

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, ADMINISTRATIVAS Y
CONTABLES**
ESCUELA PROFESIONAL DE ECONOMÍA



**Inversión pública en salud y acceso a servicios de salud en la macrorregión centro
del Perú, periodo 2010 - 2022**

**Tesis para optar el título profesional de:
ECONOMISTA**

PRESENTADO POR:

**Bach. Yordano Pariona Ayala
Bach. Diego Manuel Yancce Rodriguez**

Asesor:

Mg. Efraín Castillo Quintero

Ayacucho - Perú

2024

DEDICATORIA

- A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga (UNSCH) alma mater de la educación superior en la región., por haberme acogido en sus aulas universitarias y haberme dado la oportunidad de desarrollarnos profesionalmente.
- A nuestros profesores de la Escuela Profesional de Economía de la UNSCH por compartir sus experiencias, tenernos paciencia, brindarnos el conocimiento y enseñanzas para forjarnos como profesional.
- A nuestro asesor: Mg. Efrain Castillo Quintero, por su gran apoyo en todo el proceso de elaboración y presentación de nuestra tesis.

Diego&Yordano

AGRADECIMIENTO

A mis padres quienes siguen creyendo en mí, con su amor y apoyo incondicional, estuvieron siempre presentes a lo largo de toda mi vida estudiantil y también a mi hermano Miguel, que siempre estuvo orgulloso de mí y que a pesar que ya no esté presente en esta vida siempre recordare su apoyo en los momentos difíciles, contribuyendo incondicionalmente a lograr mis objetivos profesionales. ¡Muchas Gracias!

Diego

A mis padres, quienes se esforzaron en mi educación, dando aliento para seguir luchando por mis metas, mi madre que ya está en el cielo, lo agradezco infinitamente, su amor, dedicación, esfuerzo, para que yo pudiera seguir en este camino de la vida, fueron motivos suficientes para seguir. Mis hermanos y amigos incondicionales, que siempre estuvieron ahí para darme su apoyo. ¡A todos ellos Gracias!

Yordano

RESUMEN

La presente investigación se denominó: “Inversión pública en salud y acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022”, la cual debido a su interés se planteó como principal finalidad analizar la influencia de la inversión pública en salud en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022. En orientación a ello, fue abordada una metodología de tipología aplicada, cuantitativa y correlacional. La recopilación de la información procedió de fuentes como el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), empleando el análisis documental como técnica. Además, la muestra se conformó por las regiones de Ica, Junín, Pasco, Ayacucho, Huancavelica y Huánuco. La conclusión a la que se arribó fue que la inversión pública en salud influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022; ello se corroboró económicamente a un nivel de significancia del 5% ($p\text{-valor}=0.00 < 0.05$). Además, se evidenció que ante un incremento del 1 % en promedio de la inversión pública en Salud, incrementa en 13.05 % el acceso a servicio de Salud en las Macrorregiones del Perú.

Palabras clave: Inversión pública, salud pública, acceso a la salud

ABSTRACT

The present research was entitled: "Public investment in health and access to health services in the Central Macroregion of Peru, period 2010-2022", which, due to its interest, its main purpose was to analyze the influence of public investment in health on access to health services in the Central Macroregion of Peru, period 2010-2022. For this purpose, an applied, quantitative and correlational methodology was used. The information was collected from sources such as the Ministry of Economy and Finance (MEF) and the National Institute of Statistics and Informatics (INEI), using documentary analysis as a technique. In addition, the sample consisted of the regions of Ica, Junín, Pasco, Ayacucho, Huancavelica and Huánuco. The conclusion reached was that public investment in health significantly influences access to health services in the Central Macroregion of Peru, period 2010-2022; this was corroborated econometrically at a significance level of 5% ($p\text{-value}=0.00 < 0.05$). In addition, it was shown that an average increase of 1% in public investment in health increases access to health services in the macro-regions of Peru by 13.05%.

Keywords: Public investment, public health, access to health care.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
INTRODUCCIÓN.....	ix
I. REVISIÓN DE LITERATURA.....	12
1.1. Marco histórico.....	12
1.1.1. Inversión Pública.....	12
1.1.2. Acceso a servicios de salud.....	13
1.2. Sistema teórico	15
1.2.1. Inversión pública en salud.....	15
1.2.2. Acceso a los servicios de Salud.....	21
1.3. Marco conceptual.....	25
1.4. Marco referencial.....	27
II. MATERIALES Y MÉTODOS.....	32
2.1. Tipo y nivel de investigación	32
2.2. Población y muestra.....	33
2.3. Fuentes de información.....	33
2.4. Diseño de investigación	33
2.5. Técnicas e instrumentos	34
III. RESULTADOS	36

