



INSTITUTO DE GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL Y SU RELACIÓN CON LAS
METAS DEL PROGRAMA CONTROL Y PREVENCIÓN DEL
CÁNCER DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN
DE MIRAFLORES, 2011-2017**

**PRESENTADA POR
DORIS MILINDA HOYOS ARISTA**

**ASESOR
ARMANDO EDGARDO FIGUEROA SÁNCHEZ**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN GESTIÓN
PÚBLICA**

LIMA – PERÚ

2018



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

La autora permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**INSTITUTO DE GOBIERNO Y DE GESTIÓN PÚBLICA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**“EJECUCIÓN PRESUPUESTAL Y SU RELACIÓN CON LAS
METAS DEL PROGRAMA CONTROL Y PREVENCIÓN DEL
CÁNCER DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN
JUAN DE MIRAFLORES, 2011-2017”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO
EN GESTIÓN PÚBLICA**

PRESENTADA POR:

Bach. DORIS MILINDA HOYOS ARISTA

ASESOR:

Dr. ARMANDO FIGUEROA SÁNCHEZ

LIMA, PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mi hijo Gregory por ser mi motor y motivo e
inspiración para poder superarme cada día más.
Como en todos mis logros, en este has estado
presente.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad San Martín de Porres por haberme aceptado ser parte de ella y abierto sus puertas, para poder estudiar mi maestría; así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos.

A mi Asesor de Tesis. Dr. Armando Figueroa Sánchez y mis Tutoras Institucionales Dra. Doris Marcela Lituma Aguirre y Dra. Reyna Bustamante Coronado, personas de gran sabiduría; a quienes expreso mi más profundo agradecimiento, por hacer posible la realización de este estudio, mediante su paciencia, tiempo y dedicación brindándome su valiosa colaboración y orientación en el desarrollo de la Investigación.

Al Hospital María Auxiliadora, en especial al Director General Dr. Julio Medina Verástegui por haberme aceptado que se realice mi tesis en tan importante Hospital del Cono Sur. Y También a los profesionales Dra. Edith Orfelina Muñoz Landa y al Dr. Jorge Polo Cortez.

Agradezco a mi familia, amig@s por brindarme su apoyo y motivación para seguir estudiando y lograr el objetivo trazado para un futuro mejor.

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con normas y valores, que me motivan constantemente para alcanzar mis anhelos.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE GENERAL.....	iv
ÍNDICE DE CUADROS.....	x
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
RESUMEN.....	xvii
ABSTRACT.....	xviii
INTRODUCCIÓN.....	19
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	29
1.1 Antecedentes de la investigación	29
1.2 Bases teóricas	40
1.2.1 Control Del Cáncer en el Perú.....	40
1.2.2 Cáncer Gástrico en España	41
1.2.3 Políticas para la prevención secundaria del CCU en Paraguay ...	43
1.2.4 Pobreza, inequidad y cáncer en el Perú.....	44
1.2.5 El dilema tratamiento vs prevención en el Perú	45
1.2.6 El Cáncer de Mama en los Países con Recursos Limitados	46
1.2.7 Prevención y atención precoz: un derecho de todos.....	47
1.2.8 Componente de gestión de recursos presupuestales.....	48
1.3 Definición de términos básicos	49
1.3.1. El Cáncer.....	49

1.3.2. El Cuello Uterino	49
1.3.3. Cáncer de Cuello Uterino	49
1.3.4. Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino.....	50
1.3.5. Cáncer de mama.....	52
1.3.6. Cáncer de estómago	53
1.3.7 Ejecución Presupuestal:.....	56
1.3.8 Metas:.....	57
1.3.9 Gestión presupuestaria:	57
CAPÍTULO II: PREGUNTAS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	58
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	64
3.1 Diseño metodológico	64
3.2 Diseño muestral.....	65
3.3 Técnicas de recolección de datos.....	68
3.4 Técnicas de gestión y estadísticas para el procesamiento de la información	69
3.5 Aspectos éticos.....	69
CAPITULO IV: RESULTADOS	70
4.1. Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.	70
4.1.1 Fuente de financiamiento del presupuesto para tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.	71
4.1.2 Genérica del gasto para tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.	72
4.1.3 Determinación de cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control y	

prevención de cáncer de cuello uterino, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017.....	74
4.2. Examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.	77
4.2.1 Fuente de financiamiento de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.	78
4.2.2. Genérica de gasto de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.	79
4.2.3. Determinación de cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017.....	81
4.3 Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.....	84
4.3.1 Fuente de financiamiento del presupuesto para mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.	84
4.3.2. Genérica del gasto de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.	86
4.3.3 Determinación de cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017.....	88
4.4 Endoscopía digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.....	91

4.4.1. Fuente de Financiamiento de endoscopía digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.....	91
4.4.2 Genérica del gasto de endoscopía digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	93
4.4.3. Determinación de cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de endoscopía digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017.	95
4.5 Apreciación de los médicos oncólogos que atienden las actividades estudiadas.	98
4.51 Apreciación de los médicos oncólogos, respecto al presupuesto asignado para el cumplimiento de metas.	99
4.5.2 Apreciación de los médicos oncólogos, sobre la cobertura de atención a personas en riesgo.	100
4.5.3 Apreciación de los médicos oncólogos sobre la calidad diagnóstica.	102
4.5.4 Apreciación de los médicos oncólogos respecto al manejo temprano del padecimiento.	104
4.5.5 Apreciación de los médicos oncólogos respecto la reducción de tratamientos innecesarios.....	105
4.5.6 Apreciación de los médicos oncólogos sobre la reducción de los tratamientos complejos.....	108
4.5.7 Apreciación de los médicos oncólogos según la reducción de la ansiedad de los pacientes, para ser atendidos.	109

4.5.8	Apreciación de los médicos oncólogos según el aumento de años de vida saludable de los pacientes.....	111
4.5.9	Apreciación de los médicos oncólogos para la mejora en la calidad de vida de los pacientes.....	113
4.5.10	Apreciación general de los médicos oncólogos.....	114
CAPITULO V: DISCUSIÓN.....		118
CONCLUSIONES		124
RECOMENDACIONES.....		127
FUENTES DE INFORMACIÓN.....		130
ANEXO 1 GUÍA DE ENTREVISTA		135
ANEXO 2 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS		143
ANEXO 3 CONSTANCIA.....		145
ANEXO 4 SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN		146
ANEXO 6 GUÍA DE OBSERVACIÓN		148
ANEXO 7 BASE DE DATOS.....		149
ANEXO 8 BASE DE DATOS (CONT.).....		150
ANEXO 9 BASE DE DATOS (CONT.).....		151

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 -Tipos de cáncer más importantes que se gestionan en el hospital María auxiliadora	22
Figura 2- Ejecución presupuestal en el tratamiento de cáncer más importantes que se gestionan en el Hospital María Auxiliadora, periodo 2011-2016	23
Figura 3 - Tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujer de 50 a 64 años..	50
Figura 4 - Tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 a 49 años con prueba molecular para VPH (PM VPH).....	51
Figura 5 - Tamizaje de cáncer de cuello uterino con IVAA en mujeres de 30 a 49 años (sin disponibilidad de PM VPH).....	52
Figura 6 - Distribución de los casos de cáncer por localización topográfica y sexo. Enero a diciembre 2016	54
Figura 7- Flujograma de diagnóstico de her2 en pacientes con cáncer de mama no metastásico.....	55
Figura 8 - Flujograma de tratamiento en pacientes con cáncer de mama her2 positivo no metastásico.....	56
Figura 9 Población Fuente INEI	66
Figura 10 Crecimiento poblacional Fuente INEI.....	66

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Matriz de operacionalización.....	63
--	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento, para tamizaje en mujeres, para detección de cáncer de cuello uterino, en el periodo 2011-2017.	71
Tabla 2 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según genérica de gasto, para tamizaje en mujeres, para detección de cáncer de cuello uterino, en el periodo 2011-2017.	73
Tabla 3 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control y detección de cáncer de cuello uterino.	75
Tabla 4 Correlación entre el presupuesto ejecutado y la meta física de tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.	76
Tabla 5 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento, de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.	78
Tabla 6 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según genérica de gasto de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino en el periodo 2011-2017.	80
Tabla 7 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.	82
Tabla 8 Correlación entre el presupuesto ejecutado y la meta física de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.	83

Tabla 9 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento, de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, en el periodo 2011-2017.	85
Tabla 10 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según genérica de gasto, de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, en el periodo 2011-2017.	87
Tabla 11 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.	89
Tabla 12 Correlación entre el presupuesto ejecutado y la meta física de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.	90
Tabla 13 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento, de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	92
Tabla 14 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según genérica de gasto, para endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	94
Tabla 15 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	96
Tabla 16 Correlación entre el presupuesto ejecutado y la meta física de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	97
Tabla 17 Apreciación de los médicos oncólogos sobre el presupuesto asignado para el cumplimiento de metas.	99

Tabla 18	Apreciación de los médicos oncólogos sobre la cobertura de atención a personas en riesgo.	101
Tabla 19	Apreciación de los médicos oncólogos sobre la calidad diagnóstica.....	102
Tabla 20	Apreciación de los médicos oncólogos sobre la mejora en el manejo temprano del padecimiento.....	104
Tabla 21	Apreciación de los médicos oncólogos sobre la reducción de tratamientos innecesarios	106
Tabla 22	Apreciación de los médicos oncólogos sobre la reducción de los tratamientos complejos	108
Tabla 23	Apreciación de los médicos oncólogos sobre la reducción de la ansiedad de los pacientes para ser atendidos	110
Tabla 24	Apreciación de los médicos oncólogos sobre el aumento de años de vida saludable de los pacientes.	112
Tabla 25	Apreciación de los médicos oncólogos sobre la mejora en la calidad de vida de los pacientes	113
Tabla 26	- Appreciación general de los médicos oncólogos	116

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento, para tamizaje en mujeres, para detección de cáncer de cuello uterino, en el periodo 2011-2017.	72
Gráfico 2 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según genérica de gasto, para tamizaje en mujeres, para detección de cáncer de cuello uterino, en el periodo 2011-2017.	74
Gráfico 3 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control y detección de cáncer de cuello uterino.	76
Gráfico 4 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control y detección de cáncer de cuello uterino.	77
Gráfico 5 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento, de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino periodo 2011-2017.	79
Gráfico 6 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según genérica de gasto de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino en el periodo 2011-2017.	81
Gráfico 7 Ejecución presupuestal, en relación con las metas en la actividad de control de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.	82
Gráfico 8 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.	84

Gráfico 9 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento, de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, en el periodo 2011-2017.	86
Gráfico 10 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según genérica de gasto, para mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama., en el periodo 2011-2017.	88
Gráfico 11 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control y detección con mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.	90
Gráfico 12 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control y detección de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.	91
Gráfico 13 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento, de endoscopía digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	93
Gráfico 14 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según genérica de gasto, de endoscopía digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	95
Gráfico 15 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad para endoscopía digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	97
Gráfico 16 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad para endoscopía digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	98

Gráfico 17	Apreciación de los médicos oncólogos sobre el presupuesto asignado para el cumplimiento de metas.....	100
Gráfico 18	Apreciación de los médicos oncólogos sobre la cobertura de atención a personas en riesgo.	101
Gráfico 19	Apreciación de los médicos oncólogos sobre la calidad diagnóstica	103
Gráfico 20	Apreciación de los médicos oncólogos sobre la mejora en el manejo temprano del padecimiento.....	105
Gráfico 21	Apreciación de los médicos oncólogos sobre la reducción de tratamientos innecesarios	107
Gráfico 22	Apreciación de los médicos oncólogos sobre la reducción de los tratamientos complejos	109
Gráfico 23	Apreciación de los médicos oncólogos sobre la reducción de la ansiedad de los pacientes para ser atendidos	111
Gráfico 24	Apreciación de los médicos oncólogos sobre el aumento de años de vida saludable de los pacientes	112
Gráfico 25	Apreciación de los médicos oncólogos sobre la mejora en la calidad de vida de los pacientes	113
Gráfico 26	- apreciación general de los médicos oncólogos	117

RESUMEN

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de, determinar cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de las actividades del Programa control y prevención de cáncer, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017. La investigación es no experimental, de enfoque cuantitativo, corresponde a una investigación descriptiva, correlacional, de carácter longitudinal, por tratarse de una investigación en un periodo de tiempo. En los resultados obtenidos de la fuente de financiamiento del presupuesto para tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, reflejan que la fuente de financiamiento, predominante, proviene de recursos ordinarios, cuyo promedio anual fue de S/. 171, 817, que representa el 92.35%, del total del presupuesto, y solo S/. 13,094, que proviene de Donaciones y Transferencias, representando el 7.05%. Respecto al presupuesto modificado y ejecutado según la genérica del gasto, para Tamizaje en mujeres destinado a la detección del cáncer de cuello uterino, en promedio se gastó S/. 272.237 destinados solamente a bienes y servicios en un 100%, en el período estudiado. También se determinó que, existe una relación directa y significativa al 90 % de confianza, entre la ejecución presupuestal y las metas logradas año por año, en el tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, pero no con el examen de colposcopia con citología anormal de cáncer de cuello uterino, en la mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, y en la endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.

Palabras clave: ejecución presupuestal, metas, cáncer.

ABSTRACT

The present investigation was developed with the objective of determining how the effectiveness of budget execution is evidenced, in relation to the goals of the activities of the Cancer Control and Prevention Program, of the Maria Auxiliadora Hospital of San Juan de Miraflores, 2011- 2017 The research is non-experimental, with a quantitative approach, corresponds to a descriptive, correlational, longitudinal investigation, because it is an investigation in a period of time. In the results obtained from the funding source of the budget for women screening for cervical cancer, they reflect that the predominant funding source comes from ordinary resources, whose annual average was S / . 171, 817, which represents 92.35% of the total budget, and only S / . 13,094, which comes from Donations and Transfers, representing 7.05%. Regarding the budget modified and executed according to the generic of the expense, for Screening in women destined to the detection of cervical cancer, on average S / . 272,237 destined only for goods and services in a 100%, in the period studied. It was also determined that there is a direct and significant relationship to 90% confidence, between the budget execution and the goals achieved year by year, in the screening of women for cervical cancer screening, but not with the colposcopy examination. abnormal cytology of cervical cancer, in bilateral mammography in women from 40 to 65 years of breast cancer, and in upper digestive endoscopy in people aged 45 to 65 years of stomach cancer.

Keywords: budget execution, goals, cancer.

INTRODUCCIÓN

Descripción de la situación problemática

La (Organización Mundial de Salud, 2017) ha publicado que:

“El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En 2012 se registraron alrededor de 14 millones de nuevos casos. Se prevé que el número de nuevos casos aumente aproximadamente en un 70% en los próximos 20 años. El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad. Cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos. Alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. El tabaquismo es el principal factor de riesgo y ocasiona aproximadamente el 22% de las muertes por cáncer.

Las infecciones oncogénicas, entre ellas las causadas por virus de las hepatitis o por papiloma virus humanos, ocasionan el 25% de los casos de cáncer en los países de ingresos medios y bajos.

La detección de cáncer en una fase avanzada y la falta de diagnóstico y tratamiento son problemas frecuentes. En 2015, solo el 35% de los países de ingresos bajos informaron de que la sanidad pública contaba con servicios de patología para atender a

la población en general. Más del 90% de los países de ingresos altos ofrecen tratamiento a los enfermos oncológicos, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje es inferior al 30%. El impacto económico del cáncer es sustancial y va en aumento. Según las estimaciones, el costo total atribuible a la enfermedad en 2010 ascendió a US\$ 1,16 billones. Solo uno de cada cinco países de ingresos medianos o bajos dispone de los datos necesarios para impulsar políticas de lucha contra la enfermedad”.

Desde el año 2007, el Perú viene implementando una de las reformas más importantes en el Sistema Nacional de Presupuesto: el Presupuesto por Resultados denominado PPR. Dicha reforma tiene como finalidad asegurar que la población reciba los bienes y servicios que requieren en las condiciones deseadas y, de esta manera, contribuir a la mejora de su calidad de vida. El PPR se define como una estrategia de gestión pública que vincula la asignación de recursos a productos y resultados medibles en favor de la población. En este sentido, requiere la existencia de una definición clara y objetiva de los resultados a alcanzar, el compromiso por parte de entidades para alcanzarlos. Actualmente hay 148 programas presupuestales en diferentes sectores.

En el sector salud, el primer PPR implementado en el 2008 fue el PP 001- Articulado Nutricional. En el año 2011 se implementó el programa presupuestal 024 Control y Prevención del Cáncer que tiene como resultado la disminución de la morbi-mortalidad por cáncer en la población, a través de productos orientados a que las comunidades y las instituciones prevengan, diagnostiquen y brinden tratamiento al cáncer de cuello uterino, estómago,

mama, colon, recto, hígado, leucemia, pulmón, linfoma y piel no melanoma, involucrando en forma activa de los tres niveles de gobierno.

El Programa Presupuestal 024 ha sufrido modificaciones discretas en su estructura, desde su implementación en el 2011. Del 6 a 10 de marzo del 2017, los profesionales fueron convocados al Taller de Facilitadores del Programa Presupuestal 024, en Ica, realizándose la socialización de la nueva Estructura Funcional Programática (EFP) con 18 productos y uno de acciones comunes para el desarrollo del programa presupuestal.

(Salazar, Regalado, Magalli, Montanez, & Abugattas, 2013), indican que:

“La incidencia estimada de cáncer en el Perú es de 150 casos por 100 000 habitantes. Este ocupa el segundo lugar de las causas mortalidad a nivel nacional y se estima que el 75% de los casos se diagnostican en etapa avanzada y principalmente en Lima. En ese contexto, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) ha promovido la descentralización de la atención oncológica con la creación de los institutos regionales de enfermedades neoplásicas, las unidades oncológicas y los preventorios. Asimismo, ha diseñado, desarrollado e implementado el Programa Presupuestal de Prevención y Control de Cáncer, por lo que desde el año 2011, más de 7000 establecimientos del país asignan recursos para la prevención, promoción y detección precoz de los cánceres más frecuentes en el Perú. Con el financiamiento del seguro estatal, se integraron los ejes estratégicos básicos para una atención integral del cáncer en la población de menores recursos. De esta manera y dentro de

una política de estado integradora y articulada con el sector salud, nace el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y el Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú, denominado “Plan Esperanza”. En este artículo, desarrollamos el papel que viene cumpliendo el INEN en el control del cáncer como problema de salud pública, destacando la importancia del Programa Estratégico Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer y de su papel en el Plan Esperanza”.

Siendo los tipos de cáncer de mayor importancia: cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y cáncer de estómago, que se vienen tratando en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores; en el presente trabajo de investigación se propuso analizar las metas en función de la ejecución presupuestal a fin de establecer como se está evidenciando la ejecución presupuestal en las metas de cada uno de estos cánceres más importantes, como se muestra en la figura 1.

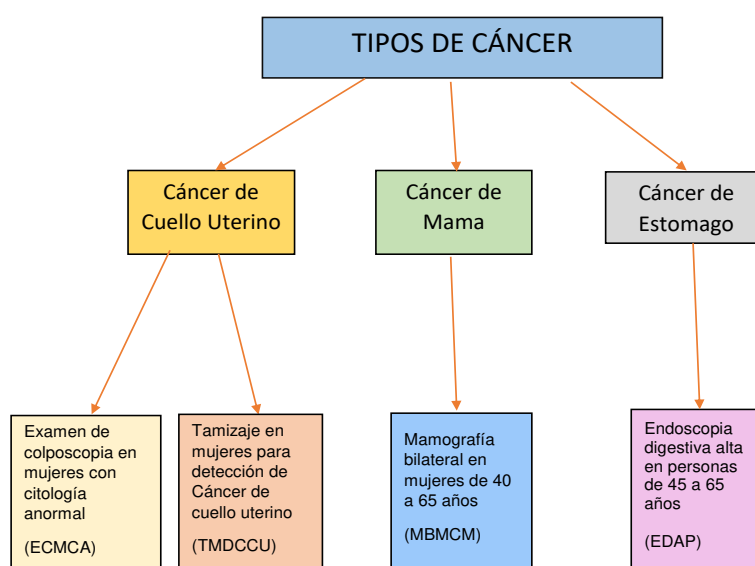


Figura 1 -Tipos de cáncer más importantes que se gestionan en el hospital María auxiliadora

Elaboración: Propia

El comportamiento de la ejecución presupuestal en los últimos años se muestra en la figura 2, donde se puede apreciar un incremento sucesivo de los montos ejecutados en el Hospital María Auxiliadora en los últimos años.

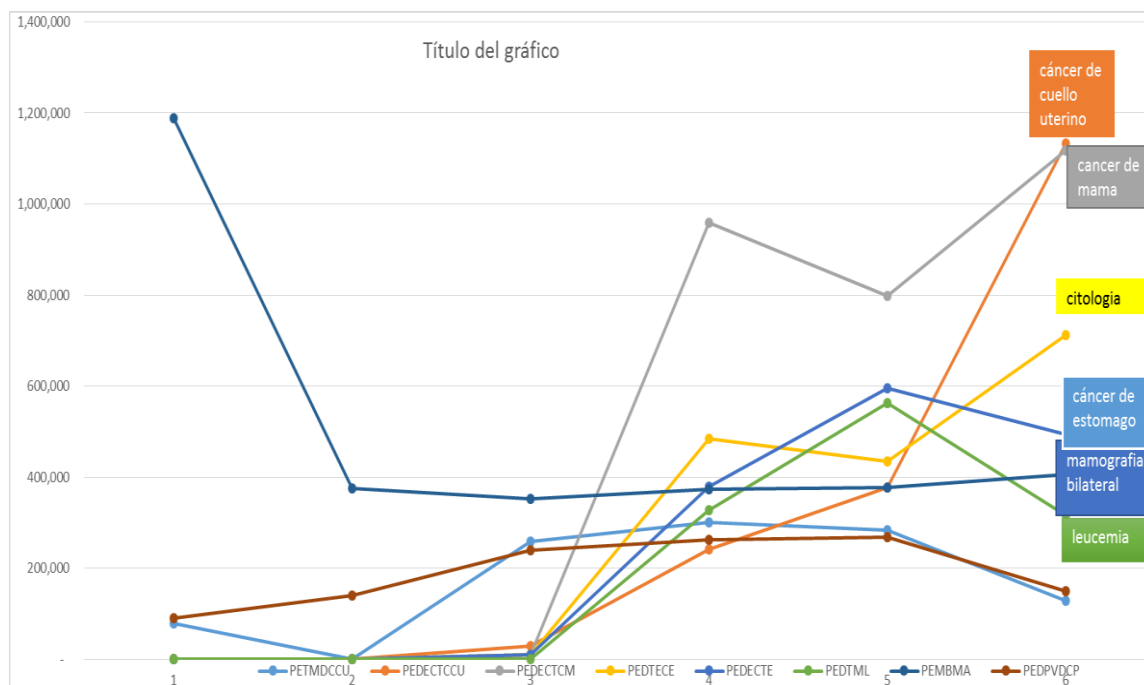


Figura 2- Ejecución presupuestal en el tratamiento de cáncer más importantes que se gestionan en el Hospital María Auxiliadora, periodo 2011-2016

Elaboración: Propia

Teniendo en cuenta la realidad problemática, y no habiéndose realizado un estudio de la relación que existe entre la ejecución presupuestal, y las metas, de los cánceres más importantes, cuyos tratamientos se realizan en el hospital María auxiliadora, se plantean los siguientes problemas:

Formulación del problema

Problema general

PG. ¿Cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de las actividades del Programa control y prevención de cáncer, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017?

Del problema General se derivan los siguientes problemas específicos:

Problemas específicos:

P1. ¿Cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017?

P2. ¿Cómo se muestra la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad para detección de cáncer con colposcopia, en mujeres con citología anormal, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017?

P3. ¿De qué manera se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017?

P4. ¿De qué forma se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de endoscopía digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017?

Objetivos de la investigación

Objetivo General

OG. Determinar cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de las actividades del Programa control y prevención de cáncer, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017.

Objetivos Específicos

O1. Determinar cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017.

O2. Determinar cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad para detección de cáncer con colposcopia, en mujeres con citología anormal, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017

O3. Determinar de qué manera se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017

O4. Establecer de qué forma se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017

Importancia de la investigación

El presente Trabajo de investigación permitió: Determinar la relación entre la ejecución presupuestal con las metas de las actividades del Programa control y prevención de cáncer, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017.

Pretende generalizar resultados partiendo de un análisis, con el propósito apoyar las teorías de gestión por el lado de la ejecución presupuestal para dar mayor atención en el control y prevención del cáncer en el Hospital María

Auxiliadora de San Juan de Miraflores; contribuyendo a la prevención de los tipos de cáncer que se plantea en este trabajo de investigación, procurando una mayor cantidad de atenciones a los pacientes que acuden al Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores

El presente Trabajo de investigación permitió crear un modelo, para establecer la relación entre las variables ejecución presupuestal y las metas de las actividades que se desarrollan en aplicación del Programa control y prevención de cáncer en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores.

El presente Trabajo de investigación tiene implicancia práctica y relevancia social, que a continuación se indican:

La implicancia práctica se evidenció, porque ayudaría a planificar los presupuestos a ejecutar, en las actividades que se programe, para atender a los pacientes en control y prevención de cáncer.

La relevancia social se expresa en el presente trabajo de investigación, porque los resultados, beneficiaría a la gestión del Hospital María Auxiliadora y a un mejor servicio a los pacientes.

La estructura de la presente investigación está compuesta de la siguiente manera: En la introducción se describe la realidad problemática, las preguntas de investigación, los objetivos, la importancia de la investigación.

En el capítulo I, se expone los antecedentes a nivel internacional y nacional, así mismo se presentó las bases teóricas referidas al control del cáncer en el Perú, donde se muestra el cáncer como problema de salud pública, también se presenta el cáncer gástrico en España donde la incidencia es intermedia, con una incidencia anual ajustada de 14/100.000 en varones y 6,5/100.000 en

mujeres, también se mostraron las políticas para la prevención secundaria del CCU en Paraguay, se presenta además la pobreza, inequidad y cáncer en el Perú en el cual el gran desafío del control del cáncer en el siglo XXI, es reducir la morbilidad y la mortalidad por este mal en los países en desarrollo, se ostenta también el cáncer de mama en los países con recursos limitados, el cáncer de mama afecta a países de todos los niveles de desarrollo económico, ya que es la causa más importante de muerte de mujeres por cáncer en todo el planeta.

También se exhibe la prevención y atención, y el componente de gestión y recursos presupuestales donde el personal a cargo de este componente realizará la estimación de recursos asignados para la atención de cáncer en las regiones. Se presenta la definición de términos básicos partiendo del cáncer como un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo según la Organización Mundial de la Salud.

En el capítulo II, se muestra las preguntas y operacionalización de la presente investigación donde exhiben entre años 2003 y 2010 operativamente, en el hospital María Auxiliadora, las consultas de las enfermedades oncológicas se hacían a través de consulta externa en medicina general.

En el capítulo III, se ostenta la metodología de la investigación, así mismo se presenta el diseño metodológico y diseño muestral derivándose el estudio de la población y muestra, así mismo se expone las técnicas de recolección de datos mediante la técnica de observación también se exhibe las técnicas de gestión y estadísticas para el procesamiento de la información donde se utilizó el software estadístico SPSS versión 24 en español para el procesamiento de

la información y análisis, los aspectos éticos tomando en cuenta se respetó la información oficial de los organismos públicos.

A continuación, en el capítulo IV se, muestran los resultados de los productos estudiados en la presente investigación, los productos estudiados son: Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, Tamizaje para detección de cáncer con colposcopia en mujeres con citología anormal, Tamizaje para detección de cáncer en mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años, y Tamizaje para detección de cáncer con endoscopia digestiva alta en persona de 45 a 65 años. En los siguientes productos se realizaron estudios mediante tablas y gráficos que respaldan la información de las fuentes de financiamiento del presupuesto, la genérica del gasto, y la determinación de la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control y prevención de cáncer ejecutados en el Hospital María Auxiliadora San Juan de Miraflores, en el período 2011 – 2017.

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la investigación

A nivel Internacional

(Hernández et al., 1997), en su investigación, “Análisis costo beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino”, en México, tienen como objetivo, determinar el costo beneficio de la reorganización del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino (PDOC) mediante intervenciones de garantía de calidad. Entre la metodología se siguieron tres etapas: a) identificación y cuantificación de costos; b) identificación y cuantificación de beneficios, y c) evaluación económica del costo beneficio. Los resultados arrojaron que, el costo unitario de operación por citología, obtención, fijación, el traslado al centro de lectura, su tinción e interpretación y la notificación de resultados, se estimó en USD\$ 11.6. En conjunto, las intervenciones en calidad al PDOC elevarían el costo de cada citología en 32.7%. Sin embargo, la nueva organización generaría una razón beneficio/costo de 2 y un beneficio neto de 88 millones de dólares para los próximos cinco años. Así mismo, concluyen que, La operación del programa propuesto resulta socialmente deseable, siempre y cuando las modificaciones se lleven a cabo, particularmente la capacitación, la notificación personalizada de los casos positivos, el incremento de cobertura, la introducción de mecanismos de control de calidad, el monitoreo continuo y el tratamiento en mujeres con anormalidades detectadas.

(Salazar E. , 2007), menciona que su investigación, fue conocer la incidencia de “Cáncer en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” San Félix –Estado Bolívar. Venezuela, durante el lapso 2002 – 2006”.

