



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(creada por Ley N°25265)

ESCUELA DE POSGRADO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO



TESIS

**INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD E INDICADORES
SANITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE
LA REGIÓN DE HUANCAMELICA.**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

PRESENTADO POR:

Mg. Pavel LACHO GUTIERREZ

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN
CIENCIAS DE LA SALUD**

**HUANCAMELICA, PERÚ
2022**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Creada por ley 25265)

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

(Resolución N° 421-2002-R-UNH)



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En sesión ordinaria virtual, con el uso de la herramienta "Google Meet" para vídeo conferencias, desde la sala virtual de sustentación de los integrantes de miembros de jurado evaluador, conformado por los docentes:

PRESIDENTE : Dra. Charo Jacqueline Jauregui Sueldo
<https://orcid.org/0000-0001-5538-0213>
DNI N° 19824277

SECRETARIO : Dr. Guido Flores Marin
<https://orcid.org/0000-0003-0213-8225>
DNI N° 40478035

VOCAL : Dra. Yda Flor Camposano Cordova
<https://orcid.org/0000-0001-8685-117X>
DNI N° 19835422

Asesor: Dra. Olga Vicentina Pacovilca Alejo

De conformidad al Reglamento Único de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, aprobado mediante Resolución N° 0330-2019-CU-UNH y ratificado con Resolución N° 0552-2021-CU-UNH, asimismo,

De conformidad con la Directiva N° 001-VRAC-UNH "Normas para la Sustentación de Tesis, Trabajos de Investigación, Trabajos Académicos y Trabajos de Suficiencia Profesional, para optar Grados y Títulos Profesionales no Presencial o Virtual en la UNH, en el marco del estado de emergencia COVID-19".

El candidato al GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD.

Don: LACHO GUTIÉRREZ, Pavel, identificado con DNI N° 40704382; procedió a sustentar su trabajo de investigación titulado: INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD E INDICADORES SANITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA REGIÓN DE HUANCVELICA.

Luego de haber absuelto las preguntas que le fueron formulados por los miembros del jurado, se dio por concluido al ACTO de sustentación virtual, realizándose la deliberación y calificación demanera sincrónica, resultado:

Con el calificado:...aprobado por unanimidad.....

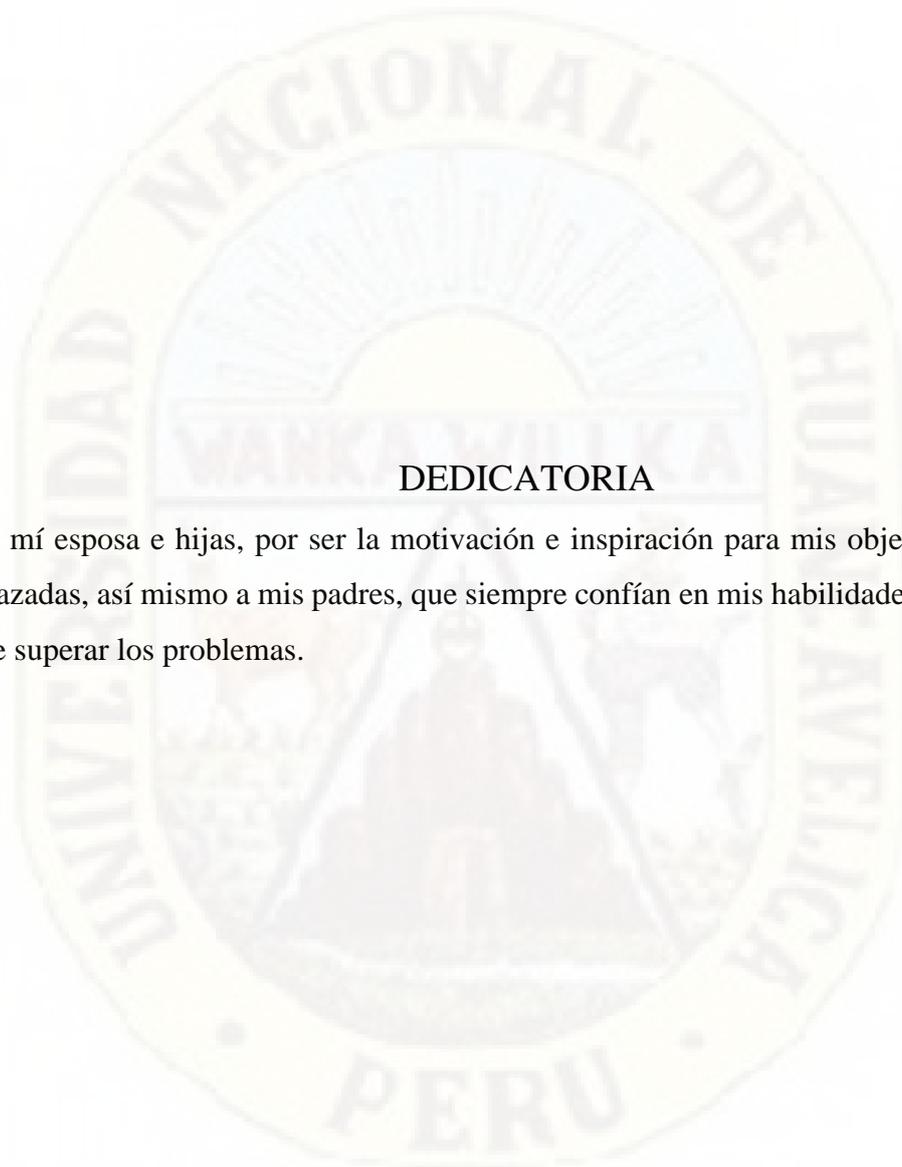
Y para la constancia se extiende la presente ACTA de manera virtual, a los veintiuno días del mes de julio del año 2022.


Dra. Charo Jacqueline Jauregui Sueldo


Dr. Guido Flores Marin


Dra. Yda Flor Camposano Cordova

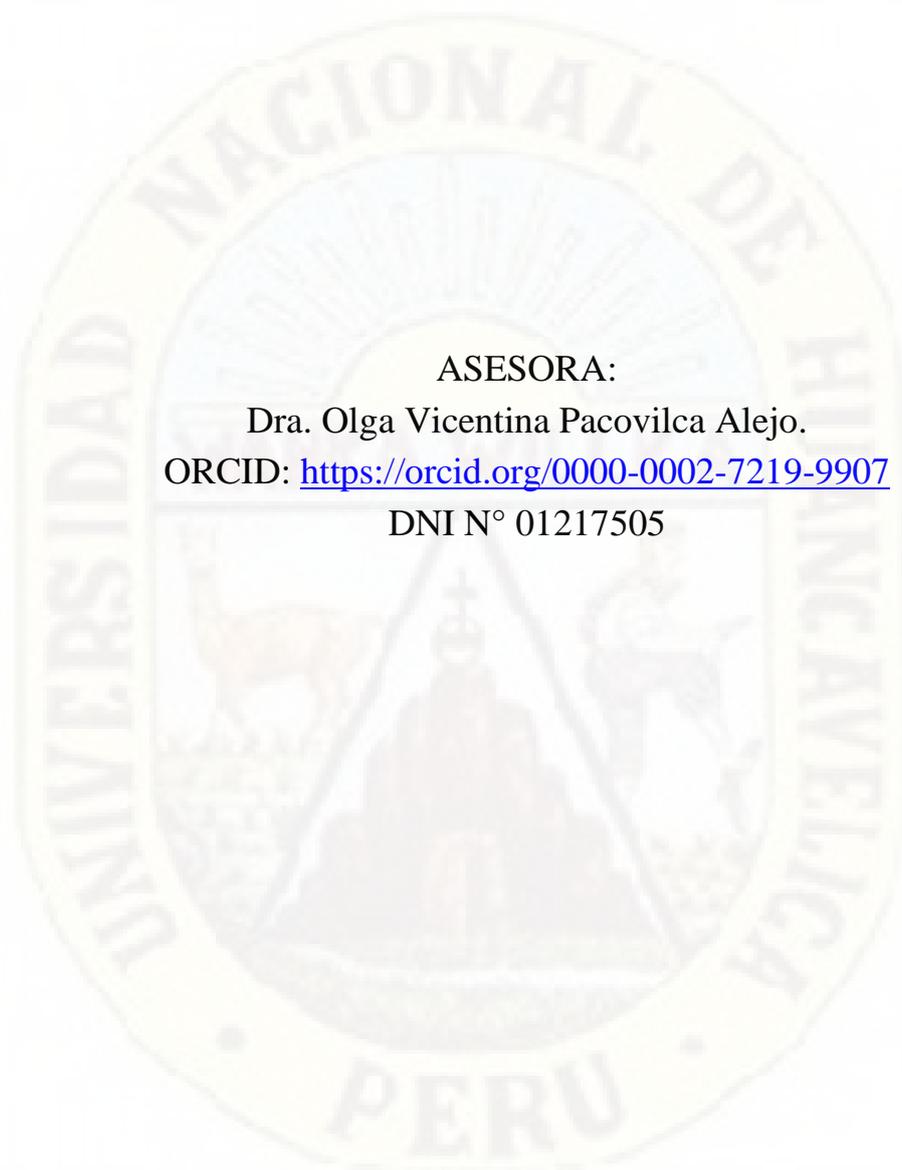
ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL DOCTORADO N° 001-2022-UPGFEN.



DEDICATORIA

A mí esposa e hijas, por ser la motivación e inspiración para mis objetivos y metas trazadas, así mismo a mis padres, que siempre confían en mis habilidades y capacidad de superar los problemas.

El tesista.



ASESORA:

Dra. Olga Vicentina Pacovilca Alejo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7219-9907>

DNI N° 01217505

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo, “Determinar la eficacia de la inversión pública en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019. Dentro de la metodología fue, un estudio de tipo sustantiva y retrospectiva; de nivel explicativo; diseño no experimental de tipo “Ex post Facto. La muestra estuvo constituida por 74 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del primer nivel de atención de la Región de Huancavelica en ciclo de inversión en la fase de ejecución; la técnica fue el análisis documental e instrumento la ficha de análisis documental del Sistema de Seguimiento de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas y base de datos estadísticos de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica. Resultados: La inversión pública en el sector salud no cumplió con el ciclo de inversión, toda vez, que el 73,0% no realizaron la transferencia de la inversión al sector salud para garantizar la fase de funcionamiento; así mismo, solo se cumplió 01 indicador de los 05 evaluados, el cual fue el indicador de salud de la etapa vida adolescente, alcanzado el 71,6%.; además, en las etapas vida niño, adulto. adulto mayor y etapa de gestante no lograron cumplir con la meta, alcanzado el no cumplimiento de 86,5%, 55,4%, 86,5% y 71,6% respectivamente; finalmente, el 59,5% de las IPRESS con Proyectos de Inversión de Pública (PIP) ejecutados adecuadamente no lograron cumplir con las metas de los indicadores de salud, mientras tanto, el 13,5% si lograron cumplir con la meta de los indicadores de salud. Así mismo, el 21,6% de las IPRESS con PIP ejecutados inadecuadamente no lograron cumplir con las metas de los indicadores de salud, mientras tanto, 5,4% si lograron cumplir con la meta de los indicadores de salud, mientras tanto, según regresión logística binaria, se obtienen el p valor (Sig.) es 0,885. Conclusión: La inversión pública durante el 2015-2019 no fue eficaz, por no cumplir con la meta de indicadores sanitarios en IPRESS con inversión en la Región de Huancavelica.

Palabras clave: Eficacia, Inversión Pública, indicadores de salud, Instituciones Prestadoras de servicios de salud.

ABSTRACT

The objective of the study was to "Determine the effectiveness of public investment in the health indicators of the institutions providing health services (IPRESS) of the Huancavelica Region, 2015 - 2019. Within the methodology, it was a substantive study and hindsight; explanatory level; non-experimental design of the "Ex post facto" type. The sample consisted of 74 Health Service Provider Institutions (IPRESS) of the first level of care in the Huancavelica Region in the investment cycle in the execution phase; the technique was the documentary analysis and the document analysis sheet of the Investment Monitoring System of the Ministry of Economy and Finance and the statistical database of the Regional Health Directorate of Huancavelica were used. Results: Public investment in the health sector did not comply with the investment cycle, since 73.0% did not transfer the investment to the health sector to guarantee the operation phase; Likewise, only 01 indicator of the 05 evaluated was fulfilled, which was the health indicator of the adolescent life stage, reaching 71.6%.; in addition, in the child, adult life stages. older adult and pregnant women failed to meet the goal, reaching non-compliance of 86.5%, 55.4%, 86.5% and 71.6% respectively; finally, 59.5% of the IPRESS with adequately executed Public Investment Projects (PIP) failed to meet the goals of the health indicators, meanwhile, 13.5% did manage to meet the goal of the health indicators. Likewise, 21.6% of the IPRESS with inadequately executed PIPs did not manage to meet the goals of the health indicators, meanwhile, 5.4% did manage to meet the goal of the health indicators, meanwhile, according to logistic regression binary, we obtain the p value (Sig.) is 0.885. Conclusion: Public investment during 2015-2019 was not effective, for not meeting the goal of health indicators in IPRESS with investment in the Huancavelica Region.

Keywords: Efficiency, Public Investment, health indicators, Institutions Providers of health services.

ÍNDICE

PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
NOMBRE DE ASESOR	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT (KEY WORDS)	vi
ÍNDICE	vii
INTRODUCCIÓN.	viii

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.	12
1.2. Formulación del problema.	16
1.3. Objetivos:	
1.3.1. Objetivo general.	17
1.3.2. Objetivo específico.	17
1.4. Justificación e importancia.	18

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.	21
2.2. Bases teóricas.	34
2.3. Marco conceptual	35
2.4. Marco filosófico.	55
2.5. Formulación de hipótesis.	57
2.6. Identificación de variables.	57
2.7. Definición Operativa de variables e indicadores.	68

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de la investigación.	62
3.2. Nivel de investigación.	62
3.3. Método de investigación.	62
3.4. Diseño de investigación.	63
3.5. Población, muestra y muestreo.	63
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	64
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	64
3.8. Descripción de la prueba de hipótesis.	64

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de resultados	65
4.2. Discusión de resultados.	81
4.3. Proceso de prueba de hipótesis.	85

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APENDICES

APENDICE 01: Matriz de consistencia	A
APENDICE 02: Ficha de Análisis documentario de Inversión Pública.	B
APENDICE 03: Ficha de Análisis documentario de Indicadores de salud.	C
APENDICE 04: Cuadros y gráficos complementarios de indicadores de salud.	D
APENDICE 05: Documento de recojo de información en la DIRESA.	E
APENDICE 06: Base de datos.	F
APENDICE 08: Artículo Científico.	G
APENDICE 09: Propuesta de cumplimiento técnico.	H

ÍNDICE DE CUADROS Y TABLAS

CUADROS:

Cuadro 01: Presupuesto y ejecución de inversión, Huancavelica, 2014 – 2019	D
Cuadro 02: Población que reporto enfermedad, región de Huancavelica, 2016-2018.	D
Cuadro 03; Rangos para los montos de inversión.	40
Cuadro 04; Nivel de estudio según montos de inversión.	41
Cuadro 05; Niveles atención, complejidad y categoría de IPRESS.	54

TABLAS:

Tabla 01: Inversión pública en el sector salud por provincia de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.	66
Tabla 02: Inversión pública en el sector salud por ejecutora de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.	67
Tabla 03: Inversión pública en el sector salud por monto de inversión de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.	68
Tabla 04: Inversión pública en el sector salud por modalidad de ejecución de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.	69
Tabla 05: Inversión pública en el sector salud por transferencia al sector de la Región de Huancavelica.	70
Tabla 06: Inversión pública en el sector salud por categoría de IPRESS del nivel 1 de la Región de Huancavelica.	71
Tabla 07: Cumplimiento de metas de los indicadores sanitarios de la etapa de vida niño(a) de las IPRESS con PIP de la Región de Huancavelica, 2019.	72
Tabla 8: Cumplimiento de metas de los indicadores sanitarios de la etapa de gestante de las IPRESS con PIP de la Región de Huancavelica, 2019.	74
Tabla 9: Cumplimiento de metas de los indicadores sanitarios de la etapa de vida adolescente de las IPRESS con PIP de la Región de Huancavelica, 2019.	75
Tabla 10: Cumplimiento de metas de los indicadores sanitarios de la etapa de vida adulto de las IPRESS con PIP de la Región de Huancavelica, 2019.	76
Tabla 11: Cumplimiento de metas de los indicadores sanitarios de la etapa de vida adulto mayor de las IPRESS de la Región de Huancavelica, 2019.	77
Tabla 12: Consolidado de Cumplimiento de metas de los indicadores sanitarios por etapas de vida de las IPRESS con PIP ejecutados de la Región de Huancavelica, 2019.	78
Tabla 13: Consolidado de cumplimiento de metas de los indicadores sanitarios de las IPRESS con PIP ejecutados de la Región de Huancavelica, 2019.	79

INTRODUCCIÓN

La salud pública en estos años ha adquirido un valor muy importante para las personas y la sociedad, es así que, atravesando tiempos muy difíciles, el estado debe garantizar el acceso a los servicios públicos de salud, fundamentado como un derecho básico de las personas. En tal sentido, la salud debe ser la prioridad del gobierno nacional y los gobiernos sub nacionales (regionales y locales), permitiendo acceder a servicios de salud en términos de calidad y cobertura suficiente, para lo cual, la necesidad de invertir o utilizar recursos del estado para mejorar, ampliar, recuperar los servicios de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Sin embargo, la salud en una población implica cuantificar, para ello, se hace uso de indicadores sanitarios o de salud, los cuales, permiten realizar una medición de una situación determinada; dichas estimaciones pueden usarse para evaluar la situación de salud en grupos específicos de la población (1).

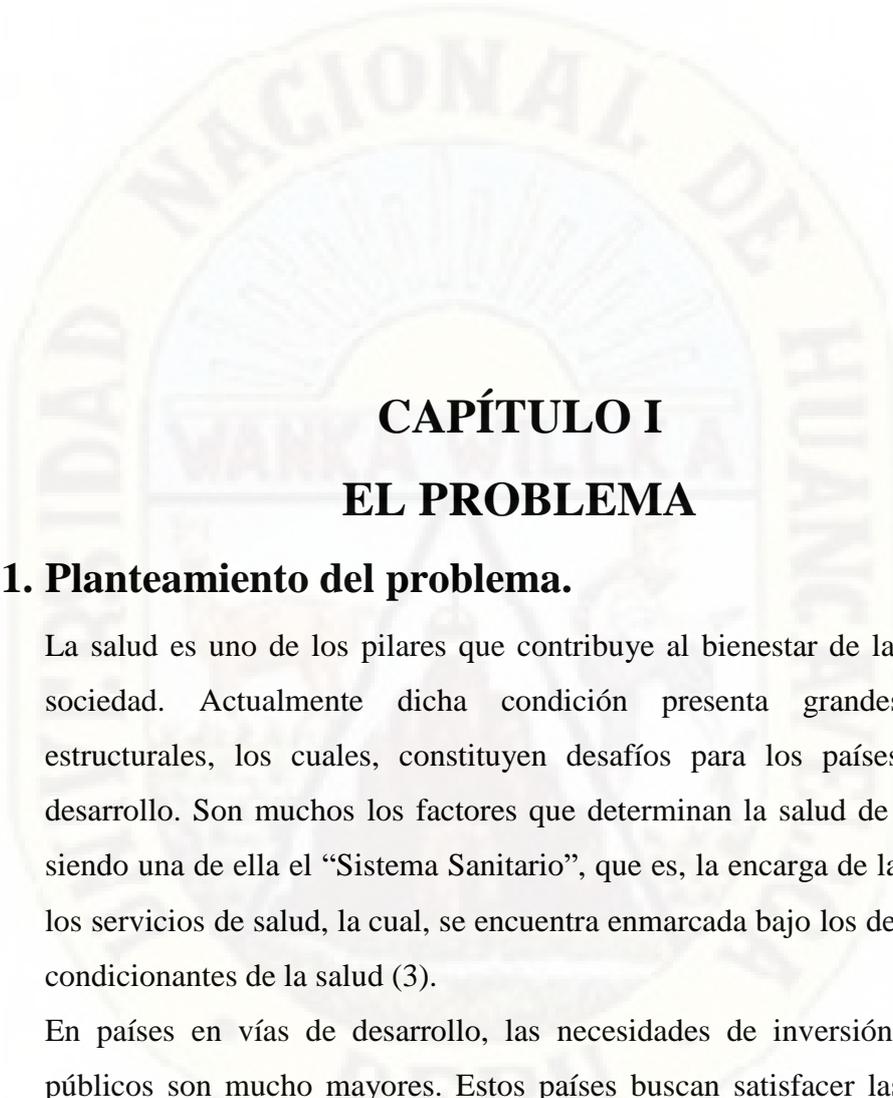
La tesis, tuvo como objetivo el “Determinar la eficacia de la inversión pública en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica”, basado en el problema de la eficacia de la inversión pública en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 – 2019. Es así que la investigación encontró su justificación, en los ejes transversales del “Sistema Nacional de Inversión Pública”, donde se considera el ciclo de la inversión y trata la evaluación de la **efectividad/eficacia** de las inversiones pública y/o privadas, las cuales deben realizarse aplicando el razonamiento científico, el uso sistemático de datos y de sistema de información. A efectos de verificar que la población beneficiaria de dichos proyectos está recibiendo los servicios en la cantidad y calidad adecuados; para ello, se hace uso de los indicadores sanitarios, los cuales permitirán medir la prestación de los servicios de salud en las IPRESS, a su vez, dirigir la toma de decisiones en cuanto al tamaño y la naturaleza de las necesidades que deben atenderse (la brecha), como: los insumos/materiales/infraestructura/equipos/gestión.

En Huancavelica la situación de la inversión pública en el sector salud no ha avanzado, porqué, se evidenciando que la situación de salud no ha mejorado, y según el cuadro

02, el INEI (2), reportó que, el 13,9% de la población padeció algún problema de salud en el año 2018 y el 46,2% de la población padecer algún problema de salud no crónico, evidenciando así, que no se ha superado la situación de salud en el departamento. Así mismo, la importancia de evaluar el efecto de las inversiones en salud, toda vez, que la población demanda servicios de calidad de acuerdo a sus necesidades; este interés que muestra la población tiene una importancia social; es por ello, que la investigación se orientó a la demanda de los servicios de salud, evaluando la eficacia de las inversiones en salud de la Región de Huancavelica, mediante los indicadores de salud.

El presente informe de investigación, se organiza en: El capítulo I “El problema”; capítulo II “El marco teórico”; capítulo III, “El marco metodológico” abarcando desde la tipología y el nivel investigativo hasta los procedimientos para la recolección y procesamiento de los datos obtenidos y finalmente, el capítulo IV “Los resultados”, donde se presentan las tablas, la discusión, conclusiones y recomendaciones correspondientes.

El tesista.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.

La salud es uno de los pilares que contribuye al bienestar de la persona y la sociedad. Actualmente dicha condición presenta grandes problemas estructurales, los cuales, constituyen desafíos para los países en vías de desarrollo. Son muchos los factores que determinan la salud de la población, siendo una de ella el “Sistema Sanitario”, que es, la encargada de la provisión de los servicios de salud, la cual, se encuentra enmarcada bajo los determinantes y condicionantes de la salud (3).

En países en vías de desarrollo, las necesidades de inversión en servicios públicos son mucho mayores. Estos países buscan satisfacer las necesidades primarias, como: salud, educación y gasto social para salir de la pobreza, además deben aumentar la productividad de la fuerza laboral y ejecutar inversiones que aumenten la productividad, como carreteras, puertos, aeropuertos, entre otros. Por esa razón, y sumando el hecho que los países en vías de desarrollo tienen menores recursos que los países desarrollados, es que resulta lógico pensar que estos países concentrarán sus esfuerzos primeramente en satisfacer sus necesidades primarias. La inversión de un país se relaciona directamente con el desarrollo del mismo. Las obras de infraestructura de los países son importantes

para el desarrollo económico y social. Así tenemos que, con carreteras se podrá disminuir los costos logísticos y de transporte, con mejores puertos se podrá incrementar el comercio internacional, con aeropuertos se podrá incrementar el flujo de turistas al país, con más centrales eléctricas se podrá mejorar el nivel de cobertura de servicio eléctrico a la población, con más colegios y hospitales se podrá mejorar la calidad de vida de las personas, y en general, con las obras de infraestructura el país podrá mejorar de manera importante la prestación del servicio público correspondiente (4).

Los proyectos de inversión pública constituyen un “método infalible” para planear el desarrollo económico y/o social de las personas, instituciones y pueblos; la esperanza está latente más no así la forma de gestionarlos, tal es así que la forma de formular, evaluar y ejecutar los proyectos de inversión antes del 2000 en el Perú eran realizados sin tener en cuenta los planes estratégicos, lineamientos y políticas de desarrollo, lo que daba lugar a gestionarse proyectos irrelevantes, innecesarios y además insostenibles teniendo como resultado el uso ineficiente de los recursos públicos, que, en lugar de sumar logros y desarrollo, ocasionaban carga económica al estado sirviendo muchas veces como bastión político a los gobernantes de turno (5).

En los últimos años, la economía del Perú “Experimentó un crecimiento económico sin precedentes. Durante dicho periodo, el Producto Bruto Interno (PBI) del país creció 1,8 veces y a un ritmo promedio de 6%, superando al promedio latinoamericano”, uno de los factores que explica dicho crecimiento ha sido la inversión (2). En consecuencia, “los cambios en el contexto mundial, permitieron la reducción de la demanda de socios comerciales, como: China, la caída de los precios de los minerales y el ajuste de la tasa de interés referencial de la Reserva Federal de los EEUU, han impactado de manera negativa en las perspectivas de crecimiento del país y del resto de la región, poniendo en entredicho los fundamentos de dicho crecimiento. Así, la economía peruana ha pasado de crecer 6,9% durante el 2006-2010 a 4,7% durante el último quinquenio”. La inversión total, si bien sufrió una leve caída el 2015 (-0,3%)

alcanzó dicho año el 25,7% del PBI, superando a sus socios en la Alianza del Pacífico: Colombia (24,0%), Chile (22,3%) y México (22,1) (6).

A pesar de la creciente disponibilidad de recursos financieros, la brecha de infraestructura en el país es tan grande que se requiere aumentar el presupuesto asignado a la inversión pública, promover la participación privada (vía Asociaciones Público Privadas u Obras por Impuestos) y velar por la calidad de la inversión (7). En especial mejorar la asignación presupuestal en los sectores estratégicos, como: salud, educación, saneamiento, energía eléctrica, transporte y proyectos de riego.

El Perú, debe vencer los problemas que ocurren en la gestión de las inversiones, como: la inadecuada priorización de las inversiones, la poca precisión en la formulación y evaluación de las inversiones, el manejo atomizado de las inversiones, la elección de las modalidades de ejecución inadecuada, la asignación de recursos insuficientes para la operación y mantenimiento de las inversiones, las brechas de competencia del personal a cargo de las inversiones. Esta problemática se ha agravado como consecuencia de un proceso de descentralización incompleto, en el cual se han transferido competencias, funciones y recursos, pero no las capacidades necesarias para llevar a cabo inversiones públicas de calidad y oportuna, que sean socialmente rentables y sostenibles (8).

En la región de Huancavelica, la ejecución de la inversión ha sufrido problemas, durante los últimos 06 años se ha evidenciado una notable disminución en el avance de ejecución, tal como se muestra en el cuadro 01, donde, en el año 2014 la ejecución alcanzó 94.3%, de ahí descendió al 2017 a 59.6%, al 2018 a 52.2%, y para el 2019 a un 61.2% (9).

Así mismo para el 2018, según consulta amigable del MEF, Huancavelica tuvo una inversión (proyectos) en salud de 7'139,405 millones de Presupuesto Inicial de Apertura y un PIM de 15'015,440 millones, obteniendo un avance de ejecución porcentual del 42.1%, el cual es, inferior al promedio nacional; por lo tanto, se evidencia los problemas en las diferentes etapas de la inversión.

En respuesta al problema de la inversión, se propuso el cambio del “Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP), con la finalidad de optimizar el uso de los Recursos Públicos destinados a la inversión, mediante el establecimiento de principios, procesos, metodologías y normas técnicas relacionados con las diversas fases de los proyectos de inversión”. Es así que mediante el Decreto Legislativo 1252, se declara la muerte del SNIP y el nacimiento del nuevo sistema "INVIERTE.PE", en donde se establece las pautas que de ahora en adelante seguirán las entidades del Estado en materia de inversión con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Por ejemplo, los gobiernos regionales y locales ya no tendrán que presentar los estudios de perfil, pre factibilidad y factibilidad, sino documentos simplificados con la información necesaria para su aprobación, lo que reducirá a la mitad los tiempos de preparación de los proyectos (9). La idea del "INVIERTE.PE" es dinamizar y agilizar las inversiones, mejorar el gasto público e incluso hacer más sencillos los procedimientos de la gestión de proyectos de inversión pública. Es que el esfuerzo del Gobierno por agilizar la ejecución de obras públicas no se reflejará en la realidad si los responsables de supervisar los proyectos siguen creyendo que su papel es obstruir y demorar los mismos (10).

La situación de salud en una población implica realizar estimaciones, para ello, se tiene que utilizar indicadores sanitarios (salud), los cuales nos permitan realizar una medición de una situación determinada; dichas estimaciones pueden usarse para describir: necesidades de atención de salud, carga de enfermedad en grupos específicos de la población.

En Huancavelica la situación de la inversión pública en el sector salud no ha avanzado, porque se sigue evidencia que la situación de salud no ha mejorado, tal como se aprecia en el cuadro 02, donde según, el INEI (2019), el 13,9% de la población reporto padecer algún problema en el año 2018, el 46,2% de la población reporto padecer algún problema de salud no crónico para el 2018, evidenciando que no se ha superado la transición epidemiológica entre las enfermedades crónicas y no crónicas.

Finalmente, la inversión sostenible en sectores estratégicos son motores fundamentales del crecimiento y el desarrollo económico - social. Por lo cual, la población espera recibir servicios públicos de calidad y de manera oportuna. En tal sentido, el estudio de la problemática de inversión en salud vinculado a la prestación de servicios públicos de salud hacia ciudadanía, el cual se manifiesta a través de los indicadores sanitarios.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema General.

Ante la situación descrita, el problema a investigar fue:

¿Cuál es la eficacia de la inversión pública en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019?

1.2.2. Problemas específicos.

- ¿Cómo fue la inversión pública del sector salud en la Región de Huancavelica, 2015 - 2019?
- ¿Cuáles son los indicadores sanitarios de la etapa de vida niño de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 – 2019?
- ¿Cuáles son los indicadores sanitarios de la etapa de vida gestante de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019?
- ¿Cuáles son los indicadores sanitarios de la etapa de vida adolescente de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 – 2019?
- ¿Cuáles son los indicadores sanitarios de la etapa de vida adulto de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 – 2019?

- ¿Cuáles son los indicadores sanitarios de la etapa de vida adulto mayor de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 – 2019?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo general.

Determinar la eficacia de la inversión pública en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.

1.3.2. Objetivo específico.

- Describir la inversión pública del sector salud de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.
- Describir los indicadores sanitarios de la etapa de vida niño de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.
- Describir los indicadores sanitarios de la etapa de vida gestante de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.
- Describir los indicadores sanitarios de la etapa de vida adolescente de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.
- Describir los indicadores sanitarios de la etapa de vida adulto de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.
- Describir los indicadores sanitarios de la etapa de vida adulto mayor de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.

1.4. Justificación e importancia.

1.4.1. Justificación:

La inversión, tanto pública como privada, constituye uno de los principales motores para el desarrollo económico y social de un país. En particular, la inversión en infraestructura permite sostener el crecimiento económico, elevar los niveles de productividad y competitividad de las empresas, y ampliar la oferta de servicios públicos en beneficio de la población. Por medio de la inversión pública, el Estado busca, por un lado, aumentar el capital físico y humano disponible para elevar el nivel de productividad y competitividad de los agentes económicos (por ejemplo, mediante la inversión en carreteras o en la generación de energía eléctrica) (11). Por otro lado, la inversión pública permite incrementar los niveles de cobertura y calidad de los servicios públicos para mejorar las condiciones de vida de la población (a través de inversiones en infraestructura educativa, hospitales, comisarías, etc.) (12).

El rol del Estado, Gobierno Regionales y Locales en esta materia, parte de dos premisas: En primer lugar, que la inversión pública en infraestructura sanitaria mejora los indicadores sanitarios y está directamente relacionada con la calidad y cobertura de los servicios, y en segundo lugar, que la inversión pública permite mejorar las condiciones de vida de la población y reducir las inequidades persistentes, sobre todo en el ámbito rural. Bajo estas dos premisas, entonces, “La finalidad de la inversión pública es sentar las bases que permitan sostener un proceso de crecimiento económico de largo plazo y atender las necesidades básicas de la población mediante la provisión de servicios públicos de calidad. En suma, la inversión pública tiene como fin último aumentar los niveles de bienestar de los ciudadanos y, por ende, elevar los niveles de desarrollo humano y reducir las desigualdades” (13).

En el caso de la Región de Huancavelica, la ejecución de la inversión ha sufrido problemas, puesto que durante los últimos 04 años se ha evidenciado una notable disminución en el avance de ejecución presupuestal, quien para el año 2014 la ejecución alcanzó 94.3%, de ahí descendió al 2017 a 59.6%, existiendo una gran

diferencia entre el PIA, PIM y ejecución (9). Así mismo para el 2018, según consulta amigable del MEF, Huancavelica tuvo una inversión (proyectos) en salud de 7'139,405 millones de Presupuesto Inicial de Apertura y cerrando un PIM de 15'015,440 millones, logrando así un avance de ejecución porcentual de 42.1%, inferior al promedio nacional, evidenciando así que existe problemas en las diferentes etapas de la inversión.

Es así, en la investigación se encontró su justificación, porque, dentro de los ejes transversales del INVIERTE.PE, se encuentran las intervenciones basadas en evidencias, donde se trata de la implementación y la evaluación de la **efectividad/eficacia** de las inversiones publica y/o privadas, las cuales deben realizarse aplicando el razonamiento científico, el uso sistemático de datos y de sistema de información. A efectos de verificar que la población beneficiaria de dichos proyectos está recibiendo los servicios en la cantidad y calidad; para ello, se hará uso de los indicadores sanitarios, los cuales permitirán medir la prestación de los servicios de salud en las IPRESS, a su vez, dirigir la toma de decisiones en cuanto al tamaño y la naturaleza de las necesidades que debe atenderse (brecha), los insumos/materiales/infraestructura/equipos/gestión necesarios para enfrentar el problema, o los grupos que deben recibir mayor atención, entre otras funciones.

En ese sentido, el trabajo obtuvo información de la inversión del sector salud de los últimos 5 años ejecutados dentro de la región de Huancavelica con sus respectivos indicadores sanitarios. Todo ello para sumar esfuerzos. para adaptar estrategia adecuadas, respondiendo de manera ágil y oportuna a las necesidades de la población y, por otro lado, asegurar la calidad y provisión de los servicios de salud, la sostenibilidad de los proyectos de inversión y la rentabilidad social de los mismos, cumpliendo el ciclo de la Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de las Inversiones (INVIERTE.PE).

