



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Presupuesto por resultados y cobertura prestacional  
recuperativa de salud bucal en niños del  
Centro de Salud Cooperativa Universal  
Santa Anita 2017.

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión Pública

**AUTORA:**

Br. Ramos Hernández María Elena

**ASESOR:**

Mgtr. Lizandro Crispín Rommel

**ÁREA DE ESPECIALIZACIÓN**


Auditoría gubernamental

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Planificación y Control Financiero

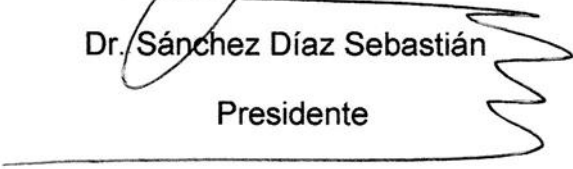
**PERÚ – 2017**

**Página del jurado**



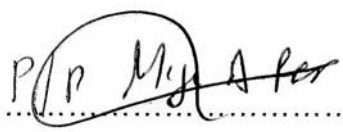
.....

Dr. Sánchez Díaz Sebastián  
Presidente



.....

Mgtr. Ruiz Tejedo Enrique  
Secretario



.....

Mgtr. Lizandro Crispín Rommel  
Vocal

### **Dedicatoria**

Esta investigación está dedicada a la memoria de mi padre, a Dios por conservar con vida a mi madre y que disfrute de mis logros y a mi esposo por su comprensión y que sin su apoyo incondicional no hubiera podido culminar exitosamente este camino.

### **Agradecimiento**

Un reconocimiento especial al Mgtr. Rommel Lizandro Crispín y a la Dra. Fátima Torres Cáceres por su dedicación y tiempo brindado para lograr la realización de esta tesis.

A los Cirujanos Dentista de la DIRIS Lima Este y personal del Centro de Salud Cooperativa Universal quienes contribuyeron con sus experiencias y consejos en el desarrollo, ejecución y culminación del presente trabajo de investigación.

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, María Elena Ramos Hernández estudiante de Maestría en Gestión Pública de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI N° 21457412 con la tesis titulada "Presupuesto por resultados y cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal 2017"

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.  
Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 05 de diciembre de 2017



María Elena Ramos Hernández

DNI: 21457412

## Presentación

Señores miembros del Jurado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, sede Lima Este.

Presento la Tesis titulada “Presupuesto por resultados y cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del centro de salud cooperativa universal Santa Anita 2017”, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Maestra en Gestión Pública.

La presente investigación tuvo como objetivo general establecer la relación que existe entre el presupuesto por resultados y la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal, la cual consta de siete capítulos los cuales fueron estructurados siguiendo el esquema de investigación otorgado por la universidad.

En el primer capítulo se relata la introducción con los tópicos más relevantes de la investigación tales como los antecedentes de la investigación, la fundamentación científica de las dos variables y sus dimensiones, la justificación, el planteamiento del problema, las hipótesis y los objetivos. En el segundo capítulo se presenta el marco metodológico empleado conformado por las variables del estudio, el tipo de estudio, el diseño de la investigación, población, muestra, la técnica e instrumento de recolección de datos, el método de análisis utilizado y los aspectos éticos. En el tercer capítulo se muestran los resultados descriptivos y la contrastación de hipótesis. En el cuarto capítulo se aborda la discusión de los resultados examinando los resultados obtenidos. El quinto capítulo se detalla las conclusiones de la investigación. El sexto capítulo se precisan las recomendaciones planteadas obtenidas después del análisis de las variables de la investigación y en el último capítulo se presenta las referencias bibliográficas y los anexos empleados en la presente investigación.

La Autora

## Índice de contenido

<b>PÁGINAS PRELIMINARES</b>	<b>Página</b>
Página de jurados	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración jurada	v
Presentación	vi
Índice de contenido	vii
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	
1.1. Antecedentes	15
1.2. Fundamentación científica, técnica o humanística	26
1.3. Justificación	52
1.4. Problema	54
1.5. Hipótesis	58
1.6. Objetivos	59
<b>II. MARCO METODOLÓGICO</b>	
2.1. Variables	61
2.2. Operacionalización de variables	62
2.3. Metodología	63
2.4. Tipo de estudio	64
2.5. Diseño	64
2.6. Población, muestra y muestreo	65
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	68

2.8. Métodos de Análisis de datos	74
2.9. Aspectos éticos	75
<b>III. RESULTADOS</b>	
3.1. Descripción de resultados	77
3.2. Contratación de hipótesis	86
<b>IV. DISCUSIÓN</b>	97
<b>V. CONCLUSIONES</b>	102
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	104
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	107
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1 Instrumento de recolección de datos	115
Anexo 2 Detalle de meta física PpR	117
Anexo 3 Detalle de cobertura de meta general	118
Anexo 4 Matriz de consistencia	119
Anexo 5 Certificado de validación de instrumento	121
Anexo 6 Carta de presentación	127
Anexo 7 Consentimiento informado	128
Anexo 8 Base de datos de la muestra	129

**OTROS: ARTÍCULO**



**Lista de tablas**

	Página
Tabla 1: Operacionalización de variable PpR	62
Tabla 2: Operacionalización de variable cobertura prestacional	63
Tabla 3: Muestra de la población	67
Tabla 4: Ficha técnica del instrumento	69
Tabla 5: Resultados de validación de ficha de observación	70
Tabla 6: Valores de alfa Cronbach	71
Tabla 7: Fiabilidad del instrumento	71
Tabla 8: Prueba de fiabilidad	71
Tabla 9: Resultados de la prueba de bondad	73
Tabla 10: Correlación de Spearman	74
Tabla 11: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión sub-producto exodoncia	77
Tabla 12: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión sub-producto restauración ionómero	78
Tabla 13: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión sub-producto restauración resina	79
Tabla 14: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión exodoncia ejecutada	80
Tabla 15: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión restauración ionómero ejecutado	81

Tabla 16:	Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión restauración resina ejecutada	82
Tabla 17:	Correlación entre dimensión sub-producto exodoncia y dimensión exodoncia ejecutada	83
Tabla 18:	Correlación entre dimensión restauración ionómero y dimensión restauración ionómero ejecutado	84
Tabla 19:	Correlación entre dimensión sub-producto restauración resina y dimensión restauración resina ejecutada	85
Tabla 20:	Correlación entre presupuesto por resultados y cobertura prestacional	86
Tabla 21:	Correlación entre sub-producto exodoncia y exodoncia Ejecutada	87
Tabla 22:	Correlación entre sub-producto restauración ionómero y restauración ionómero ejecutado	88
Tabla 23:	Correlación entre sub-producto resina y restauración resina ejecutada	89
Tabla 24:	Distribución de frecuencia y porcentaje de índice CPO-D	90
Tabla 25:	Distribución de frecuencia y porcentaje de índice ceo-d	91
Tabla 26:	Distribución de frecuencia y porcentaje según edad	92
Tabla 27:	Correlación de dimensiones sub-producto exodoncia y exodoncia ejecutada según edad	93
Tabla 28:	Correlación entre dimensiones sub-producto restauración ionómero y restauración ionómero ejecutado según edad	94
Tabla 29:	Correlación entre dimensiones sub-producto resina y restauración resina ejecutada según edad	95

**Lista de figuras**

	Página
Figura 1: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión sub-producto exodoncia	77
Figura 2: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión sub-producto restauración ionómero	78
Figura 3: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión sub-producto restauración resina	79
Figura 4: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión exodoncia ejecutada	80
Figura 5: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión restauración ionómero ejecutado	81
Figura 6: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión restauración resina ejecutada	82
Figura 7: Correlación entra dimensión sub-producto exodoncia y dimensión exodoncia ejecutada	83
Figura 8: Correlación entra dimensión sub-producto restauración ionómero y dimensión restauración ionómero ejecutado	84
Figura 9: Correlación entra dimensión sub-producto restauración resina y dimensión restauración resina ejecutada	85
Figura10: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión Índice CPO-D	90
Figura11: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión Índice ceo-d	91
Figura12: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión edad	92
Figura13: Correlación de dimensiones de sub-producto exodoncia y exodoncia ejecutada según edad	93
Figura14: Correlación de dimensiones de sub-producto restauración ionómero y restauración ionómero ejecutado según edad	94
Figura15: Correlación de dimensiones de sub-producto restauración resina y restauración resina ejecutado según edad	96

## Resumen

El objetivo de la investigación fue establecer la relación que existe entre el presupuesto por resultados y la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del centro de salud cooperativa universal durante el año 2017.

El tipo de investigación es aplicada, el nivel de investigación es descriptivo – correlacional, de enfoque cuantitativo, no experimental. La muestra estuvo conformada por 180 niños que fueron atendidos con atención odontológica básica en el centro de salud cooperativa universal, la técnica utilizada fue de observación cuyos datos obtenidos fueron registrados en una ficha de recolección de datos aplicados a las historias clínicas y a los niños seleccionados mediante el examen odontológico.

Se concluyó que el presupuesto por resultados se relaciona moderadamente con la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del centro de salud cooperativa universal. Lo que se demuestra con el estadístico de Rho Spearman en el nivel 0,01 (bilateral),  $Rho = 0,689$  ( $p 0,000$ ), resultando una correlación positiva moderada, para el sub-producto exodoncia y las ejecutadas, en el nivel 0,01 (bilateral)  $Rho = -0,241$  ( $p 0,001$ ), siendo una correlación negativa baja para el sub-producto ionómero y los ejecutados, y la última correlación positiva baja en el nivel 0,01 (bilateral),  $Rho = 0,385$  ( $p 0,000$ ) para el sub-producto resinas y resinas ejecutadas.

Palabras clave: Presupuesto por resultados, Cobertura prestacional recuperativa.

### **Abstract**

The objective of the research was to establish the relationship that exists between the budget by results and the recuperative coverage of oral health in children of the universal cooperative health center during the year 2017.

The type of research is applied, of quantitative approach, of non - experimental design; the level is descriptive - correlational, since in determining the relation between the variables in a determined time. The sample was conformed by 180 children who were attended with basic dental care of the universal cooperative health center for data collection was used the observation technique to measure both variables, the variable budget by result consists of a dimension with three items and the variable recovery benefit coverage with four dimensions and nine items, whose data obtained were recorded in a data collection form applied to the medical records and to the children selected through the dental examination.

It was concluded that the results budget is moderately related to the recuperative health care coverage of children in the universal cooperative health center. This is demonstrated by the Rho Spearman statistic at the 0.01 level (bilateral),  $Rho = 0.689$  ( $p 0.000$ ), with a moderate positive correlation, for the by-product of the exodontics and the executed ones, at the 0.01 level (bilateral)  $Rho = -0.241$  ( $p 0.001$ ), with a negative correlation for the ionomer by-product and those performed, and the latter also low positive correlation at the 0.01 (bilateral) level,  $Rho = 0.385$  ( $p = 0.000$ ) for the sub-product resins and resins executed.

**Keywords:** Budget by results, Recoverable benefit coverage.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La presente investigación tiene como objetivo general establecer la relación que existe entre Presupuesto por Resultados (PpR) y cobertura prestacional recuperativa debido a que el PpR establece cumplir una frecuencia en los sub-productos de exodoncia, restauración con ionómero y restauración con resina para poder considerar a una persona tratada, sin embargo la morbilidad de la cavidad bucal varía de acuerdo a la edad y tiene particularidades según la ubicación geográfica de un establecimiento de salud, sumándose factores como calidad de la oferta y necesidades en la demanda; en la oferta se evidencia la capacidad resolutive en la prestación de los servicios, que incluye a su vez al recurso humano, insumos e instrumental en cantidad, calidad y disponibilidad oportuna; con respecto a la demanda se tiene a las características de la morbilidad según el grupo objetivo tomando en cuenta la edad; todos estos elementos comprendidos en tiempo y espacio específico.

### **1.1. Antecedentes.**

#### **Antecedentes internacionales.**

Se hace referencia a algunos antecedentes internacionales como refirió Charles (2015) en estudio titulado: "Uso de presupuesto de programas y el análisis marginal como marco para la reasignación de recursos en atención respiratoria al norte de Gales, Reino Unido". Expuso que, desde la crisis financiera mundial, el gasto del Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido se ha reducido considerablemente, sin embargo, estimó que se requiere un aumento del 4% en la productividad del Reino Unido para cerrar la brecha entre el financiamiento y la necesidad de atención médica. Para la junta de salud de la Universidad Betsi Cadwaladr, el mayor consejo de salud de Gales, considera la atención respiratoria un importante factor de salud por lo tanto estableció el programa de "cuidado de la salud prudente" analizando de forma marginal el presupuesto de programas de la vía respiratoria al norte de Gales. Este estudio recurre a Donaldson et al. (2010) quien emplea el programa de presupuestos y análisis marginal (PBMA) como un enfoque para tomar decisiones de asignación de recursos y maximizar los beneficios; el papel de la PBMA como un marco para la desinversión racional.

Como método de estudio consideró a un panel de directores de administración de medicamentos, terapias financieras, planificación, salud pública

y profesionales de la salud, se usó el voto electrónico para la toma de decisiones y votar sobre las intervenciones posibles para desinvertir e invertir. Tras una amplia discusión de 13 intervenciones candidatas propuestas facilitadas por un presidente, 4 candidatos recibieron recomendaciones para desinvertir, 7 para invertir y 2 para mantener la actividad actual.

Concluyó demostrando el potencial que poseen las juntas de salud en usar dicho sistema cuya evidencia controversial alcanzará en definir decisiones de desinversión con 30%, inversión (53%) y mantener la actividad actual (15%). El progreso inicial comenzó con la comunicación del director médico en relación a la falta de inversión en la prescripción de mucolíticos y se estaba explorando la posible reorientación de las opciones de financiación. El uso de PBMA tiene importancia en tiempos de austeridad cuando se necesita seguir una línea para administrar el gasto, además utiliza evidencia e incorpora el compromiso con el personal y los usuarios del servicio sobre los cuales las recomendaciones del proceso finalmente tendrán efecto. Este proceso se puede aplicar a un nivel micro para explorar una ruta particular y/o en un entorno local, también se puede aplicar a un nivel macro que explore un servicio completo o un presupuesto nacional que abarque múltiples actividades.

De igual modo Tesofa (2015) en la revisión titulada: “Los procesos de planificación operativa del sector salud y de presupuesto en Kenia, nunca los dos se reunirán”. Expuso que la planificación operativa se considera una herramienta importante para la traducción de las políticas del gobierno y son objetivos estratégicos en las actividades de gestión del día a día. Sin embargo, los países en desarrollo sufren de desalineación persistente entre la política, la planificación y el presupuesto. El plazo medio se introdujo para hacer frente a esta falta de alineación, Kenia adoptó el plan operativo anual en la década del 2000 y en el 2005 el Ministerio de Salud lo adopta para el sector salud. Este estudio recurre a Mburu (1994), Green y Mirzoev (2008), quienes sostienen que la planificación en el sector público requiere la formulación de políticas a largo plazo como visión estratégica del sector y de planes operativos a corto plazo como una herramienta de gestión cotidiana.



Este fue un estudio cualitativo donde se evaluó el grado en que el proceso del plan operativo anual del sector de la salud en Kenia, el que ha logrado la alineación entre planificación y presupuesto a nivel nacional, se utilizaron, revisión de documentos, observación de participantes y entrevistas con informantes clave. La observación participante se desarrolló durante 8 meses en el cual se realizaron reuniones y actividades relacionados con los procesos de planificación y presupuestación del plan operativo anual, además para fortalecer la objetividad en la interpretación de sus observaciones se realizaron reuniones con los otros miembros del equipo de investigación para permitir la crítica grupal de los datos y las interpretaciones. Fueron identificados y revisados los documentos relacionados con el POA y los procesos generales de planificación y presupuestación en el Ministerio de Salud proporcionando una comprensión de los objetivos, así como el proceso previsto del ciclo de planificación y presupuestación. Se realizaron 12 entrevistas a informantes clave seleccionados a propósito involucrados en los procesos presupuestarios y de planificación del sector salud del año fiscal.

Se encontró que el sector de la salud de Kenia estaba lejos de lograr la alineación y planificación del presupuesto con un impacto mínimo en el logro de la planificación del sector público, debido a que la presentación del POA por las unidades de planificación en el Sistema Integrado de Información de Salud del Distrito (DHIS) fue muy baja, solo cargaron sus planes el 18% de los dispensarios, el 28% de centros de salud, el 39% hospitales de condado y el 7% de equipos de administración de salud del distrito. Ninguno de los cuatro hospitales nacionales y las seis entidades paraestatales del sector de la salud habían cargado sus planes. Otros factores también contribuyeron a este problema incluyendo la debilidad de la administración del Ministerio de Salud y la separación institucionalizada entre los procesos de planificación y presupuesto rápidamente cambiante; la falta de datos confiables para informar la fijación de objetivos y la mala participación de los principales interesados en el proceso, incluido un enfoque de arriba hacia abajo para fijar objetivos. Se llegó a la conclusión de que la alineación es poco probable que se logre sin tener en cuenta los contextos institucionales específicos y las relaciones de poder entre las partes interesadas. Es necesario que los procesos de planificación y presupuesto se integren institucionalmente en un ciclo y un marco

común con líneas de información a nivel local para informar la fijación de objetivos apropiados y realistas.

Mitton (2014) presenta su estudio titulado: “La gestión de los presupuestos de salud en tiempos de austeridad: El papel del programa de presupuesto y análisis marginal”. Su objetivo fue describir un enfoque integral según diferentes contextos entre países para señalar prioridades y su respectiva asignación de recursos. Este estudio recurre a Gibson JL (2006) y se centra en la aplicación de las herramientas: presupuestación de programas y el análisis marginal (o PBMA), y un método común para la medición de beneficios conocido como análisis de decisión multicriterio (MCDA). Esto proporcionará a los tomadores de decisiones un único punto de acceso para una básica comprensión de las herramientas pertinentes cuando se enfrenten a tomar decisiones difíciles sobre los servicios de salud para financiar y que no financiar. Durante la última década, se han realizado encuestas a los responsables de la toma de decisiones que han utilizado estos enfoques quienes indicaron que no solo es valioso cambiar los recursos de manera justa para lograr un mayor beneficio, así mismo indicaron ventajas como una mayor apropiación de las decisiones y mayores niveles de participación de los médicos y otras partes interesadas en la toma de decisiones.

Concluyó que, solo el 50% de las organizaciones de prestación de servicios de salud afirman tener un enfoque formal para establecer prioridades y asignar recursos en el nivel organizativo, constituyéndose un reto para el responsable de la toma de decisiones que se enfrenta a tomar decisiones difíciles entre reclamos competitivos sobre recursos limitados, se puede encontrar el establecimiento de prioridades de atención médica y que hay herramientas disponibles y adaptables para ayudar en esta actividad las cuales no son complejas, sin embargo con liderazgo y gestión de proyectos, muchas organizaciones han implementado con gran éxito los enfoques discutidos en este documento, así mismo se pueden cambiar los recursos de manera explícita y rigurosa, sino que también los gerentes y médicos, e incluso los miembros del público, pueden participar de manera apropiada, de igual forma considera que alejarse de la negociación política y los patrones históricos de asignación para evaluar el costo de oportunidad y liberar

recursos desde dentro a la inversión de fondos propuestos conducirá a una mejor utilización de los recursos sanitarios.

Cra (2012) en su tesis titulada: “Una visión del Presupuesto por Programas y el Presupuesto por Resultados. Caso Plan Sumar en la Provincia de Buenos Aires”. Como ejemplo de modelo basado en el financiamiento por resultados. Planteó el propósito de analizar cuál sería la técnica más viable para favorecer el desenvolvimiento del Estado en su nuevo rol: Presupuesto por Programa o el Presupuesto por Resultados, basándose en el fundamento del método para aplicar cada una de las técnicas. Se analizaron ambas técnicas, para evidenciar la problemática de la producción de bienes y servicios que realiza el sector público. Para realizar esta investigación se recurre a Makón (2008) quien esboza los principios, directivas y objetivos de la confección del presupuesto en base a resultados, a su vez el presupuesto por programa representa una ruptura estructural como consecuencia de tres nuevas funciones que se asocian a la confección del presupuesto, sin embargo el presupuesto por programas no alcanzó sus propósitos por problemas en la deficiencia de los procesos de planificación, de énfasis excesivo en el control, de la baja capacidad sistemática de las organizaciones públicas y de la permanencia de criterios obsoletos de asignación.

Concluyó que, en un país como Argentina, no era fácil poder introducir el modelo de presupuesto por resultados, ya que los resultados luego de implementarse en varios países de América Latina, no fueron como en los países desarrollados. El proceso de desarrollo de los sistemas de PpR en América Latina y la experiencia en los países de la OCDE (Organización para la cooperación y desarrollo económico), ha permitido identificar una serie de condiciones claves para el desarrollo de Presupuesto por Resultados que se resumen como: condiciones institucionales, motivación, capacidades y apoyo legislativo. Para poder llevar la implementación del PpR se destaca que, se debe producir cambio en todo el sistema de tipo radical; para cumplir con los objetivos de satisfacción de las necesidades de los ciudadanos una buena herramienta es que se den todas las condiciones, no obstante, para que ese cambio prospere los actores políticos tienen que estar interesados y capacitados para desarrollarlo.

Por ello para que este modelo sea efectivo se requieren: sistemas de monitoreo y evaluación del desempeño en las instituciones públicas ampliamente desarrollados, adaptación del sistema presupuestario que incorpore información sobre resultados a la toma de decisiones, y, desarrollo de mecanismos institucionales capaces de motivar una gestión de las instituciones orientados a lograr resultados generando espacios de flexibilidad en la administración financiera, así facilitar la gestión de las entidades en el logro de resultados. Sin embargo, al utilizar la planificación estratégica como instrumento para elaborar el presupuesto por resultados, no se debe dejar fuera de todo esto a la planificación táctica y a la operativa como sus pilares fundamentales para el logro de los objetivos planteados.

Con respecto al Plan Sumar cuyo compromiso y objetivo principal fue disminuir la mortalidad materna – infantil en un 50% en un plazo de 5 años, sin embargo, las metas cumplidas logradas son mínimas (20%), intermedias (30%) o máximas (40%) debido a que en algunos municipios se giran los fondos y no se realiza un seguimiento, monitoreo y evaluación de los resultados alcanzados. Es por eso que se necesita un cambio radical en la cultura de los administradores y administrados para poder implementar con gran éxito los objetivos planteados.

Mora (2012) en su tesis titulada: “Plan estratégico para instrumentar el presupuesto basado en resultados en la secretaría de educación pública con el fin de mejorar la calidad del gasto público”. Tuvo como objetivo diseñar el plan estratégico para operar el presupuesto basado en resultados en la secretaría de educación pública, a fin de mejorar la calidad del gasto público y evitar la generación de subejercicios. Esta tesis se basa en las definiciones de Laufenburger (1991) quien considera que el presupuesto se define como un acto de previsión de gastos y de ingresos de una población para un periodo determinado. Así mismo el presupuesto es un acto político debido a que se constituye en una emanación de la soberanía popular, es una cadena de objetivos con fórmulas de precios adheridos. Nos dice también que los propósitos de los presupuestos pueden ser tan variados como los propósitos humanos. Puede suponerse entonces que la variedad de objetivos lleva a la variedad de procesos presupuestarios.

El diseño de investigación fue descriptivo, explicativo y relacional, la población objetivo fueron las 108 Unidades Responsables en la SEP, se optó por

una selección intencionada o muestreo de conveniencia de 28 servidores públicos de las dos Unidades Responsables de la SEP y se logró la entrevista personal con veintidós de los veintiocho servidores públicos responsables de la operación del Presupuesto Basado en Resultados; de los cuales el 35.2% opina que el objetivo del PBR-SEP es lograr eficiencia y eficacia de la administración, el 35% requiere apoyo de capacitación para operar el PbR y el 36% indicó que generalmente la aplicación de la metodología de marco lógico es utilizada para el diseño y mejora de los programas presupuestarios.

Concluyó que los responsables de estructurar el presupuesto no utilizan la información del Sistema de Evaluación del Desempeño, aunado a que no se aplica la metodología de marco lógico (MML) para la asignación de los recursos, por lo tanto, existe un erróneo presupuesto que conlleva a generar subejercicios. Es importante que los responsables de los presupuestos continúen con la capacitación en materia de la Metodología del Marco Lógico, se propicie que los involucrados en la gestión de los programas presupuestarios manejen el marco jurídico, los conceptos, la metodología y el proceso técnico para la elaboración de la matriz de indicadores de resultados. También se detectó que cuando este modelo de elaborar presupuestos se empezó a implantar la secretaría de educación pública solo se vio como un mero trámite burocrático, una obligación que bastaba con llenar datos en una cédula, en otro formulario del que no se obtienen más que compromisos que no afectan la esencia de la dinámica organizacional. La investigación logró definir y establecer el marco jurídico y normativo específico para elaborar el Presupuesto Basado en Resultados en las dos direcciones a cargo de los programas: Programa educativo rural y el programa nacional de becas para la educación superior.

### **Antecedentes nacionales**

Así también Laurente (2015) en su tesis titulada: “Presupuesto por resultados y el desarrollo económico local, distrito Ongoy, provincia Chincheros, región Apurímac, 2010 – 2014”. Cuyo objetivo fue analizar la incidencia del presupuesto por resultados en el desarrollo económico local del distrito de Ongoy, provincia Chincheros, región de Apurímac, 2010 – 2014, esta tesis se fundamenta en la normativa del Ministerio de Economía y Finanzas del Perú (2014) quien considera

que el PpR es una estrategia de gestión pública que vincula la asignación de recursos a productos y resultados medibles a favor de la población, requiriendo de una precisión de los resultados a alcanzar, el compromiso para alcanzar dichos resultados por sobre otros objetivos secundarios o procedimientos internos. Además, toma el concepto del Banco Internacional de Desarrollo (2010) quien define el Desarrollo Económico Local como un proceso de crecimiento y cambio estructural que mediante el uso del potencial de desarrollo existente en el territorio conduce a elevar el bienestar de la población de una localidad o una región.

Se empleó el enfoque cuantitativo, el diseño transaccional descriptivo comparativo, debido a que pretendió determinar y conocer la incidencia a través de similitudes, diferencias y posibles relaciones de las variables. La población y muestra se obtuvo de cinco años de ejecución presupuestal, de estadística regional y distrital. Usó un instrumento de cotejo de datos, aplicó estadística cuantitativa. Se concluyó en este estudio que el presupuesto por resultados incidió de manera moderada en el desarrollo económico local del distrito de Ongoy, Chincheros, Apurímac, 2010 – 2014. Los resultados precisaron que el grado de incidencia en el sector agricultura fue fuerte en un porcentaje alcanzando el 88%, sin embargo, en el sector salud incidió moderadamente ya que los porcentajes fueron desde 42,18% hasta 90,62% de manera progresiva en los cinco años de estudio. Por lo que el resultado final demuestra una incidencia moderada entre ambas variables, dando una sugerencia de fortalecer las capacidades humanas, articular y coordinar con todos los sectores, gremios y organizaciones para el cumplimiento efectivo de las metas y superar las deficiencias de la gestión.

Cruzado (2012) en el documento de trabajo de título: “Análisis del impacto del programa presupuestal articulado nutricional sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años”. Se planteó el objetivo de identificar el impacto del Programa Articulado Nutricional (PAN) en dos de los productos de la desnutrición infantil: Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y las vacunas que el mismo niño recibe. Este trabajo recurre al Ministerio de Economía y Finanzas (2008) quien inició la implementación del Presupuesto por Resultados con la finalidad de reemplazar la manera tradicional de formular el presupuesto del sector público, a medida que se avanzó en la implementación del PpR, el presupuesto público se fue

estructurando sobre la base de programas presupuestales con una orientación a resultados y tiene la ventaja de añadir información concreta sobre los recursos que están detrás de los objetivos de política de una institución o sector. Uno de estos programas presupuestales es el Programa Articulado Nutricional (PAN), orientado a reducir la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años.

Empleó en su metodología dos técnicas no experimentales. A través de cohortes de nacimiento se empleó el primer enfoque explotando la gradualidad de intervención, se halló que dicho efecto, atribuido a la intervención, reduce la probabilidad de ser desnutrido, así como aumenta la probabilidad de tener completos sus controles de crecimiento y vacunas. En cuanto a la técnica de controles sintéticos, para regiones con mayor grado de intervención se calculó el efecto promedio del tratamiento para la prevalencia de la desnutrición, hallándose que el PAN redujo la desnutrición en 3.5 puntos porcentuales en Apurímac y 1.5 puntos porcentuales en Ayacucho.

Este estudio encontró impacto significativo del PAN en los indicadores de resultado para distintas categorías de análisis, a nivel de hogares y a nivel de regiones encontrando que se reduce la probabilidad de ser desnutrido en 5% para cada cohorte de nacimiento posterior a la intervención. El impacto marginal en la probabilidad de tener sus CRED completos y de tener sus vacunas completas es mayor pues cada cohorte posterior a la intervención aumenta la probabilidad de que el niño tenga sus CRED completos y sus vacunas completas en 6% y 25% respectivamente; siendo estos resultados útiles para asignar presupuestos orientados al logro de resultados.

Prieto (2012) en su tesis titulada: "Influencia de la gestión del presupuesto por resultados en la calidad del gasto en las municipalidades del Perú (2006-2010) Caso: Lima, Junín y Ancash". Cuyo objetivo fue demostrar la influencia de la gestión del presupuesto por resultados en la calidad del gasto en las municipalidades de Lima, Junín y Ancash. Esta investigación recurre a Salhuana (2005) quien refiere que la secuencia lógica de la aplicación del Presupuesto por Resultados mejora la calidad del gasto en el sentido que afecten positivamente las condiciones de vida de la población, particularmente de la más pobre. La calidad del gasto público centrará el proceso presupuestario en función de los resultados que se deben

generar sobre el ciudadano, los mismos que responden a lo que estos realmente requieren y valoran.

