenían como ocupación ser amas de casa (Abad & Calle, 2014).

Otra realidad no muy alejada de nuestro país es la que se vive en Argentina un estudio de corte transversal encuentra entre sus registros mujeres en edad reproductiva las cuales fallecieron de causas sospechosas de encubrir muertes maternas en el sector público, las entidades privadas y el seguro social. Se reclasificaron las causas de muerte, los datos fueron extraídos y clasificados del informe estadístico de defunción, entre los resultados se encontraron omisiones en el registro, la estructura de causas, lugar, relacionaron el momento de la muerte con la edad gestacional y relación con el proceso reproductivo, en base a estos resultados se estimaron las muertes maternas, entre las regionales la omisión no es igual, es necesario enfatizar la importancia del llenado correcto de los certificados de defunción (Moreno, Fernandez, & Otros, 2019).

Para lograr aspirar a lograr la salud para todos a nivel global se creó una estrategia llamada “Atención Primaria de la Salud”, en Alma Ata se dieron iniciativas y planes a nivel global dando compromisos a los Estados Unidos y a toda la sociedad con la finalidad de atención a la salud con equidad, producto de ello se llevó a cabo la revolución por la supervivencia infantil etapa en donde se identificó problemas de las 15 millones muertes en niños, la situación en Perú tuvo progresos significativos en la baja de la mortalidad materna y en la niñez (Tavera, 2018).

En Colombia se dio una investigación cuyo objetivo fue descubrir cómo se daban las muertes en las gestante en Wayúu, los resultados muestran que hay prácticas tradicionales en la atención de parto, esta practicas se realiza desde la abuela hasta las hermanas mayores, esta situación preocupa por el hecho de presentarse alguna complicación obstétrica, sin atención adecuada puede terminar en una muerte materna (Bula, 2017).

Se realizó un estudio de iniciativa para fortalecer la atención materna, iniciaron elaborando planes para cuidar y brindar atención de calidad y monitorizar indicadores, revisaron las historias clínicas, brindaron capacitación y asistencia técnica al personal. Esta iniciativa motivó el mejoramiento de calidad en la atención materno neonatal (Montoya, Blanco, & Otros, 2017).

Las causas de muertes maternas de pacientes hospitalizadas en el Hospital General y Universitario de Castellón en España entre los años 2010 y 2015, relacionan algunas características comunes entre ellas por ejemplo datos del embarazo, parto y post parto, así como datos del recién nacido, información de la estancia hospitalaria y mortalidad materna, los principales motivos de muerte materna fueron trastornos hipertensivos del embarazo

seguido de hemorragia obstétrica, para tener en cuenta que la mayoría de ingresos fue en el parto, no tuvieron ninguna atención prenatal (Sansoloni, Villar, & Otros, 2017).

Colombia es un país latinoamericano, en este país se realizó un estudio que tuvo 1546 casos de muertes en gestantes durante los años 2011 – 2013, pudieron analizar los datos encontrando que de las muertes maternas en la población indígena 22,3% fueron mujeres menores de 19 años, 29,2% mujeres mayores de 35 años, en este estudio la principal causa de mortalidad materna fueron la hemorragia posparto, eclampsia y la sepsis puerperal. Por lo tanto se concluyó que la mortalidad materna en las comunidades indígenas es 5 veces mayor que en el resto de la población, de igual manera se recomienda el trabajo multisectorial respetando las culturas disminuyendo la brecha y acercando los servicios de salud a la población (Bello, Paradas, & Otro, 2017).

Según la OMS, la muerte materna relacionada al embarazo, parto o en los 40 días post nacimiento esta definición también incluye a las muertes por abortos, embarazos ectópicos, sin embargo las causas de muerte incidental están excluidas de esta definición, recordemos que el embarazo es un proceso fisiológicamente normal, durante este proceso se desarrollan variedad de cambios en las mujeres (Gonzales & Soto, 2017).

Un problema de salud pública en todo el mundo es la mortalidad materna, en Brasil se llevó a cabo un estudio donde se estudiaron razones sociodemográficas de las mujeres, el año de ocurrencia, las múltiples causas de muerte. Este análisis mostró eficacia para hacer visible al aborto, el aborto es ilegal en este país, se observó que se enmascaran las causas reales de muerte y la respectiva notificación, en Brasil se buscarían estrategias para reducir desigualdades sociales y que todas las mujeres cuenten con servicios de salud de calidad (Eunice, Pollyana, & Otros, 2017).

Cuando hablamos de mortalidad materna debemos tener en cuenta la capacitación que tiene el personal de salud para responder ante una emergencia obstétrica, en Zimbabwe se tuvo la problemática en los centros de salud, puesto que no se podían resolver complicaciones obstétricas graves, el personal menciona que es la formación inadecuada la principal causa para prevenir muertes maternas que se podían evitar. El estudio se llevó estableciendo un programa de formación en resolución de emergencias obstétricas con el personal de maternidad, se formaron 12 instructores brindándoles equipos y recursos para el curso, en dicho curso se capacito a 299 profesionales (Crofts & Barnfield, 2015).

En el año 2013 un estudio en Brasil muestra que la hemorragia tiene un conjunto de causas que pueden incurrir en una mujer en los ciclos de gestación y puerperio, si a esto se

le suma una ineficiente atención tenemos como resultado una muerte materna. Este estudio sirvió para el estudio de las muertes maternas 491 en el Ministerio de Salud de Brasil en los años 1997 al 2010, encontraron 61 muertes por hemorragia, dentro de ellas la hemorragia post parto 26 muertes, 15 muertes fueron por causa de desprendimiento prematuro de placenta, la hemorragia en ese estado es un gran problema de con una alta prevalencia y lo más preocupante es que las causas básicas son prevenibles (Lentz, De Souza, & Otros, 2013).

Para hacer un análisis de las muertes maternas y neonatales de países entradas bajas y medias, con el propósito de encontrar el momento de defunción y si existe relación entre las muertes maternas y la mortalidad prenatal y neonatal. El estudio se realizó en 106 comunidades en siete lugares diferentes, las mujeres del estudio estuvieron gestando y el seguimiento que se realizó fue de hasta seis semanas post parto, del año 2010 al 2012 la tasa de mortalidad materna fue de 168, el 29% de muertes prenatales se produjeron en el momento del parto, estas muertes fueron evitables, las muertes maternas aumentan el riesgo de muerte perinatal y neonatal, por lo tanto es necesario mejorar la atención durante el parto y nacimiento del nuevo ser, esto podría asegurar la reducción de la mortalidad (Saleem & Kodkany, 2014).

Se necesita un método para calcular la mortalidad materna y explicar la utilización en la estimación de mortalidad materna. En este estudio tuvieron en cuenta que la mayor mortalidad se produce en los sectores más desfavorecidos, las zonas rurales y áreas de mayor disponibilidad, se utilizó el análisis bayesiano que tiene predicción empírica, se llegó la conclusión que desde 1990 se tenidos avances importantes de reducción la mortalidad materna, se debería mejorar el aumento de matronas calificadas (Ahmed & Hill , 2013).

Es necesario conocer las mayores causas de mortalidad materna, esto mismo se tuvo presente en la Ciudad del Cabo (Sudáfrica) y subdistritos, los resultados fueron que la mortalidad del Cabo representa la cuarta parte de morbilidad observada en el conjunto de causas de defunción, un gran número de muertes fueron por VIH/ Sida, la otra causa fue homicidio, tuberculosis, enfermedades infecciosas, traumatismos y enfermedades no trasmisibles, por lo tanto es necesario la vigilancia a nivel local para conocer la realidad local, así como tener intervenciones focalizadas y multisectoriales (Pam, Zinyakatira, & Otros, 2010).

Según fuente de la Organización Mundial de la Salud 830 mujeres mueren por causas prevenibles cada día, la mayoría de estas mujeres provienen de países en vías de desarrollo, y de estos países la mayoría son de la zona rural y en las comunidades más pobres. Como

estrategia para reducir la mortalidad materna se toma como meta del Objetivo de Desarrollo Sostenible, la Dirección de Epidemiología del Minsa la mortalidad materna tuvo un descenso de 42%, mientras que la razón de mortalidad materna al año 2015 tuvo un descenso del 75%, este avance significa la mejora de la salud de las mujeres durante toda la gestación y los 42 días post parto, también significa que en el Perú se promoviendo la defensa de los derechos reproductivos, en mayor porcentaje las muertes maternas son prevenibles. El estado debe priorizar políticas en busca de mejorar la salud materna y neonatal y lograr la cobertura universal de las gestantes y recién nacidos (Guevara, 2016).