1.4.2. Importancia:

La gestión gubernamental tiene entre sus objetivos, “La provisión de bienes y servicios a través de un sinnúmero de acciones, utilizando para ello instrumentos

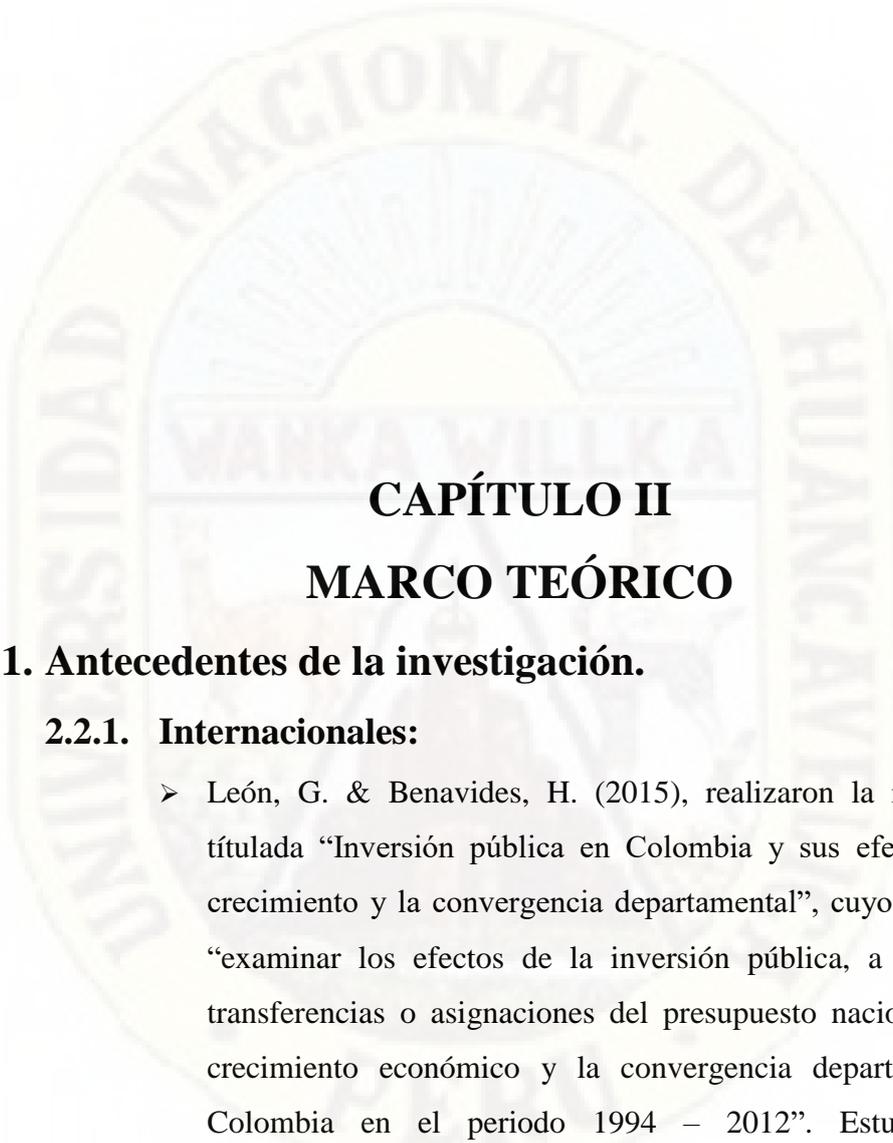
de gestión pública, entre los cuales se encuentran los proyectos de inversión pública, que es una herramienta que mediante la asignación de recursos lleva cabo un propósito con el fin de dar solución a un problema en concreto” (14).

Por medio de la inversión pública el Gobierno Regional y Gobierno Local busca, aumentar la capacidad operativa y resolutive disponible para asegurar los niveles de cobertura y calidad de los servicios públicos permitiendo contribuir en la mejora de las condiciones de vida de la población a través de inversiones en: infraestructura educativa, salud, seguridad, etc.

Asimismo, la población demanda la necesidad de mejorar la respuesta de los servicios de salud, ampliando el acceso a los servicios según categorías – nivel y necesidades de la población, todo ello por ser considerado un derecho fundamental de las personas.

La importancia del estudio de la inversión pública del sector salud se debido a la existencia de problemas en la provisión de los servicios de salud los cuales se reflejan en los indicadores de los mismos; dichos problemas pueden ser resueltas con una intervención eficiente del Estado, especialmente si se busca impulsar las prioridades de la región y desarrollo adecuado del Sistema Nacional de Inversión Pública.

Es por ello, la importancia de evaluar la eficacia de las inversiones en salud, toda vez que la población demanda servicios de calidad de acuerdo a sus necesidades e interés que muestra la población, el cual evidencio su importancia social, es por ello, que la investigación se orientó a atender esa necesidad y que, de alguna manera contribuya a la solución del problema.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

2.2.1. Internacionales:

- León, G. & Benavides, H. (2015), realizaron la investigación, titulada “Inversión pública en Colombia y sus efectos sobre el crecimiento y la convergencia departamental”, cuyo objetivo fue, “examinar los efectos de la inversión pública, a partir de las transferencias o asignaciones del presupuesto nacional, sobre el crecimiento económico y la convergencia departamental para Colombia en el periodo 1994 – 2012”. Estudio de tipo observacional, panel de datos para capturar la heterogeneidad asociada a las características no observables entre los departamentos y el tiempo. Los resultados revelan presencia de convergencia β absoluta y condicional en el periodo analizado, así mismo para medir los diferentes efectos se tomaron tres medidas: las transferencias a la educación, las transferencias a la salud y las transferencias totales que representa la sumatoria de las

transferencias destinadas a educación, salud, propósito general y asignaciones especiales. Se reafirma la influencia positiva y significativa de la educación en el crecimiento de los departamentos; sin embargo se presenta un efecto pequeño del capital humano pues un aumento del 1% en la tasa de cobertura de educación básica y secundaria, aumenta la tasa de crecimiento en aproximadamente 8% -10%, mientras que el crecimiento de la población presentó el signo esperado pero no significativo. A través de la investigación concluyeron, que no se evidencia una relación directa de las transferencias dentro del proceso de convergencia departamental para la muestra seleccionada (15).

- Guapi, F. (2015), realizó la tesis para optar su título profesional, titulada “Inversión Pública y su impacto en el sector social periodo 2007 – 2013”, tuvo como objetivo, “determinar el comportamiento de la inversión pública y el impacto que ha tenido en el sector social tanto a nivel nacional como en la Cooperativa Esmeraldas Chiquito de la ciudad de Guayaquil durante el período 2007 – 2013”. Estudio descriptivo, en donde se entrevistaron a 250 personas a base de un cuestionario, de las cuales se formularon 07 preguntas las cuales están relacionadas a la inversión que ha tenido este sector por parte del Gobierno. Se tuvo como resultado, la exposición de las teorías que existen sobre la inversión tanto pública estructura que tiene la inversión pública en el sector social del Ecuador; el análisis del comportamiento que ha tenido la inversión pública realizada en el campo social dentro del presupuesto general del estado en el periodo 2007 – 2013, y finalmente, el efectos que ha tenido la Inversión Pública en el Sector Social, destacando que de las 250 personas encuestadas la mayoría de ellas afirmó que si se habían realizado inversiones públicas en cada uno de estos sectoriales. Concluye que, han existido grandes avances en los valores destinados al campo social del país, los cuales sin duda alguna han

influidos directamente en beneficio de la población del Ecuador y en especial de la Cooperativa Esmeraldas Chiquito (16).

- Albuja, A. (2014), realizó la tesis doctoral, titulada “Medición del impacto en la economía de la inversión en infraestructura público-privada en países en vías de desarrollo. Aplicación a la economía peruana”, tuvo como objetivo, “medir el impacto en la economía de la inversión en infraestructura público-privada en países en vías de desarrollo”. Estudio de revisión literaria y la evidencia empírica (para el caso peruano). Se obtuvo como resultado, la ejecución e importancia de los proyectos de infraestructura en la economía, la importancia de la inversión en infraestructura pública y privada en el desempeño económico del Perú y se estimó las elasticidades de los factores de la función de producción. Concluye que, la infraestructura pública y público-privada tiene efectos importantes sobre el PIB per cápita; la elasticidad del PIB per cápita respecto al stock de capital per cápita es 0.38; del PIB per cápita respecto al stock de infraestructura pública, 0.13 y del PIB per cápita respecto al stock de infraestructura público-privada, 0.04.; la alta participación del sector privado en la inversión en infraestructura se comporta como un amortiguador ante choques de productividad negativo y, junto con la inversión en capital, impulsan la recuperación de la economía (4).
- Cerda, H. (2012), realizó la tesis doctoral, titulada “Inversión Pública, Infraestructura y crecimiento económico chileno, 1853-2010”, tuvo como objetivo, “determinar los efectos que presenta la inversión pública en estructuras productivas en el crecimiento económico chileno”. Estudio correlacional por causalidad del efecto de las inversiones, para lo cual se formalizó una serie histórica para la inversión pública productiva chilena, así como la construcción de una serie larga para el stock de capital público para el periodo

comprendido entre 1853-2010, así mismo fue necesario previamente conocer el comportamiento del PBI y de la PEA en provincias. Resultado: la infraestructura productiva para el periodo 1853-2010, presentan una participación promedio con respecto al PIB del 1,4%, mientras que ese porcentaje crece del 9% si la comparación se realiza en el contexto global del gasto fiscal, pese a que la inversión pública productiva en infraestructuras, solo represente en promedio el 7,2% de la inversión total en el periodo 1900-2010; así mismo desde la perspectiva a largo plazo la serie agregada de la inversión muestra un comportamiento creciente, pero con ciertos periodos de preocupante estancamiento, en particular en los periodos que van entre 1879-1883, 1898-1901, 1917-1920, 1952-1955 y 1974-1990, y mención aparte merecen la infraestructura de riego y las de agua potable y saneamiento,, lentamente fueron ganando un mayor peso dentro de la actividad inversora del país. Concluye que, las últimas décadas han tomado el liderazgo inversor, las obras de Metro, representando entre 1994-2010 el 28% del total de la inversión que el estado efectúa en infraestructuras productivas y finalmente se determinó de forma empírica la contribución de las infraestructuras productivas en el crecimiento económico chileno (17).

- Perrotti, D. & Sanchez, R. (2011), realizaron la investigación, titulado “La brecha de infraestructura en América Latina y el Caribe”, cuyo objetivo fue, “medir la brecha de infraestructura y los requerimientos de inversión necesarios desde ambas perspectivas”. Estudio de tipo descriptivo y utilizaron metodologías alternativas para cuantificar esta brecha. Resultado: el 5,2% del PBI regional (unos 170.000 millones de dólares de 2000) para dar respuesta a las necesidades que surgirán de las empresas y los consumidores finales de la región entre los años 2006 y 2020, mientras que si lo que se quiere es alcanzar los niveles de infraestructura per cápita de un

conjunto de países del sudeste asiático las cifras anuales requeridas para igual período ascenderían al 7,9% del PBI (unos 260.000 millones de dólares de 2000). Teniendo en cuenta que la inversión en infraestructura observada en el último período conocido (2007-2008) ascendió al 2% del PBI, el esfuerzo por realizar se torna significativo. A través de la investigación concluyeron, que, una adecuada respuesta a estos requerimientos será un determinante clave del modo de inserción de la región en la economía mundial en el siglo XXI y en la calidad de vida de sus habitantes (18).

- Monje, J. (2011), realizó su estudio, titulado “Equidad e inversión en salud pública en la República del Perú”, cuyo objetivo fue, “reflexionar entorno a la lógica de la inversión pública en salud en un intento de lograr la optimización en el uso de los recursos disponibles y un mayor impacto en los principales indicadores sanitarios. Estudio de revisión de documentación institucional del Ministerio de Salud del Perú, de informes de seguimiento y evaluación de proyectos de inversión implementados, entrevistas estructuradas al personal del Ministerio de Salud del Perú y consulta a expertos en inversión pública, políticas sociales y salud pública. A través de la investigación, se obtuvo que, varias regiones peruanas, entre ellas, Huancavelica y Puno, tienen mayor porcentaje de desnutrición crónica en niños menores de cinco años y mayores tasas de mortalidad infantil, respectivamente, sin embargo, no son precisamente las que invierten más en salud, a pesar de que en la mayor parte de estas regiones se desarrollan actividades mineras a cargo de empresas transnacionales. Se detectó falta de capacidad de gestión presupuestal y operativa en el personal a cargo del trabajo sobre inversión pública en salud. El Sistema Nacional de Inversión Pública tiene problemas estructurales, entre ellos, desarticulación de la perspectiva sistémica integral, insuficiencia de mecanismos de planificación, seguimiento y evaluación y poca participación de la

población destinataria. Llegando a la conclusión que, para optimizar la inversión pública en salud y alcanzar mejores resultados sanitarios, es necesario llevar a cabo una reestructuración técnica y conceptual del Sistema Nacional de Inversión Pública, incorporándole indispensables componentes de eficiencia social, calidad y solidaridad (19).

2.2.2. Nacionales:

- Cerdán, K. (2019), realizó la tesis para optar el título de economista, titulado “Inversión pública en el sector salud y crecimiento económico en el Perú”, cuyo objetivo fue, “analizar Inversión pública en el sector salud y crecimiento económico en el Perú”. Estudio de tipo histórica, correlacional y explicativa, el modelo fue autorregresivo. La inversión pública en per cápita en salud en el Perú tuvo una tasa creciente promedio den 1.09 por ciento, además de contener una alta dispersión justificado en el coeficiente de variación con un valor del 410.88 por ciento; además se determinó la asociación directa entre la inversión per cápita en salud respecto al producto bruto interno per cápita. Se concluyó que, no se evidencia de relación entre la inversión pública de salud y el crecimiento económico (20).

- Torres, L. (2017), realizó la investigación para obtener el grado de maestría, titulado “Gestión de los proyectos de inversión pública y su relación con la ejecución presupuestal en los adicionales de la obra de la municipalidad distrital de la Banda de Shilcayo, periodo 2014-2016”, cuyo objetivo fue, “determinar la influencia de la gestión municipal en los adicionales de obra, periodo 2014-2016”. Estudio correlacional no experimental, con una muestra de 34 expedientes de expedientes de ejecución de obras desarrollados entre los años 2014-2016, aplicando el método de análisis documental y como instrumento de recojo de información la lista de

cotejo; donde como resultados se indica que la valoración eficiente y muy eficiente de indicadores de la gestión de obras es de 44.8% y 41.2% para las modalidades de contrata y administración directa respectivamente, y así mismo, el estadístico de Chi cuadrado que muestra el valor calculado de $\chi^2 = 50.1216$ mayor al tabular de $\chi^2_{t} = 48.6024$, además de un nivel de significancia asimétrica de 0.0, por tanto las variables no son independientes, por tanto se encuentran relacionadas. A través de la investigación concluyó que, existe relación directa entre relación entre la Gestión de los Proyectos de Inversión Pública bajo la modalidad de contrata y la Ejecución Presupuestal en los Adicionales de Obra de la Municipalidad Distrital de La Banda de Shilcayo, periodo 2014-2016 (14).

- Manrique, J. & Polonio, J. (2017), realizaron la investigación, titulado “La inversión pública nacional, regional y local a nivel departamental y su incidencia en la reducción de la pobreza en el Perú, 2008 – 2015”, cuyo objetivo fue, “investigar la incidencia de la inversión pública en sus tres niveles de gobierno sobre la reducción de la pobreza estructural para el caso peruano a partir de información departamental (2008-2015)”. Estudio de tipo aplicada, descriptiva y correlacional. El diseño es no experimental y el análisis se realizó de manera transversal y longitudinal simultáneamente, la población en estudio son las variables: pobreza e inversión pública nacional, regional y local a nivel de los 24 departamentos del Perú (considerando a Lima y el Callao como uno solo), en el periodo 2008 – 2015. La información referente a la inversión pública se obtuvo del Banco Central de Reserva del Perú (BCRP), mientras que la información relativa a pobreza se recopiló del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Los resultados revelan que, según el coeficiente que acompaña a la IGN (Inversión del Gobierno Nacional en cada departamento), tiene un

valor negativo lo cual confirma la hipótesis de que a un aumento porcentual de la IGN en 1 %, permite una reducción de la pobreza (medida por el método de la NBI) en un 0.0306 %. Acápíte aparte, merece especial atención la Inversión realizada por los Gobierno Regionales (IGR), que cuando interactúa en forma conjunta con los diferentes niveles de inversión (IGN, IGR y IGL), los resultados obtenidos no están contribuyendo a la reducción de la pobreza. La Inversión de los gobiernos locales, por su parte, incide en la reducción de la pobreza, el valor del estimado de -0.02773 nos indica que por cada 1 % de aumento de la inversión, la reducción de la pobreza es del 0,02773 %; la Inversión del Gobierno Nacional en relación con la reducción de la pobreza, muestra resultados acordes a lo estipulado por la teoría. El estimador asociado nos indica que por cada 1 % de aumento en la IGN su contribución a la reducción de la pobreza es del 0.0714 %; finalmente, el estimador asociado a la Inversión de los Gobiernos Regionales en relación con la reducción de la pobreza, nos indica que por cada 1 % de aumento en la IGR, la contribución a la reducción de la pobreza es de 0,0612 % y la Inversión de los Gobiernos Locales en relación con la reducción de la pobreza, nos indica que por cada 1 % de aumento en la IGL, la contribución a la reducción de la pobreza es de 0,2832 %.. A través de la investigación concluyeron que los resultados de los estimadores del modelo, nos indican que hay una relación inversa entre la inversión del gobierno nacional y de los gobiernos locales con la reducción de la pobreza (el signo negativo de ellos así lo señala), sin embargo, el signo positivo del estimador que acompaña a la IGR, aparentemente señala que esta relación es directa (21).

- Cruzado, D. (2016), realizó la tesis para optar el título de economista, titulado “Inversión pública, crecimiento económico y desigualdad en la región La Libertad, 2000-2015”, cuyo objetivo

fue, “analizar y definir de que manera se relaciona la inversión pública, crecimiento económico y desigualdad en la región La Libertad, 2000-2015”. Estudio de tipo no experimental, longitudinal y descriptivo, la unidad de análisis fueron los PIP, teniendo como técnica el análisis documental. Los resultados revelan que, durante el lapso 2000-2015, la evolución de la inversión pública en la región La libertad ha tenido una pendiente positiva, el crecimiento económico también tiene pendiente positiva, viéndose reflejado en la evolución de PBI per cápita; las desigualdades presento una pendiente negativa. Se concluyó que, la relación entre inversión pública y crecimiento económico es directa con una pendiente positiva a 0,3 y con un nivel de explicación de 0.71 (22).

- Arpi, R. (2015), realizó la investigación, titulado “Perú, 2004-2013: Inversión Pública en Infraestructura, Crecimiento y Desarrollo Regional”, cuyo objetivo fue, “identificar la tendencia y concentración de la inversión pública en infraestructura y la brecha por cubrir en las regiones, y determinar su impacto en el crecimiento regional y la desigualdad. Estudio de tipo descriptivo, los datos para estimar la tendencia y la concentración de la inversión pública en la infraestructura de transporte, energía, comunicaciones, agua y saneamiento, salud, educación y riego se han obtenido del Sistema Integral de Administración Financiera (SIAF) del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), la tendencia de la inversión pública en infraestructura, se ha estimado en base a datos mensuales, y el instrumento para la estimación es Tramo (Time Series Regression with ARIMA Noise, Missing Observations and Oultiers) y Seats (Signal Extraction in Arima Times Series) de la página de Banco de España. Los resultados revelan que, la inversión pública en infraestructura muestra una tendencia creciente con estacionalidad en el último mes de cada año, excepto en las comunicaciones que tiene un comportamiento irregular; no obstante, esta inversión se

concentra en pocas regiones y por eso, la brecha de acceso a los servicios de infraestructura continúa alta en regiones ubicadas en la sierra y selva del país. Por otro lado, la inversión en infraestructura de transporte y saneamiento tiene impacto positivo en el crecimiento y a la vez contribuyen en la reducción de la desigualdad de ingreso entre mujeres y hombres. Al mismo tiempo, la inversión en infraestructura de educación y energía, si bien han logrado impacto positivo en el crecimiento, todavía son insuficientes en reducir la desigualdad de ingresos. La inversión en infraestructura de salud y comunicación todavía no logran el resultado esperado; y la inversión en infraestructura de riego reduciría la desigualdad; por último, se identifica que la diferencia de ingresos entre hombres y mujeres, en más de 50% se debería a razones de discriminación. A través de la investigación concluyó que, la inversión pública en infraestructura de salud, tanto a nivel nacional como por grupo regiones, revelan un comportamiento irregular en la baja inversión de 2004 a 2008 y en 2011, la alta inversión de 2009 a 2010 y es creciente a partir de 2012; a excepción de las regiones con inversión media y baja, que a partir de 2012 decreciente. Por otro lado, esta inversión está concentrada en pocas regiones, tal es el caso, que más de un tercio de las regiones (Tacna, Moquegua, Apurímac, Ica, Madre de Dios, Ucayali, Huánuco, Pasco y Lambayeque) únicamente recibieron el 13% de inversión (S/. 20 millones por región); otro tercio de regiones (Loreto, Tumbes, Piura, Cajamarca, La Libertad, Amazonas, Puno, Arequipa, Ayacucho y Huancavelica) concentra el 46% (S/. 63 millones por región), y sólo 5 regiones (Cusco, Ancash, San Martín, Junín y Lima) concentran el otro 42% (S/. 116 millones por región). A consecuencia de esto, la brecha de acceso al servicio de salud todavía es muy alto en Huancavelica (80,5%), Puno (75,3%), Cajamarca (75,3%), Loreto (73,5%), Huánuco (72,9%), Lambayeque (69,2%) y Ucayali (64,8%) (23).

➤ La Contraloría General de la República (2015), realizó la investigación, titulado “Efectividad de la inversión pública a nivel regional y local durante el período 2009 al 2014”, cuyo objetivo fue, “determinar la efectividad de la inversión pública a nivel regional y local durante el período 2009 al 2014”. Estudio de tipo explicativo, permitiendo identificar los sectores estratégicos, tomando en cuenta tres criterios: a) el monto destinado por el Gobierno para proyectos de inversión a nivel nacional, regional y local; b) la dimensión de la brecha de infraestructura a nivel nacional, a mediano y largo plazo; y c) el impacto esperado de las inversiones en los sectores respecto a los indicadores sociales y económicos. Los resultados revelan que, La mayoría de Gobiernos descentralizados cumplen con elaborar sus Planes de Desarrollo Concertado (PDC), Planes Estratégicos Institucionales (PEI) y Presupuestos Participativos (PP); no obstante, la calidad de tales documentos presenta algunas limitaciones. Menos del 17% de los PDC y PEI elaborados por los Gobiernos Regionales cumplen con el periodo de vigencia exigido por el CEPLAN. Asimismo, el 94% de las Municipalidades Provinciales y el 77% de las Municipalidades Distritales manifestaron requerir apoyo técnico para mejorar sus capacidades en la elaboración de sus PDC, y Un alto porcentaje de las inversiones públicas no están alineadas al objetivo de cierre de brechas en los sectores estratégicos. El 43% de los proyectos formulados por los Gobiernos descentralizados no se encuentran orientados a cubrir las brechas en los sectores estratégicos. A través del estudio, concluyeron, que, diversos estudios señalan que en el Perú existen una gran brecha de infraestructura que constituye un cuello de botella para el desarrollo económico e impide a los ciudadanos acceder a servicios públicos de calidad. Aun proyectando distintos escenarios de inversión, uno pesimista, uno moderado y uno optimista; los resultados del presente estudio

arrojan que la brecha de infraestructura en sectores estratégicos transporte, agua y saneamiento, educación y salud no se cerraría en el año 2021 (24).

- Ponce, S. (2013), realizó la investigación para optar el grado de magister, titulado “Inversión Pública y Desarrollo Regional”, cuyo objetivo fue, “determinar la importancia que posee la inversión pública sobre el crecimiento y desarrollo regional”. Estudio de tipo descriptivo, se utilizó el modelo de crecimiento endógeno considerando que las economías regionales maximizarán su nivel de utilidad mediante la elección de su consumo. Para ello asumirá que todo lo que consume la región se produce. Los resultados revelan, que la inversión pública en su conjunto ha contribuido en un 15% a la reducción de la desigualdad regional, explicada específicamente por la inversión pública social (6%) y en otro capital fijo (7%); así mismo la contribución de la inversión social es consistente con los programas de educación, salud y saneamiento, reduciendo así las brechas de calidad de vida entre departamentos; mientras que la inversión en otro capital fijo se sustentaría en la diversidad de programas que componen este tipo de capital; finalmente, impacto de la inversión en infraestructura (2%) sobre la desigualdad regional ha ido acorde con el crecimiento poblacional y las necesidades insatisfechas que se generan al asumir una mayor demanda poblacional por los servicios básicos, y en la caso de la inversión privada (20%), es de señalar que su contribución en reducir la desigualdad ha sido relevante, más aún si se conoce que el Estado en unión con el sector privado ha generado una serie de propuestas de inversión, tal es el caso de las Asociaciones Público Privadas (APPs) enfocadas mayormente en la construcción de carreteras, aeropuertos y otras demandas de intereses nacional. En la investigación concluyó que, la inversión pública (específicamente los tres tipos de capital analizados) sí ha favorecido al crecimiento regional en los últimos 15 años,

generando un impulso positivo de esta variable explicativa sobre la actividad económica. Sin embargo, ello no es garantía de mejoras sustanciales en la reducción de desigualdades en lo que se refiere a la calidad de vida de la población (25).

- Trujillo, F. (2013), realizó la tesis para optar el título profesional de economista, titulado “La inversión pública en el sector salud y sus efectos en la cobertura en la Región de la Libertad, 2005-2011”, cuyo objetivo fue, “analizar los efectos que ha tenido la inversión pública del sector salud en la cobertura en la Región de la Libertad, 2005-2011”. Para ello se utilizó el diseño cuantitativo – descriptivo – correlacional con entrevistas personales a autoridades de la Gerencia Regional de Salud y recolección de la información de la base de datos del MINSA y MEF, teniendo como muestras representativas a las Redes de Salud de Trujillo, Chepén y Santiago de Chuco. Teniendo como resultado, el descenso en el grado de avance en la ejecución del gasto para el sector salud, permitiendo que la cobertura en atenciones sea baja y deficiente. Entonces la inversión pública afecta directamente en la cobertura del servicio (26).

2.2.3. Regionales y locales:

- Escobar, J. & Ccencho, R. (2012), realizaron la tesis para optar el título de administrador, titulado “Influencia del SNIP en la restricción de la ejecución de proyectos en el distrito de Yauli - Hancavelica 2012”, cuyo objetivo fue, “comprobar la relación del SNIP, en la restricción de ejecución de proyectos en la etapa de inversión, en el distrito de Yauli”. Estudio de tipo Básica, de diseño descriptivo correlaciona, con una muestra total de 20 Trabajadores administrativos de la Municipalidad de Yauli, relacionados al tema de investigación, el cual se obtuvo los datos transversalmente. Se

aplicó una estadística descriptiva e inferencia, con una prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado. Los resultados revelan que, Donde se encontró los siguientes resultados; que el SNIP influye regularmente, en un 95% (19), en la restricción de la ejecución de proyectos productivos, en la etapa de inversión, en el distrito de Yauli- Huancavelica, en el año 2012. Al ser analizado el resultado de la ji cuadrada y dar un resultado de $X^2 = 20.0$ el cual es mayor al valor esperado, de la tabla $\alpha = 0.05$ ($X^2_{tabla} = 5.99$), lo cual nos indica un respaldo a la hipótesis de investigación y lo confirma su nivel de significancia que salió 0,000 lo cual es menor del nivel de significancia de 0,05. Por tanto, se concluyó que, el SNIP influye significativamente en la restricción de ejecución de proyectos productivos en el Distrito de Yauli - 2012 (27).

2.2. Bases teóricas.

En la investigación se esbozó desde una óptica de la economía y el estado, para lo cual se hace uso de la teoría del crecimiento económico, reconociendo el contexto socio histórico en el cual se gestan, así como sus principales conceptos, contribuciones, alcances y sus implicaciones en términos de política pública e intervención del Estado. Para desarrollarla, resulta importante analizar las facetas epistemológicas que subyacen a las teorías del crecimiento económico y las implicaciones que ello tiene para la investigación; es así que después de una extensa revisión de autores y fuentes documentarias, se plantea, utilizar “La teoría del crecimiento endógeno” (28). La teoría del crecimiento endógeno, se gesta en la década de los ochenta y tiene sus antecedentes en los esfuerzos teóricos iniciales de Marvin Frankel (1962) y Kenneth Arrow (1962). Con ello se satisfacen los vacíos ocasionados por el incumplimiento de las predicciones de la teoría económica neoclásica y de los modelos de crecimiento exógeno, orientados a mejorar la situación de la sociedad y contribuyen al crecimiento de la economía en condiciones de competencia imperfecta. Además, se reconoce que la inversión es capaz de detonar un cambio tecnológico endógeno (derivado

de decisiones conscientes y explícitas de gasto e inversión), de tal manera que las sociedades son favorecidas en su crecimiento y bienestar económico. Esta teoría reconoce que, ni los niveles de ingreso de los países, ni sus tasas de crecimiento del producto, ni el ingreso per cápita tendrían a una convergencia, sino a una divergencia que favorecería a las economías desarrolladas; además, pretende esbozar explicaciones endógenas (internas y propias del sistema en cuestión) respecto a las posibilidades del bienestar económico, así como, el análisis del crecimiento a largo plazo y no a corto plazo, como en otros modelos anteriores. Es así, que respecto a la intervención del Estado en el proceso económico y, específicamente, en lo que tiene que ver con la política económica, las teorías del crecimiento endógeno señalan que las políticas fiscales que estimulan el ahorro, la inversión y el cambio tecnológico (a diferencia de los anteriores modelos neoclásicos) inciden en la tasa de crecimiento a mediano y largo plazo. Además, de atender la inversión en capital físico, investigación y cambio tecnológico, para sus teóricos resulta preciso encaminar el conjunto de las políticas públicas a incentivar la formación y acumulación de capital humano, atendiendo ámbitos como: la salubridad, la alimentación y nutrición, y la educación y capacitación laboral; de tal forma que esas medidas resulten rentables. Más aun, en este modelo el gasto público (financiado con un impuesto sobre la renta) se asume como una externalidad que genera el aparato de Estado para favorecer a la mejora de los servicios públicos; de ahí que los bienes públicos sean considerados como un insumo a la producción y se perfile una relación positiva entre la intervención del sector público y el crecimiento económico (28).

2.3. Marco conceptual.

2.3.1 Inversión Pública (IP).

La inversión, es uno de los principales motores para el desarrollo económico y social de un país. Promover la inversión es una estrategia de desarrollo de corto, mediano y largo plazo. En el corto plazo, promover la inversión es una medida contra cíclica que permite

dinamizar la economía de un país y generar empleo, en particular en contextos de desaceleración económica. En el mediano y largo plazo, promover la inversión en infraestructura productiva y social básica permite sostener el crecimiento económico, al elevar los niveles de productividad y competitividad de las empresas, y ampliar la oferta de servicios públicos en beneficio de la población (29).

2.3.2 Inversión Pública en salud:

a) Aspectos generales.

La inversión, tanto pública como privada, compone uno de los principales motores para el desarrollo económico y social de una nación. En particular, la inversión en infraestructura permite mantener el crecimiento económico, incrementar los niveles de productividad y competitividad de las empresas, y ampliar la oferta de servicios públicos en beneficio de la población.

La inversión busca, por un lado, incrementar el capital físico y humano disponible para alzar el nivel de productividad y competitividad de los agentes económicos. Por otro lado, la IP permite incrementar los niveles de cobertura y calidad de los servicios públicos para mejorar las condiciones de vida de la población (a través de inversiones en infraestructura educativa, hospitales y comisarías (12).

El rol del Estado en esta materia parte de dos premisas, “En primer lugar, que la inversión pública en infraestructura estimula el crecimiento económico y está directamente relacionada con la productividad y competitividad de las empresas. En segundo lugar, que la IP permite mejorar las condiciones de vida de la gente y reducir las inequidades persistentes, sobre todo en el ámbito rural. Sobre la primera premisa, existe evidencia que muestra cómo la inversión en infraestructura contribuye al crecimiento económico, así como al aumento de la productividad y la competitividad de las

empresas. Un estudio elaborado por APOYO Consultoría muestra – en base a cifras del INEI – que la inversión de un dólar en el sector transportes genera un incremento de \$ 2.17 dólares americanos en el PBI nacional, debido a los impactos directos e indirectos generados por la expansión de carreteras, redes fluviales, puertos, aeropuertos, y a los impactos inducidos sobre todas las industrias eslabonadas con el sector transporte (30). Respecto a la segunda premisa, existe evidencia sobre el impacto significativo que tiene un mayor acceso a infraestructura de agua potable, desagüe, electricidad y telefonía en la reducción de la pobreza, sobre todo en el ámbito rural. Un informe del Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) muestra que un hogar pobre rural con acceso a tales servicios puede aumentar sus ingresos mensuales per cápita, en promedio, hasta en S/180, en comparación a hogares en las mismas condiciones de pobreza, pero sin acceso a tales servicios” (31).

Bajo estas premisas, se concluye, que la finalidad de la IP es cuadrar las bases que permitan mantener un proceso de crecimiento económico de largo plazo y atender las NB de la población mediante la provisión de servicios públicos de calidad. En resumen, la IP tiene como intención aumentar los niveles de bienestar económico y, por ende, elevar los niveles de desarrollo humano y reducir las desigualdades.

b) Alcances sobre el sistema nacional de inversión pública.

El Estado, “Debe velar por la calidad de la IP, la sostenibilidad de los proyectos de inversión y la rentabilidad social, de modo tal que los recursos invertidos por el Estado produzcan el mayor bienestar social posible. Así, el rendimiento de la inversión pública debe traducirse en proyectos que tengan beneficios efectivos en los servicios públicos, que sean sostenibles, que estén bien

dimensionados y que no estén sobre costeados, es decir que no se gaste más allá de lo necesario” (32).

Para dicho fin, todos los proyectos de IP que se ejecuten en el marco del Invierte.Pe, deben estar alineados con las prioridades establecidas en los planes estratégicos nacionales, sectoriales, regionales y locales; y sustentarse en tres principios:

- Economía, es decir, en la búsqueda de rentabilidad de proyectos, que tengan un impacto positivo pero que a su vez no signifiquen gastos innecesarios.
- Eficacia, relacionada con la capacidad del logro de los objetivos propuestos en calidad y tiempo.
- Eficiencia, referida a la relación positiva y directa entre los bienes o servicios producidos o entregados y los recursos utilizados para ese fin.

c) Ámbito de aplicación.

El INVIERTE.PE, ejecuta las inversiones con recursos públicos, Para efectos de la aplicación de la normativa, tanto los ministerios, como los organismos constitucionalmente autónomos y las universidades públicas son considerados como “sectores”. Asimismo, bajo sus disposiciones, cada sector agrupa a las empresas de servicios públicos de propiedad o bajo administración de más de un Gobierno Regional (GR) o Gobierno local (GL).

d) Organización de la inversión.

La inversión se estructura, por un órgano rector y sus correspondientes áreas en cada entidad pública. Así, los órganos conformantes del INVIERTE.PE son: el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) a través de la Dirección General de Inversión Pública (DGIP), los Órganos Resolutivos, las Oficinas de

Programación e Inversiones las Unidades Formuladoras y las Unidades Ejecutoras de Inversión de cada entidad.

e) Ciclos de la inversión.