El estudio fue de tipo descriptivo y correlacional con el propósito de medir el grado de relación entre las variables: gestión del presupuesto por resultados y calidad del gasto público. Para el trabajo de campo se consideró como muestra a las municipalidades de los departamentos de Lima, Junín y Ancash. Para tal efecto, se consideraron 26 municipalidades del Departamento de Lima, 19 municipalidades del Departamento de Junín y 25 municipalidades del Departamento de Ancash. Las encuestas se aplicaron a los jefes de las oficinas de planificación y presupuesto, siendo estos funcionarios los autorizados para opinar sobre la incidencia de este tipo de presupuesto en sus respectivas municipalidades, obteniendo como resultado que el 96% conoce el Presupuesto por resultados y el 74% lo aplica en su municipalidad, el 67% desconoce cuáles son los indicadores de evaluación presupuestal presumiendo que los gobiernos locales están más concentrados en la cantidad del gasto y no en los resultados del mismo. El 9% considera que los gastos de las Municipalidades están orientados a brindar servicios de calidad, el 54% responde algunas veces y el 37% considera que los gobiernos locales nunca gastan en servicios de calidad siendo responsabilidad de los Gobiernos Locales del Perú invertir en servicios de calidad.

Se obtuvo como conclusión que el presupuesto actual que administran las municipalidades, no resuelve los problemas sociales y que la implementación del PpR mejora la calidad del gasto público, los niveles de vida de la población, además que los recursos asignados a los gobiernos locales, resultan insuficientes para atender los problemas reales del país, una de las principales prioridades de inversión del PpR es invertir en la desnutrición crónica y en la educación básica. Los actuales indicadores de evaluación presupuestal no consideran los beneficios sociales que se debe brindar a la población, e incluso son desconocidos por quienes elaboran dicha evaluación. Los indicadores miden solamente el monto del gasto, pero no la calidad del mismo. En resumen, el gasto público debe ser evaluado por su impacto social y no por la cantidad de recursos que gastan las municipalidades, que la aplicación del PpR en las municipalidades del Perú, mejora la calidad del gasto público ya que ellos son destinados a favorecer los niveles de vida de la población, que la toma de decisiones con respecto al gasto público es



considerada ineficiente, ya que generalmente se centran en los gastos de infraestructura y no en gastos que mejoren las condiciones de vida de la población.

De igual modo Tanaka (2011) desarrolló la tesis titulada: "Influencia del presupuesto por resultados en la gestión financiera-presupuestal del ministerio de salud". Cuyo objetivo fue identificar la influencia de la aplicación progresiva del Presupuesto por Resultados – PpR, en la gestión financiera-presupuestal del Ministerio de Salud – MINSA, dado su importante participación en los programas estratégicos salud materno neonatal y articulado nutricional. En esta tesis se recurre al concepto de Marcel (2006) quien plantea que el PpR emerge como el componente central de un proceso de reformas que involucra la reestructuración de los procesos presupuestarios, para incorporar información sobre desempeño, destino de los recursos, mandatos y compromisos, evaluación de resultados mediante indicadores y sostenibilidad de las inversiones.

Este fue un estudio descriptivo-explicativo, describe el PpR, y expresa la relación de éste con la eficacia y eficiencia de la gestión, financiero presupuestal del MINSA, mediante la calidad y pertinencia del gasto, en relación a planes institucionales y necesidades sociales, utilizó el método documental, acopiando información existente y vigente, del Ministerio de economía y finanzas, así como del MINSA. Asimismo, se procedió a revisar y analizar los cuadros de ejecución presupuestal del MINSA de los años 2005-2008 y lo concerniente a los resultados obtenidos en la aplicación progresiva del PpR en los Programas Estratégicos Salud Materno Neonatal y Articulado Nutricional, implementado de acuerdo a la Ley de Presupuesto.

Llegó a la conclusión que la regulación de la ejecución del gasto público, no contribuye a una gestión por resultados, ya que se orienta a los procedimientos y cumplimiento de normas y leyes, y más no a resultados tangibles en beneficio de la población con mayores necesidades. No obstante, las normas existentes al respecto, en la práctica las sociedades civiles participan en forma limitada en el proceso de toma de decisiones. Según los resultados obtenidos en el trabajo de campo y el análisis de los mismos se encontró que cambiar las relaciones significativas mejoró los resultados en el desempeño de los programas con una participación superior al 80% mejorando la eficacia y la eficiencia del gasto público.

Adicionalmente, la percepción de la institución sobre la eficiencia y eficacia sobre los Programas Estratégicos y su asignación presupuestal mejora sustantivamente. Se destacó, con relación a la eficacia, que lo más importante es la priorización de los resultados y efectos en lugar de insumos y gastos; mientras que, con relación a la eficiencia, es la Participación Ciudadana en la toma de decisiones presupuestales y control presupuestal, pues tienen los mayores coeficientes de estandarización.

El Ministerio de salud, a través de la Oficina General de Estadística e Informática (2017). Presentó el reporte de cobertura prestacional PpR para el Centro de Salud Cooperativa Universal mostrando brechas de atención entre “casos iniciados y terminados”, para la etapa de vida niño se evidencia un brecha entre los casos iniciados (no culminados) y los terminados (figuran como FIN/HIS), con las proporciones del 35% para exodoncia, 19,05% para restauraciones con ionómero de vidrio y el 5,11% para restauraciones con resina; entre las tres prestaciones recuperativas existe un total de 384 casos iniciados con 60 tratados, evidenciándose una media del 15,62% para la proporción entre casos iniciados y tratados. (HIS, Sistema de Información de la Consulta Externa/ MINSA/ Reporte generado el 09-01-2017, anexo 2). El mismo reporte agregó que los niños atendidos fueron 147, con atenciones de 2709, se observan así mismo, datos con respecto al ABO (Alta básica odontológica) para la etapa niño de 75, ABO población general de 98, con una proporción del 76,53% entre ellas/anexo 3).

## **1.2. Fundamentación científica, técnica o humanística**

### **Fundamentación científica: Variable Presupuesto por Resultados**

El presente estudio de investigación se basa en las variables presupuesto por resultados y cobertura prestacional recuperativa, teniendo en cuenta las pesquisas realizadas, esta investigación se fundamenta teóricamente en el Ministerio de economía y finanzas, ya que en el Perú desde el año 2007 se viene implementando la reforma en el Sistema nacional de presupuesto. Además, se contrastarán con los aportes de diversos autores para el mejor apoyo en el desarrollo del estudio.

La Dirección Nacional del Presupuesto Público (DNPP) del Ministerio de Economía y Finanzas refirió:

Que a inicios de 1970 y como respuesta a crisis fiscales, se comenzó a registrar algunas decisiones experimentales para lograr un sector público que trabaje mejor y cueste menos. Unos países empezaron a acoger medidas de severidad fiscal y a probar con algunos procedimientos alternos de asistencia de servicios, por ejemplo, las privatizaciones. De igual forma, se realizaron trabajos por acrecentar la producción del sector público y aumentó la utilidad por la rendición del balance, la redefinición de las gestiones organizacionales, la reestructuración administrativa, la reducción de técnicas y la descentralización de la toma de medidas. (p.5)

### **Evolución de la cultura para resultados.**

Abedrop (2010) refirió:

Que no resulta fácil lo que es la cultura para resultados en el sector público ya que lo que se considera resultados ha venido evolucionando con el tiempo. Anteriormente, si bien se buscaban beneficios sociales, en la medida en la que no se establecían objetivos concretos y sistemas de medición era muy fácil perderse en lo que se consideraba un buen resultado. En la actualidad contamos con una serie de procesos que ayudan a unificar criterios para poder considerar en qué medida se logran los objetivos planteados, alcanzando resultados concretos. A partir de la administración para resultados, que nace en la iniciativa privada, se van generando círculos en donde un movimiento va originando el siguiente. Así tenemos que la administración para resultados crea la nueva gestión pública, la que a su vez crea la gestión para resultados y ésta da lugar a un método de estimación del desempeño mediante el cual se establece el Presupuesto basado en Resultados. (pp. 41,42)

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en el 2009 (citado por Uña, 2010, p. 4) refirió:

Durante el año 2008, el 33% de la ciudadanía de América Latina se hallaba en un escenario de pobreza, así mismo Uña (2010), agrega que

dicho indicador establece la prioridad de perfeccionar la eficacia y eficiencia del gasto público, principalmente del egreso social. Por otra parte, las ideas que originan progresos en la eficacia del presupuesto afrontan falta de estructura adecuada al periodo presupuestario. Al mismo tiempo a estos inconvenientes estructurales, los gobiernos de la región también tienen la prioridad de crear más espacio fiscal para fortalecer y crear nuevas prioridades de políticas públicas, preservando la capacidad fiscal inter temporal. Ante este grupo de retos, los países de la región empezaron a promover la implementación del Presupuesto Basado en Resultados, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad del gasto público, su representatividad y su claridad frente a la población y al congreso. Sin embargo, estas iniciativas de fortalecer y modernizar la gestión presupuestaria no aseguran la modernización del estado. Por este motivo se deben desarrollar dentro del marco integral de un programa fortalecido por las instituciones del sector público. Lo cual no implica dejar de lado la prioridad de contar con un proceso de administración financiera pública teniendo en cuenta que el ciclo presupuestario tiene fuertes externalidades positivas sobre la gestión pública. Determinar con precisión el alcance del Presupuesto Basado en Resultados y las condiciones necesarias para su implementación de tal forma que no pierda credibilidad y se convierta en una moda pasajera y no logre sus objetivos. (pp. 4,5)

### **Esencia del PbR**

Abedrop (2010) refirió:

El PbR en sí mismo no nos va a ayudar a definir a dónde deseamos llegar, nos va ayudar a llegar a ese punto una vez que lo tengamos definido. Es por esto que la planeación es trascendental para el PbR [...] en ese sentido el PbR es neutro, es solo una herramienta para optimizar los recursos [...], la esencia del PbR reside en empoderar al ciudadano, una condicionante para que esto se dé reside en que los mexicanos como sociedad sepamos y entendamos cómo, en qué, y para qué se gastan nuestros recursos, si esto lo entendemos, estaremos en

posibilidades no solo de opinar, sino de formar parte de una cultura enfocada a resultados, esto significa involucrarnos en la gestión para resultados desde la definición de prioridades, hasta la evaluación de los programas. (pp. 29 ,37)

### **Gestión por Resultados vs Presupuesto Basado en Resultados (PbR).**

Robinson, 2007 citado por Uña (2010) agregó:

Que no hay una clara diferencia entre Gestión por Resultados y Presupuesto Basado en Resultados por lo cual se entremezclan y se utilizan en forma confusa como sinónimos, sin embargo, tienen un alcance diferente. En cuanto a la Gestión por Resultados, focaliza la gestión pública cuyo modelo prioriza los resultados logrados por las políticas públicas sobre el cumplimiento de las normas y procesos. Para lograr este objetivo se debe dar a las autoridades de las instituciones públicas herramientas flexibles de gestión de sus recursos humanos, financieros y materiales. Lo cual significa otorgar a los directivos públicos mayor decisión sobre el uso de sus recursos financieros, mayor libertad al tomar medidas relativas a los funcionarios que se desempeñan en la organización. A sí mismo, la Gestión por Resultados involucra incorporar incentivos, económicos como no económicos, para los funcionarios públicos, igualmente mecanismos de sanción, para incentivar un mejor desempeño. (p .6)

Marcel, Arizti P. et al, Robinson y Arenas de Mesa et al (citados por Uña, 2010, p.7) refirieron:

Que la gestión por resultados se basa en la definición y utilización de indicadores de desempeño en relación a las actividades del aparato público, así como la implementación de incentivos, sanciones en la gestión de los funcionarios públicos con la finalidad de lograr un mejor sector público. La Gestión por Resultados involucra cambios en los siguientes sistemas de gestión:

- Planificación estratégica
- Gestión de los Recursos Humanos

- Administración Financiera
- Compras y contrataciones públicas
- Sistemas de incentivos y sanciones para los Directivos Públicos
- Sistemas de monitoreo y evaluación de programas y políticas públicas
- Sistema de control y auditoría (internos y externos)

Por otra parte, el Presupuesto Basado en Resultados consiste en lograr la aplicación de un proceso presupuestario donde los decisores claves determinan de manera sistemática los objetivos previstos y los resultados logrados por los programas y las políticas públicas durante el ciclo de formulación, aprobación, ejecución, monitoreo y evaluación [...]. Para conseguir este objetivo es necesario cumplir con requisitos básicos para aplicar las nociones de un Presupuesto Basado en Resultados, como tener información sobre los objetivos y metas de los programas y políticas públicas, los cuales comúnmente se presentan como indicadores de desempeño. Al mismo tiempo debe considerarse información sobre los recursos presupuestarios asociados al logro de estos objetivos y metas. Otro requisito es contar con datos de los resultados logrados en el lugar de intervención de los programas y políticas públicas.

Concluyen que, la Gestión por Resultados y el Presupuesto Basado en Resultados guardan una estrecha relación, pero no son sinónimos: la Gestión por Resultados es más extensa que el Presupuesto Basado en Resultados. Esta diferencia es importante al momento de definir, diseñar y dar iniciativas de fortalecimiento del sector público, considerando que los recursos y esfuerzos involucrados en cada tipo de iniciativa, así como los apoyos y resistencias, pueden diferir sustancialmente. (pp. 7,8)

### **Diseño e implantación de PpR en los Países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico(OCDE)**

El ministerio de economía DGPP (2010) refirió:

Que los PpR a pesar de ser un concepto simple, no hay un patrón único; inclusive algunos países desarrollan esquemas similares diferenciándose solo durante su aplicación. Los miembros integrantes de la OCDE acogieron el PpR por diversos motivos, considerando el más

habitual a la crisis financiera, la obligación de acortar costos o la modificación de la organización. De igual forma, tienen propósitos iguales como son las prioridades presupuestarias (fiscalización de gastos o utilidad de recursos), la mejora en la gestión pública y la mejor rendición de cuentas hacia los políticos y hacia la población. Dos tercios de los países de la OCDE utilizan información no financiera sobre resultados en sus presupuestos, sin embargo, el proceso presupuestario debe incorporar el dato de resultados lo cual representa que es preciso modificar la forma en que se mide, se expone y se ratifica el presupuesto público. Los retos principales de la implementación del PpR son buscar formas adecuadas para que el proceso presupuestario unifique la información de resultados, conseguir controles de eficacia, así como captar el interés de quienes tomaban las decisiones. (p.41)

### **Presupuesto por resultados en américa latina**

Vilca (2014) refirió:

El presupuesto por resultados es un método que está siendo empleado por muchos países del continente. Los países de América Latina como México, Brasil, Chile y Colombia tienen experiencia en la aplicación de este instrumento. Estos países iniciaron su ejecución en circunstancias de crisis económica, con la finalidad de garantizar la eficacia y eficiencia beneficiando a la población.

Chile desde 1994 introdujo el uso de indicadores de eficiencia, eficacia y calidad estableciendo metas en el proceso presupuestario, y en 1996 continuó con la evaluación de programas. Mientras que, durante el 2004 ya utilizaba 1684 indicadores de desempeño, los cuales a 1590 le realizaban seguimiento y evaluación, así como evaluaciones de impacto efectuada por entidades independientes.

Brasil, introduce el PpR en el 2, 000, sin embargo, a partir del 2001 y 2003 se comenzó a elaborar reportes anuales de transparencia relacionados al rendimiento de las entidades públicas y los programas a los cuales se le ingresaron diferentes reformas y se instaló el método de

codificación de gastos y actividades tanto para el planeamiento, así como para el presupuesto. Es a partir del 2004 que se fortalece el sistema enlazando el seguimiento con los instrumentos de los programas de planificación sectorial y nacional.

En Colombia se produce la implementación del PpR de manera diferente realizándose a nivel sub nacional en la Alcaldía de Bogotá permitiendo a esta gestión la distribución de recursos disponibles a los programas y resultados priorizados eludiendo de esta manera el micro manejo de gasto. Todas estas acciones crearon un precedente para las posteriores gestiones ya que iniciaron este cambio sin tener la necesidad legal de hacerlo. (p.4)

El ministerio de economía DGPP (2010) refirió:

Que Nicaragua desarrolla el esquema del Marco Presupuestario de mediano plazo que implica las estimaciones previstas para los siguientes años, así como también el esquema de indicadores de resultados, productos o actividades, los cuales no tienen estudios de calidad ni eficacia y durante el primer año de aplicación las proyecciones presupuestarias no son vinculantes mostrándose solo como referencia. Sin embargo, este diseño clave para la reforma no se pudo concretar de acuerdo a la planificación efectuada debido a la demora de las unidades ejecutoras en la entrega de la información oportuna del presupuesto el cual debía formularse teniendo en cuenta la aplicación del PpR, esta entrega retrasada obligó a las autoridades a presentar el presupuesto en forma tradicional al congreso y que el PpR se agregará solo como un anexo perdiéndose así la oportunidad de lograr una gran reforma. Durante el 2005 el gobierno entrante se decidió por el planeamiento estratégico dejando de lado al PpR. (p.40)



## **DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS EN EL PERÚ. Iniciativas de reforma de la gestión pública en el Perú**

El ministerio de economía DGPP (2010) refirió: en el Perú durante las últimas décadas se han desarrollado esfuerzos por mejorar el estado y su administración pública. Estas reformas de la administración pública se simplificaban en la nueva Ley Orgánica del poder ejecutivo la que no se cristalizó debido a la ausencia de soporte político en el más alto nivel, así como la falta de apoyo de la población ya que asociaban esta reforma con los despidos masivos. Sin embargo, la vehemencia inicial de los 90 se convirtió en la reestructuración del modelo económico girando hacia la apertura y a la liberación logrando que actualmente se conserve un desarrollo propicio para el logro económico.

A partir del año 2000, el sector público comienza a adecuar un conjunto de instrumentos vinculados al Planeamiento Estratégico. Las instituciones públicas aplican herramientas como el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) y los Planes Estratégicos Institucionales (PEI), teniendo un enfoque de mediano plazo, también se contaba con los Planes Operativos Institucionales (POI) de elaboración anual, en la cual se detalla la visión y la misión de cada entidad, y contienen las metas, las estrategias a emplear, los lineamientos de política y actividades, también consideran indicadores con metas físicas y presupuestarias. De igual manera se trabajaba en el proceso de la matriz FODA donde se resume las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de cada entidad. Todas estas propuestas y herramientas correspondían a los principios de la Gestión por Resultado, sin embargo, no contemplaban su articulación real con el proceso presupuestario y por este motivo se convertían en información referencial, no operacionales. Otro grupo de ideas, inicio de la perspectiva de la gestión pública orientada hacia el logro de resultados, concretándose mediante instrumentos de gestión que se convirtieron en contratos firmados por el ente central y las entidades públicas, en la cual se agregaban metas de desempeño y, algún tipo de incentivo.

Estas medidas en un determinado momento adquirieron un impacto positivo debido a que incluyeron elementos de valor para la gestión tales como los indicadores de desempeño, así como el enfoque donde se priorizaba los resultados obtenidos en vez de los procesos, sin embargo, su vigencia su temporal por la falta

de apoyo político. Estos instrumentos en su gran mayoría se desarrollaron de forma poco relacionada con el planeamiento estratégico.

A partir del 2001 se trató de incentivar la eficacia del gasto público precisando una cadena de eventos donde el presupuesto lo estableció como inflexible a la baja, cuyo objetivo fue que se protegiera de los ajustes presupuestarios a algunas fracciones de la administración pública y de esta manera le proporcionaría el abastecimiento de los recursos que son clave para una gestión.

De igual forma en el 2003 el MEF creó una sección de mejora de la calidad de los gastos de los ministerios cuyo propósito fue conseguir ahorrar logrando reducir el gasto en bienes y servicios de por lo menos un 10%, siendo un ahorro el más significativo en el área de educación la cual contó con una contraparte comprometida para conseguir los resultados. Posteriormente se difundió la medida en los Organismos Públicos Descentralizados promoviendo las fusiones entre ellos.

En el 2004 se establece la Directiva N° 019-2004-EF/76.01 de la Dirección Nacional de Presupuesto Público donde decidió efectuar un monitoreo a los indicadores que existían y eran afines a las metas presupuestaria de las herramientas del planeamiento estratégico, sin embargo concluyó que estos no eran de calidad para el objetivo de la gestión y eran demasiados en relación a su utilidad, por lo que se intentó reestructurar las herramientas de planificación, fracasando al no tener apoyo del sistema nacional de planificación. Se eligió entonces relacionar la planificación al presupuesto y, de tal forma que en la elaboración del presupuesto de 2006 se definieron nueve Acciones Prioritarias orientadas a los sectores sociales quienes tendrían amparo presupuestario. Así mismo se estableció dentro de la Ley de Equilibrio de 2006 que el 30% de los créditos suplementarios se asignaría a estas gestiones, no cumpliéndose en un primer momento debido a la falta de precisión de los requerimientos solicitados por los sectores, debido a que no lograban definir cuánto, para qué, ni qué resultados se obtendrían si se asignaran estos recursos.

Durante el Presupuesto Público del año 2007 se agregó 11 Acciones Prioritarias las que estaban protegidas y se priorizaban por medio de los créditos suplementarios del presupuesto. Resultando esta acción insuficiente debido a que para optimizar los aportes de gestión de los sectores incluidos en la priorización estos eran insuficientes no teniendo la capacidad de ejecutar el gasto asignado, lo

que era evidente que había una planificación estratégica que no se relacionaba con el presupuesto.

La definición del Presupuesto por Resultado nace en el MEF dentro de una diversidad de ideas de protección presupuestaria y de acciones de monitoreo. En el año 2006 se iniciaba una Gestión Presupuestaria basada en Resultados, donde contenía instrumentos del Presupuesto por Resultados reconociendo, el requisito de enlazar la planificación y la programación presupuestaria. Dentro de la Ley del Presupuesto del Sector Público del año 2007 (Ley N° 28927) se introdujo en el capítulo IV la Implementación de Presupuesto por Resultados, estableciendo la gestión presupuestaria basada en resultados recogiendo la iniciativa de los programas protegidos para instaurar las 11 Acciones Prioritarias las cuales ya contaban con protección, pero además se les exigió tener indicadores de desempeño y el seguimiento de los mismos. También, se estableció la Programación Presupuestaria Estratégica (PPE), la que se utilizaría en el sector público durante proceso de programación del presupuesto.

Durante el año 2007 se formuló el presupuesto del sector público para el 2008 definiendo un total de cinco programas estratégicos donde se expresaban las once acciones prioritarias desarrolladas del presupuesto del año 2007. Estos cinco programas estratégicos son: Salud Materno Neonatal; Articulado Nutricional; Logros de Aprendizaje al finalizar el III Ciclo; Acceso de la Población a la Identidad; y, Acceso a Servicios Sociales Básicos y Oportunidades de Mercado. La disminución de la pobreza, así como la exclusión social y la mejora en la calidad de vida del ciudadano era evidente. Así mismo, durante el cumplimiento del presupuesto de 2007 se observó que no había avances debido a que no se estableció recursos, así como tampoco precisaron indicadores apropiados a estos programas. Sin embargo, a pesar de todo quedo establecido el inicio de cambio y considero a partir del 2008 la asignación de presupuesto a los programas estratégicos, así como la aplicación de indicadores adecuados. En este sentido y de forma paralela, se resolvió acoger la perspectiva de evaluaciones implementado en Chile y se planteó el sistema de Evaluaciones de Diseño y Ejecución Presupuestal (EDEP), para lograr alcanzar resultados de una forma veloz y a precio comparativamente menor teniendo en cuenta siempre los criterios establecidos por el PpR. Así, el cambio se enrumbo y comenzó a implementarse

los pasos iniciales para la evolución de la gestión pública basada en resultados.  
(pp.23,26)

**Ministerio de Economía y Finanzas (2008) definió:**

Presupuesto por Resultados : Es una estrategia de gestión pública vinculando la retribución de recursos a productos y resultados medibles en apoyo de la ciudadanía ,por lo que se requiere de un concepto claro y definido de los resultados que deseo lograr, de igual forma establecer la responsabilidad de las entidades involucradas , la designación de encargados tanto para la implementación de los instrumentos del PpR y también como para la rendición de cuentas del gasto público, y así mismo crear herramientas que generen datos de los productos, resultados y la actividad realizada para lograrlos.

Así mismo el Minsa (2013) refirió:

Que el Presupuesto por Resultados es una forma de presupuestación que involucra la programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación del presupuesto, con una perspectiva de obtener logros en beneficio de la ciudadanía, reevaluando los procesos anuales para la reprogramación reasignación, y ajustes de las intervenciones. (p. 2)

Entonces el PpR lo definiría como una herramienta de gestión pública el cual desarrolla una forma diferente de asignar el presupuesto público basado en el logro de los objetivos y metas de los programas presupuestales y políticas públicas, para lo cual las instituciones deben fortalecer sus capacidades, asumir el compromiso de aplicar correctamente los instrumentos que los lleven a conseguir resultados medibles en aras del beneficio de la población más necesitada.

**Características del Presupuesto por Resultados (PpR)**

El MEF (2008) refirió que el PpR nos permite visualizar como cambiar la manera de realizar el presupuesto, dejando de lado el modelo tradicional de enfoque institucional los cuales creaban el aislamiento y falta de articulación del estado. Siendo sus características las siguientes:

- Parte de un enfoque integrado por la planificación y el presupuesto donde la articulación de acciones y actores juegan un papel importante para la obtención de resultados.
  - Programa el esquema de operaciones de acuerdo a la solución de las dificultades críticas que afligen a la ciudadanía requiriendo para tal efecto la colaboración de varios representantes que organicen las tareas para ese fin.
- (p.2)

### **Objetivo del Presupuesto por Resultados**

Acuña (2012) refirió que el principal objetivo del PpR es apoyar a lograr la mejor eficiencia y eficacia del gasto público por medio de una total articulación entre los recursos públicos destinados y los productos y resultados formulados que beneficiaría a la ciudadanía.

La Dirección General del Presupuesto Público ejecuta una cadena de acciones para lograr estos objetivos, las cuales se congregan en 4 líneas de acción constituyendo los instrumentos del Presupuesto por resultado en el Perú:

- Programación del presupuesto tomando como modelo a los programas presupuestales teniendo como perspectiva el logro de resultados.
- Actividades de seguimiento del desempeño como base de la formulación de indicadores de resultados, al igual que actividades de seguimiento al desembolso de productos realizado por parte de los programas presupuestales.
- Evaluaciones del proyecto, la lógica y la gestión de las intervenciones públicas, así como también las evaluaciones sobre la auténtica eficacia de las acciones sobre los resultados (evaluaciones de impacto).
- Incentivos a la gestión que desarrollen más agresivamente el producto de los resultados esperados. (p.2)

### **Instrumentos de PpR**

Acuña (2012) describió los instrumentos del PpR

**Programas presupuestales:** Los PP son intervenciones articuladas del estado entre los diferentes sectores y por niveles de gobierno con la finalidad de buscar la solución de un problema que aqueja la población. Su presencia se requiere debido a la necesidad de obtener los resultados específicos para una población objetivo, relacionados a los objetivos estratégicos de la política del Estado establecidos por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN), quien es el órgano rector del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico.

**Seguimiento:** Se efectúa sobre el avance del cumplimiento de metas programadas sobre los productos del gasto público, tomando como referente a los programas presupuestales. El INEI recolecta la información estadística para el seguimiento de los indicadores, recayendo esta actividad recae sobre la DGPP, siendo los ministerios los sectores comprometidos con los programas presupuestales los que velan por la información enviada acerca del desarrollo de las metas físicas y financieras de los productos alcanzados.

**Evaluación:** Se refiere al análisis sistemático de un proyecto de inversión, programa o política pública que puede estar en ese momento desarrollándose o haber concluido en su ejecución midiendo sobre todo el impacto en la ciudadanía, esta evaluación debe seguir las normas y procesos que establece el sistema nacional de inversión pública(SNIP). Los resultados obtenidos servirán para que las instituciones evaluadas tomen sus medidas de mejora sin dejar de lado su diseño, eficiencia y eficacia. En la actualidad, se implementa las evaluaciones independientes, las cuales son efectuadas por personas naturales o jurídicas, que no tienen vínculo con las entidades que son objeto de las evaluaciones. Los resultados de las evaluaciones son socializados y discutidos con las instituciones intervenidas. Estas evaluaciones tienen un rol esencial debido a que los indicadores de desempeño por sí solos son insuficientes para calificar el justo desempeño de los programas.

**Incentivos a la gestión:** Es la contribución directa que recibe una institución por lograr el desempeño de una serie de requerimientos o

metas las que consiguen lograr un mejor resultado de gestión durante la entrega de bienes y servicios a la población. Para estos incentivos es necesario aplicar reglas claras de evaluación y monitoreo, así como elaborar la información alusiva a las metas y los premios. Intentan trasladar las acciones del Estado hacia una gestión por resultados. (pp.5,6)

Soto (2013) refirió:

Quien dirige el programa presupuestal es el titular de la institución y tiene a su cargo la ejecución del programa, así como el rendimiento de cuentas de las programaciones, los recursos públicos asignados y sobre todo de los resultados esperados. Cuando los programas presupuestales se desarrollan en varias entidades la responsabilidad recaerá en la entidad rectora del programa presupuestal quien designará un responsable técnico cuyas funciones están relacionadas con la programación, implementación, seguimiento y evaluación del programa. (p.2)

Nos referiremos en forma detallada a los Programas Presupuestales debido a que la investigación se desarrolla en el PP. de enfermedades no transmisibles

El documento técnico del MEF (2016) refirió:

Que los PP constituyen un instrumento de gestión fundamental del PpR el cual responde a un modelo causal quienes tienen relación de medios – fines donde se considera los insumos, sub-productos y productos, así como también los resultados inmediatos, intermedios y finales.