Un modelo de atención materno infantil podría ser Cuba, según una investigación realizada en ese país, da a notar la prioridad que el estado tiene con la disminución de mortalidad materna, el acceso a los servicios de salud están garantizados, tiene como meta aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva, reducción de la anemia, prevenir el sobrepeso infantil y obviamente reducir la mortalidad materna, en este país también se garantiza la cobertura universal en salud (Santana, Esquivel, & Otros, 2018).

El personal de salud clave para la disminución de la mortalidad materna son las obstetras, en Chile han contribuido a mejorar los indicadores en salud sexual y reproductiva durante los 50 últimos años, realizaron un estudio de la currícula universitaria de obstetricia en Chile, llegando a la conclusión que obstetricia y puericultura proveen una formación completa y especializada (Parra & Urrea, 2017)

El presente estudio buscar conocer el gasto del Programa Presupuestal Materno Neonatal y la disminución de la mortalidad materna, en otras palabras, esta investigación tiene el propósito de producir información que contribuya a la toma de decisiones en pro de una significativa reducción de la mortalidad materna en Cutervo.

Teniendo como objetivo principal:

- Describir el gasto en salud y la disminución de la mortalidad materna.

Objetivos Específico:

- Conocer el presupuesto otorgado a la Dirección Sub Regional de Salud Cutervo en el quinquenio 2014 – 2019.
- Conocer el presupuesto otorgado al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, durante el quinquenio 2014 – 2019.
- Conocer el porcentaje de ejecución del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal durante el quinquenio 2014 – 2019.

- Identificar el gasto por específica del Programa Presupuestal Salud Materno
- Conocer el número de muertes maternas por año
- Identificar Muertes maternas según grupo etario
- Conocer las muertes maternas según grado de instrucción y condición sociocultural.
- Identificar el distrito de ocurrencia de las muertes maternas
- Mencionar las causas básicas de muertes maternas
- Reconocer el tipo de parto en las muertes maternas
- Conocer el momento de defunción
- Identificar el lugar de parto
- Conocer la persona o personal de salud que atendió el parto.

El análisis y ejecución de este proyecto nos llevará a tener el conocimiento claro acerca de la ejecución presupuestal en la Dirección de Salud Cutervo, recordemos que a nivel nacional e internacional se considera el cuidado materno como punto de mayor importancia y debe estar dentro de las políticas públicas como una estrategia para mejorar los indicadores maternos.

Este trabajo dejará recomendaciones para el bienestar de la población en especial la mejorar la salud de las gestantes, es un esfuerzo más que se suma a los múltiples esfuerzos que todo el persona ha venido realizando conforme han pasado los años, ello se ve reflejado en el porcentaje de meta alcanzado de los indicadores de impacto como podemos observar líneas abajo, se nota la diferencia y disminución de muertes maternas de un año al otro, si recabamos años anteriores el número de muertes maternas estaba por encima de las cifras del año 2014, pero la ejecución presupuestal y la importancia prestada en el aumento de plazas para el personal de salud para la atención de las usuarias.

Siendo la mortalidad materna un problema de la nación amplio y complejo necesita medidas a gran escala, en ningún lugar se puede permitir tener muertes maternas, por las graves consecuencias que significan para una familia.

III. METODOLOGIA

3.1. Tipo y diseño de investigación.

El presente trabajo tiene un enfoque cuantitativo, se utilizaron datos que fueron recogidos por un instrumento elaborado por la autora. El tipo de investigación es descriptivo, analítico puesto que con los datos obtenidos se podrá determinar características y relaciones importantes para corroborar la hipótesis sugerida. El diseño de esta investigación es de tipo no experimental, retrospectivo y transversal. No hay manipulación de variable por lo tanto decimo que no es experimental, los datos son de años anteriores por lo que mencionamos que es retrospectivo.

3.2 Variables y operalización.

Variable Independiente:

- Gasto en salud

Variable Dependiente:

- Disminución de la Mortalidad Materna

Operacionalización de variables

Variables	Dimensión	Indicadores	Índices	Técnicas
Gasto en salud	Presupuesto (PPR)	Presupuesto total asignado	PIM del Presupuesto	Respuesta en números
	Porcentaje asignado al Programa Presupuestal	Presupuesto Asignado al Programa Materno Neonatal.	PIM del Programa Presupuestal Materno Neonatal	Respuesta en números
	Gasto			Cifra en %

		Ejecución del Programa Presupuestal	Porcentaje de ejecución	Presupuesto utilizado en cada específica.
		Gasto por Específica	Enumerar las específicas	Respuesta en números.
		Gasto total del PPSMN	Presupuesto utilizado en el PPSMN	
Disminución de la Mortalidad Materna.	Mortalidad Materna Gestantes Causas de Mortalidad Materna	Mortalidad materna Datos de Pacientes Características de la gestante atendidas	Tasa de mortalidad Edad Grado de instrucción Estado civil Distrito de Ocurrencia Causa Básica de Muerte Edad gestacional alcanzada Momento de Defunción Tipo de Parto Lugar de Parto Fecha de Parto	Número de Muertes Maternas. Respuestas cerradas

			Atención de Parto	
--	--	--	-------------------	--

3.3 Población, muestra.

El presente trabajo de estudio tiene como unidad de análisis es el gasto en salud y la población está conformada por el número de muertes maternas en Cutervo – Cajamarca durante el quinquenio 2014 – 2018, y según la información presentadas en las estadísticas fueron 5 muertes en total durante el tiempo estudiado.

Como bien sabemos para seleccionar una muestra y no tener alguna equivocación, debemos delimitar bien nuestro universo.

Ahora depende de la investigación y los objetivos de la investigación para que tengamos adecuada conformación de población.

Dentro de las técnicas de muestreo tenemos:

✓ **Universo:**

Las muertes maternas que ocurrieron en la Provincia de Cutervo ocurridas durante los años 2014 a 2019, pacientes atendidas en los diferentes niveles, nivel I- 1, nivel I-2, nivel I-3, nivel II-1.

Presupuesto en salud en la Provincia de Cutervo durante los años 2014 al 2018.

✓ **Muestra:**

Las muertes maternas en Cutervo durante el período 2014 – 2018

Presupuesto en salud durante los años 2014 – 2018

✓ **Criterios de exclusión:**

Muertes maternas producidas por accidentes.

En esta investigación se está utilizando una metodología observacional, aquí describimos algún suceso, esta puede usarse como herramienta para la hipótesis.

Para seleccionar los criterios de inclusión

En este estudio de investigación se excluyeron a las pacientes fallecidas de causa incidental.

Este estudio se realizó en la Dirección Sub Regional de Salud Cutervo, unidad ejecutora de la provincia de Cutervo, pertenece a la Diresa Cajamarca y el Minsa. La Dirección Sub Regional de Salud cuenta con 184 establecimientos y 1 Hospital nivel II- 1.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La técnica que se utilizó para analizar toda la información tanto de muertes maternas y gasto del presupuesto, fue utilizando el método sintético y analítico, por el tipo de investigación la información se recogió en forma retrospectiva, para iniciar la discusión se utilizó un método inductivo, con el fin de analizar e ir separando específicamente las muertes maternas y el gasto que se tuvo en salud, además se logró a través de los métodos utilizados llegar a conclusiones precisas y aportar recomendaciones valiosas que podrían ser utilizadas en la mejora de la calidad de los servicios que acceden nuestros usuarios, generar una visión desde la investigación y basada en resultados obtenidos durante los 5 años analizados

La recolección de datos se realizó mediante la utilización de una ficha de recolección de datos, esta ficha validada por la opinión de expertos. Los datos fueron llenados con información pública que se encuentra disponible en la página de transparencia del Ministerio de Economía y Finanzas y el número de muertes maternas que se brinda en el boletín epidemiológico del Minsa mediante la Dirección de Epidemiología, los datos tomados han sido del quinquenio 2014 – 2018.