“Se realizó un estudio de campo, tipo descriptivo apoyado en una investigación de base documental. Desde el punto de vista epidemiológico, es un estudio observacional descriptivo, ambispectivo. La población está representada por 312 pacientes que fueron hospitalizadas con el diagnóstico de Cáncer, durante el lapso 2002 – 2006. Los datos fueron recabados en un cuestionario de Registro de Cáncer en Gineco-obstetricia (R.C.G.O) y analizados por metodología cuantitativa. Los resultados de esta investigación en primer lugar fue la totalización de ingresos registrados de 41899 pacientes de las cuales 312 (0.74%) se les diagnosticó Cáncer. La incidencia según el tipo de Cáncer 290 (92.94%) pacientes presentaron Cáncer de Cuello Uterino; 12 (3.84%) Cáncer de Endometrio; 9 (2.88%) Cáncer de Ovario y 1 (0.32%) caso presento Cáncer de Vulva. El grupo etario más afectado fue entre 41 y 50 años de edad reportándose 152 (48.71%) casos. Con antecedentes de Virus de Papiloma Humano 50 (17.24%) pacientes y sin antecedentes del mismo 240 (82.66%) pacientes”.

Como se puede observar (Salazar E. , 2007), establece la incidencia de los canceres: Cáncer de Cuello Uterino, Cáncer de Endometrio; Cáncer de Ovario Cáncer de Vulva, en el Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”; a diferencia del presente plan de investigación que pretende establecer la relación entre la

ejecución presupuestal y los casos atendidos de cáncer cuello uterino, cáncer de mama y cáncer de estómago, en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores.

(Torres M. , 2012), en su tesis “Evaluación de los Resultados de Papanicolaou como Indicador de Cáncer de Cuello Uterino en las Mujeres de Edad fértil de 20 a 45 años, que acuden a consulta en el Sub Centro de Salud “29 de noviembre” de la ciudad de Santa Rosa, 2009”; que realizó revisando las historias clínicas únicas del año 2009 de dicho centro de salud, describe lo siguiente:

“El estudio fue de carácter descriptivo, los objetos del estudio fueron los resultados de los exámenes de Papanicolaou, el tamaño muestral fueron las 190 historias clínicas con sus respectivos exámenes de Papanicolaou. Los resultados obtenidos fueron: la gran mayoría de pacientes en consulta externa, han ido una vez al subcentro de salud en un 85.7%, entregándosele el resultado de su prueba de PAP al 95.78%; las mujeres incluidas en esta investigación, en su mayoría están en un rango de edad entre 20 y 45 años, han gestado entre 1 y 6 veces, con mínima presencia de abortos esporádicos. El 97,36% procedieron de Santa Rosa, del barrio 29 de noviembre, su estado civil fue de unión libre en un 53,15% y han cursado solamente la primaria en su mayoría. El 30% de las mujeres de 20 a 35 años han demostrado inflamaciones moderadas. De los 190 casos estudiados el 51.57% no han presentado ITS y el 48.42% si las tuvieron, de las cuales el 40% de ellas fueron por vaginosis bacteriana y el 8,42% otras infecciones.

El 83,15% el resultado fue negativo para cáncer uterino, el 12,63%”.

(Torres, 2012), Llegó a los siguientes resultados:

- Las mujeres objeto de estudio, pertenecen al grupo poblacional de 20 a 35 años de edad que proceden de Santa Rosa su estado civil es de unión libre en su mayoría, han cursado por la educación básica, han presentado de 1 a 2 gestas, no han presentado infecciones de transmisión sexual y el tratamiento recibido es por inflamaciones debido a vaginosis bacteriana.
- La estratificación de los resultados de Papanicolaou son el 83.15% el resultado fue negativo para cáncer uterino el 3.15% Neoplasia intraepitelial (NIC 1) el 1.02 % fue NIC 1 + HPV, mientras que el 12,63% su resultado fue indeterminado.
- La prevalencia de la positividad de NIC 1 es del 4.76%
- La población de mujeres en edad fértil más afectada con el NIC 1 son las del grupo de mujeres de 20 a 35 años de edad con el 2.1%
- La mayoría de mujeres en edad fértil y reproductivo estén conscientes del grado de riesgo que enfrentan, por tal motivo están dispuestas a acudir en forma periódica al Subcentro de Salud en búsqueda de orientación e información acerca del Papanicolaou por parte de los profesionales.

En la investigación de (Torres, 2012), se evalúa el resultado de Papanicolaou como indicador de cáncer de cuello uterino en el Sub Centro de Salud de Santa Rosa, sin embargo en la presente

investigación se considera la ejecución presupuestal para el control de la prevención de cáncer, no solamente en referencia al cáncer de cuello uterino sino también, el de cáncer de mama y cáncer de estómago, en los pacientes que acuden al Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores.

(Rodríguez & Capurso, 2006), en su artículo “Epidemiología del cáncer de mama”, Menciona lo siguiente:

“Se hace una revisión de los factores de riesgo, como: edad, sexo, antecedentes personales y familiares, síndromes genéticos, enfermedad mamaria preexistente, distribución geográfica, estructura corporal y factores ambientales, hormonales, reproductivos y alimentarios. Se concluye que el cáncer de mama es un problema de salud pública de los países desarrollados y en vías de desarrollo, y que las mejores armas para lograr abatir la mortalidad por esta enfermedad son el escrutinio con mastografía en mujeres asintomáticas y el tratamiento adecuado”.

(García & Rincón, 2011), en su informe, “Prevención de Sintomatología Postraumática en Mujeres con Cáncer de Mama: Un Modelo de Intervención Narrativo”, comentan que:

“Esta investigación evalúa un programa grupal narrativo para la prevención de sintomatología postraumática y otras variables asociadas en mujeres recientemente diagnosticadas con cáncer de mama. Para ello se seleccionó a 32 mujeres diagnosticadas en los Hospitales Higuera de Talcahuano y Regional de Concepción; 14 de ellas fueron asignadas al grupo experimental y 18 al grupo

control. Los resultados indican que el programa fue efectivo en la reducción de la sintomatología postraumática, sintomatología depresiva y sintomatología somática. No se encontraron diferencias significativas en la variable autoestima. Los puntajes obtenidos en sintomatología postraumática seguían descendiendo a los tres meses de seguimiento. Se analizan alcances y limitaciones de este estudio”.

A nivel Nacional

(Aguilar, 2017), en su investigación “Factores de riesgo asociados a cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el hospital vitarte durante el año 2015” se demuestra la asociación entre los factores de riesgo estudiados:

“Edad, grado de instrucción, edad de inicio de vida de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y el cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015. Materiales y métodos: Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, observacional de corte transversal con enfoque cuantitativo en el cual se revisó historias clínicas del Hospital Vitarte. Resultados: El presente estudio cuya muestra tiene 105 pacientes (n=105), el 84% tuvo el diagnóstico de carcinoma epidermoide y al 16% se le diagnosticó adenocarcinoma, a su vez, la distribución en cuanto a su estadiaje se ubicó: 81% en estadio I, 18% en el estadio II, el 9% en el estadio III y el 3% en el estadio IV. En cuanto a la edad con mayor frecuencia para el carcinoma escamoso, las edades comprendidas entre los 40 y 49 años fueron las de mayor prevalencia, representando el 40% de la muestra total. El

adenocarcinoma es más frecuente en el grupo etario comprendido entre los 60 y 69 años. Las pacientes que iniciaron su vida sexual entre los 10 y 13 años de edad presentaron una asociación estadística entre dicho factor y el cáncer cervicouterino (CCU) ($p=0.01$; $p<0,05$) y grado de instrucción ($p=0.08$; $p>0,05$) no se halló asociación estadística con el cáncer cervicouterino”

En la investigación de (Aguilar, 2017), se determina los factores de riesgo que inciden al cáncer de cérvix en paciente que acuden al Hospital de Vitarte, en comparación a la presente investigación que pretende conocer el control de la prevención de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y cáncer de estómago en los pacientes que acuden al Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores.

(Rondán, 2016), en su previa investigación “Factores de riesgo asociados al cáncer gástrico en pacientes atendidos en el consultorio externo del servicio de gastroenterología del HNHU durante el año 2014” se Identifica los factores de riesgo asociados al diagnóstico de cáncer gástrico en pacientes atendidos en el consultorio externo del servicio de Gastroenterología del HNHU durante el año 2014; manifestando lo siguiente:

“Se realizó un estudio de casos y controles. Un total de 84 pacientes con el diagnóstico de cáncer gástrico fueron comparados con 84 controles. Los datos fueron obtenidos a partir de historias clínicas mediante fichas de recolección de datos previamente validadas, que contenían los problemas sociodemográficos, clínicos, patológicos y ambientales. Se empleó la prueba de Chi cuadrado para determinar la significancia y el modelo de regresión

logística para obtener la razón de posibilidades (OR) y sus intervalos de confianza del 95%. Resultados: Del total de la muestra, se observó que 70 eran varones (41.7%) y 98 eran mujeres (58.3%), la mayoría eran menores de 50 años (52.9%). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico de cáncer gástrico y los siguientes factores: el ser varón (OR=5.96; IC95%, 3.01-11.79), tener 50 años o más (OR=3.81; IC95%, 2.01-7.24), el antecedente familiar de cáncer gástrico (OR=9.47; IC95%, 3.14-28.57), la infección por H. Pylori (OR=8; IC95%, 4.01-15.95) y el consumo de tabaco (OR=6.61; IC95%, 3.18-13.73). Conclusiones: Se encontró que el ser varón, tener 50 años o más, tener el antecedente familiar de cáncer gástrico, la infección por H. Pylori y el tabaquismo fueron factores de riesgo asociados al diagnóstico de cáncer gástrico”.

En la investigación de (Rondán, 2016), se menciona los factores de riesgos asociados al cáncer gástrico de paciente del HNHU, a diferencia de la presente investigación que no se enfoca en los factores de riesgos de los cánceres estudiados, por ser una investigación de gestión pública, sino más bien a las actividades del programa de control de la prevención del cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y del cáncer de estómago en los pacientes del Hospital Marina Auxiliadora de San Juan de Miraflores.

(Gutiérrez, 2017), en su informe “Análisis desde la gestión estratégica al modelo del servicio de prevención y detección temprana del cáncer del cuello uterino en el Distrito de Marcabamba, provincia Paúcar del Sara Sara, región Ayacucho, 2016” sostiene que:

“Esta investigación realizada en Región Ayacucho tiene como objetivo identificar los Factores que Limitan la Implementación del Modelo del Servicio de Prevención y Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino (Examen PAP) a las mujeres de la zona rural del distrito de Marcabamba, provincia Paúcar del Sara Sara, Región Ayacucho; identificando elementos de la Gestión Estratégica, para proponer medidas que mejoren el acceso a este servicio en el Centro de Salud, 2016. Algunas mujeres beneficiadas coinciden con el profesional de salud y manifiestan que están en desacuerdo en la forma cómo se gestiona el tiempo de la Devolución de los resultados de la muestra Examen PAP; pues manifiestan que eso les genera estrés (tensión) al no conocer sobre su estado de salud. El Modelo de Servicio de Salud no estaría respondiendo – de forma acertada – a las Políticas Públicas en Salud del “Plan Nacional Para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú”, y específicamente al “Control del Cáncer del Cuello Uterino, ni a las Políticas Globales (Enfoque de Género y Derecho a la Salud, presentes en ODS, etc.); y vinculadas en este estudio a una propuesta técnica – administrativa como la Gestión de Calidad Total, Gestión del Servicio en el Territorio y Gestión de Confianza – por la naturaleza de la Gerencia Social –; a pesar de que éste cumple con todo el ciclo de los proceso establecidos, y lo que estaría limitando su adecuada implementación y, como resultado, limitaría el acceso al Examen PAP a las mujeres a beneficiar en el distrito de Marcabamaba”.

(Goss et al., 2013), en su artículo, “La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe” indican que:

En América Latina y la región del Caribe, se estima que para el 2030 se diagnosticarán 1,7 millones de casos de cáncer, y que más de 1 millón de muertes por cáncer tendrán lugar cada año. Las economías de América Latina y el Caribe están creciendo rápidamente, conduciendo esto a un aumento en la calidad de vida de la población. Este crecimiento está acompañado por un aumento de los estilos de vida sedentarios, hábitos alimentarios no saludables, fumar, consumo de alcohol, contaminantes ambientales cancerígenos, exposición a la radiación solar, urbanización y envejecimiento de la población. Es particularmente difícil de satisfacer la variedad de necesidades para el tratamiento del cáncer, incluyendo la prevención primaria, prevención secundaria o detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, el seguimiento a largo plazo y la supervivencia, los cuidados paliativos y de la etapa final de la vida. Según (Goss et al., 2013) el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Perú, la incidencia anual de cáncer es de 150,7 por 100.000 habitantes, y aproximadamente el 55% son cánceres diagnosticados en etapa IV. En Perú, hay una escasez de proveedores de atención de la salud, hospitales de atención terciaria, unidades de radioterapia y equipos médicos de diagnóstico (por ejemplo, aparatos de mamografía, equipos de endoscopia y equipos de diagnóstico patológico). Las principales

desigualdades de salud en los resultados del tratamiento del cáncer entre las poblaciones urbanas, rurales y remotas de América Latina son en parte resultado de la concentración de la infraestructura, los recursos humanos y otros recursos en las áreas urbanas. Las personas en áreas rurales y remotas tienen un estatus socioeconómico más bajo, un nivel de educación inferior, así como una menor cobertura de seguro de salud, y se enfrentan a barreras significativas para el acceso a los servicios de atención del cáncer.

Según, (Rojas, 2016), en su informe, “Calidad de vida relacionada a la salud y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal”, comenta que:

“La investigación tiene como objetivo conocer la relación existente entre la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y los estilos y estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes con cáncer gastrointestinal. La muestra estuvo constituida por 38 pacientes, entre 31 y 70 años ($M=56.16$, $DS=10.60$), que asisten a tres hospitales de Lima. Para ello, se utilizó la adaptación española del cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud (SF-36) (Alonso, Prieto & Antó, 1995) y el inventario de estimación de afrontamiento COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Se hallaron relaciones significativas e inversas entre la dimensión de salud mental con el estilo evitativo y la estrategia desentendimiento conductual. Respecto a las dimensiones de calidad de vida, salud mental y salud general estuvieron asociadas a las estrategias de planificación y acudir a la religión. La mayoría de participantes presentan niveles promedio y alto en las dimensiones de CVRS, lo

que nos indica que la calidad de vida se encuentra preservada, a excepción del rol físico y componente físico. Además, respecto al afrontamiento se observó que la muestra hace un mayor uso del estilo centrado en la emoción y de la estrategia acudir a la religión. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en la CVRS según antecedentes de enfermedad y en afrontamiento con las variables de sexo, estado civil y nivel de instrucción”.

1.2 Bases teóricas

1.2.1 Control Del Cáncer en el Perú

Según, (Sarria & Limache, 2013), en su artículo “Control Del Cáncer En El Perú: Un Abordaje Integral Para Un Problema De Salud Pública”; menciona que:

“El cáncer como problema de salud pública es complejo y cambiante, obliga a afrontarlo mediante una estrategia integral, transversal, coherente y sostenible basada en experiencias previas y proyectadas al alarmante incremento que muestra esta condición a nivel global. Es imprescindible buscar y respetar consensos, impulsar nuevas tecnologías e investigar estrategias con sensibilidad cultural adecuadas a las comunidades y en las cuales éstas participen activamente. Se hace impostergable reforzar el componente educacional e introducir las nuevas tecnologías de información y comunicación, reforzando el sistema desde el nivel primario de atención. Nuestro objetivo debe ser la disminución de la morbimortalidad por cáncer en el mediano y largo plazo. En este artículo se describen algunas de las medidas

implementadas para este fin. Consideramos que todas las estrategias de prevención del cáncer deben aplicarse en el contexto de actividades transversales orientadas a prevenir otras enfermedades crónicas, con criterio de salud pública”.

1.2.2 Cáncer Gástrico en España

(Sopeña & García, pág. 165), manifiesta en su revista “Cáncer Gástrico” que:

“Aunque en los últimos 50 años la incidencia y la prevalencia del cáncer gástrico (entendiendo como tal el adenocarcinoma gástrico) han descendido considerablemente en los países desarrollados, sigue siendo la segunda causa de muerte oncológica en el mundo, con una supervivencia a los 5 años inferior al 20% en los pacientes diagnosticados por sus manifestaciones clínicas. Por supuesto, en una sinopsis tan escueta no se refleja la complejidad de un tipo de enfermedad que muestra una enorme variabilidad geográfica entre países y regiones, y una importante heterogeneidad patológica que resulta de la interacción diversa de múltiples causas genéticas y ambientales. En España la incidencia es intermedia, con una incidencia anual ajustada de 14/100.000 en varones y 6,5/100.000 en mujeres, aunque también con una importante variabilidad geográfica, con regiones que hasta hace no mucho tiempo se podían calificar de alta incidencia (por ejemplo, algunas comarcas de Soria o Burgos) frente a otras con una incidencia muy baja (especialmente en la costa levantina). Un planteamiento

adecuado de estrategias de prevención exige conocer adecuadamente la historia natural de la enfermedad. Para el adenocarcinoma gástrico considerado globalmente se acepta el modelo de Correa en el que se reconoce la interacción de una serie de factores causales ambientales que pueden actuar en diversas fases que van desde la inflamación más superficial de la mucosa hasta el adenocarcinoma.

Dado que este modelo sería especialmente aplicable al adenocarcinoma más común y que explica la mayor parte de la variabilidad en la población mundial (el tipo intestinal de Lauren), nos serviría para el diseño de las estrategias con mayor impacto poblacional. Sin embargo, no sería aplicable en todas las poblaciones y en todos los casos, puesto que en el tipo difuso de Lauren la influencia genética es mucho mayor, y porque hay algunos casos (los asociados al síndrome de Lynch o los relacionados con mutaciones de la E-cadherina) en los que las estrategias generales serían inefectivas. No obstante, el modelo de Correa se funda en trabajos epidemiológicos muy detallados que señalan firmemente que determinadas características de la dieta, la infección por *Helicobacter pylori* y el tabaquismo son los factores ambientales más claramente relacionados con la oncogénesis gástrica.

Prevención primaria del cáncer gástrico. El objetivo de un programa eficaz de prevención en la población sana debería ser la disminución de la morbilidad y la mortalidad actuando sobre los factores de riesgo y los factores protectores.

De este modo, la prevención del cáncer gástrico debería incluir: conservación de un buen estado nutricional, abandono del tabaquismo, erradicación de los agentes infecciosos, control del riesgo ocupacional y estimación del riesgo genético”.

1.2.3 Políticas para la prevención secundaria del CCU en Paraguay

(Kasamatsu & Paéz, 2006), en su artículo “Cáncer de cuello uterino y virus del papiloma humano en Paraguay”, de la revista “Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud”, expresa lo siguiente:

“En el país existen bases legales que hacen referencia al derecho a la salud en general y a la salud sexual y reproductiva en particular, tal como en la Constitución Nacional de 1992, en la Ley 1032/96 del Sistema Nacional de Salud, en los Compromisos internacionales asumidos, etc. En los últimos años se han aprobado varios planes nacionales como Plan Nacional de igualdad de oportunidades para las mujeres 1997-2001 (secretaría de la mujer); Política Nacional de Salud Integral de la Mujer enmarcada en el Plan Nacional de Salud 1999-2003; Plan Nacional de Salud reproductiva 1997; Plan Nacional de salud sexual y reproductiva 2003-2008; Política Nacional de atención integral de la salud de la mujer. Dentro de estas políticas y planes está contenido el programa de prevención del cáncer de cuello uterino, sin embargo, su ejecución aún no es efectiva, la cobertura de PAP no superó el 10% de la población y la incidencia del cáncer de cuello uterino fue incrementando a través de los años. En el año 2003, por Resolución S.G.No. 246/2003 del MSP y BS,

se conformó la Comisión Nacional de Reestructuración del Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino de la Dirección de Programas de la Salud del MSP y BS, integrada por representantes del MSP y BS, la Universidad Nacional de Asunción (UNA), la Cruz Roja Paraguaya (CRP), Instituto de Previsión Social (IPS) y la OPS/OMS. Dicha Comisión elaboró un Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la prevención y el control de CCU, que fue actualizado en el año 2006. El Programa Nacional de Prevención y Control de CCU tiene la aprobación de una financiación estatal para el año 2007, por la cual los estudios citológicos, colposcópicos, biopsia y tratamiento serían gratuitos”.

1.2.4 Pobreza, inequidad y cáncer en el Perú

(Solidoro, 2010), en su artículo “Pobreza, inequidad y cáncer” de la revista “Acta Medica Peruana”, describe lo siguiente:

“El gran desafío del control del cáncer en el siglo XXI, es reducir la morbilidad y la mortalidad por este mal en los países en desarrollo, en opinión de líderes e instituciones científicas del mundo porque no es cierto que el cáncer es problema de los países desarrollados, y las infecciones de los países pobres. Más de la mitad de los 11 millones de casos de cáncer registrados el 2 008, y dos terceras partes de los 7,6 millones de muertes por cáncer, ocurrieron en el llamado tercer mundo. El círculo vicioso de la inadecuada distribución de nuestros limitados recursos, con mayor inversión en tecnología de precios prohibitivos y resultados

discutibles, en el tratamiento de cáncer avanzado, y poco o nada en programas de prevención, ha determinado que nuestras instituciones de nivel de excelencia, abrumadas por la demanda masiva de pacientes con cáncer avanzado y limitadas opciones de tratamiento, estén impedidas de dedicar tiempo y recursos para el desarrollo de planes integrales de control de cáncer de la población. Un país que tiene más de la mitad de la población urbana ubicada en los estratos socioeconómicos C y D, padeciendo la desigualdad en el acceso a los programas de control de cáncer, y que está invirtiendo su presupuesto en el tratamiento de una población con alta proporción de casos de cáncer avanzado, necesita un Plan Nacional realista de Cáncer que resuelva el dilema entre seguir invirtiendo sus limitados recursos en tratar cáncer avanzado o llevar programas de detección y prevención a los sectores mayoritarios que padecen la desigualdad en la atención”.

1.2.5 El dilema tratamiento vs prevención en el Perú

(Solidoro, 2010), en la revista “Acta Medica peruana” del artículo “Pobreza, inequidad y cáncer” menciona sobre la prevención del cáncer en el Perú;

“El Control del Cáncer en los países pobres sigue entrampado en el círculo vicioso de la escasez de los recursos y el mayor gasto en el tratamiento, en desmedro de la prevención. Las instituciones de cáncer de nivel de excelencia de los países en vías de desarrollo concentran sus mayores esfuerzos en ofrecer procedimientos de alta cirugía, radioterapia con máquinas de

última generación y algoritmos de quimioterapia de precios prohibitivos y resultados discutibles de uso en países desarrollados; este mayor énfasis en la provisión de servicios a los pacientes que acuden al centro hace que una masa abrumadora de pacientes con cáncer avanzado y con limitadas opciones de tratamiento copen estas instituciones y le impidan dedicar tiempo y recursos para el desarrollo de planes integrales de control de cáncer en la población. La falta de recursos también condiciona una serie de problemas estructurales como la elevada proporción de personas pobres, de gente no educada y la falta de información estadística que permita identificar a las poblaciones blanco para los programas de prevención y detección”.

1.2.6 El Cáncer de Mama en los Países con Recursos Limitados

(Anderson, 2013), en su artículo “El Cáncer de Mama en los Países con Recursos Limitados: Sistemas de Atención de Salud y Políticas Públicas” de la revista “The Breast Journal”, manifiesta que:

“El cáncer de mama afecta a países de todos los niveles de desarrollo económico, ya que es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres de todo el planeta. A pesar de los notables adelantos en la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama, los ministerios de salud afrontan retos de diversos órdenes para crear y apoyar programas de atención de salud que puedan mejorar el desenlace en el cáncer de mama. Además de los problemas financieros y de organización inherentes a cualquier sistema de atención de salud, los

programas de salud mamaria enfrentan obstáculos por la falta de reconocimiento del cáncer como una prioridad de salud pública, la escasez y la migración del personal sanitario capacitado, las deficiencias en la educación del público y de los proveedores de asistencia sanitaria, y las barreras sociales que impiden el acceso de las pacientes a los programas de detección temprana y tratamiento del cáncer. No hay ningún sistema de atención de salud perfecto, aun en los países más ricos. Debido a las inevitables limitaciones económicas y prácticas, todos los sistemas de atención de salud se ven obligados a buscar un equilibrio entre cuatro factores: el acceso a la atención, el alcance del servicio, la calidad de la atención y la contención de los costos. Ante la búsqueda de dicho equilibrio, las normativas pueden definir métodos estratificados que ayuden a poner en práctica mejoras graduales y económicamente realistas, de manera secuencial, dentro del contexto de las limitaciones de recursos, a fin de mejorar la atención de salud de la mama. Los encargados de formular las políticas públicas pueden usar este marco de referencia adaptable como una herramienta para planificar, programas y diseñar investigaciones, a fin de aprovechar de manera óptima los recursos disponibles para mejorar la atención de salud de mamaria en entornos de recursos limitados”.

1.2.7 Prevención y atención precoz: un derecho de todos

En la revista, “Biomédica” (Aponte & Rueda, 2012), del artículo “Control de cáncer en América Latina: otra inequidad para la región” menciona que:

“La resolución 58.33 de la Asamblea Mundial de la Salud de 20056 asegura que todos tenemos derecho a acceder a los servicios sanitarios y que nadie debe tener dificultades financieras para hacerlo.

En Latinoamérica la implementación de planes bien organizados puede salvar vidas. En estos momentos, la mayoría de los países de la región no cuenta con estrategias de control de cáncer planificadas y efectivamente ejecutadas, por lo que la cobertura está muy lejos de ser la adecuada. El cáncer es potencialmente la más prevenible y tratable de las enfermedades, pero sin la ampliación de las campañas de prevención, los programas de pesquisa, los centros de tratamiento y servicios de cuidado paliativo, las personas en los países de la región continuarán siendo afectadas por esta dolencia”.

1.2.8 Componente de gestión de recursos presupuestales

(Salazar, Regalado, Magalli, Montanez, & Abugattas, 2013), en la revista “Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica” del artículo “El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú” también menciona que:

“El personal a cargo de este componente realizará la estimación de recursos asignados para la atención de cáncer en las regiones y buscará generar un fondo de tratamiento de enfermedades oncológicas de alto costo en el SIS, denominado Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), con el cual se podrá contar con

instrumentos de transferencia (cápita, tarifas, mecanismos de pago según nivel de resolución, diagnósticos resueltos, entre otros)”.

1.3 Definición de términos básicos

1.3.1. El Cáncer

Según la (Organización Mundial de Salud, 2017), el cáncer es:

“Un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina «metástasis»”.

1.3.2. El Cuello Uterino

El (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), sobre el cuello uterino define que:

“También denominado cérvix, corresponde a la porción final del útero o “matriz”. El cérvix conecta al útero con la vagina por medio de un canal a través del cual pasa la sangre durante la menstruación, ingresan los espermatozoides para dar lugar al proceso de fecundación y sale el feto durante el parto”.

1.3.3. Cáncer de Cuello Uterino

Cáncer que se forma en los tejidos del cuello uterino (el órgano que conecta el útero con la vagina). Por lo general, es un cáncer que crece

lentamente, que puede no tener síntomas pero que puede encontrarse con un frotis de Papanicolaou común (un procedimiento en el que se raspan células del cuello uterino y se observan bajo un microscopio). La causa del cáncer de cuello uterino es casi siempre por infección con el virus del papiloma humano (VPH). (Instituto Nacional del Cáncer, 2017).