El PpR tiene como objetivo mejorar el gasto público mediante la asignación presupuestal para lo cual es necesario una correcta programación de las metas físicas para cada producto, por lo tanto, el responsable técnico establece la definición operacional para cada producto, sub-producto o subfinalidad, así como también los criterios para programar la meta física y sobre todo la fuente de donde se estimará la meta física y como realizar la evaluación de las metas alcanzadas. (p. 206)

En esta línea podemos decir que los PP es un instrumento del PpR, así como son unidades de programación de actividades de las instituciones públicas las cuales están integradas y articuladas entre las diferentes instituciones con la finalidad de resolver un problema específico de la población determinado por los objetivos de la política de estado.

Para la DGPP considera al Programa Presupuestal como un instrumento del PpR, el cual es una herramienta de programación de las instituciones públicas, quienes se integran y articulan orientándose a conseguir un resultado específico en la sociedad y de esta manera favorecer el resultado final el cual guarda relación con un objetivo establecido por una política pública.

#### **Las propiedades de un Programa Presupuestal son los siguientes:**

- Es el reflejo del resultado específico el cual busca aportar con el logro de un resultado final el cual beneficiará a la población objetivo.
- Se requiere el abastecimiento oportuno de los productos que se entregan a la población priorizada con la finalidad de conseguir el resultado específico.
- Los programas presupuestales están constituidos por un esquema que contiene cuatro columnas de las cuales, en la primera se detalla los objetivos, en la segunda los indicadores y su nivel para cada objetivo y en la tercera columna se coloca los medios de verificación y en la última columna los supuestos cuando estas sean necesarios. (p.48)

#### **Diseño del Programa Presupuestal**

Además, el documento técnico del MEF (2016) refiere que para diseñar un programa presupuestal se debe seguir en forma ordenada las etapas siguientes:

- El primer paso es la identificación del problema específico en una población determinada y a su vez debe ser cuantificada.
- Desarrollar el diagnóstico describiendo la realidad del problema identificado, además se debe considerar su gravedad, su importancia y su persistencia.
- Desarrollar la realidad problemática mediante la ayuda de un árbol de problemas de las causas que originan el problema específico identificado.



- El PP se desarrolla a través de un análisis de medios evaluando que tan efectivas son las alternativas presentadas y a su vez quienes han logrado cierta eficacia en el problema específico. Este análisis se desarrolla en una matriz lógica.
- Identificar los indicadores de desempeño y elaborar el seguimiento del programa presupuestal propuesto.
- Detallar las evaluaciones que se han realizado al PP y/o a los productos.  
(p.49)

En el documento técnico MINSA (2016) sobre definiciones operacionales presentó: Una relación de subfinalidades que se deben realizar en los PP de enfermedades no transmisibles a los cuales se hace referencia y son los siguientes:

#### **Monitoreo del PP de no transmisibles.**

Mediante el monitoreo se verifica la correcta ejecución de las actividades programadas, realizando el seguimiento continuo de los productos vinculados al Programa Presupuestal 0018 - Enfermedades No Transmisibles (Problemas y Trastornos Cardiometabólicos, Bucales, Oculares y por metales pesados y sustancias químicas). El monitoreo está a cargo de los coordinadores de las estrategias integrantes del programa presupuestal ya sea a nivel regional o nacional, además este proceso sirve para determinar si las recomendaciones otorgadas durante la supervisión se ejecutaron o no. Las oficinas de estadística y epidemiología tienen a su cargo el monitoreo del sistema informático del programa presupuestal, empleando los reportes estadísticos de actividades, sistema de vigilancia epidemiológica, HIS, SIS, SIGA, SIAF, SIEN (Sistema de Información del Estado Nutricional del Niño menor de 5 años y Gestante), documentos de adquisiciones, cuadros de distribución, entre otros. Estos serán definidos por cada ESN que compone el programa presupuestal.  
(pp.339 ,340).

**Supervisión del PP de no transmisibles:**

Definición operacional (MINSa, 2016): Es la comprobación del desempeño técnico de las personas que se desenvuelven dentro de los procesos del PP donde se incluyen el sistema de enseñanza aprendizaje entre los supervisores y los supervisados culminando con las acciones correctivas optimizando de esta manera los resultados que serán verificados durante el monitoreo.

La supervisión es realizada por el responsable del programa presupuestal, responsables del producto, responsables de la oficina de estadística, epidemiología, planeamiento y presupuesto, quienes conforman un equipo técnico siendo su frecuencia variable, pero se recomienda que debe ser de forma trimestral para lo cual antes se debe analizar la información de los monitoreo y/o supervisiones anteriores para buscar fortalecer las competencias del personal de salud en aspectos técnicos específicos lo que repercuten en los nudos críticos que impiden la oportuna entrega de los productos a la población o que limitan el logro de los resultados. (pp. 342, 343).

**Evaluación del PP de no transmisibles**

El Minsa (2016) lo definió como el proceso que tiene como propósito establecer el grado de eficacia, efectividad y eficiencia, del Programa Presupuestal 0018 - Enfermedades No Trasmisibles relacionado con el cumplimiento de sus objetivos.

En esta evaluación se debe realizar el análisis del cumplimiento de meta física, ejecución del presupuesto y eficacia del gasto en cada sub-producto, así como identificar la problemática que se produjo para el no cumplimiento del resultado esperado.

Así mismo durante las evaluaciones se intentará generar evidencias científicas para contribuir a la determinación de las dificultades e intervenciones relacionados al programa presupuestal. Toda esta información recabada ayudará en la toma de decisiones y además fortalecerá los métodos asistenciales para buscar lograr los resultados planteados.

Esta evaluación es realizada de manera conjunta por los coordinadores técnicos del PP ya sea a nivel regional o nacional. También participan en este proceso el INS, Epidemiología, Institutos especializados, comunicaciones, Administración quienes brindan evidencia científica y opiniones técnicas en coordinación con el responsable del PP, utilizando indicadores de estructura – proceso y resultado. (p.341)

Se concluye que las acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del PP de enfermedades no transmisibles tiene la finalidad de hacer el seguimiento de los productos del PP y realizar las correcciones oportunas y además sirven para fortalecer las competencias del personal de salud en un proceso de enseñanza aprendizaje entre el supervisado quien brindara información de la realidad problemática de la institución y del supervisor quien brindara el sustento técnico y científico para el cumplimiento del producto y así llegar a cumplir el objetivo trazado.

El Ministerio de Salud: En cumplimiento de sus funciones ha formulado y actualizado el documento técnico: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avances de los Programas Presupuestales, con la finalidad de facilitar la elaboración de la programación y formulación del presupuesto del PP y a su vez también busca estandarizar la estimación de las metas físicas de los productos que se entregaran a la población ,sin embargo es la Resolución 302-2013, vigente a la fecha que norma las definiciones operacionales y criterios de programación de los programas estratégicos en salud.

Este programa presupuestal considera múltiples productos, dentro de los cuales se describen productos, definición operacional, subfinalidades del producto, unidad de medida, meta física e indicador. En la Resolución Ministerial 302-2013 (MINSa, 2013) los productos que se relacionan a salud bucal se encuentran dentro del programa de enfermedades no transmisibles, conjuntamente con salud mental, salud ocular, metales pesados, hipertensión y diabetes mellitus [...], las atenciones específicas de salud bucal son tres: Atención odontológica preventiva, atención odontológica recuperativa y atención odontológica especializada. (p.217)

## **Dimensiones de la variable: Presupuesto por Resultados**

Dentro de las dimensiones del presupuesto por resultados se encuentra las actividades odontológicas establecidas por el Ministerio de Salud que a continuación se definen:

El Minsa (2013) presentó: La atención odontológica recuperativa como un conjunto de procedimientos de salud bucal destinadas a restaurar la salud de la cavidad bucal contribuyendo de esta manera con el buen funcionamiento del sistema estomatognático el cual redundará en beneficio de la salud general. Estas actividades serán realizadas por el Odontopediatra y/o Cirujano Dentista en los niveles de atención I-2, I-3, I-4,II-1,II-2,III-1, III-2, en los detalles del producto el documento técnico, para enfermedades transmisibles del Programa presupuestal (PP) se refiere que la Unidad de medida es : persona tratada, recibiendo el producto, es decir el grupo de población que lo recibe es la población priorizada SIS y población en riesgo, en el mismo documento se detallan los servicios específicos que recibirá dicho grupo: técnica de restauración atraumática(TRA o PRAT),raspaje dental (destraje), restauraciones dentales con ionómero de vidrio, restauraciones dentales con resina, exodoncia dental simple, debridación de los procesos infecciosos bucodentales, Consulta estomatológica los cuales se evidencian en el reporte de metas física como los que inician y caso tratado (termino o FIN) y para materia del estudio se agregó el termino no iniciado (pp. 15, 214). Dentro de las prestaciones recuperativas que se desarrollaron en la presente investigación son los siguientes sub-productos y se definirá a cada una de ellos:

### **1. Dimensión Sub-producto Exodoncia**

El Minsa (2013, 2016) refirió la siguiente definición operacional: Es la eliminación quirúrgica de la pieza dentaria decidua o permanente en la cual se encuentra afectada su vitalidad, función y que ha perdido capacidad de poder ser restaurada. Este procedimiento se realiza con el propósito de desfocalizar y disminuir la patogenicidad de la cavidad bucal y que repercute salud general, es realizado por el Cirujano Dentista el nivel de atención I, II y III, se establece una frecuencia establecida por el PpR de dos piezas dentarias distintas al año, con un tiempo para la actividad de 20 minutos. (pp. 215, 408)

## **2. Dimensión Sub-producto Restauración Ionómero de Vidrio**

El Minsa (2013, 2016) refirió la definición operacional: Consiste en la reparación de la estructura dentaria de piezas deciduas afectadas por caries, cuya finalidad es reestablecer la función masticatoria utilizando el material de restauración de ionómero de vidrio, este procedimiento es realizado por el Cirujano Dentista en el nivel de atención I, II y III. Las restauraciones con ionómero de vidrio tienen una frecuencia establecida por el PpR de tres piezas dentarias distintas al año con un tiempo por procedimiento de 20 minutos. (pp. 215, 409)

## **3. Dimensión Sub- producto Restauración con Resina**

El Minsa (2013, 2016) refirió la definición operacional: Consiste en reparar la estructura dentaria de piezas deciduas o permanentes afectadas por caries, con la finalidad de restaurar la función normal y mejorar la capacidad masticatoria, mediante la utilización de material de resina, realizado por el Cirujano Dentista en el nivel de atención I, II y III, tiene una frecuencia establecida por el PpR de cuatro piezas dentarias diferentes al año con un tiempo por procedimiento de 20 minutos. (pp. 216, 410)

### **Fundamentación científica de la variable 2: Cobertura prestacional recuperativa**

#### **Cobertura universal de salud**

La Resolución Ministerial 229 (2016) refirió:

Que la política está vinculada con el principio de que el Estado debe garantizar el acceso al cuidado y la atención integral de la salud individual y colectiva de la población, independientemente de su situación socioeconómica y de su ubicación geográfica, con enfoque de género, de interculturalidad y de derechos humanos. Asimismo, el cuidado de la salud deberá ser integral, solidario, equitativo, oportuno, gratuito en el punto de entrega y apropiados a las características del ciclo de vida de la población. (p. 8)

#### **Cobertura de los servicios de salud**

La 154° Sesión del Comité Ejecutivo de la OMS (2014) refirió:

Que en la cobertura universal de salud todas las personas y las comunidades tengan un acceso justo y equitativo a los servicios integrales que requieran en el transcurso de su vida, y que sea entregado con calidad y sin dificultades financieras. La cobertura universal de salud fortalece la necesidad de definir y desarrollar políticas públicas e intervenciones con carácter intersectorial abordando los determinantes sociales de la salud y así impulsar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar, poniendo énfasis en los grupos en situación de pobreza y vulnerabilidad.

Para lograr la cobertura universal de salud requerimos el compromiso de la sociedad, incluyendo mecanismos claros y rendición de cuentas la activa participación multisectorial, así como el diálogo y el consenso de los diferentes actores sociales, de la misma forma se requiere el compromiso político de las autoridades quienes deben plantear políticas, reglamentaciones y legislaciones. Este compromiso debe definirse en un marco conceptual y jurídico que respalde el acceso equitativo a los servicios y que garantice que la salud continúe siendo una prioridad fiscal para asegurar un nivel de financiamiento suficiente, sostenible, equitativo y de calidad. La evidencia recomienda que la inversión en salud es un motor del desarrollo humano. (pp. 1 ,2)

La OMS (2013) añadió:

Que los indicadores de la cobertura de los servicios de salud manifiestan en qué medida se benefician las intervenciones sanitarias de importancia para la población que la requiere. En general, los indicadores de cobertura se obtienen dividiendo el número de personas que reciben una intervención definida por la población que cumple las condiciones para recibirla o que la necesite.

Paganini (2016) refirió:

Que la cobertura de salud ha sido una inquietud central bien poco se ha avanzado en este tema y en el desarrollo de indicadores que nos permitan evaluar las características de las poblaciones con y sin

cobertura, tampoco se conoce la relación entre la cobertura y las características de los servicios de salud responsables de la atención, sin embargo la mayoría de los países de la Región están desarrollando procesos de reforma del sector salud definiendo objetivos orientados a mejorar la equidad, distribución, cobertura, calidad y eficacia, tales procesos podrían beneficiarse de los conocimientos provenientes de investigaciones que analizan la cobertura y su relación con las características de los servicios. (p. 305)

El logro de las coberturas está relacionadas al cumplimiento de las metas establecidas donde:

Armijo (2011) agregó:

Que las metas especifican un desempeño medible y se expresan en unidades de medida tales como porcentajes, de igual manera indica el periodo de cumplimiento que puede ser trimestral, semestral y anual. Así mismo implica contar diferentes parámetros como producción histórica, como se desarrolló el indicador en el pasado y en programas similares. Al mismo tiempo su logro depende de la institución y debe ser programada con los ejecutores de las distintas áreas, estableciendo responsables para su cumplimiento el cual debe ser culminado en un plazo determinado. (p. 89)

Se puede decir que para lograr una buena cobertura en salud se debe conocer primero la realidad y característica de los servicios de salud que son quienes ejecutaran las intervenciones sanitarias para así poder lograr los objetivos trazados, al mismo tiempo asegurar que se cuente con financiamiento sostenible tanto para recurso humano como logístico, de igual forma que las metas programadas tengan un sustento real de la situación de salud y así poder lograr resultados medibles.

## **Dimensiones de la variable 2: Cobertura prestacional recuperativa**

### **1.- Dimensión Exodoncia Ejecutada**

Es la eliminación quirúrgica de la pieza dentaria decidua o permanente la cual ha perdido su función y ya no se puede restaurar. Para el PpR la concentración es de 02 exodoncias ejecutadas para considerarlo caso terminado.

## **2.- Dimensión Restauración Ionómero Ejecutado**

Es la restauración de la pieza dentaria decidua devolviendo su función masticatoria mediante la colocación de material de ionómero de vidrio.

El PpR establece una frecuencia de 03 restauraciones con ionómero para considerarlo caso terminado.

## **3.- Dimensión Restauración Resina Ejecutada**

Es la restauración de las piezas dentarias deciduas o permanentes devolviendo su función masticatoria y estética mediante la utilización de resina fotopolimerizable. El PpR establece una frecuencia de 04 restauraciones de resina para considerarlo caso terminado.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) afirmó: Que la caries dental es una enfermedad que constituye un problema de salud pública afectando a los países industrializados y más frecuentemente en los países en desarrollo. En el Perú el Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) enumera a las enfermedades de la cavidad bucal como una de los 12 primeros problemas sanitarios. (Minsa – Estrategia salud bucal).

### **Caries dental**

La FDI (Federación Dental Internacional) 2015 definió:

La caries dental como una enfermedad multifactorial, ocasionada por la interacción entre la superficie del diente, el Biofilm bacteriano (placa dental) y la presencia de azúcares en la dieta. Las bacterias del biofilm metabolizan los azúcares produciendo ácidos los cuales, con el tiempo, van a desmineralizando el esmalte del diente. En un inicio la caries se encuentra de manera oculta a la vista en las fisuras del diente o en los espacios interdientales. En su estadio inicial puede ser detenida e incluso revertida, pero en un estado avanzado se forma una cavidad. En ese momento se hace necesario un tratamiento para restaurar la función del diente, incluyendo la remoción del tejido cariado y la realización de una obturación o corona. Si se deja sin tratamiento, la caries puede conllevar



a una extensa destrucción del diente, con dolor e infección y puede originar la formación de un absceso o incluso una septicemia. En esta fase ya es necesaria la realización de un tratamiento de endodoncia o la extracción del diente. (p. 18)

### **Índice CPO-D**

“El índice CPO-D es utilizado por primera vez en 1938 en un amplio estudio en poblaciones en Estados Unidos por Klein, Palmer and Knutson” (FDI, 2015, p. 103).

La Organización mundial de la salud, definió: el índice CPO-D (Cariados, perdidos y obturados) en dentición permanente a los 12 años como indicador de salud bucal de una población y de acuerdo con su valor establece una escala de gravedad de la afección con cinco niveles:

Muy bajo	0.0 – 1.1
Bajo	1.2 – 2.6
Moderado	2.7 – 4.4
Alto	4.5 – 6.5
Muy alto	+ 6.6

Esta metodología refleja la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues considera los dientes con lesiones cariosas y con tratamientos antes realizados. Se utiliza para obtener una visión completa de la dentición afectada por enfermedades dentales. (Gómez, 2012, pp. 27,28)

### **Índice ceo-d**

La Comisión nacional de prevención –CORA lo definió: Como la sumatoria de los dientes temporarios que están con caries, con extracción indicada y obturados, en este caso no se considera los dientes ausentes. El índice ceo adoptado por Gruebbel (1944) y tiene las siguientes características:

- Solo se utiliza en dentición decidua y se escribe en letras minúsculas
- No se consideran los dientes ausentes ya que se exfolian de manera natural.

## **Fundamentación técnica**

Según Mayor (2009) El PpR se rige por ley 28411, Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto específicamente el Capítulo IV en el título II de normas complementarias para la gestión presupuestaria y los siguientes artículos:

Artículo 78°. - Del Presupuesto por Resultados PpR:

78.1 El Presupuesto por Resultados - PpR es una metodología que se aplica progresivamente al proceso presupuestario y que integra la programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación del presupuesto, en una visión de logro de productos, resultados y uso eficiente de los recursos del Estado a favor de la población, retroalimentando los procesos anuales de asignación del presupuesto público.

78.2 El Presupuesto por Resultados - PpR utiliza instrumentos tales como la programación presupuestaria estratégica, el seguimiento de productos y resultados a través de indicadores de desempeño, y las evaluaciones independientes, entre otros que determine el Ministerio de Economía y Finanzas en colaboración con las demás entidades de Gobierno.

Artículo 79°.- Modificaciones presupuestarias a nivel institucional entre entidades las entidades responsables de ejecución de recursos públicos podrán realizar modificaciones presupuestarias en el nivel institucional dentro del marco de Presupuesto por Resultados - PpR, mediante Decreto Supremo refrendado por el Ministro de Economía y Finanzas y el Ministro del Sector correspondiente, con el objeto de dar un mayor nivel de atención y prioridad a determinadas finalidades según ámbitos geográficos.

Artículo 80°. - Sobre la Evaluación en el marco del Presupuesto por Resultados.

80.1 La evaluación en el marco del Presupuesto por Resultados – PpR consiste en el análisis sistemático y objetivo de un proyecto, programa o política en curso o concluido, en razón a su diseño, ejecución, eficiencia, eficacia, e impacto y resultados en la población, sin perjuicio de las

normas y procesos establecidos por el Sistema Nacional de Inversión Pública - SNIP relativos a los proyectos de inversión. Los resultados de las evaluaciones vinculan a las entidades cuyas acciones han sido objeto de las mismas, las cuales deberán asumir compromisos formales de mejora sobre su desempeño.

80.2 Las evaluaciones son realizadas por personas naturales o jurídicas, en este último caso, diferentes a las entidades que ejecutan acciones que son objeto de las evaluaciones. El diseño y los resultados de las evaluaciones son compartidos y discutidos con las entidades involucradas. Los resultados de las evaluaciones tienen carácter público.

80.3 Las entidades ejecutoras de las acciones objeto de la evaluación, deben proporcionar, bajo responsabilidad, la información que requiera la persona natural o jurídica evaluadora para la realización de sus labores.

Artículo 81°, Los responsables de la ejecución en el marco del Presupuesto por Resultados - PpR La ejecución del gasto público y la coordinación para el logro de resultados y compromisos son de responsabilidad de los sectores del Gobierno Nacional, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales, según corresponda, los que de acuerdo a su ámbito de acción establecen los valores iniciales o línea de base y las metas nacionales anuales y multianuales en los indicadores de resultados y productos.

Artículo 82°. - El seguimiento del gasto público y de las prioridades asignadas.

82.1 El seguimiento en el marco del Presupuesto por Resultados - PpR se realiza sobre los avances en los productos y resultados del gasto público en general, con énfasis inicial en los Programas Estratégicos. Dicho seguimiento está a cargo del Ministerio de Economía y Finanzas, para lo cual los responsables señalados en el artículo 81° de la presente Ley entregan información cierta, suficiente y adecuada.

82.2 El Ministerio de Economía y Finanzas consolida la información recibida sobre desempeño y evaluaciones para su publicación y remisión a la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República del Congreso de la República y la Contraloría General de la República.

Artículo 83°. - información Estadística sobre resultados El Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI genera la información estadística necesaria para el seguimiento de los indicadores en los ámbitos correspondientes a su misión, en el marco del Presupuesto por Resultados, particularmente de aquellos que no pudieran ser generados por los sistemas estadísticos propios de las entidades involucradas en la aplicación del PpR. (pp.1,6)

Según el Minsa en el marco del desarrollo de los Programas Presupuestales, el Ministerio de Economía y Finanzas desde el año 2012 emite cada año la Directiva para la Programación y Formulación del Presupuesto del Sector Público. En esta Directiva se establecen las disposiciones para la identificación, diseño, revisión, modificación y registro de los Programas Presupuestales. y en cumplimiento de la conducción de los Programas Presupuestales, con la finalidad de facilitar el proceso de programación, formulación, monitoreo y evaluación emite la siguiente normatividad:

Resolución Ministerial N°907-2016/MINSA, documento técnico: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avance de los Programas Presupuestales.

Resolución Ministerial N°023-2017/MINSA, Designación de los responsables técnicos de los programas presupuestales del ministerio de salud.

Resolución Ministerial N°878-2016/MINSA; comisión de naturaleza permanente encargada del proceso de diseño y gestión de los programas presupuestales del ministerio de salud.

### **1.3. Justificación**

#### **Justificación teórica**

Bernal (2010) refirió: “Hay justificación teórica cuando el fin del estudio es generar reflexión y debate académico sobre el conocimiento existente, probar una teoría, contrastar resultados o hacer epistemología del conocimiento existente” (p. 106).

La evaluación de las coberturas asociadas al presupuesto por resultados, estima cantidades por prestación que no se relacionan directamente a la morbilidad en salud bucal de la población. En el caso de las prestaciones recuperativas se

relacionan a piezas afectadas por caries dental, según: “el Índice CPO-D (cariados, perdidos y obturados) para dientes permanentes más el ceo-d (cariados, indicados para extracción y obturados) para dentición decidua cuyo valor es de 5,84” (Nayhua y col, 2005, p. 55). Por lo tanto, la concentración para las metas en el presupuesto por resultados evidencia una aparente brecha sin cubrir entre 2,84-3,84 según el tipo de prestación.

La información servirá para construir indicadores más reales o modificar la definición operacional de los ya existentes, así disminuir las dificultades de monitoreo y evaluación que posibilitarán el cumplimiento de meta en el caso de las prestaciones recuperativas, en este sentido se formularán recomendaciones para futuros estudios.

### **Justificación metodológica**

Según Bernal (2010) refirió que “La justificación metodológica se da cuando la investigación que se va a realizar plantea una nueva técnica o una nueva estrategia para generar conocimiento válido y confiable” (p.107).

Para lograr el cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación, empleamos técnicas de investigación estadística que nos facilitaron las herramientas para el proceso de los datos y la elaboración de la información que nos ayudó con la verificación de las hipótesis de investigación y que posteriormente nos facilitó la toma de decisiones.

### **Justificación práctica**

Bernal (2010) refirió: “La justificación práctica es cuando su proceso ayuda a solucionar un problema o, por lo menos, plantea estrategias que al aplicarse contribuirían a resolverlo” (p.106).

El estudio ayudará a fortalecer las herramientas de medición en las coberturas asociadas a las prestaciones recuperativas enlazadas al Presupuesto por Resultados como parte del programa presupuestal de las enfermedades no transmisibles, ello servirá de insumo para la aplicación de los nuevos indicadores o para el fortalecimiento en la definición de los indicadores establecidos a la fecha, estableciendo alternativas gestoras para el sector cuya ejecución del gasto público será mejor direccionada racionalmente basado en la realidad.

## **Justificación social**

Bernal (2010) refirió: “La justificación social, manifiesta el interés del investigador por otorgar beneficios o contribuciones a través de los resultados obtenidos a los beneficiarios del estudio” (p.106).

La implementación de nuevos indicadores estará directamente relacionada al mejoramiento en la salud bucal de los usuarios, con la subsiguiente elevación de su calidad de vida al tener en cuenta la necesidad de la demanda basados en la morbilidad, la satisfacción del usuario externo se reflejará en la culminación del plan de tratamiento, con el otorgamiento de la oportuna alta básica odontológica.

### **1.4. Problema**

Una de las principales metas de la administración pública es conseguir que el estado sea capaz de proveer, de manera eficaz, eficiente y equitativa, los bienes y servicios que requiere la ciudadanía. En este contexto Abadie (2010) menciona que el presupuesto público constituye un instrumento de gestión pública y de programación financiera y económica indispensable para promover el desarrollo económico y social del país. A medida que se avanza en la implementación del PpR, el Presupuesto público se va estructurando sobre la base de programas presupuestales con una orientación a resultados. Esta organización del Presupuesto tiene la ventaja de agregar información concreta sobre los recursos que están detrás de los objetivos de política de una institución o sector. (Citado por Cruzado, 2012, p. 4)

Así tenemos que Muñiz (2009) definió:

El presupuesto como una de las herramientas principales que tiene el sistema de control de gestión para poder conocer la evolución de los resultados reales frente a los programados, realizar un presupuesto que después no sirva como punto de referencia para controlar que pasa en la realidad en cualquier tipo de organización, cuando se producen unos resultados reales diferentes a los programados. (p. 125)

De igual modo Abedrop (2010) refirió:

Que a nivel internacional son numerosos los países que han optado medidas de restructuración presupuestaria para optimizar la administración pública. Invariablemente en todos los países que han optado por una gestión basada en resultados, se puede encontrar la presencia de obstáculos para implementar dichos sistemas. De igual forma, esos países constantemente reevalúan sus prácticas, encontrando de manera regular problemas de carácter vital en la implementación, aún con todos estos obstáculos, es interesante analizar que ninguno de estos países ha dado marcha atrás al PbR. (p. 123)

Abedrop (2010) agregó: que los países de la Commonwealth como Australia, Nueva Zelanda y el Reino Unido tiene particularidades en común

lo primero que hicieron para establecer un PbR fue realizar adecuaciones a sus reglamentos, a su normatividad, identificaron cuáles eran las debilidades del aparato gubernamental y no tardaron en tomar acciones para lograr el cambio. En los tres países los ministerios de finanzas jugaron un papel clave para lograr la transición a un esquema basado en resultados, utilizando el PbR como herramienta indispensable para la gestión por resultados, utilizando evaluaciones constantes para todos sus programas (p. 132). Los países de Latinoamérica tienen relativamente poco tiempo de haber incursionado en la práctica del PbR. Sin embargo, países como Chile, Colombia y Brasil se pueden considerar en una etapa de implementación más avanzada. (p. 133)

Garay (2011) en su artículo titulado: Análisis de impacto presupuestario (AIP) en salud: actualización con un modelo utilizando un enfoque genérico, buscó calcular los resultados financieros y difundir una intervención en un programa de cobertura específica o sistema de salud. En otras palabras, es la estimación financiera de los costos netos, que incorporará una institución sanitaria, al dar cobertura en una determinada intervención. (p. 540)

Agregó además con respecto a la cobertura que las instituciones o sistemas de salud poseen políticas diversas en cuanto a la cobertura de sus servicios, por lo que es necesario contemplar la posibilidad de realizar un ajuste directo sobre el costo de la nueva tecnología. En ciertos casos, podría suceder que se decida cubrir solo un porcentaje del costo de la nueva tecnología o se decida realizar una política de cobertura gradual. (p. 543)

Nayhua y col (2005) en el estudio nacional del Ministerio de Salud titulado: Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Perú. 2001 2002, con respecto a la enfermedad de caries dental halló el promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición temporal y permanente (índice ceo-d/CPO-D) a nivel nacional fue de 5,84 y el promedio de piezas cariadas, pérdidas y obturadas en la dentición permanente para la edad de 12 años (CPO.D-12) fue 3,67. Los departamentos con mayores índices CPOD-12 fueron Ayacucho: 7,0, Ica: 5,3 y Amazonas: 5,0 (p. 12), dato que al contrastar con las frecuencias establecidas en el PpR evidencian una aparente brecha sin coberturar entre 2,84-3,84, considerando además a una persona tratada cuando ha recibido las atenciones correspondientes a su grupo o condición según cumpla las frecuencias diseñadas.