3.5 Procedimiento.

Para la recopilación de información no se tuvo dificultad puesto que, a partir de la ley de transparencia en los procesos del estado, la información del presupuesto, el uso del mismo se encuentra publicadas en la página amigable del Ministerio de Economía y Finanzas, se puede acceder a esta página web desde cualquier computadora o móvil, no se necesita autorización alguna.

Respecto a los datos del número de muertes maternas y datos de la paciente, a través del Minsa se cuenta con un boletín epidemiológico, el cual se publica semanalmente y tiene la información que se requiere para esta investigación, sin embargo, he querido obtener más datos para realizar un análisis correcto y profundo, se tuvo coordinación y autorización del Director de la Dirección Sub Regional de Cutervo, para obtener más datos de las pacientes fallecidas.

Se utilizó una ficha de recolección de datos elaborado por la propia investigadora de manera retrospectiva, la ficha de recolección de datos fue llenada una por una por cada año, se recogieron datos tanto de los Excel que tiene estadística de Dirección de Salud Cutervo y de la página web del Ministerio de Economía y Finanzas.

Cabe resaltar que cada ficha fue validada por tres expertos en el área que cuentan con grado de Magister, quienes en todo momento supervisaron el correcto llenado de cada ficha, dándole la seriedad correspondiente a este trabajo de investigación, los materiales utilizados fueron entregados a la investigadora del área de estadística – mortalidad materna de la Dirección Sub Regional de Salud Cutervo, para esta investigación no se vio necesario tomar los nombres de las pacientes fallecidas, dado que no tiene ningún realce y no concuerda con los objetivos.

3.6 Método de análisis de datos

Primero se obtuvo de manera clara y concisa de acuerdo a los objetivos planteados la información, una vez que la información se tuvo en las fichas de recolección de datos, luego toda esta información fue consolidada y llevada para su respectivo análisis.

Los datos estando en el sistema fueron procesados por el propio sistema de manera automática, el programa utilizado es el SPSS versión 22, como ya se contaba con la información ingresada el control de calidad de la información, así como su respectiva tabulación, cabe mencionar que la tabulación en esta investigación se dio de forma simple y cruzada, se dieron a través del programa estadístico. Las tablas se presentan con cifras simples y absolutas.

Se utiliza para este trabajo el método para analizar información tanto de presupuesto como los datos de mortalidad materna, la descripción de ambos se puede verificar en una tabla que a continuación presentaré, sumado a ello se llevó a cabo el método inductivo, este método es muy útil para interpretar nuestros resultados y determinar resultados que puedan contribuir a una discusión, además se pueden comparar resultados parecidos a otras investigaciones como la que se ha realizado en esta investigación.

Es necesario utilizar algunos criterios que nos permitan evaluar, por lo tanto nuestra información debe tener credibilidad, nuestros datos deben ser reales y creíbles, datos extraídos de la base de datos y no inventados, los datos deben ser confirmados con rigor, en este caso hemos encontrado datos reales, nuestros resultados deben de confiabilidad garantizada, no debe haber habido ningún tipo manejo en nuestro instrumento, tener este tipo de evaluación da la oportunidad a la investigadora de alcanzar un nivel óptimo en el trabajo realizado, y también reconocer las dificultades que puedan encontrar para superarlas.

En ese sentido se debe reconocer que no hubo inconvenientes en este estudio descriptivo, los resultados que se presentan a continuación serán en tablas, figuras y cuadros.

El presente trabajo fue aprobado por la Dirección Sub Regional de Salud Cutervo, a pesar de contar con datos públicos, no se dejó de lado la coordinación por respeto a la institución, el consentimiento informado no fue necesario aplicarlo, puesto que la información en gestantes fallecidas se encuentra en las estadísticas.

La información fue fácil de recolectar gracias al correcto llenado en las fichas de defunción de mortalidad, el llenado lo realiza cada personal de salud que está a cargo de la atención en estos casos.

3.7 Aspectos éticos

Por la importancia que esta investigación tiene y considerando que será pública y difundida se debe tener en cuenta los criterios éticos y valores tales como respeto por la dignidad de las personas, justicia y beneficencia. En este estudio se tiene en cuenta todos estos aspectos éticos, dado que es un tema muy delicado como una muerte, por esta razón no se toman nombres de los casos.

IV. RESULTADOS

Tabla 1.

Gasto en salud y mortalidad materna

AÑO	2014	2015	2016	2017	2018
PIM	32171208,00	35879071,00	39835040,00	41012435,00	46673943,00
MM	3	1	0	1	1

Fuente: elaboración propia, 2019

En esta tabla observamos el presupuesto durante los años 2014 al 2018 y como el presupuesto ha ido subiendo cada año, y la mortalidad materna disminuyendo con el paso de los años. El año en el que hubo más inyección de presupuesto para el Programa Materno Neonatal fue el año 2018.

Tabla 2.

Presupuesto Total y Presupuesto Programa Materno Neonatal

Presupuesto	7107969,00	9668903,00	9986312,00	10039224,0	11069873,0
32171208,00	0	0	0	1	0
35879071,00	0	0	1	0	0
39835040,00	0	1	0	0	0
39835040,00	0	0	0	0	1
46673943,00	0	0	0	0	1
Total	1	1	1	1	1

fuentes: elaboración propia, 2019

La tabla n° 2 es una tabla de doble entrada, en la parte superior tenemos el presupuesto asignado a Dirección de Salud Cutervo, en la columna izquierda se encuentra el presupuesto asignado al Programa Materno Neonatal, podemos identificar que el presupuesto al PPSMN no es ni el 10% del total.

Tabla 3.*Porcentaje de ejecución del Programa Materno Neonatal*

Año	Porcentaje
2014	100 %
2015	100 %
2016	100 %
2017	100 %
2018	100 %

Fuente: elaboración propia, 2019

En esta tabla claramente observamos que se utilizó todo el presupuesto asignado en el Programa Materno.

Tabla 4.*Personal y Obligaciones Sociales*

Presupuesto	Frecuencia	Porcentaje
4821943,00	1	20.0
5735649,00	1	20.0
6549423,00	1	20.0
7224606,00	1	20.0
8664024,00	5	20.0
Total	5	100.0

Fuente: elaboración propia, 2019

Esta tabla nos muestra que casi el 90% del presupuesto total del Programa Materno Neonatal en la Dirección de Salud Cutervo se utiliza en pago de personal contratado, nombrado, así como pago de Essalud, pago de bonos y guardias.

Tabla 5.*Pensiones y otras Prestaciones Sociales*

Presupuesto	Frecuencia	Porcentaje Válido
1713670,00	1	20,0
1921190,00	1	20,0
1974297,00	1	20,0
2561254,00	1	20,0
3360329,00	1	20,0
Total	5	100,0

Fuente: elaboración propia, 2019

En la tabla 5 podemos visualizar los montos exactos que fueron utilizados para el pago de pensiones y prestaciones sociales durante los años estudiados.

Tabla 6.*Bienes y Servicios*

Presupuesto	Frecuencia	Porcentaje
71147,00	1	20,0
72828,00	1	20,0
87472,00	1	20,0
195332,00	1	20,0
311249,00	1	20,0
Total	5	100,0

Fuente: elaboración propia, 2019

En esta tabla podemos ver otro de los pagos realizados durante estos años y fueron a bienes y servicios.

Tabla 7.*Otros Gastos*

Presupuesto	Frecuencia	Porcentaje
397173,00	1	20,0
397187,00	1	20,0
501209,00	1	20,0
564386,00	1	20,0
747914,00	1	20,0
Total	5	100,0

Fuente: elaboración propia, 2019

En las tablas 5,6 y 7, se encuentra la distribución por específica respecto al pago que se utilizó del programa materno neonatal, estos pagos se distribuyen en la mayoría la compra de bienes y servicios, esto se refiere a compra de materiales y equipos para la atención de las usuarias.

Tabla 8.*Número de Muertes Maternas*

Presupuesto	Frecuencia	Porcentaje
	3	40,0
	1	20,0
	1	20,0
	1	20,0
Total	6	100,0

Fuente: elaboración propia, 2019

La siguiente tabla muestra en número real las muertes maternas dentro de la Provincia de Cutervo durante el quinquenio 2014 - 2018.