1.3.4. Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino

Según (Seguro Social de Salud del Perú (Essalud), 2016), en la “Resolución Ministerial N° 1013 – 2016 emitida el día 29 de diciembre del 2016”, indica que los fluxogramas correspondientes al tamizaje de Cáncer de cuello Uterino son los siguientes:

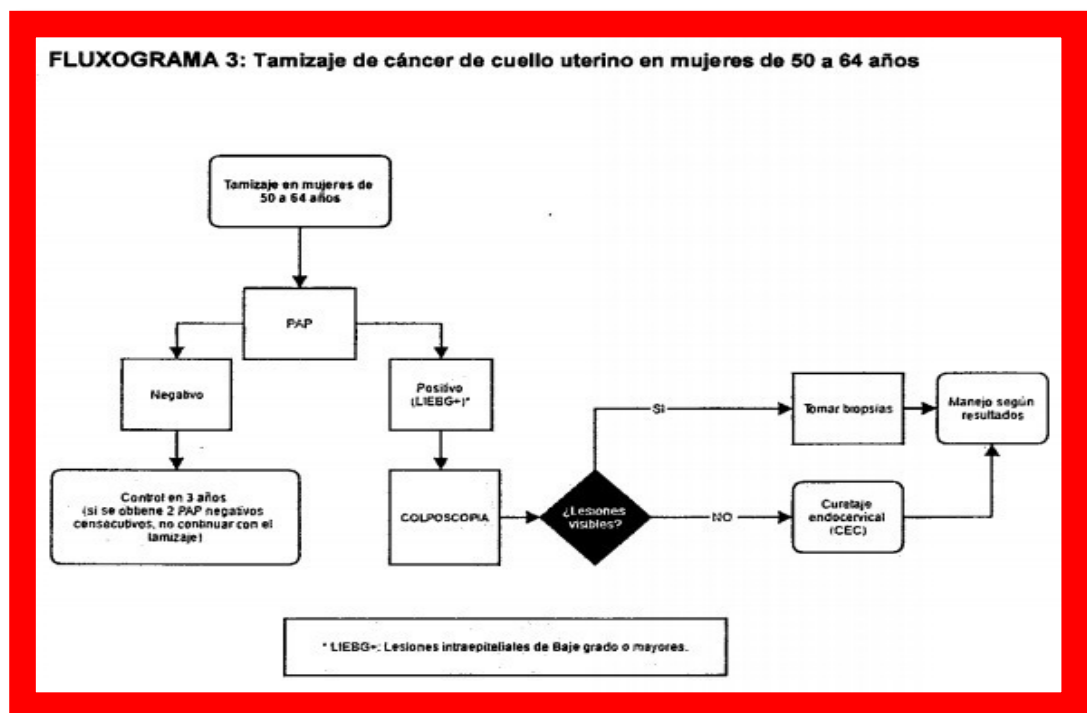


Figura 3 - Tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujer de 50 a 64 años

Fuente: (Seguro Social de Salud del Perú (Essalud), 2016)

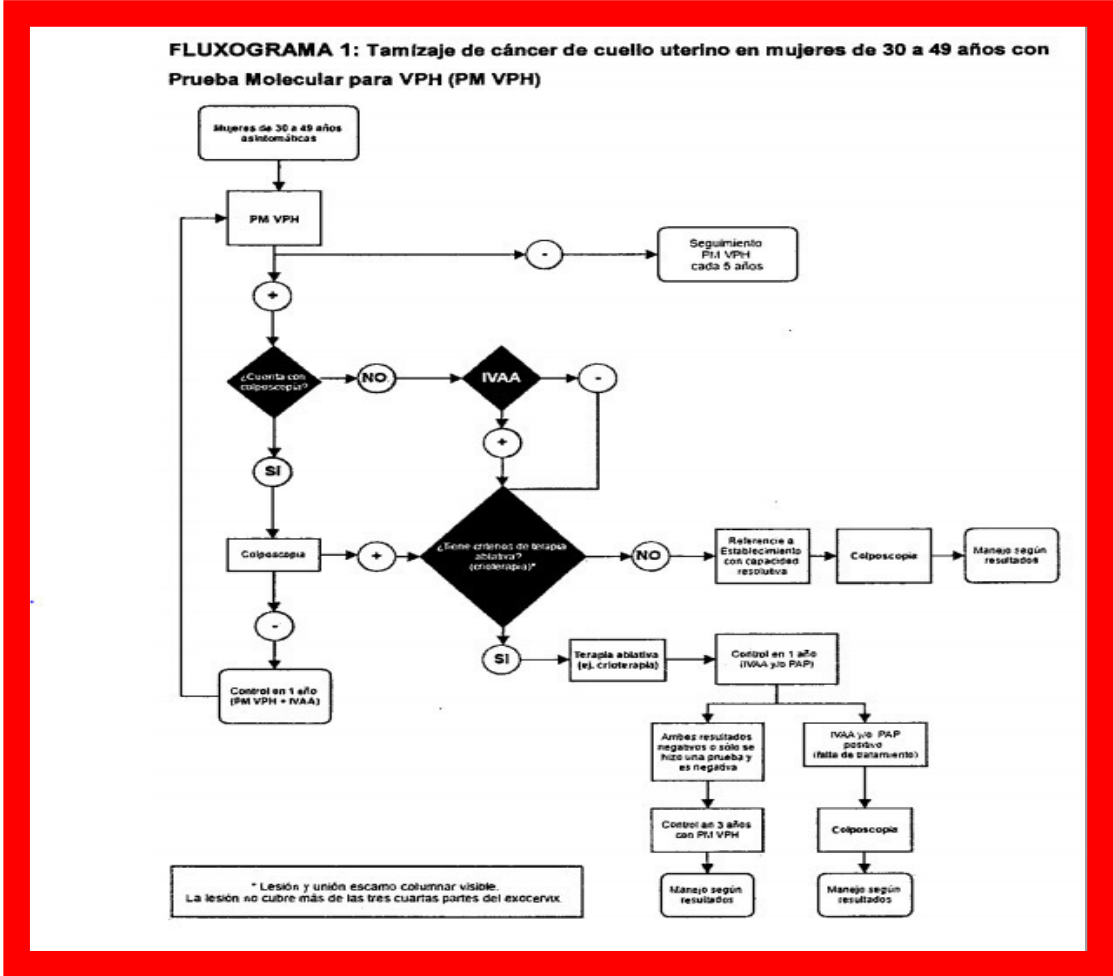


Figura 4 - Tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 a 49 años con prueba molecular para VPH (PM VPH).
Fuente: (Seguro Social de Salud del Perú (Essalud), 2016)

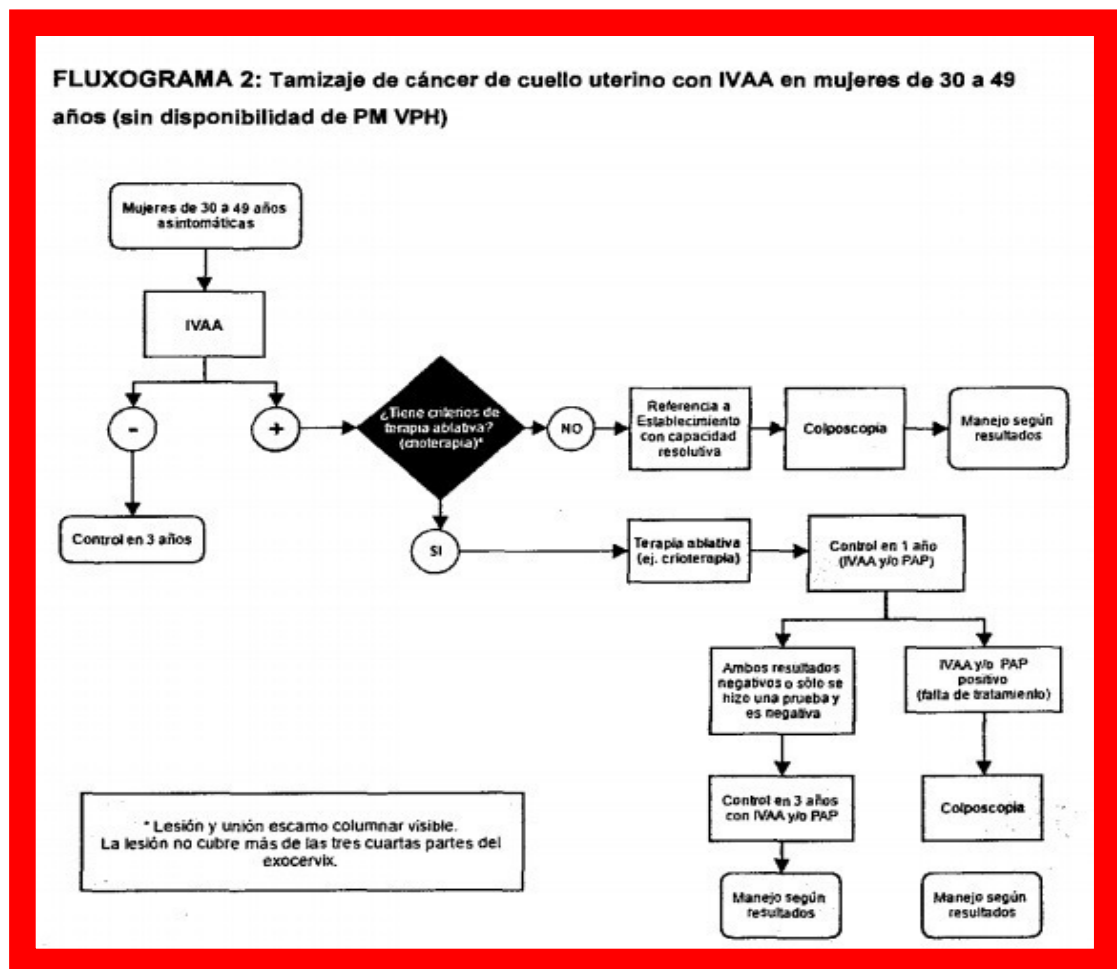


Figura 5 - Tamizaje de cáncer de cuello uterino con IVAA en mujeres de 30 a 49 años (sin disponibilidad de PM VPH)
 Fuente: (Seguro Social de Salud del Perú (Essalud), 2016)

1.3.5. Cáncer de mama

Cáncer que se forma en los tejidos de la mama. El tipo de cáncer de seno (mama) más común es el carcinoma ductal, que empieza en el revestimiento de los conductos galactóforos (tubos delgados que llevan leche desde los lobulillos de la mama hasta el pezón). Otro tipo de cáncer de mama es el carcinoma lobulillar, que empieza en los lobulillos (glándulas lácteas). El cáncer de mama invasivo es el que se diseminó desde el sitio en que empezó en los conductos mamarios o lobulillos hasta el tejido normal circundante. El cáncer de mama se presenta tanto en hombres como en mujeres, aunque el

cáncer de mama masculino es poco frecuente (Instituto Nacional del Cáncer, 2017).

1.3.6. Cáncer de estómago

Cáncer que se forma en los tejidos que revisten el estómago. También se llama cáncer gástrico (Instituto Nacional del Cáncer, 2017).

Actividades para el control y prevención del cáncer:

- Tamizaje:

“El uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas” (Organización Mundial de la Salud, 2009).

- Colposcopia:

(Pinehido, 2017), el Doctor Pedro Pinehido define que la endoscopia digestiva alta es:

“Un examen que tiene como objetivo diagnosticar y tratar algunas de las enfermedades más comunes del sistema digestivo superior. La endoscopia también puede ser llamada de esofagogastroduodenoscopia, pues es un examen endoscópico que permite la visualización del interior del esófago, estómago y duodeno”.

El (Ministerio de Salud (MINSU), 2017) en su Resolución Ministerial N° 440 – 2017 donde se aprueba el “Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017 – 2021”, nos muestra la siguiente tabla donde se puede visualizar que el Cáncer de Estómago es el tercer tipo de cáncer con mayor número de casos en el Perú.

TOPOGRAFIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
Cérvix	---	1200	1200	21.9
Piel	297	379	676	12.3
Estómago	351	273	624	11.4
Mama	3	480	483	8.8
Próstata	257	---	257	4.7
Colon	89	136	225	4.1
Tiroides	23	149	172	3.1
Hematológico	83	84	167	3.1
Pulmón	74	86	160	2.9
Ovario	---	128	128	2.3
Otros	652	730	1382	25.2
TOTAL	1829	3645	5474	100.0

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

Figura 6 - Distribución de los casos de cáncer por localización topográfica y sexo. Enero a diciembre 2016

Fuente: (Ministerio de Salud (MINSA), 2017)

- Mamografía bilateral

Según la (World Health Organization, 2014), sobre la mamografía de tamizaje informa que:

“Es la detección temprana del cáncer de mama, antes de que se perciban bultos en el pecho, asegurando la alta calidad de la mamografía y minimizando la exposición de las pacientes a la radiación La mamografía es una prueba de rayos X que ayuda a identificar transformaciones malignas en el pecho”.

Según (Seguro Social de Salud del Perú (Essalud), 2017) en su Guía de “Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Mama HER 2 positivo no Metastásico”, presenta los flujogramas de los cánceres de mama que a continuación se indica:

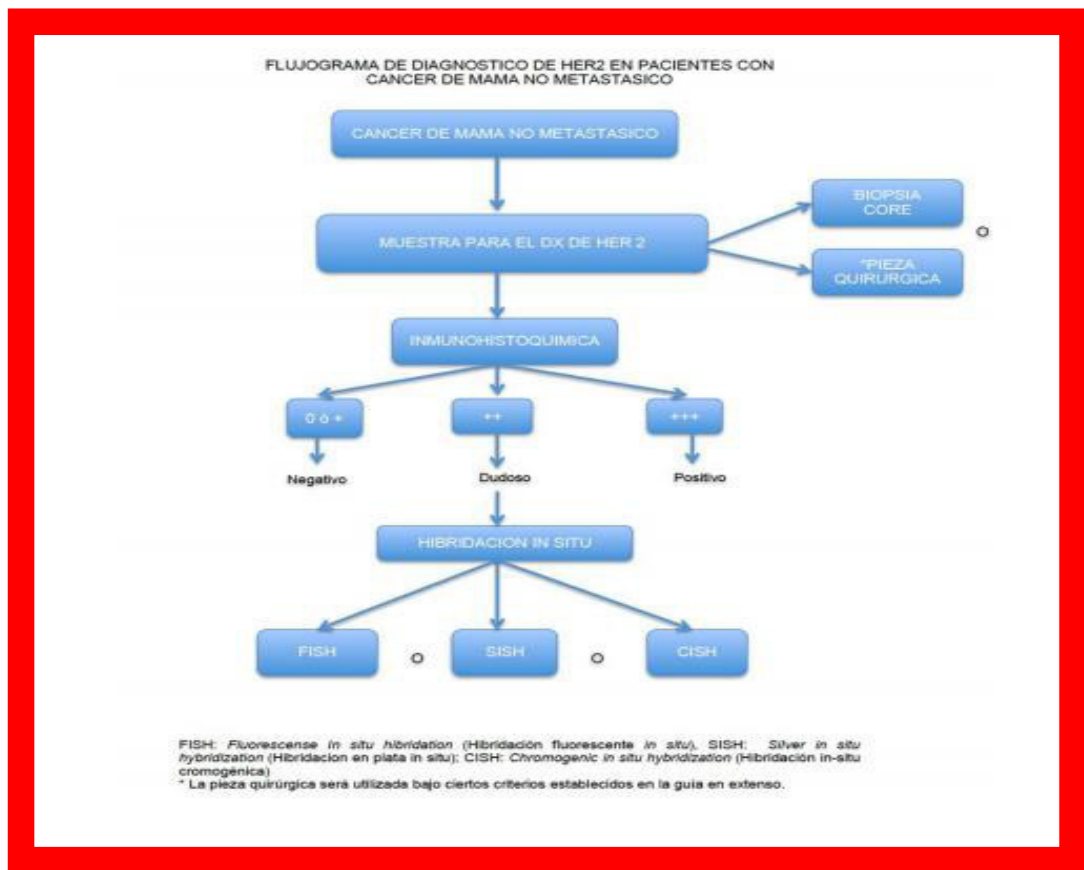


Figura 7- Flujograma de diagnóstico de her2 en pacientes con cáncer de mama no metastásico
Fuente: (Seguro Social de Salud del Perú (Essalud), 2017)

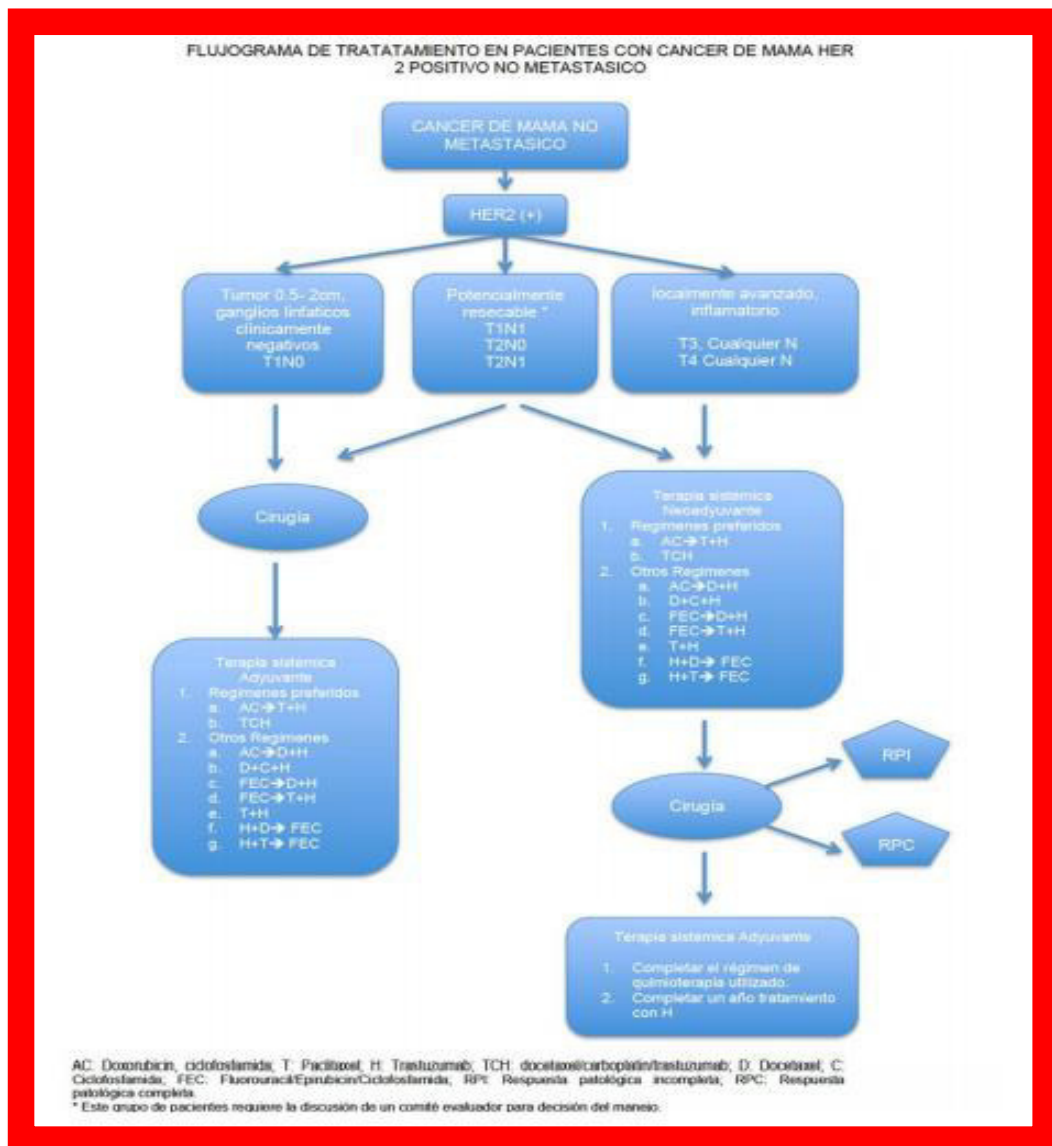


Figura 8 - Flujograma de tratamiento en pacientes con cáncer de mama her2 positivo no metastásico
 Fuente: (Seguro Social de Salud del Perú (Essalud), 2017)

1.3.7 Ejecución Presupuestal:

Etapa del proceso presupuestario en la que se perciben los ingresos y se atienden las obligaciones de gasto de conformidad con los créditos presupuestarios autorizados en los presupuestos (Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, 2017).

1.3.8 Metas:

Según, (Armijo, 2009), expresa el nivel de desempeño a alcanzar. En el presente caso se refiere a las atenciones logradas en las actividades de estudio:

- ✓ Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.
- ✓ Examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.
- ✓ Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.
- ✓ Endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.

1.3.9 Gestión presupuestaria:

Capacidad de las entidades públicas para lograr sus Objetivos Institucionales, mediante el cumplimiento de las Metas Presupuestarias establecidas para un determinado año fiscal, aplicando los criterios de eficiencia, eficacia y desempeño. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2018)

CAPÍTULO II PREGUNTAS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Entre los años 2003 y 2010 operativamente, en el Hospital María Auxiliadora, las consultas de las enfermedades oncológicas se hacían a través de consulta externa en medicina general.

En el hospital María Auxiliadora, que tiene un área de influencia para todo el cono sur, con aproximadamente 3 millones de habitantes, siendo el único hospital III-1. Desde Julio del 2007 el Departamento de Oncología inicia su funcionamiento, con la fusión de los sub-especialistas en Medicina Oncológica, Cirugía Oncológica, Ginecología Oncológica y Cirugía Oncológica de piel y tejidos blandos. Dentro del organigrama de la institución ya se encontraba el departamento de oncología como órgano de línea y vigente desde el año 2003 (no tenía presupuesto propiamente asignado, se encontraba considerado dentro de consulta externa, se realizaba tratamientos a algunos pacientes, debido a que hasta el 2009 el SIS no financiaba y sólo se brindaba tratamiento de terapias a aquellos pacientes que podían cubrir los gastos con sus propios peculios, así también no se contaba con personal médico residente, todo estaba concentrado en el Instituto de neoplásicas, el primer equipo mamógrafo fue por donación, debido a que no se contaba con el presupuesto y ya en el 2012 se adquiere un mamógrafo digital el mismo que está en funcionamiento a la fecha, sin embargo al año 2011 con la creación del Programa Presupuestal Prevención y control de cáncer 0024, es cuando el departamento formaliza su organización teniendo a la fecha un área

estructural para 14 camas hospitalarias donde se internan los pacientes para los tratamientos médicos y quirúrgicos correspondientes, ubicados en el quinto piso del hospital, donde se ubica también la sala de administración de quimioterapia con 10 sillones. Hay 3 consultorios donde se realiza la consulta externa.

El personal del Dpto. de Oncología al año 2017 está conformado por 10 médicos asistenciales, de los cuales 5 son nombrados y 5 contratados por servicio terceros, con una jefatura del Departamento de Oncología. Así mismo, el Departamento ha crecido y es un área especializada que brinda atención integral a los pacientes oncológicos en los servicios de Cirugía Oncológica de Abdomen, Ginecología Oncológica, Cirugía Oncológica de mamas y partes blandas, Medicina Oncológica, Radioterapia, Prevención y personal de enfermería con alto nivel científico, con sub-especialidad en Oncología, ético y humanístico, brindando atención integral especializada al paciente oncológico, la familia en el área preventivo – promocional, asistencial, recuperativa y de tratamiento paliativo. Se cuenta con 14 camas de hospitalización dividido en varones y damas, ambiente para procedimientos y cirugía menor, sala de quimioterapia ambulatoria con 10 sillones, área administrativa médica y de enfermería, baño para pacientes y una sala de mezclas ubicada en el sótano donde se encuentra la farmacia oncológica.

Habiendo caracterizado el ámbito institucional, materia de la presente investigación es necesario tener en cuenta que, su conceptualización está basada en el hecho que:

En el año 2012 con la promulgación del Decreto supremo 009-2012 donde se prioriza el acceso y atención integral oncológica denominado “Plan Esperanza” como política de gobierno, se fortalece el departamento de atención de oncología, ya que logra incrementar el personal médico altamente especializado mejorando la atención integral de los pacientes, así como personal de enfermería profesional y no profesional.

También es menester señalar que en el año 2013 se logró la firma del convenio Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal) con el Hospital María Auxiliadora para financiamiento de los tipos de cáncer priorizados.

Por otro lado, debido al incremento de la capacidad resolutive en los tratamientos médicos y quirúrgicos, el Consejo Nacional de Residentado Médico (Conareme), aprobó la formación de médicos especialistas en Cirugía Oncológica y Medicina Oncológica.

El planteamiento de la propuesta de valor de la presente investigación está basada en el programa presupuestal 024 de control y prevención de cáncer, creada en el año 2010, por el Ministerio de Salud, implementada en el año 2011 que tendría como resultado la disminución de la morbi-mortalidad por cáncer en la población, a través de productos orientados a que las comunidades y las instituciones prevengan, diagnostiquen y brinden tratamiento al cáncer de cuello uterino, estomago, mama, y seguir con el control y prevención de cáncer en la población.

Los hospitales, entre ellos el hospital maría auxiliadora de San Juan de Miraflores, en virtud del programa 024, ejecutan presupuestos para la ejecución de actividades, en el marco de control y prevención del cáncer, por lo que resulta muy importante como propuesta de valor, conocer los niveles

de atención a través del cumplimiento de metas, que permitan determinar mejor los efectos de la ejecución presupuestal, a fin de como medida posterior mejorar la gestión hospitalaria en el marco del programa 024; y por ende una mejor atención a los usuarios, en el periodo 2011-2017.

Coincidiendo con (Hernández et al., 1997), entre los beneficios que se espera haber logrado con la implementación de un programa de cáncer, en el Hospital María Auxiliadora, son los siguientes:

Calidad del Tamizaje	Detección Oportuna	Manejo temprano de Casos	Muertes Tempranas
Cobertura amplia	Detección y seguimiento de casos positivos	Reducción de histerectomías	Reducción de muertes tempranas
Cobertura de personas en riesgo	Manejo temprano del padecimiento	Reducción de ansiedad	Aumento de años de vida saludable
Calidad de las muestras	Reducción de tratamiento innecesarios	Mejoría en calidad de vida	Mejoría de calidad de vida familiar
Calidad diagnóstica	Reducción de tratamiento complejos		Reducción de pérdidas productivas

Fuente: (Hernández et al., 1997)

Las técnicas que se utilizaron, está la técnica de observación, y la técnica de entrevista. La técnica de observación tuvo como instrumento una guía de observación, que se elaboró, para registrar los datos de la ejecución presupuestal para cada cáncer estudiado y los indicadores de atención, para cada uno de ellos, en el periodo 2011-2017. Para apreciar las mejoras de valor, se utilizó la técnica de entrevista estructurada, que se aplicó al 100% de los médicos (ver Anexo de la guía de entrevista estructurada), cuyos resultados permitió evaluar los beneficios alcanzados con la implementación

del programa 024 del Hospital María Auxiliadora, así como la suficiencia de las atenciones de los pacientes, y la posibilidad de incrementar los presupuestos para una mayor cobertura de atenciones.

Para el procesamiento de la información se utilizó, el software estadístico SPSS v25, mediante el cual se aplicó las técnicas estadísticas descriptivas, e inferenciales, para establecer las relaciones, entre la ejecución presupuestal y las metas, estimándose la cantidad de mujeres atendidas y por atender, en función de los presupuestos otorgados para la ejecución del programa en el periodo 2011- 2017.

Los indicadores del cáncer en sus diferentes modalidades, materia de estudio, se detallan a continuación:

Cantidad de mujeres a la que se ha practicado el Tamizaje para detección de cáncer de cuello uterino, cantidad de Exámenes de colposcopia, cantidad de exámenes de Mamografía bilateral, cantidad de Exámenes de Endoscopia digestiva alta en el periodo 2011-2017.

Los indicadores del presupuesto son los siguientes:

Ejecución Presupuestal para el tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, en el periodo de tiempo 2011-2017, ejecución presupuestal para el examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino, en el periodo de tiempo 2011-2017, ejecución presupuestal para mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, en el periodo de tiempo 2011-2017, ejecución presupuestal para endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago en el periodo de tiempo 2011-2017.

Matriz de operacionalización

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Ejecución presupuestal	Etapa del proceso presupuestario en la que se perciben los ingresos y se atienden las obligaciones de gasto de conformidad con los créditos presupuestarios autorizados en los presupuestos (Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, 2017).	son categorías que constituye un instrumento del Presupuesto por Resultados y que es una unidad de programación de las acciones de la entidad pública, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos para lograr un Resultado Específico en la población y así contribuir al logro de un Resultado Final asociado a un objetivo de política pública..	Ejecución presupuestal para tamizaje de detección en cancer de cuello uterino	Monto en soles ejecutado para tamizaje de detección en cáncer de cuello uterino, en el período 2011- 2016	Escala
			Ejecución presupuestal de mamografía en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama	Monto en soles ejecutado para mamografía en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, en el período 2011- 2016	
			Presupuesto ejecutado de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	Monto en soles ejecutado para endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago, en el período 2011- 2016	
VARIABLE DEPENDIENTE					
Metas	El resultado hacia el cual se dirige dicho esfuerzo. Las escuelas se enfocan en metas específicas para el desarrollo en el siguiente año escolar.	Las metas se dan para un desarrollo determinado.	Meta fisica de tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.	Tamizaje por año para detección de cáncer de cuello uterino, en el periodo 2011-2016.	Nominal
			Meta fisica de mamografía en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama	Mamografía por año en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, en el periodo 2011-2016.	
			Meta fisica de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	Endoscopia digestiva alta por año en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago, en el periodo 2011-2016	

Cuadro 1 Matriz de operacionalización. Elaboración propia

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño metodológico

La investigación es no experimental, de enfoque cuantitativo se refiere a una investigación en la que no hay manipulación de alguna variable. En este caso corresponde a una investigación descriptiva, correlacional, de carácter longitudinal, por tratarse de una investigación en el periodo de tiempo 2011-2017.

El diseño de la investigación se representa de la siguiente forma:

La ejecución presupuestal, se relaciona con las metas del Programa control y prevención de cáncer, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017

Para la detección de cáncer de cuello uterino se establecerá la relación entre los siguientes indicadores:

$$Y1 = f(X1),$$

Donde

X1

= Ejecución presupuestal para tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, periodo 2011 – 2017

Y1 = Número de Mujeres atendidas en tamizaje para detección de cáncer de cuello uterino, periodo 2011 – 2017

$$Y2 = f(X2),$$

Donde

X2 = Ejecución presupuestal para examen de colposcopia en mujeres con citología anormal para Detección de cáncer de cuello uterino, periodo 2011 – 2017

Y2 = Número de Mujeres atendidas con examen de colposcopia en mujeres con citología anormal,
periodo 2011 – 2017

Para la detección de cáncer de mama se establecerá la relación entre los siguientes indicadores:

$$Y3 = f(X3),$$

Donde

X3 = Ejecución presupuestal para mamografía bilateral de cáncer de mama, periodo 2011 – 2017

Y3 = Número de mujeres atendidas de 40 a 65 años en mamografía bilateral, periodo 201 – 2017

Para la detección de cáncer de estómago se establecerá la relación entre los siguientes indicadores:

$$Y4 = f(X4),$$

Donde

X4 = Ejecución presupuestal para endoscopia digestiva alta de cáncer de estómago, periodo 2011 – 2017

Y4 = Número de personas atendidas de 45 a 65 años con endoscopia digestiva alta, periodo 2011 – 2017

Así mismo se establecerá el indicador que expresa el porcentaje de la población objetivo femenino que es cubierto por la ejecución presupuestal

3.2 Diseño muestral

Población:

Es el conjunto de personas que correspondería, en razón de su cercanía o radio de acción, ser atendidos en el Programa de Control y prevención del cáncer del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores

Sin embargo, la población a nivel de Lima Sur, se incrementa cada año, la dinámica poblacional ha permitido que, en el año 2017, la cantidad de

habitantes sea 2.306.913 habitantes y para el 2017 2.342.392, es decir un incremento poblacional del 2%.