Así mismo, Nayhua (2005) agregó como recomendación:

Implementar un conjunto de políticas de salud bucal, fomentando la educación continua, información adecuada, programas masivos de prevención de caries dental y fluorosis del esmalte en menores de 5 años y gestantes, y seguimiento en los escolares con participación de los diferentes actores sociales como instituciones educativas, sectores, universidades, colegio odontológico, sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y otras involucradas. (p. 55)

En el POI 2016 del Instituto de Gestión de Salud, para la Unidad Ejecutora de la Red Lima Este Metropolitana, se establecen dentro de enfermedades no transmisibles actividades odontológicas preventivas, recuperativas y de atención



especializada, priorizando a las etapas de vida: niño, adulto mayor y gestante reenfocada, de donde a pesar que en el 2015 la Red aún no era una UE logró un 95.4% de ejecución presupuestal, fortaleciéndose entre otros con la adquisición de 90 equipos biomédicos, entre balanzas, equipos de laboratorio y odontológicos (p. 18). Dentro de las actividades recuperativas se consideran los siguientes procedimientos: exodoncia (frecuencia 2/ año), restauración ionómero (frecuencia 3/ año), restauración resina (frecuencia 4/ año), la finalidad de estos procedimientos es recuperar el sistema estomatognático para contribuir al bienestar de la población. Según los indicadores PpR asignados al establecimiento de salud las metas establecidas para el 2016 fueron para exodoncia simple: 106, restauración con ionómero de vidrio: 220, y para restauraciones con resina: 180.

En el avance de meta física para la cobertura anual 2016 en la población general fue: 114% (121) exodoncia simple, 18,63% (41) restauraciones dentales con ionómero de vidrio y 12,22% (22) para restauraciones con resina respectivamente, sin embargo, para la etapa niño se observa que el cumplimiento según avance de meta física con respecto a la meta general estimada fue de 12,30%, 18% y 3,89 respectivamente. (Fuente: Oficina General de Estadística e Informática-Minsa/ Sistema de información de consulta externa HIS, 09-01-2017, Anexo 3 y 4).

**Formulación del problema:** Se formuló la siguiente interrogante:

**Problema general**

¿Qué relación existe entre el presupuesto por resultados y la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal?

**Problema específico 1**

¿Qué relación existe entre el sub-producto exodoncia del presupuesto por resultados y exodoncia ejecutada de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños?

**Problema específico 2**

¿Qué relación existe entre el sub-producto restauración ionómero del presupuesto por resultados y la restauración ionómero ejecutado de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños?

**Problema específico 3**

¿Qué relación existe entre sub-producto restauración resina del presupuesto por resultados y la restauración resina ejecutada de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños?

**1.5. Hipótesis:**

**H<sub>1</sub>** Existe relación entre el presupuesto por resultados y la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal

**Hipótesis específica 1**

**H<sub>1</sub>**. Existe relación entre el sub-producto exodoncia del presupuesto por resultados y exodoncia ejecutada de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños.

**Hipótesis específica 2**

**H<sub>2</sub>**. Existe relación entre el sub-producto restauración ionómero del presupuesto por resultados y la restauración ionómero ejecutado de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños.

**Hipótesis específica 3**

**H<sub>3</sub>**. Existe relación entre el sub-producto restauración resina del presupuesto por resultados y la restauración resina ejecutada de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños.

## 1.6. Objetivos:

### **Objetivo General:**

Establecer el grado de relación que existe entre el presupuesto por resultados y la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal.

### **Objetivos específicos:**

- **Objetivo específico 1**

Establecer el grado de relación que existe entre el sub-producto exodoncia del presupuesto por resultados y exodoncia ejecutada de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños.

- **Objetivo específico 2**

Establecer el grado de relación que existe entre el sub-producto restauración ionómero del presupuesto por resultados y la restauración ionómero ejecutado de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños.

- **Objetivo específico 3**

Establecer el grado de relación que existe entre el sub-producto restauración resina del presupuesto por resultados y la restauración resina ejecutada de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños.

## **II. MARCO METODOLÓGICO**

## **2.1. Variables**

### **Variable 1: Presupuesto por Resultados**

#### **Definición conceptual**

Es una estrategia que se implementa en el proceso presupuestario con una visión de logro de resultados medibles en beneficio de la población(MEF).

#### **Definición operacional**

Se utilizó la ficha de recolección de datos, consta de tres dimensiones y se evaluó a través de los indicadores de frecuencia establecida por el PpR donde para exodoncia la frecuencia es dos, restauración ionómero es tres, restauración resina es cuatro, además se utilizó las escalas de No Iniciado se considera al niño diagnosticado y que requiere el tratamiento con los sub-productos pero que al momento de la evaluación clínica no había iniciado el tratamiento. Iniciado se refiere al niño que fue diagnosticado y que inicio su tratamiento con los sub-productos que requería siendo exodoncia mínimo y máximo 1, para restauración ionómero mínimo 1 y máximo 2, resina mínima 1 y máximo 3. Término (FIN) es el niño que fue diagnosticado, inicio tratamiento y cumplió con las frecuencias establecidas por el PpR. 99 se considera cuando el niño al ser diagnosticado no requiere el sub-producto por estar sano o no corresponder el sub-producto de acuerdo al índice de caries (CPO-D, ceo-d) o según corresponda a la edad.

### **Variable 2: Cobertura Prestacional Recuperativa:**

#### **Definición conceptual**

La cobertura es el cumplimiento de la meta física trazada de las intervenciones sanitarias que beneficiaran a las personas que la necesitan (OMS).

#### **Definición operacional**

Se utilizó la ficha de recolección de datos con sus seis dimensiones: Exodoncia ejecutada, restauración ionómero ejecutada, restauración resina ejecutada y las variables intervinientes índice CPOD, ceod y edad.

Se utilizó el indicador de cantidad de ejecuciones que corresponde al número de prestaciones ejecutadas (exodoncia, restauración ionómero y restauración resina).

Índice CPO-D: es el total de la morbilidad de piezas afectadas o con historial de caries en dentición permanente.

Índice ceo-d: es el total de la morbilidad de piezas afectadas o con historial de caries en dentición decidua.

Edad corresponde a los 2 grupos de estudio.

99 se considera cuando el niño al ser diagnosticado no corresponde de acuerdo al índice de caries (CPO-D, ceo-d) o según corresponda a la edad.

## 2.2. Operacionalización de variables

Tabla 1

*Operacionalización de la variable 1: Presupuesto por resultados*

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y valor
			Escala ordinal
Sub-producto exodoncia			Ficha de observación
Sub-producto restauración ionómero	Frecuencia PpR	9,11,13	1=No iniciado
Sub-producto restauración resina			2= iniciado
			3= término (FIN)
			99= No aplica

**Fuente:** Elaboración basada en el marco teórico

Tabla 2  
Operacionalización de la variable 2: Cobertura prestacional recuperativa

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y valor
Exodoncia ejecutada		10	
			Escala ordinal Ficha de observación
	Cantidad de ejecución		1
Restauración ionómero ejecutado		12	2
			3
			4
Restauración resina ejecutada		14	5
			6
Índice CPO-D		5,6	0.0 – 0.1=Muy bajo.
			1.2 – 2.6 =bajo.
Índice ceo-d	Componente		2.7–4.4=moderado.
		7,8	4.5 – 6.5 =alto.
			Mayor 6.6=muy alto
Edad	Período en años	4	3-5
			6-11

**Fuente:** Elaboración basada en el marco teórico

### 2.3. Metodología

En este estudio se empleó el método hipotético deductivo y según Bernal (2010) lo define “como el proceso que parte de unas afirmaciones en calidad de hipótesis y busca refutar o falsear tales hipótesis, deduciendo de ellas conclusiones que deben comprobarse con los hechos” (p.60).

## **2.4. Tipo de estudio**

La investigación realizada según su finalidad fue de tipo aplicada sustentada en Hernández y col (2014) quien definió: “la investigación aplicada es para resolver problemas a diferencia de la básica que produce conocimientos y teorías” (p. XXIII).

La investigación se realizó mediante el enfoque cuantitativo y Hernández y col (2014) lo definió como:” el estudio que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con la finalidad de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p. 3).

Según su nivel es descriptiva - correlacional y según Bernal (2010) la define como: Descriptiva porque reseña las particularidades o rasgos de la situación o fenómeno objeto de estudio y Correlacional porque tiene como finalidad mostrar o examinar la relación entre variables o resultados de variables, pero en ningún momento explica causas o consecuencias. Este tipo de investigación se soporta en técnicas como la encuesta, la entrevista, la observación y la revisión documental. (p.138)

La investigación es descriptiva porque se centró en la descripción de actividades, pacientes, tratamientos y procesos, que forman parte del contexto laboral del Centro de Salud Cooperativa Universal; tal como se manifiestan en la realidad y utilizó la técnica de observación.

Es correlacional porque se determinó la relación entre la variable presupuesto por resultados y cobertura prestacional recuperativa.

## **2.5. Diseño**

Según Hernández y col (2014) el diseño de la investigación es la:

Estrategia que se emplea para conseguir la información que se requiere en una investigación y responder al planteamiento, en el enfoque cuantitativo utiliza el diseño para analizar la certeza de las hipótesis formuladas en un contexto en particular o para contribuir con evidencias relacionadas a los lineamientos de la investigación (si es que no se tienen hipótesis). (p.128)

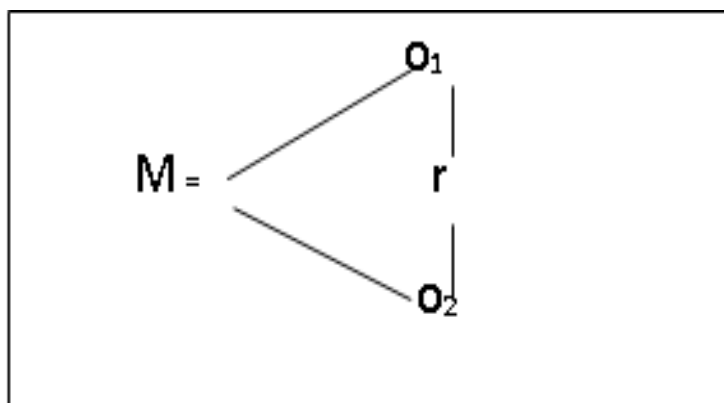


“El diseño no experimental desarrolla las investigaciones sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos” (p.152).

“Los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (p.154).

El diseño de la presente investigación es no experimental porque no hay causa ni efecto entre las variables de estudio y es de corte transversal debido a que en determinado momento se compara y correlaciona las variables.

Su esquema es el siguiente:



Donde:

M: es la muestra de niños de 3 a 11 años del Centro de salud Cooperativa Universal

O<sub>1</sub>: es la variable presupuesto por resultados

O<sub>2</sub>: Es la variable cobertura prestacional recuperativa

r: relación

## 2.6. Población, muestra y muestreo

### Población

Según Vara (2010) “La población es el conjunto de sujetos o cosas a investigar y que tienen una o más características en común, se encuentran en un espacio o territorio y varían en el transcurso del tiempo” (p.221).

La población de la investigación fueron pacientes continuadores de los 11 sectores de la jurisdicción adjudicada al Centro de Salud Cooperativa Universal en la etapa de vida niño con atención básica odontológica que iniciaron atención en el año 2016 siendo un total 644 niños cuyas edades son de:

- 0 a 2 años: 429 niños
- 3 a 5 años: 100 niños
- 6 a 11 años: 115 niños

### **Muestra**

Según Bernal (2010) la muestra “Es parte de la población que se elige para conseguir la información necesaria para el desarrollo de la investigación y sobre la cual se efectúa la medición y la observación de las variables objeto de estudio” (p.161).

La unidad muestral de la investigación fueron los niños de ambos sexos atendidos en el servicio de odontología del Centro de Salud Cooperativa Universal durante el año 2016, mínimamente con la prestación AOB1 (Atención odontológica básica).

### **Muestreo**

Vara (2010) manifestó:” El muestreo es el proceso de extraer una muestra de la población de estudio” (p.221).

Hernández y col. (2014) definieron: “muestreo probabilístico donde todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos para la muestra” (p.175).

El muestreo probabilístico estratificado es cuando la población se divide en segmentos o estratos y se elige una muestra para cada segmento. La estratificación aumenta la exactitud de la muestra e implica el uso deliberado de diferentes tamaños de muestra para cada estrato. (p.181)

La investigación se desarrolló con el muestreo probabilístico estratificado debido a las diferentes edades de la muestra y cada grupo etáreo con características propias de la edad y se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 3

*Muestra de población*

Edad	Muestra
3 a 5 años	71
6 a 11 años	109
Total	180

**Criterios de selección**

Vara (2010) “Son características que se utilizan para diferenciar quién participa como población en el estudio y quién no” (p.222).

En la presente investigación se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

**De inclusión**

- Niños de 3 hasta 11 años 11 meses 29 días, de ambos sexos continuadores en el servicio de odontología durante el período 2016
- Niños con consentimiento informado firmado por los padres.

**De exclusión.**

- Niños cuyos padres no firmen el consentimiento informado
- Niños con diagnóstico médico de algún tipo de discapacidad motora o enfermedad sistémica o hereditaria con repercusión mórbida en la cavidad bucal.
- Niños menores de 3 años, ya que las prestaciones recuperativas son mínimas y limitadas a la presencia de piezas dentarias según cronología de erupción.

## **2.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

### **Técnica**

La técnica utilizada fue de observación ya que se evaluó clínicamente las piezas dentarias del niño.

Al respecto Hernández y col (2014) refirieron que: “Esta técnica de recolección de datos consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías” (p.252).

### **Instrumento**

El instrumento utilizado fue una ficha de observación (ficha de registro de datos) donde se registraron los datos hallados previo examen clínico (anexo 1).

Dicho instrumento fue adaptado de la Norma Técnica del uso de odontograma aprobada por Resolución Ministerial N° 593-2006/MINSA, el cuál consta de 14 ítems politómicos de naturaleza ordinal y nominal considerando las variables presupuesto por resultados y cobertura prestacional recuperativa con sus dimensiones: sub-producto exodoncia, sub-producto restauración ionómero, sub-producto restauración resina, exodoncia ejecutada, restauración ionómero ejecutado, restauración resina ejecutada y con las variables intervinientes índice CPO-D, índice ceo-d y edad.

Tabla 4

*Ficha técnica del instrumento: Presupuesto por resultados y cobertura prestacional recuperativa*

Aspectos complementarios	Detalles
Objetivo	Establecer la relación que existe entre el presupuesto por resultados y la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal
Contenido	Se aplicó una ficha de observación (ficha de registro de datos) con alternativas de opción múltiple con un total de 14 ítems con las dimensiones: Sub-producto exodoncia, sub-producto restauración ionómero, sub-producto restauración resina, Exodoncia ejecutada, restauración ionómero ejecutado y restauración resina ejecutada. Considera a las variables intervinientes índice CPO-D, índice ceo-d y edad.
Autor	Norma técnica de salud para el uso del odontograma n° 045. Aprobada con .RM. N° 593-2006/MINSA.
Adaptado	María Elena Ramos Hernández
Año	2017
Tiempo de duración	20 minutos
Lugar	Santa Anita
Administración	Individual
Dimensiones	9 dimensiones y 14 ítems
Escalas de medición	<p>Escala ordinal No iniciado (1), Iniciado (2), término FIN (3), no aplica (99)</p> <p>Ejecuciones individuales (1,2,3,4,5,6).</p> <p>Muy bajo 0.0-1.1 bajo 1.2-2.6, moderado 2.7-4.4, alto 4.5-6.5 muy alto +6.6 3a 5 años y 6 a 11 años</p>

## Validación y confiabilidad

### Validez

Hernández y col (2014) definieron: “La validez, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir” (p.200).

La validez del instrumento fue puesta a consideración de profesionales Cirujanos Dentistas de la DIRIS Lima Este para la validación con el criterio de expertos. (Anexo 5)

Tabla 5

#### Resultados de la validación de la ficha de observación (recolección de datos)

Validador	Resultado
Dr. Carlos Ureta Rivero	Alto
Mgtr.CD. Esp. Obsalon Manco Malpica	Alto
Mgtr: C.D. José Aliaga Alejo	Alto

*Nota:* La fuente se obtuvo de los certificados de validez del instrumento

### Confiabilidad

Según Hernández y col (2014): “La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales” (HernándezSampieri et al., 2013; Kellstedt y Whitten, 2013; y Ward y Street, 2009) (p.200).

#### Confiabilidad del instrumento

Se utilizó el coeficiente de Alfa de Cronbach para medir la confiabilidad de la ficha de recolección de datos se aplicó una prueba piloto a 30 niños fuera de la muestra, considerando los 11 sectores de la jurisdicción, con la característica que fueran pacientes continuadores del servicio de odontología del Centro de Salud

Cooperativa Universal, teniendo como resultado un valor de ,782 considerándolo un instrumento aceptable.

Se consideró los siguientes valores referenciales:

Tabla 6  
*Valores Alfa Cronbach*

---

Coeficiente alfa >0,9 es excelente
Coeficiente alfa >0,8 es bueno
Coeficiente alfa >0,7 es aceptable
Coeficiente alfa >0,6 es cuestionable
Coeficiente alfa >0,5 es pobre
Coeficiente alfa <0,5 es inaceptable

---

Fuente: George y Mallery (2003, p. 231)

Tabla 7  
*Fiabilidad del instrumento*  
**Resumen de procesamiento de casos**

	N	%
Válido	30	100,0
Excluido	0	,0
Total	30	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento

Tabla 8  
*Prueba de fiabilidad*

---

Alfa de Cronbach	N de elementos
,782	12

---

**Fuente:** Base de datos

### Prueba de normalidad de datos

$$D = \sup_{1 \leq i \leq n} \left| \hat{F}_n(x) - F_0(x_i) \right|$$

Donde:

- $x_i$  es el  $i$ -ésimo valor observado en la muestra (cuyos valores se ordenaron previamente de menor a mayor).
- $\hat{F}_n(x_i)$  es un estimador de la probabilidad de observar valores menores o iguales que  $x_i$ .
- $F_0(x)$  es la probabilidad de observar valores menores o iguales que  $x_i$  cuando  $H_0$  es cierta.

Así pues,  $D$  es la mayor diferencia absoluta observada entre la frecuencia acumulada observada  $\hat{F}_n(x)$  y la frecuencia acumulada teórica  $F_0(x)$ , obtenida a partir de la distribución de probabilidad que se especifica como hipótesis nula.

Si los valores observados  $\hat{F}_n(x)$  son similares a los esperados  $F_0(x)$ , el valor de  $D$  será pequeño. Cuanto mayor sea la discrepancia entre la distribución empírica  $\hat{F}_n(x)$  y la distribución teórica, mayor será el valor de  $D$ .

Por tanto, el criterio para la toma de la decisión entre las dos hipótesis será de la forma:

$$\begin{aligned} \text{Si } D \leq D_\alpha &\Rightarrow \text{Aceptar } H_0 \\ \text{Si } D > D_\alpha &\Rightarrow \text{Rechazar } H_0 \end{aligned}$$

donde el valor  $D_\alpha$  se elige de tal manera que:

$$\begin{aligned} P(\text{Rechazar } H_0 / H_0 \text{ es cierta}) &= \\ &= P(D > D_\alpha / \text{Los datos siguen la distribución } M) = \alpha \end{aligned}$$

siendo  $\alpha$  el nivel de significación de contraste.

En este estudio se aplica el modo alternativo empleando el p-valor asociado al estadístico  $D$  observado. El p-valor se define como:

$$\text{p-valor} = P(D > D_{\text{obs}} / H_0 \text{ es cierta})$$



Si el p-valor es grande significa que, siendo cierta la hipótesis nula, el valor observado del estadístico D era el esperado. Entonces no hay razón para rechazar dicha hipótesis. Por otro lado, si el p-valor fuera pequeño, ello indicaría que, siendo cierta la hipótesis nula, era muy difícil que se produjera el valor de D que efectivamente se ha observado. Ello obliga a poner muy en duda, y por tanto a rechazar, la hipótesis nula. De esta forma, para un nivel de significación  $\alpha$ , la regla de decisión para este contraste es:

Si  $p\text{-valor} \geq \alpha \Rightarrow \text{Aceptar } H_0$

Si  $p\text{-valor} < \alpha \Rightarrow \text{Rechazar } H_0$

Tabla 9

*Resultados de la prueba de bondad de ajuste para la variable de estudio cobertura prestacional recuperativa*

		Exodoncia ejecutada	Ionómero ejecutado	Resina ejecutada
N		92	92	92
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	88,42	58,98	87,41
	Desviación estándar	30,454	47,978	31,617
Máximas diferencias extremas	Absoluta	0,527	0,385	0,523
	Positivo	0,364	0,278	0,357
	Negativo	-0,527	-0,385	-0,523
Estadístico de prueba		<b>0,527</b>	<b>0,385</b>	<b>0,523</b>
Sig. asintótica (bilateral)		,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

### Planteamiento de la Hipótesis de Normalidad de Datos

**H<sub>0</sub>** = La distribución de los datos obtenidos no difiere de la distribución normal

**H<sub>1</sub>** = La distribución de los datos obtenidos difiere de la distribución normal

En la tabla 9 donde la Z de Kolmogorov- Smirnov es igual a 0,527, 0,385 y 0,523, con una significancia de  $p = 0,000$ , como  $p < 0,05$ , se rechaza la  $H_0$  y se puede concluir que:

“La distribución de los datos obtenidos difiere de la distribución normal” por lo tanto se puede aplicar las pruebas no paramétricas correspondientes, en este caso la correlación de Spearman.

## 2.8. Métodos de análisis de datos

Según Hernández y col (2014) “Los datos cuantitativos sugerirán directamente nuevas teorías” (p.86). Para el análisis de los datos se emplearon técnicas estadísticas descriptivas como distribución de frecuencias. Se aplicaron además pruebas inferenciales no paramétricos, como se usaron datos ordinales se aplicó la prueba de rango de Spearman, de tal modo que los datos podrán ordenarse por rangos o jerarquías. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 24.

Tabla 10  
*Tabla de correlación de Spearman*

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a 0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a 0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a -0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a -0,89	Correlación positiva alta
0,9 a -0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Fuente: Hernández y col (2014, p. 305)

## **2.9. Aspectos éticos.**

La investigación se realizó bajo principios éticos. Primero se solicitó autorización al coordinador del equipo de gestión del Centro de Salud Cooperativa Universal y segundo la recolección de datos respetó los datos de filiación de los sujetos investigados tanto en la búsqueda de los archivos como en la aplicación del instrumento de recolección de datos, los cuales no fueron expuestos a riesgo alguno durante la recolección de información, siendo respaldado por el consentimiento informado firmado por sus padres o tutores.

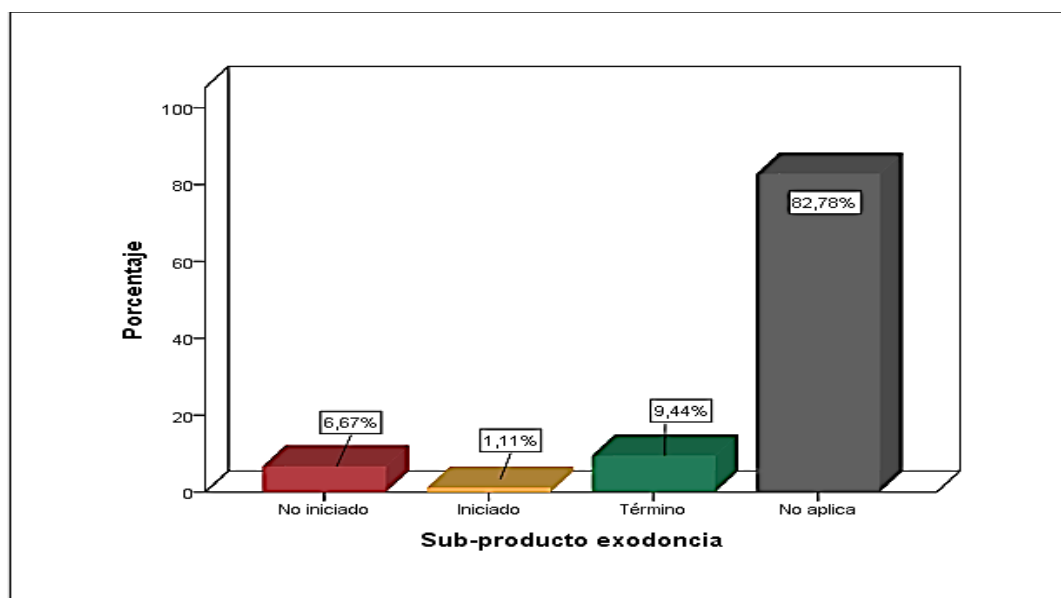
### **III. RESULTADOS**

### 3.1. Análisis Descriptivo: variable 1 Presupuesto por Resultados

Tabla 11

*Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión sub-producto exodoncia*

Exodoncia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No iniciado	12	6.7	6.7	6.7
Iniciado	2	1.1	1.1	7.8
Término	17	9.4	9.4	17.2
No aplica	149	82.8	82.8	100.0
Total	180	100.0	100.0	



*Figura 1: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión sub-producto exodoncia*

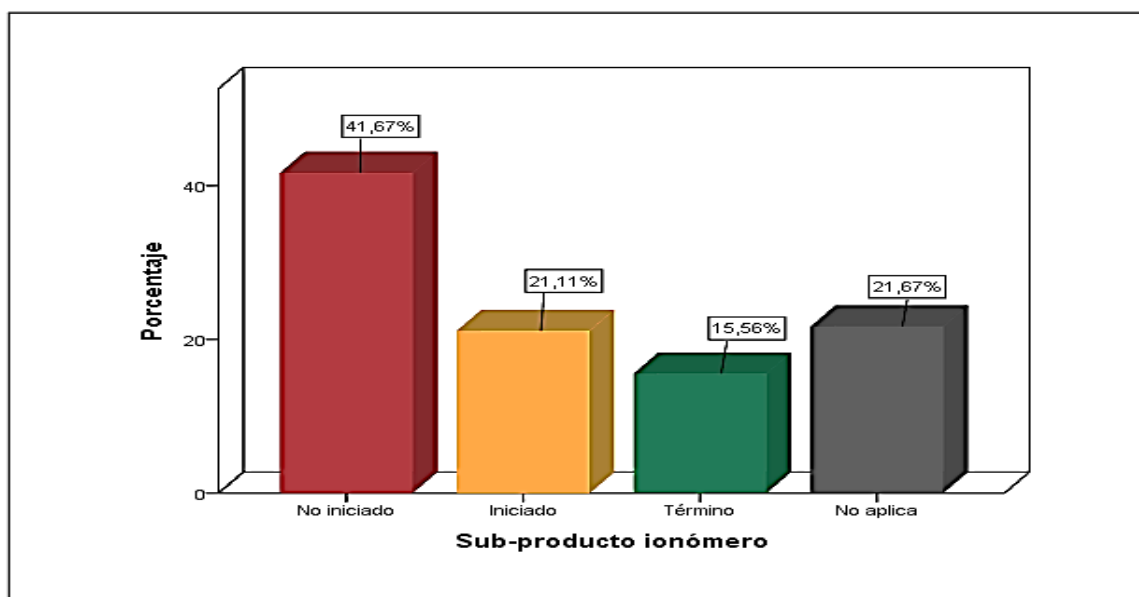
Interpretación:

Según las frecuencias observadas en la tabla 11 con respecto al sub-producto exodoncia, la muestra se distribuyó con un 82.8% como valor máximo en el grupo *no aplica* lo que indica que no corresponde al sub-producto exodoncia y un 1.1 % al grupo *iniciado* que corresponde a los niños que iniciaron tratamiento de exodoncia, pero no llegaron a cumplir la frecuencia PpR. Según lo estimado por el PpR el FIN (*término*) representa solo un cumplimiento del 9,44% anual.