Tabla 9.*Edad de MM*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
23,00	1	20,0
27,00	1	20,0
33,00	1	20,0
34,00	2	40,0
36,00	1	20,0
Total	6	100,0

Fuente: elaboración propia, 2019

La siguiente tabla muestra la edad de las pacientes fallecidas, siendo 99% adulto joven, solo 1% de las pacientes pertenecieron al rango de gestante añosa.

Tabla 10.*Grado de Instrucción*

Grado 1	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Incompleta	5	90,0
Analfabeta	1	10,0
Total	6	100,0

Fuente: elaboración propia, 2019

Esta tabla nos muestra que, de las 6 muertes maternas, el 90% fueron en madres que solo contaban con primaria incompleta. La otra cifra nos muestra que en el país aún tenemos peruanos analfabetos.

Tabla 11.*Distrito ocurrencia MM*

Distrito	Frecuencia	Porcentaje
San Andrés	1	20,0
Callayuc	3	40,0
San Juan	1	20,0
Santo Tomás	1	20,0
Total	6	100,0

Fuente: elaboración propia, 2019

La tabla de la parte superior muestra que el 1%, es decir una sola paciente tuvo un grado de instrucción analfabetismo, sin embargo, el resto de pacientes no han llegado a tener un grado como secundaria, una realidad muy lamentable si vemos el siguiente cuadro donde de procedencia de las pacientes y todas son de distritos pobres de la Provincia de Cutervo.

Tabla 12.*Muertes Maternas Según Causa Básica*

Causa	Frecuencia	Porcentaje
Retención Placentaria	4	80,0
Tumor Hipotálamo	1	10,0
Pre eclampsia	1	10,0
Total	6	100,0

Fuente: elaboración propia, 2019

La tabla 12 nos muestra que el 80% de causas en las muertes maternas se debe rieron a retención placentaria, 10% fue por una condición ajena al embarazo.

Tabla 13.*Tipo de Parto*

Parto	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal	5	80,0
Cesárea	1	20,0
Total	6	100,0

Fuente: elaboración propia, 2019

La tabla nos muestra que los partos en las 6 muertes maternas se dieron en un 80% en parto vaginal.

Tabla 14.*Lugar de Parto*

Lugar	Frecuencia	Porcentaje
Trayecto	1	20,0
Domicilio	4	60,0
Institucional	1	20,0
Total	6	100,0

Fuente: elaboración propia, 2019

La tabla 13 y 14 hace referencia al lugar donde fueron atendidas las pacientes, 80% de las pacientes fallecidas tuvieron parto vaginal, 60% fueron parto en domicilio. 1 parto se produjo en el trayecto a un establecimiento de salud, y solo el 20% tuvo parto institucional fue cesárea.

Tabla 15.

Persona que Atendió el Parto

Persona	Frecuencia	Porcentaje
Familiar	2	40,0
Partera	3	50,0
Personal de Salud	1	10,0
Total	6	100,0

Fuente: elaboración propia, 2019

En esta tabla se evidencia que el 40% de partos fueron atendidos por partera y tenemos solo a una paciente atendida en un establecimiento de salud por personal de salud, las otras 2 pacientes decidieron confiar la atención de su parto en una familiar.

V. DISCUSIÓN

La investigación según la ficha de investigación de recolección de datos y los objetivos busca primero identificar el presupuesto otorgado a la Dirección Sub Regional de Cutervo, en el primer cuadro podemos comparar el presupuesto asignado durante cada año, podemos observar en la primera tabla que el aumento de presupuesto se ha ido dando de manera progresiva en los últimos 5 años, siendo el 2018 el año en el que hubo un mayor aumento de presupuesto.

Respecto al Programa Materno Neonatal podemos observar que del total del presupuesto asignado a toda la Dirección de Salud Cutervo, menos del 20% es asignado al Programa Materno Neonatal, el cual también ha ido aumentando progresivamente cada año, podemos deducir que la Dirección de Salud Cutervo durante los años 2014 – 2018 no ha dejado de lado al programa.

Florian (2015), hace mención en su investigación que se debe buscar trabajo coordinado con los Gobiernos, con el fin de asegurar presupuesto para el cuidado de la salud materna, nos menciona también la importancia de inversión pública y social para crear condiciones favorables para la madre.

Respecto al porcentaje de ejecución es de gran alegría comprobar que el presupuesto asignado se utilizó en un 100%, de manera que no se ha revertido dinero a la sede central, interpretamos este resultado como respuesta de que existe la necesidad y se está tratando al menos con cubrir lo más importante y de prioridad.

En este sentido la Dirección de Salud Cutervo refleja que trabajó de manera coordinada con el Gobierno Regional, por ello se observa el aumento de presupuesto, cabe resaltar que el dinero aumentó, pero más adelante podremos verificar si el presupuesto aumentado fue suficiente para cubrir las necesidades en esta Provincia.

Para conocer la descripción entre el gasto presupuestal en salud y la disminución de la mortalidad materna necesitamos saber las específicas de cada gasto, por lo tanto, desglosemos la información de estas específicas:

En la tabla número 3 y 4 encontramos el presupuesto asignado a pago de personal y obligaciones sociales. Pensiones y otras prestaciones sociales, esto quiere decir que el pago se realizó en lo siguiente:

- Personal y Obligaciones Sociales
- Pago a personal administrativo
- Pago Personal administrativo nombrado

- Pago Personal contratado y SERUMS
- Pago a otras retribuciones y complementos
- Pago de guardias hospitalarias
- Pago de gastos variables y ocasionales
- Pago de escolaridad, aguinaldos y gratificaciones
- Pago de aguinaldo
- Asignación por cumplir 25 o 30 años
- Contribuciones a la seguridad social
- Obligaciones del empleador
- Contribuciones a ESSALUD

La tabla número 5 son los bienes y servicios dentro de específica se paga lo siguiente:

- Compra de bienes
- Vestuario y textiles
- Vestuario, zapatería y accesorios
- Combustible, carburantes, lubricantes y afines
- Materiales y útiles de oficina
- Material de oficina
- Suministros médicos
- Productos farmacéuticos
- Medicamentos
- Material, insumos, instrumental y accesorios médicos, quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio
- Contratación de servicios
- Viajes
- Pasajes y gastos de transporte
- Viáticos
- Servicio de comunicación, publicidad, impresiones
- Servicio de mantenimiento, acondicionamiento y reparaciones
- Vehículos
- Servicios profesionales y técnicos
- Contrato administrativo de servicios

La tabla número 6 hace referencia a Otros gastos como, por ejemplo:

- Transferencias a instituciones sin fines de lucro
- Transferencias corrientes
- A otras organizaciones

Teniendo en claro lo que significa cada específica observamos que en el año 2014 más del 50% de presupuesto asignado se utilizó en el pago de personal y obligaciones sociales, el otro gran monto utilizado es en la compra y pago de bienes y servicios, en el transcurso de los años, como ya hemos visto el presupuesto tiene un aumento de la misma manera el incremento de presupuesto para el pago de personal viene aumentado la cantidad, en el año 2015 casi el 90% del presupuesto asignado se utiliza en pago de personal, esto quiere decir que el personal de salud ha aumentado con el avance de los años.

En la tabla número 7 encontramos el número total de muertes maternas podemos dividirla en: 2014 – Muertes Maternas Directas: 3, 2015 – Muertes Maternas Directas: 1, 2016 – Muertes Maternas Directas: 0, 2017 – Muertes Maternas Indirectas: 1, 2018 – Muertes Maternas Directas: 1

Podemos comparar el estudio que realizó en Jaén, la cifra de muertes maternas era de 36 muertes en el quinquenio 2013 – 2017 en la Dirección Sub Regional de Jaén, siendo estas provincias cercanas, limitantes es evidente la diferencia entre ambas cifras. Cabe recordar que del año 2002 – 2011 Cajamarca como región ocupaba el primer lugar en mortalidad materna a nivel nacional, Delgado nos menciona entre sus principales razones era la zona geográfica, éstas zonas alejadas lo que impedía a las gestantes acudir a su atención prenatal, esto sumado al tiempo de espera y la vergüenza (Delgado 2018).

En la tabla número 8 observamos que la edad de las pacientes fallecidas oscila entre los 23 a 36 años de edad.