Los Proyecto de Inversión Pública (PIP), son intervención limitada en el tiempo, que utiliza total o parcialmente recursos públicos, con el fin de crear, ampliar, mejorar, recuperar la capacidad productora o de provisión de bienes o servicios, cuyos beneficios se generan durante la vida útil del proyecto y éstos sean independientes de los de otros proyectos. Tienen como propósito cerrar la brecha de infraestructura para sostener el proceso de bienestar económico y mejorar la calidad de vida de la población. El Estado, tiene el deber de velar por la calidad y sostenibilidad de los mismos. Para ello el INVIERTE.PE, establece un conjunto de principios, métodos, procedimientos y normas técnicas a través de los cuales se busca garantizar la calidad de tales proyectos. El ciclo de proyecto de la inversión pública integra la idea del proyecto, y conforme a lo dispuesto en la Directiva General, está constituido por tres (04) fases: i) PMI, ii) Formulación y evaluación, iii) Ejecución, y iv) Funcionamiento.

A continuación, se desarrolla brevemente cada una de ellas:

➤ **Planeamiento, programación y presupuesto:** Es la “Fase de inicial de todo PIP, ya que la programación adecuada de la inversión pública y su articulación con el sistema de planificación y presupuesto del sector público son necesarias para garantizar que las inversiones estén orientadas a cerrar las brechas de acceso a servicios públicos. El planeamiento es un proceso de toma de decisiones que tiene como propósito definir los objetivos estratégicos, identificar las brechas de acceso a servicios, asociar recursos y priorizar los proyectos de acuerdo a la demanda, acuerdos concertados y su impacto esperado. El planeamiento se refleja en la formulación y ejecución de los

Planes Estratégicos de Desarrollo Sectorial, PDGR o PDCL y el Presupuesto Participativo. La programación es el proceso de priorización, organización y distribución de carácter multianual de proyectos, alineados técnicamente por niveles de prioridad con los resultados de un proceso de planificación eficaz y operacionalizable” (33):

Para el desarrollo de esta fase se tiene:

- Indicador de Alineamiento.
- Indicador de Atomización.

En esta sección se profundiza el análisis de la atomización de la inversión pública en los Gobiernos descentralizados. Para el desarrollo de la atomización en la viabilidad, la evaluación del Gobiernos Regional será en torno a los PIP declarados viables en el periodo 2015 – 2019 y el monto de inversión corresponderá al monto viable registrado en el Banco de proyectos del SNIP (33). La clasificación según monto de inversión para los PIP, se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 03. Rangos para los montos de inversión.

Rango	Definición
R1	Menor a S/ 100 mil.
R2	De S/ 100 a < S/ 500 mil.
R3	De S/ 500 mil a < S/ 1.2 millones
R4	De S/ 1.2 millones a < S/ 1.5 millones.
R5	De S/ 1.5 millones a < S/ 5 millones.
R6	De S/ 5 millones a < S/ 10 millones
R7	De S/ 10 millones a < S/ 20 millones.
R8	Igual o mayor de S/ 20 millones

Fuente: Departamento de Estudios – CGR (2015) (24).

➤ **Pre Inversión:**

Su objetivo es “identificar un problema específico, así como analizar y evaluar las alternativas de solución a fin de decidir la conveniencia de realizar un PIP en particular. Para ello, se exige que el PIP cuente con los estudios que sustenten que es viable,

es decir que el mismo cumple con tres requisitos: i) es socialmente rentable, ii) sostenible en el tiempo, y, iii) concordante con los lineamientos de política establecida por las autoridades competentes. Para que la OPI proceda a la declaratoria de viabilidad de un PIP, éste deberá contar, como mínimo, con los siguientes niveles de estudios: (i) perfil simplificado, (ii) perfil, y, (iii) perfil y factibilidad. Siendo que, a mayor el monto de inversión involucrado, mayor el riesgo de pérdida para el Estado, el nivel de estudio exigido para un PIP se determina en función al monto de los recursos” (33).

Cuadro 04. Nivel de estudio según montos de inversión.

Rango	Definición
Perfil Simplificado	Hasta S/ 1'200,000
Perfil	Mayor de S/ 1'200,000 hasta S/ 20'000,000
Perfil y Factibilidad	Mayor a S/ 20'000,000

Fuente: Departamento de Estudios – CGR (2015) (24)

En ese sentido, se busca evaluar el tiempo que toma la declaratoria de viabilidad y si los proyectos formulados son elaborados de acuerdo a la normativa del SNIP. Por ello, en esta sección se presenta la medición de indicadores aplicados al Gobiernos Regional. Para la medición de los primeros indicadores se han considerado todos los proyectos de inversión pública formulados por el Gobiernos Regional que fueron declarados viables durante el periodo de estudio (33).

Asimismo, para poder determinar los días promedio para obtener la declaratoria de viabilidad, el cálculo se efectúa en función al rango del monto viable, los cuales aplican para los Gobiernos Regionales.

➤ **Inversión:**

La fase de inversión, “Comprende el Estudio Definitivo, Expediente Técnico u otro documento equivalente, y la ejecución del proyecto, los cuales se deben efectuar conforme a

los lineamientos establecidos. Esta fase de inversión, culmina cuando el proyecto ha sido totalmente ejecutado, liquidado y si corresponde, transferido a la entidad responsable de su operación y mantenimiento, debiéndose registrar el cierre del proyecto en el Banco de Proyectos, el cual puede contener recomendaciones para futuras formulaciones de proyectos” (33).

Las fuentes de información para el cálculo de los indicadores son el Banco de Proyectos y SIAF. Asimismo, para determinar la modalidad de ejecución de los proyectos en la fase de inversión, se ha considerado lo siguiente:

- Administración Directa.
- Por contrata.
- Obras por Impuestos.
- Asociación Público Privada.
- Núcleos ejecutores.

➤ Post Inversión:

Se da una vez que ha culminado totalmente la ejecución la inversión, “Comprende la operación y mantenimiento (O & M) del proyecto ejecutado y la evaluación ex post del mismo. La operación y mantenimiento del PIP, incluye actividades, operaciones y procesos necesarios para que el mismo, una vez culminado, genere los beneficios o alcance los niveles de producción previstos en el estudio que sustentó su declaración de viabilidad. La O & M, tiene por objeto garantizar la provisión del servicio” (33).

2.3.3 Indicadores sanitarios.

a) Contexto de la salud.

En el contexto mundial existe un incremento de las enfermedades emergentes y reemergentes y el peligro potencial de diversas

enfermedades. Sin embargo, “Podemos apreciar que los gobiernos a través de las reformas están aplicando políticas estratégicas para mejorar las condiciones sanitarias, lo que nos muestra como resultado un incremento de la esperanza de vida, control de las enfermedades transmisibles y la población está mejorando su expectativa de vida. La transición epidemiológica es lenta y no muestra aun cambios fundamentales, sin embargo, es necesario hacer notar que la enfermedad crónica degenerativa se va incrementando. La crisis económica, política y social, que venimos arrastrando por varias décadas en el país, tiene impactos negativos en nuestra población cuyos efectos más relevantes son la existencia de altas proporciones de pobladores que viven en situación de pobreza y marginados de los servicios esenciales como educación y salud. Situación que hace difícil las intervenciones, sin embargo, pese a las situaciones adversas se cuenta con información en los IPRESS de las atenciones, que nos permite conocer las necesidades de las poblaciones que tienen acceso al servicio. A partir de esta información fragmentada de la realidad, se viene construyendo una visión panorámica amplia e integradora, que nos permita intervenir en los grandes problemas sanitarios de la región, a través de promoción y prevención en un trabajo conjunto del estado y la sociedad” (34).

b) Condicionantes y determinantes de la situación de salud.

La salud es el “Equilibrio del bienestar físico, mental y social, y la posibilidad para cualquier persona de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual, considerando las múltiples condicionantes que influyen en los procesos, posibilitando o impidiendo la producción de salud. En la tarea por integrar las dimensiones biológicas, socioeconómicas y políticas al enfoque epidemiológico, se empieza a reconocer entonces el surgimiento de un nuevo paradigma: la ecoepidemiología (Susser y Susser, 1996), bajo este paradigma, los

factores determinantes de salud y enfermedad en la población ocurren en todos los niveles de organización, desde el micro celular hasta el macro ambiental, y no únicamente en el nivel individual. Al entender los determinantes de la salud entendemos que ahora se impone la necesidad de desarrollar y aplicar conceptos, métodos e instrumentos epidemiológicos de complejidad creciente, a fin de comprender mejor y modificar positivamente la situación de salud de la población. La globalización de las enfermedades infecciosas emergentes y re emergentes impone con la misma urgencia la necesidad de fortalecer las capacidades de alerta y respuesta epidemiológica desde los servicios de salud locales, para construir un marco de seguridad sanitaria global” (35).

c) Análisis del proceso salud enfermedad.

El análisis de la situación de salud, viene a ser una herramienta que permite comprender la situación de salud, el perfil sanitario y priorizar los problemas, así como la identificación de las poblaciones más vulnerables y las zonas de mayor riesgo, y a partir de ella orientar los planes de intervención y su respectivo seguimiento, así mejorar la salud de las poblaciones (35). Para hablar de salud tenemos que examinar los indicadores de salud.

d) Indicador sanitario (IS).

El verbo "medir" se refiere al procedimiento de aplicar una escala patrón a una variable o un conjunto de variables, mientras que el sustantivo "medición" se refiere a la extensión, dimensión, cantidad, etc., de un atributo. Según Morgenstern (3), medir variables de salud abarca diferentes niveles de medición, que pueden generarse de dos maneras:

- Por la observación directa de la persona (por ejemplo, la presión arterial de las personas, el acceso de las personas a los servicios de salud cuando los necesitan).
- Por la observación de un grupo poblacional o un lugar mediante tasas y proporciones (como la tasa de prevalencia de

hipertensión o el porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años de edad que son madres), medias (media de consumo de sal per cápita en un municipio) y medianas (mediana de supervivencia de enfermos con cáncer), entre otras.

Las mediciones generadas a partir de la observación de grupos o lugares se usan para generar indicadores y pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Mediciones consolidadas de salud.
- Mediciones etapas de vida:
 - Niño.
 - Gestante
 - Adolescente.
 - Adulto.
 - Adulto mayor
- Mediciones globales.

El indicador sanitario, se usará como sinónimo de indicador de salud de la población. Por tanto, se usa información de grupos o lugares generada por medio de mediciones consolidadas de salud, los cuales tratan de medir las dimensiones de salud en una población. Entonces un indicador de salud es una estimación (una medición con cierto grado de imprecisión) de una dimensión determinada de la salud en una población específica, capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño de un sistema de salud. Los indicadores de salud intentan describir y monitorear la situación de salud de una población. “Los atributos se refieren a las características o cualidades de la salud; y las dimensiones de la salud comprenden el bienestar físico, emocional, espiritual, ambiental, mental y social. Por último, cabe destacar que los IS son dinámicos, y responden a situaciones y contextos temporales y culturales específicos. Por ejemplo, en la actualidad se vive un

proceso acelerado de envejecimiento de la población en muchos de los países de la Región de las Américas, así como un incremento de las enfermedades no transmisibles (ENT) crónicas. Por ello, muchos países aún realizan grandes esfuerzos para recopilar datos pertinentes sobre indicadores clave para controlar las ENT” (1).

➤ **Indicadores de Salud (IS) positivos y negativos.**

La clasificación de los indicadores en positivos y negativos se refiere a la manera en que estos indicadores se relacionan con el concepto de salud, ya sea de forma directa o inversa. Los IS se consideran positivos cuando mantienen una relación, asociación o correlación directa con el estado de salud. Cuanto mayor sea su magnitud, mejor será el estado de salud de los sujetos de esa población. La esperanza de vida al nacer es un indicador de supervivencia a largo plazo. Por lo tanto, puede considerarse un indicador de salud positivo. Otros ejemplos son la proporción de casos de tuberculosis curados, la cobertura de vacunas o la necesidad satisfecha de planificación familiar. Los indicadores se consideran negativos cuando mantienen una relación, asociación o correlación inversa con el estado de salud. Cuanto mayor sea su magnitud, peor será el estado de salud de los sujetos de esa población. Son ejemplos de indicadores negativos la tasa de mortalidad infantil, la razón de mortalidad materna, la tasa de incidencia del sida y la proporción de abandono del tratamiento de tuberculosis (1).

➤ **Uso de los Indicadores de Salud.**

La elaboración de indicadores no puede entenderse como una finalidad en sí misma, con una perspectiva contemplativa de su distribución espacial o temporal o exclusivamente documental. El uso de indicadores en el ámbito de la salud pública tiene como objetivo alimentar la toma de decisiones en el ámbito de la salud. La misión última es mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades injustas y evitables. Los indicadores

tienen un papel clave al convertir los datos en información relevante para los responsables de tomar decisiones en el campo de la salud pública. Los indicadores de salud son relevantes para definir las metas relacionadas con la salud que deben trazarse las autoridades nacionales de salud (1).

➤ **Aspectos conceptuales: Indicadores según su medición matemática.**

La medición es el procedimiento de aplicar una escala estándar a una variable o un conjunto de valores, lo cual resulta necesario para facilitar comparaciones en diferentes puntos en el tiempo y entre diferentes poblaciones. Un indicador puede ser algo tan simple como un número absoluto de eventos o un cálculo complejo, como esperanza de vida al nacer, tasa de fecundidad, calificación de calidad de vida, calificación de capacidad funcional, calificación de síntomas depresivos, valoración del puntaje de Apgar, entre otras. Existe una distinción entre los indicadores de salud que se basan en mediciones absolutas y aquellos que se basan en mediciones relativas. La mayoría de los indicadores basados en mediciones relativas están compuestos por un numerador y un denominador, que por lo general se refieren al mismo período y el mismo lugar (36).

Las mediciones más frecuentes son el conteo (medición absoluta), siendo:

- La razón.
- La proporción.
- La tasa.
- Los llamados odds (mediciones relativas)

➤ **Tipos de Indicadores.**

Existe una amplia lista de IS clasificados según el evento que se va a medir. Sin embargo, para poder demostrar la utilidad y

las limitaciones de los indicadores, solo se incluye un número limitado de indicadores, siendo:

- Los indicadores de morbilidad: “Tienen la finalidad de medir la ocurrencia de enfermedades, lesiones y discapacidades en las poblaciones. Estos indicadores pueden expresarse al medir la incidencia o la prevalencia. Para calcular las tasas de morbilidad es necesario recurrir a la observación directa (con encuestas y otras investigaciones), la notificación de los eventos en los sistemas de vigilancia y notificación de enfermedades en los sistemas ambulatorios, hospitalarios o registros específicos, entre otros” (36). Entre los indicadores de morbilidad se tiene:
- Indicadores de mortalidad: “Representan una fuente fundamental de información demográfica, geográfica y de causa de muerte. Estos datos se usan para cuantificar los problemas de salud, así como para determinar o monitorear prioridades o metas en salud. La mortalidad en un lugar y tiempo determinados se puede medir de distintas maneras, como cifras absolutas, proporciones y tasas, por ejemplo. A diferencia de la morbilidad, la muerte es un evento único, claramente identificable, que refleja la ocurrencia y la gravedad de una enfermedad. Se recomienda desglosar los datos sobre mortalidad por características como causa, edad, sexo, lugar de residencia y ocurrencia, y origen étnico, entre otras. La mortalidad es la fuente más antigua y común de datos sobre el estado de salud de la población. El registro de datos sobre mortalidad es obligatorio en todos los países de la Región de las Américas, que exigen la utilización de certificados de defunción. Además, la OMS ha publicado recomendaciones internacionales acerca de las variables que se deben incluir en los certificados de defunción, así como directrices acerca de la secuencia y la codificación médica

de las enfermedades que deben registrarse en estos certificados” (36). Entre los indicadores de mortalidad, se tiene:

- Tasa de mortalidad infantil.
- Tasa de mortalidad materna.
- Tasa de mortalidad por infecciones agudas en menores de 5 años.
- Mortalidad proporcional por causas mal definidas.
- Los factores de riesgo comportamentales: “En los últimos decenios, los cambios en los patrones demográficos y epidemiológicos de la población de muchos países aumentaron la relevancia relativa de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y sus factores de riesgo. Esto constituye un desafío para la adaptación de la práctica de vigilancia en la salud, que tradicionalmente se ha ocupado de las enfermedades infecciosas. El monitoreo de la mortalidad y la morbilidad debidas a ECNT tiene un papel relevante, pero capta en forma tardía las tendencias que reflejan las exposiciones acumuladas en la vida. Por ejemplo, el aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón solo se observó en los países desarrollados decenios después del incremento epidémico del consumo de tabaco, considerado hasta entonces un hábito inocuo. En consecuencia, las iniciativas de protección y promoción de la salud, en particular las relacionadas con las ECNT, deben centrarse en sus determinantes más distales, a fin de formular y monitorear indicadores de los comportamientos de riesgo. Entre los determinantes de las ECNT, existe un conjunto de factores de riesgo comportamentales que están relacionados con modos de vida que son susceptibles de modificación por medio de acciones de promoción de la salud, vigilancia y atención primaria de salud. Como

ejemplos de indicadores de factores de riesgo comportamentales modificables asociados a las principales ECNT se podrían mencionar: las tasas de prevalencia del consumo de tabaco, del sedentarismo, de la alimentación poco saludable y del consumo excesivo de alcohol. De hecho, según la OMS, estos cuatro comportamientos de riesgo se asocian a los cuatro grupos de causas de muerte (enfermedades cardiovasculares, neoplasias, diabetes y enfermedades respiratorias) con mayor incidencia en el mundo” (36). Entre los indicadores, se tiene:

- Tasa de prevalencia de anemia.
- Tasa de prevalencia de desnutrición.
- Tasa de prevalencia de consumo excesivo de alcohol.
- Los servicios de salud: “Existen diferentes métodos para medir y formular IS según distintos marcos conceptuales. A pesar de que esta publicación no tiene por objetivo revisar todos los indicadores de los servicios de salud, se reconoce la importancia de estos indicadores. En todo el mundo, los sistemas y servicios de atención de la salud enfrentan muchos desafíos, como el aumento de los gastos y costos (tanto para el gobierno como para las personas). Este cambio se debe principalmente a tratamientos cada vez más innovadores y el uso de nuevas tecnologías, la necesidad de adecuar los servicios a nuevas demandas, los desafíos que se presentan por las transiciones demográficas y el envejecimiento de la población, las tendencias epidemiológicas y los cambios en el patrón de las enfermedades, las necesidades nutricionales y otros factores comportamentales, el papel de este sector en la reducción (o el aumento) de las inequidades en salud, la presión que ejerce la demanda del mercado y la judicialización. Los indicadores de desempeño y de la calidad de los servicios de

salud en ese contexto cumplen innumerables funciones y son esenciales para el monitoreo institucional y social. Uno de los enfoques más ampliamente reconocidos para evaluar la calidad de los servicios de salud es el uso de las categorías de “estructura”, “proceso” y “resultado” propuesto por Donabedian. Aunque el autor centró sus reflexiones en la calidad de la asistencia médica, estos conceptos se aplican de forma más amplia a la calidad de la atención de la salud que ofrecen los servicios de salud en general. En el marco propuesto por este autor, se supone que buenas estructuras de salud aumentan la probabilidad de tener buenos procesos, y ambos aumentan la probabilidad de obtener buenos resultados en cuanto a la salud” (36).

En ese contexto, se tiene:

- Los indicadores de estructuras: Son características más fijas del sistema e incluyen la calidad de los recursos materiales (edificaciones, equipos y recursos financieros), los recursos humanos (número y calificación) y la estructura organizativa (organización del equipo médico, métodos de control de calidad y métodos de reembolso).
- Los indicadores de procesos: Describen los procesos importantes que contribuyen al logro de resultados, incluidos los procesos de prestar atención de salud, como las actividades para formular un diagnóstico, recomendar un tratamiento y brindar atención, entre otras.
- Los indicadores de los resultados de la atención de salud reflejan el estado de salud de los pacientes y la población: un mayor conocimiento por parte del paciente, cambios en su comportamiento con respecto al

autocuidado y la satisfacción del paciente con respecto a la atención recibida.

2.3.4 Servicios de Salud.

Los servicios de salud se brindan por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), los cuales, son establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, autorizados para brindar los servicios de salud correspondientes a su nivel de atención. Las IPRESS deben encontrarse en relación contractual por lo menos con una Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFA) con el fin de garantizar la atención integral bajo los principios de complementariedad y subsidiaridad, cada IPRESS debe hallarse por lo menos en una Red Funcional.

a) Organización de los servicios de salud.

Se organizan por:

- Niveles de atención: Esta organizado en tres niveles:
 - Primer nivel de atención: Se desarrollan servicios de bajo nivel de complejidad intramural y extramural, es decir acciones dentro de la red de atención, así como los servicios de promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad. La constituyen: Los puestos y centros de salud. Este nivel atiende el 70 a 80% de la demanda de los servicios de salud.
 - Segundo nivel de atención: Contempla un mayor nivel de especialización. Se atiende el 15 al 20% de la demanda de los servicios de salud que requieren atención de complejidad intermedia.
 - Tercer nivel de atención: cuenta con mayor nivel de especialización y capacidad resolutiva en cuanto a:

infraestructura, recursos humanos y equipamiento. Se atiende el 5 al 10% de la demanda de los servicios de salud de alta complejidad en especialización y tecnológica.

➤ **Categorías:**

La categoría es el tipo de IPRESS que comparte funciones, características y nivel de complejidad comunes, los cuales responden a las necesidades y demanda de servicios de salud. Las categorías de un IPRESS se basan en la existencia de Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) mínimas y en el cumplimiento obligatorio de determinadas actividades prevista en la norma de categorización. En ella se considera el tamaño, nivel tecnológico, capacidad resolutive y cuantitativa de la oferta.

Cuadro 05. Niveles atención, complejidad y categoría de IPRESS.

Niveles de atención	Nivel de Complejidad	Categorías de IPRESS
Primer Nivel de Atención	1º Nivel de complejidad	I – 1
	2º Nivel de complejidad	I – 2
	3º Nivel de complejidad	I – 3
	4º Nivel de complejidad	I – 4
Segundo Nivel de Atención	5º Nivel de complejidad	II – 1
	6º Nivel de complejidad	II – 2
	Nivel de complejidad especializado	II – E
Tercer Nivel de Atención	7º Nivel de complejidad	III – 1
	8º Nivel de complejidad	III – 2
	Nivel de complejidad Especializado	III – E

Fuente: Norma técnica N° 021-2011, Ministerio de Salud (37)

2.3.4 Inversión y Salud.

Se sabe que existe una estrecha relación entre la IP con el sector social y económico, más aún porque permite proveer recursos para la mejora, ampliación, recuperación de servicios sociales, tal es el caso del sector salud, que siendo un servicio público necesita dar resultados, brindando servicios de calidad y de manera oportuna. Cerdán, K, en su trabajo realizado “Inversión pública en el sector salud y crecimiento económico

en el Perú”, cita a diferentes autores, los cuales señala la estrecha relación entre los mismos, tales como:

- Rivera & Currais, “Analizaron para España, los efectos de inversión pública en salud y mejoras en estado de salud, y consecuencias en la productividad de los individuos y en el crecimiento económico. Es importante recalcar la complejidad que tiene el sector salud para medirlo en indicadores específicos y determinar conclusiones en base a ellos. “La salud, en comparación con otras formas de capital humano, es de difícil medición dado que algunos indicadores no son objetivos, están asociados solo a una dimensión de salud, o no miden un rango completo de condiciones. El estado de salud puede considerarse una variable no observable que se aproxima a través de indicadores imperfectos, como padecimiento de una enfermedad, los días de enfermedad o los días que una persona vio limitada su actividad principal, y otros. Los indicadores a través de encuestas son valores declarados por el entrevistado (26 265 como muestra) y por lo tanto sujetos a errores de medición lo que podría introducir sesgos hacia el efecto de la salud sobre otras variables. Considera tres ecuaciones; una salarial, una de participación laboral y otra de salud. El autor probó tres casos diferenciados en la ecuación de salarios; sin salud, con salud exógena y cuando se incluye los valores estimados de la salud por el método de variables instrumentales. Para España en la ecuación salud se encontró significancia positiva con respecto del gasto sanitario sobre los indicadores de salud. Lo que provocaría un rendimiento positivo de la inversión en salud respecto a la productividad. Sin embargo, en la ecuación salario no mostro el mismo efecto, la variable salud no es significativa en la productividad pudiendo ser: primero, por considerar la renta de hogar mensual en lugar de renta individual, segundo, en España existe una fuerte protección a los trabajadores, una baja laboral no tiene mucho impacto en la tasa salarial. El autor resalta que los efectos sobre la productividad individual medida a

través de los salarios deberían ser menores en los países desarrollados que en otro tipo de economías en donde la población está más desprotegida. Es decir, en países donde la renta es baja, la inversión en salud mejora la productividad y por ende tiene un impacto positivo en el crecimiento económico” (20).

- Gil, “recoge lo señalado por Bloom, Canning y Sevilla (2001), respecto a que, al aumentar un año la esperanza de vida, la tasa de crecimiento económico se incrementa en un 0.04 por ciento. Gil (2010), toma la relación encontrada por Sachs (2001): un incremento de 10 por ciento en la esperanza de vida al nacer está asociado a un alza del 0.3 al 0.4 por ciento en la tasa de crecimiento económico, conservando constantes todos los demás factores de crecimiento. Grossman; Ehlich y Lui; Barro; y Meltzer, citados por Mould (2005) sostienen que la salud contribuye al bienestar y al desarrollo económico de múltiples maneras” (20).
- Gil (2010), en base a Knowles y Owen (1995), Arora (2001) y Mayer (2001a), señala que los efectos de los indicadores en salud son más fuertes que los de educación dentro de las ecuaciones de crecimiento económico. El peso relativo del sector salud supera significativamente al del sector educación, lo que hace el ingreso más susceptible ante variaciones del primer sector (20).

2.4. Marco filosófico.

Para analizar la inversión pública y su implicancia en la salud, bastó exponer la propuesta filosófica, distinguiendo los originales contenidos de la Economía, como ordenamientos familiares, de la actividad económica como acontecer comunitario y de la Ciencia Económica, como saber autónomo, pero no autárquico. Se tratará de exponer los principios filosóficos, aplicados al polivalente acontecer económicos y fundados en el orden conceptual de una filosofía sistemática. Si decimos que la economía es una dimensión original de la vida humana y si cada persona vive una relación primaria con su seguridad

física y biológica, debemos decidir el análisis filosófico de la naturaleza y significado. Si ese orden y organización familiar, se muestra como una necesaria y adecuada respuesta a la natural indigencia humana, descubrir su naturaleza y sentido es razón suficiente para instalar su análisis en el ámbito de una Antropología Filosófica, Si la economía viene a confirmar la dimensión social del hombre, su análisis y reconocimiento comunitario deberá formar parte de la filosofía social. Si el orden económico es un instrumento que facilita la vida social solidaría, poniendo de manifiesto el destino trascendente de la vida, corresponde a la filosofía de la cultura señalar el significado de cada momento histórico desde la primitiva subsistencia hasta nuestra actual y cuestionada rivalidad entre bienestar y un buen vivir. Es por ello, una filosofía de esa dimensión humana que denominamos Economía, deberá hacerse cargo de su significado, de su fundamento y de su pertinencia el mundo humano. Del mismo modo le corresponde señalar las malformaciones provocadas por el imperio de las urgencias que nos induce a absolutizar lo relativo lo relativo y a valorar en forma exclusiva la preocupación por la seguridad física y la subsistencia biológica. Así mismo si decimos que la economía es una dimensión natural de la persona en vida familiar, la actividad económica pertenece en su totalidad a la comunidad de personas. Sin embargo, la actividad económica es una actividad social inmanente de cada miembro de la comunidad, que distingue sin oponer y relaciona sin confundir, al sujeto eficiente y oferente, del sujeto receptor y consumidor. Esto significa que la actividad económica se ubica, según su orden, en “las relaciones humanas intencionales”, en la medida en que todos somos, al mismo tiempo, productores y consumidores de bienes comunitarios (servicios públicos). Esta simple visión filosófica, la actividad económica deber ser vista como una forma de promover la unidad en la diversidad y la solidaridad en el buen trabajo compartido. Más aún, el análisis filosófico de la vida comunitaria la reconoce como una forma de promover un desarrollo integral (inversión), en la medida y forma en que la actividad económica pueda concretarlo (Eficiencia/eficacia) (38).

Finalmente, la filosofía de la economía trata de cuestiones epistemológicas, metodológicas y ontológicas; los cuales, surgen de la práctica científica de la

economía en la realidad fáctica, basados en su fundamento y pertinencia del mundo humano. Evidenciando la actividad económica como una actividad social y vida comunitaria, reconociendo una forma de promover un desarrollo integral mediante la inversión.

2.5. Formulación de hipótesis.

2.5.1. Hipótesis general.

“La inversión pública fue eficaz en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015-2019”.

2.6. Identificación de variables.

- Variable 01: Inversión pública.
- Variable 02: Indicadores sanitarios.

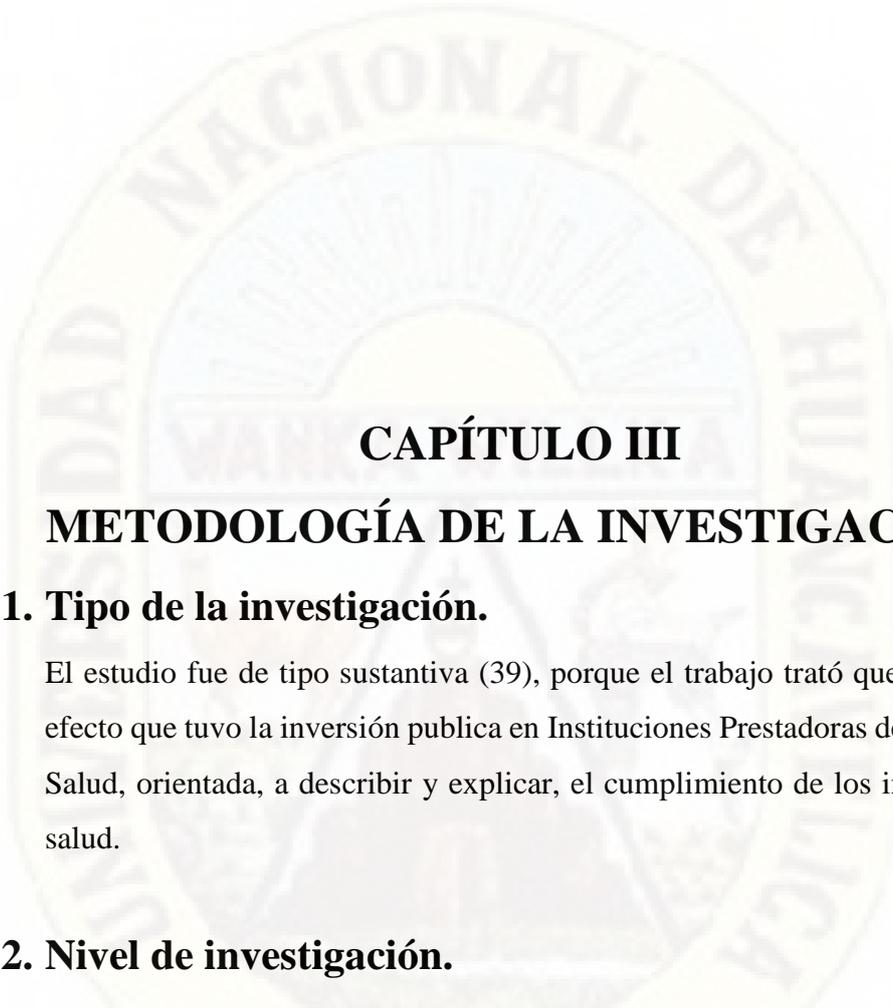
2.7. Definición Operativa de variables e indicadores.

Variable	Dimensión	Indicador	Ítems	Nivel de medición	Fuente
Variable Independiente: Inversión Pública	Ejecución	Nivel de gobierno	GN GR GR	Escala de medición nominal.	Banco de proyectos del MEF (Sistema de seguimiento de ejecución proyectos).
		Monto de inversión.	Menor a s/. 100,000		
			De s/. 100,000 a < s/. 500,000		
			De s/. 500,000 a < s/. 1'200,000		
			De s/. 1'200,000 a < s/. 1'500,000		
	De s/. 1'500,000 a < s/. 5'000,000				
	De s/. 5'000,000 a < s/. 10'000,000				
	De s/. 10'000,000 a < s/. 20'000,000				
	Igual o mayor a s/.20'0000,000				
	Modalidad de ejecución	Administración Directa () Administración Indirecta (Contrata) ()			
Post inversión	Se cumplió con las metas físicas	Si () No ()			
	Se cumplió el costo programado	Si () No ()			
	Se cumplió con el tiempo programado.	Si () No ()			
	Transferencia de la obra al sector salud.	Si () No ()			

Variable dependiente: Indicadores sanitarios.	Etapa de vida Niño	Proporción de niños (as) menores de 5 años con desnutrición crónica	$\frac{\text{Número de niños(as) menores de 5 años con desnutrición crónica} \times 100}{\text{Total de niños(as) menores de 5 años evaluados}}$	30.6%	SIEN
		Prevalencia de anemia en niños de 6 a menos de 36 meses de edad	$\frac{\text{Número de niños(as) de 6 a 35 meses con anemia} \times 100}{\text{Total de niños(as) 6 a 35 meses evaluados según Data SIEN}}$	">50%=reducir 10% 40-50%= reducir 8% <40%= reducir 6%"	SIEN
		Porcentaje de niños de 4 y 5 meses que reciben gotas de hierro	$\frac{\text{Niños del denominador que han recibido gotas con hierro entre los 4 y 5 meses (sulfato ferroso o polimaltosado férrico)} \times 100}{\text{Total de niños que han cumplido 4 y 5 meses de edad en el periodo de evaluación, registrados en Padrón Nominal}}$	95%	HIS
		Porcentaje de niños de 12 meses 29 días con diagnóstico de anemia que iniciaron tratamiento oportuno	$\frac{\text{Número de niños del denominador que iniciaron tratamiento para la anemia con gotas o jarabe con hierro hasta 30 días (como máximo) después del diagnóstico}}{\text{Total de niños que cumplieron 12 meses 29 días de edad en el periodo de evaluación, con diagnóstico de anemia en algún momento de su vida; registrados en Padrón Nominal}} \times 100$	95%	HIS
		Porcentaje de niños(as) menores de 36 meses con CRED completo para su edad	$\frac{\text{N° de Niños(as) menores de 36 meses con control CRED completo para su edad}}{\text{N° total de Niños(as) menores de 36 meses programado según padrón nominal}} \times 100$	>=95%	HIS
		Proporción de niños(as) < 5 años, con vacunas completas para su edad	$\frac{\text{Número de niños(as) menores de 5 años con vacunas completas para su edad} \times 100}{\text{Numero total de niños (as) programados menores de 5 años según padrón}}$	>=95%	DAIS
		Proporción de familias con niños (as) menores de 36 meses y gestantes que reciben sesiones demostrativas en preparación de alimentos.	$\frac{\text{N° de Familias con niños(as) menores de 36 meses y gestantes que reciben sesiones demostrativas en preparación de alimentos} \times 100}{\text{N° total de familias con niños(as) menores de 36 meses y gestantes}}$	50%	HIS

		Proporción de niños(as) de 6 meses a 11 años con Atenciones Odontológicas Preventivas Básicas	$\frac{\text{Número de Niños de 6 meses a 11 años con Atenciones Odontológicas Preventivas Básicas} \times 100}{\text{Total de niños de 6 meses a 11 años programados segun definición operacional}}$	80%	HIS
		Cobertura de parto institucional	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos institucionales} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de partos ocurridos}}$	> ó = 95%	DAIS
		Proporción de gestantes con Atenciones Odontológicas Preventivas Básicas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Gestantes con con Atenciones Odontológicas Preventivas Básicas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de Gestantes Atendidas en el servicio de odontología.}}$	60%	DAIS
	Etapa de vida Gestante	Proporción de Gestantes con primera atención prenatal en el 1er trimestre de gestación	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Gestantes con primera atención prenatal en el 1er trimestre de gestación}}{\text{N}^\circ \text{ Total de gestantes atendidas}} \times 100$	85%	DAIS
		Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Gestantes que han recibido durante el primer o segundo trimestre del embarazo 4 o más exámenes de auxiliares laboratorio (hemoglobina o hematocrito, examen de orina, tamizaje para descartar de sífilis y tamizaje para descartar de VIH) y han recibido 6 o más atenciones prenatales con 6 entregas de hierro más ácido fólico en el transcurso del embarazo.} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con parto institucional registrados en el sistema del certificado de nacido vivo (CNV en línea)}}$	85%	DAIS
	Etapa de vida Adolescente	Proporción de adolescentes con PAIS ejecutados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de adolescentes con PAIS ejecutados} \times 100}{\text{Total de adolescentes programados (30% POBLACION INEI)}}$	100%	DAIS
		Proporción de niños (as), y adolescentes que culminan las sesiones de habilidades sociales	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños(as) y adolescentes con déficit de hab soc reciben y culminan los ppts de sesiones de entrenamiento en habilidades sociales.} \times 100}{\text{Número de niños, niñas y adolescentes con déficit de habilidades sociales.}}$	80%	DAIS

	Etapa de vida Adulto	Proporción de adultos de 30 a 59 años atendidos integralmente.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de adultos de 30 A 59 años atendidos integralmente}}{\text{N}^\circ \text{ de adultos de 30 A 59 años programados de la Meta Física (10\% Pob INEI)}} \times 100$	100%	DAIS
		Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años con resultado de tamizaje para la detección de lesiones premalignas e incipientes de cáncer de cuello uterino.	$\frac{\text{Número de mujeres de 30 a 49 años con resultado de IVAA+ Número de Mujeres de 50 a 64 con resultado de PAP entregado}}{\text{Número de mujeres de 30 a 49 años con IVAA+ Número de mujeres 50 a 64 años con PAP realizados.}} \times 100$	90%	DAIS
		Porcentaje de mujeres de 40 a 69 años de edad que se han realizado examen clínico de mamas en los últimos 12 meses.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 40 a 69 años de edad que se han realizado un examen clínico de mamas en los últimos 12 meses}}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 40 a 69 años de edad}} \times 100$	22%	DAIS
	Etapa de vida Adulto mayor	Proporción de población adulta mayor con planes de atención integral ejecutado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de adultos mayores con planes de atención integral ejecutado}}{\text{Total de adultos mayores programados (60\% de la POBLACION RENIEC)}} \times 100$	100%	DAIS



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de la investigación.