Tabla12

*Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión sub-producto restauración ionómero*

Restauración Ionómero	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No iniciado	75	41.7	41.7	41.7
Iniciado	38	21.1	21.1	62.8
Término	28	15.6	15.6	78.3
No aplica	39	21.7	21.7	100.0
Total	180	100.0	100.0	



*Figura 2: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión sub-producto restauración ionómero*

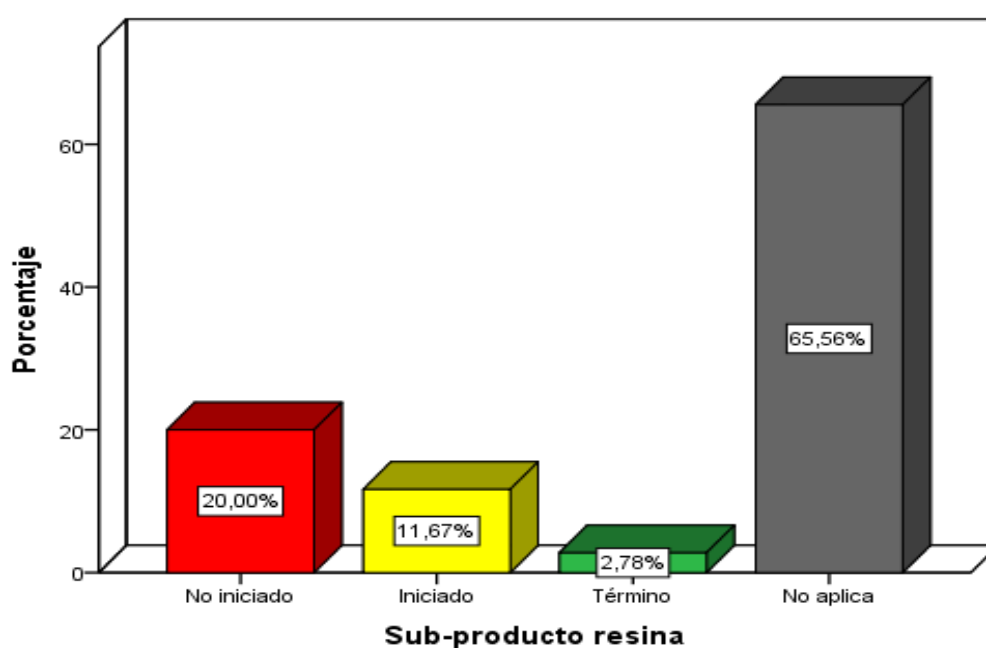
Interpretación:

En la tabla 12 de frecuencia del sub-producto restauración ionómero la muestra se distribuyó con un 41.7% considerado el más elevado en el grupo de *no iniciado* que significa que los niños no iniciaron tratamiento y un porcentaje mínimo de 15.6% en el grupo de término los cuales si llegaron a culminar la frecuencia PpR. Se resalta además un porcentaje del 22,6% de niños con valor no aplica, significando que el sub-producto no corresponde a su grupo etario o estado de dentición.

Tabla 13

*Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión sub-producto restauración resina*

Sub-producto restauración resina	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No iniciado	36	20.0	20.0	20.0
Iniciado	21	11.67	11.67	31.7
Término	5	2.78	2.78	34.4
No aplica	118	65.6	65.56	100.0
Total	180	100.0	100.0	



*Figura 3: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión sub-producto restauración resina*

Interpretación:

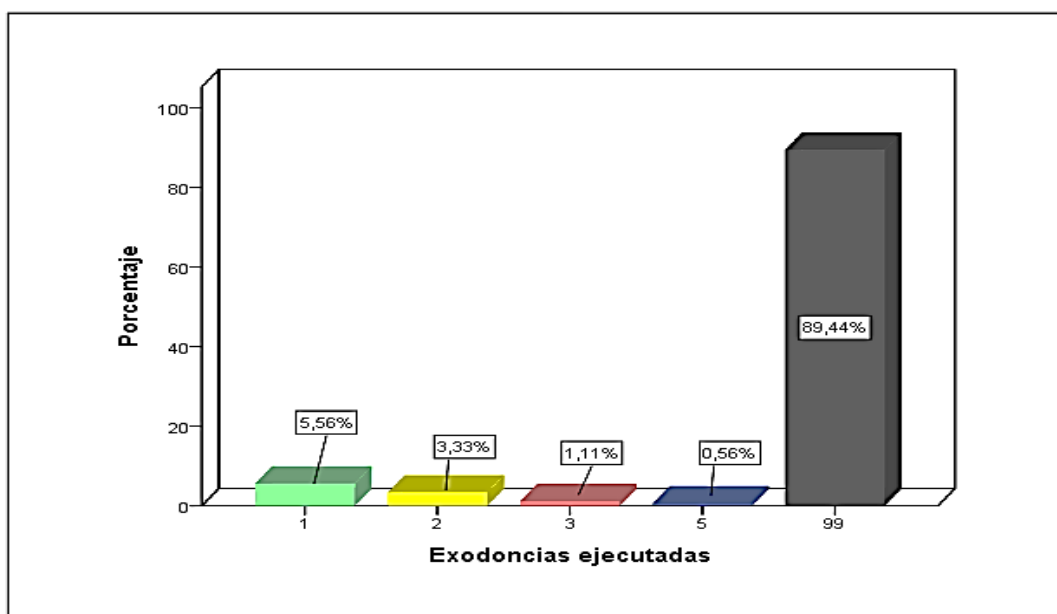
En la tabla 13 según la frecuencia del sub-producto restauración resina la muestra obtuvo el máximo valor de porcentaje en el grupo de no aplica con un 65.6% lo que indica que no corresponde al sub-producto resina y el porcentaje mínimo en el grupo de termino que son los niños que si culminaron la frecuencia PpR con un valor de 2.78%.

## Análisis Descriptivo: variable 2 Cobertura Prestacional Recuperativa

Tabla 14

*Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión exodoncia ejecutada*

Exodoncia ejecutada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	10	5.6	5.6	5.6
2	6	3.3	3.3	8.9
3	2	1.1	1.1	10.0
5	1	0.6	0.6	10.6
No aplica	161	89.4	89.4	100.0
Total	180	100.0	100.0	



*Figura 4: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión exodoncia ejecutada*

Interpretación:

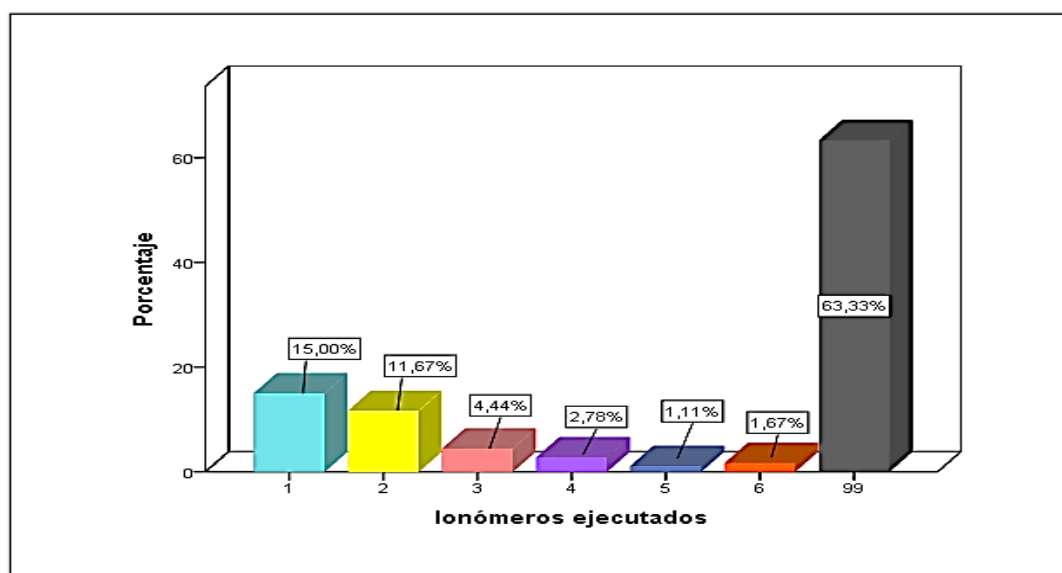
En la tabla 14 de acuerdo a la frecuencia exodoncias ejecutadas se aprecia que la muestra se distribuyó con un porcentaje de 89.4% como valor máximo para el grupo no aplica y un porcentaje mínimo de 0.6% para el grupo de 5 exodoncias ejecutadas. Sin embargo, la frecuencia de 01 exodoncia ejecutada tiene un porcentaje de 5.6% y que no llega a cumplir la frecuencia PpR.



Tabla 15

*Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión restauración ionómero ejecutado*

Restauración ionómeros ejecutados	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	27	15.0	15.0	15.0
2	21	11.7	11.7	26.7
3	8	4.4	4.4	31.1
4	5	2.8	2.8	33.9
5	2	1.1	1.1	35.0
6	3	1.7	1.7	36.7
No aplica	114	63.3	63.3	100.0
Total	180	100.0	100.0	



*Figura 5: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión restauración ionómero ejecutado*

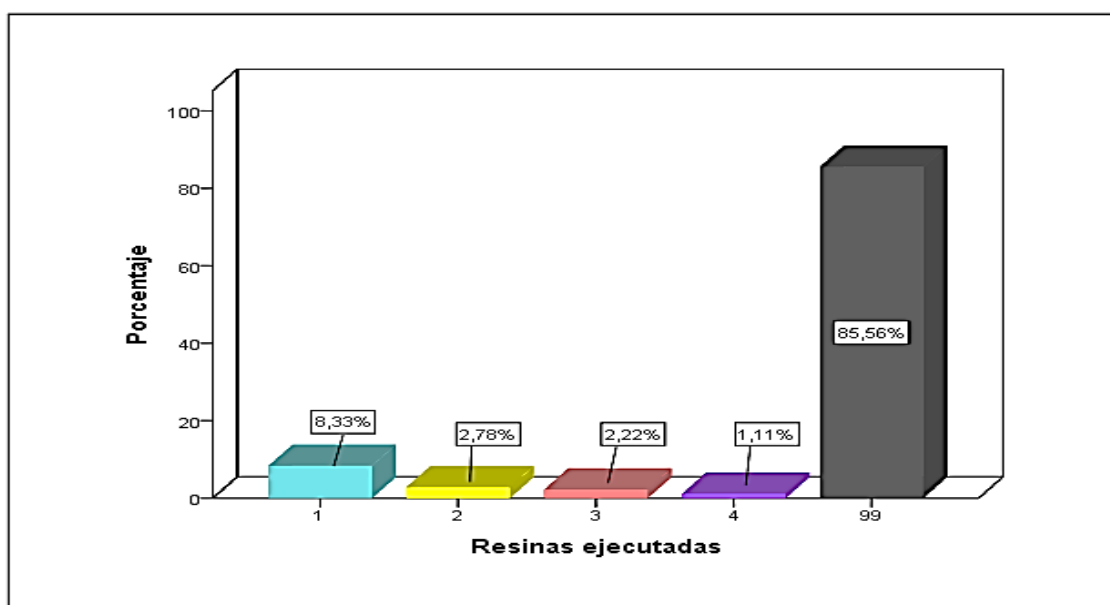
Interpretación:

En la tabla 15 según la frecuencia ionómeros ejecutados la muestra refleja que el porcentaje más alto está en el grupo no aplica con un valor de 63.3% que significa que no corresponde a la frecuencia de ionómero y un porcentaje menor de 15% corresponde al grupo de 5 ionómeros ejecutados. Así mismo se aprecia que la frecuencia de 01 ionómero ejecutado tiene un porcentaje de 15% y la frecuencia de 03 ionómeros ejecutados solo tienen un 4.4%.

Tabla 16

*Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión restauración resina ejecutada*

Restauración resina ejecutada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	15	8.3	8.3	8.3
2	5	2.8	2.8	11.1
3	4	2.2	2.2	13.3
4	2	1.1	1.1	14.4
No aplica	154	85.6	85.6	100.0
Total	180	100.0	100.0	



*Figura 6: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión resina ejecutada*

Interpretación:

En la tabla 16 destaca el grupo de no aplica con 85,6%, de la muestra corresponde al grupo no aplica para la dimensión resina ejecutada, el 8.3% se realizó por lo menos 01 restauración resina y la frecuencia de 4 resinas ejecutadas tiene un valor mínimo de 1.1%.

## Análisis de contingencia entre sub-producto de la variable PpR y dimensiones de la variable cobertura prestacional recuperativa

Tabla 17

Correlación entre dimensión sub-producto exodoncia y dimensión exodoncia ejecutada.

		Exodoncia ejecutada					Total
		1	2	3	5	99	
Sub-producto exodoncia	No iniciado	0%	0%	0%	0%	6,7%	6,7%
	Iniciado	1,1%	0%	0%	0%	0%	1,1%
	Término	4,4%	3,3%	1,1%	0,6%	0%	9,4%
	No aplica	0%	0%	0%	0%	82,8%	82,8%
Total		5,6%	3,3%	1,1%	0,6%	89,4%	100,0%

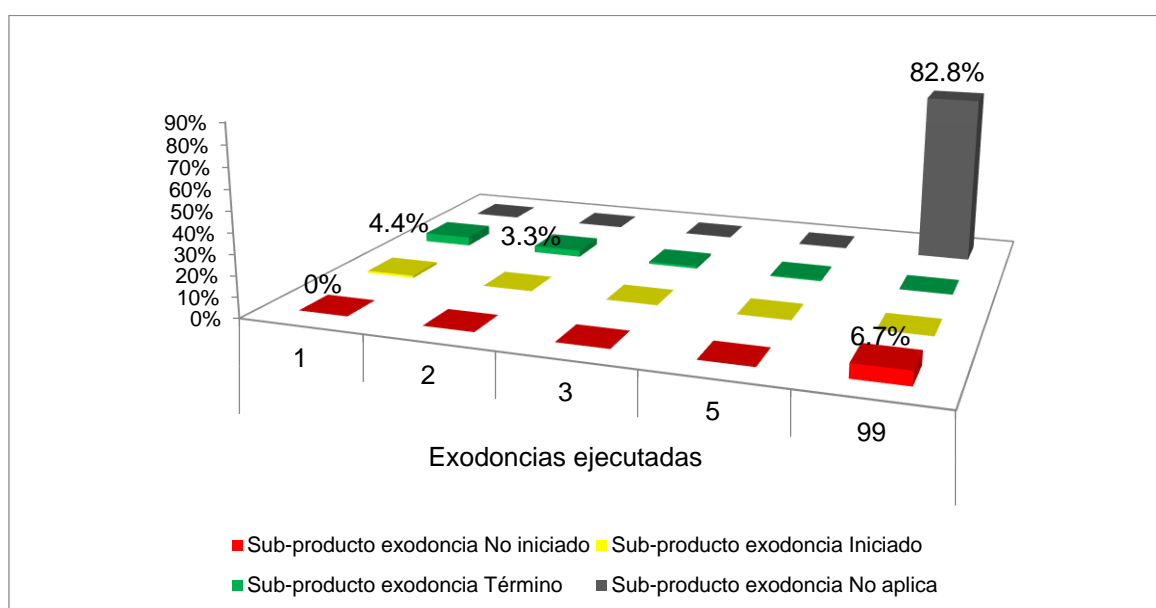


Figura 7: correlación entre dimensión sub-producto exodoncia y dimensión exodoncia ejecutada

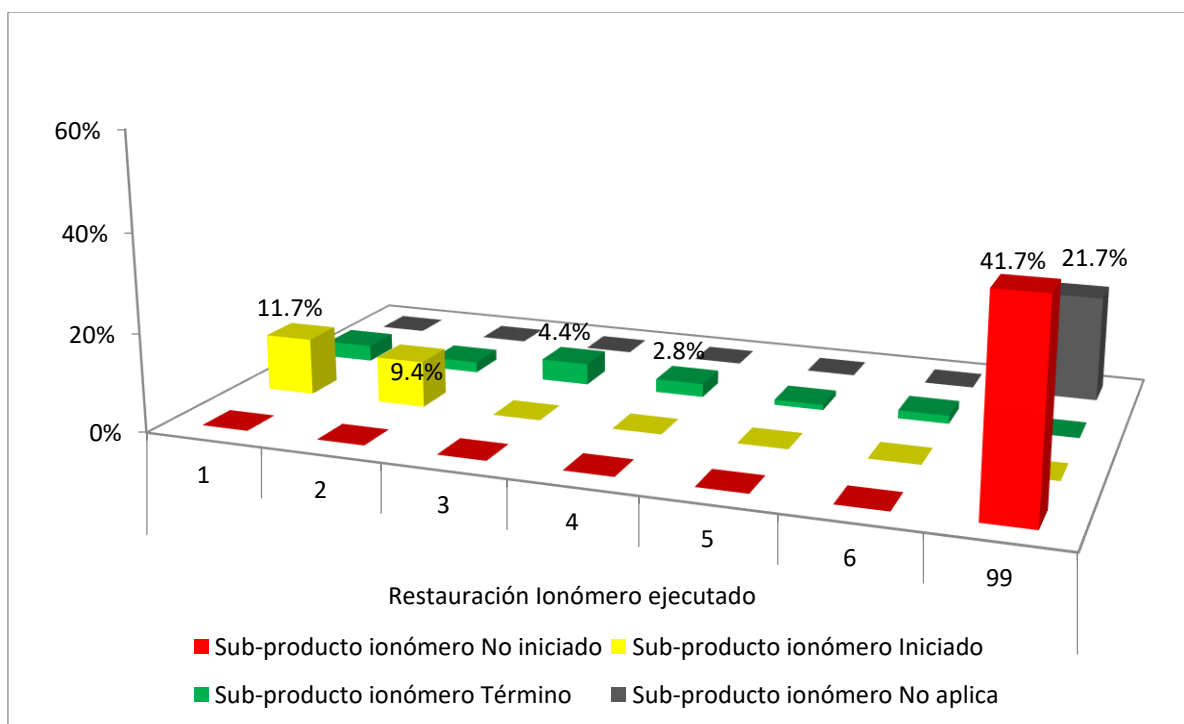
Interpretación:

En la tabla 17 se puede apreciar el alto porcentaje para el grupo *no aplica*, en 82,8%, que solo el 3,3% de la muestra llegó a la condición de *término* con 02 exodoncias ejecutadas, el 4,4% tiene 01 exodoncia ejecutada.

Tabla 18

*Correlación entre dimensión sub-producto restauración ionómero y dimensión restauración ionómero ejecutado.*

		Restauración ionómero ejecutado							99	Total
		1	2	3	4	5	6			
Sub-producto restauración ionómero	No iniciado	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	41,7%	41,7%
	Iniciado	11,7%	9,4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	21,1%
	Término	3,3%	2,2%	4,4%	2,8%	1,1%	1,7%	0%	0%	15,6%
	No aplica	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	21,7%	21,7%
Total		15,0%	11,7%	4,4%	2,8%	1,1%	1,7%	63,3%	100,0%	



*Figura 8: Correlación entre dimensión sub-producto restauración ionómero y dimensión restauración ionómero ejecutado.*

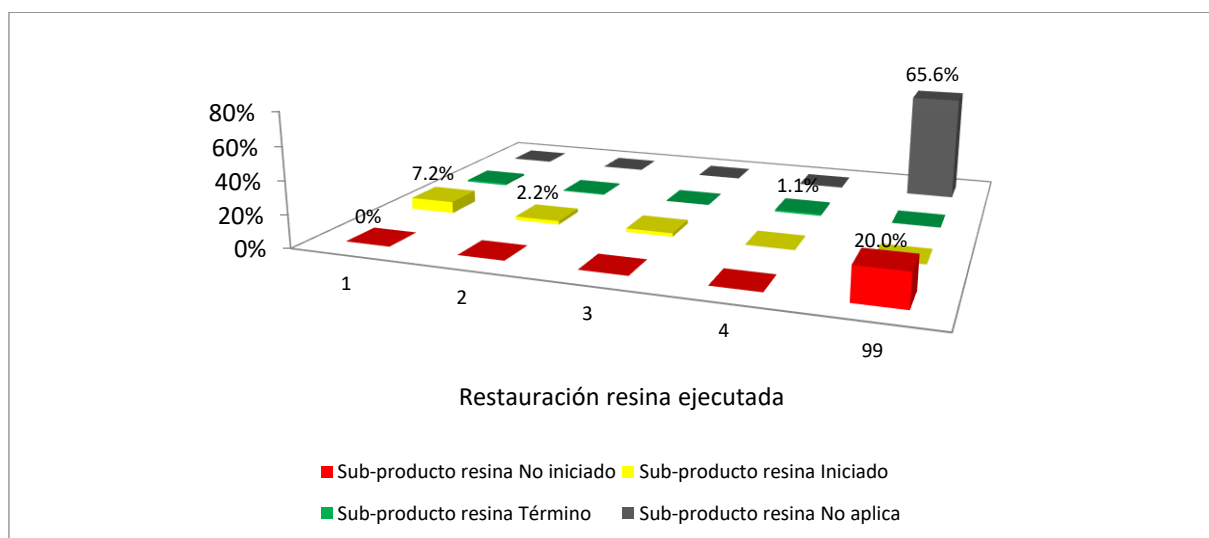
Interpretación:

En la tabla 18 la observación más baja es 0% y se repite en múltiples condiciones, el 4,4% de la muestra cumple con la condición del sub-producto ionómero con lo ejecutado y el 11,7% de la muestra tiene la condición de iniciado con un ionómero ejecutado.

Tabla 19

*Correlación entre dimensión sub-producto restauración resina y dimensión restauración resina ejecutada*

		Restauración resina ejecutada					Total
		1	2	3	4	99	
Sub-producto resina	No iniciado	0%	0%	0%	0%	20.0%	20.0%
	Iniciado	7.2%	2.2%	2.2%	0%	0%	11.7%
	Término	1.1%	0.6%	0%	1.1%	0%	2.8%
	No aplica	0%	0%	0%	0%	65.6%	65.6%
Total		8.3%	2.8%	2.2%	1.1%	85.6%	100.0%



*Figura 9: Correlación entre sub- producto restauración resina y restauración resina ejecutada*

Interpretación:

En la tabla 19 se aprecia el valor mínimo es 0% para múltiples condiciones, el 7.2% de sub-producto resina iniciado con 01 resina ejecutada, mientras que solo el 1.1% cumple con el sub-producto restauración resina termino con 04 resinas ejecutadas.

### 3.2. Contrastación de hipótesis

#### Hipótesis General.

**H<sub>a</sub>** Existe relación positiva entre el presupuesto por resultados y la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal. Santa Anita. 2017.

**H<sub>o</sub>** No existe relación positiva entre el presupuesto por resultados y la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal. Santa Anita. 2017.

Tabla 20

*Correlación entre presupuesto por resultados y cobertura prestacional*

			Exodoncia ejecutada	Restauración ionómero ejecutado	Restauración resina ejecutada
Rho de Spearman	Sub- producto exodoncia	Coeficiente de correlación	,689**	0.127	0.142
		Sig. (bilateral)	0.000	0.091	0.057
		N	180	180	180
	Sub- producto ionómero	Coeficiente de correlación	0.073	-,241**	0.007
		Sig. (bilateral)	0.331	0.001	0.926
		N	180	180	180
	Sub- producto resina	Coeficiente de correlación	0.103	-0.098	,385**
		Sig. (bilateral)	0.170	0.190	0.000
		N	180	180	180

#### Interpretación:

Los resultados del análisis estadístico de correlación de Spearman de la tabla 13 dan cuenta de la existencia de una relación  $r=0,689$  entre los componentes sub-producto exodoncia y exodoncias ejecutadas, este grado de correlación indica que la relación entre las variables es positiva moderada ( $p=0,000$ ), así como entre el sub-producto resina y resinas ejecutadas existe también una correlación positiva baja ( $p=0,000$ ).

Para los componentes sub-producto ionómero y ionómeros ejecutados se evidencia  $\rho = -0,241$  ( $p < 0,001$ ). Existe una correlación negativa baja.

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

### Primera hipótesis específica

**H<sub>a</sub>**. Existe relación positiva moderada entre el sub-producto exodoncia del presupuesto por resultados y exodoncia ejecutada de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños.

**H<sub>0</sub>** No existe relación positiva moderada entre el sub-producto exodoncia del presupuesto por resultados y exodoncia ejecutada de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños.

Tabla 21

*Correlación entre sub-producto exodoncia y exodoncia ejecutada*

			Exodoncia ejecutada
Rho de Spearman	Sub-producto exodoncia	Coefficiente de correlación	,689**
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	180

Interpretación:

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El Rho hallado fue de 0,689, con un  $p < 0,000$ .

Existe una correlación positiva moderada. Se evidencia fuerza en la relación del sub-producto exodoncia y la cantidad de exodoncia ejecutada en los niños. Ambas variables seguirán la misma dirección, si se modifica el sub-producto exodoncia es posible se modifique la cantidad en ejecución de la exodoncia. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

## Segunda hipótesis específica

**H<sub>a</sub>**. Existe relación negativa baja entre el sub-producto restauración ionómero del presupuesto por resultados y la restauración ionómero ejecutado de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños.

**H<sub>o</sub>** No existe relación negativa baja entre el sub-producto restauración ionómero del presupuesto por resultados y la restauración ionómero ejecutado de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños.

Tabla 22

*Correlación entre sub-producto restauración ionómero y restauración ionómero ejecutado*

		Restauración ionómero ejecutado
Rho de Spearman	Sub-producto restauración ionómero	Coefficiente de correlación -,241**
		Sig. (bilateral) 0,001
		N 180

Interpretación:

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Se obtiene un Rho= -0,241, el valor de p 0,001.

Existe una correlación negativa baja. El sub-producto ionómero se correlaciona a la restauración ionómero ejecutado en sentido inverso, la modificación en el sub-producto ionómero o la cantidad de ionómero ejecutado permitirá modificar en sentido contrario la cantidad de restauración ionómero ejecutado. A más sub-producto restauración ionómero menos cantidad de ejecutados o viceversa. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.



### Tercera hipótesis específica

**H<sub>a</sub>.** Existe relación positiva baja entre el sub-producto restauración resina del presupuesto por resultados y la restauración resina ejecutada de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños.

**H<sub>o</sub>.** No Existe relación positiva baja entre el sub-producto restauración resina del presupuesto por resultados y la restauración resina ejecutada de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños.

Tabla 23

*Correlación entre dimensión sub-producto resina y restauración resina ejecutada*

Rho de Spearman	Sub-producto restauración resina	Coeficiente correlación	de	Restauración resina ejecutada
				,385**
		Sig. (bilateral)		0,000
		N		180

#### Interpretación

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El Rho hallado fue de 0,385, con un valor p 0,000.

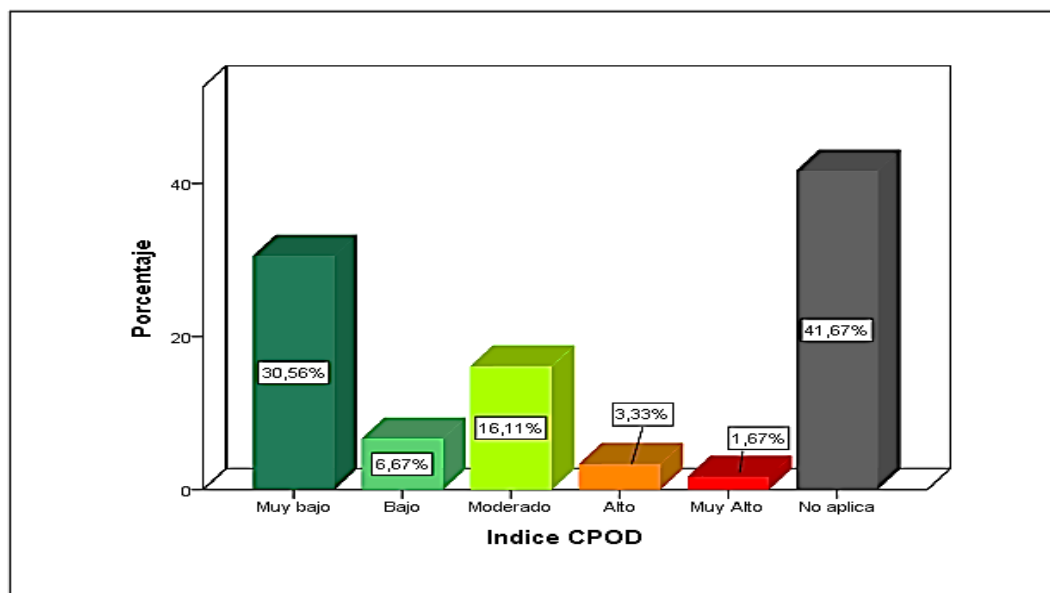
Existe una correlación positiva baja. Lo que se traduce en que existe fuerza en la relación de las dimensiones, a medida que varíe el sub-producto resina la dimensión restauración resina ejecutada también variará en el mismo sentido, a mayor o menor sub-producto de resina, será mayor o menor cantidad de ejecución de resina respectivamente. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

## Análisis Descriptivo: variables intervinientes

Tabla 24

*Distribución de frecuencia y porcentaje de índice CPO-D*

Nivel CPO-D	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy bajo	55	30.6	30.6	30.6
Bajo	12	6.7	6.7	37.2
Moderado	29	16.1	16.1	53.3
Alto	6	3.3	3.3	56.7
Muy Alto	3	1.7	1.7	58.3
No aplica	75	41.7	41.7	100.0
Total	180	100.0	100.0	



*Figura 10: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión índice CPO-D*

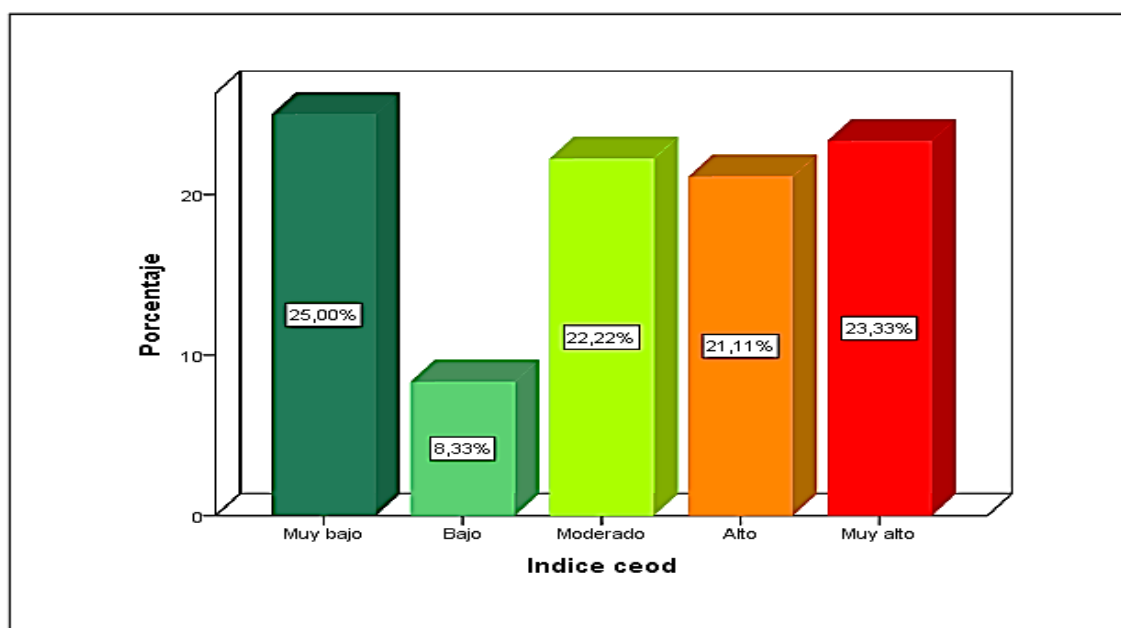
Interpretación:

En la tabla 24 según la frecuencia de índice CPO-D se observa según la distribución de la muestra que el mayor porcentaje fue para grupo *no aplica* con un valor de 41.7% lo que significa que no le corresponde el índice CPO-D y un 30.6% para el índice CPO-D *muy bajo*, con un 1.7% para el nivel CPO-D *muy alto*.