En la tabla número 9 de grado de instrucción, los resultados son que un 90% de pacientes fallecidas solo contaban con primaria incompleta la paciente restante era analfabeta.

Briones (2014), en su trabajo: Mortalidad Materna en el Departamento de Cajamarca en el quinquenio 2009 – 2013, tiene como resultado que las muertes maternas tuvieron en promedio la edad de 20 – 34 años, esta cifra está muy cerca a la realidad en la Provincia de Cutervo, respecto al grado de instrucción de las pacientes

fallecidas en esta investigación la mayoría contaba con grado de instrucción primaria. La realidad es muy semejante y lamentablemente se trata de pacientes con bajo grado de instrucción y de zona rural.

Durante el quinquenio de investigación los distritos donde se produjeron las muertes fueron: San Andrés, Callayuc, San Juan, Santo Tomás.

En la tabla número 11, encontramos la causa básica de muerte: Retención Placentaria, Tumor Hipofisario y pre eclampsia.

La tabla 12 nos indica el tipo de parto que en Cutervo fue: Vaginal: 5, Cesárea: 1.

Según persona que atendió el parto podemos observar en la tabla número 13: Trayecto: 1, Domicilio: 4, Institucional: 1.

Persona que atendió el parto: Familiar: 2, Partera: 3, Gineco – Obstetra: 1

Según Ruiz – (2016), del año 2010 al 2014 la primera causa de muerte fueron las hemorragias producidas durante el embarazo o puerperio y en la región Cajamarca a partir del 2014 encontraron un incremento de la muerte materna por hipertensión inducida por el embarazo (pre eclampsia, eclampsia, síndrome Hellp). Y estas muertes producidas en establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive.

En esta investigación encontramos diferencia con el resultado en Cutervo, ya que 4 muertes tuvieron como causa básica retención placentaria 1 por causa básica de tumor hipofisario.

En el análisis a nivel regional también coincide con nuestro resultado, la mayoría de los partos se producen en domicilio o en el trayecto.

Esta revisión también permitió observar una reducción sostenida desde el año 2010 al 2015, en Cutervo el año en el que no se tuvo ninguna muerte materna fue el año 2016, previo a ese año se tuvo una disminución importante de la mortalidad materna.

Carbajal (2015), en su investigación: Costo en salud del programa presupuestal de salud materno neonatal para reducir la tasa de mortalidad materna y neonatal en el Perú, 2009 – 2014. Toma en cuenta el uso de recursos humanos, materiales médicos y equipamiento, además de verificar el presupuesto por resultado. En este estudio hubo un aumento de recursos humanos durante los años 2009 – 2014, también se incrementó materiales e insumos médicos. Dando como resultado una disminución de mortalidad materna de 103 a 93 %, el investigador remarca la importancia del incremento

presupuestal, lo que se ve traducido en la reducción de la mortalidad materna, sin embargo, es importante mejorar la calidad de gasto que permita alcanzar el objetivo del desarrollo sostenible, esto quiere decir mejorar la salud materna y neonatal de las usuarias.

Távora (2018): Propone además la estrategia de la atención primaria de la salud, es cierto que los objetivos en mejora de la salud son ambiciosos, pero hubieron avances muy significativos en materia de salud materna infantil.

Según los resultados encontrados gracias a la aplicación de la ficha de observación la descripción del gasto presupuestal y la disminución de la mortalidad materna pero el aumento del presupuesto no asegura tener como resultado 0 muertes maternas.

En el gasto presupuestal a lo largo del quinquenio ha sido invertido en pago de personal, el objetivo asegurar la atención de cada usuaria. El otro gran porcentaje utilizado se da para la utilización de bienes y servicios, esto quiere decir que la otra preocupación de la Dirección de Salud Cutervo durante ese quinquenio fue la capacitación al personal de salud para la atención de la gestante y fortalecimiento en atención de emergencias obstétricas, así mismo se utilizó gran suma de presupuesto en la compra de material y equipo médico, compra de combustible que se utiliza en el seguimiento a las gestantes o púerperas de riesgo y el traslado de gestantes de riesgo al Hospital para atención especializada, así mismo hubo un gran aporte en la compra de medicamentos por parte del Programa Materno Neonatal.

En los años 2016 – 2017 el presupuesto asignado fue menor de todo el quinquenio, a pesar de ello fue en el año 2016 el único año del quinquenio en donde no se reportaron casos de muertes maternas en toda la Provincia de Cutervo. Es por ello que líneas arriba hago hincapié en que el aumento del presupuesto no asegura 0 muertes maternas, pero el aumento del presupuesto y la calidad del gasto es necesario para mejorar la atención de nuestras usuarias, el equipamiento e infraestructura adecuada para salvar vidas, pero hay que tener en cuenta el resto de tablas.

Si analizamos las tablas del tipo de parto nos da como resultado que los partos fueron en domicilio, atendidos por partera en su mayoría, por lo tanto, de nada nos servirá tener Hospital de último nivel, a la vanguardia en tecnología, si no tenemos a una población sensibilizada, educada y empoderada en la importancia de su salud, ellos

aceptarán y acudirán acceder a los servicios de salud de manera oportuna, esta es la pieza clave para completar los esfuerzos por disminuir la morbilidad materna.

Sánchez (2018), acerca de los factores de riesgo de la morbilidad materna extrema, la recomendación es realizar campañas de sensibilización a la población y autoridades de cada comunidad, realizar referencias oportunas en el momento de identificar algún factor de riesgo.

Otro dato muy importante que debemos tener en cuenta es el trabajo que han venido realizando las obstetras para luchar contra la mortalidad materna en el país y también aumentar indicadores en salud sexual y reproductiva, en este sentido se debe tener una formación estricta para el personal idóneo, revisando los antecedentes podemos llegar a la conclusión que la mejor manera de evitar una muerte materna es con planificación familiar, sin embarazo no hay mortalidad materna, esto debido a las innumerables complicaciones observadas en todo el trabajo investigado.

Sin embargo, todas las pacientes no acceden a un método de planificación familiar, como hemos podido observar a lo largo de esta investigación la mayoría de muertes maternas se han producido en su casa debido a sus costumbres arraigadas, las mismas costumbres que también están presentes al momento de decidir sobre planificación familiar, si sumamos a ello que en muchas zonas rurales de Cutervo es el esposo y suegra que deciden sobre la paciente, se nos hace más grande la barrera para prevenir una muerte materna.

Por lo tanto, si observamos que la paciente ya quedó embarazada, la mejor prevención iniciaría con las atenciones prenatales oportunas, por lo tanto, debe haber una captación temprana e la gestante, esta captación la podemos realizar trabajando con promoción de la salud, esta estrategia busca el acercamiento de los profesionales de la salud a los usuarios de salud.

Otro problema es el acercamiento de los servicios de salud a la población, en la Provincia de Cutervo existen muchos establecimientos, sin embargo, el problema de la mortalidad materna aún no dejado a esta Provincia, se debería enfocar los recursos y la utilización del mismo en el mejoramiento de los establecimientos de salud, según las Funciones obstétricas y neonatales, Cutervo cuenta solo cuenta con un establecimiento que cuenta con el porcentaje ideal.

Para la prevención de muerte en gestantes el MINSA a través de los indicadores de gestión, coloca como meta la atención prenatal reenforcada en la gestante, esto

quiere decir que cada gestante atendida debe cumplir con el paquete mínimo de atención que cuenta con seis ítems:

1. Gestante controlada (Más de 6 atenciones prenatales)
2. Gestante con dos baterías de laboratorio
3. Gestante con dos dosis de vacuna antitetánica
4. Gestante con dos atenciones por odontología
5. Gestante con tres Plan de Parto
6. Gestante con 6 dosis de sulfato ferroso

Este paquete de atención durante la gestación es muy importante para la atención integral de la gestante porque al pedir más de 6 atenciones, tenemos la oportunidad de tener a la gestante en nuestra consulta e identificar algún riesgo en cada atención, el riesgo temprano puede ser, incremento de altura uterina por encima de lo normal, aumento de peso mayor a lo esperado.

Respecto a la batería de laboratorio se piden dos y en meses separados para verificar que la gestante no tenga alguna infección o padezca de anemia, la manera preventiva de lucha contra la anemia es brindando sulfato ferroso.