El estudio fue de tipo sustantiva (39), porque el trabajo trató que responder al efecto que tuvo la inversión pública en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, orientada, a describir y explicar, el cumplimiento de los indicadores de salud.

3.2. Nivel de investigación.

El nivel de investigación fue explicativa (39), porque, consiste en explicar el fenómeno de las inversiones realizadas en el sector salud, mediante el estudio de los indicadores de salud en una situación temporal (2015-2019) y espacial (Región de Huancavelica). La investigación estuvo orientada a buscar un nivel de explicación científica de las inversiones en salud y su implicancia en el logro de metas de los indicadores sanitarios.

3.3. Método de investigación.

El método teórico de investigación, fue: El Método hipotético deductivo (40), Se fundamenta en la aceptación de que las inversiones en salud determinan el

ordenamiento que permite descubrir regularidades en los indicadores de salud. Asimismo, dentro del método empírico, es descriptivo (40), que consiste describir, analizar e interpretar sistemáticamente las inversiones en el sector salud y sus objetivos, y finalmente el método histórico, por busca revisar fuentes secundaria del INVIERTE.PE y Base de Datos estadísticos de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica que ocurrieron durante el 2015-2019 y que necesitan ser revisadas y analizadas (40).

3.4. Diseño de investigación.

El modelo que adoptó la investigación, fue el diseño no experimental, de tipo “Ex post Facto” (41); por referirse, a un estudio de las inversiones en el sector salud que se realizaron durante 2015-2019 y haber ocurrido un hecho o acontecimiento y fue necesario evaluar los resultados logrados en pertinencia a los indicadores de salud.

$$O_1 - X_1 - O_2$$

Dónde:

O₁= Inversión Pública.

O₂= Indicadores sanitarios.

X₁= IPRESS

3.5. Población, muestra y muestreo.

3.5.1. Población:

La población estuvo conformada por 92 IPRESS del primer nivel de atención de la Región de Huancavelica en ciclo de inversión de ejecución.

3.5.2. Muestra:

La muestra se obtuvo de la siguiente manera: $n_0 = \frac{Z^2 N.P.Q}{Z^2 P.Q. + (N-1)E^2}$

Simbología:

N = 92

Z = Valor de Z para dos colas (1.96 nivel de significación p = 0.05)

P = 0.5

Q = 0.5

E = 0.05

La muestra estuvo conformada por 74 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).

3.5.3. Muestreo:

El muestreo fue probabilístico, de tipo aleatorio simple (41).

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para la recolección de datos de ambas variables: Inversión Pública e indicadores sanitarios, se utilizó:

Técnica:

- Análisis documental: SSI MEF – Bases de datos Diresa Huancavelica.

Instrumento:

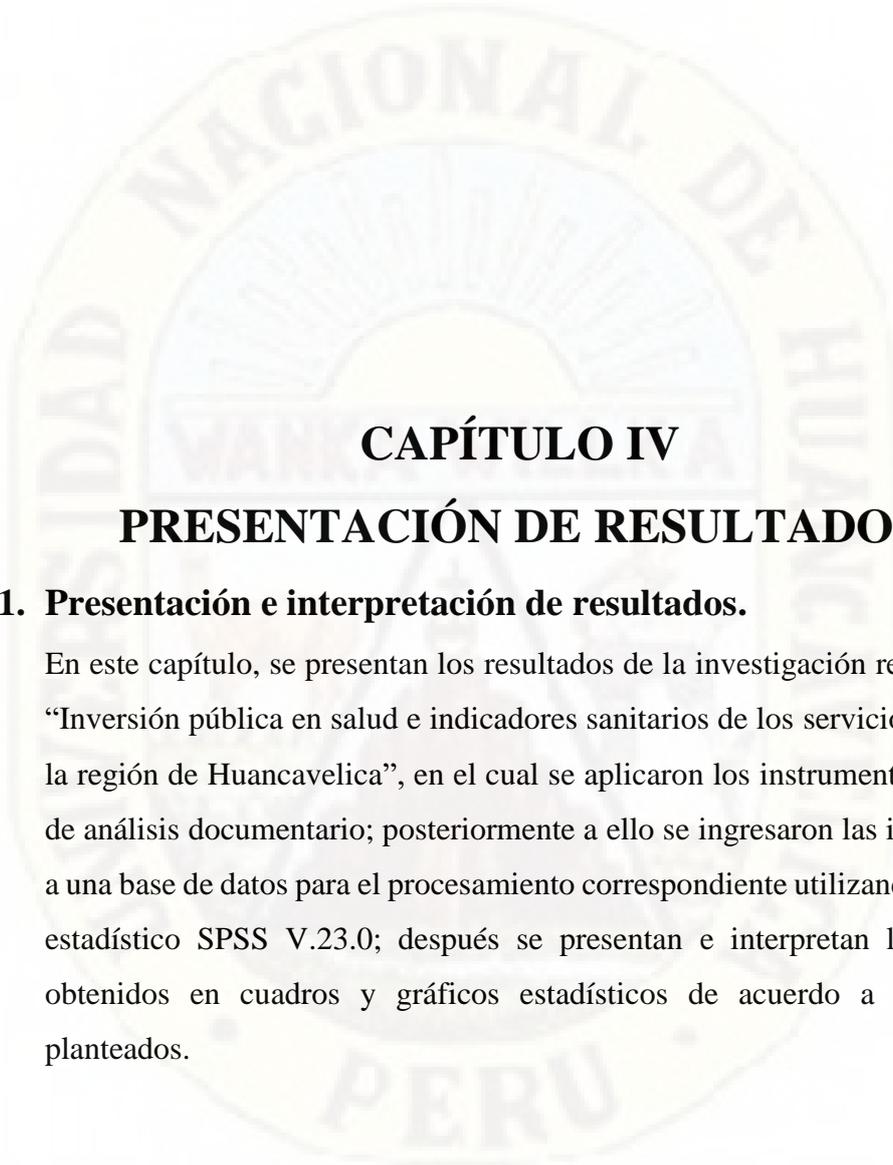
- Ficha de análisis documental.

3.7. Técnica de procesamiento y análisis de datos.

- Primero: Se estructuró los instrumentos, a través de la ficha de análisis documental para cada una de las variables de trabajo.
- Segundo: Se coordinó con la Oficina de Inteligencia sanitaria de Dirección Regional de salud de Huancavelica para la recolección de los indicadores sanitarios.
- Tercero: Se revisó las fichas de los “Proyectos de Inversión Pública”, seguidamente se recogió la información, a través de la plataforma del MEF (Bancos de proyectos)
- Cuarto: Se codificó los datos, para luego ingresarlos al paquete estadístico SPSS vers. 23.0 en español, seguidamente se realizó el procesamiento de los datos; para la presentación se aplicó la estadística descriptiva e inferencial.
- Quinto: Se analizó los datos para luego discutirlo con los antecedentes y bibliografía revisada.

3.8. Descripción de la prueba de hipótesis.

Para la prueba de hipótesis del presente trabajo de investigación, se hizo uso de la estadística inferencial, la prueba estadística no paramétrica de escala nominal, “Regresión logística simple”, que es un modelo que describe la relación entre una variable cualitativa dependiente y una variable independiente. Para este tipo de análisis se tomó como nivel de significancia al 95%.



CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de resultados.

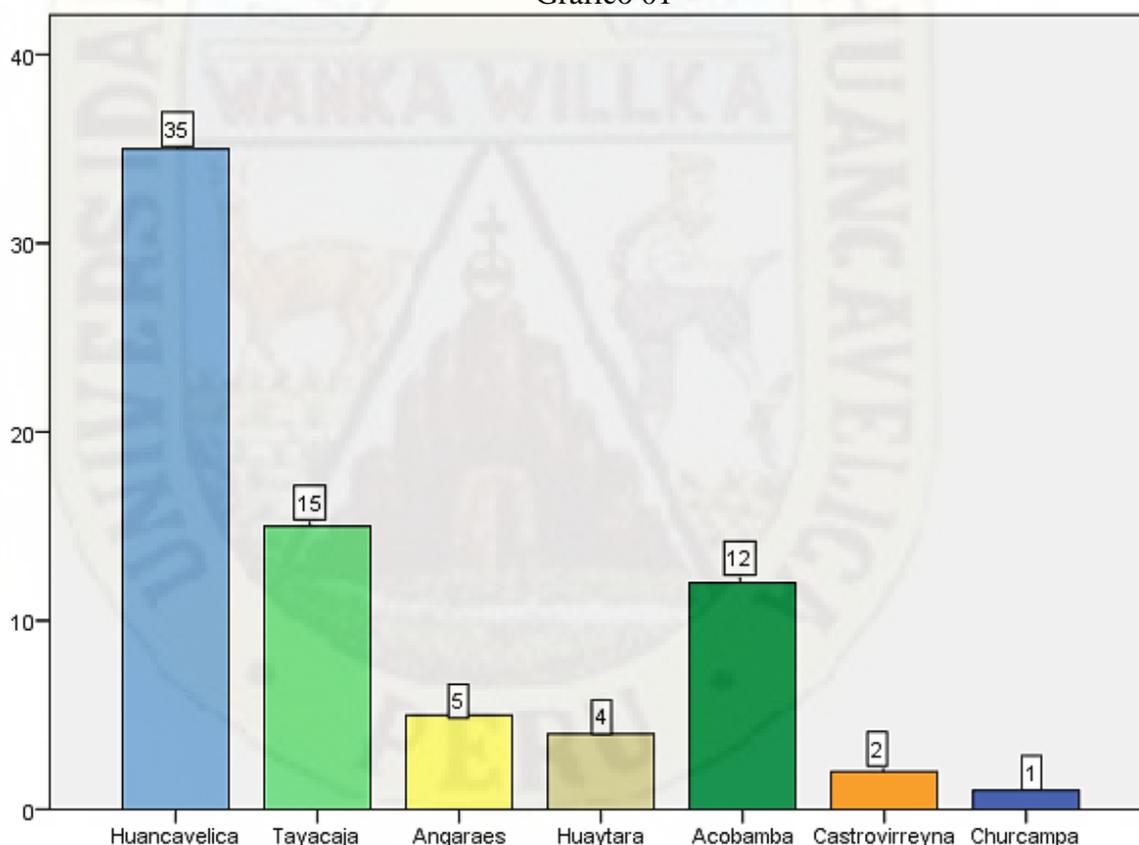
En este capítulo, se presentan los resultados de la investigación realizada sobre “Inversión pública en salud e indicadores sanitarios de los servicios de salud de la región de Huancavelica”, en el cual se aplicaron los instrumentos de la ficha de análisis documental; posteriormente a ello se ingresaron las informaciones a una base de datos para el procesamiento correspondiente utilizando el software estadístico SPSS V.23.0; después se presentan e interpretan los resultados obtenidos en cuadros y gráficos estadísticos de acuerdo a los objetivos planteados.

Tabla 1.A. Inversión pública en el sector salud de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.

Provincias	f	%	%a
Huancavelica	35	47,3	47,3
Tayacaja	15	20,3	67,6
Angaraes	5	6,8	74,3
Huaytará	4	5,4	79,7
Acobamba	12	16,2	95,9
Castrovirreyna	2	2,7	98,6
Churcampa	1	1,4	100,0
Total	74	100,0	

FUENTE: Banco de Inversiones - Consulta de Inversiones, INVIERTE.PE (2022)

Gráfico 01



FUENTE: Tabla 1.A.

De la tabla 1.A y gráfico 01, se aprecia que, la mayor inversión pública en el sector salud en la Región de Huancavelica por provincias, fueron las provincias de Huancavelica y Tayacaja con el 47,3% y 20,3% respectivamente, haciendo el 67,6% de la inversión en relación a las demás provincias. Así mismo, las

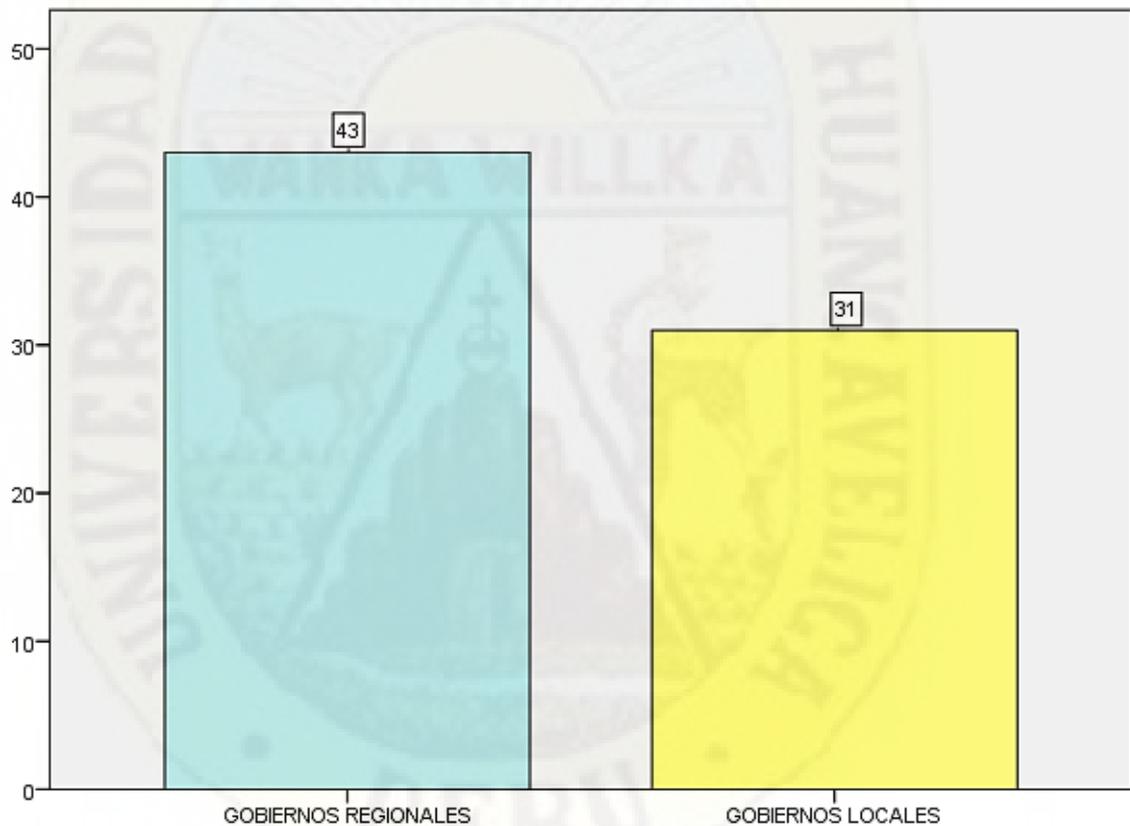
provincias de Huaytará, Castrovirreyna y Churcampa tuvieron menor inversión.

Tabla 1.B. Inversión pública en el sector salud por ejecutora de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.

Unidad Ejecutora	f	%
Gobiernos regionales	43	58,1
Gobiernos locales	31	41,9
Total	74	100,0

FUENTE: Banco de Inversiones - Consulta de Inversiones, INVIERTE.PE (2022)

Gráfico 02



FUENTE: Tabla 1.B.

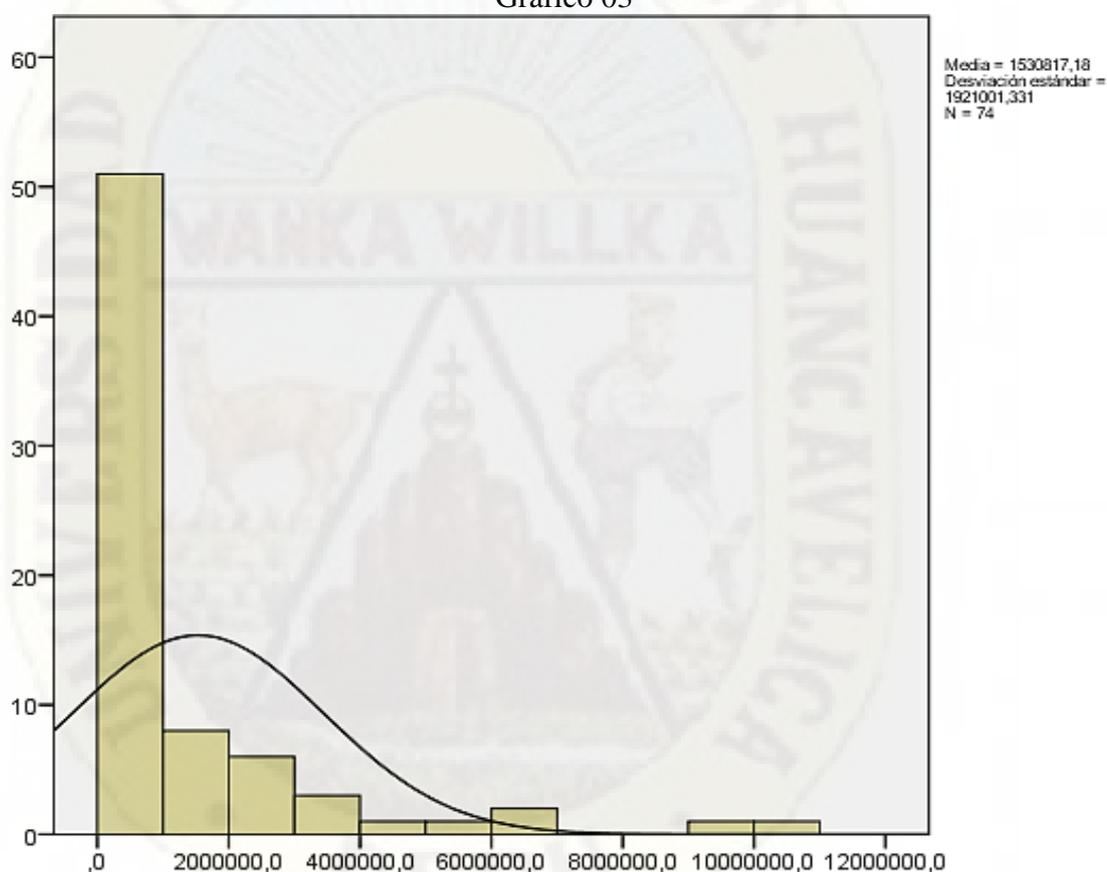
De la tabla 1.B y gráfico 02, se aprecia que, la inversión pública en el sector salud ejecutada en la Región de Huancavelica, fue realizada por el Gobierno Regional de Huancavelica con el 58,1% y el 41,9% ejecutada por los Gobiernos Locales, los cuales, se incluye a las Municipalidades Provinciales y distritales.

Tabla 1.C. Inversión pública en el sector salud por monto de inversión de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.

N	Mínimo	Máximo	Media	DS
74	364 565,0	10'723 215,6	1'530 817,1	1'921 001,3

FUENTE: Banco de Inversiones - Consulta de Inversiones, INVIERTE.PE (2022)

Gráfico 03



FUENTE: Tabla 1.C.

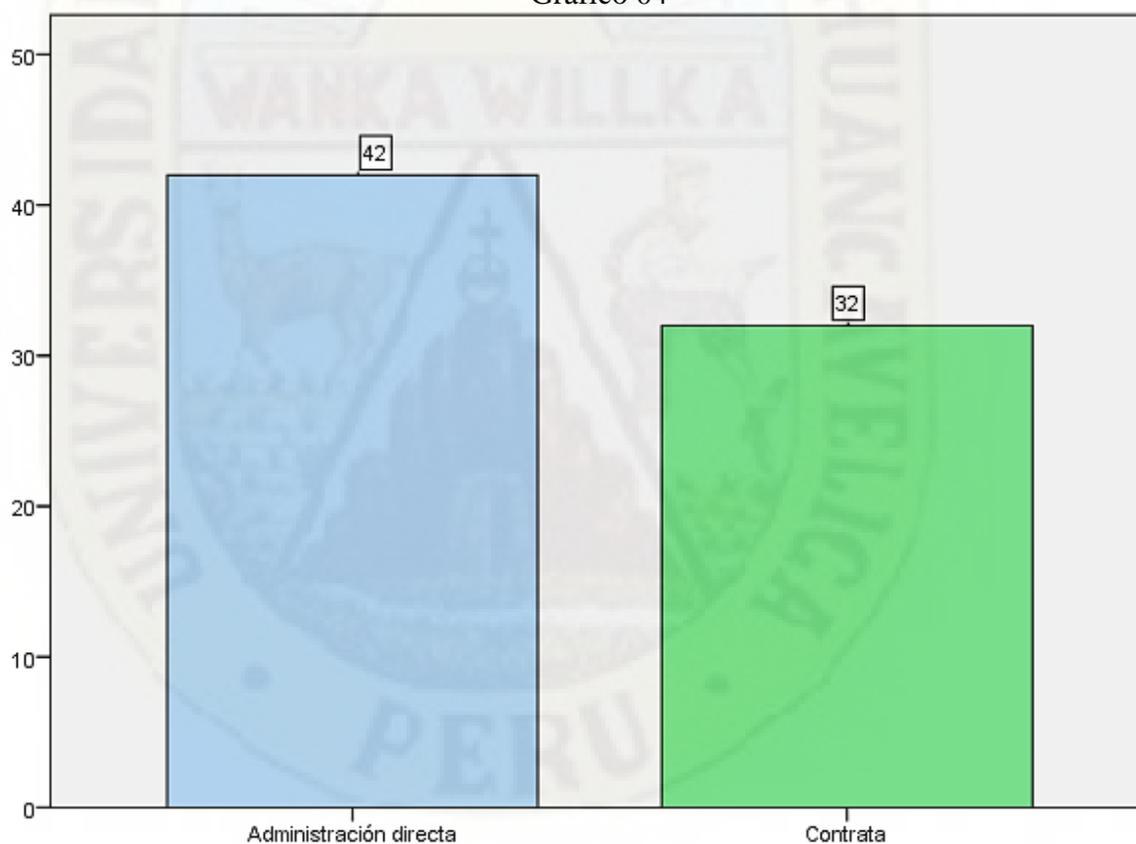
De la tabla 1.C, se aprecia que, la máxima inversión pública en el sector salud por el rango de inversión de la Región de Huancavelica fue de S/. 10'723 215,6 soles, y de S/. 364 565,0 como mínima. Así mismo, según el grafico 03, se observa la media del rango de inversión de S/. 1'530 817,1 con una desviación estándar S/. 1'921 001,3, evidenciando una dispersión considerable de los rangos de inversión y la curva normal inclinada a la derecha.

Tabla 1.D. Inversión pública en el sector salud por modalidad de ejecución de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.

Modalidad de ejecución	f	%
Administración directa	42	56,8
Contrata	32	43,2
Asociación Publico Privado (APP)	0	0,0
Obras por Impuesto (OxI)	0	0,0
Total	74	100,0

FUENTE: Banco de Inversiones - Consulta de Inversiones, INVIERTE.PE (2022)

Gráfico 04



FUENTE: Tabla 1.D.

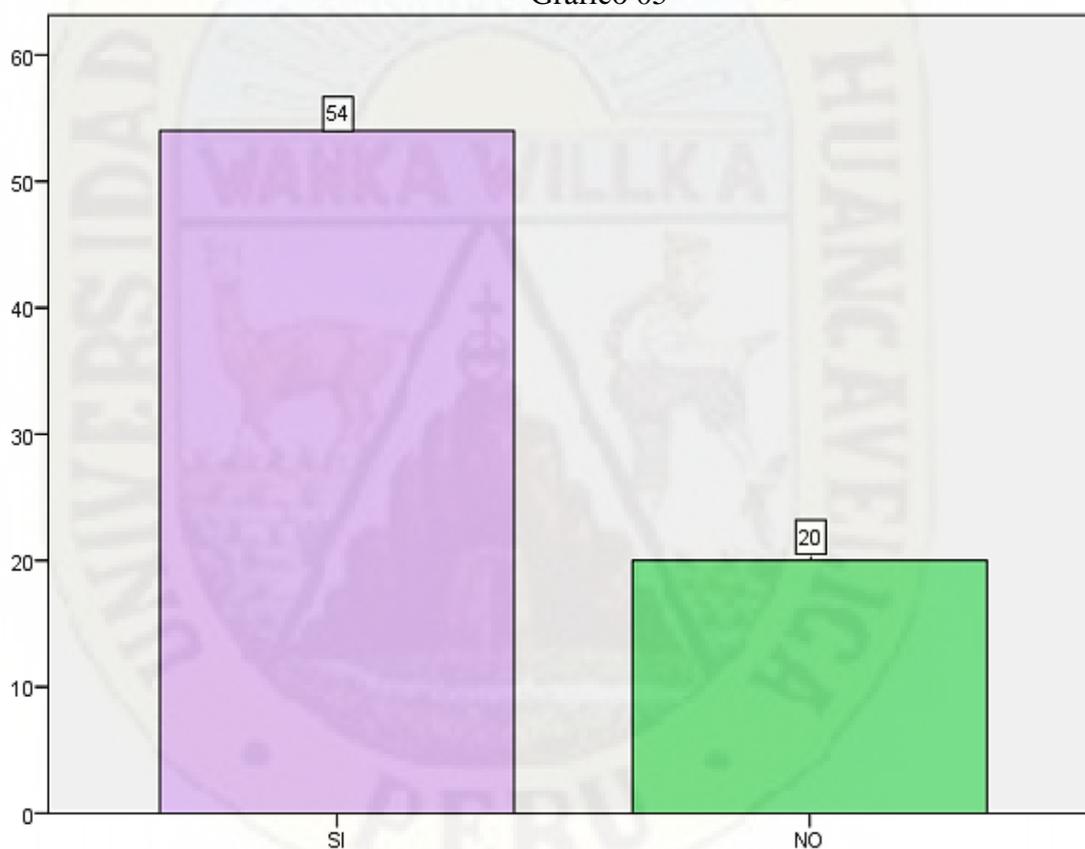
De la tabla 1.D y gráfico 04, se aprecia que, las mayores inversiones públicas en el sector salud ejecutadas en la Región de Huancavelica, fueron bajo la modalidad de administración directa con el 56,8% y el 43,2% fueron ejecutadas bajo la modalidad por contrata, los cuales, no incluyeron a las otras modalidades por APP y OxI.

Tabla 1.E. Inversión pública en el sector salud por transferencia al sector de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

Transferencia al sector Salud	f	%
SI	54	73,0
NO	20	27,0
Total	74	100,0

FUENTE: Banco de Inversiones - Consulta de Inversiones, INVIERTE.PE (2022)

Gráfico 05



FUENTE: Tabla 1.E.

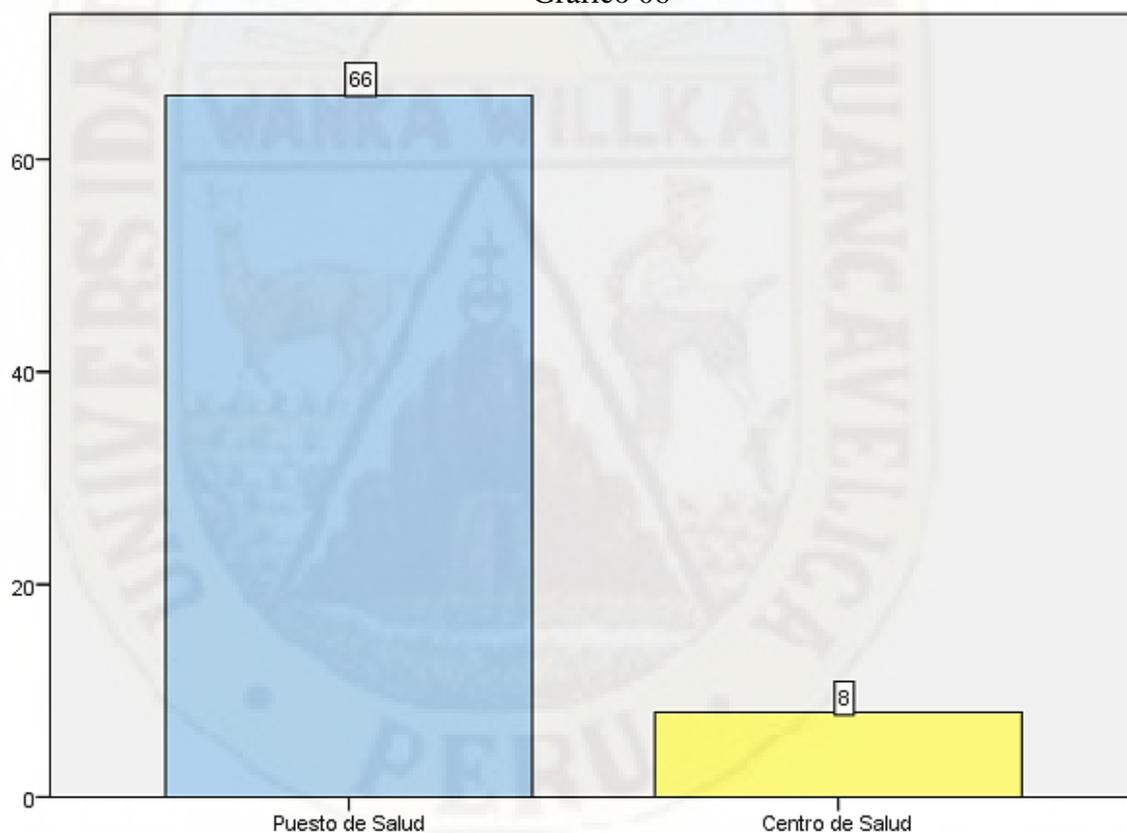
De la tabla 1.E y gráfico 05, se aprecia que, las mayores inversiones públicas en el sector salud en la Región de Huancavelica, fueron transferidas al sector salud con el 73,0% y el 27,0% no fueron transferidas al sector salud específicamente a la Dirección Regional de Salud y Redes de Salud, el cual, garantizaría la operación y mantenimiento de las UPS de las IPRESS.

Tabla 1.F. Inversión pública en el sector salud por categoría de IPRESS del nivel 1 de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

IPRESS	f	%
Puesto de Salud	66	89,2
Centro de Salud	8	10,8
Total	74	100,0

FUENTE: Banco de Inversiones - Consulta de Inversiones, INVIERTE.PE (2022)

Gráfico 06



FUENTE: Tabla 1.F.

De la tabla 1.F y gráfico 06, se aprecia que, las mayores inversiones públicas en el sector salud ejecutadas en la Región de Huancavelica, fueron Puestos de Salud con el 89,2% y el 10,8% fueron Centros de Salud, los cuales, incluyen a los IPRESS de nivel I -1, I -2 y I -3, I -4 respectivamente, Así mismo, según el

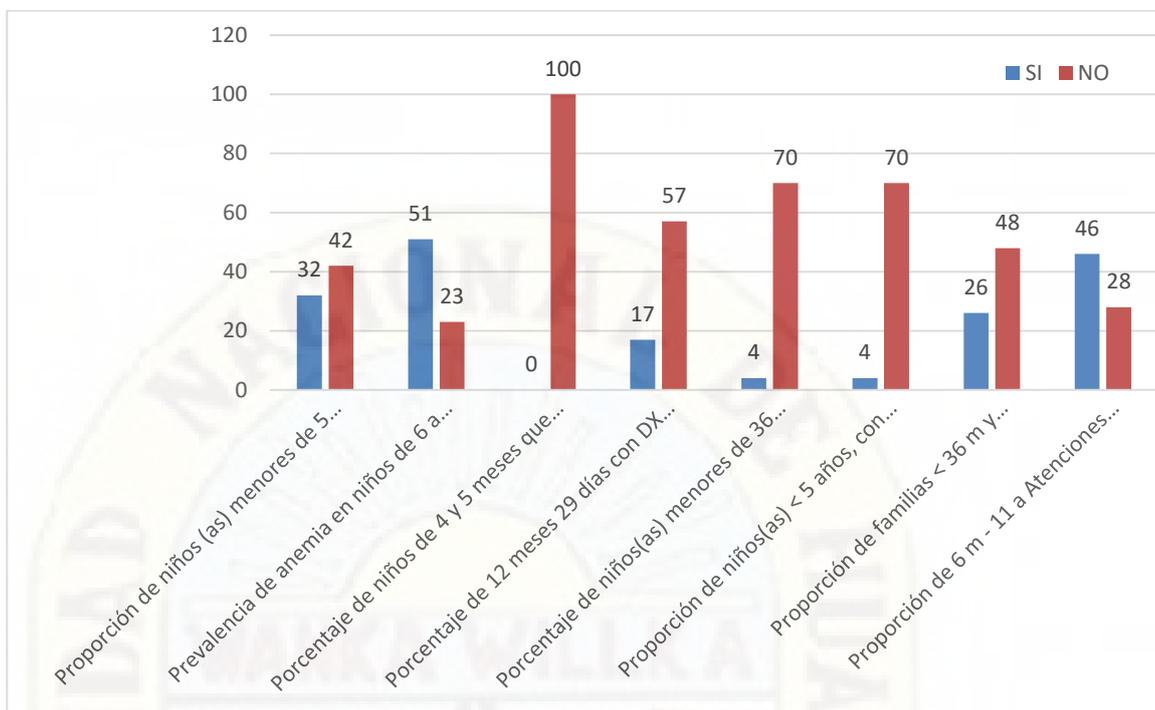
grafico 6, se observa la abismal diferencia de inversión entre los Puestos de Salud y Centros de Salud.