Tabla 25

*Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión índice ceo-d*

Nivel ceod	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy bajo	45	25.0	25.0	25.0
Bajo	15	8.3	8.3	33.3
Moderado	40	22.2	22.2	55.6
Alto	38	21.1	21.1	76.7
Muy alto	42	23.3	23.3	100.0
Total	180	100.0	100.0	



*Figura 11: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión índice ceo-d*

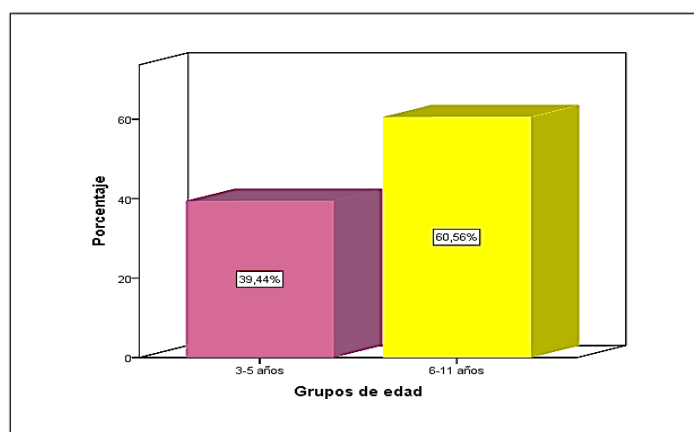
Interpretación:

En la tabla 25 según la frecuencia del índice ceo la muestra se distribuyó con un 25% como porcentaje mayor en el grupo de ceod *muy bajo*, 23.3% en el nivel ceod *muy alto* y un 8.3%, el valor mínimo de la tabla, para el criterio del índice ceo-d considerado como bajo para esta muestra.

Tabla 26

*Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión edad*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3-5 años	71	39,4	39,4	39,4
6-11 años	109	60,6	60,6	100,0
Total	180	100,0	100,0	



*Figura 12: Distribución de frecuencia y porcentaje de dimensión edad*

Interpretación:

En la tabla 26 de la distribución de frecuencia según la edad la muestra distribuida en grupos, presentó para la edad entre 3 y 5 años un porcentaje de 39,44% y para las edades de 6 a 11 años 60,56%.

## Análisis de contingencia de las variables intervinientes

Tabla 27

Correlación de dimensiones Sub-producto exodoncia y exodoncia ejecutada según edad

	3-5 años		6-11 años						
	No aplica	Total	1	2	3	5	No aplica	Total	
Sub-producto exodoncia	No iniciado	5,6%	5,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,3%	7,3%
	Iniciado	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%
	Término	0,0%	0,0%	7,3%	5,5%	1,8%	0,9%	0,0%	15,6%
	No aplica	94,4%	94,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	75,2%	75,2%
<b>Total</b>		100,0%	100,0%	9,2%	5,5%	1,8%	0,9%	82,6%	100,0%

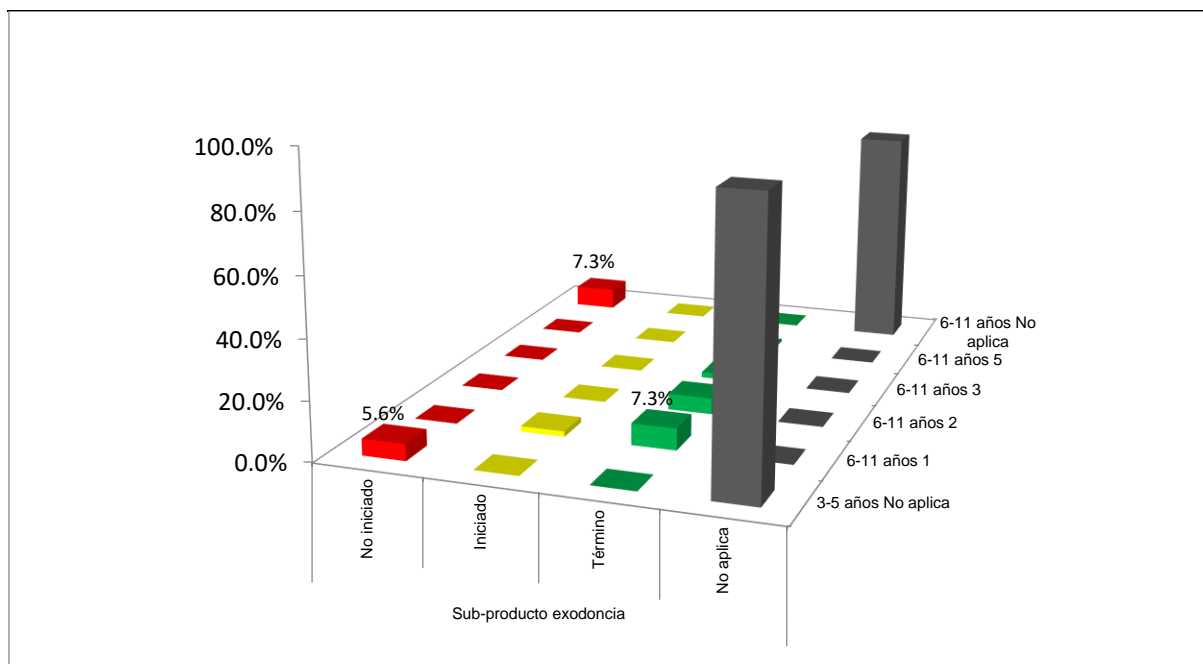


Figura 13: Correlación de dimensiones Sub-producto exodoncia y exodoncia ejecutada según edad

### Interpretación:

La tabla 27 presenta 0% como valor mínimo en varias condiciones, se destaca como valor máximo 94,4% para la condición *no aplica* el sub-producto exodoncia en grupo de edad de 3-5 años, con solo el 5,6% para los *no iniciados* de todo este grupo de edad. Además, se evidencia que solo el 7,3% de la muestra en el grupo de 6-11 años llegó a cumplir el sub-producto exodoncia con la condición de *término* con una pieza ejecutada, lo que quiere decir, que dichos usuarios cumplían la frecuencia solo con una pieza: no requieren realizarse las dos indicadas según el PpR.

Tabla 28

Correlación entre dimensiones Sub-producto ionómero y restauración ionómero ejecutado según edad

	3-5 años								6-11 años							
	1	2	3	4	5	6	No aplica	% del total	1	2	3	4	5	No aplica	% del total	
No iniciado	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	36,6%	36,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	45,0%	45,0%	
Iniciado	15,5%	9,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25,4%	9,2%	9,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	18,3%	
Término	4,2%	2,8%	2,8%	5,6%	1,4%	4,2%	0,0%	21,1%	2,8%	1,8%	5,5%	0,9%	0,9%	0,0%	11,9%	
No aplica	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,9%	16,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	24,8%	24,8%	
Total	19,7%	12,7%	2,8%	5,6%	1,4%	4,2%	53,5%	100,0%	11,9%	11,0%	5,5%	0,9%	0,9%	69,7%	100,0%	

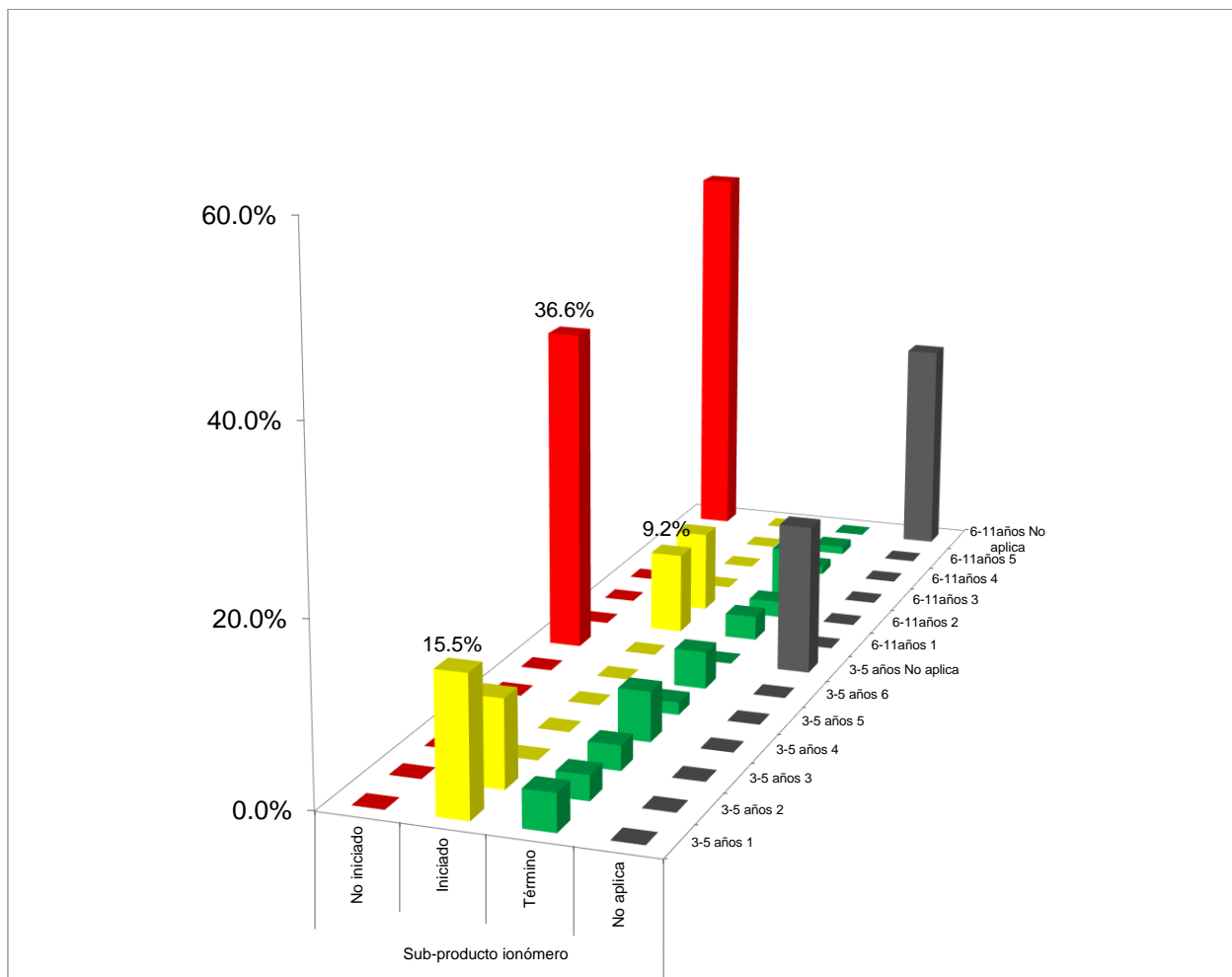


Figura 14: Correlación dimensiones sub-producto ionómero y restauración ionómero ejecutado según edad.

## Interpretación:

La tabla 28 evidencia que en los grupos de 3-5 años se desarrolló el sub-producto ionómero con la condición *iniciado* en 15,5% y *término* 4,25 con una sola pieza, lo que significa que bastó ejecutar la prestación en una pieza dentaria para cumplir con la frecuencia indicada por el PpR, así como se observa que para el grupo de 6-11 años se tiene cerca de la mitad de niños (45,0%) con la condición *no aplica*, significando que en este grupo de edad la frecuencia solicitada según PpR no es aplicable con la condición de *término*. Así mismo para este grupo (6-11 años) la condición *iniciado* tiene el 2,8% y solo logran la condición *término* 0,9%.

Tabla 29

*Correlación entre dimensiones sub-producto resina y restauración resina ejecutada según edad*

		3-5 años				6-11 años					
		1	2	No aplica	Total	1	2	3	4	99	Total
Sub-producto restauración resina	No iniciado	0%	0%	1.4%	1.4%	0%	0%	0%	0%	32.1%	32.1%
	Iniciado	1.4%	1.4%	0%	2.8%	11.0%	2.8%	3.7%	0%	0%	17.4%
	Término	0%	0%	0%	0%	1.8%	0.9%	0%	1.8%	0%	4.6%
	No aplica	0%	0%	95.8%	95.8%	0%	0%	0%	0%	45.9%	45.9%
Total		1.4%	1.4%	97.2%	100%	12.8%	3.7%	3.7%	1.8%	78.0%	100%

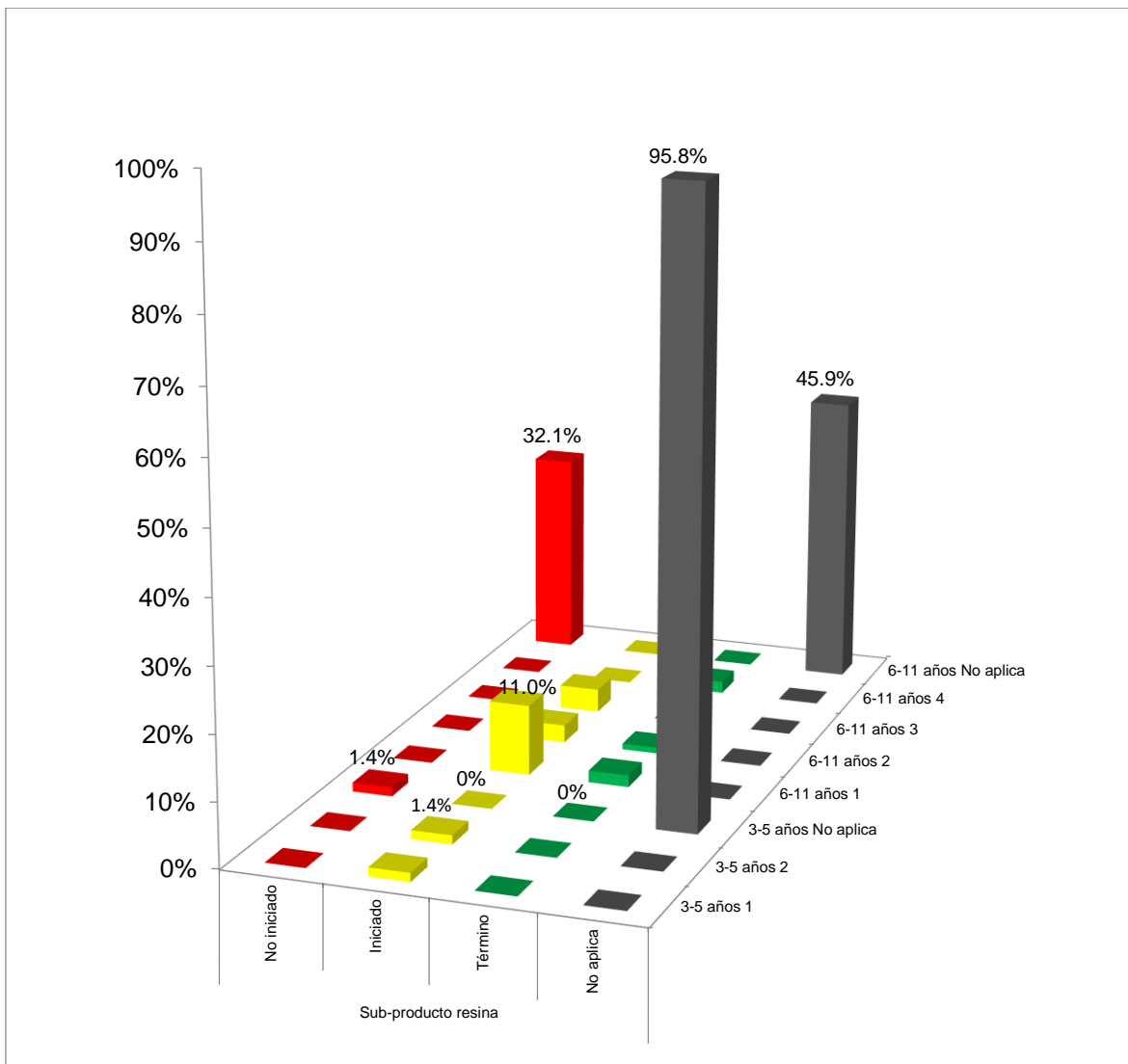


Figura 15: Correlación entre dimensiones sub-producto resina y restauración resina ejecutada según edad

Interpretación:

En la tabla 29 se aprecia que el porcentaje de 0% se observa en múltiples condiciones como valor más bajo, se destaca el 95,8% para la condición *no aplica* del sub-producto resina en el grupo de 3-5 años, el que tiene un 45,9% para el grupo de 6-11 años respectivamente. Se evidencia que para la condición *término* se tiene un 0% en el grupo de 3-5 años, frente al término de 4,6% para el grupo de 6-11 años.



#### **IV. DISCUSIÓN**

El Presupuesto por resultado (PpR) siendo una herramienta de gestión pública el cual desarrolla una forma de asignar el presupuesto público que se basa en lograr objetivos y metas de los programas presupuestales hace que las instituciones fortalezcan sus capacidades y que asuman el compromiso de aplicar correctamente los instrumentos para conseguir resultados medibles beneficiando a la población más necesitada.

Debido a este planteamiento es que se considera que la planificación para la asignación de meta reflejada en los sub-productos de la atención odontológica recuperativa del programa presupuestal en esta investigación frente al cumplimiento de meta evidenciado en la ejecución asociada al sub-producto está relacionada.

En las tablas 21 y 23, el Rho obtenido como correlación positiva moderada y positiva baja respalda la asociación entre los sub-productos exodoncia y restauración resina frente a su cumplimiento de meta. Se evidencia una fuerza en la relación de ambas dimensiones. Así también Laurente se planteó el objetivo de demostrar la incidencia entre el presupuesto y desarrollo económico local, obtuvo su resultado final demostrando una incidencia moderada entre ambas variables, obtuvo porcentajes desde 42,18% hasta 90,62% para el sector salud, sugiriendo fortalecer las capacidades humanas, articular y coordinar con todos los sectores, gremios y organizaciones para el cumplimiento efectivo de las metas y superar las deficiencias de la gestión. Tanaka también llegó a la conclusión que la regulación de la ejecución del gasto público, no contribuye a una gestión por resultados, ya que se orienta a los procedimientos y cumplimiento de normas y leyes, y más no a resultados tangibles en beneficio de la población con mayores necesidades. Se puede destacar en la presente investigación que desde ya existe una relación hallada entre la dimensión sub-producto exodoncia y la exodoncia ejecutada, así como se evidencia que es de tipo moderada, lo mismo sucede entre el sub-producto resina y su respectiva restauración resina ejecutada que es positiva baja, representando ambos dos de los sub-productos estudiados para la presente investigación.

En la tabla 22 la correlación es negativa baja, por lo tanto, no habría asociación entre el sub-producto ionómero y la restauración ionómeros ejecutados.

Tesofa encontró que el sector de la salud de Kenia estaba lejos de lograr la planificación y la alineación de presupuestos.

Tesofa resume que hubieron otros factores que contribuyeron con el problema incluyendo el débil Ministerio de Salud de la administración y la separación institucionalizada entre planificación y presupuestación de procesos, una planificación que cambia rápidamente y el medio ambiente de presupuestos, la falta de datos fiables para informar la fijación de objetivos y la mala participación de los actores claves en el proceso incluyendo niveles superiores e inferiores para el abordaje a la fijación de objetivos. En esta investigación se realizan otro análisis para ubicar posibles factores que contribuyan al problema, las tablas 27, 28 y 29, se asocian los sub-productos para la variable PpR y su respectiva cantidad de ejecución para cada uno, según edad, se resalta un alto porcentaje para el grupo de 3-5 años donde la condición *no aplica*, representa que no existe demanda efectiva en dicho grupo para la realización de dicha prestación, la diferencia para el sub-producto de exodoncia en 5 y 9 años es mínima, con valores igual de altos; para al sub-producto resina se repite el mismo esquema, para el grupo de edad de 3-5 años el porcentaje de la condición *no aplica* es muy alto, cerca del total de investigados, para el grupo de 6-9 años bordea la mitad de la muestra. Tesofa al plantear la necesidad de tomar en cuenta otros factores, hizo que en la presente investigación se tratara de establecer características de la correlación entre variables. Analizar la edad como factor, permitió evidenciar la dificultad para cumplimiento de la frecuencia del PpR; la distribución de las piezas dentarias no es igual para la edad, es necesario un análisis fino tomando en cuenta la cronología de erupción del individuo según la región estandarizada para el país; en nuevos estudios con ampliación de la muestra proporcional se podría descartar que el resultado se deba al azahar.

Todos estos resultados infieren que la realidad en morbilidad local se debe tomar en cuenta para la planificación de los programas presupuestales con respecto a cumplimiento de metas, se pretende en el actual PpR cumplir con una meta para lo cual no hay relación con la situación de morbilidad local, las metas superan a la necesidad según la demanda o viceversa. La oficina general de estadística e Informática/ MINSA presentó el reporte de cobertura prestacional PpR

para el Centro de Salud Cooperativa Universal, período 2016, mostrando brechas de atención entre “casos iniciados y terminados”, casos iniciados (no culminados) con cumplimiento según 35% para exodoncia, 19,05% para restauraciones con ionómero de vidrio y el 5,11% para restauraciones con resina; entre las tres prestaciones recuperativas existe un total de 384 casos iniciados con 60 tratados, evidenciándose una media del 15,62% para la proporción entre casos iniciados y tratados; estos datos son similares a los obtenidos para el mismo período en esta investigación. La autoridad sanitaria competente sería responsable de la reorientación de la financiación para la optimización del uso del presupuesto, lo cual es respaldado por Charles quien sugiere que una comunicación del director médico en relación a falta de inversión en la prescripción de mucolíticos y estaba explorando la posible reorientación de las opciones de financiación.

En el país existen normas que regulan los planes presupuestales, no obstante, Tanaka, añade que las normas existentes al respecto, evidencian que en la práctica las sociedades civiles participan en forma limitada en el proceso de toma de decisiones. Charles, en su investigación concluyó de igual manera que el ejercicio demuestra el potencial que poseen las juntas de salud en usar dicho sistema cuya evidencia controversial alcanzaría en definir decisiones de desinversión o inversión. La cantidad de ejecuciones en el centro de salud cooperativa universal se favorecería con la modificación en el aspecto legislativo que contemple una planificación con respecto al cumplimiento de meta física en la frecuencia del PpR, más cercano a la realidad tomando en cuenta la demanda y la oferta basados en un diagnóstico situacional como la edad y morbilidad, con la participación de todos los actores y no basados en lo histórico. Acuña en el documento de programación presupuestaria del Ministerio de Economía y Finanzas respalda lo antedicho refiriendo que cuando se crearon el Presupuesto por Resultados en el Perú tenían como objetivos: reemplazar la manera tradicional de formular el Presupuesto basada en la asignación histórica (incrementalismo), por una que persiga objetivos o resultados bien definidos; cambiar la manera tradicional de tomar las decisiones centrada en líneas de gasto, insumos o procedimientos que tienen una perspectiva puramente institucional, y centrarla en la cobertura de bienes y servicios necesarios para alcanzar los resultados; dejar de hacer solo un

control financiero de la ejecución presupuestal y empezar a tener una gestión más efectiva que planifique la cantidad de bienes y servicios a entregar y el uso de indicadores de resultados para medir sus avances. En esta investigación, no obstante, no se evalúa el gasto público o la capacidad de gestión, solo observamos los indicadores que el PpR plantea como cumplimiento en su frecuencia para cada sub-producto con respecto a la cantidad de ejecutados se evidencia, especialmente para el sub-producto ionómero, tabla 28 y 22, que la posibilidad de llegar al cumplimiento de la meta para su ejecución se dificulta más en relación de la frecuencia requerida, por ello la condición *término* es bajísima.

## **V. CONCLUSIONES**

1. Existe una correlación positiva ( $Rho = 0,689$  y  $0,385$ ) y significativa ( $p=0,000$ ) entre el presupuesto por resultados y la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal. Santa Anita. 2017.
2. Al existir una correlación positiva moderada ( $Rho = 0,689$ ) y significativa ( $p=0,000$ ) entre el presupuesto por resultados en la condición del sub-producto exodoncia con respecto a exodoncia ejecutada, se concluye que la frecuencia planteada del PpR como cumplimiento de meta evidencia fuerza en la correlación para la cantidad de ejecución de dicha prestación en cobertura prestacional.
3. El sub-producto restauración ionómero como frecuencia planteada por PpR para la presente investigación evidencia una correlación, pero negativa baja ( $Rho = -0,241$ ) y significativa ( $p=0,001$ ), con respecto a la cantidad de ionómeros ejecutados en la cobertura prestacional, son valores independientes. La meta física planteada por el PpR ha tenido otros factores que influyeron en su ejecución y cumplimiento. La edad actúa como variable que modificaría la cantidad de ejecución según la frecuencia planteada. La edad tiene a su vez relación directa con la cronología de erupción de las piezas dentarias, unidad en donde se ejecutan las prestaciones.
4. Para la condición sub-producto resina del PpR con respecto a las resinas ejecutadas se evidenció en este estudio una correlación positiva baja ( $Rho = 0,385$ ) y significativa ( $p=0,000$ ), concluyéndose que la frecuencia del PpR según se exige para el cumplimiento de meta se asocia ligeramente a cobertura prestacional en la cantidad de ejecutado para dicha dimensión.

## **VI. RECOMENDACIONES**



1. Realizar futuros estudios con muestras más amplias y proporcionales según edad para determinar si el resultado de la investigación no se debió al azar. Teniendo en consideración que las frecuencias planteadas consideren no solo al individuo sino las piezas dentarias, en el que se basa el cumplimiento de la mayoría de sub-productos en la atención estomatológica.
2. El establecimiento de las metas físicas de los sub-productos en estomatología recuperativa del Presupuesto por Resultados deberán considerar otros factores como edad, y morbilidad con respecto a la demanda, y la capacidad resolutive del prestador (oferta) para conseguir correlación y cumplimiento de cobertura asociada con datos y escenarios reales. La normatividad de los indicadores del PpR deben contemplar la flexibilidad para la frecuencia en cumplimiento de metas basados en factores identificados con evidencia estadística o en estudios de investigación locales previos, referenciando otras frecuencias para cada sub-producto según la evidencia científica hallada según corresponda.
3. La interrelación entre los prestadores y la autoridad competente quien plantea la meta física de los sub-productos se debe considerar como prioridad con la respectiva oportunidad y previa al establecimiento de las cantidades para las frecuencias planteadas de cada sub-producto.
4. Insumos indispensables son los reportes estadísticos históricos oficiales de los prestadores, los que deben llegar oportunamente a quien corresponda establecer la frecuencia para cumplimiento de meta física de algún sub-

producto en un próximo período anual o quinquenal, según corresponda. Así también se debe identificar la existencia de otras investigaciones locales o regionales relacionadas que evidencien datos sobre frecuencia del presupuesto por resultados o cumplimiento de metas en atención estomatológica.

## **VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abedrop, E. (2010). *Presupuesto basado en resultados*. México: Grupo editorial y de investigación Polaris S.A. de C.V. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books/.../Presupuesto\\_basado\\_en\\_Resultados.html?hl](https://books.google.com.pe/books/.../Presupuesto_basado_en_Resultados.html?hl).
- Acuña, R. (2012). *En camino de un presupuesto por resultado (PpR): Una nota sobre los avances recientes en la programación presupuestaria*. Obtenido de Dirección general de presupuesto público. Recuperado de [https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/estudios/En\\_camino\\_de\\_un\\_PpR.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/estudios/En_camino_de_un_PpR.pdf).
- Armijo, M. (2011). *Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público. Instituto latinoamericano y del caribe de planificación económica y social (ILPES)*. Chile. Naciones Unidas. Recuperado de [www.cepal.org/ilpes/publicaciones/xml/8/44008/sm\\_69\\_ma.pdf](http://www.cepal.org/ilpes/publicaciones/xml/8/44008/sm_69_ma.pdf).
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. (3ª ed.). Colombia: Editorial Pearson.
- Charles, B., Thomas<sup>3</sup>, J., Vandenblik, Jones., R.T. Edwards (2015). *Use of programme budgeting and marginal analysis as a framework for resource reallocation in respiratory care in North Wales, UK*. Journal of Public Health | Vol. 38, (3) pp. e 52–e 61 Facultad de salud pública, Universidad de Oxford. doi:10.1093/pubmed/fdv128. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26377991>.
- Cra, L. (2012). *Una visión del Presupuesto por Programas y el Presupuesto por Resultados. Caso Plan Sumar en la Provincia de Buenos Aires, como ejemplo de modelo basado en el financiamiento por resultados*. (Tesis de especialización. Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Ciencias económicas, Argentina). Recuperado de: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/34176/Documento\\_completo.%20Una%20visi%C3%B3n%20del%20Presupuesto%20por%20Programas%20y%20el%20Presupuesto%20por%20Res.pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/34176/Documento_completo.%20Una%20visi%C3%B3n%20del%20Presupuesto%20por%20Programas%20y%20el%20Presupuesto%20por%20Res.pdf?sequence=1).