El plan de parto es un instrumento cuyo objetivo es que la gestante tenga un parto institucional, en esta herramienta se puede prevenir y estar preparado para el momento del parto.

El último gráfico mostrado nos habla del presupuesto asignado durante el quinquenio 2014 – 2018, en el gráfico de doble entrada podemos observar que existe una disminución de la mortalidad materna respecto al incremento del presupuesto, esto fue porque el presupuesto se gastó con calidad y pensando en el bienestar de la población.

VI. CONCLUSIONES

1. Identificar el gasto presupuestal y la disminución de la mortalidad materna durante el quinquenio 2014 – 2018 en la Dirección de Salud Cutervo, se refleja disminución de la mortalidad materna en el aumento de presupuesto y manejo adecuado del mismo.
2. El presupuesto en la Dirección de Salud Cutervo tuvo un aumento durante el quinquenio 2014 – 2018.
3. Casi el 90% de gasto presupuestal se destina al pago de personal y obligaciones sociales en la Dirección de Salud Cutervo.
4. Se produjeron 6 muertes directas e indirectas en la Dirección de Salud Cutervo durante el quinquenio 2014 – 2018.
5. Solo en el año 2014 fueron 3 las muertes maternas todas directas en la Dirección de Salud Cutervo.
6. Las edades de las pacientes que tuvieron muerte materna, oscilan entre 23 a 36 años.
7. Prima Incompleta y analfabetismo fueron el grado de instrucción en las muertes maternas en la Dirección de Salud Cutervo.
8. En el distrito Callayuc se produjeron 3 muertes en los 5 años estudiados.
9. Todas las muertes se han producido en el puerperio.
10. La mayor causa básica de muerte materna directa durante el quinquenio estudiado fue de retención placentaria.
11. El tipo de parto en 5 casos fue parto vaginal
12. 5 de los partos se dieron en domicilio.
13. Los partos en un 90% fueron atendidos por partera y familiar

VII. RECOMENDACIONES

1. Realizar capacitación al personal de salud pública para el adecuado manejo y gasto de calidad del presupuesto.
2. Fortalecer acciones de mejora en la gestión del proceso por resultados en sus diferentes fases: programación, aprobación, evaluación, considerando resultados en la reducción de la morbilidad materna y neonatal.
3. Realizar capacitaciones al personal de salud de todos los niveles, para atención prenatal enfocada en la identificación de factores de riesgo.
4. Capacitación al personal de salud en manejo de emergencias obstétricas.
5. Conformación del comité de prevención de la mortalidad materna y neonatal en todos los niveles.
6. Implementar el área de vigilancia epidemiológica para la morbilidad materna y perinatal.
7. Implementar en los colegios consultorio diferenciado para adolescentes, en donde se pueda trabajar en la prevención del embarazo adolescente, prevención de infecciones de transmisión sexual, etc.
8. Mejorar el Sistema de Referencias y Contrareferencia.
9. Supervisar rigurosamente el cumplimiento de las metas en todos los niveles, así como el respectivo seguimiento a todas las pacientes.
10. Fortalecer el compromiso de los trabajadores de las diferentes áreas involucradas en la atención de la salud materna neonatal, impulsar la importancia de la gestión por resultado, sensibilizar al personal de salud en mejorar la calidad y calidez de la atención.
11. Fortalecer las alianzas con las autoridades, regionales, municipales y locales.
12. Mejoramiento de la Casa Materna de espera, sostenibilidad de la contratación del profesional obstetra.
13. Realzar las actividades con la comunidad, agentes comunitarios y parteras. Así como la capacitación de los mismos.
14. Cumplir a cabalidad con el plan de parto, sensibilizar a la familia en la importancia del parto institucional.
15. Organización de los servicios de salud para el cumplimiento de las metas de salud

REFERENCIAS

- Abad , M & Calle K. (2014). *Factores que conllevaron a demoras en los casos de muerte materna en el Azuay 2012.* (Tesis para el título de médica) Cuenca: Universidad de Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5544/1/TESIS.pdf>
- Ahmed, S., & Hill , K. (2013). Maternal mortality estimation at the subnational level: a model - based method whit an application to Bangladesh. *Bulletin of the world Health Organization.* 89 (1) 1-2 Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/bwho/2011.v89n1/12-21/en>
- Alves , B., Pereira G., Pereira Z., & Furquim , M. (2018). Internamientos por complicaciones obstétricas en la gestacion y desenlaces maternos y perinatales, en una cohorte de gestantes en el Sistema Único de Salud en el municipio de Sao Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 34 (1)4-7 Recuperado de https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105012&lang=es
- Asencios, L (2018). *El presupuesto por resultado y la calidad del gasto del programa materno neonatal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.*(Tesis de maestría) Lima: Universidad César Vallejo. Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/30447/Asencios_GLJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Avila ,J (2018). Disminución de la mortalidad materna en Perú y el enfoque de capacidades. *Convergencia:Revista de Ciencias Sociales* 1405(80) 3 Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/conver/v26n80/2448-5799-conver-26-80-03.pdf>
- Bello, L & Parada, A. (2017). Characterisation of mternal mortality in Colombian indigenous communities, 2011 to 2013. Study of cases based on sentinel surveillance. *Rev Colomb Ginecol,* 68(4) 256 - 258 Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n4/es_0034-7434-rcog-68-04-00256.pdf
- Bula, J. (2017). Mortalidad Materna en la gestante Wayúu de Uribia, departamento de la Guajira, Colombia. estudio descriptivo año 2016.*Revista Enfermería Cuidados*

Humanizados, 6 (1) 2-5. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v6n1/2393-6606-ech-6-01-00046.pdf>

Carbajal, L. (2015). Costo en salud del programa presupuestal de salud materno neonatal para reducir la tasa de mortalidad materna y neonatal en el Perú, 2009 - 2014. *Revista VALUE I HEALTH* 18(7) 10 Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/284008293_Costo_En_Salud_Del_Programa_Presupuestal_De_Salud_Materno_Neonatal_Para_Reducir_La_Tasa_De_Mortalidad_Materna_Y_Neonatal_En_El_Peru_2009_-_2014

Casalino, E., Ochoa, E & Mújica, O. (2018). Desigualdades sociodemográficas en la mortalidad materna en Perú: 2001 - 20015. *Revista Peruana de Medicina Experimental Salud Pública*, 35(2) 1-5 Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v35n2/a30v35n2.pdf>

Chafloque, C. (2017). *El presupuesto or resultado y sus efectos en la calidad del gasto del sector salud de la región lambayeque 2011 - 2016*(Tesis de Maestría). Lambayeque: Univesidad César Vallejo. Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/8410>

Cisneros, M. (2015). *El presupuesto por resultado en la Universidad José María Arguedas, Andahuaylas en el período 2012 - 2015*. (Tesis de Maestría) Universidad Nacional José María Arguedas. Recuperado de http://repositorio.unajma.edu.pe/bitstream/handle/123456789/248/Magali_Cisneros_Tesis_Titulo_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Concertación, M (2018). *Reporte de balance del año 2013 y perpectivas en el maro de los acuerdos de gobernabilidad 2015 - 2018* (2da Edición). Lima. Recuperado de https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/09/balance_smn_2013-2014_cen_10_07_14_vfinal.pdf

Crofts, J & Barnfield, S. (2015). Onsite training of doctors, midwives and nurses in obstetric emergencies, Zimbabwe. *Rev. Lessons from the - Bull World Health Organ* 93(5) 3-5 Recuperado de https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862015000300347&lang=es

Delgado, O. (2018). *Razón y factores asociados a mortalidad materna en la Dirección Sub Regional de Salud - Jaén en el quinquenio 2013 - 2017*. (Tesis para optar título de Médico Cirujano) Jaén: Universidad Nacional de Cajamarca.. Recuperado de

http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2207/T016_44200016_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Elvia, M. (2011). *Situación de la mortalidad materna, departamento de Comayagua, Honduras*. Nicaragua: (Tesis Maestría) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Recuperado de <http://repositorio.unan.edu.ni/7141/>

Eunice, M., Pollyanna, B, Cilene, P, Gongalves, P & Liivia, P (2017). Multiple causes of maternal mortality related to abortion in Minas Gerais State, Brazil, 2000 - 2011. *Rev. Cad. Saude Pública*, 33 (1), 2-6 Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00133115.pdf>