Dato a tomarlo en cuenta debido a que la demanda podría ser mayor, en los diferentes grupos etarios.

El Hospital María Auxiliadora no tiene población programada y asignada en su jurisdicción, por ser hospital III-I de acuerdo a la categorización de establecimientos de salud, es decir atiende a pacientes de diferente procedencia del país y distritos de la región Lima Sur, de acuerdo a demanda y establece sus metas, según un procedimiento interno.

POBLACIÓN	
AÑO	POB.
AÑO 2011	2,105,296
AÑO 2012	2,145,975
AÑO 2013	2,191,041
AÑO 2014	2,229,532
AÑO 2015	2,272,012
AÑO 2016	2, 306 913
AÑO 2017	2,342 392

Figura 9 Población Fuente INEI

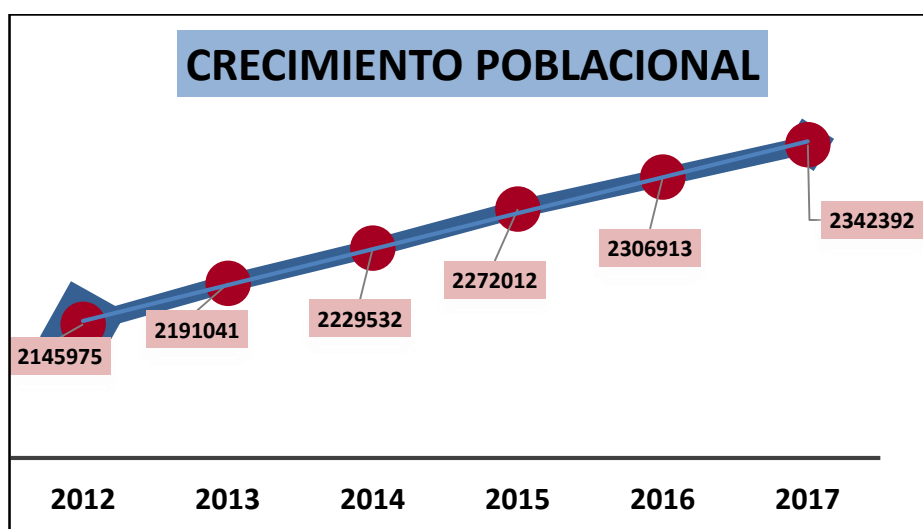


Figura 10 Crecimiento poblacional Fuente INEI

Por lo que, de acuerdo con (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014), “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” para la presente investigación, la población de unidades de análisis de estudio, es el conjunto de indicadores correspondientes al número de atenciones de pacientes, en el hospital maría auxiliadora, en el marco del programa 024 de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y cáncer de estómago; para la variable dependiente; en cualquier periodo de tiempo.

Se considera la ejecución presupuestal para cada uno de los cánceres, que se estudia en la presente investigación como la variable independiente; en cualquier periodo de tiempo.

Para efecto de la aplicación de la entrevista estructurada, esta se aplicó a la población de médico oncólogos que atienden los canceres en el Hospital María Auxiliadora son 10.

Muestra:

Tratándose de población de personas atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, se consideró como muestra a toda la población atendida. Es decir, en una muestra poblacional.

Sin embargo, para la presente investigación, la muestra de unidades de análisis de estudio la variable dependiente, está definida por el subconjunto de indicadores, al 100% de los casos atendidos entre los años 2006 y 2011, sobre:

- ✓ Número de mujeres a la que se ha practicado el Tamizaje para detección de cáncer de cuello uterino, en el periodo 2011-2017
- ✓ Número de mujeres a las que se ha practicado Exámenes de colposcopia con citología anormal, en el periodo 2011-2017

- ✓ Número de mujeres de 40 a 65 años a las que se ha practicado Exámenes de Mamografía bilateral, en el periodo 2011-2017
- ✓ Número de personas de 45 a 65 años a las que se ha practicado Exámenes de Endoscopia digestiva alta, en el periodo 2011-2017.

Para la variable independiente, se consideró, el subconjunto de indicadores de Ejecución Presupuestal de la siguiente manera:

- Ejecución Presupuestal para el Programa de cáncer de mama; en el periodo de tiempo 2011-2017.
- Ejecución Presupuestal para el Programa cáncer de cuello uterino; en el periodo de tiempo 2011-2017.
- Ejecución Presupuestal para el Programa de cáncer de estómago; en el periodo de tiempo 2011-2017.
- Ejecución Presupuestal para el Programa de exámenes de endoscopia; en el periodo de tiempo 2011-2017.

Así mismo se utilizó la muestra poblacional (100%), de los médicos (10) que atienden los canceres, en el Hospital María Auxiliadora, para establecer las mejoras que se han podido lograr, de la implementación del programa de prevención de cáncer.

3.3 Técnicas de recolección de datos

Se utilizó la técnica de observación, recolectando así, la información estadística registrada en el SIAF de la ejecución presupuestal del Hospital María Auxiliadora en San Juan de Miraflores, y las metas de las actividades, del Programa de cáncer de mama, Programa de cáncer de cuello uterino, Programa de cáncer de estómago en el Hospital María Auxiliadora del San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017.

Así mismo se utilizó la técnica de entrevista estructurada, que se aplicó al 100% los médicos para apreciar las mejoras de valor.

El instrumento para la técnica de observación es la guía de observación, que se utilizara para el recojo de información de la ejecución presupuestal para cada uno de los canceres estudiados y las metas de atención alcanzadas en el periodo 2011 – 2017.

El instrumento para la técnica de entrevista es una guía de entrevista estructurada, que se aplicara a los diez médicos oncólogos del Hospital María Auxiliadora.

3.4 Técnicas de gestión y estadísticas para el procesamiento de la información

Se utilizó el software estadístico SPSS versión 25 en español para el procesamiento de la información y análisis, utilizando las técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales, tales como las técnicas de correlación y regresión para la determinación de la relación que podría existir entre las variables e indicadores materia de estudio, para cumplir con los objetivos del trabajo de investigación.

3.5 Aspectos éticos

Se respetó la información oficial de los organismos públicos tales como la ejecución presupuestal, que se encuentre en el Hospital María Auxiliadora en San Juan de Miraflores, relacionados con la información materia de la presente investigación, de acuerdo a lo establecido en las normas de la Universidad San Martín de Porres, y del Instituto de Gobierno y Gestión Pública.

CAPITULO IV RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de los productos estudiados en la presente investigación, y que forman parte del programa 024 de prevención y control del cáncer. Los productos estudiados son: Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino, mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, y endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.

Para cada uno de los productos estudiados, los resultados están referidos a la fuente de financiamiento del presupuesto, la genérica del gasto, y la determinación de cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de cada una de las actividades de control y prevención del cáncer, realizados en el Hospital María Auxiliadora San Juan de Miraflores, en el período 2011 - 2017.

4.1. Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.

Seguidamente se presenta los resultados del análisis, de las fuentes de financiamiento, la genérica del gasto, y la determinación de cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.

4.1.1 Fuente de financiamiento del presupuesto para tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.

Cómo se puede apreciar en la tabla 1 y en el gráfico 1, la fuente de financiamiento, predominante, proviene de recursos ordinarios, cuyo promedio anual fue de S/. 256,135, que representa el 93.6%, y solo S/. 13,094, que proviene de Donaciones y Transferencias, representando el 5.6%, en el período 2011- 2017.

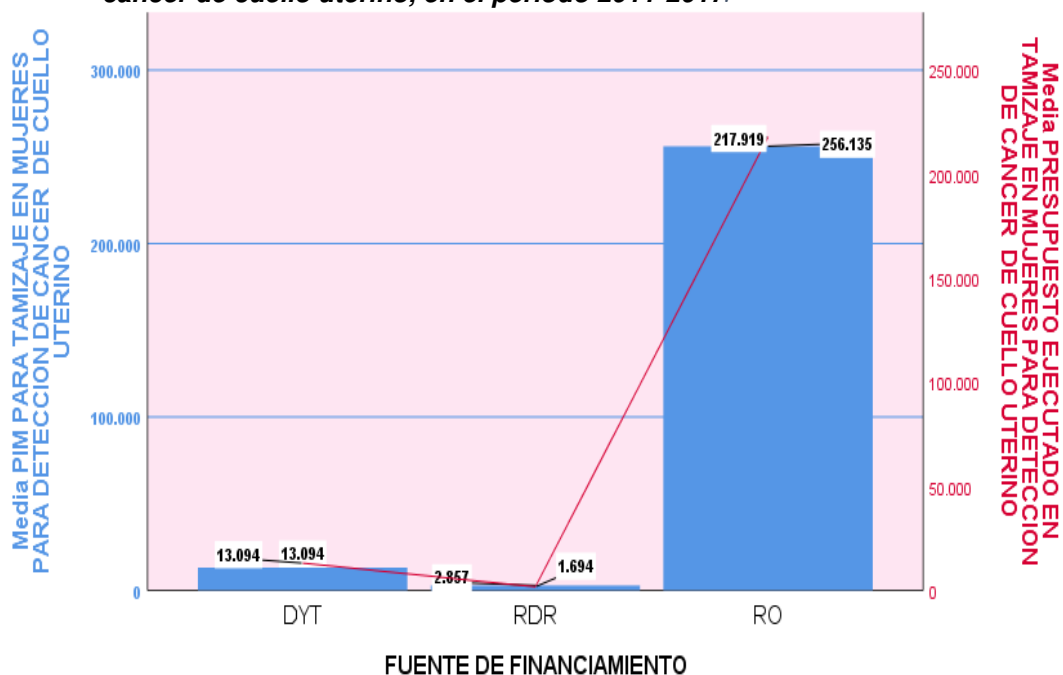
Tabla 1 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento, para tamizaje en mujeres, para detección de cáncer de cuello uterino, en el periodo 2011-2017.

Resúmenes de casos			
AÑO	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIM PARA TAMIZAJE EN MUJERES PARA DETECCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO	PRESUPUESTO EJECUTADO EN TAMIZAJE EN MUJERES PARA DETECCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO
2011	RO	78247	78247
2011	RDR	0	0
2011	DYT	0	0
2012	RO	327415	84038
2012	RDR	10000	10000
2012	DYT	0	0
2013	RO	262809	259118
2013	RDR	2000	0
2013	DYT	0	0
2014	RO	300845	300813
2014	RDR	2000	0
2014	DYT	0	0
2015	RO	284674	284673
2015	RDR	2000	0
2015	DYT	0	0
2016	RO	129388	129386
2016	RDR	2000	0
2016	DYT	.	.
2017	RO	409568	389157
2017	RDR	2000	1860
2017	DYT	78564	78564

Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de información Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.

Elaboración: Propia

Gráfico 1 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento, para tamizaje en mujeres, para detección de cáncer de cuello uterino, en el periodo 2011-2017.



Fuente: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de información Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas
Elaboración: Propia

4.1.2 Genérica del gasto para tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.

En la tabla 2 y gráfico 2 se presentan los resultados del Análisis del presupuesto modificado y ejecutado según la genérica del gasto, para Tamizaje en mujeres destinado a la detección del cáncer de cuello uterino. En promedio se gastó S/. 230.837 destinados solamente a bienes y servicios en un 100%.

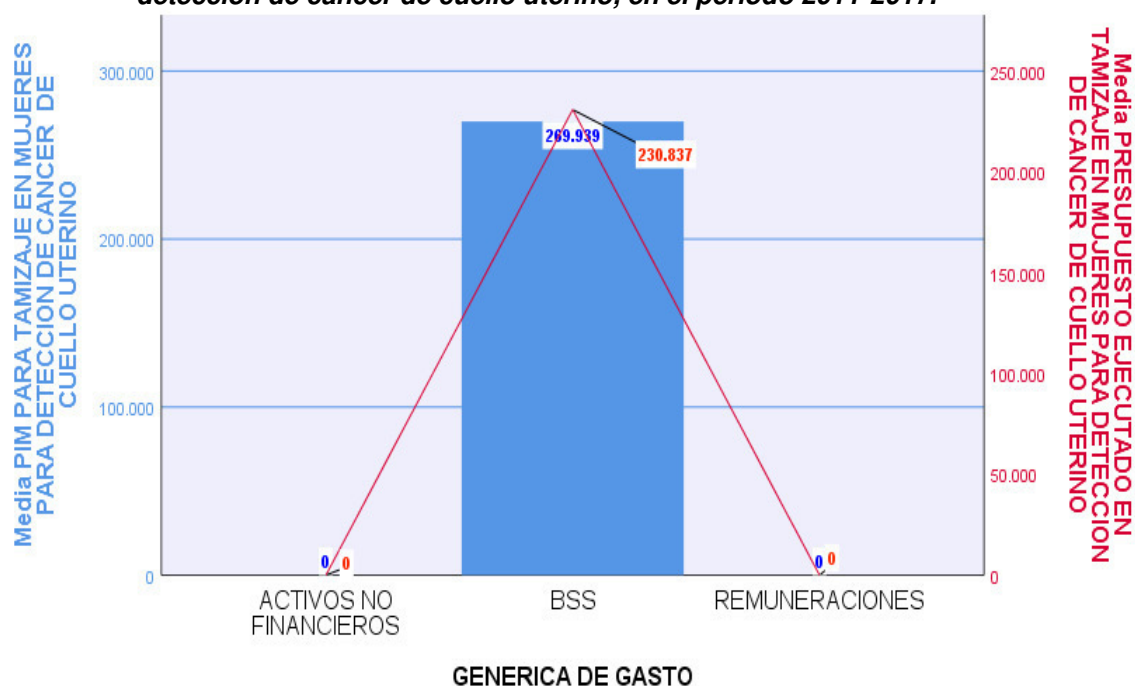
Tabla 2 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según genérica de gasto, para tamizaje en mujeres, para detección de cáncer de cuello uterino, en el periodo 2011-2017.

Resúmenes de casos

AÑO	GENERICA DE GASTO	PIM PARA TAMIZAJE EN MUJERES PARA DETECCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO	PRESUPUESTO EJECUTADO EN TAMIZAJE EN MUJERES PARA DETECCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO
2011	REMUNERACIONES	0	0
2011	BSS	78247	78247
2011	ACTIVOS NO FINANCIEROS	.	.
2012	REMUNERACIONES	0	0
2012	BSS	337475	94038
2012	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
2013	REMUNERACIONES	0	0
2013	BSS	264809	259118
2013	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
2014	REMUNERACIONES	0	0
2014	BSS	302845	300813
2014	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
2015	REMUNERACIONES	0	0
2015	BSS	284674	284673
2015	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
2016	REMUNERACIONES	0	0
2016	BSS	131388	129386
2016	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
2017	REMUNERACIONES	0	0
2017	BSS	490132	469581
2017	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0

Fuente: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de información Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

Gráfico 2 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según genérica de gasto, para tamizaje en mujeres, para detección de cáncer de cuello uterino, en el periodo 2011-2017.



Fuente: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de información Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas
Elaboración: Propia

4.1.3 Determinación de cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control y prevención de cáncer de cuello uterino, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017.

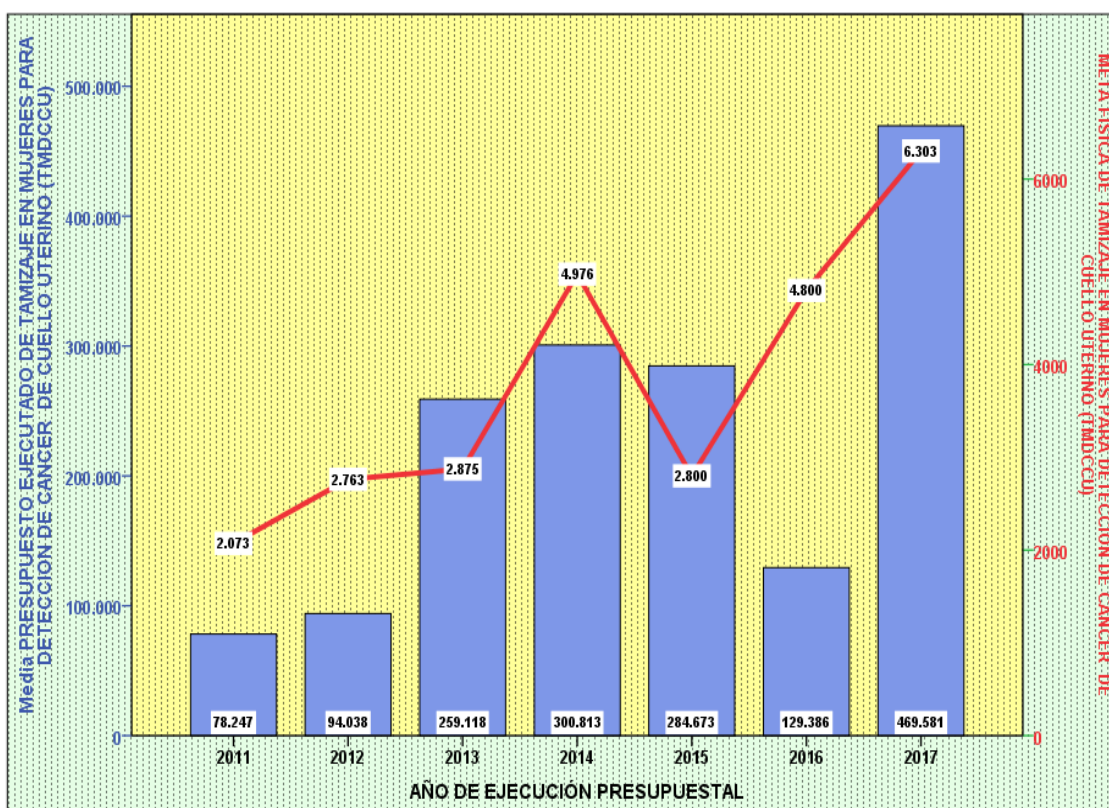
A continuación, se presentan los resultados concernientes a la ejecución presupuestal año por año en relación con las metas logradas, de tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino. En la tabla 3 gráfico 3 se puede observar que, si existe una relación directa entre la ejecución presupuestal y las metas año por año, en el período 2011-2017, como se puede evidenciar en la tabla 4, y gráfico 4, en la que se aprecia una correlación fuerte del orden de 0.690 entre ejecución presupuesto y la meta física de Tamizaje para detección de cáncer de cuello uterino, con una significancia del 90%.

Tabla 3 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control y detección de cáncer de cuello uterino.

AÑO	PRESUPUESTO EJECUTADO DE TAMIZAJE EN MUJERES PARA DETECCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO (TMDCCU)	META FISICA DE TAMIZAJE EN MUJERES PARA DETECCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO (TMDCCU)
2011	78247	2073
2012	94038	2763
2013	259118	2875
2014	300813	4976
2015	284673	2800
2016	129386	4800
2017	469581	6303

Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

Gráfico 3 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control y detección de cáncer de cuello uterino.



Fuente: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.

Elaboración: Propia

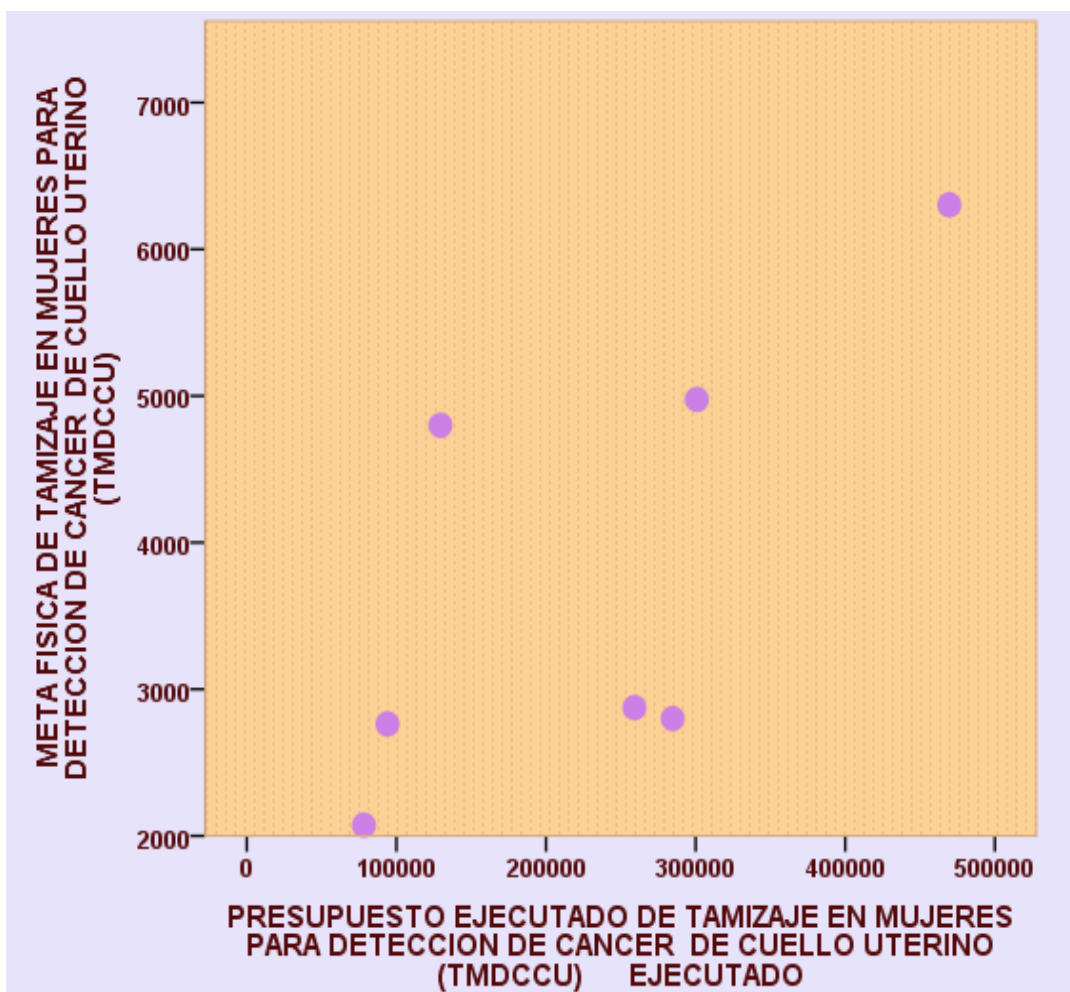
Tabla 4 Correlación entre el presupuesto ejecutado y la meta física de tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.

		PRESUPUESTO EJECUTADO DE TAMIZAJE EN MUJERES PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO (TMDCCU)	META FÍSICA DE TAMIZAJE EN MUJERES PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO (TMDCCU)
PRESUPUESTO EJECUTADO DE TAMIZAJE EN MUJERES PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO (TMDCCU)	Correlación de Pearson	1	,690
	Sig. (bilateral)		,086
	N	7	7
META FÍSICA DE TAMIZAJE EN MUJERES PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO (TMDCCU)	Correlación de Pearson	,690	1
	Sig. (bilateral)	,086	
	N	7	7

Fuente: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.

Elaboración: Propia

Gráfico 4 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control y detección de cáncer de cuello uterino.



Fuente: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

4.2. Examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.

Se muestran los resultados del análisis, de las fuentes de financiamiento, la genérica del gasto, y la determinación de cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.

4.2.1 Fuente de financiamiento de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.

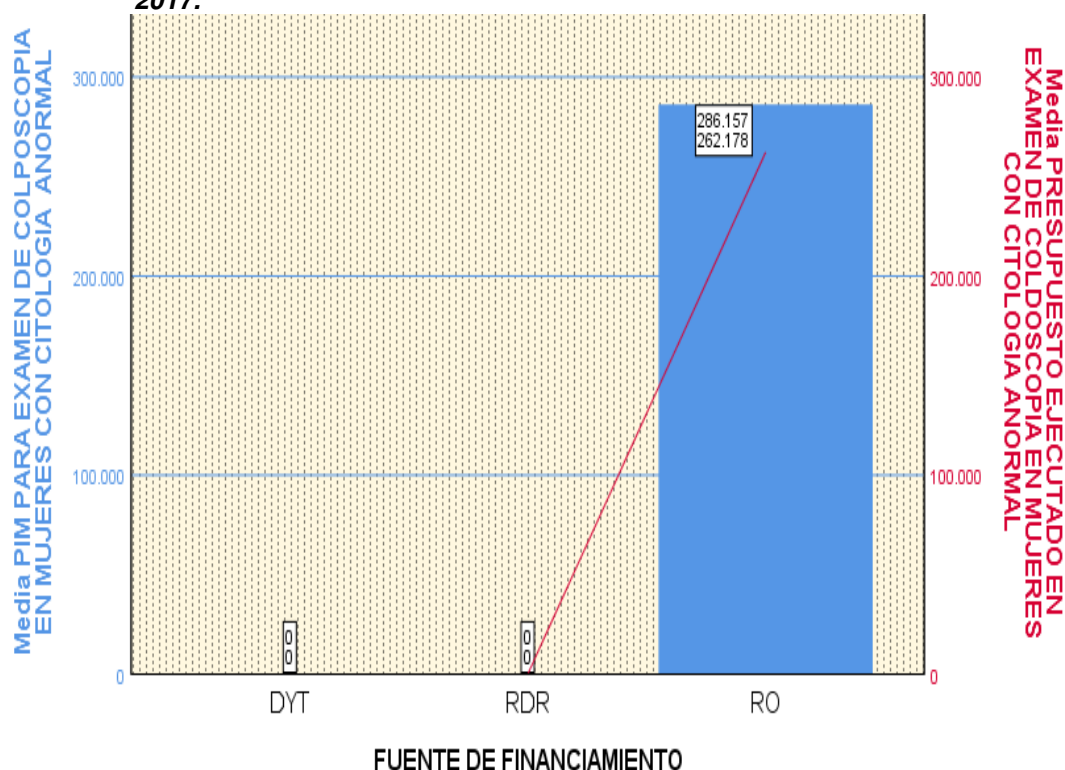
Cómo se puede observar en la tabla 5 y en el gráfico 5, la fuente de financiamiento, sobresaliente proviene de recursos ordinarios, cuyo promedio anual fue de S/. 262,178 anual, que representa el 100%.

Tabla 5 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento, de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.

AÑO	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIM PARA EXAMEN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES CON CITOLOGÍA ANORMAL	PRESUPUESTO EJECUTADO EN EXAMEN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES CON CITOLOGÍA ANORMAL
2011	RO	250456	249778
2011	RDR	0	0
2011	DYT	0	0
2012	RO	333458	176262
2012	RDR	0	.
2012	DYT	0	0
2013	RO	305685	304658
2013	RDR	0	0
2013	DYT	0	0
2014	RO	351698	351688
2014	RDR	0	.
2014	DYT	0	0
2015	RO	390585	390421
2015	RDR	0	0
2015	DYT	0	0
2016	RO	129396	129395
2016	RDR	.	.
2016	DYT	.	.
2017	RO	241819	233047
2017	RDR	0	.
2017	DYT	0	.

Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

Gráfico 5 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento, de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino periodo 2011-2017.



Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

4.2.2. Genérica de gasto de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.

En la tabla 6 y gráfico 6 se muestran los resultados del Análisis del presupuesto modificado y ejecutado según la genérica de gasto, de detección de cáncer con colposcopia, en mujeres con citología anormal en el periodo 2011-2017. En promedio anual se gastó S/. 265.330 consignados a bienes y servicios, activos no financieros con promedio anual de S/. 6.500, y con remuneraciones promedio anual de S/. 30.000.

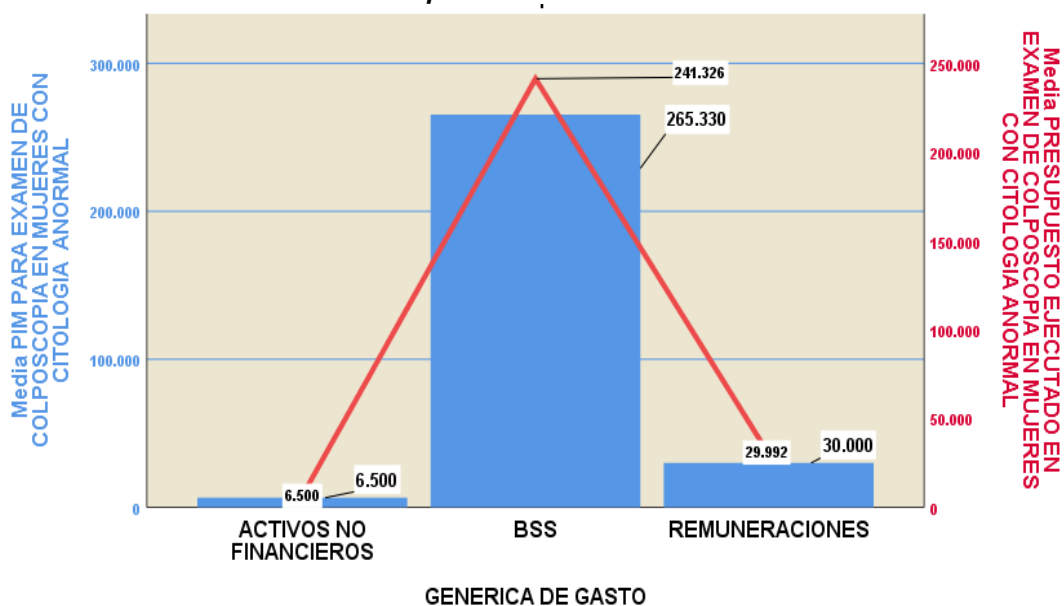
Tabla 6 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según genérica de gasto de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino en el periodo 2011-2017.