Comisión Nacional de Prevención- CORA. *Protocolo de indicadores epidemiológicos* Recuperado de <http://usuarios.advance.com.ar/asociacionsaludbucal/protocolo.htm>.

Cruzado, V. (2012). *Análisis del impacto del programa presupuestal articulado nutricional sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años*. Perú. Dirección general de presupuesto público/ Ministerio de economía y finanzas. DT-01/2012. Recuperado de [https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/estudios/PAN\\_final\\_fusionado.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/estudios/PAN_final_fusionado.pdf).

Federación dental internacional (2015). *El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción global*. Atlas de salud bucal. (2ª ed.) Ginebra, Suiza: Editorial Myriad Editions.

Garay, O. Caporale, J., Riviere, A., García, S., Mac, M., Augustovski, F. (2011). El análisis de impacto presupuestario en salud: Puesta al día con un modelo de abordaje genérico. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*. 2011; 28(3):540-7. Recuperado de [www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342011000300021&script=sci](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342011000300021&script=sci)

Gómez, N y Morales, M. (2012). *Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana*, México. *Rev. Chil Salud Pública* 2012; Vol. 16 (1): 26-31. Recuperado de [www.revistasaludpublica.uchile.cl](http://www.revistasaludpublica.uchile.cl) › Portada › Vol. 16, No. 1 (2012) › Gómez Ríos.

Hernández; F: C, Carlos y Baptista Lucio, Pilar. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). México. McGraw Hill/ Interamericana editores, S.A. DE C.V.

Instituto nacional de estadística e informática (2016) Perú *Enfermedades transmisibles y no transmisibles*, 2015. Perú. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/.../index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/.../index.html) Inei 2015.

Laurente, E. (2015). *Presupuesto por resultados y el desarrollo económico local, distrito Ongoy, provincia Chincheros, región Apurímac, 2010 – 2014*. (Título

de Licenciado en Administración de Empresas, Universidad Nacional José María Arguedas, facultad de ciencias de la empresa, escuela profesional de administración de empresas, Perú). Recuperado de [http://repositorio.unajma.edu.pe/bitstream/handle/123456789/247/Elder\\_Laurent\\_Tesis\\_Titulo\\_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unajma.edu.pe/bitstream/handle/123456789/247/Elder_Laurent_Tesis_Titulo_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Mayor, J. (2009). *Marco Estructural del Presupuesto por Resultados Primera parte. Perú* Recuperado de <http://www.osce.gob.pe/consucode/userfiles/image/bonus.pdf>.

Ministerio de economía y finanzas. (s.f). *¿Qué es el presupuesto por resultados (PpR)?* Recuperado de: <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/ique-es-ppr>.

Ministerio de economía y finanzas DGPP. *De las Instituciones al Ciudadano: La Reforma del. Presupuesto por Resultados en el Perú.* Documento de Trabajo (2010). Recuperado de [https://www.cepal.org/.../mayra\\_ugarte\\_Presupuesto\\_por\\_Resultados\\_Peru\\_doc.pdf](https://www.cepal.org/.../mayra_ugarte_Presupuesto_por_Resultados_Peru_doc.pdf).

Ministerio de economía y finanzas DGPP *Conceptos y líneas de acción (2008)* Recuperado de [https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/ppr/conceptos\\_lineas\\_accion.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/conceptos_lineas_accion.pdf).

Ministerio de economía y finanzas. (2016). *Reporte de seguimiento de ejecución financiera y física de los programas presupuestales.* Recuperado de <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/seguimiento>

Ministerio de economía y finanzas. (2016). *Programa presupuestal 0018. Enfermedades no transmisibles.* Recuperado de <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/.../programas-presupuestales>.

Ministerio de salud/ Instituto de gestión de servicios de salud. (2016). *Plan Operativo institucional 2016.* Oficina general de estadística e informática- Minsa. Recuperado de [www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=110](http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=110).

- Ministerio de salud/ OPEE/OPF-OGPPM. (2016). *Guía de evaluación de la gestión y ejecución presupuestal I semestre 2016 y formulación 2017*. Recuperado: [www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/doc2017/guia\\_evaluacion2017.pdf](http://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/doc2017/guia_evaluacion2017.pdf).
- Ministerio de salud/ Sistema de Información de Consulta Externa HIS (2017). *Reporte estadístico generado el 09-01-2017*. Oficina general de estadística e Informática-Minsa. Recuperado de [ftp://ftp.minsa.gob.pe/.../Sistema\\_His3...HIS/...2017/Manual%20HIS%202017%20](ftp://ftp.minsa.gob.pe/.../Sistema_His3...HIS/...2017/Manual%20HIS%202017%20).
- Mitton, F y Cam, D. (2014). *Managing Healthcare Budgets in Times of Austerity: The Role of Program Budgeting and Marginal Analysis*. Appl Health Econ Health Policy 12:95–102. Universidad de British Columbia. Canadá. doi: 10.1007/s40258-013-0074-5. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24458477>.
- Mora, A. (2012). *Plan estratégico para instrumentar el presupuesto basado en resultados en la secretaría de educación pública con el fin de mejorar la calidad del gasto público*. (Tesis de maestría, Instituto politécnico nacional, Escuela superior de comercio y administración, Unidad Santo Tomás, Sección de estudios de posgrado e investigación. México). Recuperado de [http://handbook.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/ECONÓMICAS\\_6/Administracion\\_Publica/77%20a%20mora%20paz.pdf](http://handbook.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/ECONÓMICAS_6/Administracion_Publica/77%20a%20mora%20paz.pdf).
- Muñiz, L. (2009). *Control presupuestario. Planificación, elaboración y seguimiento del presupuesto*. España: Editorial Bresca.
- Nayhua, L y col. (2005). *Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Perú. 2001-2002*. Perú. Oficina general de epidemiología y Dirección general de salud de las personas/ Ministerio de salud.
- Organización mundial de la salud. (2013). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Washington. OMS. Recuperado de [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

- Paganini, J. (1998). La Cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe. *Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 4(5), (305-310). Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/1998.v4n5/305-310/es>.
- Prieto, M. (2012). *Influencia de la gestión del presupuesto por resultados en la calidad del gasto en las municipalidades del Perú (2006-2010). Caso: Lima, Junín y Ancash*. (Tesis Doctoral, Universidad de San Martín de Porres, Facultad de ciencias contables, económicas y financieras, Sección posgrado. Recuperado de [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/586/3/prieto\\_mi.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/586/3/prieto_mi.pdf).
- Programas presupuestales Diseño, Revisión y Articulación Territorial 2017. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3871.pdf>.
- Resolución ministerial 302-2013/MINSA. *Aprobar el Documento Técnico: "Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Presupuestales: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Prevención y Control de la Tuberculosis y el VIH-SIDA, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis y Enfermedades No Trasmisibles, Prevención y Control del Cáncer y Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias y Desastres"*. (2013). Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/normas.asp>.
- Resolución Ministerial 229-2016/MINSA. *Aprobar el Documento Técnico "Lineamientos de políticas y estrategias para la prevención y control de enfermedades no transmisibles (ENT) 2016-2020*. (2016). Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>.
- Tanaka, T., Elena, M. (2011). *Influencia del presupuesto por resultados en la Gestión Financiera Presupuestal del Ministerio de Salud. (Tesis inédita de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú)*. Recuperado de [cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/860/1/Tanaka\\_te.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/860/1/Tanaka_te.pdf).
- Tesofa, B., Molyneux, S y Goodman, K. (2015). *Health sector operational planning and budgeting processes in Kenya— "never the twain shall meet"*. *Int J Health Plann Mgmt* 2016; 31: 260–276. Doi: 10.1002/hpm.2286. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25783862>



- Soto, A. (2013). *El Presupuesto por resultados y los programas presupuestales*. Actualidad Gubernamental, N° 62, diciembre 2013, IV-1. Recuperado de [http://aempresarial.com/web/revitem/47\\_15803\\_39947.pdf](http://aempresarial.com/web/revitem/47_15803_39947.pdf).
- Uña, G. (2010). *Desafíos para el presupuesto en América Latina. El presupuesto basado en resultados y los sistemas de administración financiera. Instituto latinoamericano y del caribe de planificación económica y social (ILPES)*. Chile. Naciones Unidas. Recuperado de [www.cepal.org/ilpes/panorama/documentos/INFORME\\_GERARDO\\_UNA.pdf](http://www.cepal.org/ilpes/panorama/documentos/INFORME_GERARDO_UNA.pdf).
- Vara, A. (2012). *Desde la idea hasta la sustentación: 7 pasos para una tesis exitosa*. (3ª ed.). Instituto de Investigación de la Facultad de Ciencias Administrativas y Recursos Humanos. Universidad de San Martín de Porres. Lima.
- Vilca, H. (2014). *Presupuesto por Resultados*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos101/presupuesto-resultados/presupuesto-resultados.shtml>.
- Zavala, S. (2012). *Guía a la redacción en el estilo APA, Manual de Publicaciones de la Asociación americana de psicología*. (6ª ed.). México, D.F: Editorial Moderno.

## **VIII. ANEXOS**

**ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

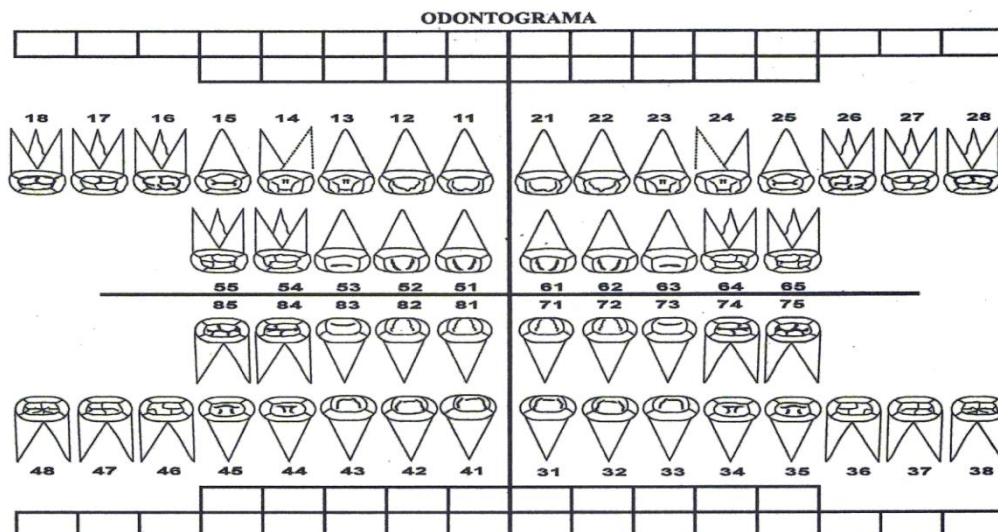
Presupuesto por Resultados y cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal. Santa Anita 2017

2. Nro. de HC:  1. FICHA N°

3. Sexo: F  M

4. Edad: 3-5 años  6-11 años

Morbilidad (odontograma de ingreso)



OBSERVACIONES: .....  
 ESPECIFICACIONES: .....

Fuente: RM 593-2006/Minsa

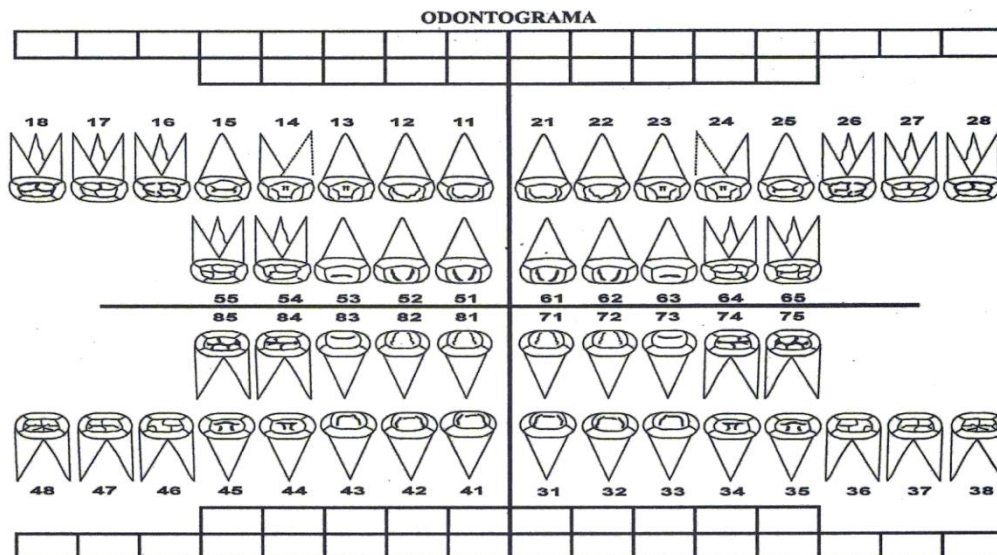
5. Índice CPO C  P  O  Total

6. NIVEL CPO Muy bajo  bajo  moderado  alto  Muy alto

7. Índice ceo c  e  o  Total

8. NIVEL ceo    Muy bajo     bajo     moderado     alto     Muy alto

Evolución (Odontograma de egreso)



OBSERVACIONES: .....  
 ESPECIFICACIONES: .....

Fuente: RM 593-2006/Minsa

9. Exodoncia    No Iniciado     Iniciado     Término

10. Exodoncia ejecutada

11. Restauración con ionómero    No Iniciado     Iniciado     Término

12. Ionómero ejecutado

13. Restauración con resina    No Iniciado     Iniciado     Término

14. Resina ejecutada

Fecha: .....

Operador: .....

## ANEXO 2: DETALLE DE META FÍSICA Y COBERTURA PPR 2016

### AVANCE DE META FÍSICA PARA POBLACIÓN GENERAL POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD

PpR	Freq	Atención (3000681)	Estomatológica	Recuperativa	TOTAL GRAL			
					Inician	Caso Tratado		
5000703	2	Exodoncia Simple			178	121		
5000704	3	Restauraciones Dentales con Ionómero de Vidrio			224	41		
5000705	4	Restauraciones Dentales con Resina			489	22		
					<b>Total niños</b>			
PpR	Freq	Atención Estomatológica (3000681)	Recuperativa	Inician	Caso Tratado	PROPORCIÓN	0-2	
							Inician	Caso Tratado
5000703	2	Exodoncia Simple		37	13	35,13%	1	0
5000704	3	Restauraciones Dentales con Ionómero de Vidrio		210	40	19,05%	12	1
5000705	4	Restauraciones Dentales con Resina		137	7	5,11%	5	0
<b>Total Niños de 3 a 11</b>			<b>Niños</b>					
			<b>3 a 5</b>	<b>6 a 11</b>				
Inician	Caso Tratado	Proporción	Inician	Caso Tratado.	Inician	Caso Tratado.		
36	13	36,11%	3	3	33	10		
198	39	19,69	104	23	94	16		
132	7	5,30%	50	1	82	6		

**ANEXO 3: DETALLE DE COBERTURA DE META GENERAL SEGÚN AVANCE DE META FÍSICA ETAPA DE VIDA NIÑO Y POBLACIÓN GENERAL POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

PpR	Freq	Atención (3000681)	Estomatológica	Recuperativa	META GRAL	AVANCE NIÑOS		AVANCE GRAL	
						n	%	n	%
5000703	2	EXODONCIA SIMPLE			106	13	12,30%	121	114%
5000704	3	RESTAURACIONES IONOMERO DE VIDRIO	DENTALES	CON	220	40	18%	41	18,63%
5000705	4	RESTAURACIONES DENTALES CON RESINA			180	7	3,89%	22	12,22%
<b>ALTA BÁSICA ODONTOLOGICA 2016</b>					<b>TOTAL GRAL</b>	<b>TOTAL NIÑO</b>	<b>Niño 0-2</b>	<b>3 a 5</b>	<b>6 a 11</b>
					98	75	62	5	8

Total niños de 3-11 años	Niño	
	3 a 5	6 a 11
13	5	8

Reporte Generado: 09/01/2017


Fuente: Sistema de Información de Consulta Externa HIS/ Oficina General de Estadística e Informática - MINSA

## ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: Presupuesto por resultados y cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal

AUTOR. María Elena Ramos Hernández

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables e indicadores			
<p><b>Problema General.</b></p> <p>¿Qué relación existe entre el presupuesto por resultados y la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p><b>Problema específico 1</b></p> <p>¿Qué relación existe entre el sub-producto exodoncia del presupuesto por resultados y exodoncia ejecutada de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños?</p> <p><b>Problema específico 2</b></p> <p>¿Qué relación existe entre el sub-producto restauración ionómero del presupuesto por resultados y restauración ionómero ejecutado de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños?</p> <p><b>Problema específico 3</b></p> <p>¿Qué relación existe entre el sub-producto restauración resina del presupuesto por resultados y restauración resina ejecutada de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños?</p>	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Establecer la relación que existe entre el presupuesto por resultados y la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p><b>Objetivo específico 1</b></p> <p>Establecer la relación que existe entre el sub-producto exodoncia del presupuesto por resultados y exodoncia ejecutada de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños</p> <p><b>Objetivo específico 2</b></p> <p>Establecer la relación que existe entre el sub-producto restauración ionómero del presupuesto por resultados y restauración ionómero ejecutado de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños</p> <p><b>Objetivo específico 3</b></p> <p>Establecer la relación que existe entre el sub-producto restauración resina del presupuesto por resultados y restauración resina ejecutada de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños.</p>	<p><b>Hipótesis general:</b></p> <p>Existe relación entre el presupuesto por resultados y la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal</p> <p><b>Hipótesis específicas</b></p> <p><b>Hipótesis específica1</b></p> <p>Existe relación entre el sub-producto exodoncia del presupuesto por resultados y exodoncia ejecutada de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños.</p> <p><b>Hipótesis específica2</b></p> <p>Existe relación entre el sub-producto restauración ionómero del presupuesto por resultados y restauración ionómero ejecutado de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños</p> <p><b>Hipótesis específica3</b></p> <p>Existe relación entre el sub-producto restauración resina del presupuesto por resultados y restauración resina ejecutada de la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños.</p>	<b>Variable 1: Presupuesto por resultado</b>			
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala</b>
			Sub-producto exodoncia	Frecuencia PpR: 2	9	Escala ordinal 1: No iniciado 2: iniciado 3: término (FIN) 99: No aplica
			Sub-producto restauración ionómero	Frecuencia PpR :3	11	
			Sub-producto restauración resina	Frecuencia PpR : 4	13	
			<b>Variable 2: Cobertura prestacional</b>			
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala de medición (ejecuciones individuales)</b>
			Exodoncia ejecutada	Cantidad de ejecuciones	10	Escala ordinal 1 2 3 4 5 6
			Restauración ionómero ejecutado	Cantidad de ejecuciones	12	
			Restauración resina ejecutada	Cantidad de ejecuciones	14	
Variables intervinientes						
Índice CPOD	Componente	5	0.0 – 0.1=Muy bajo. 1.2 – 2.6 =bajo. 2.7–4.4=moderado. 4.5 – 6.5 =alto. Mayor 6.6=muy alto			
Índice ceod	Componente	7				
Edad	Periodo en años	4	3a 5 años 6 a 11 año			

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS ENSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA A UTILIZAR
<p><b>Metodología</b> se empleó el método hipotético deductivo y Bernal (2010) lo define “como el proceso que parte de unas afirmaciones en calidad de hipótesis y busca refutar o falsear tales hipótesis, deduciendo de ellas conclusiones que deben comprobarse con los hechos” (p.60).</p> <p>Tipo de estudio: tipo aplicada sustentada en Hernández y col (2014), quien definió: “la investigación aplicada es para resolver problemas a diferencias de la básica produce conocimientos y teorías” (p. XXIII)</p> <p>Es descriptiva, Bernal (2010) la definió como: investigación que reseña las particularidades o rasgos de la situación o fenómeno objeto de estudio. Es correlacional. Examina relaciones entre variables o sus resultados, pero en ningún momento explica causas o consecuencias” (p.138)</p> <p><b>Diseño:</b> No experimental, transversal porque en determinado momento se compara y relaciona las variables. Hernández Sampieri dice al respecto: “Recolectan datos en un solo momento y tiempo</p> <div style="text-align: center;">  <p>Dónde:</p> </div> <p>M = Es la muestra de estudio.  O<sub>1</sub> = Presupuesto por resultado  O<sub>2</sub> = Cobertura prestacional  r = grado de relación</p>	<p><b>POBLACIÓN:</b> Según Vara (2010) “La población es el conjunto de sujetos o cosas a investigar y que tienen una o más características en común, se encuentran en un espacio o territorio y varían en el transcurso del tiempo” (p.221).</p> <p>La población estuvo conformada por las atenciones realizadas durante el 2016 en niños (3-11 años) según reportes estadísticos.</p> <p><b>TIPO DE MUESTRA:</b> Probabilística donde toda la población tiene la misma probabilidad de ser escogido. Hernández Sampieri (p.175)</p> <p>La muestra de estudio estuvo constituida por 180 niños atendidos en el C.S, Cooperativa Universal</p> <p><b>TAMAÑO DE MUESTRA:</b></p> <p><math>n = \frac{z^2 P Q N}{e^2}</math></p> <p><math>e^2 (N-1) + z^2 P Q</math></p> <p>P= 20.47 y Q=79.53</p> <p>Z = grado de confianza del 95% (1,96), margen de error del 5%.</p> <p><b>MUESTREO</b> Probabilístico estratificado según Hernández y col (2014) es cuando la población se divide en segmentos o estratos y se elige una muestra para cada segmento(p,181)</p> <p>3 a 5 años: 71</p> <p>6 a 11 años: 109</p>	<p><b>Variable 1</b></p> <p><b>Presupuesto por resultados</b> contiene una dimensión, tres indicadores y tres ítems</p> <p>Técnica: Observación directa</p> <p>Instrumento:</p> <p>Ficha de registro de datos</p> <p><b>Variable 2:</b></p> <p><b>Cobertura prestacional recuperativa</b></p> <p>Contiene seis dimensiones, con seis indicadores y seis ítems.</p> <p>Técnica: Observación directa</p> <p>Instrumento:</p> <p>Ficha de registro de datos</p>	<p>El criterio de <b>confiabilidad</b> del instrumento, se determinó en la presente investigación, por el coeficiente de Alfa Cronbach, desarrollado por J. L. Cronbach.</p> <p>Fórmula:</p> $\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$ <p><b>Para analizar cada una de las variables</b> se utilizó el programa de Excel 2010 en la digitación de base de datos procesadas en el paquete estadístico SPSS versión 24.</p> <p>Asimismo, para el análisis de datos se desarrollaron técnicas estadísticas descriptivas como distribución de frecuencias y tablas de contingencia.</p> <p><b>Para la demostración de hipótesis</b> se aplicaron la prueba estadística de</p> <p>Rho Spearman para determinar la relación entre las dos variables a un nivel de confianza del 95% y significancia del 5%.</p> <p><b>La correlación de Spearman</b> es una medida de asociación, más corriente y más sencilla de abordar la medida de interrelaciones, Spearman es un contemporáneo de Pearson y Fisher, él tomó la fórmula de Pearson de la correlación y calculó que podría suceder si se utilizasen rangos en lugar de relaciones de datos. Este valor se conoce como Rho, que es la letra griega equivalente a la “r” (Bioestadística, Geoffrey Norman, pág. 176-177)</p>



## ANEXO 5: CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DE VARIABLE 1: PRESUPUESTO POR RESULTADOS

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	Opción de respuesta				Relación entre variable y dimensión		Relación dimensión e indicador		Relación entre indicador y la opción de respuesta		Observaciones
			1	2	3	99	Si	No	Si	No	Si	No	
V1 Presupuesto Por resultados	Sub-producto exodoncia	Frecuencia PpR	No iniciado	Iniciado	Termino (FIN)	No aplica	✓		✓		✓		
	Sub-producto restauración ionómero	Frecuencia PpR	No iniciado	Iniciado	Termino (FIN)	No aplica	✓		✓		✓		
	Sub-producto restauración resina	Frecuencia PpR	No iniciado	Iniciado	Termino (FIN)	No aplica	✓		✓		✓		

### MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos

OBJETIVO: Recolectar información de la variable presupuesto por resultado

DIRIGIDO A: Niños de 3 a 11 años atendidos en el Centro de Salud Cooperativa Universal

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

URETA RIVERO CARLOS MIGUEL

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

VALIDACIÓN:

MUY ALTO	<del>ALTO</del>	MEDIO	BAJO	MUY BAJO
----------	-----------------	-------	------	----------



DR. CARLOS M. URETA RIVERO  
 CIRUJANO DENTISTA COP. N° 11652  
 RNM N° 013 - RND N° 05

FIRMA DEL EVALUADOR

**VARIABLE 2: COBERTURA PRESTACIONAL RECUPERATIVA**

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	OPCIÓN DE RESPUESTA						Relación entre variable y dimensión		Relación entre dimensión e indicador		Relación entre indicador y opción de respuesta		Observaciones
			1	2	3	4	5	6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Cobertura prestacional recuperativa	Exodoncia ejecutada	Cantidad ejecutada	01	02	03	04	05		✓		✓		✓		
	Restauración ionómero ejecutado	Cantidad ejecutada	01	02	03	04	05	06	✓		✓		✓		
	Restauración resina ejecutada	Cantidad ejecutada	01	02	03	04			✓		✓		✓		
	Índice CPOD	Componente	Muy bajo	Bajo	Modera do	Alto	Muy alto		✓		✓		✓		
	Índice ceod	Componente	Muy bajo	Bajo	Modera do	Alto	Muy alto		✓		✓		✓		
	Edad	Periodo en años	3 a 5 años	6 a 11 años					✓		✓		✓		

**MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**

**NOMBRE DEL INSTRUMENTO:** Ficha de recolección de datos

**OBJETIVO:** Recolectar información de variable cobertura prestacional recuperativa

**DIRIGIDO A:** Niños de 3 a 11 años atendidos en el Centro de Salud Cooperativa Universal

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:**

URETA RIVERO CARLOS MIGUEL

**GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:**

DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

**VALIDACIÓN:**

MUY ALTO	ALTO <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO	BAJO	MUY BAJO
----------	--	-------	------	----------



**DR CARLOS M. URETA RIVERO**  
 CIRUJANO DENTISTA COP. N° 11852  
 RNM N° 013 - RND N° 05

FIRMA DEL EVALUADOR

**MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**
**NOMBRE DEL INSTRUMENTO:** Ficha de recolección de datos

**OBJETIVO:** Recolectar información de variable cobertura prestacional recuperativa

**DIRIGIDO A:** Niños de 3 a 11 años atendidos en el Centro de Salud Cooperativa Universal

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:**

 MANCO MALPICA OBSALON
 

---

**GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:**

 MAGISTER EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD
 

---

**VALIDACIÓN:**

MUY ALTO	ALTO <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO	BAJO	MUY BAJO
----------	--	-------	------	----------



**MINISTERIO DE SALUD**  
 REP. DOM. R. SANTA ANITA  
 P.R. SAN JUAN  
 .....  
 MEd. CD. Obstetricia, Médico Mielopático  
 ESP. ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR  
 COP. 9601 RME 1714

**FIRMA DEL EVALUADOR**

### MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos

OBJETIVO: Recolectar información de la variable presupuesto por resultado

DIRIGIDO A: Niños de 3 a 11 años atendidos en el Centro de Salud Cooperativa Universal

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

ALIAGA ALEJO JOSE

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

MAGISTER GESTION PUBLICA

VALIDACIÓN:

MUY ALTO	ALTO <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO	BAJO	MUY BAJO
----------	--	-------	------	----------

MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL DOCENTE MADRE - NIÑO  
 HONADOMANI - SAN BARTOLOME

*[Firma manuscrita]*

-----  
 MG. JOSÉ ALIAGA ALEJO  
 COP: 9186  
 RESPONSABLE DE PP 068 - PP 104  
 FIRMA DEL EVALUADOR

## ANEXO 6 : CARTA DE PRESENTACIÓN



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

*Escuela de Posgrado**"Año del Buen Servicio al Ciudadano"*

Lima, 23 de mayo de 2017

Carta P. 232 – 2017 EPG – UCV LE

Señor(a)

MC. Jaime Pillaca Gonzales

Centro de Salud Cooperativa Universal

Atención:

CET. del Centro de Salud Cooperativa Universal

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a **MARIA ELENA RAMOS HERNANDEZ** identificado(a) con DNI N.° **21457412** y código de matrícula N.° **7001013258**; estudiante del Programa de **Maestría en Gestión Pública** quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

**"Presupuesto por resultado y cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal"**

En ese sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso de nuestro(a) estudiante a su Institución a fin de que pueda desarrollar su investigación.