Facho, A (2016). Mortalidad materna en el Departamento de Cajamarca durante el periodo del 2010 - 2016, a propósito de la evaluación del Plan Participativo Regional de Salud 2010-2014. *Rev. Perspectiva* 17 (4) 1-4 Recuperado de <http://revistas.upagu.edu.pe/index.php/PE/article/view/445>

Facho, E & Aliaga, C. (2017). Mortalidad materna en Cajamarca y otros departamentos. Cajamarca: *Revista Perspectiva*. 18 (1) Recuperado de [file:///C:/Users/Downloads/524-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1881-1-10-20171210%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Downloads/524-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1881-1-10-20171210%20(1).pdf)

FINANZAS, M (2018). *Presupuesto por resultado*. (Primera Edición) Recuperado de <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/ique-es-ppr>

Florian, E. (2000-2012). *Relación entre el gasto de salud materno neonatal y la cobertura de los indicadores sanitarios en el distrito de Trujillo*. (Tesis Doctoral) Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/4807>

Gonzales, M., & Soto, J. (2017). Mortalidad Materna: Análisis Médico Forense. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 34 (1) 2-14 Recuperado de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100112&lang=es

Guevara, E. (2016). Estado actual de la mortalidad en el Perú. *Rev Perú Investig Matern Perinat*, 5 (2) 7 -8 Recuperado de https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Hem_JRCaOooJ:https://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio%3Farchivo%3D7y8_Estado_Actual_de

[la_Mortalidad_Materna.pdf%26nombre%3D7y8_Estado_Actual_de_la_Mortalidad_Materna.pdf+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe](#)

Gutierrez, M., & Velásquez, E. (2017). Morbilidad materna. publicaciones presentadas en la Revista de Ginecología y Obstetricia en los 70 años de vida institucional de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 63 (3) 1-10. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n3/a13v63n3.pdf>

Haydee, P. (2015). *Relación entre el gasto de salud materno neonatal y la cobertura de indicadores sanitarios en el distrito de Trujillo 2000-2012*. (Tesis Doctoral) Universidad Nacional de Trujillo. Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/4807/TESIS%20DOCTORAL%20ERNESTINA%20HAYDE%20FLORI%20PLASENCIA%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Herrera, M. (2016). *Gestión presupuestal por resultados y logros alcanzados en la prevención de cáncer de cuello uterino en la Red de Salud IV Lima Norte 2016*. (Tesis de Mestría) Lima: Universidad César Vallejo. http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/14784/Herrera_GMY.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Leiva, Y. (2015). *Mortalidad materna: Principales factores clínicos y epidemiológicos, Hospital Regional de Cajamarca - Perú, durante los años 2007 - 2014*. Cajamarca: (Tesis para optar título de Medico Cirujano).Universidad Nacional de Cajamarca. Recuperado de <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/247/T%20618.79%20L525%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lentz,H., De Souza, M., & Arzuaga, M. (2013). Maternal mortality from hemorrhage in the State of Santa Catarina, Brasil . *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47 (5) 1-3 Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/0080-6234-reeusp-47-05-1025.pdf>

Loreto, D. R. (2018). Loreto apunta a reducir la mortalidad materna y neonatal al 2021. *Revista Organización Panamericana de Salud*, 25 (4) 1 Recuperado de https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4015:loreto-apunta-a-reducir-la-mortalidad-materna-y-neonatal-al-2021&Itemid=900

- Luna de los Rios, A. (2014). *La evaluación por calidad del gasto y su incidencia en la adecuada ejecución presupuestaria en la Dirección Regional de Salud -Cajamarca*. (Tesis para optar el Título de Contador Público) Universidad Nacional de Trujillo. Recuperado de http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/4838/lunadelosrios_antony.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mamani, B. (2018). *Caracterización de la morbilidad materna extrema en el hospital regional Manuel Nuñez Butron en el periodo comprendido entre enero a diciembre del año 2018 Puno*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional del Altiplano. Recuperado de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9753/Mamani_Aquino_Lyz_Bianca.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Montoya, I., Angarita, I., Blanco, A., & Giraldo, A. (2017). Iniciativa para fortalecer la atención materna e infantil en un grupo de municipios en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35 (2) 1-4 Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2017000200248&lang=es
- Moreno, G., Martínez, R., Fernández, M. & Sanabria, G. (2019). Omisión de registros de causas maternas en Argentina estudio observacional de alcance nacional. *Revista Panamericana Salud Pública*, 43(18) 1-6. Recuperado de https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892019000100457&lang=es
- Pam, G., Bradshaw, D., Daniels, J., & Zinyakatira, N. (2010). Care seeking at time of childbirth, and maternal and perinatal mortality in Matlab, Bangladesh. *Revista Lo. Bulletin of the world Health Organization* 14 (09) 1 Recuperado de https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862010000400015&lang=es
- Parra, E & Urra, A. (2017). Matronas: Agentes sustanciales en la disminución de la mortalidad materna prevenible. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82 (1) 1-2. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000100014

- Payajo, L (2016). *Caracterización sociodemográfica de la morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el año 2014*. (Tesis para optar el título de Médico Cirujano) . Lima: Universidad Ricardo Palma. Recuperado de http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/717/Payajo_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pereira, C., Néquer, V & Lourenco, A. (2017). Mortalidad materna tardía: comparación entre dos comités de mortalidad materna en Brasil. *Revista Cad. Saúde Pública*, 33(3) 1-5 Recuperado de [.https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305016&lang=es](https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305016&lang=es)
- Pisanty, J. (2017). Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. *Revista Salud Pública de México*, 59 (6) 1-6 Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000600639&lang=es
- Quispe, C. (2018). *Ejecución presupuestal y sus respectivos indicadores del programa articulado nutricional, programa materno neonatal y programa nacional de saneamiento rural de la región Cusco*.(Tesis de Maestría). Universidad San Martín de Porre http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3490/1/quispe_rjc.pdf
- Ramos, D, Vidal, L, Lopez, B, Ataide, I, Félix, L, & Pereira, S. (2017). Maternal mortality in the indigenous and non-indigenous population in Pará: contribution to the surveillance of deaths. *Revista Escola Anna Nery*, 21 (4) 2-4. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400230&lang=es
- Saleem, S., & Kodkany, B. (2014). A prospective study of maternal, fetal and neonatal deaths in low-and middle-income countries. *Revista Bull. World Health Organ* , 92 (8) 3-6. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/bwho/2014.v92n8/605-612/en>
- Sánchez, L (2018). *Factores de riesgo de la morbilidad materna extrema según enfermedad específica. Hospital Regional Docente de Cajamarca*.(Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra). Universidad Nacional de Cajamarca. Recuperado de

<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1791/Factores%20de%20riesgo%20de%20la%20morbilidad%20materna%20extrema%20seg%C3%BAAn%20enfermedad%20espec%C3%ADfica%20Hospital%20DOcente%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sansoloni, F, Viscaíno, J, Estelles, D, Villar, E., & Serrano, J. (2017). Morbilidad y mortalidad de pacientes obstétricas en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Ginecol Obstet Mex*, 85 (1) 7-10. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n1/0300-9041-gom-85-01-00007.pdf>

Santana, M., Esquivel, M., Herrera, V., & Castro, B. (2018). Atención a la salud materno infantil en Cuba: logros y desafíos. *Rev. Panam Salud Pública*, 42 (27) 3-5 . Recuperado de https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892018000100504&lang=es

Sosa, V. (2015). *El presupuesto público una herramienta de planificación y gestión para la adecuada y óptima administración de los recursos públicos en el Hospital Regional de Ayacucho*. (Tesis para obtener el título de Contador Público): Universidad Los Ángeles de Chimbote. Recuperado de http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1161/PRESUPUESTO_PLANIFICACION_GESTION_ADMINISTRACION_SOSA_CORDOVA_VI VIANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tarazona, P. (2017). *Ejecución presupuestal del presupuesto por resultados de la Dirección de Red de Salud Túpac Amaru*. Lima: (Tesis de Maestría) Universidad César Vallejo. Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/15908/Tarazona_RMP.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tavara, M. (2018). La atención primaria de salud y la salud materno infantil. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64 (3) 1-5. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n3/a11v64n3.pdf>