AÑO	GENERICA DE GASTO	PIM PARA EXAMEN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES CON CITOLOGIA ANORMAL	PRESUPUESTO EJECUTADO EN EXAMEN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES CON CITOLOGIA ANORMAL
2011	REMUNERACIONES	0	0
2011	BSS	224456	223780
2011	ACTIVOS NO FINANCIEROS	26000	25998
2012	REMUNERACIONES	0	0
2012	BSS	333458	176262
2012	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
2013	REMUNERACIONES	0	0
2013	BSS	305898	304658
2013	ACTIVOS NO FINANCIEROS	.	.
2014	REMUNERACIONES	0	.
2014	BSS	351698	351688
2014	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
2015	REMUNERACIONES	120000	119970
2015	BSS	270585	270451
2015	ACTIVOS NO FINANCIEROS	.	.
2016	REMUNERACIONES	.	.
2016	BSS	129396	129395
2016	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
2017	REMUNERACIONES	.	.
2017	BSS	241819	233047
2017	ACTIVOS NO FINANCIEROS	.	.

Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.

Elaboración: Propia

Gráfico 6 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según genérica de gasto de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino en el periodo 2011-2017.



Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

4.2.3. Determinación de cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017.

Seguidamente, se muestra los resultados pertenecientes a la ejecución presupuestal año por año en relación con las metas logradas, de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino. En la tabla 7 gráfico 7 se puede observar que, no existe una relación directa entre la ejecución presupuestal y las metas año por año, en el período 2011-2017, como se puede evidenciar en la tabla 8, y gráfico 8, en la que se aprecia una correlación del orden de 0.487 entre ejecución presupuestal, y la meta física de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino, que resultó ser no significativa.

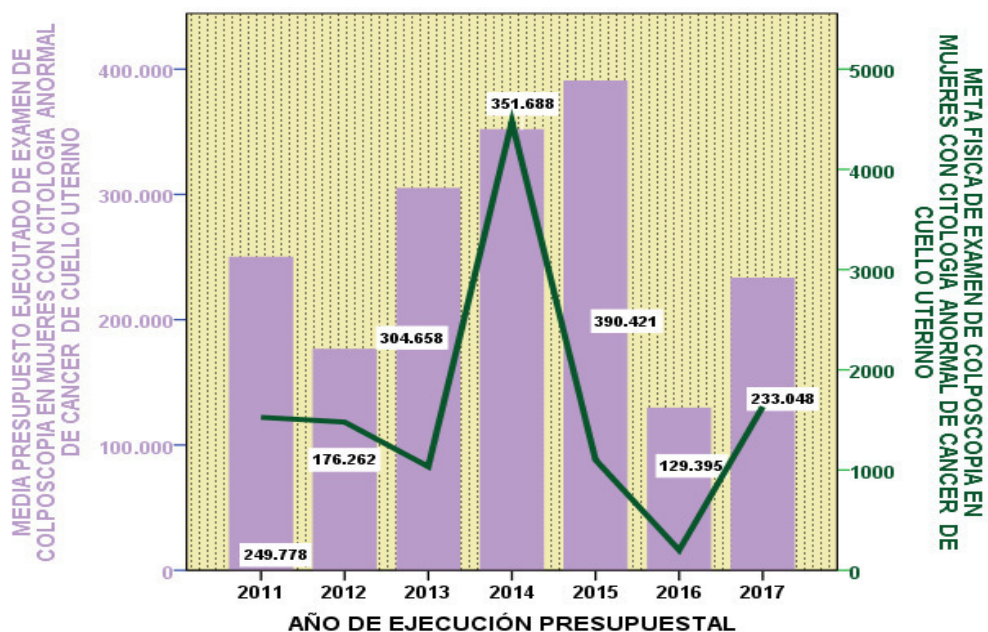
Tabla 7 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.

AÑO	PRESUPUESTO EJECUTADO DE EXAMEN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES CON CITOLOGIA ANORMAL DE CANCER DE CUELLO UTERINO	META FISICA DE EXAMEN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES CON CITOLOGIA ANORMAL DE CANCER DE CUELLO UTERINO
2011	249778	1526
2012	176262	1479
2013	304658	1034
2014	351688	4474
2015	390421	1102
2016	129395	200
2017	233048	1633

Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

Como se puede observar en el año 2016, la meta física cumplida fue de 200, y de acuerdo a la información obtenida de los funcionarios responsables, en ese año, los equipos se encontraron en mal estado, con dificultades para su funcionamiento, por lo que se hacían citas con fechas muy prolongadas, razón por la cual los pacientes dejaban de asistir a las citas. Esta es la explicación por la cual la correlación es baja. Caso contrario si las metas físicas alcanzadas en el año 2016 hubieran tenido comportamiento normal, sin haberse encontrado deficiencia en los equipos médicos para los exámenes, la correlación hubiera tenido un comportamiento de mayor fuerza entre presupuesto ejecutado en esta actividad, y las metas físicas alcanzadas.

Gráfico 7 Ejecución presupuestal, en relación con las metas en la actividad de control de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.



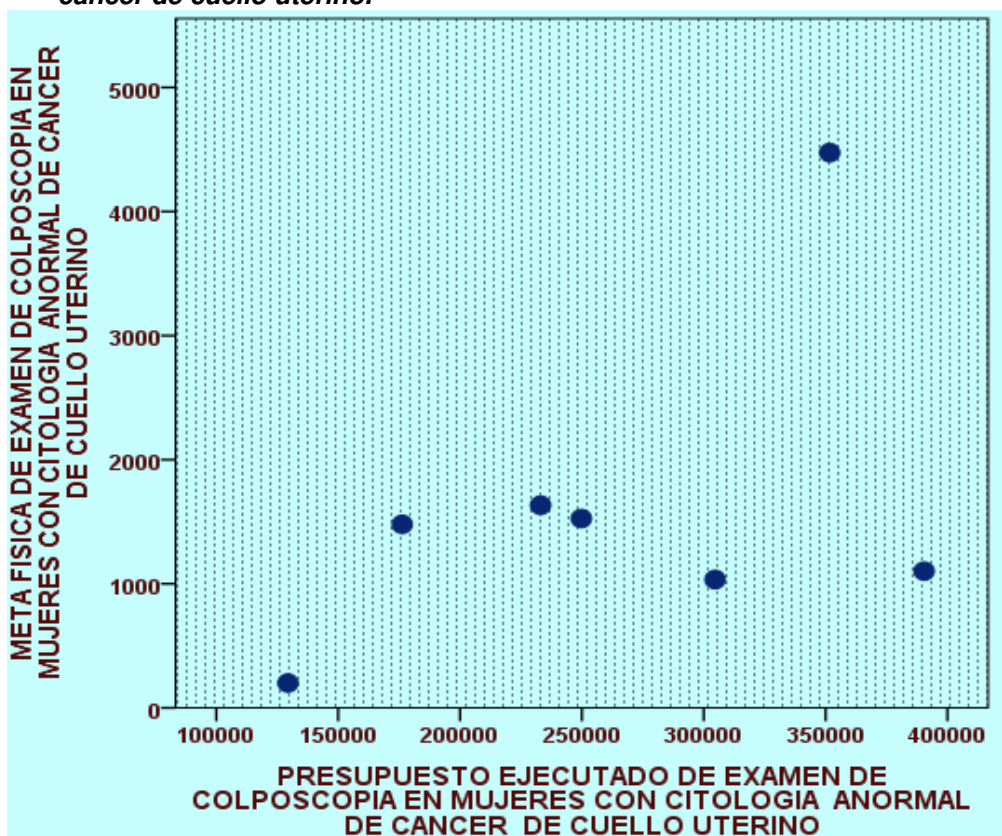
Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

Tabla 8 Correlación entre el presupuesto ejecutado y la meta física de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.

		PRESUPUESTO EJECUTADO DE EXAMEN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES CON CITOLOGÍA ANORMAL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	META FÍSICA DE EXAMEN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES CON CITOLOGÍA ANORMAL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO
PRESUPUESTO EJECUTADO DE EXAMEN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES CON CITOLOGÍA ANORMAL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	Correlación de Pearson	1	,487
	Sig. (bilateral)		,268
	N	7	7
META FÍSICA DE EXAMEN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES CON CITOLOGÍA ANORMAL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	Correlación de Pearson	,487	1
	Sig. (bilateral)	,268	
	N	7	7

Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

Gráfico 8 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino.



Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

4.3 Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.

A continuación, se muestran los resultados del análisis, de las fuentes de financiamiento, la genérica del gasto, y la determinación de cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.

4.3.1 Fuente de financiamiento del presupuesto para mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.

Cómo se puede observar en la tabla 9 y en el gráfico 9, la fuente de financiamiento, predominante, proviene de recursos ordinarios, cuyo

promedio anual fue de S/. 515.607, que representa el 99.7% del total ejecutado.

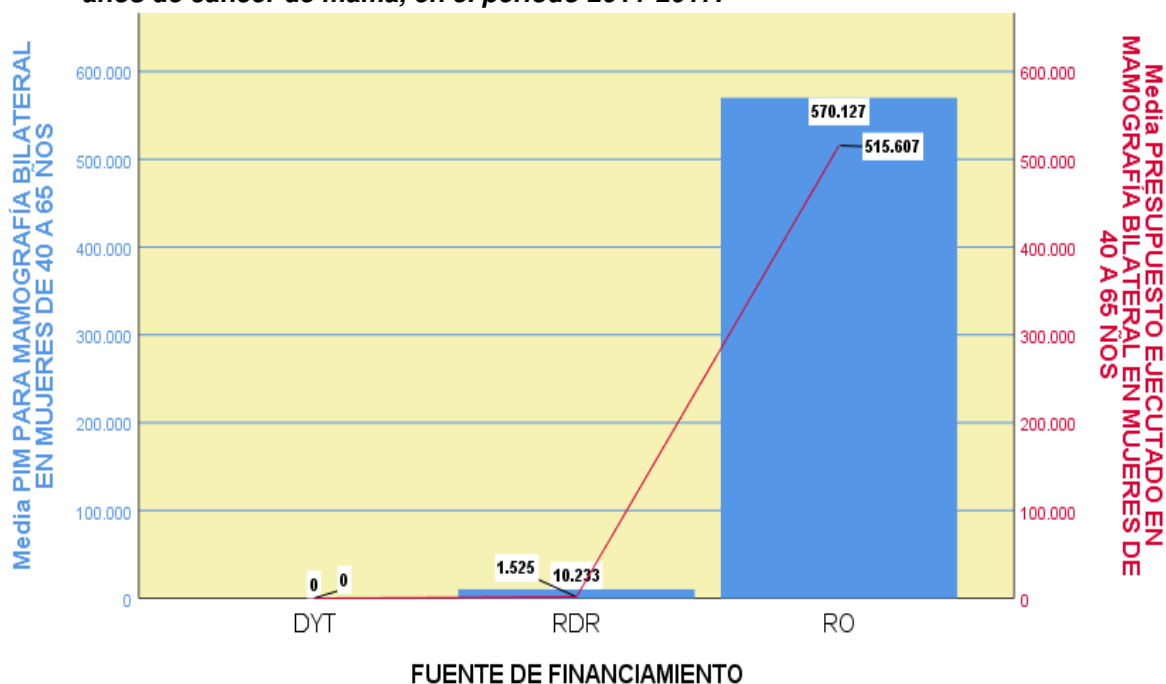
Tabla 9 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento, de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, en el periodo 2011-2017.

AÑO	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIM PARA MAMOGRAFÍA BILATERAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS	PRESUPUESTO EJECUTADO EN MAMOGRAFÍA BILATERAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS
2011	RO	1189271	1188271
2011	RDR	0	0
2011	DYT	0	0
2012	RO	438667	362850
2012	RDR	21800	9150
2012	DYT	0	0
2013	RO	352138	351749
2013	RDR	19800	0
2013	DYT	0	0
2014	RO	372922	372918
2014	RDR	19800	0
2014	DYT	0	0
2015	RO	383180	377975
2015	RDR	0	0
2015	DYT	0	0
2016	RO	405641	405394
2016	RDR	.	.
2016	DYT	.	.
2017	RO	849072	550094
2017	RDR	0	0
2017	DYT	0	0

Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.

Elaboración: Propia

Gráfico 9 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento, de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, en el periodo 2011-2017.



Fuente: Oficina de planificación y presupuesto del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores.

Elaboración: Propia

4.3.2. Genérica del gasto de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.

En la tabla 10 y gráfico 10 se muestran los resultados del Análisis del presupuesto modificado y ejecutado según la genérica del gasto, de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama. En promedio anual se gastó S/. 140.405 consignados a bienes y servicios, activos no financieros con promedio anual de S/. 176.690, y con remuneraciones promedio anual de S/. 262.571.

Tabla 10 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según genérica de gasto, de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, en el periodo 2011-2017.

Resúmenes de casos

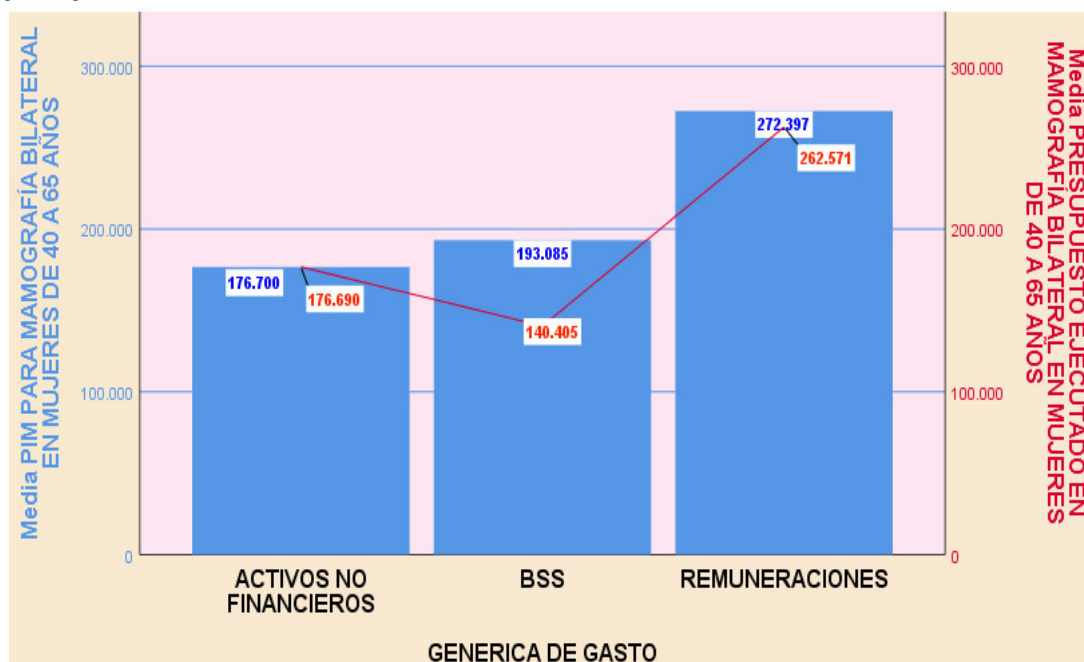
AÑO	GENERICA DE GASTO	PIM PARA MAMOGRAFÍA BILATERAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS	PRESUPUESTO EJECUTADO EN MAMOGRAFÍA BILATERAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS
2011	REMUNERACIONES	.	.
2011	BSS	129073	128134
2011	ACTIVOS NO FINANCIEROS	1060198	1060137
2012	REMUNERACIONES	340161	311955
2012	BSS	120306	60045
2012	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
2013	REMUNERACIONES	244324	234023
2013	BSS	121498	117725
2013	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
2014	REMUNERACIONES	245224	225423
2014	BSS	147498	147495
2014	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
2015	REMUNERACIONES	270921	270468
2015	BSS	112259	107507
2015	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
2016	REMUNERACIONES	274552	274361
2016	BSS	131089	131033
2016	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
2017	REMUNERACIONES	259199	259198
2017	BSS	589873	290896
2017	ACTIVOS NO FINANCIEROS	.	.

Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.

Elaboración: Propia

Como se puede apreciar en la tabla 10, en el año 2011, se efectuó un gasto por concepto de activos no financieros de un monto de S/. 1.060.198, lo que podría influir en el cálculo de la correlación entre la ejecución presupuestal y las metas físicas de la actividad, mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, por cuanto fue el único año en el que se realizó la inversión en equipos para la realización de dicha actividad.

Gráfico 10 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según genérica de gasto, para mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama., en el periodo 2011-2017.



Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.

Elaboración: Propia

4.3.3 Determinación de cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017.

A continuación, se muestra los resultados concernientes a la ejecución presupuestal año por año en relación con las metas logradas, de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, en el periodo 2011-2017. En la tabla 11 gráfico 11 se puede observar que, no existe una relación directa entre la ejecución presupuestal y las metas año por año, en el período 2011-2017, como se puede evidenciar en la tabla 12, y gráfico 12, en la que se aprecia una correlación inversa del orden de -0.664 entre ejecución presupuestal y la meta física de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama. Esta correlación inversa calculada con información

real de los presupuestos ejecutados anualmente, y las metas físicas alcanzadas, año por año, se ve afectada debido a que en el año 2011 la ejecución presupuestal incluía la adquisición de equipos para el desarrollo de la actividad, mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama. De no haber acontecido esta inversión, la correlación podría explicar una relación directa de 0,657 entre, ejecución presupuestal y metas físicas de mamografía bilateral, alcanzadas en el período 2011-2016.

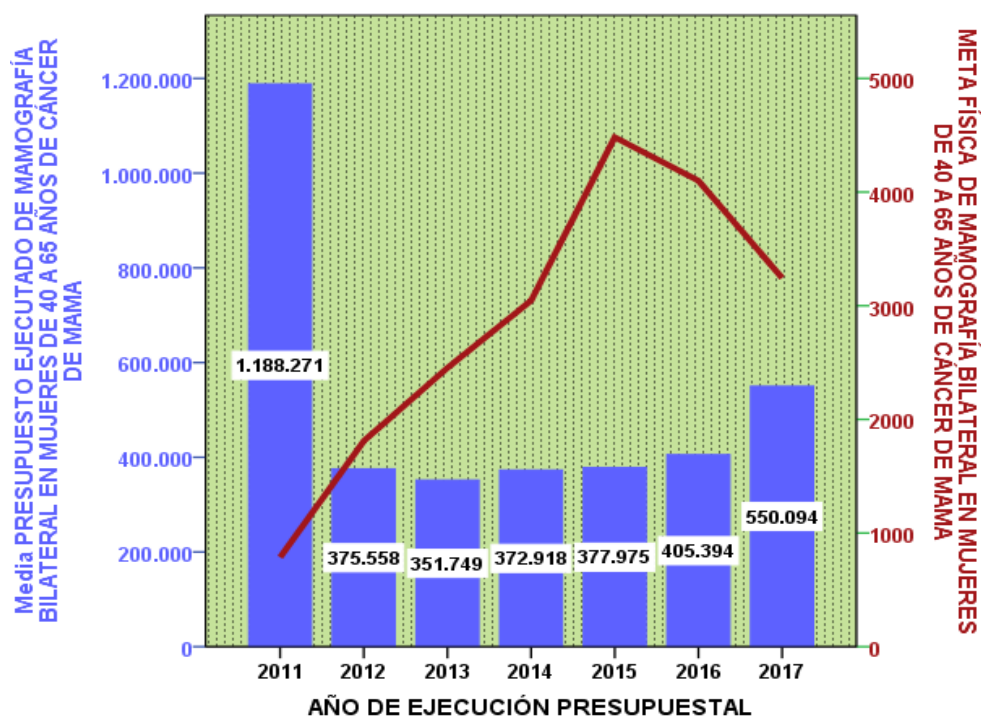
Tabla 11 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.

AÑO	PRESUPUESTO EJECUTADO DE MAMOGRAFÍA BILATERAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS DE CÁNCER DE MAMA	META FÍSICA DE MAMOGRAFÍA BILATERAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS DE CÁNCER DE MAMA
2011	1188271	787
2012	375558	1810
2013	351749	2453
2014	372918	3045
2015	377975	4483
2016	405394	4100
2017	550094	3245

Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.

Elaboración: Propia

Gráfico 11 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control y detección con mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.



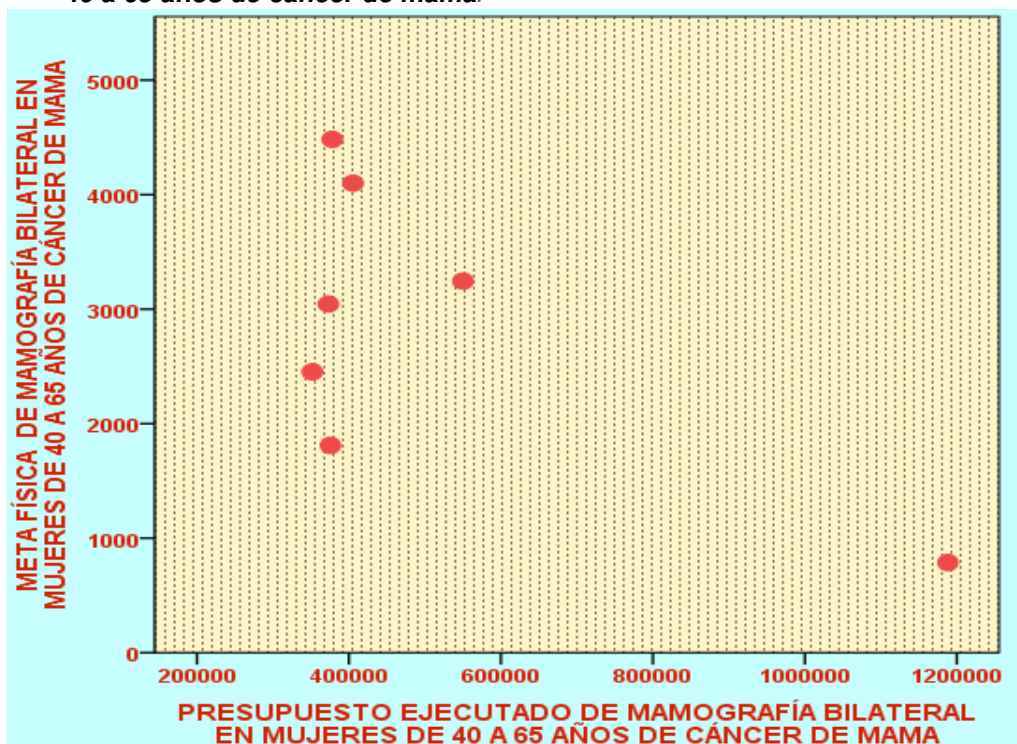
Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

Tabla 12 Correlación entre el presupuesto ejecutado y la meta física de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.

		PRESUPUESTO EJECUTADO DE MAMOGRAFÍA BILATERAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS DE CÁNCER DE MAMA	META FÍSICA DE MAMOGRAFÍA BILATERAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS DE CÁNCER DE MAMA
PRESUPUESTO EJECUTADO DE MAMOGRAFÍA BILATERAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS DE CÁNCER DE MAMA	Correlación de Pearson	1	-,664
	Sig. (bilateral)		,104
	N	7	7
META FÍSICA DE MAMOGRAFÍA BILATERAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS DE CÁNCER DE MAMA	Correlación de Pearson	-,664	1
	Sig. (bilateral)	,104	
	N	7	7

Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

Gráfico 12 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de control y detección de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.



Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

4.4 Endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.

Seguidamente se muestra los resultados del análisis, de las fuentes de financiamiento, la genérica del gasto, y la determinación de cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.

4.4.1. Fuente de Financiamiento de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.

Cómo se puede observar en la tabla 13 y en el gráfico 13, la fuente de financiamiento, predominante, proviene de recursos ordinarios, cuyo promedio fue de S/. 52.198 anual, que representa el 100%.

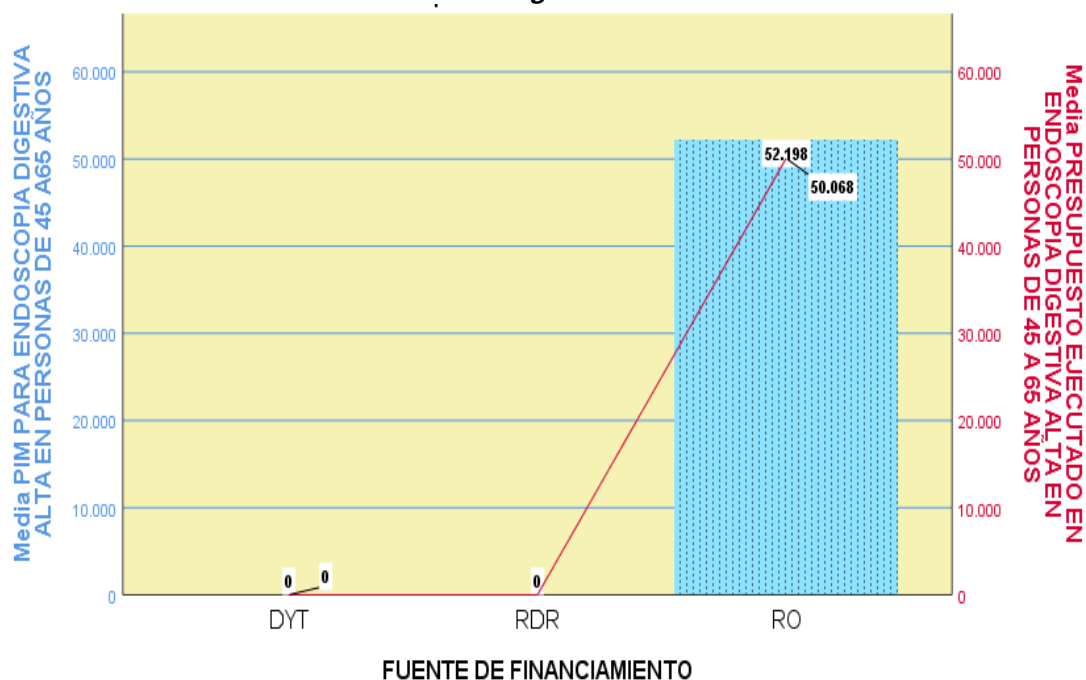
Tabla 13 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento, de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.

AÑO	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIM PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS	PRESUPUESTO EJECUTADO EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS
2011	RO	142790	141968
2011	RDR	0	0
2011	DYT	0	0
2012	RO	44572	30939
2012	RDR	0	0
2012	DYT	0	0
2013	RO	30675	30626
2013	RDR	0	0
2013	DYT	0	0
2014	RO	30898	30894
2014	RDR	0	0
2014	DYT	0	0
2015	RO	38818	38817
2015	RDR	0	0
2015	DYT	0	0
2016	RO	38818	38818
2016	RDR	.	.
2016	DYT	.	.
2017	RO	38818	38415
2017	RDR	.	.
2017	DYT	.	.

Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.

Elaboración: Propia

Gráfico 13 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento, de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.



Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

4.4.2 Genérica del gasto de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.

En la tabla 14 y gráfica 14 se ostentan los resultados del Análisis del presupuesto modificado y ejecutado según la genérica del gasto, de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago. En promedio se gastó S/. 45.655 destinados exclusivamente a bienes y servicios con remuneraciones de S/. 6.179.

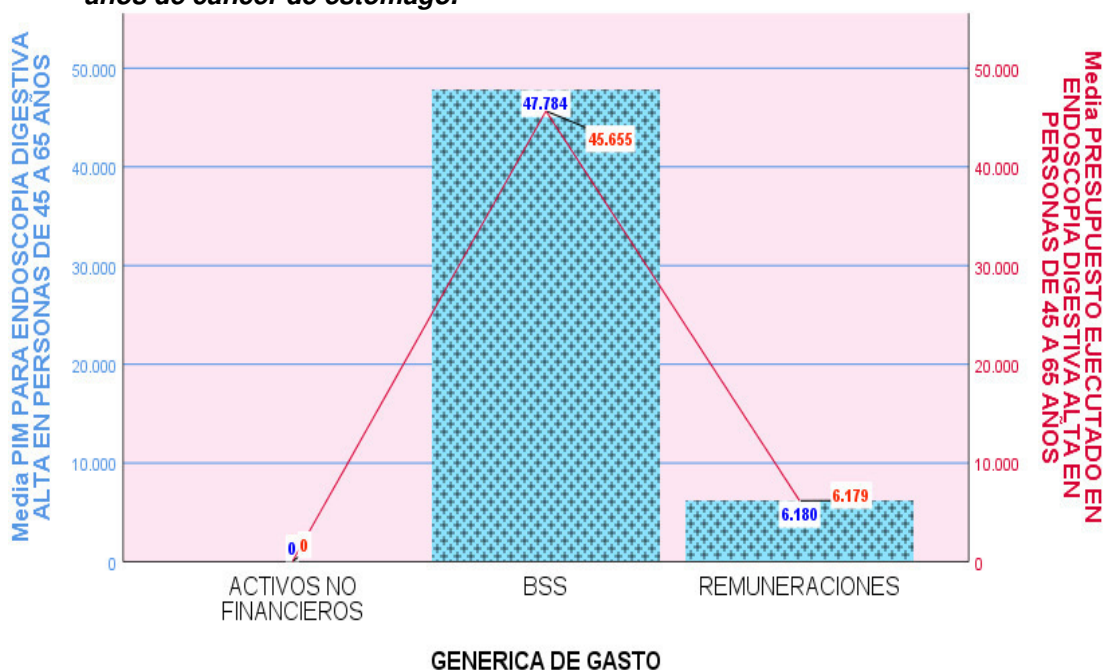
Tabla 14 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según genérica de gasto, para endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.

Resúmenes de casos			
AÑO	GENERICA DE GASTO	PIM PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS	PRESUPUESTO EJECUTADO EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS
2011	REMUNERACIONES	0	0
2011	BSS	142790	141968
2011	ACTIVOS NO FINANCIEROS	.	.
2012	REMUNERACIONES	0	0
2012	BSS	44572	30939
2012	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
2013	REMUNERACIONES	0	0
2013	BSS	30675	30626
2013	ACTIVOS NO FINANCIEROS	.	.
2014	REMUNERACIONES	30898	30894
2014	BSS	0	0
2014	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
2015	REMUNERACIONES	0	0
2015	BSS	38818	38817
2015	ACTIVOS NO FINANCIEROS	.	.
2016	REMUNERACIONES	.	.
2016	BSS	38818	38818
2016	ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
2017	REMUNERACIONES	.	.
2017	BSS	38818	38415
2017	ACTIVOS NO FINANCIEROS	.	.

Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.

Elaboración: Propia

Gráfico 14 Presupuesto modificado y presupuesto ejecutado según genérica de gasto, de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.



Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

4.4.3. Determinación de cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, periodo 2011-2017.

A continuación, se presenta los resultados concernientes a la ejecución presupuestal año por año en relación con las metas logradas de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago. En la tabla 15 gráfico 15 se puede observar que, si existe una relación directa entre la ejecución presupuestal y las metas año por año, en el período 2011-2017, como se puede evidenciar en la tabla 16, y gráfico 16, en la que se calcula una correlación fuerte del orden de -0.464 entre ejecución presupuesto y la meta física de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.

Tabla 15 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.

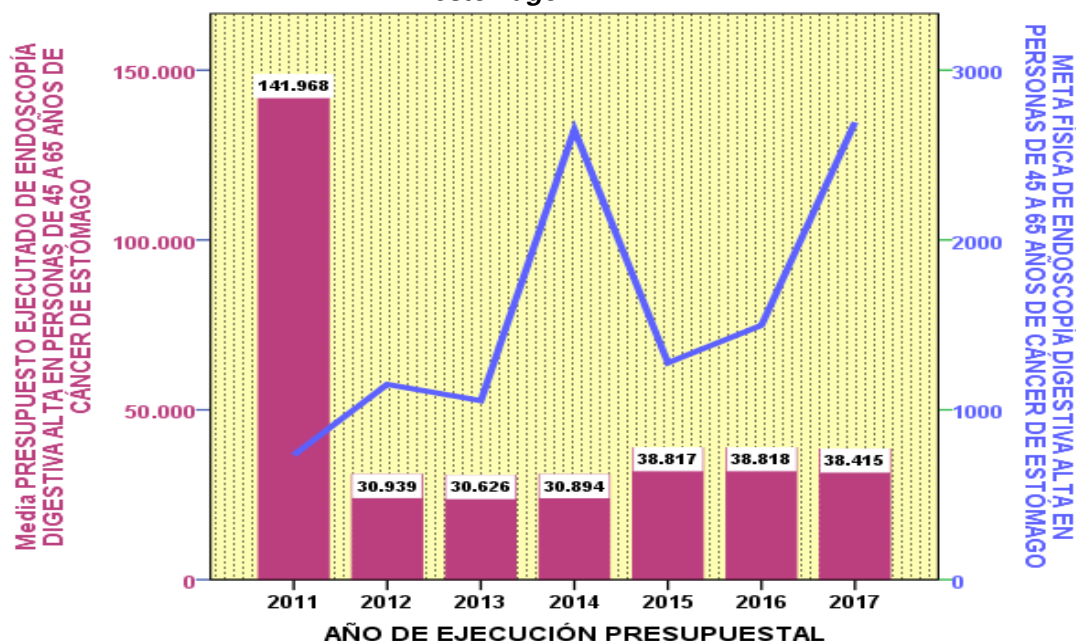
Resúmenes de casos		
AÑO	PRESUPUESTO EJECUTADO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS DE CÁNCER DE ESTÓMAGO	META FISICA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS DE CÁNCER DE ESTÓMAGO
2011	141968	734
2012	30939	1150
2013	30626	1054
2014	30894	2649
2015	38817	1277
2016	38818	1498
2017	38415	2693

Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.

Elaboración: Propia

De acuerdo a la información recibida de funcionarios encargados, en el 2011 el presupuesto ejecutado fue mayor que en los años subsiguientes del 2012 al 2017, debido a que en ese año (2011), se efectuó gastos en personal CAS, y en los otros años no se efectuó gastos en personal CAS, solo se efectuó gastos considerados como suministros médicos.

Gráfico 15 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad para endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.



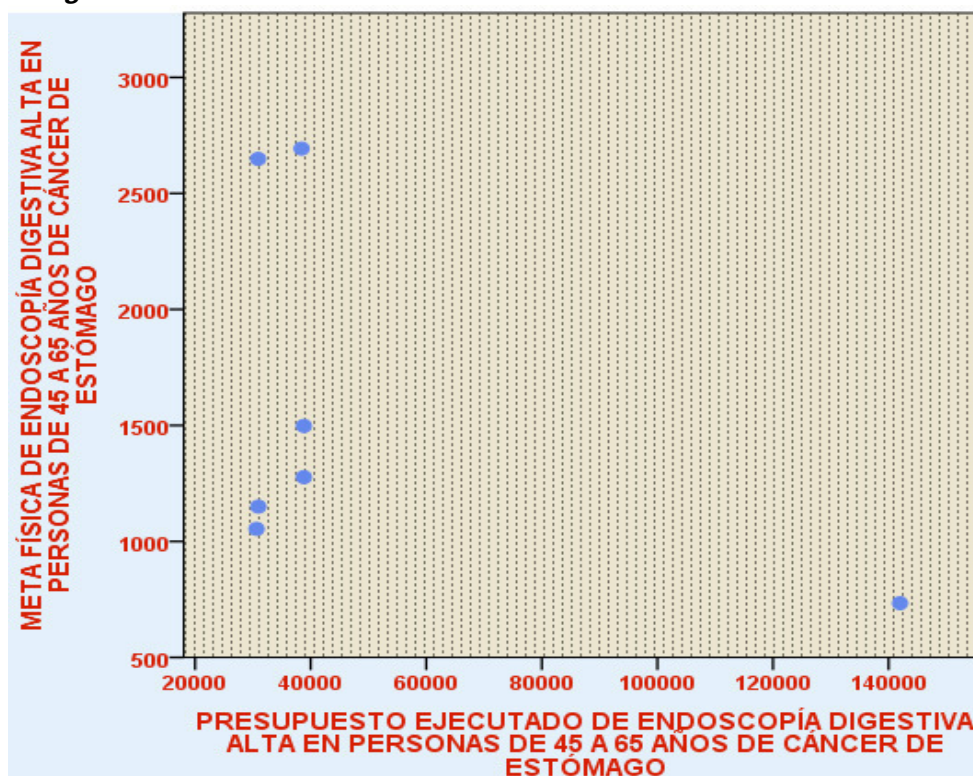
Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas
Elaboración: Propia

Tabla 16 Correlación entre el presupuesto ejecutado y la meta física de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.

		PRESUPUESTO EJECUTADO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS DE CÁNCER DE ESTÓMAGO	META FÍSICA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS DE CÁNCER DE ESTÓMAGO
PRESUPUESTO EJECUTADO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS DE CÁNCER DE ESTÓMAGO	Correlación de Pearson	1	-,464
	Sig. (bilateral)		,295
	N	7	7
META FÍSICA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS DE CÁNCER DE ESTÓMAGO	Correlación de Pearson	-,464	1
	Sig. (bilateral)	,295	

Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

Gráfico 16 Ejecución presupuestal, en relación con las metas de la actividad para endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.



Fuentes: Evaluación anual del Plan Operativo Anual del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. Sistema integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas.
Elaboración: Propia

4.5 Apreciación de los médicos oncólogos que atienden las actividades estudiadas.

A continuación, se presenta la apreciación de los médicos que atienden las actividades estudiadas respecto a: Presupuesto asignado para el cumplimiento de metas, Cobertura de atención de personas en riesgo, Calidad diagnóstica, mejora en el manejo temprano del padecimiento, reducción de tratamientos innecesarios, reducción de los tratamientos complejos, reducción de la ansiedad de los pacientes para ser atendidos, aumento de años de vida saludable de los pacientes, mejora en la calidad de vida de los pacientes.

4.51 Apreciación de los médicos oncólogos, respecto al presupuesto asignado para el cumplimiento de metas.

Como se puede observar en la tabla 17 y gráfico 17, según la Apreciación de los médicos oncólogos, los presupuestos para el tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino y para la endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago, para el cumplimiento de metas fueron exiguos, mientras que los presupuestos para los exámenes de colposcopia en mujeres con citología anormal, y mamografía en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama fueron en términos regulares.

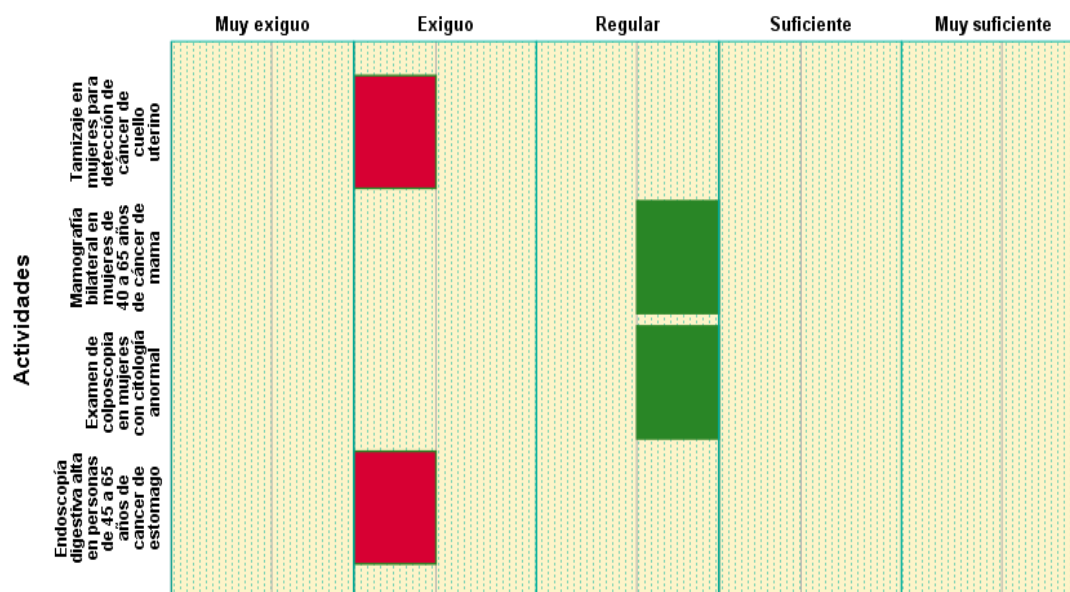
Tabla 17 Apreciación de los médicos oncólogos sobre el presupuesto asignado para el cumplimiento de metas.

Actividades	El presupuesto asignado para el cumplimiento de metas, es
Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino	Exiguo
Examen de colposcopia en mujeres con citología anormal	Regular
Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama	Regular
Endoscopia digestiva alta en personas de 35 a 65 años de cáncer de estomago	Exiguo

Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
Elaboración: propia

Estos mismos resultados pueden observarse en el gráfico 17.

Gráfico 17 *Apreciación de los médicos oncólogos sobre el presupuesto asignado para el cumplimiento de metas.*



Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
Elaboración: propia

4.5.2 *Apreciación de los médicos oncólogos, sobre la cobertura de atención a personas en riesgo.*

En la tabla 18 y gráfico 18, según la apreciación de los médicos oncólogos, sobre la cobertura de atención a personas en riesgo, para mamografía en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, es eficaz.

Por otro lado, opinan que la cobertura de atención para el tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago, y exámenes de colposcopia en mujeres con citología anormal, fue regular.

Tabla 18 *Apreciación de los médicos oncólogos sobre la cobertura de atención a personas en riesgo.*

Actividades	La cobertura de atención a personas en riesgo es
Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino	Regular
Examen de colposcopia en mujeres con citología anormal	Regular
Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama	Eficaz
Endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estomago	Regular

Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
Elaboración: propia

Los resultados antes mencionados sobre cobertura de atención a personas en riesgo también se pueden apreciar en el grafico 18.

Gráfico 18 *Apreciación de los médicos oncólogos sobre la cobertura de atención a personas en riesgo.*



Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
Elaboración: propia

4.5.3 Apreciación de los médicos oncólogos sobre la calidad diagnóstica.

En tabla 19 y gráfico 19, según la apreciación de los médicos oncólogos, la calidad diagnóstica es muy eficaz, para tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, y mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, y para endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago se consideró muy eficaz, mientras que la calidad diagnóstica es regular para el examen de colposcopia en mujeres con citología anormal.

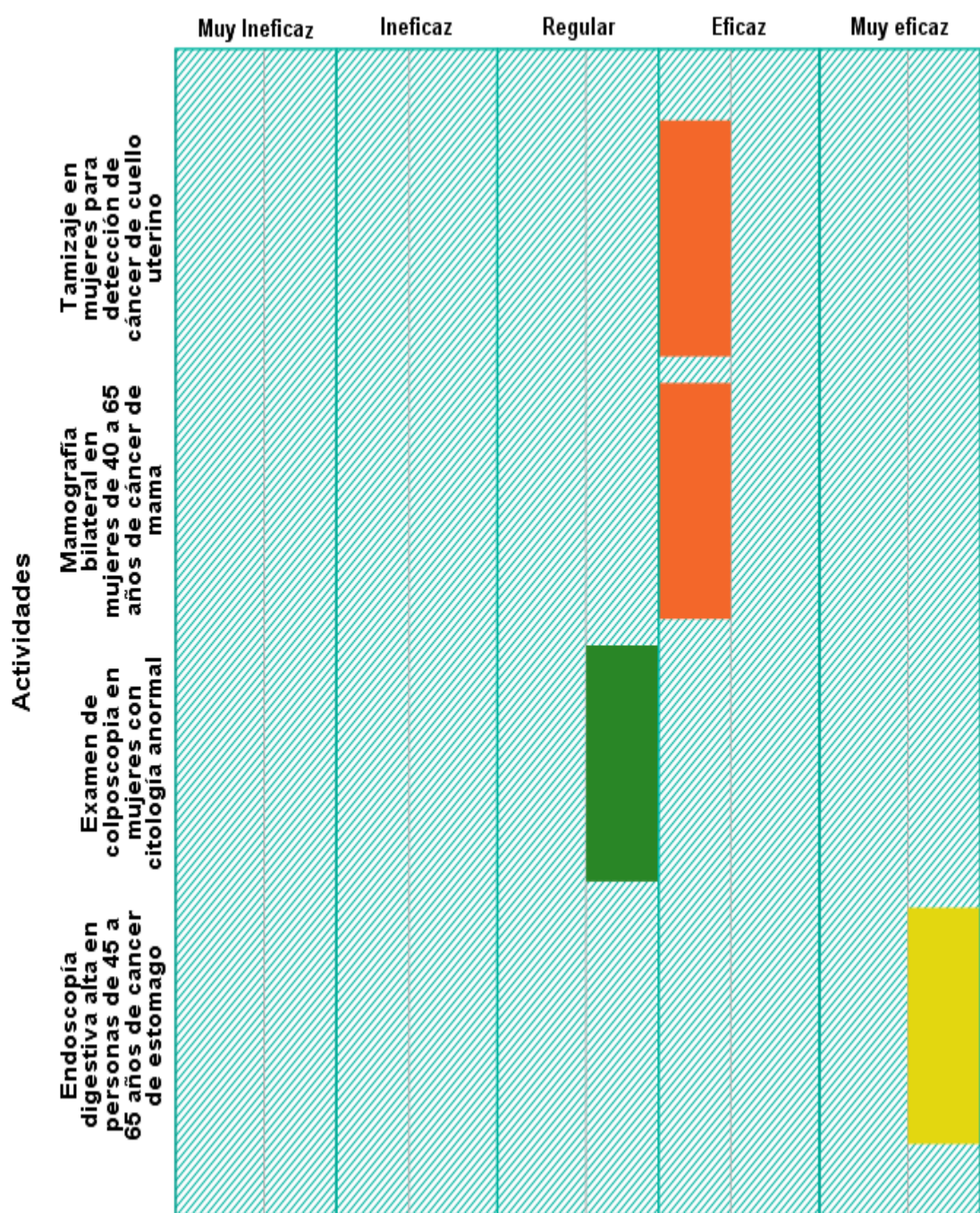
Tabla 19 Apreciación de los médicos oncólogos sobre la calidad diagnóstica

Actividades	Considera que la calidad diagnóstica es
Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino	Eficaz
Examen de colposcopia en mujeres con citología anormal	Regular
Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama	Eficaz
Endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago	Muy eficaz

Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
Elaboración: propia

A continuación, en la siguiente gráfica 19 también se pueden evaluar los resultados antes mencionados.

Gráfico 19 *Apreciación de los médicos oncólogos sobre la calidad diagnóstica*



Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
 Elaboración: propia

4.5.4 Apreciación de los médicos oncólogos respecto al manejo temprano del padecimiento.

En la tabla 20 y gráfico 20, según la apreciación de los médicos oncólogos, sobre la mejora en el manejo temprano del padecimiento fue regularmente eficaz, para el tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, exámenes de colposcopia en mujeres con citología anormal, y para la endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago, mientras que la mamografía en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama tuvo una mejora en el manejo temprano del padecimiento eficaz.

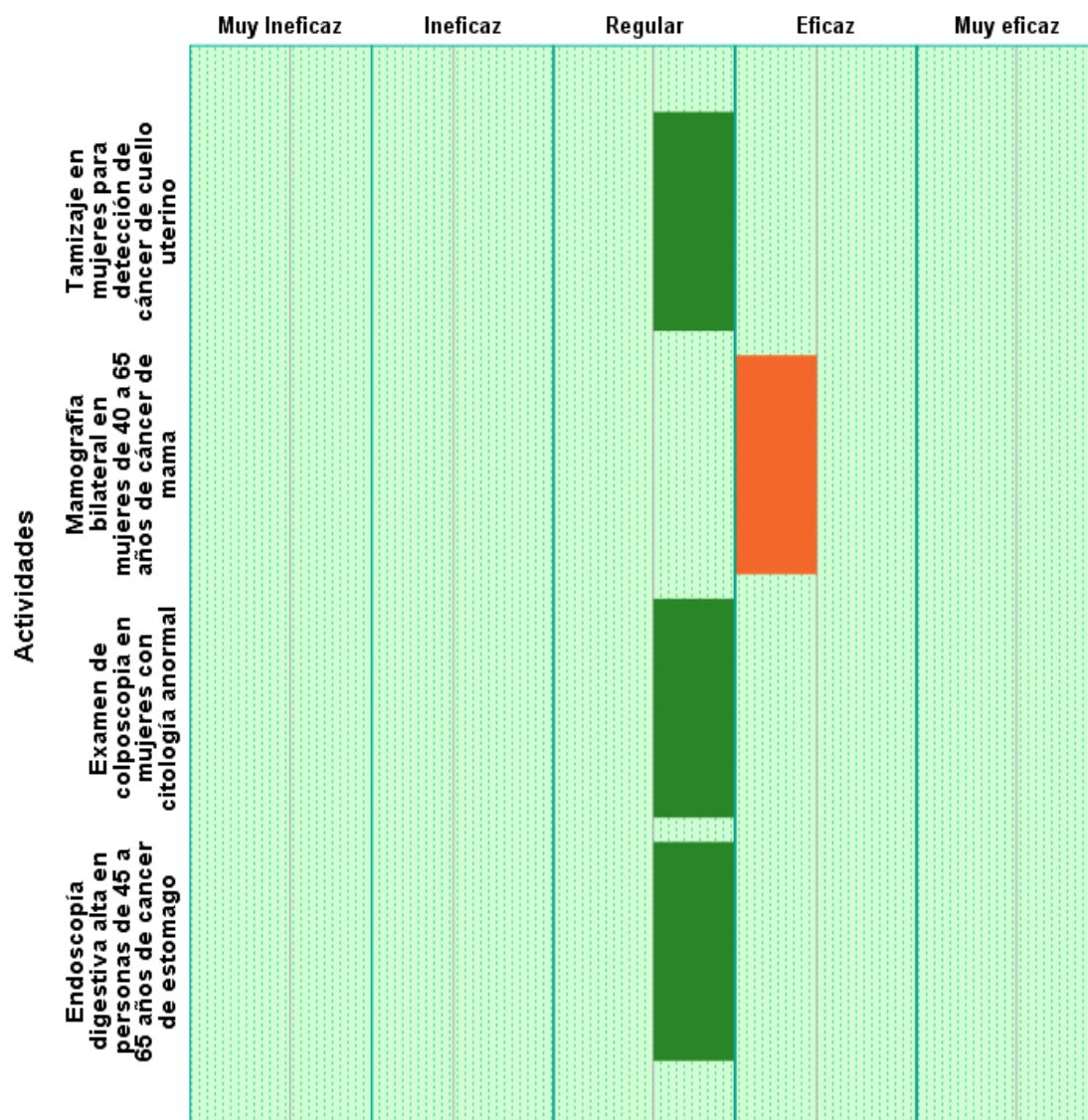
Tabla 20 Apreciación de los médicos oncólogos sobre la mejora en el manejo temprano del padecimiento

Actividades	La mejora en el manejo temprano del padecimiento, es
Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.	Regular
Examen de colposcopia en mujeres con citología anormal.	Regular
Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.	Eficaz
Endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	Regular

Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
Elaboración: propia

Estos mismos resultados pueden observarse en el gráfico 20.

Gráfico 20 *Apreciación de los médicos oncólogos sobre la mejora en el manejo temprano del padecimiento*



Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
Elaboración: propia

4.5.5 *Apreciación de los médicos oncólogos respecto la reducción de tratamientos innecesarios.*

En tabla 21 y gráfico 21, según la apreciación de los médicos oncólogos, sobre la eficacia de la reducción de tratamientos innecesarios, fue regular, para tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, exámenes de colposcopia en mujeres con citología anormal, y endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago, mientras que, fue eficaz

para la reducción de tratamientos innecesarios para mamografía en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.

Tabla 21 *Apreciación de los médicos oncólogos sobre la reducción de tratamientos innecesarios*

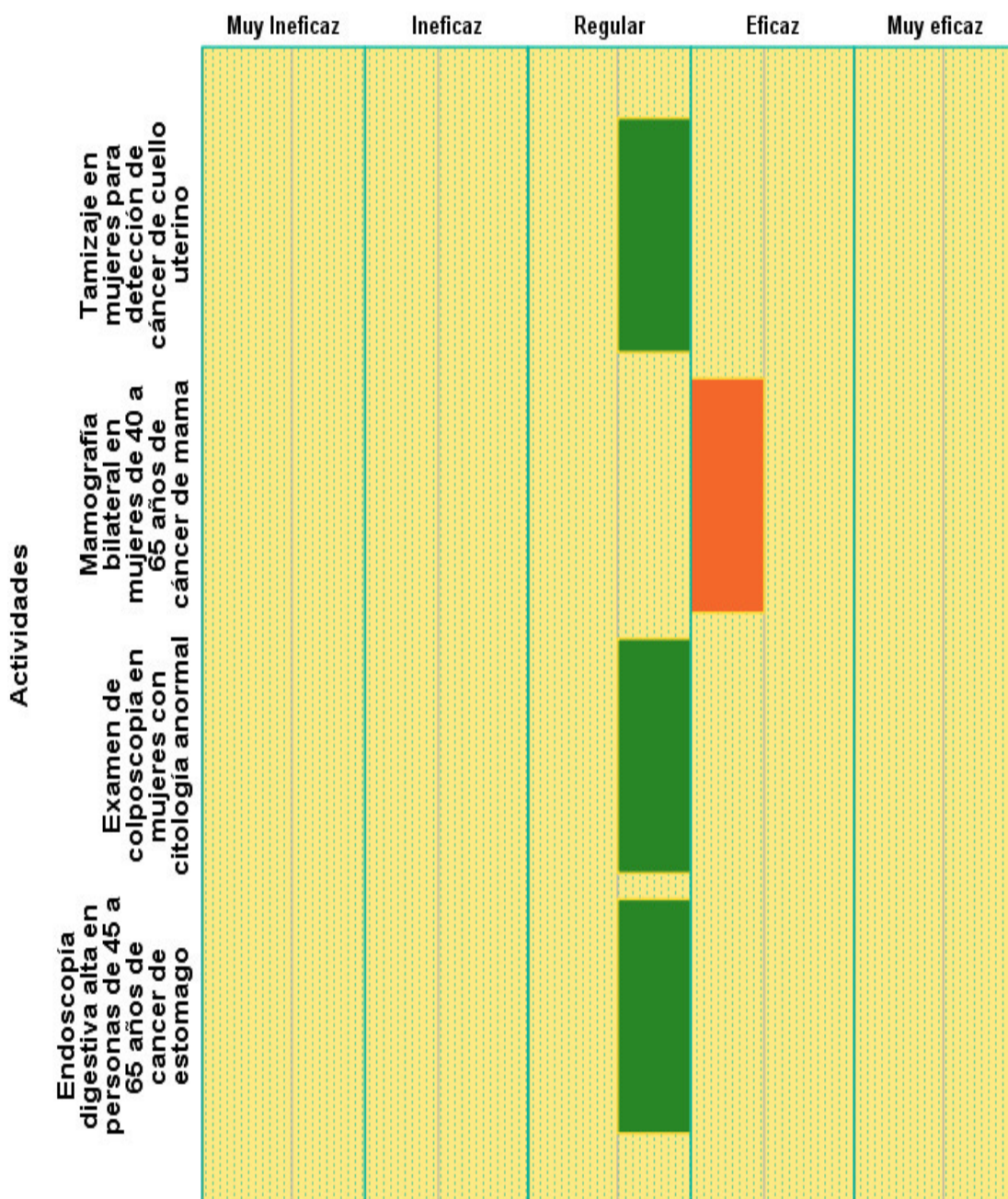
Actividades	La reducción de tratamientos innecesarios es
Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.	Regular
Examen de colposcopia en mujeres con citología anormal	Regular
Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.	Eficaz
Endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	Regular

Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.

Elaboración: propia

Seguidamente se presenta, en la siguiente grafica 21 la evaluación de los resultados antes mencionados.

Gráfico 21 *Apreciación de los médicos oncólogos sobre la reducción de tratamientos innecesarios*



Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
 Elaboración: propia

4.5.6 Apreciación de los médicos oncólogos sobre la reducción de los tratamientos complejos.

En la tabla 22 y gráfico 22, la apreciación de los médicos oncólogos sobre la reducción de los tratamientos complejos es eficaz, con el tamizaje en mujeres, para detección de cáncer de cuello uterino y mamografía en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, mientras que consideran regular su eficacia, con el examen de colposcopia en mujeres con citología anormal en la reducción de los tratamientos complejos, e ineficaz con la endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.

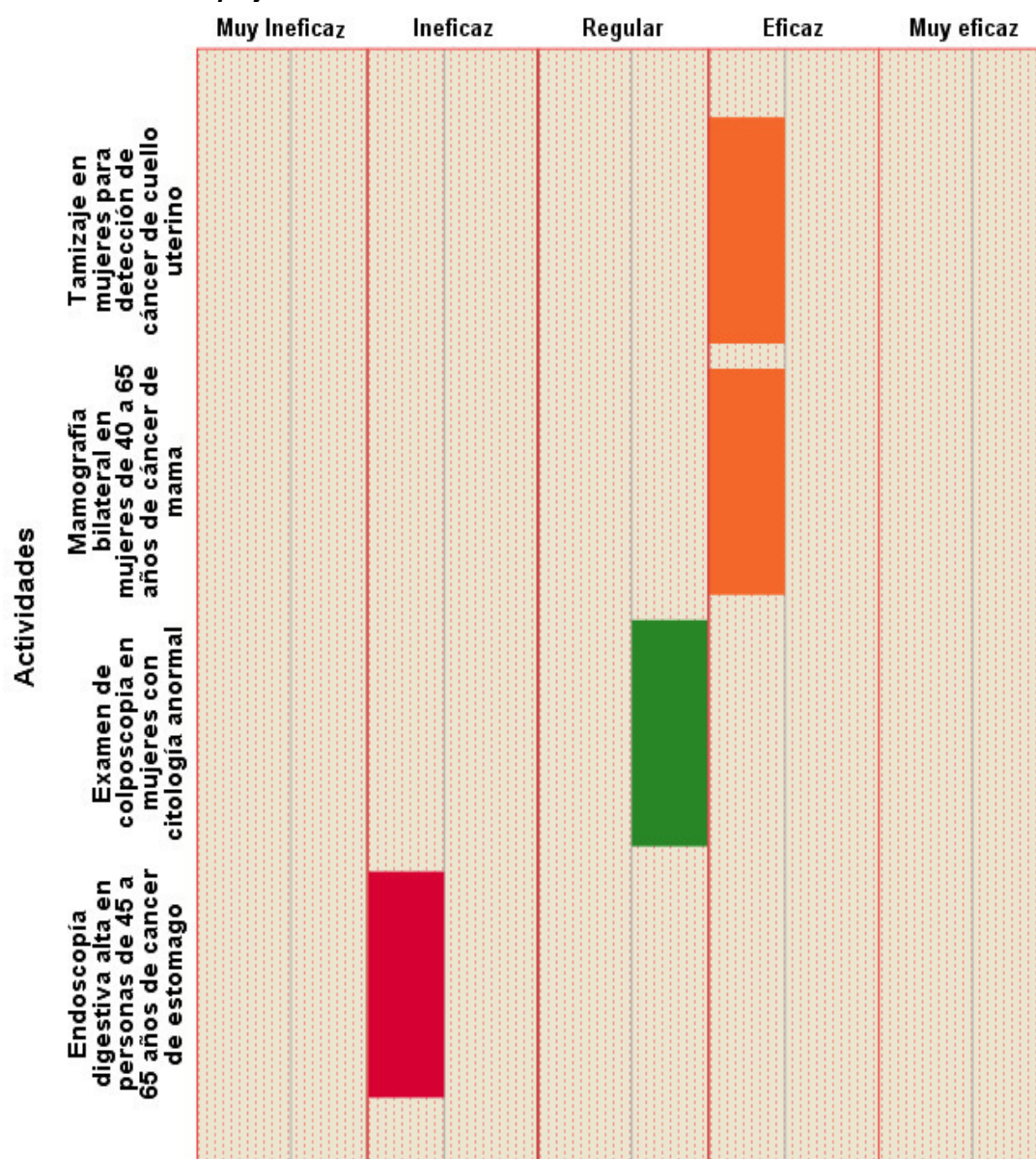
Tabla 22 Apreciación de los médicos oncólogos sobre la reducción de los tratamientos complejos

Actividades	La reducción de los tratamientos complejos es
Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.	Eficaz
Examen de colposcopia en mujeres con citología anormal.	Regular
Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.	Eficaz
Endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	Ineficaz

Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
Elaboración: propia

En el siguiente gráfico 22, también se pueden evaluar los resultados antes mencionados.