Con este motivo, le saluda atentamente,

**Dr. Raúl Delgado Arenas**

Jefe de la Escuela de Posgrado – Campus Lima Este

JPMR

MINISTERIO DE SALUD  
RED DE INSTITUTOS METROPOLITANOS  
INSTITUTO DE SALUDS. COOP. UNIVERSAL

Dr. JAIME PILLACA GONZALES  
C.M.P. 23019  
Coordinador del Equipo de Gestión

30/05/17

UCV.EDU.PE

## ANEXO 7

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

De padres o tutores de menores de edad en quienes se aplicará la ficha de recolección de datos para el levantamiento de información para la tesis: Presupuesto por Resultados y Cobertura Prestacional Recuperativa en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal .2017

Yo.....  
 identificado con DNI N° .....: He sido informado(a) de forma confidencial, respetuosa y comprensible las características de la evaluación y he tenido la oportunidad de preguntar mis dudas al respecto al Cirujano Dentista, quien me ha respondido satisfactoriamente y asegura que los datos utilizados serán solo para esta investigación y no se publicaran datos de filiación ,así como los procesos involucrados no producirán ningún riesgo de mi menor hijo es así que doy mi consentimiento voluntariamente que mi hijo(a):

.....  
 .....Edad.....Sexo..... Para que sea atendido en el Centro de Salud Cooperativa Universal

.....  
 Nombre y firma del Padre, Madre o Apoderado (*subrayar el indicado*)



**ANEXO 8: BASE DE DATOS**

Variable PpR				
Producto atención estomatológica recup.				
Nº DE ORDEN	Nº DE FICHA	Sub-producto EXODONCIA	Sub-producto RESTAURAC. IONOMERO	Sub-producto RESTAURACION RESINA
1	1	99	3	99
2	2	99	2	99
3	3	99	1	99
4	4	99	3	99
5	5	99	2	99
6	6	99	3	99
7	7	99	99	99
8	8	99	3	99
9	9	99	2	99
10	10	99	1	99
11	11	1	2	99
12	12	99	2	99
13	13	99	3	99
14	14	99	1	99
15	15	2	2	2
16	16	99	2	99
17	17	1	2	2
18	18	99	99	99
19	19	99	3	1
20	20	99	2	1
21	21	99	3	2
22	22	99	2	2
23	23	99	1	1
24	24	99	99	1
25	25	99	1	99
26	26	99	99	99
27	27	3	1	99
28	28	99	3	99
29	29	99	2	3
30	30	99	2	2
31	31	99	2	1
32	32	99	1	1
33	33	99	99	3
34	34	3	3	3
35	35	3	1	2
36	36	99	1	2
37	37	99	99	99
38	38	99	99	2
39	39	3	2	99
40	40	99	99	1
41	41	1	99	1
42	42	99	1	1
43	43	99	1	99
44	44	99	99	99
45	45	99	99	99
46	46	1	1	99
47	47	99	3	99
48	48	99	2	1
49	49	99	1	99
50	50	99	3	99
51	52	99	1	99
52	53	99	1	99
53	54	99	1	1
54	55	99	99	1
55	57	99	1	99
56	58	99	1	99

57	59	99	99	99
58	60	99	1	99
59	61	99	2	99
60	62	99	1	99
61	63	99	1	99
62	64	99	1	99
63	65	99	3	99
64	66	3	2	1
65	67	99	1	1
66	68	99	3	99
67	69	99	1	1
68	70	99	1	1
69	71	1	2	1
70	72	99	99	1
71	73	99	99	99
72	74	99	3	99
73	75	99	1	99
74	76	99	99	99
75	77	99	3	99
76	78	99	1	99
77	79	99	3	99
78	80	99	3	99
79	81	99	99	99
80	82	1	1	99
81	83	99	99	1
82	84	99	2	1
83	85	3	2	1
84	86	3	1	1
85	87	99	1	1
86	88	99	99	1
87	89	99	99	1
88	90	99	2	99
89	91	99	3	99
90	92	99	1	99
91	93	99	1	99
92	94	99	99	99
93	95	99	1	99
94	96	3	1	1
95	98	99	1	1
96	99	99	1	1
97	100	99	2	2
98	101	99	1	99
99	102	99	3	99
100	103	99	1	99
101	104	99	2	99
102	105	99	2	99
103	106	99	1	2
104	107	99	1	99
105	108	3	2	99
106	109	99	2	2
107	110	99	1	1
108	111	1	99	99
109	112	3	1	99
110	113	99	99	99
111	114	99	1	3
112	115	99	1	2
113	116	99	99	1
114	118	99	1	2
115	119	99	1	99
116	120	99	2	99
117	121	99	1	99
118	122	99	3	99
119	123	99	1	99
120	124	99	3	99
121	126	99	1	99
122	128	99	1	99
123	129	99	1	99
124	130	3	1	1

125	131	99	1	99
126	132	3	99	3
127	133	99	99	1
128	134	99	99	1
129	135	99	1	99
130	136	99	99	99
131	137	99	1	99
132	138	99	99	99
133	139	99	2	99
134	140	99	1	99
135	141	99	99	99
136	142	2	2	99
137	143	99	99	2
138	144	1	1	99
139	145	99	1	99
140	146	99	99	99
141	147	1	3	99
142	148	99	1	99
143	149	99	2	99
144	150	99	99	99
145	151	99	1	99
146	152	3	3	99
147	153	99	1	99
148	154	3	1	1
149	155	99	2	99
150	156	99	99	99
151	157	99	3	99
152	158	99	2	99
153	159	99	3	99
154	160	99	1	99
155	161	99	1	99
156	162	3	1	99
157	163	99	1	99
158	164	99	2	2
159	165	3	2	99
160	166	99	99	1
161	167	99	2	99
162	168	99	2	99
163	169	99	1	99
164	171	1	1	99
165	172	99	3	1
166	173	1	1	2
167	174	99	99	99
168	175	99	2	2
169	176	99	99	1
170	177	99	1	99
171	178	99	99	99
172	179	99	3	99
173	180	99	1	99
174	181	99	1	99
175	182	1	2	99
176	183	99	1	1
177	184	3	3	99
178	185	99	1	1
179	186	99	1	2
180	187	99	99	99

1: No iniciado  
2: Iniciado  
3: Termino (fin)  
99: No aplica

Variable cobertura prestacional recuperativa								
Nº DE ORDEN	Nº DE FICHA	EXOD. EJECUTADA	IONOMER EJECUTAD	RESINA EJECUT.	INIDICE CPO	INDICE ceo	EDAD	SEXO
1	1	99	3	99	99	3	1	1
2	2	99	1	99	99	5	1	2
3	3	99	99	99	99	4	1	2
4	4	99	6	99	99	4	1	1
5	5	99	2	99	99	5	1	1
6	6	99	6	99	99	5	1	1
7	7	99	99	99	99	1	1	2
8	8	99	1	99	99	3	1	1
9	9	99	2	99	99	4	1	2
10	10	99	99	99	99	5	1	1
11	11	99	1	99	99	5	1	1
12	12	99	1	99	99	5	1	1
13	13	99	1	99	99	1	2	1
14	14	99	99	99	99	4	2	1
15	15	1	2	1	99	5	2	2
16	16	99	1	99	99	3	2	2
17	17	99	2	2	2	4	2	2
18	18	99	99	99	1	1	2	1
19	19	99	3	99	1	5	2	1
20	20	99	1	99	2	5	2	1
21	21	99	3	3	3	4	2	1
22	22	99	1	1	2	5	2	2
23	23	99	99	99	3	4	2	2
24	24	99	99	99	1	1	2	1
25	25	99	99	99	1	5	2	2
26	26	99	99	99	1	3	2	2
27	27	1	99	99	1	3	2	2
28	28	99	1	99	1	1	2	1
29	29	99	2	2	3	4	2	1
30	30	99	1	1	3	4	2	2
31	31	99	2	99	3	3	2	1
32	32	99	99	99	5	4	2	1
33	33	99	99	1	2	1	2	2
34	34	2	2	4	3	3	2	1
35	35	1	99	3	4	2	2	2
36	36	99	99	1	3	4	2	1
37	37	99	99	99	1	1	2	1
38	38	99	99	1	3	1	2	1
39	39	1	1	99	1	3	2	1
40	40	99	99	99	5	1	2	2
41	41	99	99	99	1	1	2	2
42	42	99	99	99	4	3	2	2
43	43	99	99	99	99	3	1	1
44	44	99	99	99	99	1	1	1
45	45	99	99	99	99	1	1	2
46	46	99	99	99	99	3	1	1
47	47	99	3	99	99	3	1	2
48	48	99	1	99	2	3	1	2
49	49	99	99	99	1	5	2	2
50	50	99	3	99	1	4	2	2
51	52	99	99	99	1	5	2	2
52	53	99	99	99	1	5	2	2
53	54	99	99	99	1	3	2	2
54	55	99	99	99	2	1	2	1
55	57	99	99	99	99	3	1	1
56	58	99	99	99	99	2	1	1
57	59	99	99	99	99	1	1	2
58	60	99	99	99	99	3	1	2
59	61	99	1	99	99	2	1	2
60	62	99	99	99	1	3	2	2
61	63	99	99	99	1	4	2	1

62	64	99	99	99	1	5	2	1
63	65	99	3	99	1	5	2	1
64	66	3	2	99	3	5	2	2
65	67	99	99	99	1	5	2	1
66	68	99	5	99	1	4	2	1
67	69	99	99	99	3	1	2	1
68	70	99	99	99	3	3	2	1
69	71	99	1	99	3	5	2	1
70	72	99	99	99	4	1	2	1
71	73	99	99	99	1	1	2	1
72	74	99	2	99	99	2	1	1
73	75	99	99	99	99	3	1	1
74	76	99	99	99	99	1	1	1
75	77	99	6	99	99	5	1	2
76	78	99	99	99	99	2	1	1
77	79	99	4	99	99	5	1	1
78	80	99	4	99	1	3	2	1
79	81	99	99	99	1	3	2	2
80	82	99	99	99	1	5	2	1
81	83	99	99	99	3	3	2	1
82	84	99	2	99	4	4	2	2
83	85	1	2	99	3	3	2	2
84	86	5	99	99	1	4	2	1
85	87	99	99	99	1	3	2	1
86	88	99	99	99	1	1	2	2
87	89	99	99	99	4	1	2	2
88	90	99	2	99	99	5	1	2
89	91	99	1	99	99	1	1	1
90	92	99	99	99	99	4	1	2
91	93	99	99	99	99	5	1	1
92	94	99	99	99	99	1	1	2
93	95	99	99	99	1	2	2	1
94	96	3	99	99	2	4	2	2
95	98	99	99	99	2	1	2	1
96	99	99	99	99	3	4	2	1
97	100	99	2	1	3	3	2	2
98	101	99	99	99	99	3	1	2
99	102	99	4	99	99	3	1	2
100	103	99	99	99	99	5	1	2
101	104	99	1	99	99	3	1	1
102	105	99	2	99	99	4	1	1
103	106	99	99	1	99	5	1	1
104	107	99	99	99	1	3	2	2
105	108	1	1	99	1	3	2	2
106	109	99	1	1	2	4	2	1
107	110	99	99	99	3	3	2	1
108	111	99	99	99	1	1	2	2
109	112	2	99	99	1	4	2	1
110	113	99	99	99	1	1	2	1
111	114	99	99	1	1	1	2	2
112	115	99	99	3	3	1	2	1
113	116	99	99	99	2	1	2	2
114	118	99	99	2	99	5	1	1
115	119	99	99	99	99	5	1	2
116	120	99	2	99	99	4	1	2
117	121	99	99	99	99	2	1	2
118	122	99	4	99	99	3	1	2
119	123	99	99	99	1	5	2	1
120	124	99	2	99	1	2	2	1
121	126	99	99	99	1	3	2	2
122	128	99	99	99	1	2	2	2
123	129	99	99	99	1	4	2	1
124	130	2	99	99	3	3	2	2
125	131	99	99	99	1	3	2	2
126	132	1	99	4	3	1	2	1
127	133	99	99	99	2	1	2	2
128	134	99	99	99	3	1	2	1
129	135	99	99	99	99	5	1	1

130	136	99	99	99	99	1	1	1
131	137	99	99	99	99	4	1	1
132	138	99	99	99	99	1	1	2
133	139	99	1	99	99	4	1	2
134	140	99	99	99	1	4	2	1
135	141	99	99	99	1	1	2	2
136	142	1	1	99	1	4	2	2
137	143	99	99	2	5	1	2	1
138	144	99	99	99	3	3	2	2
139	145	99	99	99	1	2	2	1
140	146	99	99	99	99	1	1	1
141	147	99	5	99	99	5	1	2
142	148	99	99	99	99	4	1	1
143	149	99	1	99	99	4	1	2
144	150	99	99	99	99	1	1	2
145	151	99	99	99	99	5	1	1
146	152	1	1	99	1	2	2	1
147	153	99	99	99	1	2	2	2
148	154	2	99	99	3	5	2	2
149	155	99	2	99	99	3	1	2
150	156	99	99	99	99	1	1	1
151	157	99	2	99	99	2	1	1
152	158	99	2	99	99	3	1	2
153	159	99	4	99	99	5	1	2
154	160	99	99	99	99	2	1	2
155	161	99	99	99	1	5	2	2
156	162	1	99	99	1	4	2	2
157	163	99	99	99	1	5	2	2
158	164	99	1	1	2	4	2	2
159	165	2	2	99	1	4	2	1
160	166	99	99	99	3	1	2	2
161	167	99	1	99	99	4	1	1
162	168	99	1	99	99	5	1	2
163	169	99	99	99	99	2	1	1
164	171	99	99	99	1	4	2	2
165	172	99	3	99	3	4	2	2
166	173	99	99	1	3	4	2	1
167	174	99	99	99	1	1	2	1
168	175	99	2	2	3	3	2	2
169	176	99	99	99	4	1	2	2
170	177	99	99	99	99	5	1	2
171	178	99	99	99	99	1	1	2
172	179	99	1	99	99	1	1	1
173	180	99	99	99	99	3	1	1
174	181	99	99	99	99	5	1	2
175	182	99	1	99	99	5	1	1
176	183	99	99	99	1	4	2	1
177	184	2	3	99	99	5	2	2
178	185	99	99	99	3	5	2	2
179	186	99	99	3	3	1	2	1
180	187	99	99	99	1	1	2	2

1	MUY BAJO
2	BAJO
3	MODERADO
4	ALTO
5	MUY ALTO
99	No APLICA

Exodoncia ejecutada: 1,2,3 ,4,5  
Restauración ionómero ejecutado: 1,2,3,4,5,6  
Restauración resina: 1,2,3,4

## ARTÍCULO

Presupuesto por Resultados y Cobertura Prestacional Recuperativa de Salud Bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal

Santa Anita 2017

María Elena Ramos Hernández

Universidad César Vallejo

### RESUMEN:

El objetivo de la investigación fue establecer la relación que existe entre el presupuesto por resultados y la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del centro de salud cooperativa universal durante el año 2017.

La investigación es de tipo aplicada el nivel de investigación es descriptivo-correlacional, de enfoque cuantitativo, no experimental. La muestra estuvo conformada por 180 niños que fueron atendidos en atención odontológica básica del centro de salud cooperativa universal, la técnica utilizada fue de observación cuyos datos obtenidos fueron registrados en una ficha de recolección de datos aplicados a las historias clínicas y a los niños seleccionados mediante el examen odontológico. Se concluyó que: existe relación directa y significativa entre presupuesto por resultado y la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños. Lo que se demuestra con el estadístico de Spearman en el nivel 0,01 (bilateral),  $Rho= 0,689$  ( $p 0,000$ ), resultando una correlación positiva moderada, para el sub-producto exodoncia y lo las ejecutadas, en el nivel 0,01 (bilateral)  $Rho= -0,241$  ( $p 0,001$ ), siendo una correlación negativa baja para el sub-producto ionómero y los ejecutados, y la última correlación también positiva baja en el nivel 0,01 (bilateral),  $Rho= 0,385$  ( $p 0,000$ ) para el sub-producto resinas y resinas ejecutadas.

**Palabras clave:** Presupuesto por resultados, Cobertura prestacional recuperativa

### Abstract

The objective of the research was to establish the relationship that exists between the budget by result and the recuperative coverage of oral health in children of the universal cooperative health center during the year 2017. The research is of an

applied type of quantitative approach, of non - experimental design; the level is descriptive - correlational, since in determining the relation between the variables in a determined time. The sample was conformed by 180 children who were attended in basic dental care of the universal cooperative health center for data collection was used the observation technique to measure both variables, the variable budget by result consists of a dimension with three items and the variable recovery benefit coverage with four dimensions and nine items, whose data obtained were recorded in a data collection form applied to the medical records and to the children selected through the dental examination. It was concluded that: there is a direct and significant relationship between budget by result and the recoverable oral health coverage in children. This is demonstrated by the Spearman statistic at the 0.01 level (bilateral),  $Rho = 0.689$  ( $p 0.000$ ), with a moderate positive correlation, for the by-product of the exodontics and the executed ones, at the 0.01 level (bilateral)  $Rho = -0.241$  ( $p 0.001$ ), with a negative correlation for the ionomer by-product and those performed, and the latter also low positive correlation at the 0.01 (bilateral) level,  $Rho = 0.385$  ( $p = 0.000$ ) for the sub-product resins and resins executed.

Key words: Budget by results, Recoverable benefit coverage

### **Introducción**

La presente investigación tiene como objetivo general establecer la relación que existe entre PpR y cobertura prestacional recuperativa debido a que el PpR establece una frecuencia en los subproductos de exodoncia, restauración con ionómero y restauración con resina para poder considerar a una persona tratada ,sin embargo la morbilidad de la cavidad bucal varía de acuerdo a la edad y tiene particularidades según la ubicación geográfica de un establecimiento de salud, sumándose factores como calidad de la oferta y necesidades en la demanda; en la oferta se evidencia la capacidad resolutive en la prestación de los servicios, que incluye a su vez al recurso humano, insumos e instrumental en cantidad, calidad y disponibilidad oportuna; con respecto a la demanda se tiene a las características de la morbilidad según el grupo objetivo tomando en cuenta de la edad y sexo; todos estos elementos comprendidos en tiempo y espacio específico.



## **Antecedentes.**

Tesofa (2015) en la revisión titulada: “Los procesos de planificación operativa del sector salud y de presupuesto en Kenia, nunca los dos se reunirán” Expuso que la planificación operativa se considera una herramienta importante para la traducción de las políticas del gobierno y son objetivos estratégicos en las actividades de gestión del día a día, se utilizaron exámenes de documentos, observación de participantes y entrevistas con informantes clave. Concluyó que la alineación es poco probable que se logre sin tener en cuenta los contextos institucionales específicos y las relaciones de poder entre las partes interesadas

Tanaka (2011), desarrolló la tesis titulada “Influencia del presupuesto por resultados en la gestión financiera-presupuestal del ministerio de salud”. Cuyo objetivo fue identificar la influencia de la aplicación progresiva del Presupuesto por Resultados – PpR, en la gestión financiera-presupuestal del Ministerio de Salud – MINSa utilizó el método documental, acopiando información existente y vigente, del ministerio de economía y finanzas, así como del MINSa, así mismo la información teórica. Llegó a la conclusión que la regulación de la ejecución del gasto público, no contribuye a una gestión por resultados, ya que se orienta a los procedimientos y cumplimiento de normas y leyes, y más no a resultados tangibles en beneficio de la población con mayores necesidades.

## **Revisión de literatura**

**Presupuesto por Resultados** : Es una estrategia de gestión pública vinculando la asignación de recursos a productos y resultados medibles en favor de la población, requiriendo de una definición clara y objetiva de los resultados a alcanzar, el compromiso por parte de entidades, la designación de responsables tanto para la implementación de los instrumentos del PpR como para la rendición de cuentas del gasto público, y establecer instrumentos para generar información sobre los productos, resultados y la gestión realizada para su logro(Ministerio de Economía y Finanzas).

### **Cobertura prestacional recuperativa**

La OMS (2013): Que los indicadores de la cobertura de los servicios de salud reflejan en qué medida se dispensan de hecho intervenciones sanitarias importantes a las personas que las necesitan. En general, los indicadores de cobertura resultan dividiendo el número de personas que reciben una intervención definida por la población que cumple las condiciones para recibirla o que la necesite.

### **Metodología**

El diseño de la investigación es de tipo no experimental: Corte transversal y correlacional, ya que no se manipuló ni se sometió a prueba las variables de estudio, fue de tipo básica de naturaleza descriptiva y correlacional debido que en un primer momento se ha descrito y caracterizado la dinámica de cada una de las variables de estudio. La población de estudio estuvo conformada por niños de 3 a 11 años atendidos en el servicio de odontología que fueron en total 180. La técnica utilizada fue la observación y se utilizó la ficha de recolección de datos como instrumento. Para el proceso de la confiabilidad del instrumento, se ha tomado una muestra piloto de 30 niños, para tal efecto se ha procedido y utilizado la técnica de Alfa de Cronbach. Una vez recolectados los datos proporcionados por el instrumento, se procedió al análisis estadístico respectivo, en la cual se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 24. Los datos están tabulados y presentados en tablas y gráficos de acuerdo a las variables y dimensiones. Para la prueba de las hipótesis se aplicó el coeficiente Rho de Spearman, ya que el propósito fue determinar la relación entre las dos variables a un nivel de confianza del 95% y significancia del 5%.

## Resultados

Tabla 1

*Correlación entre presupuesto por resultados y cobertura prestacional*

			Exodoncia ejecutada	Restauración ionómero ejecutado	Restauración resina ejecutada
Rho de Spearman	Sub- producto exodoncia	Coeficiente de correlación	,689**	0.127	0.142
		Sig. (bilateral)	0.000	0.091	0.057
		N	180	180	180
	Sub- producto ionómero	Coeficiente de correlación	0.073	-,241**	0.007
		Sig. (bilateral)	0.331	0.001	0.926
		N	180	180	180
	Sub- producto resina	Coeficiente de correlación	0.103	-0.098	,385**
		Sig. (bilateral)	0.170	0.190	0.000
		N	180	180	180

Los resultados del análisis estadístico de correlación de Spearman de la tabla 1 dan cuenta de la existencia de una relación  $r=0,689$  entre los componentes sub-producto exodoncia y exodoncias ejecutadas, este grado de correlación indica que la relación entre las variables es positiva moderada ( $p=0,000$ ), así como entre el sub-producto resina y resinas ejecutadas existe una relación  $r= 0,385$  lo que indica una correlación positiva baja ( $p=0,000$ ).

Para los componentes sub-producto ionómero y ionómeros ejecutados se evidencia  $\rho = -0,241$  ( $p 0,001$ ). Existe una correlación negativa baja.

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Se concluye que el presupuesto por resultado se relaciona moderadamente con la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal. Santa Anita. 2017.

## Discusión

El Presupuesto por resultados (PpR) siendo una herramienta de gestión pública el cual desarrolla una forma de asignar el presupuesto público que se basa en lograr

objetivos y metas de los programas presupuestales hace que las instituciones fortalezcan sus capacidades y que asuman el compromiso de aplicar correctamente los instrumentos para conseguir resultados medibles beneficiando a la población más necesitada. Debido a este planteamiento es que se considera que la planificación para asignación de meta reflejada en los sub-productos de la atención odontológica recuperativa del programa presupuestal en esta investigación frente al cumplimiento de meta evidenciado en la ejecución asociada al sub-producto de está relacionada.

En la tabla 1 el Rho obtenido como correlación positiva baja y moderada respalda la asociación entre los sub-productos exodoncia y resina frente a su cumplimiento de meta. Así también Laurente tuvo el objetivo de demostrar la incidencia entre el presupuesto y desarrollo económico local, obtuvo su resultado final demostrando una incidencia moderada entre ambas variables, dando una sugerencia de fortalecer las capacidades humanas, articular y coordinar con todos los sectores, gremios y organizaciones para el cumplimiento efectivo de las metas y superar las deficiencias de la gestión. Tanaka también llegó a la conclusión que la regulación de la ejecución del gasto público, no contribuye a una gestión por resultados, ya que se orienta a los procedimientos y cumplimiento de normas y leyes, y más no a resultados tangibles en beneficio de la población con mayores necesidades.

En la tabla 1 la correlación es negativa baja, por lo tanto, no habría asociación entre el sub-producto ionómero y los ionómeros ejecutados. Tesofa encontró que el sector de la salud de Kenia estaba lejos de lograr la planificación y la alineación de presupuestos.

Tesofa resume que hubieron otros factores que contribuyeron con el problema incluyendo el débil Ministerio de Salud de la administración y la separación institucionalizada entre planificación y presupuestación de procesos, una planificación que cambia rápidamente y el medio ambiente de presupuestos, la falta de datos fiables para informar la fijación de objetivos y la mala participación de los actores claves en el proceso incluyendo niveles superiores e inferiores para el abordaje a la fijación de objetivos. Todos estos resultados infieren que la realidad en morbilidad local se debe tomar en cuenta para la planificación de los programas

presupuestales con respecto a cumplimiento de metas, se pretende en el actual PpR cumplir con una meta para lo cual no hay relación con la situación de morbilidad local, las metas superan a la necesidad según la demanda o viceversa. La Oficina general de estadística e Informática/ MINSA presentó el reporte de cobertura prestacional PpR para el Centro de salud Cooperativa universal, período 2016, mostrando brechas de atención entre “casos iniciados y terminados”, casos iniciados (no culminados) con cumplimiento según 35% para exodoncia, 19,05% para restauraciones con ionómero de vidrio y el 5,11% para restauraciones con resina; entre las tres prestaciones recuperativas existe un total de 384 casos iniciados con 60 tratados, evidenciándose una media del 15,62% para la proporción entre casos iniciados y tratados; estos datos son similares a los obtenidos para el mismo período en esta investigación. La autoridad sanitaria competente sería responsable de la reorientación de la financiación para la optimización del uso del presupuesto, lo cual es respaldado por Charles quien sugiere que una comunicación del director médico en relación a falta de inversión en la prescripción de mucolíticos y estaba explorando la posible reorientación de las opciones de financiación.

En el país existen normas que regulan los planes presupuestales, no obstante, Tanaka, añade que las normas existentes al respecto, evidencian que en la práctica las sociedades civiles participan en forma limitada en el proceso de toma de decisiones. Charles, en su investigación concluyó de igual manera que el ejercicio demuestra el potencial que poseen las juntas de salud en usar dicho sistema cuya evidencia controversial alcanzaría en definir decisiones de desinversión o inversión. El cumplimiento de meta en el centro de salud cooperativa universal se favorecería con la modificación en el aspecto legislativo que contemple una planificación con respecto al cumplimiento de meta física más cercano a la realidad tomando en cuenta la demanda y la oferta basados en un diagnóstico situacional más cercano a la realidad con la participación de todos los actores y no basados en lo histórico. Acuña en el documento de gestión presupuestaria del Ministerio de Economía y Finanzas respalda lo antedicho refiriendo que cuando se crearon los programas presupuestales en el Perú tenían como objetivos: reemplazar la manera tradicional de formular el Presupuesto basada en la

asignación histórica (incrementalismo), por una que persiga objetivos o resultados bien definidos; cambiar la manera tradicional de tomar las decisiones centrada en líneas de gasto, insumos o procedimientos que tienen una perspectiva puramente institucional, y centrarla en la cobertura de bienes y servicios (productos en el glosario PpR) necesarios para alcanzar los resultados; dejar de hacer solo un control financiero de la ejecución presupuestal y empezar a tener una gestión más efectiva que planifique la cantidad de bienes y servicios a entregar y use indicadores de resultados para medir sus avances

### **Conclusiones**

1. Existe una correlación positiva ( $Rho = 0,689$  y  $0,385$ ) y significativa ( $p=0,000$ ) entre el presupuesto por resultados y la cobertura prestacional recuperativa de salud bucal en niños del Centro de Salud Cooperativa Universal. Santa Anita. 2017
2. Al existir una correlación positiva moderada ( $Rho = 0,689$ ) y significativa ( $p=0,000$ ) entre el presupuesto por resultados en la condición del sub-producto exodoncia con respecto a exodoncia ejecutada, se concluye que la frecuencia planteada del PpR como cumplimiento de meta evidencia fuerza en la correlación para la cantidad de ejecución de dicha prestación en cobertura prestacional.
3. El sub-producto restauración ionómero como frecuencia planteada por PpR para la presente investigación evidencia una correlación, pero negativa baja ( $Rho = -0,241$ ) y significativa ( $p=0,001$ ), con respecto a la cantidad de ionómeros ejecutados en la cobertura prestacional, son valores independientes. La meta física planteada por el PpR ha tenido otros factores que influyeron en su ejecución y cumplimiento.
4. Para la condición sub-producto resina del PpR con respecto a las resinas ejecutadas se evidenció en este estudio una correlación positiva baja ( $Rho = 0,385$ ) y significativa ( $p=0,000$ ), concluyéndose que la frecuencia del PpR según se exige para el cumplimiento de meta se asocia ligeramente a cobertura prestacional en la cantidad de ejecutado para dicha dimensión.

### **Referencias**

Laurente, E. (2015). Presupuesto por resultados y el desarrollo económico local, distrito Ongoy, provincia Chincheros, región Apurímac, 2010 – 2014. (Título

de Licenciado en Administración de Empresas, Universidad Nacional José María Arguedas, facultad de ciencias de la empresa, escuela profesional de administración de empresas. Perú) Recuperado de [http://repositorio.unajma.edu.pe/bitstream/handle/123456789/247/Elder\\_Laurent\\_Tesis\\_Titulo\\_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unajma.edu.pe/bitstream/handle/123456789/247/Elder_Laurent_Tesis_Titulo_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ministerio de economía y finanzas. (s.f). *¿Qué es el presupuesto por resultados (PpR)?* Recuperado de <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/ique-es-ppr>

Organización mundial de la salud. (2013). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Washington. OMS. Recuperado de [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)

Tanaka, T., Elena, M. (2011). Influencia del presupuesto por resultados en la Gestión Financiera Presupuestal del Ministerio de Salud. (Tesis inédita de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú). Recuperado de [cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/860/1/Tanaka\\_te.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/860/1/Tanaka_te.pdf).

Tesofa, B. Molyneux, S y Goodman, K. (2015). Health sector operational planning and budgeting processes in Kenya— “never the twain shall meet”. *Int J Health Plann Mgmt* 2016; 31: 260–276. Doi: 10.1002/hpm.2286. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25783862>