Verona, M. (2019). *Características epidemiológicas, clínicas y demoras en el proceso de atención de la mortalidad materna en la Región Lambayeque 2011 - 2016*. Chiclayo: (Tesis para optar el Título de Médico Cirujano) Universidad San Martín de Porres. Recuperado de

http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/4431/3/verona_bsm.pdf

Wineland, R. (2016). Maternal Mortality. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 62 (4) 2-4. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322016000400009&script=sci_abstract&tlng=pt

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Marco Teórico	Dimensiones	Métodos
Describir el Gasto en salud y la y Disminución de la Mortalidad Materna en la Dirección de Salud Cutervo durante el año 2018	Conocer el Gasto en salud y Disminución de la Mortalidad Materna en la Dirección de Salud Cutervo durante el año 2018.	Existe una estrecha descripción entre el gasto en salud y la disminución de la mortalidad materna.	V1: GASTO PPR DEL PPSMN V2: DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA	PPR es una unidad de programación de las acciones de las entidades públicas.	<ul style="list-style-type: none"> - Presupuesto (PPR) - Programa Presupuestal 	Población: Presupuesto asignado para el PPSMN Muestra: Casos de mortalidad materna.
¿Cuánto es el presupuesto otorgado en el PPSMN para el año 2018?	Conocer el presupuesto otorgado en el PPSMN para el año 2018.	El gasto PPR del PPSMN está orientado en mejorar la atención de las gestantes.		La mortalidad materna, como un gran problema de salud individual y colectiva, permaneció casi invisible	<ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad Materna - Gestantes 	
¿Cuáles fueron los gastos realizados dentro del PPSMN para el año 2018?	Identificar los gastos realizados dentro del PPSMN para el año 2018.	Existe una disminución de la mortalidad materna durante el año 2018.			<ul style="list-style-type: none"> - Causas Mortalidad Materna 	
¿Cuál es la cifra de mortalidad materna en la Dirección de Salud Cutervo durante el año 2018.	Determinar la mortalidad materna en la Dirección de Salud Cutervo durante el año 2018.					

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE VARIABLES

El presente instrumento para la recolección de datos de estudio de la tesis titulada “Gasto Presupuestal y Disminución de la Mortalidad Materna en Cutervo durante los años 2014-2018.”, está orientada al estudio y análisis del gasto en salud durante los anteriores 5 años y disminución de la mortalidad materna.

Fecha:

1. Presupuesto Total Asignado para el año 2015:
 - PIM:
2. Presupuesto Total Asignado para el Programa Materno Neonatal para el año 2015:
 - PIM:
3. Porcentaje de ejecución del Programa Presupuestal Materno Neonatal año 2015:
4. Gasto por específica por ejecutora por año:
 - Personal y obligaciones sociales
 - Pensiones y otras prestaciones sociales
 - Bienes y servicios
 - Otros gastos
 - Adquisición de activos no financieros
5. Número de muertes maternas por año, por ocurrencia:
6. Muertes maternas según grupo etario:
7. Muertes maternas según grado de instrucción y condición sociocultural:
8. Distrito de ocurrencia
9. Muertes maternas según causas básicas
10. Momento de defunción
11. Tipo de parto
12. Lugar de parto.
13. Persona que atendió el parto

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO



FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS

I. INFORMACIÓN DEL EXPERTO

1	NOMBRE DEL EXPERTO	: José Teodoro Fernández Cabana
2	GRADO ACADÉMICO	: Magister en Salud Pública
3	CENTRO DE TRABAJO	: Disa Cutervo
4	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	: 29090199
4	NOMBRE DEL INSTRUMENTO	: Ficha de recolección de datos.
5	PROPÓSITO DEL INSTRUMENTO	: Identificar mediante la aplicación del instrumento la relación que existe entre el gasto presupuestal y la disminución de la mortalidad materna.
6	UNIDAD DE ANÁLISIS	: Disa Cutervo
7	DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO	: Consiste en una lista de ítems y datos resaltantes del tema a identificar.
8.	RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN	: Br. Esmeralda Isabel Pariacuri Mantilla (orcid.org/0000-0002-4832-0316)

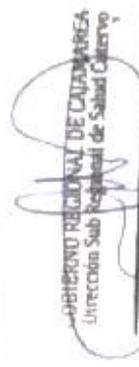
II. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO.

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 0	REGULAR 1	BUENO 2	MUY BUENO 3	EXCELENTE 4
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje apropiado				3	4
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables				✓	
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la tecnología				✓	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				✓	
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad				✓	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos de la evaluación				✓	
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos-científicos de la pedagogía y la salud				✓	
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				✓	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio				✓	
	TOTAL				27	

III. OPINION DE APLICABILIDAD: _____

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 27

Juan, 14 de Julio del 2019



 GOBIERNO REGIONAL DE CIEGO DE AVILA
 Dirección Sub Regional de Salud Ciego de Avila
 M.B. SP. José R. Fernández Cabana
 DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD

 FIRMA DEL EXPERTO

FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS

I. INFORMACIÓN DEL EXPERTO

1	NOMBRE DEL EXPERTO	: ELLI MEGG MONTAÑANO
2	GRADO ACADÉMICO	: MAGISTER EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
3	CENTRO DE TRABAJO	: HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO
4	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	: 47931321
4	NOMBRE DEL INSTRUMENTO	: Ficha de recolección de datos.
5	PROPÓSITO DEL INSTRUMENTO	: Identificar mediante la aplicación del instrumento la relación que existe entre el gasto presupuestal y la disminución de la mortalidad materna.
6	UNIDAD DE ANÁLISIS	: Disa Cutervo
7	DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO	: Consiste en una lista de ítems y datos resaltantes del tema a identificar.
8	RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN	: Br. Esmeralda Isabel Pariacuri Mantilla (orcid.org/0000-0002-4832-0316)

II. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO.

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
		0	1	2	3	4
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje apropiado					
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables				✓	
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la tecnología				✓	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				✓	
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad				✓	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos de la evaluación				✓	
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos-científicos de la pedagogía y la salud				✓	
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				✓	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio				✓	
				TOTAL	27	

III. OPINION DE APLICABILIDAD: _____

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 27

Juarez, 11 de Julio del 2019

GOBIERNO REGIONAL DE CALUMARCA
 Dirección Sub Regional de Salud Cuzco
 HOSPITAL 3800 SALUD CUSCO

MsG Ss Eli Mejía Mondragón
 ENFERMERO - CEP N° 52776

FIRMA DEL EXPERTO

FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS

I. INFORMACIÓN DEL EXPERTO

1	NOMBRE DEL EXPERTO	: ROSA VICTORIA MIRANDA COAGUILA
2	GRADO ACADÉMICO	: MAGISTER EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
3	CENTRO DE TRABAJO	: HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO
4	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	: 42851737
4	NOMBRE DEL INSTRUMENTO	: Ficha de recolección de datos.
5	PROPÓSITO DEL INSTRUMENTO	: Identificar mediante la aplicación del instrumento la relación que existe entre el gasto presupuestal y la disminución de la mortalidad materna.
6	UNIDAD DE ANÁLISIS	: Disa Cutervo
7	DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO	: Consiste en una lista de ítems y datos resaltantes del tema a identificar.
8.	RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN	: Br. Esmeralda Isabel Pariacuri Mantilla (orcid.org/0000-0002-4832-0316)

II. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO.

AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE TESIS



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN SUB REGIONAL DE SALUD CUTERVO



“Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad”

CONSTANCIA

EL DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN SUB REGIONAL DE SALUD CUTERVO HACE CONSTAR:

Que, la obstetra Esmeralda Isabel Pariacuri Mantilla, ha sido autorizada para realizar su proyecto de investigación, denominada: “GASTO EN SALUD Y DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN DIRECCIÓN DE SALUD CUTERVO DURANTE EL QUINQUENIO 2014 – 2018”, por lo cual contará con todo el apoyo de este despacho para realizar la recolección necesaria de datos, asimismo se le autoriza publicar su investigación necesaria de datos, asimismo se le autoriza publicar su investigación en el repositorio de la Universidad.

Cutervo, 01 de Julio del 2019.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
Dirección Sub Regional de Salud Cutervo



MC. Eddy Ismael Situpu Valdivia
DIRECTOR GENERAL