Tabla 02. Indicadores sanitarios de la etapa de vida niño(a) de las IPRESS con PIP de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.

Indicadores etapa de vida niño(a)	Cumplimiento de meta			
	SI		NO	
	f	%	f	%
Proporción de niños (as) menores de 5 años con desnutrición crónica	32	43,2	42	56,8
Prevalencia de anemia en niños de 6 a menos de 36 meses de edad	51	68,9	23	31,1
Porcentaje de niños de 4 y 5 meses que reciben gotas de hierro	0	0,0	100	100,0
Porcentaje de 12 meses 29 días con DX de anemia TTO oportunamente	17	23,0	57	77,0
Porcentaje de niños(as) menores de 36 meses con CRED completo para su edad	4	5,4	70	94,6
Proporción de niños(as) < 5 años, con vacunas completas para su edad	4	5,4	70	94,6
Proporción de familias < 36 m y gestantes - Sesiones preparación de alimentos	26	35,1	48	64,9
Proporción de 6 m - 11 a Atenciones Odontológicas Preventivas Básicas	46	62,2	28	37,8

FUENTE: DIRESA Huancavelica - Estadística (2022).

Gráfico 07



FUENTE: Tabla 2.

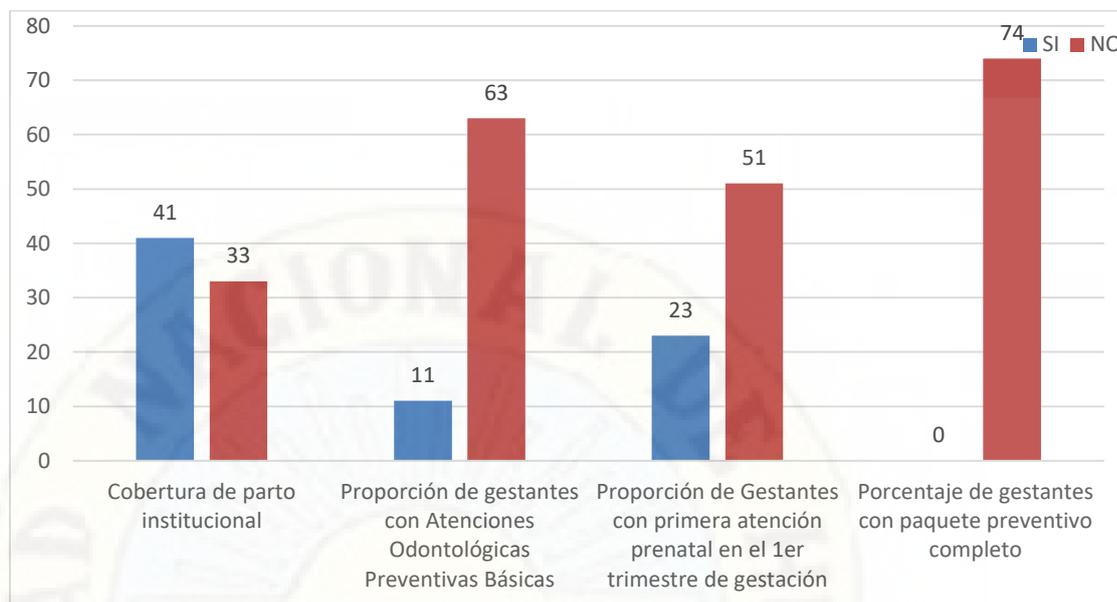
De la tabla 02, se aprecia que, según las IPRESS con PIP ejecutados que lograron más del 50% de la meta los indicadores de salud de la etapa de vida niño; fueron la prevalencia de anemia en niños de 6 a menos de 36 meses de edad y la proporción de niño(a)s de 6 m - 11a que recibieron Atenciones Odontológicas Preventivas Básicas alcanzado el 68,9% y 62,2% respectivamente. Así mismo, los 06 indicadores de salud de la etapa de vida niño restantes lograron menos del 50% de la meta. Finalmente, según el grafico 07, se observa que, el porcentaje de niños de 4 y 5 meses que reciben gotas de hierro no lograron la meta con un 100%.

Tabla 3. Indicadores sanitarios de la etapa de gestante de las IPRESS con PIP de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

Indicadores de etapa gestante	Cumplimiento de meta			
	SI		NO	
	f	%	f	%
Cobertura de parto institucional	41	55,4	33	44,6
Proporción de gestantes con Atenciones Odontológicas Preventivas Básicas	11	14,9	63	85,1
Proporción de Gestantes con primera atención prenatal en el 1er trimestre de gestación	23	31,1	51	68,9
Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo	0	0,0	74	100,0

FUENTE: DIRESA Huancavelica - Estadística (2022).

Gráfico 08



FUENTE: Tabla 3.

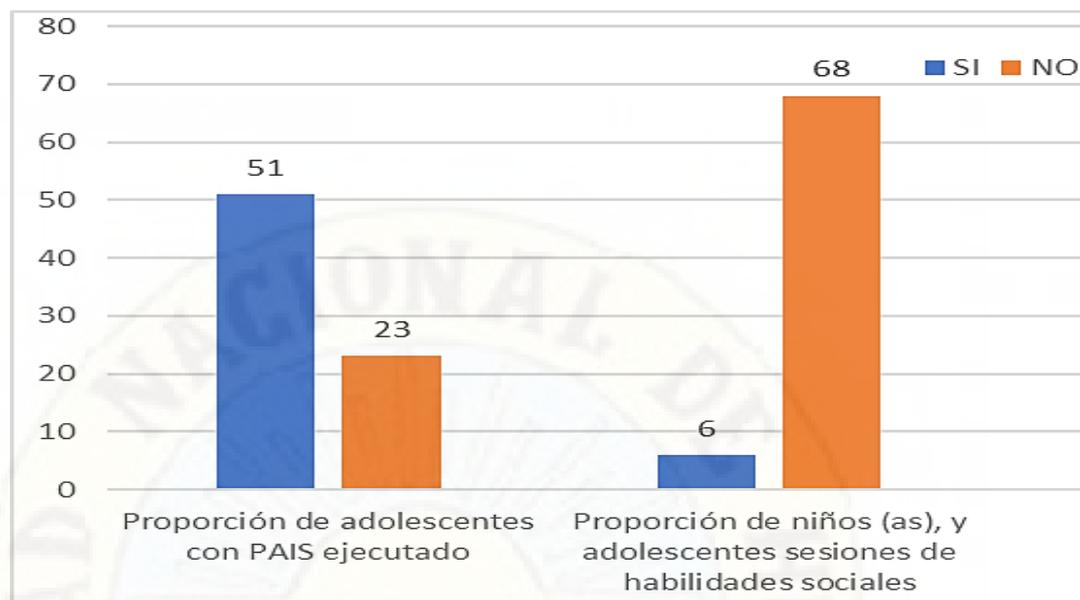
De la tabla 03, se aprecia que, según las IPRESS con PIP ejecutados que lograron más del 50% de la meta los indicadores de salud de la etapa gestante; fue la Cobertura de parto institucional alcanzado el 55,4%. Así mismo, los 03 indicadores de salud de la etapa gestante restantes lograron menos del 50% de la meta. Finalmente, según el gráfico 08, se observa que, el porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo no lograron la meta con un 100%.

Tabla 4. Indicadores sanitarios de la etapa de vida adolescente de las IPRESS con PIP de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

Indicadores de etapa de vida adolescente	Cumplimiento de meta			
	SI		NO	
	f	%	f	%
Proporción de adolescentes con PAIS ejecutado	51	68,9	23	31,1
Proporción de niños (as), y adolescentes sesiones de habilidades sociales	6	8,1	68	91,9

FUENTE: DIRESA Huancavelica - Estadística (2022).

Gráfico 09



FUENTE: Tabla 04

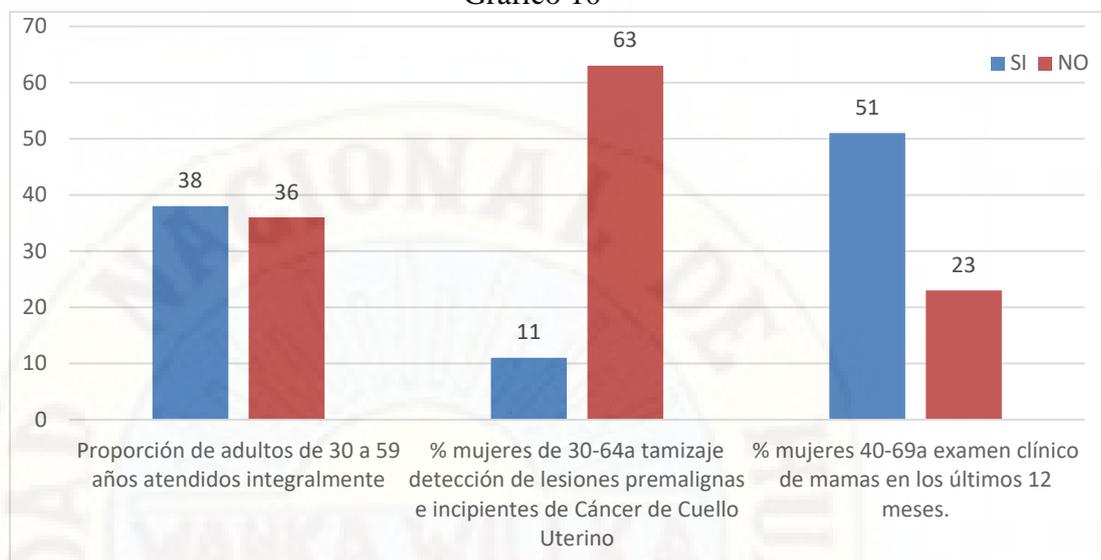
De la tabla 04, se aprecia que, según las IPRESS con PIP ejecutados que lograron más del 50% de la meta los indicadores de salud de la etapa vida adolescente; fue la proporción de adolescentes con PAIS ejecutado alcanzado el 68,9%. Así mismo, la proporción de niños (as), y adolescentes sesiones de habilidades sociales logro menos del 50% de la meta.

Tabla 05. Indicadores sanitarios de la etapa de vida adulto de las IPRESS con PIP de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

Indicadores etapa de vida adulto	Cumplimiento de meta			
	SI		NO	
	f	%	f	%
Proporción de adultos de 30 a 59 años atendidos integralmente	38	51,4	36	48,6
% mujeres de 30-64a tamizaje detección de lesiones premalignas e incipientes de Cáncer de Cuello Uterino	11	14,9	63	85,1
% mujeres 40-69a examen clínico de mamas en los últimos 12 meses.	51	68,9	23	31,1

FUENTE: DIRESA Huancavelica - Estadística (2022).

Gráfico 10



FUENTE: Tabla 05.

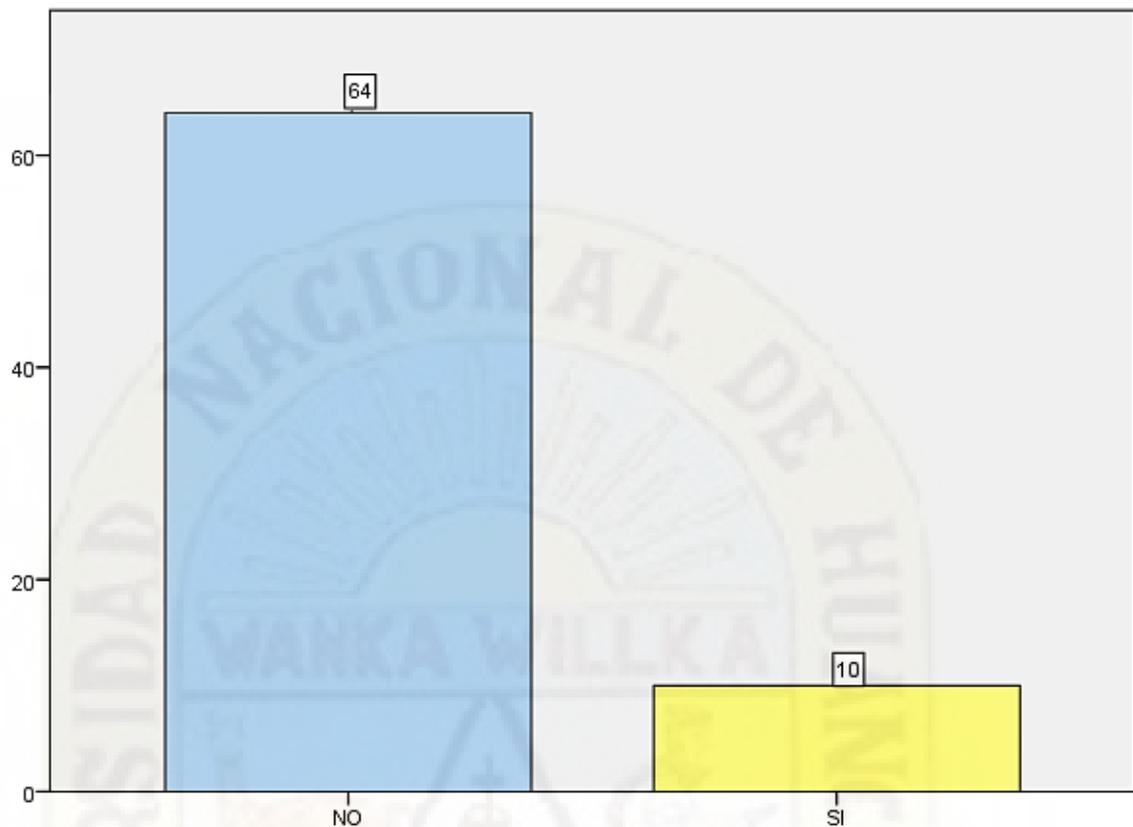
De la tabla 05 y gráfico 10, se aprecia que, según las IPRESS con PIP ejecutados que lograron más del 50% de la meta los indicadores de salud de la etapa vida adulto; fueron la proporción de adultos de 30 a 59 años atendidos integralmente y el porcentaje de mujeres 40-69 años que realizaron el examen clínico de mamas en los últimos 12 meses, alcanzado el 51,4% y 68,9% respectivamente. Así mismo, el porcentaje de mujeres de 30-64 años que realizaron tamizaje detección de lesiones premalignas e incipientes de Cáncer de Cuello Uterino logro menos del 50% de la meta.

Tabla 06. Indicadores sanitarios de la etapa de vida adulto mayor de las IPRESS de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

Indicadores etapa de vida adulto mayor	Cumplimiento de meta			
	SI		NO	
	f	%	f	%
Proporción de población adulta mayor con planes de atención integral ejecutado	10	13,5	54	86,5

FUENTE: DIRESA Huancavelica - Estadística (2022).

Gráfico 11



FUENTE: Tabla 06.

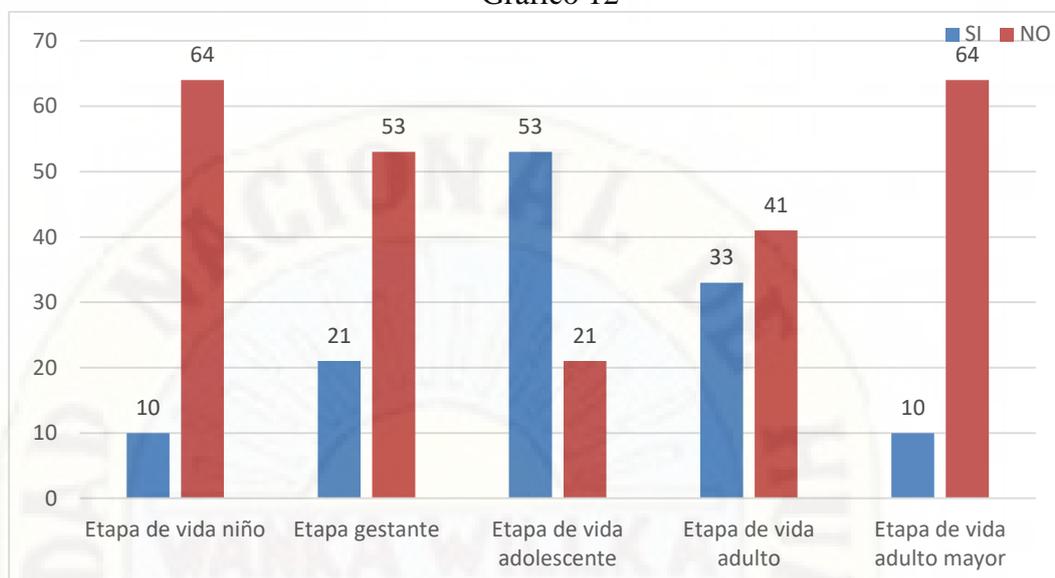
De la tabla 06 y gráfico 11, se aprecia que, según las IPRESS con PIP ejecutados no logró la meta los indicadores de salud de la etapa vida adulto; alcanzado 86.6%. Así mismo, las IPRESS solo lograron la meta el 13%.

Tabla 07. Indicadores sanitarios por etapas de vida de las IPRESS con PIP ejecutados de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

Indicadores de salud por etapa de vida	Cumplimiento de meta			
	SI		NO	
	f	%	f	%
Etapa de vida niño	10	13,5	64	86,5
Etapa gestante	21	28,4	53	71,6
Etapa de vida adolescente	53	71,6	21	28,4
Etapa de vida adulto	33	44,6	41	55,4
Etapa de vida adulto mayor	10	13,5	64	86,5

FUENTE: Elaboración propia, base de datos de Indicadores de Salud DIRESA Hvca.

Gráfico 12



FUENTE: Tabla 07.

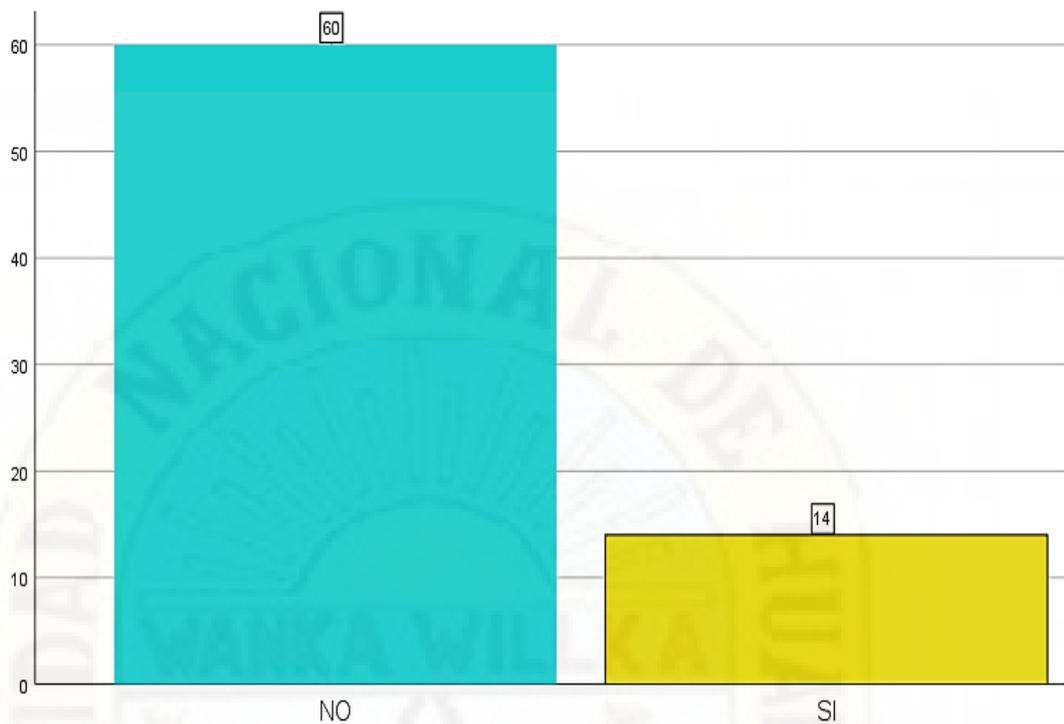
De la tabla 07 y gráfico 12, se aprecia que, solo se cumplió un indicador, el cual fue el indicador de salud de la etapa vida adolescente, alcanzado el 71,6%. Así mismo, en las etapas vida niño, adulto. adulto mayor y etapa de gestante no lograron cumplir con la meta, alcanzado el no cumplimiento de 86,5%, 55,4% y 86.5% y 71,6% respectivamente.

Tabla 08. Cumplimiento de meta de Indicadores sanitarios de las IPRESS con PIP ejecutados de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

Cumplimiento de metas de indicadores de salud	f	%
Si	14	18,9
No	60	81,1
TOTAL	74	13,5

FUENTE: Elaboración propia, base de datos de Indicadores de Salud DIRESA Hvca.

Gráfico 13



FUENTE: Tabla 08.

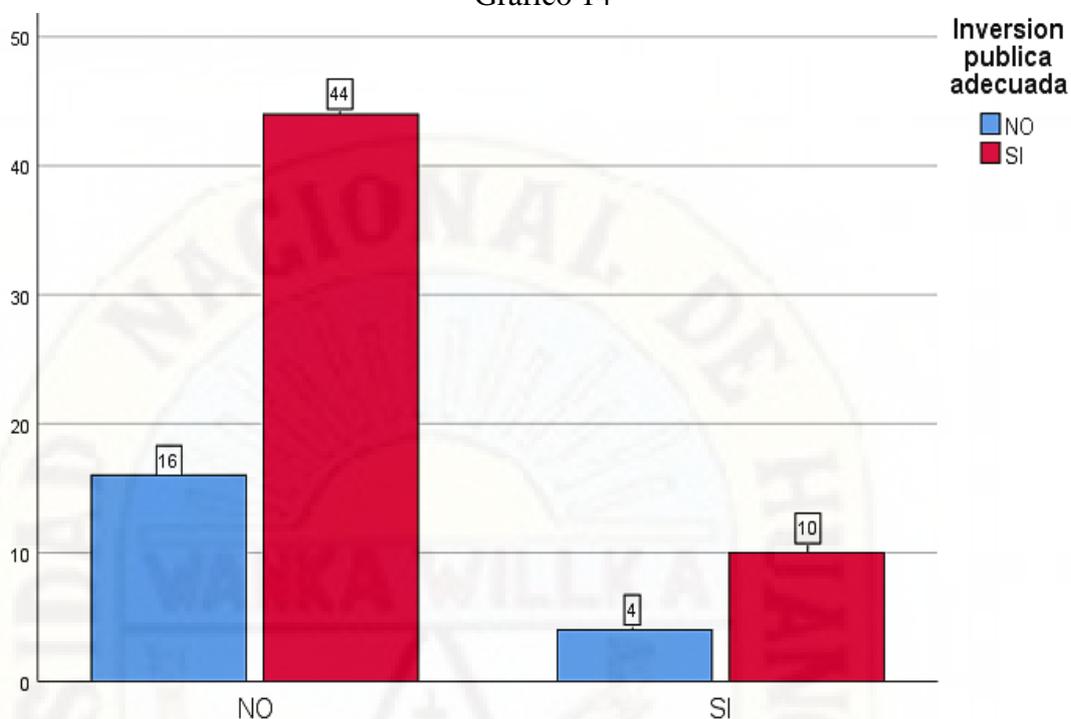
De la tabla 08 y gráfico 13, se aprecia que, según las IPRESS con PIP ejecutados solo se lograron cumplir la meta de los indicadores de salud por las diferentes etapas vida adolescente el 18,9% y el 81,1% no lograron cumplir con los indicadores de salud de las diferentes etapas de vida. Por lo tanto, se evidencia que se necesita poner mayor cuidado en la evaluación de los indicadores de salud.

Tabla 09. Inversión en el sector salud y cumplimiento de indicadores sanitarios de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

Inversión en el sector salud	Cumplimiento de indicadores sanitarios				TOTAL	
	SI		NO		f	%
	f	%	f	%		
Adecuada	10	13,5	44	59,5	54	73,0
Inadecuada	4	5,4	16	21,6	20	27,0
TOTAL	14	18,9	60	81,1	74	100,0

FUENTE: Elaboración propia, base de datos

Gráfico 14



FUENTE: Tabla 09.

De la tabla 09 y gráfico 14, se aprecia que, el 59.5% de las IPRESS con PIP ejecutados adecuadamente no lograron cumplir con las metas de los indicadores de salud, mientras tanto, el 13,5% si lograron cumplir con la meta de los indicadores de salud. Así mismo, el 21.6% de las IPRESS con PIP ejecutados inadecuadamente no lograron cumplir con las metas de los indicadores de salud, mientras tanto, 5,4% si lograron cumplir con la meta de los indicadores de salud.

4.2. Discusión de resultados.

El Sistema Programación Multianual de Inversión y gestión de la inversión, permite mejorar la provisión de servicios públicos para la población, a través de la optimización del uso de los recursos públicos destinados a la inversión; para lo cual, establece principios, procesos, metodologías y normas técnicas relacionadas al ciclo de la inversión. A efectos de verificar que la población

beneficiaria de dichos proyectos está recibiendo los servicios en la cantidad y con la calidad prevista, se requiere evaluar la situación en la que se encuentra cada uno y contrastarla con los resultados alcanzados.

De acuerdo al análisis de los resultados de la investigación, en la tabla 1.A, se observa, que la mayor inversión pública ejecutada en el sector salud por provincias en la Región de Huancavelica, fueron la provincia de Huancavelica y Tayacaja con el 47,3% y 20,3% respectivamente en establecimientos de primer nivel, esto concuerda con el Análisis de Situación de Salud realizada por la Dirección Regional de Salud de Huancavelica (2019) en el marco de la evaluación de los determinantes y condicionantes de la salud; donde en el apartado de IPRESS, el departamento de Huancavelica cuenta con 402 IPRESS de primer nivel de atención, distribuidos en las 07 provincias, es así que, Huancavelica cuenta con 101 y Tayacaja con 90. Además, estos resultados se corroboran con el RENIPRESS registrados en la DIRESA Huancavelica y MINSA, esto concuerda con Escobar, J. & Ccencho, R. (27), en la investigación, titulado “Influencia del SNIP en la restricción de la ejecución de proyectos en el distrito de Yauli - Huancavelica 2012”, quienes concluyeron, que el SNIP influye significativamente en la restricción de ejecución de proyectos productivos en el Distrito de Yauli - 2012.

En la tabla 1.B, se tiene como resultado, que la mayor inversión pública en el sector salud fue ejecutada por el Gobierno Regional de Huancavelica con el 58.1% y Gobierno Local el 41.9%, se observa que no existe mayor diferencia entre ambos; esto concuerda, porque, la función salud es compartida, tal como se señala en la “Ley Orgánica de Gobiernos Regionales” y “Ley Orgánica de Municipalidades”. Así mismo, según consulta amigable del MEF, la asignación presupuestal de los Gobiernos Locales es equivalente en relación al Gobierno Regional de Huancavelica, porque, se suma los presupuestos asignados a los 101 distritos y 07 provincias, así mismo el Gobierno Regional distribuye su presupuesto por las Unidades Ejecutoras; además concuerda con Manrique, J. & Polonio, J. (21), en la investigación, titulado “La inversión pública nacional, regional y local a nivel departamental y su incidencia en la reducción de la pobreza en el Perú, 2008 – 2015”, quienes concluyeron, que los resultados de los

estimadores del modelo, nos indican que hay una relación inversa entre la inversión del gobierno nacional y de los gobiernos locales, sin embargo, el signo positivo del estimador que acompaña a la IGR, aparentemente señala que esta relación es directa, completando con Arpi, R. (23), en la investigación, titulado “Perú, 2004-2013: Inversión Pública en Infraestructura, Crecimiento y Desarrollo Regional”, cuyos resultados revelan que, la inversión pública en infraestructura muestra una tendencia creciente con estacionalidad.

En la tabla 1.C, se tiene, que el monto máximo alcanzado de la inversión pública en el sector salud fue de S/.10'723 215,6 soles y el monto mínimo de S/.364565,0 soles; tal resultado se atribuye a proyectos ejecutados por el Gobierno Regional de Huancavelica, específicamente en Centros de Salud y la inversión mínima se atribuye a proyectos ejecutados por los Gobiernos Locales, específicamente Municipalidades Distritales, por tener una menor asignación presupuestaria, verificados en la consulta amigable del MEF; este resultado concuerda con León, G. & Benavides, H. (15), en la investigación, titulado “Inversión pública en Colombia y sus efectos sobre el crecimiento y la convergencia departamental”, quienes concluyeron, que el gobierno destine una mayor parte de la inversión pública a programas orientados a cerrar brechas y evitar la polarización en la distribución de los ingresos per cápita departamentales, además se complementa, con Cerda, H. (17), en la tesis doctoral, titulada “Inversión Pública, Infraestructura y crecimiento económico chileno, 1853-2010”, quien concluye, que la inversión en las infraestructuras productivas contribuyen al crecimiento económico. Respecto a la modalidad de ejecución, en la tabla 1.D, los proyectos ejecutados por administración directa representan el 56,8% y el 43,2% modalidad por contrata, estos resultados, esto concuerda con lo expuesto por “La Contraloría General de la República (24), según el estudio realizado de la “Efectividad de la inversión Pública Regional y Local 2009 al 2014”, donde se concluye, que las principales modalidades fueron por Contrata y Administración Directa, también concuerda con Torres, L (14), en la investigación, titulado “Gestión de los proyectos de inversión pública y su relación con la ejecución presupuestal en los adicionales de la obra de la municipalidad distrital de la Banda de Shilcayo, periodo 2014-2016”, donde

como resultados se indica que la valoración eficiente y muy eficiente de indicadores de la gestión de obras es de 44.8% y 41.2% para las modalidades de contrata y administración directa respectivamente. Respecto a la culminación y transferencia de la inversión ejecutada al sector salud, según la tabla 1.E, se observa que, solo el 73%, del total de PIP ejecutados realizaron la transferencia al sector; la transferencia del PIP se sustentado por el “Ciclo de INVIERTE.PE”, porqué, para la fase de funcionamiento del PIP, se necesita la asignación de recursos presupuestarios para garantizar la sostenibilidad en la operación y mantenimiento; tal información se corrobora, realizando la consulta del Sistema Seguimiento de Inversión (MEF), además se sustenta, según Monje, J. (19), con su estudio, titulado “Equidad e inversión en salud pública en la República del Perú”, quien concluye, que, para optimizar la inversión pública en salud y alcanzar mejores resultados sanitarios, es necesario llevar a cabo una reestructuración técnica y conceptual del Sistema Nacional de Inversión Pública, incorporándole indispensables componentes de eficiencia social, calidad y solidaridad. Respecto a las inversiones ejecutadas en IPRESS por categoría en el nivel de atención, según la tabla 1.F, se obtuvo el 89.2%, del total de PIP ejecutados fueron Puestos de Salud (I-1 y I-2), este resultado se confirma con el “Diagnostico de Brechas de la función salud en el departamento de Huancavelica” realizada por el Gobierno Regional de Huancavelica en el marco del Invierte.pe, donde se identifican a 402 IPRESS de primer nivel de atención, de las cuales, más del 80% son puestos de salud ubicados en los diferentes distritos de las 07 provincias de Huancavelica.

La prestación de los servicios de salud implica una combinación de elementos tales como recursos financieros, personal, equipamiento, y medicinas, con los requerimientos científicos y médicos exigidos por el sector para brindar intervenciones en salud, Las inversiones en salud se miden a través de los indicadores de salud, los cuales, deben de cumplir las metas establecidas por el sector, permitiendo mejorar la cobertura de los servicios. Por ello, en la tabla 02, se aprecia que, las IPRESS con PIP ejecutados según indicadores de salud de la etapa de vida niño solo 02 indicadores lograron superar el 50%, siendo la reducción de la prevalencia de anemia en niños de 6 a menos de 36 meses de

edad y la proporción de niño(a)s de 6 m - 11a que recibieron Atenciones Odontológicas Preventivas Básicas alcanzado el 68,9% y 62,2% respectivamente; así mismo, los otros 06 indicadores alcanzaron menos del 50%, entre ellos: la proporción de niños (as) menores de 5 años con desnutrición crónica, porcentaje de niños(as) menores de 36 meses con CRED completo para su edad, proporción de niños(as) < 5 años, con vacunas completas para su edad, esto concuerda con Monje, J. (19), en su estudio, titulado “Equidad e inversión en salud pública en la República del Perú”, quién obtuvo que, en varias regiones peruanas, entre ellas, Huancavelica y Puno, tienen mayor porcentaje de desnutrición crónica en niños menores de cinco años y mayores tasas de mortalidad infantil, respectivamente, sin embargo, no son precisamente las que invierten más en salud, se detectó falta de capacidad de gestión presupuestal y operativa en el personal a cargo del trabajo sobre inversión pública en salud. Esto a la vez, se relaciona con la tabla 03, porqué, solo la Cobertura de parto institucional alcanzado fue de 55,4%; los 03 indicadores de salud de la etapa gestante restantes lograron menos del 50% de la meta. y el porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo no lograron la meta del 100%. Así mismo, según la tabla 04, se aprecia que, las IPRESS con PIP ejecutados logró el 50% de la meta los indicadores de salud de la etapa vida adolescente, siendo: la proporción de adolescentes con PAIS ejecutado alcanzado el 68,9%. Así mismo, la proporción de niños (as), y adolescentes sesiones de habilidades sociales no lograron superar el 50% de la meta. También, según la tabla 05, se logró cumplir con la meta los indicadores de salud de la etapa vida adulto en un numero de 02, siendo: la proporción de adultos de 30 a 59 años atendidos integralmente y el porcentaje de mujeres 40-69 años que realizaron el examen clínico de mamas en los últimos 12 meses, alcanzado el 51,4% y 68,9% respectivamente; así mismo, en el porcentaje de mujeres de 30-64 años que realizaron tamizaje detección de lesiones premalignas e incipientes de Cáncer de Cuello Uterino se logró menos del 50% de la meta. Finalmente, según la tabla 06, evidencia que no se logró cumplir con la meta de los indicadores de salud de la etapa vida adulto; alcanzado solo el 13,5%, esto se corrobora con los resultados del Análisis de Situación de Salud realizada por la Dirección Regional

de Salud de Huancavelica (2019) en el marco de la evaluación de los determinantes y condicionantes de la salud, a la vez, concuerda con Trujillo, F. (26), en su investigación, titulada “La inversión pública en el sector salud y sus efectos en la cobertura en la Región de la Libertad, 2005-2011”, obtenido como resultado, el descenso en el grado de avance en la ejecución del gasto para el sector salud, permitiendo que la cobertura en atenciones sea baja y deficiente, por el cual, la inversión pública afecta directamente en la cobertura del servicio, tal conclusión, concuerda con la tabla 07, mostrando que solo se cumplió el 18,9% del consolidado de cumplimiento de los indicadores de salud; así mismo según la tabla 12, muestra que, solo se logró cumplir un solo indicador de salud por etapa vida, el cual fue, la del adolescente, alcanzado el 71,6% y no se cumplieron con las metas las otras 04 etapas de vida, siendo; niño(a), adulto. adulto mayor y etapa de gestante, alcanzado el no cumplimiento de 86,5%, 55,4%, 86,5% y 71,6% respectivamente.