Gráfico 22 *Apreciación de los médicos oncólogos sobre la reducción de los tratamientos complejos*



Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
Elaboración: propia

4.5.7 *Apreciación de los médicos oncólogos según la reducción de la ansiedad de los pacientes, para ser atendidos.*

En la tabla 23 y gráfico 23, la apreciación de los médicos oncólogos sobre la reducción de la ansiedad de las pacientes para ser atendidas consideran que es eficaz, con el tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino y para mamografía en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, mientras que consideran regularmente eficaz con, el examen de colposcopia

en mujeres con citología anormal y para la endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago en la reducción de la ansiedad de las pacientes.

Tabla 23 *Apreciación de los médicos oncólogos sobre la reducción de la ansiedad de los pacientes para ser atendidos*

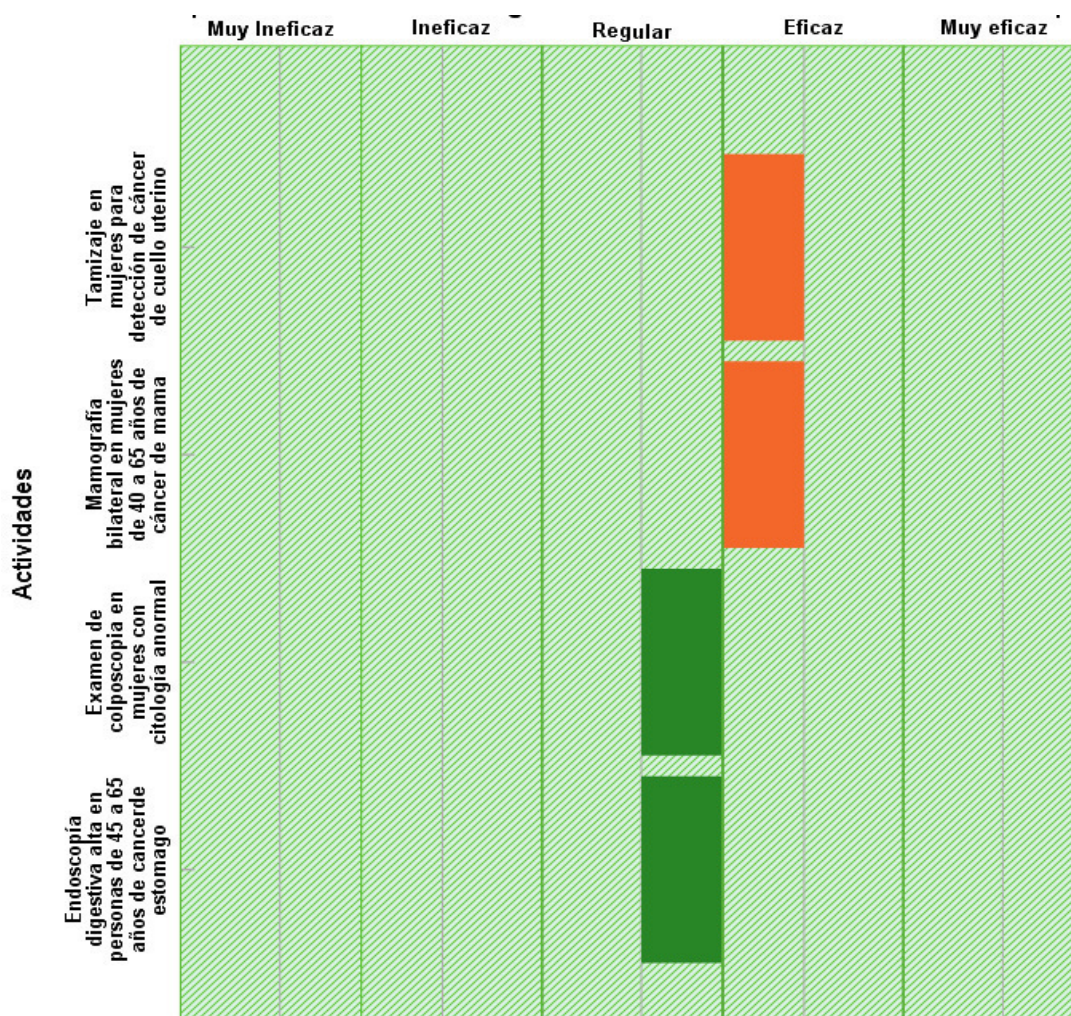
Actividades	Según su apreciación la reducción de la ansiedad de los pacientes, para ser atendidos es
Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.	Eficaz
Examen de colposcopia en mujeres con citología anormal	Regular
Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.	Eficaz
Endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	Regular

Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.

Elaboración: propia

En la siguiente grafica 23, también se puede apreciar los resultados antes señalados.

Gráfico 23 *Apreciación de los médicos oncólogos sobre la reducción de la ansiedad de los pacientes para ser atendidos*



Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
Elaboración: propia

4.5.8 *Apreciación de los médicos oncólogos según el aumento de años de vida saludable de los pacientes.*

En la tabla 24 y gráfico 24, respecto a la apreciación de los médicos oncólogos, sobre la eficacia en el aumento de años de vida saludable de los pacientes, consideran que es eficaz, con el tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, con mamografía en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, y con exámenes de colposcopia en mujeres con citología anormal, mientras que se considera regularmente eficaz para endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago sobre el aumento de años de vida saludable.

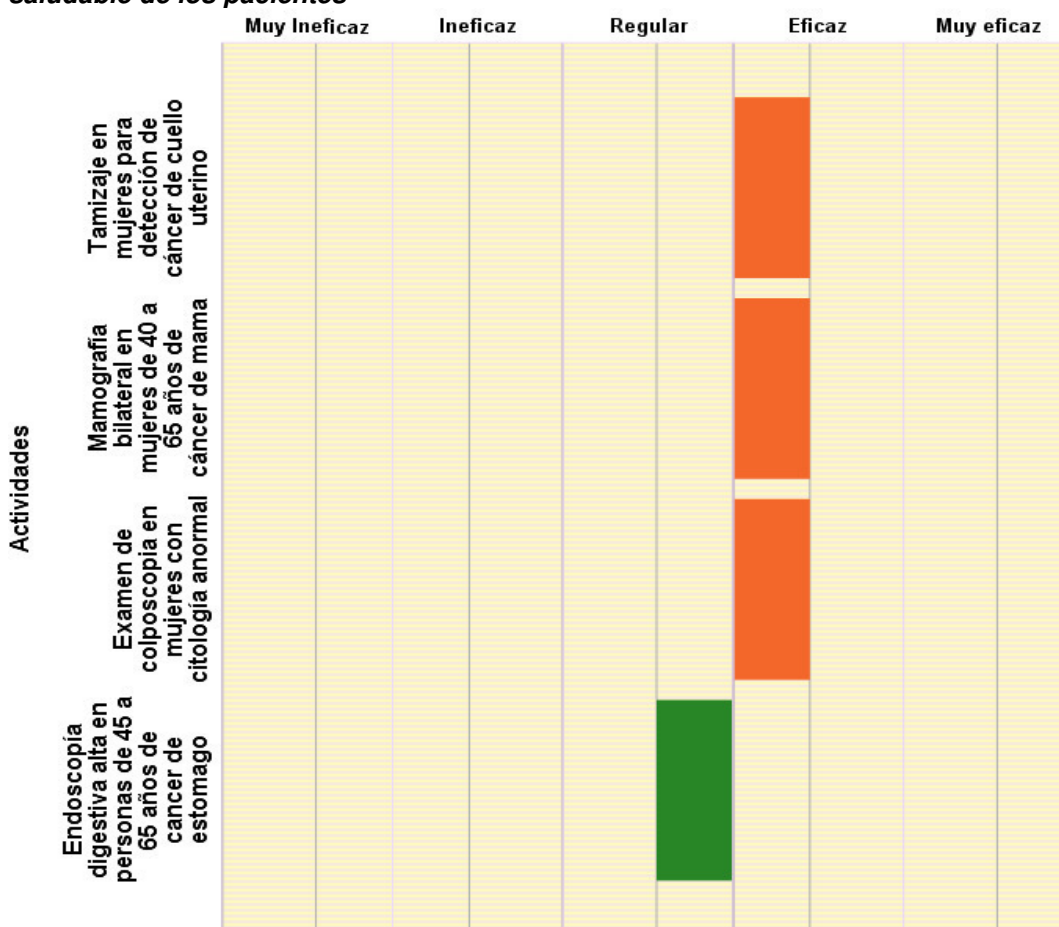
Tabla 24 *Apreciación de los médicos oncólogos sobre el aumento de años de vida saludable de los pacientes.*

Actividades	Considera que el aumento de años de vida saludable de los pacientes es
Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.	Eficaz
Examen de colposcopia en mujeres con citología anormal	Eficaz
Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.	Eficaz
Endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	Regular

Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
Elaboración: propia

Estos mismos resultados pueden observarse en el gráfico 24.

Gráfico 24 *Apreciación de los médicos oncólogos sobre el aumento de años de vida saludable de los pacientes*



Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
Elaboración: propia

4.5.9 Apreciación de los médicos oncólogos para la mejora en la calidad de vida de los pacientes.

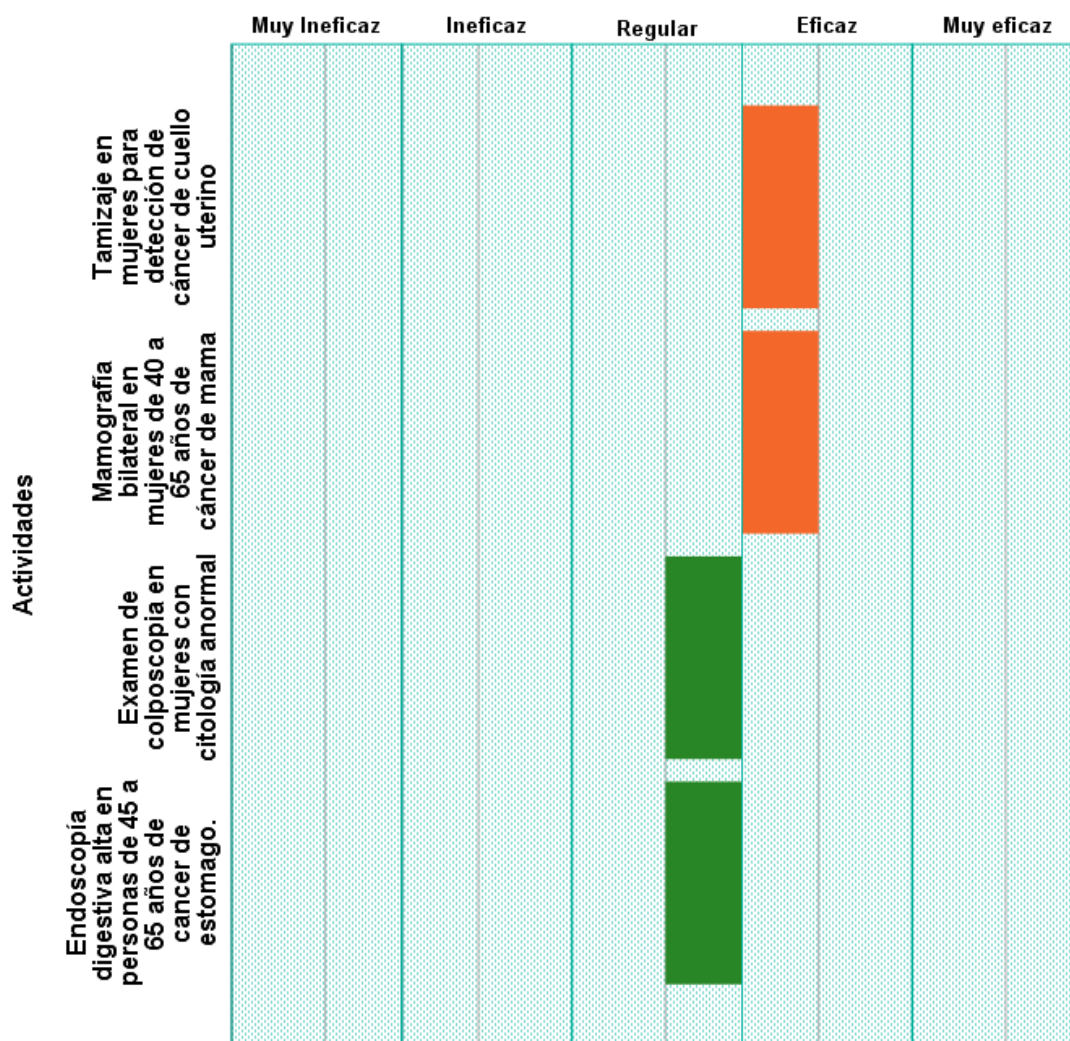
Se puede observar en la tabla 25 y gráfico 25, que consideran eficaz para la mejora en la calidad de vida de los pacientes, con el tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino y con mamografía en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, mientras que consideran regularmente eficaz con los exámenes de colposcopia en mujeres con citología anormal y la endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago, sobre la mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 25 Apreciación de los médicos oncólogos sobre la mejora en la calidad de vida de los pacientes

Actividades	Considera que la mejora en la calidad de vida de los pacientes es
Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.	Eficaz
Examen de colposcopia en mujeres con citología anormal.	Regular
Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.	Eficaz
Endoscopía digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.	Regular

Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
Elaboración: propia

Gráfico 25 *Apreciación de los médicos oncólogos sobre la mejora en la calidad de vida de los pacientes*



Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
Elaboración: propia

4.5.10 **Apreciación general de los médicos oncólogos**

Finalmente, de acuerdo a las apreciaciones de los médicos oncólogos, se puede observar en la tabla 26 y el gráfico 26, un resumen de cada actividad estudiada:

En el tamizaje en mujeres para detección del cáncer de cuello uterino:

El presupuesto asignado es exiguo; la reducción de la ansiedad de los pacientes para ser atendidos, la reducción de los tratamientos complejos, la mejora en la calidad de vida de los pacientes, la calidad diagnóstica y el

aumento de años de vida saludable en las pacientes, es eficaz; mientras que, para la reducción de tratamientos innecesarios, la mejora en el manejo temprano del padecimiento, y la cobertura de atención a personas en riesgo, es regular.

En el examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino:

El presupuesto asignado, la reducción de la ansiedad de los pacientes para ser atendidos, la reducción de los tratamientos complejos, la mejora en la calidad de vida de los pacientes, la calidad diagnóstica, la reducción de tratamientos innecesarios, la mejora en el manejo temprano del padecimiento, y la cobertura de atención a personas en riesgo, es regular, mientras que, el aumento de años de vida saludable en las pacientes es eficaz.

En la mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama:

El presupuesto asignado, es regular mientras que, la reducción de la ansiedad de los pacientes para ser atendidos, la reducción de los tratamientos complejos, la mejora en la calidad de vida de los pacientes, la calidad diagnóstica, la reducción de tratamientos innecesarios, la mejora en el manejo temprano del padecimiento, la cobertura de atención a personas en riesgo, y el aumento de años de vida saludable en las pacientes es eficaz.

En la endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago:

El presupuesto asignado, es exiguo, la reducción de la ansiedad de los pacientes para ser atendidos, la reducción de tratamientos innecesarios, la mejora en el manejo temprano del padecimiento, la cobertura de atención a

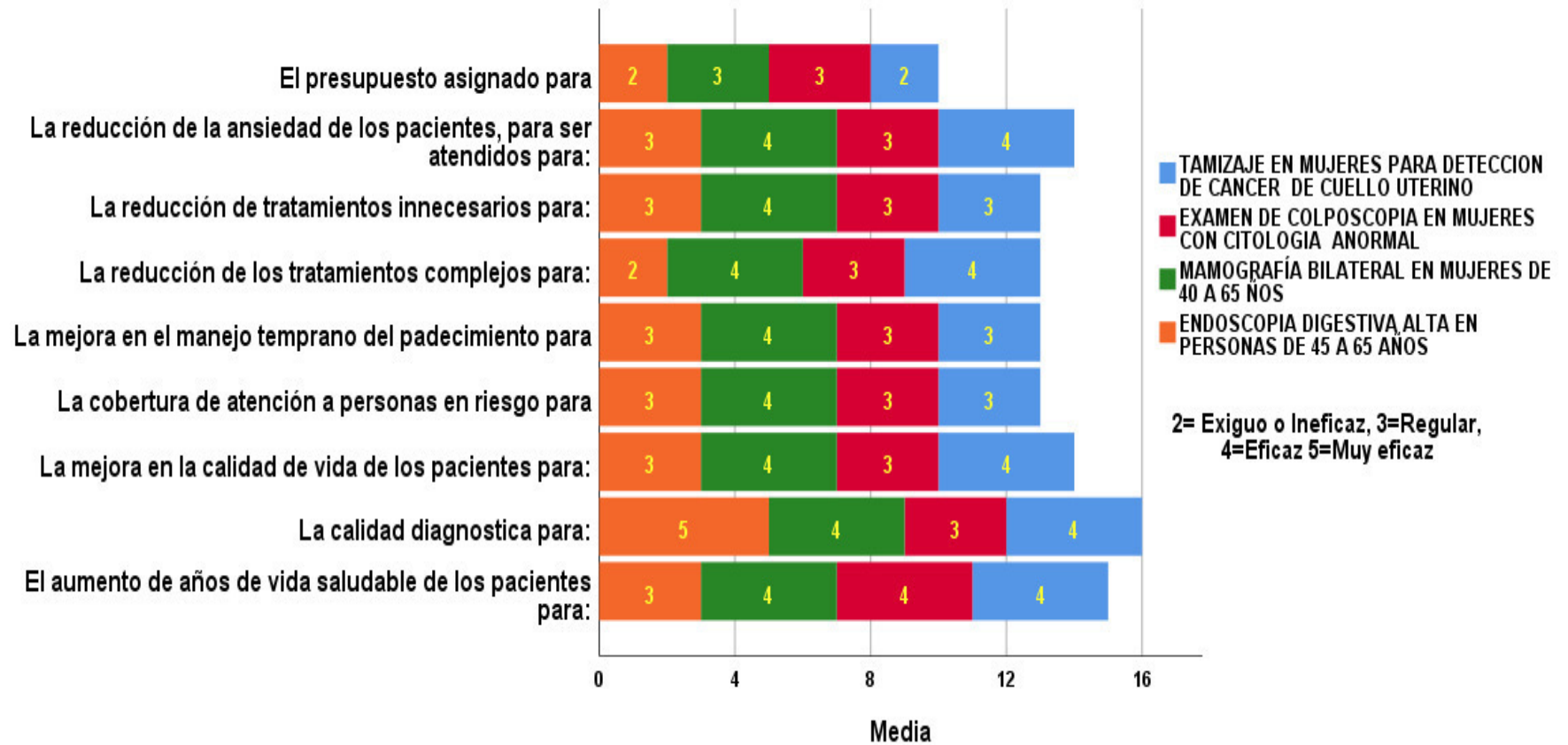
personas en riesgo, la mejora en la calidad de vida de los pacientes, y el aumento de años de vida saludable en las pacientes es regular, mientras que, la reducción de los tratamientos complejos, es ineficaz, sin embargo, la calidad diagnóstica, es muy eficaz.

Tabla 26 - Apreciación general de los médicos oncólogos

Respuestas de médicos respecto al presupuesto y eficacia	TAMIZAJE EN MUJERES PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	EXAMEN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES CON CITOLOGÍA ANORMAL	MAMOGRAFÍA BILATERAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS
Considera usted que el presupuesto asignado para	Exiguo	Regular	Regular	Ineficaz
La cobertura de atención a personas en riesgo para	Regular	Regular	Eficaz	Regular
Considera que la calidad diagnóstica para:	Suficiente	Regular	Eficaz	Muy eficaz
La mejora en el manejo temprano del padecimiento para	Regular	Regular	Eficaz	Regular
La reducción de tratamientos innecesarios para:	Regular	Regular	Eficaz	Regular
La reducción de los tratamientos complejos para:	Suficiente	Regular	Eficaz	Ineficaz
Según su opinión la reducción de la ansiedad de los pacientes, para ser atendidos para:	Suficiente	Regular	Eficaz	Regular
Considera que el aumento de años de vida saludable de los pacientes para:	Suficiente	Eficaz	Eficaz	Regular
Considera que la mejora en la calidad de vida de los pacientes para:	Suficiente	Regular	Eficaz	Regular

Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.
Elaboración: propia

Gráfico 26 - Apreciación general de los médicos oncólogos



Fuente: Entrevistas a médicos oncólogos de las cuatro actividades estudiadas.

Elaboración: propia

CAPITULO V DISCUSIÓN

A continuación, se presenta la discusión de resultados, concernientes a ejecución presupuestal y su relación con las metas del programa control y prevención del cáncer del hospital maría auxiliadora de San Juan de Miraflores, 2011-2017.

Los resultados obtenidos de la fuente de financiamiento del presupuesto para tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, reflejan que la fuente de financiamiento, predominante, proviene de recursos ordinarios, cuyo promedio anual fue de S/. 256,135, que representa el 93.6%, del total del presupuesto, y solo S/. 13,094, que proviene de Donaciones y Transferencias, representando el 5.6%, en el período 2011- 2017.

En los resultados respecto al presupuesto modificado y ejecutado según la genérica del gasto, para Tamizaje en mujeres destinado a la detección del cáncer de cuello uterino, en promedio se gastó S/. 230.837 destinados solamente a bienes y servicios en un 100%, en el período 2011- 2017.

Analizando los resultados concernientes a la ejecución presupuestal año por año en relación con las metas logradas, de tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, se observó que, existe una relación directa entre la ejecución presupuestal y las metas año por año, en el período 2011-2017, existe una correlación fuerte del orden de 0.690 entre ejecución presupuesto y la meta física de Tamizaje para detección de cáncer de cuello uterino, con una significancia del 90%.

Estos resultados coinciden con, (Kasamatsu & Paéz, 2006), quien en su artículo “Cáncer de cuello uterino y virus del papiloma humano en Paraguay”, de la revista “Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud”, sostiene que:

“Es la proporción de defunciones perinatales en el total de nacimientos. Las defunciones perinatales normalmente incluyen las deducciones de fetos de 28 semanas o más de gestación (también conocidos como mortinato u óbito fetal) y defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida. El total de nacimientos incluye las defunciones fetales de 28 semanas de gestación más el número de nacidos vivos, o sea, todos los nacimientos después de 28 semanas de gestación (nacidos vivos más mortinatos). La OMS recomienda el uso de un límite de 22 semanas o 500 gramos. (Véase definición en inglés en WHO-ICD-10) Estos límites deben utilizarse en la medida de lo posible. Una tasa de mortalidad perinatal que incluye defunciones fetales de 22 semanas o más es mayor que una tasa de mortalidad perinatal que usa como límite 28 semanas.

La mortalidad perinatal es un indicador de impacto importante que puede ser usado a nivel nacional y global y a nivel local si la población es suficientemente grande. Refleja directamente la atención prenatal, intraparto y neonatal y por lo tanto sirve como demarcador de la calidad del servicio de salud materno-infantil. También refleja la salud materna, la condición de la nutrición materna y el entorno en que vive la madre. Las tasas decrecientes

a través del tiempo son deseables. Las tasas crecientes pueden reflejar un verdadero deterioro de la calidad de los servicios o del acceso a los servicios. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las mejoras en el conteo y/o registro de defunciones fetales también pueden producir un aumento aparente en la tasa.

La factibilidad de recoger datos precisos para este indicador se complica por el hecho de que los nacidos muertos y las defunciones infantiles tempranas pueden ser difíciles de identificar: muchos embarazos perdidos no son admitidos del todo y muchas defunciones infantiles no son reconocidas hasta que el niño alcanza cierta edad.”

La fuente de financiamiento de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino, proviene de recursos ordinarios, cuyo promedio anual fue de S/. 262.178 anual, que representa el 100%.

Los resultados del Análisis del presupuesto modificado y ejecutado según la genérica de gasto, de detección de cáncer con colposcopia, en mujeres con citología anormal en el periodo 2011-2017. En promedio anual se gastó S/. 265.330 consignados a bienes y servicios, activos no financieros con promedio anual de S/. 6.500, y con remuneraciones promedio anual de S/. 30.000.

Los resultados pertenecientes a la ejecución presupuestal año por año en relación con las metas logradas, de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino, pone en evidencia que, existe una relación directa entre la ejecución presupuestal y las metas año por año, en el período 2011-2017, en la que se aprecia una correlación fuerte del orden

de 0.487 entre ejecución presupuesto y la meta física de examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino, pero no es significativa al 95% de confianza.

Los resultados obtenidos difieren de, (Hernández et al., 1997) en su investigación, “Análisis costo beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino”, en México, donde sostiene que:

“El costo unitario de operación por citología, obtención, fijación, el traslado al centro de lectura, su tinción e interpretación y la notificación de resultados, se estimó en USD\$ 11.6”.

Si consideramos el promedio de USD\$11, 6 obtenido por (Hernández et al., 1997), en la presente investigación, el promedio de costo unitario para la atención de colposcopia fue de USD\$ 49.37, lo que significa una diferencia sustancial.

Por otro lado, (Hernández et al., 1997), también sostienen:

“En conjunto, las intervenciones en calidad al PDOC elevarían el costo de cada citología en 32.7%. Sin embargo, la nueva organización generaría una razón beneficio/costo de 2 y un beneficio neto de 88 millones de dólares para los próximos cinco años. Así mismo, concluyen que, la operación del programa propuesto resulta socialmente deseable, siempre y cuando las modificaciones se lleven a cabo, particularmente la captación, la notificación personalizada de los casos positivos, el incremento de cobertura, la introducción de mecanismos de control de calidad, el monitoreo continuo y el tratamiento en mujeres con anomalías detectadas”.

Esto implicaría también que, en el Hospital María Auxiliadora, de introducirse mecanismo de control de calidad, de monitoreo continuo y el tratamiento de mujeres con anormalidad detectada, se incrementaría el costo unitario de USD\$ 49,37 a un valor más alto, decisión que se deja a las autoridades del hospital y superiores a fin de dar un mejor servicio a las pacientes con esta anormalidad.

La fuente de financiamiento del presupuesto para mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, proviene de recursos ordinarios, cuyo promedio anual fue de S/. 515.607.

En cuanto a los resultados de la genérica del gasto de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, se tiene que, en promedio anual se gastó S/. 140.405 consignados a bienes y servicios, activos no financieros con promedio anual de S/. 176.690, y con remuneraciones promedio anual de S/. 262.571.

En relación a los resultados concernientes a la ejecución presupuestal año por año en relación con las metas logradas, de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, en el periodo 2011-2017, existe una relación directa entre la ejecución presupuestal y las metas año por año, a su vez existe una correlación fuerte del orden de -0.664 entre ejecución presupuesto y la meta física de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.

Los resultados obtenidos referentes a mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, difieren de, (Rodríguez & Capurso, 2006), en su artículo "Epidemiología del cáncer de mama", sostiene que:

“Se hace una revisión de los factores de riesgo, como: edad, sexo, antecedentes personales y familiares, síndromes genéticos, enfermedad mamaria preexistente, distribución geográfica, estructura corporal y factores ambientales, hormonales, reproductivos y alimentarios. Se concluye que el cáncer de mama es un problema de salud pública de los países desarrollados y en vías de desarrollo, y que las mejores armas para lograr abatir la mortalidad por esta enfermedad son el escrutinio con mastografía en mujeres asintomáticas y el tratamiento adecuado”.

Por su parte (Rodríguez & Capurso, 2006), en su investigación pone énfasis en los indicadores de los factores de riesgo del cáncer de mama, diferenciándose de la presente investigación debido a que se enfocó en los resultados del cumplimiento de las metas de control de la prevención no solo del cáncer de mama, sino también del cáncer de cuello uterino y el cáncer de estómago en los pacientes que acuden al Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Las fuentes de financiamiento del presupuesto para las actividades analizadas provienen predominantemente de recursos ordinarios, en el período 2011- 2017, de la siguiente manera:

- ✓ Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, proviene de recursos ordinarios, cuyo promedio anual fue de S/. 256,135, que representa el 93.6%, y solo S/. 13,094, que proviene de Donaciones y Transferencias, representando el 5.6%.
- ✓ Examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino, proviene de recursos ordinarios, cuyo promedio anual fue de S/. 262.178 anual, que representa el 100%.
- ✓ Endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago, proviene de recursos ordinarios, cuyo promedio fue de S/. 52.198 anual, representando el 100%.
- ✓ Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, proviene de recursos ordinarios, cuyo promedio anual fue de S/. 515.607, que representa el 99.7%.

SEGUNDA: Las genérica de gastos del presupuesto para las actividades analizadas son destinados de manera predominante a bienes y servicios, en el periodo 2011-2017, de la siguiente manera:

- ✓ Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, en promedio se gastó S/. 230.837 destinados solamente a bienes y servicios, es decir 100%.
- ✓ Detección de cáncer con colposcopia, en mujeres con citología anormal, se gastó S/. 265.330, que representa el 88% en promedio

anual, consignados a bienes y servicios, activos no financieros con promedio anual de S/. 6.500 lo que quiere decir 2% y con remuneraciones promedio anual de S/. 30.000, que representa el 10%.