3.1.	Análisis descriptivo.....	36
3.2.	Análisis inferencial	49
3.2.1.	Hipótesis general	49
3.2.2.	Hipótesis específica 1	51
3.2.3.	Hipótesis específica 2	54
IV.	DISCUSIÓN.....	57
	CONCLUSIONES.....	61
	RECOMENDACIONES.....	62
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
	ANEXOS	70
	Anexo 1. Matriz de consistencia	71
	Anexo 2. Matriz de Operacionalización	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Ejecución de inversión pública en salud en Ayacucho, periodo 2010-2022.....	36
Figura 2. Ejecución de inversión pública en salud en Ica, periodo 2010-2022.....	36
Figura 3. Ejecución de inversión pública en salud en Junín, periodo 2010-2022	37
Figura 4. Ejecución de inversión pública en salud en Huancavelica, periodo 2010-2022.....	38
Figura 5. Ejecución de inversión pública en salud en Pasco, periodo 2010-2022.....	38
Figura 6. Ejecución de inversión pública en salud en Huánuco, periodo 2010-2022.....	39
Figura 7. Ejecución de inversión pública en salud individual y colectiva en Ayacucho, periodo 2010-2022.....	40
Figura 8. Ejecución de inversión pública en salud individual y colectiva en Ica, periodo 2010-2022.....	40
Figura 9. Ejecución de inversión pública en salud individual y colectiva en Junín, periodo 2010-2022.....	41
Figura 10. Ejecución de inversión pública en salud individual y colectiva en Huancavelica, periodo 2010-2022	43
Figura 11. Ejecución de inversión pública en salud individual y colectiva en Pasco, periodo 2010-2022.....	43
Figura 12. Ejecución de inversión pública en salud individual y colectiva en Huánuco, periodo 2010-2022.....	44
Figura 13. Acceso a servicios de salud en Ayacucho, periodo 2010-2022	45
Figura 14. Acceso a servicios de salud en Ica, periodo 2010-2022.....	45
Figura 15. Acceso a servicios de salud en Junín, periodo 2010-2022	46
Figura 16. Acceso a servicios de salud en Huancavelica, periodo 2010-2022.....	47
Figura 17. Acceso a servicios de salud en Pasco, periodo 2010-2022.....	47
Figura 18. Acceso a servicios de salud en Huánuco, periodo 2010-2022.....	48

INTRODUCCIÓN

Entre las principales inversiones de un país respecto a su desarrollo socioeconómico se encuentra el sector salud; en ese sentido, entre las principales economías mundiales de Europa se tiene que en España, que tiene una inversión pública en salud del 73,26%, que fue equivalente al 7,85% de su PBI; esta cifra fue similar a lo que se pudo ver en Alemania, donde su inversión pública en salud equivalió a 86,02% y en su PBI al 11,02%; en Reino Unido fue de 86,02% su inversión total en salud y en PBI, 9,90%; para Francia fue equivalente al 84,76% de inversión del PBI al 15,95%; y en Estados Unidos el 84,76% de su inversión está orientada a la salud, representado el 15,95% de su PBI.

No obstante, en Latinoamérica se observa una disminución referente a la inversión destinada a la salud pública, ya que se visualizó que en Argentina, la inversión en salud equivale al 62,61%, representado en 16,05% de su PBI; en Bolivia es el 68,53%, equivalente al 11,52% de su PBI; en Brasil el 40,88%, abarcado el 10,26% de PBI; en Chile su inversión asciende a 64,44% y el 5,83% de su PBI; en Colombia el 78,62% de inversión, equivalente a 17,49% del PBI; en Ecuador 52,82% de inversión total y 11,92% respecto a su PBI; para el caso peruano la inversión total destinada a salud resulta ser un tanto aproximada a los mencionados. (Datosmacro.com, 2022).

Asimismo, se observan disparidades respecto a los accesos a los servicios de salud, ya que en los países con economías más desarrolladas hay más variedad en los servicios; mientras que, en los menos desarrollados, el acceso es más precario; por lo que, una de cada 41 mujeres fallece por causas relacionadas con maternidad. En los países subdesarrollados, a diferencia de los países con mayor ingreso económico, fallecen una por cada 33 300 mujeres. Por otra parte, en más del 90 % de los países de ingresos bajos existen menos de cuatro enfermeros y profesionales de partería por cada 1000 personas. (Organización Mundial de Salud, 2022).

Expuesto ello, la realidad nacional no es ajena a la problemática, ya que a la actualidad los servicios de salud por parte de la población resultan ser uno de los problemas principales que se aqueja, razón por la cual muchas de las personas no contarían con una adecuada atención y prevención de enfermedades, puesto que no contarían con un seguro de salud que cubra dichos servicios, e incluso muchos de estos servicios no serían de calidad. Se presume que ello se debería a la inversión en salud que se destina año tras año.