La inversión en infraestructura de salud pública se traduce en la mejora de la calidad de vida, esto concuerda con Cruzado, D. (22), en la tesis, titulado “Inversión pública, crecimiento económico y desigualdad en la región La Libertad, 2000-2015”, quien concluye, la relación entre inversión pública y crecimiento económico es directa con una pendiente positiva; evidenciado por los indicadores sanitarios. Es así que, según la tabla 09, se evidencia que, el 59,5% de las IPRESS con PIP ejecutados adecuadamente no lograron cumplir con las metas de los indicadores de salud, mientras tanto, solo el 13,5% lograron cumplir con la meta de los indicadores de salud. Así mismo, el 21,6% de las IPRESS con PIP ejecutados inadecuadamente no lograron cumplir con las metas de los indicadores de salud, mientras tanto, solo el 5,4% lograron cumplir con la meta de los indicadores de salud, esto concuerda con los resultados del Índice de Competitividad Regional 2020 (2), donde Huancavelica se ubicó en el puesto 24 en relación al año 2019, quien ocupó el puesto 22, con incrementos de los índices de anemia y desnutrición crónica infantil. También es corroborada por Monje, J. (19), en el estudio que realizó, titulado “Equidad e inversión en salud pública en la República del Perú”, quien asegura, que, a pesar de los incrementos significativos, en términos monetarios, de la inversión pública en salud de los

últimos años realizada por el gobierno peruano, no ha habido mayor incidencia en reducir las serias inequidades en la asignación de recursos que afectan a las poblaciones más pobres de este país; además, concuerda con Cerdán, K. (20), en la investigación, titulado “Inversión pública en el sector salud y crecimiento económico en el Perú”, quien concluye, que no se evidencia la relación entre la inversión pública de salud y el crecimiento económico; así mismo, Ponce, S. (25), ratifica, en la investigación, titulado “Inversión Pública y Desarrollo Regional”, que, la inversión pública, sí ha favorecido al crecimiento regional en los últimos 15 años, generando un impulso positivo de esta variable explicativa sobre la actividad económica. Sin embargo, ello no es garantía de mejoras sustanciales en la reducción de desigualdades en lo que se refiere a la calidad de vida de la población. Tales afirmaciones se contradicen con Guapi, F. (16), en la investigación, titulada “Inversión Pública y su impacto en el sector social periodo 2007 – 2013” quien concluye, que ha existido grandes avances en los valores destinados al campo social del país, los cuales sin duda alguna han influidos directamente en beneficio de la población del Ecuador y en especial de la Cooperativa Esmeraldas Chiquito; a esta afirmación se suma Albuja, A. (4), en la investigación, titulada “Medición del impacto en la economía de la inversión en infraestructura público-privada en países en vías de desarrollo. Aplicación a la economía peruana”, obteniendo como resultado de la ejecución e importancia de los proyectos de infraestructura en la economía, la importancia de la inversión en infraestructura pública y privada en el desempeño económico del Perú, los cuales, tienen efectos importantes sobre el PIB per cápita y por ende al stock de infraestructura pública; además de Sotomayor, D. (42), en la investigación, titulado “Proyectos de inversión pública y su eficacia en la ejecución y evaluación realizados en el distrito de Usicayos en el año 2014”, concluyendo, que, el estado de las operaciones es significativamente eficaces en relación al análisis costo/efectividad/beneficios de los Proyectos Inversión Pública realizados en Distrito de Usicayos en el año 2014, y finalmente ratificado por “La Contraloría General de la República” (24), en la investigación, titulado “Efectividad de la inversión pública a nivel regional y local durante el período 2009 al 2014”, concluyendo, que la brecha de infraestructura en sectores

estratégicos transporte, agua y saneamiento, educación y salud no se cerraría en el año 2021.

4.3. Proceso de prueba de hipótesis.

En esta parte, se hará uso de la estadística inferencia, en nuestro caso recurriremos a la prueba estadística de “Regresión logística binaria”, que es un modelo que describe la relación entre la inversión pública en salud y los indicadores de salud. Para este tipo de análisis se tomó como nivel de significancia al 95%.

$$\log \frac{p}{1-p} = \beta_0 + \beta_1 x$$

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 x)}}$$

4.3.1. Planteamiento de la hipótesis estadística: Ha y Ho.

- Ha: “La inversión pública fue eficaz en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015-2019”.
- Ho: “La inversión pública NO fue eficaz en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015-2019”.

4.3.2 Nivel de significancia:

Alfa = 0,05, se trabajó con un 5% de error, y un 95% de confianza.

4.3.3 Prueba estadística:

- Bloque de inicio 0.

Tabla 15: Clasificación del bloque de 0

Observado		Pronosticado		
		Cumplimiento de indicadores		Porcentaje correcto
		NO	SI	
Paso 0	Cumplimiento de indicadores NO	60	0	100,0
	SI	14	0	,0
Porcentaje global				81,1

a. La constante se incluye en el modelo.

b. El valor de corte es ,500
 Fuente: Elaboración propia: Base de datos SPSS V. 23.0.

Tabla 16: Variable de ecuación

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 0 Constante	-1,455	,297	24,041	1	,000	,233

Fuente: Elaboración propia: Base de datos SPSS V. 23.0.

- Bloque 1: Método=Entrada

Tabla 17: Pruebas ómnibus de coeficientes de modelo

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1 Paso	,021	1	,886
Bloque	,021	1	,886
Modelo	,021	1	,886

Fuente: Elaboración propia: Base de datos de SPSS V. 23.0.

Tabla 18: Clasificación del bloque 1

Observado			Pronosticado		
			Cumplimiento de indicadores		Porcentaje correcto
			NO	SI	
Paso 0 Cumplimiento de indicadores	NO		60	0	100,0
	SI		14	0	,0
Porcentaje global					81,1

a. El valor de corte es ,500

Tabla 19: Variable de ecuación bloque 1

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a InversionAdec(1)	,095	,660	,021	1	,885	1,100
Constante	-1,482	,350	17,886	1	,000	,227

a. Variables especificadas en el paso 1: Inversión Adecuada

4.3.4 Regla de decisión.

- Si, $p > 0,05$; no se rechaza la H_0 y no se acepta la H_a .
- Si, $p < 0,05$; se rechaza la H_0 y se acepta la H_a .

4.3.5 Decisión estadística.

A la vista de los resultados, se concluye que, como el p valor (Sig.) es 0,885, el cual es mayor a 0,05; por lo tanto, no se rechaza la H_0 , y no se acepta la hipótesis H_a , complementando a ello, la constante B es negativo (-1,482), en consecuencia, se acepta la H_0 , entonces, la inversión pública adecuada NO fue eficaz en los indicadores sanitarios de las instituciones

prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015-2019.



CONCLUSIONES

1. En las provincias de Huancavelica y Tayacaja, se ejecutaron las mayores inversiones en el sector salud del primer nivel de la Región de Huancavelica durante el 2015-2019, las cuales alcanzaron el 67,6% del total de las inversiones, teniendo como principal ejecutor al Gobierno Regional de Huancavelica, con el rango de inversión máxima de S/. 10'723 215,6 soles, y de S/. 364 565,0 como mínimo, las cuales, fueron ejecutadas en mayor porcentaje bajo la modalidad de administración directa. Las inversiones no cumplieron con el ciclo de inversión, toda vez, que el 73,0% no realizaron la transferencia de la inversión al sector salud para garantizar la fase de funcionamiento.
2. Las IPRESS con inversión ejecutada durante el 2015-2019, no cumplieron con la meta de los indicadores de salud de la etapa vida niño.
3. Las IPRESS con inversión ejecutada durante el 2015-2019, no cumplieron con la meta de los indicadores de salud de la etapa gestante.
4. Las IPRESS con inversión ejecutada durante el 2015-2019, cumplieron con la meta de los indicadores de salud de la etapa de vida adolescente, llegando a cumplir con el 71,6%.
5. Las IPRESS con inversión ejecutada durante el 2015-2019, no cumplieron con la meta de los indicadores de salud de la etapa de vida adulto.
6. Las IPRESS con inversión ejecutada durante el 2015-2019, no cumplieron con la meta de los indicadores de salud de la etapa de vida adulto mayor.
7. La inversión pública durante el 2015-2019 no fue eficaz, por no cumplir con la meta de indicadores sanitarios en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) con inversión en la Región de Huancavelica.

RECOMENDACIONES

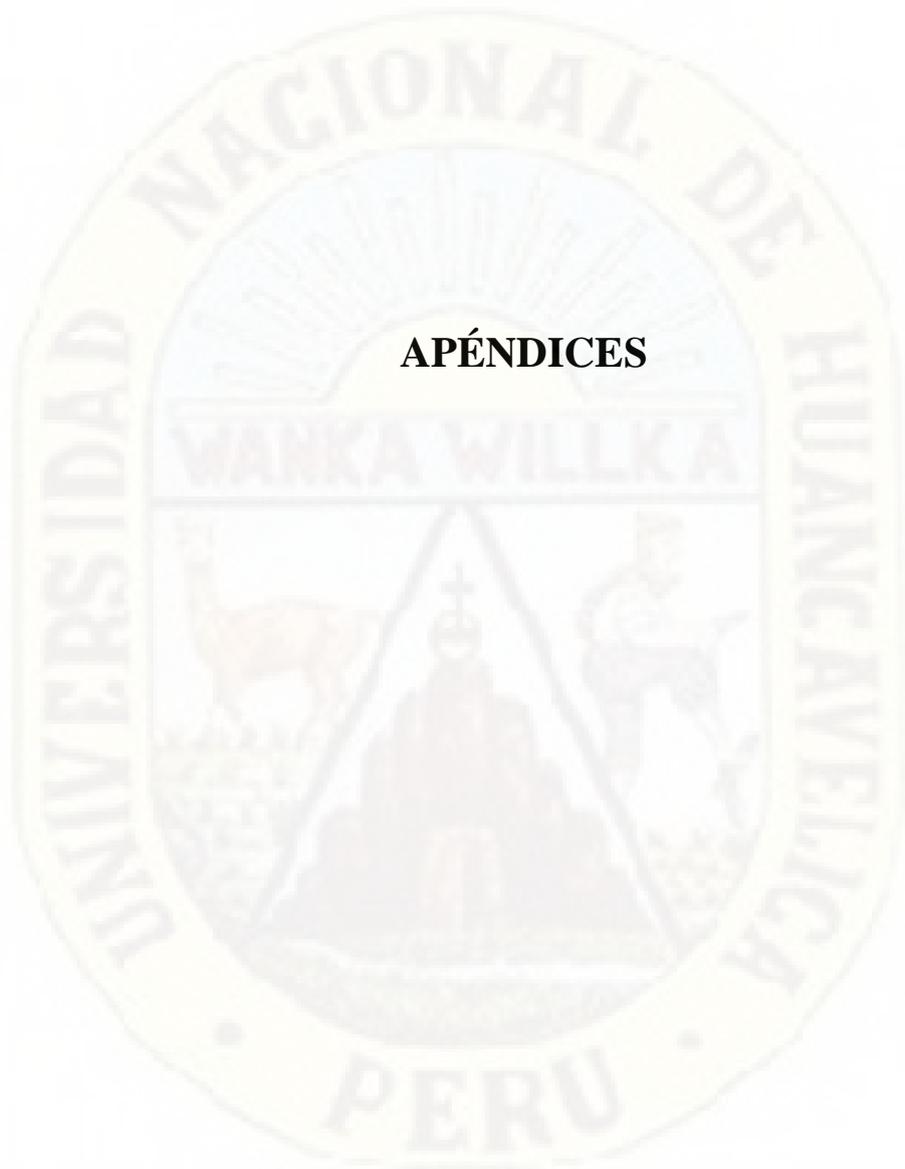
- 1.** Al Gobernador Regional y alcaldes de las Municipalidades Provinciales y Distritales de Huancavelica, para que, puedan implementar un sistema a través de los funcionarios de línea, el cual, permita realizar la evaluación Ex post de las inversiones, especialmente para cumplir con el ciclo de inversiones en el marco del INVIERTE.PE, así garantizar la fase de funcionamiento.
- 2.** A la Dirección Regional de Salud y Redes de Salud, en el marco de la mejora continua, se pueda tomar estrategias a nivel del capital humano y bonos orientados al cumplimiento de metas de etapas de vida de niño, mujer, adulto y adulto mayor, permitiendo motivar al trabajador de salud de la diferentes IPRESS.
- 3.** A la Universidad, para que pueda seguir propiciando la investigación en la inversión público en el Departamento de Huancavelica, puesto que necesitamos aportar conocimientos para el uso eficiente de los recursos en materia de inversión y se pueda cumplir con el objetivo de las inversiones.
- 4.** A los profesionales, para que podamos seguir perfeccionando y especializándose en evaluación ex post de la inversión pública, y continuar ampliando las investigaciones en esta línea.

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS. Indicadores de Salud. [Online].; 2019 [cited 2020 02 22]. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=es.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Salud. [Online].; 2019 [cited 2019 02 06]. <http://iinei.inei.gob.pe/iinei/siemweb/publico/>.
3. Ecologic studies in epidemiology. Concepts, principles, and methods. [Online].; 1995 [cited 2020 02 21]. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=5&lang=es#ref7.
4. Albuja Cruz AR. Medición del impacto en la economía de la inversión en infraestructura público-privada en países en vías de desarrollo. Aplicación a la economía peruana. Barcelona.; 2014.
5. Abusada R, Pastor C, Cusato A. Eficiencia del gasto en el Perú Lima: Instituto Peruano de Economía; 2008.
6. Presidencia del Consejo de Ministros & Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Informe Pre Electoral. Administración 2011-2016. In PCM y MEF. Lima; 2016. p. 127.
7. Contraloría General de la República. Causas y efectos de las renegociaciones contractuales de la Asociación Público Privada en el Perú. CGR. 2015.; p. 19.
8. Asociación para el Fomento de la Inversión Nacional (AFIN). Plan Nacional de Infraestructura 2016 -2025: un Plan para salir de la pobreza. Lima.; 2015.
9. Ministerio de Economía y Finanzas. Sistema Nacional de Inversión Pública. [Online].; 2018 [cited 2019 Abril 18]. <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Mensual/default.aspx?y=2015&ap=Proyecto>.
10. Diario Gestión. SNIP (QEPD). INVIERTE.PE. 2016 Dec 13: p. . <https://gestion.pe/opinion/editorial-snip-qepd-149519>.
11. Universidad del Pacífico. Balance de la Inversión Pública: avances y desafíos para consolidarla competitividad y el bienestar de la población. Lima.; 2010.
12. Zas Friz J, Ceballos Pacheco A, Belleza Salazar M. Gestión Pública Regional y Municipal Lima: Caballero Bustamante; 2009.
13. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial: infraestructura y desarrollo. . Washington.; 1994.

- 14 Torres Bardales LV. Gestión de los proyectos inversión pública y su relación con . la ejecución presupuestal en los adicionales de obra de la municipalidad distrital de la Banda de Shilcayo, periodo 2014-2016. Tarapoto;; 2017.
- 15 León G, Benavides Gutiérrez HL. Inversión pública en Colombia y sus efectos . sobre el crecimiento y la convergencia departamental. Revista Dimensión Empresarial. 2015; 13(01): p. 57-72.
- 16 Guapi Mullo FJ. INVERSIÓN PÚBLICA Y SU IMPACTO EN EL SECTOR . SOCIAL PERIODO 2007 – 2013. Guayaquil;; 2015.
- 17 Cerda Toro HA. Inversión pública, infraestructura y crecimiento económico . chileno, 1853-2010. Barcelona;; 2012.
- 18 Perrotti DE, Sanchez RJ. La brecha de infraestructura en América Latina y el . Caribe. CEPAL, División de Recursos Naturales e Infraestructura. 2011;; p. Serie N° 153.
- 19 Monje Vargas A. Equidad e inversión en salud pública en la República del Perú. . Revista Cubana de Salud Pública. 2011; 37(4): p. 452-461.
- 20 Cerdán Obregón KC. Inversión pública en el sector salud y crecimiento económico . en el Perú. 2019..
- 21 Manrique Cáceres J, Polonio Toledo J. La inversión pública nacional, regional y . local a nivel departamental y su incidencia en la reducción de la pobreza en el Perú, 2008 – 2015. Aporte Santiaguino. 2007; 10(2): p. 211-224.
- 22 Cruzado Pérez DA. Inversión pública, crecimiento económico y desigualdad en la . región La Libertad. Trujillo;; 2016.
- 23 Arpi Mayta R. Perú, 2004-2013: Inversión Pública en Infraestructura, crecimiento . Y desarrollo Regional. Consorcio de investigación económica y social. 2015.
- 24 Contraloría General de la República. Efectividad de la inversión pública a nivel . regional. Lima, Perú;; 2015.
- 25 Ponce Sono SS. Inversión Pública y Desarrollo Económico Regional. Lima;; 2013.
- 26 Trujillo Cubas FE. La inversión pública en el sector salud y su efecto en la . cobertura del servicio en la Región La Libertad, 2005-2011. 2013..
- 27 Escobar Taype JC, Ccencho Quispe R. Influencia del snip en la restricción de la . ejecución de proyectos productivos en la etapa de inversión en el distrito de Yauli-ancavelica 2012. Huancavelica;; 2012.
- 28 Enríquez Pérez I. Las teorías del crecimiento económico: notas críticas para . incursionar en un debate inconcluso. http://www.scielo.org.bo/pdf/rlde/n25/n25_a04.pdf. 2016;; p. 101,105.
- 29 Ministerio de Economía y Finanzas. Inversión Pública. [Online].; 2019 [cited . 2019 Abril 18. <https://www.mef.gob.pe/es/inversion-publica-sp-21787>.
- 30 APOYO Consultoría. Lineamientos para promover la inversión en infraestructura . en el Perú 2012-2016. Lima;; 2012.
- 31 Escobar J, Torero M. Informe Final: Análisis de los Servicios de Infraestructura . Rural y las Condiciones de Vida en las Zonas Rurales de Perú. Lima;; 2004.
- 32 Prialé Ugaz M. Snip: Un sistema para verificar la calidad de la inversión pública. . Gestión Pública y Desarrollo. 2007;(01): p. 813.

- 33 Shack N. Elaboración del Marco Conceptual para el Diseño del Proceso Integrado de la Programación de la Inversión Pública en el Perú Lima: Dirección General de Política de Inversiones (DGPI del. Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); 2011.
- 34 Dirección Regional de Salud de Huancavelica. Situación de Salud e Huancavelica. [Online].; 2015 [cited 2020 Febrero 22. http://www.diresahuancavelica.gob.pe/wp_diresa/.
- 35 Dirección Regional de Salud de Huancavelica-Dirección de Epidemiología. Análisis Situacional de Salud. [Online].; 2005 [cited 2019 Febrero 22. https://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&alias=79-analisis-situacion-salud-asis-region-huancavelica-2005-9&category_slug=otros-documentos-interes-823&Itemid=1031.
- 36 Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud: Aspectos conceptuales y operativos. 2018..
- 37 Ministerio de de Salud (MINSA). Norma técnica de Salud “CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD” V.03. 2011 [cited 2020 02 26. http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceutica/Categorizacion-UPSS_Farmacia.pdf.
- 38 Mirabella MA. Fundamentos de la Filosofía Económica Buenos Aires, Argentina: Universidad Católica Argentina; 2003.
- 39 Sánchez Carlessi H, Reyes Meza C. Metodología y diseños en la investigación científica. Quinta ed. S.R.L. BSA, editor. Lima: Unibversidad Ricardo Palma; 2015.
- 40 Caballero Romero A. Metodología integral innovadora para planes y tesis. Primera ed. metodológico I, editor. Molina - Lima: Alex Caro E.I.R.L; 2011.
- 41 Pino Gotuzzo R. Metodología de la investigación. Tercera reimpresión ed. Gálvan AJP, editor. Lima: San Marcos; 2014.
- 42 Sotomayor Estrada DV. Proyectos de inversión pública y su eficacia en la ejecución y evaluación realizados en el distrito de Usicayos en el año 2014. Juliaca.; 2015.
- 43 Hernández Mota JL. Inversión pública y crecimiento económico: Hacia una nueva perspectiva de la función del gobierno. Revista Economía teoría y práctica. 2010;; p. 59-95.
- 44 Antayhua Ortiz MdC. Impacto económico de la inversión pública en el Perú, 1980 - 2012. Lima.; 2012.



APÉNDICES

APÉNDICE 01. Matriz de consistencia

Título: Inversión pública en salud e indicadores sanitarios de los servicios de salud de la Región de Huancavelica.

Autor: Mag. Pavel Lacho Gutiérrez.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
<p>P. General. ¿Cuál es la eficacia de la inversión pública en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 – 2019?</p> <p>P. Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo fue la inversión pública del sector salud en la Región de Huancavelica, 2015 - 2019? • ¿Cuáles son los indicadores sanitarios de la etapa de vida niño de las IPRESS de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019? • ¿Cuáles son los indicadores sanitarios de la etapa de vida gestante de las IPRESS de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019? • ¿Cuáles son los indicadores sanitarios de la etapa de vida adolescente de las IPRESS de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019? • ¿Cuáles son los indicadores sanitarios de la etapa de vida 	<p>O. General: Determinar la eficacia de la inversión pública en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.</p> <p>O. Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir la inversión pública del sector salud en la Región de Huancavelica, 2015 - 2019. • Describir los indicadores sanitarios de la etapa de vida niño de las IPRESS de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019. • Describir los indicadores sanitarios de la etapa de vida gestante de las IPRESS de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019. • Describir los indicadores sanitarios de la etapa de vida adolescente de las IPRESS de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019. • Describir los indicadores sanitarios de la etapa de vida 	<p>H. General. “La inversión pública es eficaz en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica”.</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Inversión pública</p> <p>Variable dependiente</p> <p>Indicadores sanitarios.</p>	<p>- Tipo de investigación: Explicativa</p> <p>- Nivel de investigación: No Experimental</p> <p>- Método de investigación: Hipotético – Deductivo.</p> <p>- Diseño de investigación: No experimental, Ex post Facto. Retrospectivo</p> <p>- Unidad de análisis: IPRESS</p> <p>- Población: 92 IPRESS</p> <p>- Muestra: 74 IPRESS</p> <p>- Muestreo: Censal.</p> <p>- Estadística: Descriptiva e inferencial, prueba de hipótesis de Regresión logística..</p>

<p>adulto de las IPRESS de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los indicadores sanitarios de la etapa de vida adulto mayor de las IPRESS de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019? • ¿Cuál es el efecto de la inversión pública en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019? 	<p>adulto de las IPRESS de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir los indicadores sanitarios de la etapa de vida adulto mayor de las IPRESS de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019. • Analizar el efecto de la inversión pública en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019. 			
--	--	--	--	--



APENDICE 02. Ficha de Análisis documentario de Inversión Pública.

Título: Inversión pública en salud e indicadores sanitarios de los servicios de salud de la Región de Huancavelica.

Autor: Mag. Pavel Lacho Gutiérrez.

N°	IPRESS	Año de ejecución	Nivel de Gobierno	Monto de inversión	Ejecutor	Modalidad de ejecución	Por IPRES de primer nivel	Cierre del PIP	Transferencia del PIP
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
.									
.									

APENDICE 03. Ficha de Análisis documental de indicadores sanitarios.

Título: Inversión pública en salud e indicadores sanitarios de los servicios de salud de la Región de Huancavelica.

Autor: Mag. Pavel Lacho Gutiérrez.

N°	ETAPAS DE VIDA	Indicadores sanitarios	IPRESS 1	IPRESS 2	IPRESS 3
1	ETAPA DE VIDA NIÑO	Proporción de niños (as) menores de 5 años con desnutrición crónica				
2		Prevalencia de anemia en niños de 6 a menos de 36 meses de edad				
3		Porcentaje de niños de 4 y 5 meses que reciben gotas de hierro				
4		Porcentaje de niños de 12 meses 29 días con diagnóstico de anemia que iniciaron tratamiento oportuno				
5		Porcentaje de niños(as) menores de 36 meses con CRED completo para su edad				
6		Proporción de niños(as) < 5 años, con vacunas completas para su edad				
7		Proporción de familias con niños (as) menores de 36 meses y gestantes que reciben sesiones demostrativas en preparación de alimentos.				
8		Proporción de niños(as) de 6 meses a 11 años con Atenciones Odontológicas Preventivas Básicas				
9	ETAPA DE VIDA GESTANTE	Cobertura de parto institucional				
10		Proporción de gestantes con Atenciones Odontológicas Preventivas Básicas				
11		Proporción de Gestantes con primera atención prenatal en el 1er trimestre de gestación				
12		Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo				
13	ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE	Proporción de adolescentes con PAIS ejecutados				
14		Proporción de niños (as), y adolescentes que culminan las sesiones de habilidades sociales				

15	ETAPA DE VIDA ADULTO	Proporción de adultos de 30 a 59 años atendidos integralmente.				
16		Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años con resultado de tamizaje para la detección de lesiones premalignas e incipientes de cáncer de cuello uterino.				
17		Porcentaje de mujeres de 40 a 69 años de edad que se han realizado examen clínico de mamas en los últimos 12 meses.				
18	ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR	Proporción de población adulta mayor con planes de atención integral ejecutado				



APENDICE 04: CUADROS, TABLAS Y GRÁFICOS COMPLEMENTARIOS DE
INDICADORES DE SALUD.

Cuadro 01. Presupuesto y ejecución de inversión, Huancavelica, 2014 - 2019.

Año	PIA	PIM	Certificación	Ejecución			
				Atención de compromiso	Devengado	Girado	Avance %
2014	195,474,226	227,965,483	222,080,096	215,586,174	215,072,703	215,028,295	94.3
2015	189,760,668	224,154,972	190,839,588	190,810,896	186,529,656	186,502,540	83.2
2016	146,604,148	199,772,391	179,527,864	161,148,184	160,968,227	160,620,456	80.6
2017	144,447,603	268,569,668	195,461,032	160,987,946	160,164,277	159,644,298	59.6
2018	156,234,230	286,570,517	252,888,890	153,883,771	149,705,442	149,671,648	52.2
2019	240,104,839	314,458,071	270,448,627	194,801,298	192,500,196	153,340,684	61.2

Fuente: Elaboración Propia (Consulta amigable del MEF, 2020).

Cuadro 02. Población que reporto enfermedad, región de Huancavelica, 2016-2018.

Departamento	Indicador	2016	2017	2018
Huancavelica	Población con alguna enfermedad	14.4	12.4	13,9
Huancavelica	Población que reportó padecer algún problema de salud crónico	20.1	16.0	17,8
Huancavelica	Población que reportó padecer algún problema de salud no crónico	39.4	47.2	46,2

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística e Informática (SIRTOD, 2019)

Tabla 20. Estadísticos descriptivos de indicadores sanitarios de la etapa de vida niño de las IPRESS con PIP de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

Indicadores	Mínimo	Máximo	Media	DS
Proporción de niños (as) menores de 5 años con desnutrición crónica	0,0	68,8	32,03	10,945
Prevalencia de anemia en niños de 6 a menos de 36 meses de edad	0,0	70,2	33,34	17,559
Porcentaje de niños de 4 y 5 meses que reciben gotas de hierro	57,8	89,7	79,02	8,828
Porcentaje de 12 meses 29 días con DX de anemia TTO oportunamente	50,0	100,0	83,19	13,768
Porcentaje de niños(as) menores de 36 meses con CRED completo para su edad	5,6	100,0	42,00	21,848
Proporción de niños(as) < 5 años, con vacunas completas para su edad	0,0	100,0	38,65	22,370
Proporción de familias < 36 m y gestantes - Sesiones preparación de alimentos	11,3	100,0	43,62	23,792
Proporción de 6 m - 11 a Atenciones Odontológicas Preventivas Básicas	0,0	100,0	70,71	40,330

FUENTE: DIRESA Huancavelica - Estadística (2022).

De la tabla 20, se aprecia que, según los indicadores de salud de la etapa de vida niño; la proporción de niños (as) menores de 5 años con desnutrición crónica alcanzó una máxima de 68,8 y la media 32,03; la prevalencia de anemia en niños de 6 a menos de 36 meses de edad alcanzó una máxima de 70,2 y la media 33,34; el porcentaje de niños de 4 y 5 meses que recibieron gotas de hierro alcanzo una máxima de 89,7% y mínima de 57,7%; el porcentaje de 12 meses 29 días con diagnóstico de anemia que recibieron tratamiento oportunamente alcanzó una máxima del 100% y la media 83,19; los demás indicadores alcanzaron un máximo del 100 y 100% entre proporción y porcentaje respectivamente. Así mismo, la proporción de niño(a)s de 6 m - 11a que recibieron atenciones odontológicas preventivas básicas alcanzo una media de 70,71, pero tiene una DS de 40,330, teniendo mayor dispersión de datos.

Tabla 21. Estadísticos descriptivos de los indicadores sanitarios de la etapa de gestante de las IPRESS con PIP de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

Indicadores	Mínimo	Máximo	Media	DS
Cobertura de parto institucional	0,0	100,0	81,95	30,828
Proporción de gestantes con Atenciones Odontológicas Preventivas Básicas	0,0	100,0	27,68	27,381
Proporción de Gestantes con primera atención prenatal en el 1er trimestre de gestación	0,0	100,0	66,64	27,036
Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo	0,0	50,0	27,28	15,536

FUENTE: DIRESA Huancavelica - Estadística (2022).

De la tabla 21, se aprecia que, el mínimo alcanzado de los indicadores de salud de la etapa gestante fueron 0,00 y el máximo 100,0 entre cobertura, proporción y porcentaje; la excepción fue el porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo, el cual, alcanzo 50,0%. Así mismo, la cobertura de parto institucional alcanzó la media 81,95, con una DS de 30,828, evidenciando mayor dispersión de datos; el porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo alcanzo la media de 50,0, con una DS de 15,536 evidenciando menor dispersión de datos.

Tabla 22. Estadísticos descriptivos de los indicadores sanitarios de la etapa de vida adolescente de las IPRESS con PIP de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

Indicadores	Mínimo	Máximo	Media	DS
Proporción de adolescentes con PAIS ejecutado	17,1	100,0	88,26	21,801
Proporción de niños (as), y adolescentes sesiones de habilidades sociales	0,0	100,0	11,63	29,593

FUENTE: DIRESA Huancavelica - Estadística (2022).

De la tabla 22, se aprecia que, el mínimo alcanzado de los indicadores de salud de la etapa vida adolescente fueron 0,0 y 17,1; el máximo fue de 100,0 entre la proporción de adolescentes con PAIS ejecutado y proporción de niños (as), y adolescentes sesiones de habilidades sociales. Así mismo, la proporción de adolescentes con PAIS ejecutado alcanzó la media 88,26, con una DS de 21,801, evidenciando mayor dispersión de datos; la proporción de niños (as), y adolescentes sesiones de habilidades sociales alcanzo la media de 11,63, con una DS de 29,593 evidenciando también mayor dispersión de datos.

Tabla 23. Estadísticos descriptivos de los indicadores sanitarios de la etapa de vida adulto de las IPRESS con PIP de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

Indicadores	Mínimo	Máximo	Media	DS
Proporción de adultos de 30 a 59 años atendidos integralmente	0,1	100,0	76,08	32,158
% mujeres de 30-64a tamizaje detección de lesiones premalignas e incipientes de Cáncer de Cuello Uterino	50,0	100,0	75,25	11,839
% mujeres 40-69a examen clínico de mamas en los últimos 12 meses.	0,0	100,0	33,81	22,503

FUENTE: DIRESA Huancavelica - Estadística (2022).

De la tabla 23, se aprecia que, el mínimo alcanzado de los indicadores de salud de la etapa vida adolescente fue 0,0; el máximo fue de 100,0 entre la proporción y porcentaje de los 3 indicadores. Así mismo, la proporción de adultos de 30 a 59 años atendidos integralmente alcanzó la media 76,08, con una DS de 32,158, evidenciando mayor dispersión de datos; el porcentaje de mujeres 40-69 años que se realicen el examen clínico de mamas en los últimos 12 meses alcanzo la media de 33,81, con una DS de 22,503 evidenciando también mayor dispersión de datos.

Tabla 24. Estadísticos descriptivos de los indicadores sanitarios de la etapa de vida adulto mayor de las IPRESS con PIP de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

Indicadores	Mínimo	Máximo	Media	DS
Proporción de población adulta mayor con planes de atención integral ejecutado	1,1	100,0	49,93	33,581

FUENTE: DIRESA Huancavelica - Estadística (2022).

De la tabla 24, se aprecia que, el mínimo e la proporción de población adulta mayor con planes de atención integral ejecutado fue 1,1; el máximo fue de 100,0. Así mismo, la proporción de población adulta mayor con planes de atención integral ejecutado alcanzó la media 49,93, con una DS de 33,581 evidenciando mayor dispersión de datos. En el grafico 15, se observa una curva de distribución normal, con una inclinación a la derecha.

APENDICE 05. DOCUMENTO PRESENTADO A DIRESA.

SOLICITO: Información de indicadores de salud.

SEÑOR DIRECTOR REGIONAL DE SALUD DE HUANCAMELICA.



PAVEL LACHO GUTIERREZ, identificado con DNI N° 40704382, con domicilio Psje. San Gabriel N° 112, distrito de Ascensión, Docente Nombrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, a la fecha se viene realizando el proyecto de investigación titulado "INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD E INDICADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA REGIÓN DE HUANCAMELICA", para lo cual se necesita información, con el objeto de sistematizarlo, por lo tanto, solicito información de indicadores de salud del 2015 al 2019

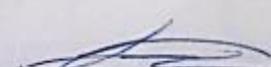
Se adjunta:

Matriz de coherencia
Operacionalización de variables

POR LO EXPUESTO

Ruego ante usted acceder a mi solicitud agradeciendo por anticipado su fina atención.

Huancavelica, 10 de noviembre de 2020.


MAG. PAVEL LACHO GUTIERREZ
DNI N° 40704382

APENDICE 06. BASES DE DATOS.