- ✓ Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, en promedio anual se gastó S/.140.405 consignados a bienes y servicios, activos no financieros con promedio anual de S/. 176.690, y con remuneraciones promedio anual de S/. 262.571.
- ✓ Endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago, en promedio se gastó S/. 45.655 destinados exclusivamente a bienes y servicios con remuneraciones de S/. 6.179.

TERCERA: Existe una fuerte correlación entre la ejecución presupuestal y las metas físicas, en el período 2011-2017:

- ✓ En el tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, del orden de 0.690, con una significancia del 90%.
- ✓ En el examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino, la correlación con la ejecución presupuestal es del orden de 0.487, no significativa.
- ✓ En la mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, la correlación con la ejecución presupuestal es, del orden de -0.664 , es negativa, alta pero no significativa.
- ✓ En la endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago, la correlación con la ejecución presupuestal es, del orden de -0.464 , no significativa.

CUARTA: La apreciación de los médicos oncólogos, en relación de los presupuestos asignados, para el cumplimiento de metas, de las 4 actividades, en promedio es exiguo.

QUINTA: La apreciación de los médicos oncólogos, para las cuatro (4) actividades, en relación a, la reducción de tratamientos innecesarios, la reducción de los tratamientos complejos, la mejora en el manejo temprano del padecimiento, la cobertura de atención a personas en riesgo, en promedio, es regular.

SEXTA: La apreciación de los médicos oncólogos, para las cuatro (4) actividades, en relación a, la reducción de la ansiedad de los pacientes para ser atendidos, la mejora en la calidad de vida de los pacientes, la calidad diagnóstica, y el aumento de años de vida saludable en las pacientes, en promedio, es eficaz.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Teniendo en cuenta que, las fuentes de financiamiento para las actividades analizadas provienen predominantemente de recursos ordinarios, en el período 2011- 2017. Se recomienda, Gestionar donaciones provenientes de organizaciones internacionales a fin de mejorar la eficacia a través de logros de mayores metas físicas de las actividades de:

- ✓ Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino
- ✓ Detección de cáncer con colposcopia, en mujeres con citología anormal
- ✓ Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.
- ✓ Endoscopía digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago

SEGUNDA: A la luz de los resultados obtenidos que indican que; las genéricas de gastos del presupuesto para las actividades analizadas son destinados de manera predominante a bienes y servicios, se recomienda, mejorar la gestión de gastos del presupuesto asignándole mayores montos a los activos no financieros, en las actividades estudiadas:

- ✓ Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino.
- ✓ Detección de cáncer con colposcopia, en mujeres con citología anormal.

- ✓ Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.
- ✓ Endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.

TERCERA: Siendo que, se ha encontrado una relación significativa al 90 % de confianza, entre la ejecución presupuestal y el tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino. Se recomienda continuar con la gestión, así como mejorar la eficacia de la ejecución presupuestal, a través de incrementos presupuestales en las siguientes actividades:

- ✓ Colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino
- ✓ Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama
- ✓ Endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago.

Para ello se recomienda realizar un análisis de las causas por las que no se ha dado esta correlación, que debieron ser muy significativas, debiendo encargar a las unidades de monitoreo por cada actividad, la supervisión de logros de metas físicas, en función de los presupuestos ejecutados por cada actividad.

CUARTA: Tomando en cuenta la apreciación de los médicos oncólogos, que indican que el presupuesto asignado es exiguo. Se recomienda incrementar el presupuesto asignado, para el mejor cumplimiento de metas, de las 4 actividades, investigadas.

QUINTA: Se recomienda, mejorar la reducción de tratamientos innecesarios, la reducción de los tratamientos complejos, la mejora en el manejo temprano del padecimiento, y la cobertura de atención a personas en riesgo, para las siguientes actividades:

- ✓ Tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino
- ✓ Detección de cáncer con colposcopia, en mujeres con citología anormal
- ✓ Mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama.
- ✓ Endoscopía digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago

SEXTA: Considerando las conclusiones obtenidas, respecto a las apreciaciones de los médicos oncólogos, en el sentido que las actividades investigadas, contribuyen a la reducción de la ansiedad de los pacientes para ser atendidos, la mejora en la calidad de vida de los pacientes, la calidad diagnóstica, y el aumento de años de vida saludable en las pacientes, se recomienda continuar, ampliándolas a través de la asignación de mayores recursos para mejorar la eficacia de las actividades de los programas estudiados.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Aguilar, G. (2017). *Factores de riesgo asociados a cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el hospital vitarte durante el año 2015*. Ricardo Palma, Medicina Humana. Obtenido de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/932/1/Aguilar%20Palomino%20Gabriela%20Raquel_2017.pdf
- Anderson, B. (2013). El Cáncer de Mama en los Países con Recursos Limitados: Sistemas de Atención de Salud y Políticas Públicas. *The Breast Journal*, 13. Obtenido de <http://s3.amazonaws.com>
- Aponte, M., & Rueda, G. (Mayo de 2012). Control de cáncer en América Latina: otra inequidad para la región. *Biomédica*. Obtenido de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Editorial/5406>
- Armijo, M. (2009). *Definición de las metas: Aspectos a considerar para asegurar su confiabilidad y utilidad para la evaluación*. CEPAL, Santiago de Chile. Obtenido de https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/0/35060/Definicion_de_MetasMArmijo.pdf
- García, F., & Rincón, P. (2011). *Prevención de Sintomatología Postraumática en Mujeres con Cáncer de Mama: Un Modelo de Intervención Narrativo*. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Chile. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v29n2/art04.pdf>
- Goss et al. (2013). La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. *The Lancet Oncology ComisiÓN*, 14. Obtenido de <http://www.icalma.org.ar/wp->

content/uploads/2013/08/latinamericacancer-Lancet-Oncology-2013.pdf

Gutiérrez, M. (2017). *Análisis desde la gestión estratégica al modelo del servicio de prevención y detección temprana del cáncer del cuello uterino en el Distrito de Marcabamba, provincia Paúcar del Sara Sara, región Ayacucho, 2016*. Lima. Obtenido de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/10046/GUTIERREZ_CANALES_GESTION ESTRATEGICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (Vol. VI). México: Mc Graw Hill.

Hernández et al. (1997). Análisis costo beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 39(4). Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/26375865_Analisis_costo_beneficio_del_Programa_de_Deteccion_Oportuna_del_Cancer_Cervicouterino

Instituto Nacional del Cáncer. (2017). *Diccionario de Cáncer*. Obtenido de cancer.gov: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?search=c%C3%A1ncer%20de%20cuello%20uterino>

Kasamatsu, E., & Paéz, M. (Diciembre de 2006). Cáncer de cuello uterino y virus del papiloma humano en Paraguay. *Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*. Obtenido de <http://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/viewFile/346/272>

- Ministerio de Economía y Finanzas. (2018). *www.mef.gob.pe*. Obtenido de <https://www.mef.gob.pe/es/glosario-sp-5902>
- Ministerio de Economía y Finanzas del Perú. (2017). *Ministerio de Economía y Finanzas*. Obtenido de mef.gob: <https://www.mef.gob.pe/es/glosario-sp-5902>
- Ministerio de Salud (MINSA). (Junio de 2017). *Resolución Ministerial N° 440-2017 "Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino"*. Obtenido de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_440-2017.PDF
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Para la detección y manejo de lesiones. *Guía para pacientes y cuidadores 2014*. Obtenido de http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_Cuello_Uterino/LPC_Guia_pacientes_julio_2016.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Detección Temprana de Cáncer*. Obtenido de who.int: <http://www.who.int/cancer/detection/en/>
- Organización Mundial de Salud. (Febrero de 2017). <http://www.who.int>. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Pinehido, P. (Mayo de 2017). *MD.SAÚDE*. Obtenido de <http://www.mdsaude.com>: <http://www.mdsaude.com/es/2015/10/endoscopia-digestiva-alta.html>
- Rodríguez, S., & Capurso, M. (Noviembre de 2006). Epidemiología del cáncer de mama. *Medigraphic Artemisa en línea*, 74. Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs_mex/gom-2006/gom0611f.pdf

- Rojas, R. (2016). *Calidad de vida relacionada a la salud y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal*. Lima. Obtenido de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/7086>
- Rondán, F. (2016). *Factores de riesgo asociados al cáncer gástrico en pacientes atendidos en el consultorio externo del servicio de gastroenterología del HNHU durante el año 2014*. Medicina Humana. Obtenido de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/768/1/RondanFabiola_pdf_2016.pdf
- Salazar, E. (2007). *“Cáncer en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” San Félix –Estado Bolívar. Venezuela, durante el lapso 2002 – 2006*. Bolivar: Universidad de Oriente Venezuela. Obtenido de <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/handle/123456789/105>
- Salazar, M., Regalado, R., Magalli, J., Montanez, M., & Abugattas, J. y. (Enero de 2013). El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú. *Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 13. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000100020&script=sci_arttext&tIng=en
- Sarria, G., & Limache, A. (2013). Control Del Cáncer En El Perú: Un Abordaje Integral Para Un Problema De Salud Pública. *Medicina Experimental y Salud Publica*. Obtenido de <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2013.v30.n1.a18.pdf>

- Seguro Social de Salud del Perú (Essalud). (Diciembre de 2016).
<http://www.essalud.gob.pe>. Obtenido de
http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_prevension_y_manejo_de_cancer_de_cuello_uterino.pdf
- Seguro Social de Salud del Perú (Essalud). (Enero de 2017).
<http://www.essalud.gob.pe>. Obtenido de
http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/1_GPC_diagnostico_y_tratamiento_cancer_de_mama_HER_2_positivo_no_metastasisico_version%20corta.pdf
- Solidoro, A. (Julio de 2010). Pobreza, inequidad y cáncer. *Acta Médica Peruana*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172010000300009&script=sci_arttext&tlng=pt
- Sopeña, F., & García, M. (s.f.). Cáncer Gastríco. *GH Continuada*. Obtenido de <http://aeeh.es/wp-content/uploads/2011/12/v10n4a691pdf001.pdf>
- Torres, M. (2012). *Evaluación de los Resultados de Papanicolaou como Indicador de Cáncer de Cuello Uterino en las Mujeres de Edad fértil de 20 a 45 años, que acuden a consulta en el Sub Centro de Salud "29 de Noviembre" de la ciudad de Santa Rosa, 2009*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1013/1/TESIS.pdf>
- World Health Organization. (2014). Documento de posición de la OMS sobre el tamizaje por mamografía. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292&Itemid=3904

ANEXO 1 GUÍA DE ENTREVISTA

Esta entrevista fue aplicada a los médicos oncólogos del Hospital María Auxiliadora, en estudio.

Presentación: Buenos días, el presente trabajo de investigación, denominado “Ejecución presupuestal y su relación con las metas del tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, del programa control y prevención del cáncer del hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, 2011-2017”, tiene como objetivo Determinar cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de las actividades del Programa control y prevención de cáncer, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores.

Introducción: Agradeceré, se sirva responder las siguientes preguntas relacionadas con los problemas y recomendaciones, sobre ejecución presupuestal, y logro de metas de las actividades del programa control y prevención del cáncer, que usted coordina.

1. ¿Considera usted que el presupuesto asignado al tamizaje en mujeres para detección de cáncer de cuello uterino, para el cumplimiento de metas, es?

Muy exiguo	Exiguo	Regular	Suficiente	Muy suficiente
1	2	3	4	5

2. ¿La cobertura de atención a personas en riesgo, es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

3. ¿Considera que la calidad diagnóstica es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

4. ¿La mejora en el manejo temprano del padecimiento, es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

5. ¿La reducción de tratamientos innecesarios es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

6. ¿La reducción de los tratamientos complejos es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

7. ¿Según su apreciación la reducción de la ansiedad de los pacientes, para ser atendidos es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

8. ¿Considera que el aumento de años de vida saludable de los pacientes es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

9. ¿Considera que la mejora en la calidad de vida de los pacientes es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

ANEXO GUÍA DE ENTREVISTA

Esta entrevista fue aplicada a los médicos oncólogos del Hospital María Auxiliadora, en estudio.

Presentación: Buenos días, el presente trabajo de investigación, denominado “Ejecución presupuestal y su relación con las metas del examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino, del programa control y prevención del cáncer del hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, 2011-2017”, tiene como objetivo Determinar cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de las actividades del Programa control y prevención de cáncer, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores.

Introducción: Agradeceré, se sirva responder las siguientes preguntas relacionadas con los problemas y recomendaciones, sobre ejecución presupuestal, y logro de metas de las actividades del programa control y prevención del cáncer, que usted coordina.

1. ¿Considera usted que el presupuesto asignado al examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino, para el cumplimiento de metas, es?

Muy exiguo	Exiguo	Regular	Suficiente	Muy suficiente
1	2	3	4	5

En relación al periodo anterior (antes del 2011) a la implementación del examen de colposcopia en mujeres con citología anormal de cáncer de cuello uterino del Hospital María Auxiliadora, en la actualidad:

2. ¿La cobertura de atención a personas en riesgo, es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

3. ¿Considera que la calidad diagnóstica es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

4. ¿La mejora en el manejo temprano del padecimiento, es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

5. ¿La reducción de tratamientos innecesarios es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

6. ¿La reducción de los tratamientos complejos es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

7. ¿Según su apreciación la reducción de la ansiedad de los pacientes, para ser atendidos es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

8. ¿Considera que el aumento de años de vida saludable de los pacientes es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

9. ¿Considera que la mejora en la calidad de vida de los pacientes es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

ANEXO GUÍA DE ENTREVISTA

Esta entrevista fue aplicada a los médicos oncólogos del Hospital María Auxiliadora, en estudio.

Presentación: Buenos días, el presente trabajo de investigación, denominado “Ejecución presupuestal y su relación con las metas de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, del programa control y prevención del cáncer del hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, 2011-2017”, tiene como objetivo Determinar cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de las actividades del Programa control y prevención de cáncer, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores.

Introducción: Agradeceré, se sirva responder las siguientes preguntas relacionadas con los problemas y recomendaciones, sobre ejecución presupuestal, y logro de metas de las actividades del programa control y prevención del cáncer, que usted coordina.

1. ¿Considera usted que el presupuesto asignado de mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama, para el cumplimiento de metas, es?

Muy exiguo	Exiguo	Regular	Suficiente	Muy suficiente
1	2	3	4	5

En relación al periodo anterior (antes del 2011) a la implementación de la mamografía bilateral en mujeres de 40 a 65 años de cáncer de mama del Hospital María Auxiliadora, en la actualidad:

2. ¿La cobertura de atención a personas en riesgo, es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

3. ¿Considera que la calidad diagnostica es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

4. ¿La mejora en el manejo temprano del padecimiento, es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

5. ¿La reducción de tratamientos innecesarios es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

6. ¿La reducción de los tratamientos complejos es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

7. ¿Según su apreciación la reducción de la ansiedad de los pacientes, para ser atendidos es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

8. ¿Considera que el aumento de años de vida saludable de los pacientes es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

9. ¿Considera que la mejora en la calidad de vida de los pacientes es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

ANEXO Guía de entrevista

Esta entrevista fue aplicada a los médicos oncólogos del Hospital María Auxiliadora, en estudio.

Presentación: Buenos días, el presente trabajo de investigación, denominado “Ejecución presupuestal y su relación con las metas de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago, del programa control y prevención del cáncer del hospital maría auxiliadora de san juan de Miraflores, 2011-2017”, tiene como objetivo Determinar cómo se evidencia la eficacia de la ejecución presupuestal, en relación con las metas de las actividades del Programa control y prevención de cáncer, del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores.

Introducción: Agradeceré, se sirva responder las siguientes preguntas relacionadas con los problemas y recomendaciones, sobre ejecución presupuestal, y logro de metas de las actividades del programa control y prevención del cáncer, que usted coordina.

1. ¿Considera usted que el presupuesto asignado de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago, para el cumplimiento de metas, es?

Muy exiguo	Exiguo	Regular	Suficiente	Muy suficiente
1	2	3	4	5

En relación al periodo anterior (antes del 2011) a la implementación de endoscopia digestiva alta en personas de 45 a 65 años de cáncer de estómago del Hospital María Auxiliadora, en la actualidad:

2. ¿La cobertura de atención a personas en riesgo, es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

3. Considera que la calidad diagnostica es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

4. ¿La mejora en el manejo temprano del padecimiento, es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

5. ¿La reducción de tratamientos innecesarios es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

6. ¿La reducción de los tratamientos complejos es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

7. ¿Según su apreciación la reducción de la ansiedad de los pacientes, para ser atendidos es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

8. ¿Considera que el aumento de años de vida saludable de los pacientes es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

9. ¿Considera que la mejora en la calidad de vida de los pacientes es?

Muy ineficaz	Ineficaz	Regular	Eficaz	Muy Eficaz
1	2	3	4	5

ANEXO 2 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Informe de Juicio de Experto sobre Instrumento de Investigación.

I. Datos Generales

- **Título de la Investigación:** "Ejecución Presupuestal y su Relación con las metas del programa Control y Prevención del Cáncer del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, 2011- 2017"
- **Apellidos y Nombres del experto:** *Lituma Aguirre Dons Marcela*
- **Grado Académico:** *Medico Cirujana/ Magister*
- **Institución en la que trabaja el experto:** *Hospital Maria Auxiliadora*
- **Cargo que desempeña:** *Dirección Ejecutiva Planeamiento Estratégico*
- **Instrumento motivo de evaluación:** Guía de Observación.
- **Autor de instrumento:** Bach. Doris Milinda Hoyos Arista.

II. ASPECTOS DE VALIDACION

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.					✓
OBJETIVIDAD	Los ítems del instrumento permitirán mensurar la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.					✓
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal.					✓
ORGANIZACION	Los ítems del instrumento traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual relacionada con las variables en todas dimensiones e indicadores, de manera que permitan hacer abstracciones e inferencias en función a los problemas y objetivos de la investigación.					✓
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento expresan suficiencia en cantidad y calidad.					✓
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para el examen de contenido y mensuración de las evidencias inherentes.					✓
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.					✓
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.					✓
METODOLOGIA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.					✓
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado.					✓
SUBTOTAL						50
TOTAL						50

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN: *Favorable*

IV. PROMEDIO DE VALIDACIÓN:

San Juan de Miraflores, Enero del 2017


 FIRMA DEL EXPERTO
 DNI: *07801918*

ANEXO 3 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS (CONT.)

Informe de Juicio de Experto sobre Instrumento de Investigación.

I. Datos Generales

- **Título de la Investigación:** "Ejecución Presupuestal y su Relación con las metas del programa Control y Prevención del Cáncer del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores , 2011- 2017"
- **Apellidos y Nombres del experto:** *MUNOZ LANDA EDITH ORFELINA*
- **Grado Académico:** *Médico cirujano/ gerente público*
- **Institución en la que trabaja el experto:** *Hospital María Auxiliadora*
- **Cargo que desempeña:** *Directora Ejecutiva de Administración*
- **Instrumento motivo de evaluación:** Guía de Observación.
- **Autor de instrumento:** Bach. Doris Milinda Hoyos Arista.

II. ASPECTOS DE VALIDACION


MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.					/
OBJETIVIDAD	Los ítems del instrumento permitirán mensurar la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.					/
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal.					/
ORGANIZACION	Los ítems del instrumento traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual relacionada con las variables en todas dimensiones e indicadores, de manera que permitan hacer abstracciones e inferencias en función a los problemas y objetivos de la investigación.					/
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento expresan suficiencia en cantidad y calidad.					/
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para el examen de contenido y mensuración de las evidencias inherentes.					/
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.					/
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.					/
METODOLOGIA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.					/
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado.					/
SUBTOTAL						<i>50</i>
TOTAL						<i>50</i>


III. OPINIÓN DE APLICACIÓN: *Favorable*

IV. PROMEDIO DE VALIDACIÓN:

San Juan de Miraflores, Enero del 2017


 FIRMA DEL EXPERTO
 DNI: *10018336*

ANEXO 3 CONSTANCIA

	Perú	Ministerio de Salud	Hospital María Auxiliadora	Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI)	Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"
---	------	---------------------	----------------------------	---	--

CONSTANCIA


El que suscribe, el **Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital María Auxiliadora**, **CERTIFICA** que el **PLAN DE INVESTIGACIÓN**, Versión del **29 de enero del presente**; **Titulado: "EJECUCIÓN PRESUPUESTAL Y SU RELACIÓN CON LAS METAS DEL PROGRAMA CONTROL Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2011 - 2016"**; con Código Único de Inscripción: **HMA/CIEI/019/18**, presentado por la Investigadora: **Doris Milinda HOYOS ARISTA**; ha sido **REVISADO**.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación**. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **09 de febrero del 2019**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 09 de Febrero de 2018.

Atentamente,

MINSA - 0665
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

MC JORGE POLO CORTEZ
JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

JPC/mags.
c.c. Investigadora.
c.c. Archivo.

1 de 1

www.hma.gob.pe

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Av. Miguel Iglesias N° 968
Telf. (511) (01) 2171818 - 3112
Fax.: (511) (01) 2171828

ANEXO 4 SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Año del buen Servicio al Ciudadano

SOLICITA: "AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS".

SEÑOR:

Dr. Julio Medina Verástegui.

Director General Hospital María Auxiliadora.

Yo, **DORIS MILINDA HOYOS ARISTA** identificado con D.N.I. Nro. 42917312, domiciliado en calle hera 390 del Distrito de Ate, Provincial y Departamento de Lima, con el debido respeto me presento y digo:

Que, en mi condición de egresada de estudios de Post Grado - Maestría en Gobernabilidad y Gestión Pública del Instituto de Gobierno y Gestión Pública de la Universidad San Martín de Porres de Lima, así mismo la suscrita ha presentado un Plan de Trabajo de Investigación Titulado: Gestión Presupuestal y su Relación con las Metas del Programa Control y Prevención del Cáncer del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, 2011-2016". para obtener el grado académico de Maestro en Gobernabilidad y Gestión Pública, el mismo también que ya cuenta con aprobación según Resolución Nro.102-2017, por lo recurro a su despacho para solicitar la autorización para la recolección de datos orientados al desarrollo del Trabajo de Investigación en mención.

POR LO EXPUESTO:

Esperando acceder a mi petición, me suscribo sin antes expresarle mi mayor estima y consideración personal.

Adjunto:

CONSTANCIA DE EGRESADA

Lima, 28 de diciembre del 2017.



Atentamente,

DORIS MILINDA HOYOS ARISTA
D.N.I. Nro. 42917312

ANEXO SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"
"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

Lima, 29 de enero 2018.

CARTA N° 001-2018-EGRESADA-POST GRADO- USMP/ DMHA.

DR:

JORGE POLO CORTEZ.

Jefe de la Oficina de Apoyo a la docencia e investigación.
Hospital María Auxiliadora.

San Juan de Miraflores.-

Asunto: **Plan de trabajo de Investigación.**

REF. : Solicitud: Autorización para recolección de datos.

=====

Tengo a bien dirigirme a usted, para hacerle llegar mis cordiales saludos, así mismo en mi condición de egresada de estudios de Post Grado - Maestría en Gobernabilidad y Gestión Pública del Instituto de Gobierno y Gestión Pública de la Universidad San Martín de Porres de Lima, adjunto al presente el Plan de Trabajo de Investigación Titulado: **"EJECUCIÓN PRESUPUESTAL Y SU RELACION CON LAS METAS DEL PROGRAMA CONTROL Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2011-2016"**, para obtener el grado académico de Maestro en Gobernabilidad y Gestión Pública, el mismo que está bajo el asesoramiento del Dr. Armando Figueroa Sánchez y mis tutoras institucionales Dra. Reina Bustamante Coronado jefa del departamento de oncología y la Dra. Doris Marcela Lituma Aguirre Directora Ejecutiva de la oficina ejecutiva de planeamiento estratégica.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle a usted mi mayor estima y consideración personal.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
Dra. REINA BUSTAMANTE CORONADO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA
C M P 25573 R N.E 17519

Bach. DORIS MILINDA HOYOS ARISTA.
DNI N° 42917312

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
M.C. Doris Marcela Lituma Aguirre
Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico
N° 10140



ANEXO 6 GUÍA DE OBSERVACIÓN

AÑO	PRESUPUESTO EJECUTADO DE TAMIZAJE EN MUJERES PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO (TMDCCU) EJECUTADO	META FÍSICA DE TAMIZAJE EN MUJERES PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO (TMDCCU)	PRESUPUESTO EJECUTADO DE EXAMEN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES CON CITOLOGÍA ANORMAL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	META FÍSICA DE EXAMEN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES CON CITOLOGÍA ANORMAL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	PRESUPUESTO EJECUTADO DE MAMOGRAFÍA BILATERAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS DE CÁNCER DE MAMA	META FÍSICA DE MAMOGRAFÍA BILATERAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS DE CÁNCER DE MAMA	PRESUPUESTO EJECUTADO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS DE CÁNCER DE ESTÓMAGO	META FÍSICA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS DE CÁNCER DE ESTÓMAGO
2011								
2012								
2013								
2014								
2015								
2016								
2017								

ANEXO 7 BASE DE DATOS

AÑO	FUENTEFINANC	TAMIZAJEENMULERESPARADETECCIONDECANCER	EJECUTADO	EXAMENDECOLPOSCPIAENMUJE	EJECUTADO_A	MAMOGRAFÍABILATERALENMUJERESDE40A65ÑOS	EJECUTADO_B	ENDOSCOPIADIGESTIVAALTENPERSONA	EJECUTADO_C
2012	RO	327415	84038	333458	176262	438667	362850	44572	30939
2012	RDR	10000	10000	0	.	21800	9150	0	0
2012	DYT	0	0	0	0	0	0	0	0
2013	RO	262809	259118	305685	304658	352138	351749	30675	30626
2013	RDR	2000	0	0	0	19800	0	0	0
2013	DYT	0	0	0	0	0	0	0	0
2014	RO	300845	300813	351698	351688	372922	372918	30898	30894
2014	RDR	2000	0	0	.	19800	0	0	0
2014	DYT	0	0	0	0	0	0	0	0
2015	RO	284674	284673	390585	390421	383180	377975	38818	38817
2015	RDR	2000	0	0	0	0	0	0	0
2015	DYT	0	0	0	0	0	0	0	0
2016	RO	129388	129386	129396	129395	405641	405394	38818	38818
2016	RDR	2000	0	.	.	.	.	.	.
2016	DYT	.	.	.	.	.	.	.	.
2017	RO	409568	389157	241819	233047	849072	550094	38818	38415
2017	RDR	2000	1860	0	.	0	0	.	.
2017	DYT	78564	78564	0	.	0	0	.	.

ANEXO 8 BASE DE DATOS (CONT.)

AÑO	PRESUPUEST OEJECUTADO DETAMIZAJEE..	METAFISICAD ETAMIZAJEEN MUJERESPAR.	PRESUPUEST OEJECUTADO DEEXAMENDE.	METAFISICAD EEXAMENDEC OLPOSCOPIAE	PRESUPUEST OEJECUTADO DEMAMOGRA..	METAFÍSICAD EMAMOGRAFÍ ABILATERALE..	PRESUPUEST OEJECUTADO DEENDOSCOPI	METAFÍSICAD EENDOSCOPI ADIGESTIVAAL
2011	78247	2073	249778	1526	1188271	787	141968	734
2012	94038	2763	176262	1479	375558	1810	30939	1150
2013	259118	2875	304658	1034	351749	2453	30626	1054
2014	300813	4976	351688	4474	372918	3045	30894	2649
2015	284673	2800	390421	1102	377975	4483	38817	1277
2016	129386	4800	129395	200	405394	4100	38818	1498
2017	469581	6303	233048	1633	550094	3245	38415	2693

ANEXO 9 BASE DE DATOS (CONT.)

AÑO	ACTIVIDAD OPERATIVA	TAMIZAJE EN MUJERES PARA DETECCIÓN DE	EJECUTADO	EXAMEN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES CON.	EJECUTADO_A	MAMOGRAFÍA BILATERAL EN MUJERES DE 40	EJECUTADO_B	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PERSONA.	EJECUTADO_C
2011	REMUNERACIONES	0	0	0	0	.	.	0	0
2011	BSS	78247	78247	224456	223780	129073	128134	142790	141968
2011	ACTIVOS NO FINANCIER...	.	.	26000	25998	1060198	1060137	.	.
2012	REMUNERACIONES	0	0	0	0	340161	311955	0	0
2012	BSS	337475	94038	333458	176262	120306	60045	44572	30939
2012	ACTIVOS NO FINANCIER...	0	0	0	0	0	0	0	0
2013	REMUNERACIONES	0	0	0	0	244324	234023	0	0
2013	BSS	264809	259118	305898	304658	121498	117725	30675	30626
2013	ACTIVOS NO FINANCIER...	0	0	0	.	0	0	.	.
2014	REMUNERACIONES	0	0	0	.	245224	225423	30898	30894
2014	BSS	302845	300813	351698	351688	147498	147495	0	0
2014	ACTIVOS NO FINANCIER...	0	0	0	0	0	0	0	0
2015	REMUNERACIONES	0	0	120000	119970	270921	270468	0	0
2015	BSS	284674	284673	270585	270451	112259	107507	38818	38817
2015	ACTIVOS NO FINANCIER...	0	0	0	.	0	0	.	.
2016	REMUNERACIONES	0	0	0	.	274552	274361	.	.
2016	BSS	131388	129386	129396	129395	131089	131033	38818	38818
2016	ACTIVOS NO FINANCIER...	0	0	0	0	0	0	0	0
2017	REMUNERACIONES	0	0	0	0	259199	259198	.	.
2017	BSS	490132	469581	241819	233047	589873	290896	38818	38415
2017	ACTIVOS NO FINANCIER...	0	0	.	.	.	.	.	.