Base de datos PIP salud.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 10 de 10 variables

	CUI	SNIP	Provincia	Mviable	Mactualizad	Vinversion	Ejecutor	CPIP	TIPI	Modalidad	var	var	va
1	2153764	142357	Huancavelica	9838657,0	10723215,6	9	GOBIERNOS REGIONALES	SI	NO	Administración directa			
2	2250416	272797	Huancavelica	6154422,0	6160666,3	10	GOBIERNOS REGIONALES	NO	SI	Contrata			
3	2155472	190917	Huancavelica	5511636,0	6912299,1	25	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
4	2093203	120546	Huancavelica	678084,4	695214,4	3	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
5	2093203	120546	Huancavelica	678084,4	695214,4	3	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
6	2093203	120546	Huancavelica	678084,4	695214,4	3	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
7	2093203	120546	Huancavelica	678084,4	695214,4	3	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
8	2093203	120546	Huancavelica	678084,4	695214,4	3	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
9	2093203	120546	Huancavelica	678084,4	695214,4	3	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
10	2154168	196749	Huancavelica	3241994,0	3241989,0	0	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Administración directa			
11	2093202	122788	Huancavelica	564503,4	620524,8	10	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
12	2093202	122788	Huancavelica	564503,4	620524,8	10	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
13	2093202	122788	Huancavelica	564503,4	620524,8	10	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
14	2093202	122788	Huancavelica	564503,4	620524,8	10	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
15	2093202	122788	Huancavelica	564503,4	620524,8	10	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
16	2345002	383506	Huancavelica	2686828,0	3180185,9	18	GOBIERNOS REGIONALES	NO	NO	Contrata			
17	2242165	284443	Huancavelica	2208939,0	2391122,8	8	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Contrata			
18	2247942	306440	Huancavelica	1635470,0	1667730,6	2	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Contrata			
19	2322042	358989	Huancavelica	1425233,0	2019118,0	42	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Contrata			
20	2308089	346633	Huancavelica	1287747,0	1676436,8	30	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Contrata			
21	2212981	200819	Huancavelica	1148842,0	1297767,1	13	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Contrata			
22	2162829	221037	Huancavelica	886671,4	981651,5	11	GOBIERNOS LOCALES	NO	NO	Contrata			
23	2195601	282058	Huancavelica	881667,7	993861,8	13	GOBIERNOS LOCALES	NO	NO	Contrata			

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

Escribe aquí para buscar

06:29 p. m. 17/05/2022

Base de datos PIP salud.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 10 de 10 variables

	CUI	SNIP	Provincia	Mvariable	Mactualizad	Vinversion	Ejecutor	CPIP	TIPI	Modalidad	var	var	va
24	2186281	266555	Huancavelica	839119,0	911575,5	31	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Contrata			
25	2223350	224112	Huancavelica	814656,9	1140353,3	40	GOBIERNOS LOCALES	NO	NO	Administración directa			
26	2265385	317557	Huancavelica	809185,5	841156,2	2	GOBIERNOS LOCALES	NO	SI	Contrata			
27	2152567	192714	Huancavelica	805147,8	996761,8	20	GOBIERNOS REGIONALES	SI	NO	Contrata			
28	2267470	318366	Huancavelica	774110,6	822200,7	6	GOBIERNOS LOCALES	NO	SI	Contrata			
29	2201657	300873	Huancavelica	402400,0	685506,2	70	GOBIERNOS LOCALES	SI	NO	Contrata			
30	2140959	167167	Huancavelica	711448,2	786841,9	11	GOBIERNOS LOCALES	NO	NO	Contrata			
31	2181735	249363	Huancavelica	582860,3	364565,0	-37	GOBIERNOS LOCALES	NO	SI	Administración directa			
32	2106273	123398	Huancavelica	580920,0	561457,2	-3	GOBIERNOS REGIONALES	NO	NO	Administración directa			
33	2106247	123148	Huancavelica	567904,0	525361,0	7	GOBIERNOS REGIONALES	NO	NO	Administración directa			
34	2106276	123415	Huancavelica	559402,6	536067,1	-4	GOBIERNOS REGIONALES	SI	NO	Administración directa			
35	2106274	123825	Huancavelica	559402,0	513824,8	.	GOBIERNOS REGIONALES	SI	NO	Administración directa			
36	2106266	123891	Tayacaja	582842,3	773807,0	33	GOBIERNOS REGIONALES	NO	SI	Contrata			
37	2106266	123891	Tayacaja	582842,3	773807,0	33	GOBIERNOS REGIONALES	NO	SI	Contrata			
38	2106266	123891	Tayacaja	582842,3	773807,0	33	GOBIERNOS REGIONALES	NO	SI	Contrata			
39	2106266	123891	Tayacaja	582842,3	773807,0	33	GOBIERNOS REGIONALES	NO	SI	Contrata			
40	2106302	123976	Tayacaja	576200,5	630044,2	9	GOBIERNOS REGIONALES	NO	SI	Administración directa			
41	2106302	123976	Tayacaja	576200,5	630044,2	9	GOBIERNOS REGIONALES	NO	SI	Administración directa			
42	2106302	123976	Tayacaja	576200,5	630044,2	9	GOBIERNOS REGIONALES	NO	SI	Administración directa			
43	2106302	123976	Tayacaja	576200,5	630044,2	9	GOBIERNOS REGIONALES	NO	SI	Administración directa			
44	2230855	146767	Tayacaja	7212722,0	9326397,6	29	GOBIERNOS REGIONALES	NO	SI	Contrata			
45	2100531	121791	Tayacaja	1099907,8	1066843,2	-3	GOBIERNOS LOCALES	NO	NO	Contrata			
46	2138800	152436	Tayacaja	506460,0	506460,0	0	GOBIERNOS LOCALES	NO	NO	Administración directa			

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

Escribe aquí para buscar

06:29 p. m. 17/05/2022

Base de datos PIP salud.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 10 de 10 variables

	CUI	SNIP	Provincia	Mvariable	Mactualizad	Vinversion	Ejecutor	CPIP	TPIP	Modalidad	var	var	va
47	2330208	366489	Tayacaja	1385443,0	1956312,7	40	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Contrata			
48	2151978	180524	Tayacaja	4232769,0	5498503,6	30	GOBIERNOS REGIONALES	NO	SI	Contrata			
49	2112709	105187	Tayacaja	5106197,0	4371166,8	-14	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Contrata			
50	2134982	148871	Tayacaja	711448,2	945152,9	32	GOBIERNOS REGIONALES	SI	NO	Contrata			
51	2212479	206076	Angaraes	1255013,0	1344993,0	7	GOBIERNOS LOCALES	NO	SI	Administración directa			
52	2279041	323481	Angaraes	2313386,0	2021031,4	-13	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Contrata			
53	2279041	323481	Angaraes	2313386,0	2021031,4	-13	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Contrata			
54	2389843	2389843	Angaraes	2446837,7	2446837,7	0	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Administración directa			
55	2148823	155670	Angaraes	1042141,0	1163378,4	12	GOBIERNOS REGIONALES	NO	SI	Administración directa			
56	2318524	355569	Huaytara	2342024,0	2851121,8	24	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Contrata			
57	2106272	124090	Huaytara	567661,3	621241,5	9	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
58	2106272	124090	Huaytara	567661,3	621241,5	9	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
59	2106272	124090	Huaytara	567661,3	621241,5	9	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
60	2140975	176935	Acobamba	3492508,0	3254202,1	-7	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Contrata			
61	2106271	123869	Acobamba	619052,2	662906,9	7	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
62	2106271	123869	Acobamba	619052,2	662906,9	7	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
63	2106271	123869	Acobamba	619052,2	662906,9	7	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
64	2106271	123869	Acobamba	619052,2	662906,9	7	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
65	2106271	123869	Acobamba	619052,2	662906,9	7	GOBIERNOS REGIONALES	SI	SI	Administración directa			
66	2207353	211200	Acobamba	656899,8	678636,6	3	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Administración directa			
67	2207353	211200	Acobamba	656899,8	678636,6	3	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Administración directa			
68	2207353	211200	Acobamba	656899,8	678636,6	3	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Administración directa			
69	2207353	211200	Acobamba	656899,8	678636,6	3	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Administración directa			

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

Escribe aquí para buscar

06:30 p. m. 17/05/2022

Base de datos PIP salud.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 10 de 10 variables

	CUI	SNIP	Provincia	Mviable	Mactualizad	Vinversion	Ejecutor	CPIP	TIPI	Modalidad	var	var	va
68	2207353	211200	Acobamba	656899,8	678636,6	3	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Administración directa			
69	2207353	211200	Acobamba	656899,8	678636,6	3	GOBIERNOS LOCALES	SI	SI	Administración directa			
70	2210817	195205	Acobamba	890008,0	787047,4	-12	GOBIERNOS LOCALES	NO	NO	Contrata			
71	2147716	191473	Acobamba	550582,9	550582,9	0	GOBIERNOS LOCALES	SI	NO	Administración directa			
72	2133109	144645	Castrovirre...	713816,0	997833,9	40	GOBIERNOS REGIONALES	SI	NO	Contrata			
73	2133108	148980	Castrovirre...	683811,9	951257,6	39	GOBIERNOS REGIONALES	NO	NO	Contrata			
74	2222089	205146	Churcampa	506480,8	506480,8	0	GOBIERNOS LOCALES	NO	NO	Administración directa			
75													
76													
77													
78													
79													
80													
81													
82													
83													
84													
85													
86													
87													
88													
89													
90													

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

Escribe aquí para buscar

06:30 p. m. 17/05/2022

Base de datos indicadores de salud.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 49 de 49 variables

	IPRESS	Distrito	Categoria	NIÑO1	CNIÑO 1	NIÑO2	CNIÑO 2	NIÑO3	CNIÑO 3	NIÑO4	CNIÑO 4	NIÑO5	CNIÑO 5	NIÑO6	CNIÑO 6	NIÑO7	CNIÑO 7	NIÑO8	CNIÑO 8
1	C.S. ASCENSION	ASCENSIÓN	Centro de Salud	30,5	SI	51,7	NO	80,8	NO	94,7	NO	47,3	NO	45,0	NO	59,8	SI	100,0	SI
2	C.S. PALCA	HUANDO	Centro de Salud	21,2	SI	29,4	SI	87,0	NO	90,9	NO	63,8	NO	61,1	NO	70,0	SI	100,0	SI
3	C.S. SAN CRISTOBAL	SANTA ANA	Centro de Salud	20,9	SI	63,0	NO	72,2	NO	82,1	NO	36,9	NO	43,5	NO	59,2	SI	100,0	SI
4	P.S. VILLAPAMPA	YAULI	Puesto de Salud	51,2	NO	27,0	SI	85,2	NO	89,7	NO	68,1	NO	44,1	NO	22,2	NO	38,5	NO
5	P.S. ATALLA	YAULI	Puesto de Salud	17,4	SI	70,2	NO	85,2	NO	89,7	NO	28,7	NO	28,0	NO	52,2	SI	100,0	SI
6	P.S. PALTAMACHAY	YAULI	Puesto de Salud	29,5	SI	56,8	NO	85,2	NO	89,7	NO	29,8	NO	23,6	NO	49,3	NO	100,0	SI
7	P.S. PUCACCASA CHOPCCA	YAULI	Puesto de Salud	27,6	SI	63,2	NO	85,2	NO	89,7	NO	34,6	NO	16,2	NO	31,9	NO	100,0	SI
8	P.S. COLLAPACCASA	YAULI	Puesto de Salud	39,3	NO	33,3	SI	85,2	NO	89,7	NO	42,3	NO	49,2	NO	50,6	SI	100,0	SI
9	P.S. CONDORHUACHANA	YAULI	Puesto de Salud	48,4	NO	43,1	NO	85,2	NO	89,7	NO	47,2	NO	42,5	NO	35,8	NO	100,0	SI
10	C.S. SANTA ANA	SANTA ANA	Centro de Salud	22,0	SI	62,9	NO	72,2	NO	82,1	NO	36,9	NO	35,9	NO	67,9	SI	100,0	SI
11	P.S. SAN JOSE DE MIRAFLORES	HUANDO	Puesto de Salud	38,6	NO	9,5	SI	85,0	NO	70,6	NO	27,7	NO	35,9	NO	70,6	SI	96,2	SI
12	P.S. CHILLHUAPAMPA	HUANDO	Puesto de Salud	33,3	NO	16,7	SI	85,0	NO	70,6	NO	13,9	NO	6,5	NO	38,5	NO	100,0	SI
13	P.S. NUEVA ACOBAMBILLA	HUANDO	Puesto de Salud	18,0	SI	22,7	SI	85,0	NO	70,6	NO	35,9	NO	34,5	NO	30,8	NO	100,0	SI
14	P.S. TINYACLLA	HUANDO	Puesto de Salud	44,4	NO	58,3	NO	85,0	NO	70,6	NO	59,5	NO	58,3	NO	54,8	SI	100,0	SI
15	P.S. VISTA ALEGRE	HUANDO	Puesto de Salud	40,0	NO	30,3	SI	85,0	NO	70,6	NO	32,9	NO	30,8	NO	80,8	SI	100,0	SI
16	P.S. CASTILLAPATA	YAULI	Puesto de Salud	36,8	NO	36,5	SI	85,2	NO	89,7	NO	26,7	NO	25,8	NO	37,0	NO	100,0	SI
17	P.S. PUEBLO LIBRE	SANTA ANA	Puesto de Salud	26,7	SI	20,9	SI	72,2	NO	82,1	NO	60,4	NO	64,0	NO	37,5	NO	,0	NO
18	P.S. CACHILLALLAS	HUANDO	Puesto de Salud	22,9	SI	20,5	SI	85,0	NO	70,6	NO	67,4	NO	49,2	NO	42,1	NO	100,0	SI
19	P.S. PUTACCA	HUANDO	Puesto de Salud	45,9	NO	45,5	NO	85,0	NO	70,6	NO	54,2	NO	37,5	NO	87,5	SI	100,0	SI
20	P.S. CONAICASA	HUANDO	Puesto de Salud	41,7	NO	,0	SI	85,0	NO	70,6	NO	10,8	NO	12,5	NO	75,0	SI	100,0	SI
21	P.S. UCHCUS - INCAÑAN	YAULI	Puesto de Salud	26,3	SI	27,6	SI	85,2	NO	89,7	NO	33,1	NO	20,4	NO	39,8	NO	100,0	SI
22	P.S. TACSANA	YAULI	Puesto de Salud	23,0	SI	26,5	SI	85,2	NO	89,7	NO	53,1	NO	38,9	NO	27,1	NO	100,0	SI

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

Escribe aquí para buscar

06:31 p. m. 17/05/2022

Base de datos indicadores de salud.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 49 de 49 variables

	IPRESS	Distrito	Categoría	NIÑO1	CNIÑO 1	NIÑO2	CNIÑO 2	NIÑO3	CNIÑO 3	NIÑO4	CNIÑO 4	NIÑO5	CNIÑO 5	NIÑO6	CNIÑO 6	NIÑO7	CNIÑO 7	NIÑO8	CNIÑO 8
22	P.S. TACSANA	YAULI	Puesto de Salud	23,0	SI	26,5	SI	85,2	NO	89,7	NO	53,1	NO	38,9	NO	27,1	NO	100,0	SI
23	P.S. SACHAPITE	SANTA ANA	Puesto de Salud	38,2	NO	31,9	SI	85,2	NO	89,7	NO	100,0	SI	80,0	NO	54,8	SI	100,0	SI
24	P.S. SAN GERONIMO	ASCENSIÓN	Puesto de Salud	32,0	NO	49,3	NO	72,2	NO	82,1	NO	100,0	SI	96,9	SI	28,8	NO	100,0	SI
25	P.S. LOS ANDES DE SOTOPAMPA	YAULI	Puesto de Salud	29,9	SI	43,3	NO	85,2	NO	89,7	NO	52,4	NO	86,9	NO	31,9	NO	100,0	SI
26	P.S. SILVA	ACORIA	Puesto de Salud	16,7	SI	28,0	SI	89,7	NO	92,4	NO	36,4	NO	36,3	NO	32,8	NO	,0	NO
27	P.S. PAMPACHACRA	SANTA ANA	Puesto de Salud	36,0	NO	,6	SI	72,2	NO	82,1	NO	39,7	NO	38,0	NO	32,9	NO	,0	NO
28	P.S. PATOCCOCHA	ACORIA	Puesto de Salud	34,8	NO	22,2	SI	89,7	NO	92,4	NO	73,3	NO	40,3	NO	26,7	NO	94,7	SI
29	P.S. PUCACCOCHA	AYACCOCHA	Puesto de Salud	31,7	NO	32,0	SI	89,7	NO	92,4	NO	33,3	NO	21,5	NO	51,0	SI	8,8	NO
30	P.S. HUSNUPATA	YAULI	Puesto de Salud	49,1	NO	47,6	NO	85,2	NO	89,7	NO	66,0	NO	44,4	NO	19,1	NO	100,0	SI
31	P.S. OCCORO VIEJO	IZCUCHACA	Puesto de Salud	34,1	NO	40,0	NO	82,6	NO	100,0	SI	37,8	NO	30,8	NO	31,1	NO	100,0	SI
32	P.S. TOTORA JATUN PAMPA	IZCUCHACA	Puesto de Salud	68,8	NO	,0	SI	82,6	NO	100,0	SI	17,3	NO	26,8	NO	26,8	NO	100,0	SI
33	P.S. LIRIO	ACORIA	Puesto de Salud	34,7	NO	30,4	SI	89,7	NO	92,4	NO	28,0	NO	11,7	NO	18,5	NO	,0	NO
34	P.S. CHACARILLA	YAULI	Puesto de Salud	24,1	SI	39,1	SI	85,2	NO	89,7	NO	32,2	NO	28,3	NO	29,1	NO	100,0	SI
35	P.S. LOS ANGELES DE CCARAHU...	AYACCOCHA	Puesto de Salud	19,1	SI	17,0	SI	89,7	NO	92,4	NO	28,3	NO	25,3	NO	58,3	SI	,0	NO
36	P.S. LLAMACANCHA	ACRAQUIA	Puesto de Salud	34,8	NO	40,0	SI	76,2	NO	81,5	NO	27,3	NO	,0	NO	44,8	NO	100,0	SI
37	P.S. SAN JUAN DE PALTARUMI	DANIEL HERNAN...	Puesto de Salud	25,4	SI	31,0	SI	78,5	NO	100,0	SI	35,0	NO	24,6	NO	41,2	NO	100,0	SI
38	P.S. DOS DE MAYO	ACRAQUIA	Puesto de Salud	33,3	NO	17,5	SI	76,2	NO	81,5	NO	40,8	NO	23,5	NO	78,0	SI	100,0	SI
39	P.S. RUNDIVILCA	DANIEL HERNAN...	Puesto de Salud	35,6	NO	35,0	SI	78,5	NO	100,0	SI	17,0	NO	30,3	NO	51,6	SI	11,1	NO
40	P.S. NUEVA ESPERANZA	ACRAQUIA	Puesto de Salud	20,7	SI	,0	SI	76,2	NO	81,5	NO	58,3	NO	37,6	NO	78,2	SI	100,0	SI
41	P.S. VIOLETAS ACCOYANCA	ACOSTAMBO	Puesto de Salud	26,7	SI	32,6	SI	84,9	NO	100,0	SI	97,4	SI	100,0	SI	31,9	NO	100,0	SI
42	P.S. CHUCUNA	ACOSTAMBO	Puesto de Salud	40,9	NO	66,7	NO	84,9	NO	100,0	SI	27,8	NO	20,8	NO	28,6	NO	52,4	NO
43	P.S. HUAYTA CORRAL	ACOSTAMBO	Puesto de Salud	39,1	NO	20,8	SI	84,9	NO	100,0	SI	34,8	NO	40,9	NO	21,4	NO	12,5	NO

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

Escribe aquí para buscar

06:32 p. m. 17/05/2022

Base de datos indicadores de salud.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 49 de 49 variables

	IPRESS	Distrito	Categoria	NIÑO1	CNIÑO 1	NIÑO2	CNIÑO 2	NIÑO3	CNIÑO 3	NIÑO4	CNIÑO 4	NIÑO5	CNIÑO 5	NIÑO6	CNIÑO 6	NIÑO7	CNIÑO 7	NIÑO8	CNIÑO 8
43	P.S. HUAYTA CORRAL	ACOSTAMBO	Puesto de Salud	39,1	NO	20,8	SI	84,9	NO	100,0	SI	34,8	NO	40,9	NO	21,4	NO	12,5	NO
44	C.S. ACOSTAMBO	ACOSTAMBO	Centro de Salud	30,8	NO	31,4	SI	84,9	NO	100,0	SI	52,7	NO	63,7	NO	51,9	NO	73,1	NO
45	P.S. PARIACC	PAZOS	Puesto de Salud	41,4	NO	20,7	SI	88,6	NO	93,9	NO	36,5	NO	30,3	NO	48,8	NO	,0	NO
46	P.S. LA LOMA	SAN ISIDRO DE A...	Puesto de Salud	24,2	SI	7,7	SI	83,8	NO	100,0	SI	27,8	NO	28,2	NO	32,8	NO	100,0	SI
47	P.S. ANTA	PAZOS	Puesto de Salud	15,8	SI	27,8	SI	88,6	NO	93,9	NO	44,7	NO	36,7	NO	72,2	SI	52,0	NO
48	C.S. SAN ISIDRO DE ACOBAMBA	SAN ISIDRO DE A...	Centro de Salud	28,2	SI	41,4	NO	83,8	NO	100,0	SI	44,7	NO	51,5	NO	92,6	SI	100,0	SI
49	C.S. SANTIAGO DE PICHUS	PAZOS	Centro de Salud	24,7	SI	16,7	SI	88,6	NO	93,9	SI	99,0	NO	99,3	SI	53,8	SI	66,1	NO
50	P.S. VILLA REAL PACCHAPATA	ACOSTAMBO	Puesto de Salud	44,1	NO	30,8	SI	84,9	NO	100,0	SI	22,7	NO	42,4	NO	26,5	NO	,0	NO
51	P.S. HUANCA HUANCA	LIRCAY	Puesto de Salud	42,0	NO	64,7	NO	63,2	NO	98,6	SI	24,3	NO	22,4	NO	73,7	SI	35,8	NO
52	P.S. QUISPICANCHA	SECCLLA	Puesto de Salud	47,6	NO	33,3	SI	66,0	NO	93,9	SI	31,1	NO	35,4	NO	100,0	SI	16,0	NO
53	P.S. TRANCA	SECCLLA	Puesto de Salud	35,9	NO	57,6	NO	66,0	NO	93,9	SI	62,3	NO	52,0	NO	32,9	NO	,0	NO
54	P.S. HUARIUMI CHONTACANCHA	CCOCHACCASA	Puesto de Salud	37,9	NO	51,7	NO	57,8	NO	95,0	SI	42,5	NO	48,0	NO	91,7	SI	63,6	NO
55	P.S. CHALLHUAPUQUIO	LIRCAY	Puesto de Salud	35,3	NO	18,2	SI	63,2	NO	98,6	SI	32,9	NO	21,0	NO	100,0	SI	,0	NO
56	P.S. SAN ISIDRO DE HUIRPACANC...	CORDOVA	Puesto de Salud	18,8	SI	33,3	SI	88,9	NO	50,0	NO	27,7	NO	32,4	NO	100,0	SI	100,0	SI
57	P.S. SANTO DOMINGO DE CAPILL...	HUAYTARA	Puesto de Salud	9,1	SI	66,7	NO	81,5	NO	78,9	NO	35,3	NO	19,0	NO	11,3	NO	100,0	SI
58	P.S. VISTA ALEGRE	HUAYTARA	Puesto de Salud	,0	SI	28,6	SI	81,5	NO	78,9	NO	39,1	NO	32,1	NO	16,4	NO	100,0	SI
59	P.S. HUAÑACANCHA	HUAYTARA	Puesto de Salud	40,0	NO	,0	SI	81,5	NO	78,9	NO	100,0	SI	100,0	SI	56,5	SI	100,0	SI
60	C.S. PUCA CRUZ	PAUCARA	Centro de Salud	32,8	NO	43,5	NO	67,2	NO	61,5	NO	27,3	NO	34,5	NO	36,9	NO	100,0	SI
61	P.S. LECCLESPAMPA	PAUCARA	Puesto de Salud	42,4	NO	20,0	SI	67,2	NO	61,5	NO	35,3	NO	17,6	NO	13,2	NO	12,5	NO
62	P.S. MANYACC	PAUCARA	Puesto de Salud	33,3	NO	30,0	SI	67,2	NO	61,5	NO	11,3	NO	10,2	NO	18,0	NO	100,0	SI
63	P.S. CHANQUIL	PAUCARA	Puesto de Salud	36,6	NO	25,5	SI	67,2	NO	61,5	NO	53,7	NO	40,2	NO	31,8	NO	37,5	NO
64	P.S. PAMPAPUQUIO	PAUCARA	Puesto de Salud	19,6	SI	25,0	SI	67,2	NO	61,5	NO	10,6	NO	7,5	NO	14,9	NO	,0	NO

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

Escribe aquí para buscar

06:32 p. m. 17/05/2022

Base de datos indicadores de salud.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 49 de 49 variables

	IPRESS	Distrito	Categoría	NIÑO1	CNIÑO1	NIÑO2	CNIÑO2	NIÑO3	CNIÑO3	NIÑO4	CNIÑO4	NIÑO5	CNIÑO5	NIÑO6	CNIÑO6	NIÑO7	CNIÑO7	NIÑO8	CNIÑO8
61	P.S. LECCLESAMPAMP	PAUCARA	Puesto de Salud	42,4	NO	20,0	SI	67,2	NO	61,5	NO	35,3	NO	17,6	NO	13,2	NO	12,5	NO
62	P.S. MANYACC	PAUCARA	Puesto de Salud	33,3	NO	30,0	SI	67,2	NO	61,5	NO	11,3	NO	10,2	NO	18,0	NO	100,0	SI
63	P.S. CHANQUIL	PAUCARA	Puesto de Salud	36,6	NO	25,5	SI	67,2	NO	61,5	NO	53,7	NO	40,2	NO	31,8	NO	37,5	NO
64	P.S. PAMPAPUQUIO	PAUCARA	Puesto de Salud	19,6	SI	25,0	SI	67,2	NO	61,5	NO	10,6	NO	7,5	NO	14,9	NO	,0	NO
65	P.S. PATACANCHA	PAUCARA	Puesto de Salud	45,1	NO	49,0	NO	67,2	NO	61,5	NO	59,3	NO	67,9	NO	19,5	NO	31,4	NO
66	P.S. VILLA MANTARO	PAUCARA	Puesto de Salud	28,4	SI	25,0	SI	67,2	NO	61,5	NO	53,7	NO	38,3	NO	21,0	NO	33,3	NO
67	P.S. PUNCHAYPAMPA	PAUCARA	Puesto de Salud	44,2	NO	30,0	SI	67,2	NO	61,5	NO	12,0	NO	23,6	NO	18,8	NO	76,2	NO
68	P.S. TORORUMI	PAUCARA	Puesto de Salud	33,3	NO	33,3	SI	67,2	NO	61,5	NO	5,6	NO	15,2	NO	16,9	NO	,0	NO
69	P.S. ICHUPAMPA	PAUCARA	Puesto de Salud	35,4	NO	55,0	NO	67,2	NO	61,5	NO	37,5	NO	27,1	NO	14,7	NO	36,4	NO
70	P.S. CURIMARAY	ACOBAMBA	Puesto de Salud	36,8	NO	61,9	NO	64,8	NO	68,6	NO	34,3	NO	33,3	NO	21,6	NO	100,0	SI
71	P.S. PALOMA	ACOBAMBA	Puesto de Salud	11,8	SI	21,4	SI	64,8	NO	68,6	NO	22,4	NO	17,3	NO	13,3	NO	100,0	SI
72	P.S. CHUPAMARCA	TANTARA	Puesto de Salud	26,2	SI	27,8	SI	72,7	NO	75,0	NO	34,8	NO	35,1	NO	25,0	NO	100,0	SI
73	P.S. COTAS	HUACHOS	Puesto de Salud	28,6	SI	37,5	SI	85,4	NO	90,0	NO	23,1	NO	44,1	NO	29,0	NO	84,6	SI
74	P.S. SAN JUAN DE OCCOPAMPA	CHURCAMPAMP	Puesto de Salud	28,3	SI	7,9	SI	64,7	NO	56,9	NO	69,5	NO	85,2	NO	33,9	NO	100,0	SI
75																			
76																			
77																			
78																			
79																			
80																			
81																			
82																			

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

Escribe aquí para buscar

06:32 p. m. 17/05/2022

APENDICE 07. ARTICULO CIENTÍFICO.

Inversión pública en salud e indicadores sanitarios de los servicios de salud de la Región de Huancavelica

Public investment in health and health indicators of the health services of the Huancavelica Region

Pavel Lacho Gutierrez <https://orcid.org/0000-0002-5337-0879>

Universidad Nacional de Huancavelica, Perú.

RESUMEN

Introducción: La salud pública en estos años ha adquirido un valor muy importante para las personas y la sociedad, es así que, atravesando tiempos muy difíciles, el estado debe garantizar el acceso a los servicios públicos de salud, fundamentado como un derecho básico de las personas, a través de la inversión.

Objetivo: Determinar la eficacia de la inversión pública en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.

Material y Métodos: Estudio de tipo sustantiva y retrospectiva; de nivel explicativo; diseño no experimental de tipo “Ex post Facto. La población estuvo constituida por 92 IPRESS del primer nivel de atención de la Región de Huancavelica en ciclo de inversión en la fase de ejecución, la muestra de 74 IPRESS; se utilizó la técnica de análisis documental con la ficha de análisis documental del “Sistema de Seguimiento de Inversiones-MEF” y base de datos estadísticos de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica.

Resultados: El 73,0% no realizaron la transferencia de la inversión al sector salud; así mismo, solo se cumplió 01 indicador de los 05 evaluados, el cual fue el indicador de salud de la etapa vida adolescente, alcanzado el 71,6%.; además, en las etapas vida niño, adulto. adulto mayor y etapa de gestante no lograron cumplir con la meta, alcanzado el no cumplimiento de 86,5%, 55,4%, 86.5% y 71,6% respectivamente; finalmente, el 59.5% de las IPRESS con PIP ejecutados adecuadamente no lograron cumplir con las metas de los indicadores de salud, mientras tanto, el 13,5% si lograron cumplir con la meta de los indicadores de salud. Así mismo, el 21.6% de las IPRESS con PIP ejecutados inadecuadamente no lograron cumplir con las metas de los

indicadores de salud, mientras tanto, según regresión logística binaria, se obtienen el p valor (Sig.) es 0,885.

Conclusiones: La inversión pública durante el 2015-2019 no es eficaz, por no cumplir con la meta de indicadores sanitarios en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) con inversión en la Región de Huancavelica.

Palabras clave: Inversión, Inversión Pública, indicadores de salud, Instituciones Prestadoras de servicios de salud.

ABSTRACT

Introduction: Public health in these years has acquired a very important value for people and society, so that, going through very difficult times, the state must guarantee access to public health services, based on a basic right of people. people, through investment.

Objective: To determine the effectiveness of public investment in the health indicators of the health service provider institutions (IPRESS) of the Huancavelica Region, 2015 - 2019.

Material and Methods: Substantive and retrospective study; explanatory level; non-experimental design of the "Ex post facto" type. The population consisted of 92 IPRESS from the first level of care in the Huancavelica Region in the investment cycle in the execution phase, the sample of 74 IPRESS; The documentary analysis technique was used with the documentary analysis sheet of the "Investment Monitoring System-MEF" and the statistical database of the Regional Health Directorate of Huancavelica.

Results: 73.0% did not transfer the investment to the health sector; Likewise, only 01 indicator of the 05 evaluated was fulfilled, which was the health indicator of the adolescent life stage, reaching 71.6%.; in addition, in the child, adult life stages. older adult and pregnant women failed to meet the goal, reaching non-compliance of 86.5%, 55.4%, 86.5% and 71.6% respectively; finally, 59.5% of the IPRESS with PIP executed adequately failed to meet the goals of the health indicators, meanwhile, 13.5% managed to meet the goal of the health indicators. Likewise, 21.6% of the IPRESS with inadequately executed PIP failed to meet the goals of the health indicators, meanwhile, according to binary logistic regression, the p value (Sig.) is 0.885.

Conclusions: Public investment during 2015-2019 is not effective, because it does not meet the goal of health indicators in institutions providing health services (IPRESS) with investment in the Huancavelica Region.

Keywords: Investment, Public Investment, health indicators, Institutions Providers of health services.

INTRODUCCIÓN

La salud pública en estos años ha adquirido un valor muy importante para las personas y la sociedad, es así que, atravesando tiempos muy difíciles, el estado debe garantizar el acceso a los servicios públicos de salud, fundamentado como un derecho básico de las personas. En tal sentido, la salud debe ser la prioridad del gobierno nacional y los gobiernos sub nacionales (regionales y locales), permitiendo acceder a servicios de salud en términos de calidad y cobertura suficiente, para lo cual, la necesidad de invertir o utilizar recursos del estado para mejorar, ampliar, recuperar los servicios de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Sin embargo, la salud en una población implica cuantificar, para ello, se hace uso de indicadores sanitarios o de salud, los cuales, permiten realizar una medición de una situación determinada; dichas estimaciones pueden usarse para evaluar la situación de salud en grupos específicos de la población.

La investigación, tuvo como objetivo el “Determinar la eficacia de la inversión pública en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica”, basado en el problema de la eficacia de la inversión pública en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica, 2015 – 2019. Es así que la investigación encontró su justificación, en los ejes transversales del “Sistema Nacional de Inversión Pública”, donde se considera el ciclo de la inversión y trata la evaluación de la **efectividad/eficacia** de las inversiones pública y/o privadas, las cuales deben realizarse aplicando el razonamiento científico, el uso sistemático de datos y de sistema de información. A efectos de verificar que la población beneficiaria de dichos proyectos está recibiendo los servicios en la cantidad y calidad adecuados; para ello, se hace uso de los indicadores sanitarios, los cuales permitirán medir la prestación de los servicios de salud en las IPRESS, a su vez, dirigir la toma de

decisiones en cuanto al tamaño y la naturaleza de las necesidades que deben atenderse (la brecha), como: los insumos /materiales /infraestructura/ equipos/gestión.

En Huancavelica la situación de la inversión pública en el sector salud no ha avanzado, porque se sigue evidenciando que la situación de salud no ha mejorado, tal como se aprecia en el cuadro 02, donde según, el INEI (2019), el 13,9% de la población reportó padecer algún problema en el año 2018, el 46,2% de la población reportó padecer algún problema de salud no crónico, evidenciando que no se ha superado la situación de salud de en el departamento. Así mismo, la importancia de evaluar el efecto de las inversiones en salud, toda vez que la población demanda servicios de calidad de acuerdo a sus necesidades; este interés que muestra la población tiene una importancia social; es por ello, que la investigación se orientó a la demanda de los servicios de salud, evaluando la eficacia de las inversiones en salud de la Región de Huancavelica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de tipo sustantiva y retrospectiva; de nivel explicativo; diseño no experimental de tipo “Ex post Facto. La población estuvo constituida por 92 IPRESS del primer nivel de atención de la Región de Huancavelica en ciclo de inversión en la fase de ejecución, la muestra de 74 IPRESS; se utilizó la técnica de análisis documental con la ficha de análisis documental del “Sistema de Seguimiento de Inversiones-MEF” y base de datos estadísticos de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica).

El modelo o esquema que adoptó la investigación permitió establecer un mejor control de las variables en estudio. Se precisó y definido el diseño a los estudios no experimentales, de tipo “Ex post Facto”.

Muestra

La población estuvo conformada por 92 IPRESS del primer nivel de atención de la Región de Huancavelica en ciclo de inversión de ejecución. Se consideró a 74 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) como muestra, identificando las inversiones realizadas en la región de Huancavelica durante el tiempo de estudio, 2015-2019.

Variables

Las variables fueron: Inversión pública e indicadores sanitarios.

Análisis estadístico

El análisis de regresión logística binaria, incluyo su intervalo de confianza al 95 % (IC 95 %). Se obtuvo como p valor (Sig.) es 0,885, el cual es mayor a 0,05; por lo tanto, no se rechaza la H_0 , y no se capta la hipótesis H_a , complementando a ello, la constante B es negativo (-1,482), en consecuencia, se acepta la H_0 , entonces, la inversión pública adecuada no fue eficaz en los indicadores sanitarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Región de Huancavelica durante el 2015-2019..

Aspectos éticos

El presente estudio realizo un análisis secundario de datos disponibles en la página web <https://ofi5.mef.gob.pe/ssi/ssi/Index>, administrada por el Ministerio de Economía y Finanzas de Perú. Los datos son de acceso público, de libre descarga y se encuentran anonimizados, por lo que no se requirió aprobación por comité de ética para el presente estudio. No se recolectó información adicional ni se contactó a los participantes.

RESULTADOS

En la **tabla 01**, se aprecia que, la mayor inversión pública en el sector salud en la Región de Huancavelica por provincias, fueron las provincias de Huancavelica y Tayacaja con el 47,3% y 20,3% respectivamente, haciendo el 67,6% de la inversión en relación a las demás provincias. Así mismo, las provincias de Huaytará, Castrovirreyna y Churcampa tuvieron menor inversión.

Tabla 01: Inversión pública en el sector salud de la Región de Huancavelica, 2015 - 2019.

Provincias	f	%	%a
Huancavelica	35	47,3	47,3
Tayacaja	15	20,3	67,6
Angaraes	5	6,8	74,3
Huaytará	4	5,4	79,7
Acobamba	12	16,2	95,9
Castrovirreyna	2	2,7	98,6
Churcampa	1	1,4	100,0
Total	74	100,0	

FUENTE: Banco de Inversiones - Consulta de Inversiones, INVIERTE.PE (2022)

En la **Tabla 2** se puede observar que el índice de letalidad por COVID-19 en la De la tabla 05 y gráfico 05, se aprecia que, las mayores inversiones públicas en el sector salud en la Región de Huancavelica, fueron transferidas al sector salud con el 73,0% y el 27,0% no fueron transferidas al sector salud específicamente a la Dirección Regional de Salud y Redes de Salud, el cual, garantizaría la operación y mantenimiento de las UPS de las IPRESS.

Tabla 02: Inversión pública en el sector salud por categoría de IPRESS del nivel 1 de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

IPRESS	f	%
Puesto de Salud	66	89,2
Centro de Salud	8	10,8
Total	74	100,0

FUENTE: Banco de Inversiones - Consulta de Inversiones, INVIERTE.PE (2022)

De la **tabla 03**, se aprecia que, solo se cumplió un indicador, el cual fue el indicador de salud de la etapa vida adolescente, alcanzado el 71,6%. Así mismo, en las etapas vida niño, adulto. adulto mayor y etapa de gestante no lograron cumplir con la meta, alcanzado el no cumplimiento de 86,5%, 55,4%, 86,5% y 71,6% respectivamente.

Tabla 03: Indicadores sanitarios por etapas de vida de las IPRESS con PIP ejecutados de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

Consolidado de cumplimiento de metas de los indicadores de salud por etapa de vida	Cumplimiento de meta			
	SI		NO	
	f	%	f	%
Etapa de vida niño	10	13,5	64	86,5
Etapa gestante	21	28,4	53	71,6
Etapa de vida adolescente	53	71,6	21	28,4
Etapa de vida adulto	33	44,6	41	55,4
Etapa de vida adulto mayor	10	13,5	64	86,5

FUENTE: Elaboración propia, base de datos de Indicadores de Salud DIRESA Hvca.

De la **tabla 04**, se aprecia que, el 59.5% de las IPRESS con PIP ejecutados adecuadamente no lograron cumplir con las metas de los indicadores de salud, mientras tanto, el 13,5% si lograron cumplir con la meta de los indicadores de salud. Así mismo, el 21.6% de las IPRESS con PIP ejecutados inadecuadamente no lograron cumplir con las metas de los indicadores de salud, mientras tanto, 5,4% si lograron cumplir con la meta de los indicadores de salud.

Tabla 04: Inversión en el sector salud y cumplimiento de indicadores sanitarios de la Región de Huancavelica, 2015-2019.

Inversión en el sector salud	Cumplimiento de indicadores sanitarios				TOTAL	
	SI		NO		f	%
	f	%	f	%		
Adecuada	10	13,5	44	59,5	54	73,0
Inadecuada	4	5,4	16	21,6	20	27,0
TOTAL	14	18,9	60	81,1	74	100,0

FUENTE: Elaboración propia, base de datos

DISCUSIÓN

El Sistema Programación Multianual de Inversión y gestión de la inversión, permite mejorar la provisión de servicios públicos para la población, a través de la optimización del uso de los recursos públicos destinados a la inversión; para lo cual, establece principios, procesos, metodologías y normas técnicas relacionadas al ciclo de la inversión. A efectos de verificar que la población beneficiaria de dichos proyectos está recibiendo los servicios en la cantidad y con la calidad prevista, se requiere evaluar la situación en la que se encuentra cada uno y contrastarla con los resultados alcanzados.

De acuerdo al análisis de los resultados de la investigación, en la tabla 01, se observa, que la mayor inversión pública ejecutada en el sector salud por provincias en la Región de Huancavelica, fueron la provincia de Huancavelica y Tayacaja con el 47,3% y 20,3% respectivamente en establecimientos de primer nivel, esto concuerda con el Análisis de Situación de Salud realizada por la Dirección Regional de Salud de Huancavelica (2019) en el marco de la evaluación de los determinantes y condicionantes de la salud; donde en el apartado de IPRESS, el departamento de Huancavelica cuenta con 402 IPRESS de primer nivel de atención, distribuidos en las 07 provincias, es así que, Huancavelica cuenta con 101 y Tayacaja con 90. Además, estos resultados se corroboran con el RENIPRESS registrados en la DIRESA Huancavelica y MINSA, esto concuerda con Escobar, J. & Ccencho, R. (27), en la investigación, titulado "Influencia del SNIP en la restricción de la ejecución de proyectos en el distrito de Yauli - Hancavelica 2012", quienes concluyeron, que el SNIP influye significativamente en la restricción de ejecución de proyectos productivos en el Distrito de Yauli - 2012.

En la tabla 02, se tiene como resultado, que la mayor inversión pública en el sector salud fue ejecutada por el Gobierno Regional de Huancavelica con el 58.1% y Gobierno Local el 41.9%, se observa que no existe mayor diferencia entre ambos; esto concuerda, porque, la función salud es compartida, tal como se señala en la “Ley Orgánica de Gobiernos Regionales” y “Ley Orgánica de Municipalidades”. Así mismo, según consulta amigable del MEF, la asignación presupuestal de los Gobiernos Locales es equivalente en relación al Gobierno Regional de Huancavelica, porque, se suma los presupuestos asignados a los 101 distritos y 07 provincias, así mismo el Gobierno Regional distribuye su presupuesto por las Unidades Ejecutoras; además concuerda con Manrique, J. & Polonio, J. (21), en la investigación, titulado “La inversión pública nacional, regional y local a nivel departamental y su incidencia en la reducción de la pobreza en el Perú, 2008 – 2015”, quienes concluyeron, que los resultados de los estimadores del modelo, nos indican que hay una relación inversa entre la inversión del gobierno nacional y de los gobiernos locales, sin embargo, el signo positivo del estimador que acompaña a la IGR, aparentemente señala que esta relación es directa, completando con Arpi, R. (23), en la investigación, titulado “Perú, 2004-2013: Inversión Pública en Infraestructura, Crecimiento y Desarrollo Regional”, cuyos resultados revelan que, la inversión pública en infraestructura muestra una tendencia creciente con estacionalidad.

En la tabla 03, se tiene, que el monto máximo alcanzado de la inversión pública en el sector salud fue de S/.10”723 215,6 soles y el monto mínimo de S/.364565,0 soles; tal resultado se atribuye a proyectos ejecutados por el Gobierno Regional de Huancavelica, específicamente en Centros de Salud y la inversión mínima se atribuye a proyectos ejecutados por los Gobiernos Locales, específicamente Municipalidades Distritales, por tener una menor asignación presupuestaria, verificados en la consulta amigable del MEF; este resultado concuerda con León, G. & Benavides, H. (15), en la investigación, titulado “Inversión pública en Colombia y sus efectos sobre el crecimiento y la convergencia departamental”, quienes concluyeron, que el gobierno destine una mayor parte de la inversión pública a programas orientados a cerrar brechas y evitar la polarización en la distribución de los ingresos per cápita departamentales, además se complementa, con Cerda, H. (17), en la tesis doctoral, titulada “Inversión Pública, Infraestructura y crecimiento económico chileno, 1853-

2010”, quien concluye, que la inversión en las infraestructuras productivas contribuyen al crecimiento económico. Respecto a la modalidad de ejecución, en la tabla 04, los proyectos ejecutados por administración directa representan el 56,8% y el 43,2% modalidad por contrata, estos resultados, esto concuerda con lo expuesto por “La Contraloría General de la República (24), según el estudio realizado de la “Efectividad de la inversión Pública Regional y Local 2009 al 2014”, donde se concluye, que las principales modalidades fueron por Contrata y Administración Directa, también concuerda con Torres, L (14), en la investigación, titulado “Gestión de los proyectos de inversión pública y su relación con la ejecución presupuestal en los adicionales de la obra de la municipalidad distrital de la Banda de Shilcayo, periodo 2014-2016”, donde como resultados se indica que la valoración eficiente y muy eficiente de indicadores de la gestión de obras es de 44.8% y 41.2% para las modalidades de contrata y administración directa respectivamente. Respecto a la culminación y transferencia de la inversión ejecutada al sector salud, según la tabla 05, se observa que, solo el 73%, del total de PIP ejecutados realizaron la transferencia al sector; la transferencia del PIP se sustentado por el “Ciclo de Invierte.pe”, porqué, para la fase de funcionamiento del PIP, se necesita la asignación de recursos presupuestarios para garantizar la sostenibilidad en la operación y mantenimiento; tal información se corrobora, realizando la consulta del “Sistema Seguimiento de Inversión (MEF), además se sustenta, según Monje, J. (19), con su estudio, titulado “Equidad e inversión en salud pública en la República del Perú”, quien concluye, que, para optimizar la inversión pública en salud y alcanzar mejores resultados sanitarios, es necesario llevar a cabo una reestructuración técnica y conceptual del Sistema Nacional de Inversión Pública, incorporándole indispensables componentes de eficiencia social, calidad y solidaridad. Respecto a las inversiones ejecutadas en IPRESS por categoría en el nivel de atención, según la tabla 06, se obtuvo el 89.2%, del total de PIP ejecutados fueron Puestos de Salud (I-1 y I-2), este resultado se confirma con el “Diagnostico de Brechas de la función salud en el departamento de Huancavelica” realizada por el Gobierno Regional de Huancavelica en el marco del Invierte.pe, donde se identifican a 402 IPRESS de primer nivel de atención, de las cuales, más del 80% son puestos de salud ubicados en los diferentes distritos de las 07 provincias de Huancavelica.

La prestación de los servicios de salud implica una combinación de elementos tales como recursos financieros, personal, equipamiento, y medicinas, con los requerimientos científicos y médicos exigidos por el sector para brindar intervenciones en salud, Las inversiones en salud se miden a través de los indicadores de salud, los cuales, deben de cumplir las metas establecidas por el sector, permitiendo mejorar la cobertura de los servicios. Por ello, en la tabla 07, se aprecia que, las IPRESS con PIP ejecutados según indicadores de salud de la etapa de vida niño solo 02 indicadores lograron superar el 50%, siendo la reducción de la prevalencia de anemia en niños de 6 a menos de 36 meses de edad y la proporción de niño(a)s de 6 m - 11a que recibieron Atenciones Odontológicas Preventivas Básicas alcanzado el 68,9% y 62,2% respectivamente; así mismo, los otros 06 indicadores alcanzaron menos del 50%, entre ellos: la proporción de niños (as) menores de 5 años con desnutrición crónica, porcentaje de niños(as) menores de 36 meses con CRED completo para su edad, proporción de niños(as) < 5 años, con vacunas completas para su edad, esto concuerda con Monje, J. (19), en su estudio, titulado “Equidad e inversión en salud pública en la República del Perú”, quién obtuvo que, en varias regiones peruanas, entre ellas, Huancavelica y Puno, tienen mayor porcentaje de desnutrición crónica en niños menores de cinco años y mayores tasas de mortalidad infantil, respectivamente, sin embargo, no son precisamente las que invierten más en salud, se detectó falta de capacidad de gestión presupuestal y operativa en el personal a cargo del trabajo sobre inversión pública en salud. Esto a la vez, se relaciona con la tabla 08, porqué, solo la Cobertura de parto institucional alcanzado fue de 55,4%; los 03 indicadores de salud de la etapa gestante restantes lograron menos del 50% de la meta. y el porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo no lograron la meta del 100%. Así mismo, según la tabla 09, se aprecia que, las IPRESS con PIP ejecutados logró el 50% de la meta los indicadores de salud de la etapa vida adolescente, siendo: la proporción de adolescentes con PAIS ejecutado alcanzado el 68,9%. Así mismo, la proporción de niños (as), y adolescentes sesiones de habilidades sociales no lograron superar el 50% de la meta. También, según la tabla 10, se logró cumplir con la meta los indicadores de salud de la etapa vida adulto en un numero de 02, siendo: la proporción de adultos de 30 a 59 años atendidos integralmente y el porcentaje de mujeres 40-69 años que realizaron el examen clínico de mamas en los últimos 12 meses, alcanzado el 51,4% y

68,9% respectivamente; así mismo, en el porcentaje de mujeres de 30-64 años que realizaron tamizaje de detección de lesiones premalignas e incipientes de Cáncer de Cuello Uterino se logró menos del 50% de la meta. Finalmente, según la tabla 11, evidencia que no se logró cumplir con la meta de los indicadores de salud de la etapa vida adulto; alcanzado solo el 13,5%, esto se corrobora con los resultados del Análisis de Situación de Salud realizada por la Dirección Regional de Salud de Huancavelica (2019) en el marco de la evaluación de los determinantes y condicionantes de la salud, a la vez, concuerda con Trujillo, F. (26), en su investigación, titulada “La inversión pública en el sector salud y sus efectos en la cobertura en la Región de la Libertad, 2005-2011”, obtenido como resultado, el descenso en el grado de avance en la ejecución del gasto para el sector salud, permitiendo que la cobertura en atenciones sea baja y deficiente, por el cual, la inversión pública afecta directamente en la cobertura del servicio, tal conclusión, concuerda con la tabla 13, mostrando que solo se cumplió el 18,9% del consolidado de cumplimiento de los indicadores de salud; así mismo según la tabla 12, muestra que, solo se logró cumplir un solo indicador de salud por etapa vida, el cual fue, la del adolescente, alcanzado el 71,6% y no se cumplieron con las metas las otras 04 etapas de vida, siendo; niño(a), adulto. adulto mayor y etapa de gestante, alcanzado el no cumplimiento de 86,5%, 55,4%, 86,5% y 71,6% respectivamente.

La inversión en infraestructura de salud pública se traduce en la mejora de la calidad de vida, esto concuerda con Cruzado, D. (22), en la tesis, titulado “Inversión pública, crecimiento económico y desigualdad en la región La Libertad, 2000-2015”, quien concluye, la relación entre inversión pública y crecimiento económico es directa con una pendiente positiva; evidenciado por los indicadores sanitarios. Es así que, según la tabla 14, se evidencia que, el 59,5% de las IPRESS con PIP ejecutados adecuadamente no lograron cumplir con las metas de los indicadores de salud, mientras tanto, solo el 13,5% lograron cumplir con la meta de los indicadores de salud. Así mismo, el 21,6% de las IPRESS con PIP ejecutados inadecuadamente no lograron cumplir con las metas de los indicadores de salud, mientras tanto, solo el 5,4% lograron cumplir con la meta de los indicadores de salud, esto concuerda con los resultados del Índice de Competitividad Regional 2020 (2), donde Huancavelica se ubicó en el puesto 24 en relación al año 2019, quien ocupó el puesto 22, con incrementos de los índices

de anemia y desnutrición crónica infantil. También es corroborada por Monje, J. (19), en el estudio que realizó, titulado “Equidad e inversión en salud pública en la República del Perú”, quien asegura, que, a pesar de los incrementos significativos, en términos monetarios, de la inversión pública en salud de los últimos años realizada por el gobierno peruano, no ha habido mayor incidencia en reducir las serias inequidades en la asignación de recursos que afectan a las poblaciones más pobres de este país; además, concuerda con Cerdán, K. (20), en la investigación, titulado “Inversión pública en el sector salud y crecimiento económico en el Perú”, quien concluye, que no se evidencia la relación entre la inversión pública de salud y el crecimiento económico; así mismo, Ponce, S. (25), ratifica, en la investigación, titulado “Inversión Pública y Desarrollo Regional”, que, la inversión pública, sí ha favorecido al crecimiento regional en los últimos 15 años, generando un impulso positivo de esta variable explicativa sobre la actividad económica. Sin embargo, ello no es garantía de mejoras sustanciales en la reducción de desigualdades en lo que se refiere a la calidad de vida de la población. Tales afirmaciones se contradicen con Guapi, F. (16), en la investigación, titulada “Inversión Pública y su impacto en el sector social periodo 2007 – 2013” quien concluye, que ha existido grandes avances en los valores destinados al campo social del país, los cuales sin duda alguna han influido directamente en beneficio de la población del Ecuador y en especial de la Cooperativa Esmeraldas Chiquito; a esta afirmación se suma Albuja, A. (4), en la investigación, titulada “Medición del impacto en la economía de la inversión en infraestructura público-privada en países en vías de desarrollo. Aplicación a la economía peruana”, obteniendo como resultado de la ejecución e importancia de los proyectos de infraestructura en la economía, la importancia de la inversión en infraestructura pública y privada en el desempeño económico del Perú, los cuales, tienen efectos importantes sobre el PIB per cápita y por ende al stock de infraestructura pública; además de Sotomayor, D. (42), en la investigación, titulado “Proyectos de inversión pública y su eficacia en la ejecución y evaluación realizados en el distrito de Usicayos en el año 2014”, concluyendo, que, el estado de las operaciones es significativamente eficaces en relación al análisis costo/efectividad/beneficios de los Proyectos Inversión Pública realizados en Distrito de Usicayos en el año 2014, y finalmente ratificado por “La Contraloría General de la República” (24), en la investigación, titulado “Efectividad

de la inversión pública a nivel regional y local durante el período 2009 al 2014”, concluyendo, que la brecha de infraestructura en sectores estratégicos transporte, agua y saneamiento, educación y salud no se cerraría en el año 2021.

Limitaciones

Este estudio analiza datos oficiales, de un sistema de programación multianual de inversiones y gestión de la inversión del INVIERTE.PE, del Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, presenta limitaciones. Primero, no se contaba con información sobre viabilidad de las inversiones. Segundo, que la base de datos de la información del análisis de situación de salud de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica se encontraba desactualizada. Tercero, los registros de las inversiones en salud no se encuentran en la OPMI del Gobierno Regional de Huancavelica.

CONCLUSIONES

La inversión pública durante el 2015-2019 no fue eficaz, por no cumplir con la meta de indicadores sanitarios en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) con inversión en la Región de Huancavelica.

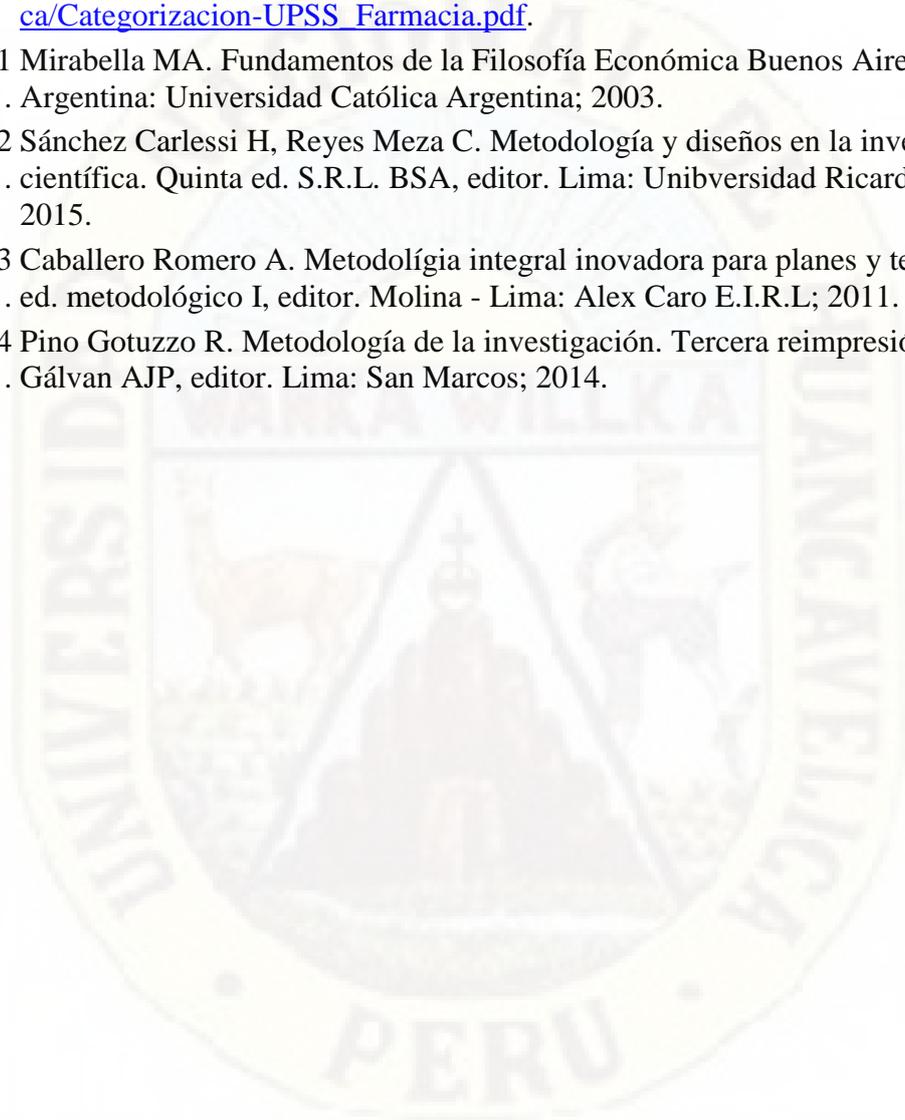
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OPS. Indicadores de Salud. [Online].; 2019 [cited 2020 02 22. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=es.
2. Ecologic studies in epidemiology. Concepts, principles, and methods. [Online].; 1995 [cited 2020 02 21. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=5&lang=es#ref7.
3. Albuja Cruz AR. Medición del impacto en la economía de la inversión en infraestructura público-privada en países en vías de desarrollo. Aplicación a la economía peruana. Barcelona.; 2014.
4. Abusada R, Pastor C, Cusato A. Eficiencia del gasto en el Perú Lima: Instituto Peruano de Economía; 2008.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Salud. [Online].; 2019 [cited 2019 02 6. Available from: <http://iinei.inei.gob.pe/iinei/siemweb/publico/>.

6. Presidencia del Consejo de Ministros & Ministerio de Economía y Finanzas (MEF. Informe Pre Electoral. Administración 2011-2016. In PCM y MEF. Lima; 2016. p. 127.
7. Contraloría General de la República. Causas y efectos de las renegociaciones contractuales de la Asociación Público Privada en el Perú. CGR. 2015;; p. 19.
8. Asociación para el Fomento de la Inversión Nacional (AFIN). Plan Nacional de Infraestructura 2016 -2025: un Plan para salir de la pobreza. Lima;; 2015.
9. Ministerio de Economía y Finanzas. Sistema Nacional de Inversión Pública. [Online].; 2018 [cited 2019 Abril 18. Available from: <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Mensual/default.aspx?y=2015&ap=Proyecto>.
- 10 Diario Gestión. SNIP (QEPD). INVIERTE.PE. 2016 Dec 13: p.
 . <https://gestion.pe/opinion/editorial-snip-qepd-149519>.
- 11 Universidad del Pacífico. Balance de la Inversión Pública: avances y desafíos para consolidarla competitividad y el bienestar de la población. Lima;; 2010.
- 12 Zas Friz J, Ceballos Pacheco A, Belleza Salazar M. Gestión Pública Regional y Municipal Lima: Caballero Bustamante; 2009.
- 13 Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial: infraestructura y desarrollo. Washington;; 1994.
- 14 Torres Bardales LV. Gestión de los proyectos inversión pública y su relación con la ejecución presupuestal en los adicionales de obra de la municipalidad distrital de la Banda de Shilcayo, periodo 2014-2016. Tarapoto;; 2017.
- 15 León G, Benavides Gutiérrez HL. Inversión pública en Colombia y sus efectos sobre el crecimiento y la convergencia departamental. Revista Dimensión Empresarial. 2015; 13(01): p. 57-72.
- 16 Guapi Mullo FJ. INVERSIÓN PÚBLICA Y SU IMPACTO EN EL SECTOR SOCIAL PERIODO 2007 – 2013. Guayaquil;; 2015.
- 17 Cerda Toro HA. Inversión pública, infraestructura y crecimiento económico chileno, 1853-2010. Barcelona;; 2012.
- 18 Perrotti DE, Sanchez RJ. La brecha de infraestructura en América Latina y el Caribe. CEPAL, División de Recursos Naturales e Infraestructura. 2011;; p. Serie N° 153.
- 19 Monje Vargas A. Equidad e inversión en salud pública en la República del Perú. Revista Cubana de Salud Pública. 2011; 37(4): p. 452-461.
- 20 Hernández Mota JL. Inversión pública y crecimiento económico: Hacia una nueva perspectiva de la función del gobierno. Revista Economía teoría y práctica. 2010;; p. 59-95.
- 21 Cerdán Obregón KC. Inversión pública en el sector salud y crecimiento económico en el Perú. 2019..
- 22 Manrique Cáceres J, Polonio Toledo J. La inversión pública nacional, regional y local a nivel departamental y su incidencia en la reducción de la pobreza en el Perú, 2008 – 2015. Aporte Santiaguino. 2007; 10(2): p. 211-224.

- 23 Cruzado Pérez DA. Inversión pública, crecimiento económico y desigualdad en la región La Libertad. Trujillo; 2016.
- 24 Sotomayor Estrada DV. Proyectos de inversión pública y su eficacia en la ejecución y evaluación realizados en el distrito de Usicayos en el año 2014. Juliaca; 2015.
- 25 Arpi Mayta R. Perú, 2004-2013: Inversión Pública en Infraestructura, crecimiento Y desarrollo Regional. Consorcio de investigación económica y social. 2015.
- 26 Contraloría General de la República. Efectividad de la inversión pública a nivel regional. Lima, Perú; 2015.
- 27 Ponce Sono SS. Inversión Pública y Desarrollo Económico Regional. Lima; 2013.
- 28 Trujillo Cubas FE. La inversión pública en el sector salud y su efecto en la cobertura del servicio en la Región La Libertad, 2005-2011. 2013..
- 29 Antayhua Ortiz MdC. Impacto económico de la inversión pública en el Perú, 1980 - 2012. Lima; 2012.
- 30 Escobar Taype JC, Ccencho Quispe R. Influencia del snip en la restricción de la ejecución de proyectos productivos en la etapa de inversión en el distrito de Yauli- ancavelica 2012. Huancavelica; 2012.
- 31 Enríquez Pérez I. Las teorías del crecimiento económico: notas críticas para incursionar en un debate inconcluso. http://www.scielo.org.bo/pdf/rlde/n25/n25_a04.pdf. 2016;: p. 101,105.
- 32 Ministerio de Economía y Finanzas. Inversión Pública. [Online].; 2019 [cited 2019 Abril 18. Available from: <https://www.mef.gob.pe/es/inversion-publica-sp-21787>.
- 33 APOYO Consultoría. Lineamientos para promover la inversión en infraestructura en el Perú 2012-2016. Lima; 2012.
- 34 Escobar J, Torero M. Informe Final: Análisis de los Servicios de Infraestructura Rural y las Condiciones de Vida en las Zonas Rurales de Perú. Lima; 2004.
- 35 Prialé Ugaz M. Snip: Un sistema para verificar la calidad de la inversión pública. Gestión Pública y Desarrollo. 2007;(01): p. 813.
- 36 Shack N. Elaboración del Marco Conceptual para el Diseño del Proceso Integrado de la Programación de la Inversión Pública en el Perú Lima: Dirección General de Política de Inversiones (DGPI del. Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); 2011.
- 37 Dirección Regional de Salud de Huancavelica. Situación de Salud e Huancavelica. [Online].; 2015 [cited 2020 Febrero 22. Available from: http://www.diresahuancavelica.gob.pe/wp_diresa/.
- 38 Dirección Regional de Salud de Huancavelica-Dirección de Epidemiología. Análisis Situacional de Salud. [Online].; 2005 [cited 2019 Febrero 22. Available from: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&alias=79-analisis-situacion-salud-asis-region-huancavelica-2005-9&category_slug=otros-documentos-interes-823&Itemid=1031.

- 39 Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud: Aspectos . conceptuales y operativos. 2018..
- 40 Ministerio de de Salud (MINSA). Norma tecnica de Salud “CATEGORIAS DE . ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD” V.03. [Online].; 2011 [cited 2020 02 26. Available from:
http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceuti ca/Categorizacion-UPSS_Farmacia.pdf.
- 41 Mirabella MA. Fundamentos de la Filosofía Económica Buenos Aires, . Argentina: Universidad Católica Argentina; 2003.
- 42 Sánchez Carlessi H, Reyes Meza C. Metodología y diseños en la investigación . científica. Quinta ed. S.R.L. BSA, editor. Lima: Unibvrsidad Ricardo Palma; 2015.
- 43 Caballero Romero A. Metodolígia integral inovadora para planes y tesis. Primera . ed. metodológico I, editor. Molina - Lima: Alex Caro E.I.R.L; 2011.
- 44 Pino Gotuzzo R. Metodología de la investigación. Tercera reimpresión ed. . Gálvan AJP, editor. Lima: San Marcos; 2014.



APENDICE 08. PROPUESTA DE CUMPLIMIENTO TÉCNICO. SISTEMA NACIONAL DE PROGRAMACIÓN MULTIANUAL Y GESTIÓN DE LAS INVERSIONES

1. Objetivo:

Orientar el uso de los recursos públicos destinados a la inversión para la efectiva prestación de servicios y la provisión de la infraestructura necesaria para el desarrollo del país.

2. Base Legal:

- Directiva General del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (Aprobada con Resolución Directoral N° 001-2019-EF/63.01 de fecha 23.01.2019)

3. Definición:

- Eficacia: Lograr una mejor orientación del gasto de inversión hacia el cierre de brechas más prioritarias.
- Eficiencia: Lograr más activos o infraestructura con igual o menor cantidad de recursos disponibles de inversión.

4. Ciclo de la Inversión:



5. PMI.



6. Ejecución.



Elaboración del Expediente Técnico (ET) o documento equivalente (DE)



Ejecución física de las inversiones públicas

Documentos equivalentes:

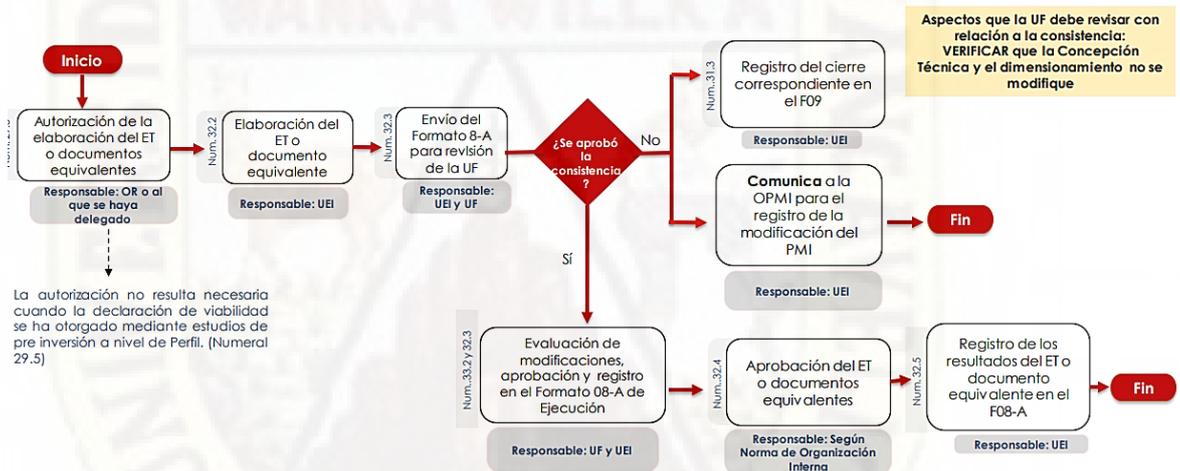
- *Equipamiento: especificaciones técnicas (incluyen los estudios de mercado para los costos referenciales) y
- *Para servicios: términos de referencia.

Expediente Técnico:

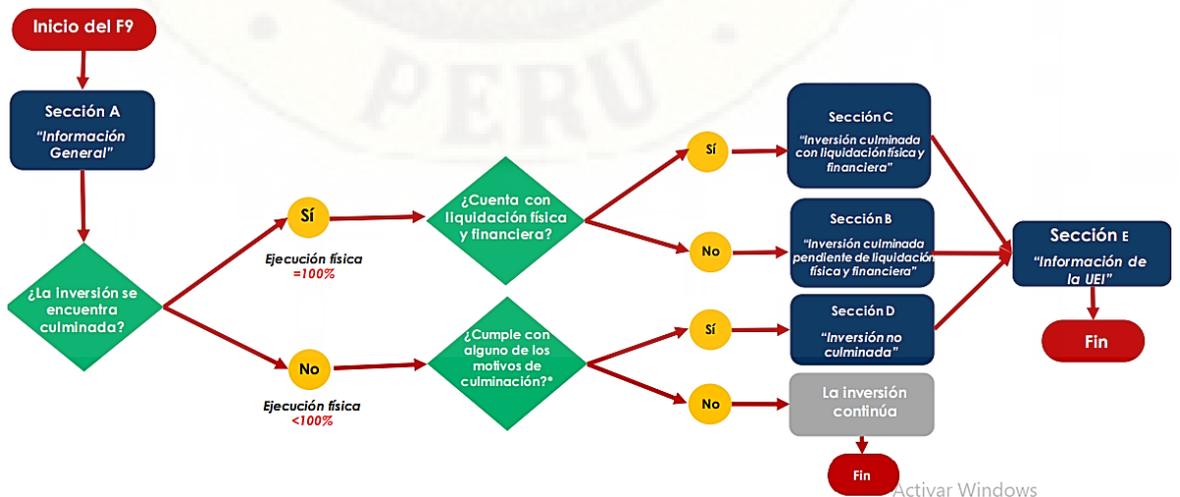
- *Se elabora cuando la inversión comprende por lo menos un componente de obra.

(Art. 5 de la Directiva General)

7. Flujo de proceso del expediente técnico.



8. Cierre de la inversión.



APENDICE 09. PANEL FOTOGRAFICO

The screenshot shows an Excel spreadsheet with the following columns: 'Código', 'Descripción', 'Monto', 'Fecha', 'Estado', 'Tipo', 'Observaciones', and 'Observaciones'. The data is organized into a table with multiple rows of information.

Foto 1. Procesando las inversiones en salud.

The screenshot shows an Excel spreadsheet with columns for 'Código', 'Descripción', 'Monto', 'Fecha', 'Estado', 'Tipo', 'Observaciones', and 'Observaciones'. The data is organized into a table with multiple rows of information.

Foto 2. Procesando los indicadores en salud,



Foto 3. Procesando la base de datos