Entonces, dentro de la inversión pública en salud explícitamente para la Macrorregión concerniente a las regiones Ica, Junín, Pasco, Ayacucho, Huancavelica y Huánuco, la inversión individual abocada a los grupos funcionales de atención médica básica, especializada, servicios de diagnósticos y tratamiento; y colectiva en función de la regulación y control sanitario, control epidemiológico, control de riesgos y daños para la salud sería poca ya que los servicios brindados no serían apropiados frente a las necesidades de la población por lo que muchos de los ciudadanos optarían por no ir a sus establecimientos de salud o buscar otras alternativas, perjudicando de ese modo su estado de salud.

Asimismo, la relación frente a estos hechos se observaría por la influencia a los accesos a servicios de salud, en el sentido de que no habría una equidad justa para la cobertura en toda la ciudadanía concerniente a las regiones abordadas; por lo cual su tasa de acceso a seguro de salud y la tasa de condición de salud serían mínimas respecto a la demanda poblacional, ocasionando así que muchas personas no sean atendidas, perjudicando a su estado de salud.

Es en ese sentido, que surgió la necesidad de abordar esta investigación, debido a que de continuarse con estos inconvenientes es muy probable que siga habiendo una gran cantidad poblacional en las regiones Ica, Junín, Pasco, Ayacucho, Huancavelica y Huánuco no atendidas debidamente por la baja inversión en la salud pública, generando así el empeoramiento de malestares e incremento de brechas de desigualdad social y de salud en la población. Por ello

se planteó como principal interrogante: ¿De qué manera la inversión pública en salud influye en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2011-2021?

En orientación a lo anterior, se estableció como principal finalidad analizar la influencia de la inversión pública en salud en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2011-2021. Los objetivos específicos que se plantearon fueron: (a) Evaluar la influencia de la inversión pública en salud individual en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2011-2021, y (b) Evaluar la influencia de la inversión pública en salud colectiva en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2011-2021.

Resulta importante indicar que el desarrollo del presente estudio se encuentra ampliamente fundamentado, tanto es así que se justifica en diversos planos. A nivel teórico, se buscará generar contraste respecto a las teorías del capital humano por Schultz y de la justicia por Rawls, las cuales mediante su enfoque permitirán responder a los resultados hallados en el desarrollo de la investigación; asimismo, se buscará generar discusión frente a los resultados obtenidos por antecedentes con los hallazgos propiamente del presente estudio. A nivel práctico, al ser un tema recurrente en la mayoría de instituciones del sector público, se tiene por finalidad el alcance de objetivos en interés de contrastar la hipótesis planteada y asimismo sugerir, por medio de las recomendaciones, las propuestas de solución frente a la problemática dirigida a las autoridades pertinentes. Y a nivel social, se busca que los conocimientos proporcionados por el presente estudio sean dirigidos a las autoridades del sector salud correspondientes a los departamentos abordados, a fin de que mediante las propuestas puedan escoger las alternativas de solución de mayor factibilidad en beneficio de la población usuaria de cada departamento.

I. REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. Marco histórico

1.1.1. Inversión Pública

La inversión pública tiene sus orígenes desde el siglo XVIII, situada en Francia el pensamiento que se abocaba al fomento activo del comercio y la industria, bajo la teoría mercantilista; años después, Smith, en 1776, sostuvo la idea de que el Estado en la inversión tenía un rol limitado, donde su función solamente se debía abocar al fomento de la competencia y dejar al mercado asumir sus roles, ya que ello conllevaría a que, mediante la competencia, las empresas ofrezcan mejores bienes y servicios, esta corriente tuvo mayor predominio en el siglo XIX por los ingleses Stuart y Nassau, quienes aseveraron que el Estado debía permitir al sector privado hacer todo lo correspondiente en la economía estando a un lado sus regulaciones y controles al sector privado; sin embargo, en el mismo siglo XIX surge otra corriente opuesta a la ya mencionada, tomando como principales representantes a Marx, Sismonfi y Owen, quienes aseveraron que el dejar todo al sector privado conlleva a desigualdades socioeconómicas en la población, así sostiene la intervención máxima del Estado en el control de la producción, economía y sociedad, finalmente surge en otra corriente Owen, quien afirma que no es necesario dejar todo al sector privado o al público, sino un equilibrio con participación de mercados, regulaciones del Estado y empresas privadas como el eje para la economía; (Stiglitz, 2000).

Keynes, en 1940, por su parte, sostuvo sobre la base de la inversión pública que, en cuanto mayor sea su volumen netamente de impuestos, mayor será el efecto en totalidad sobre el empleo. En vista de ello, la acción pasa a ser denominada como pro-déficit debido a que el gobierno gasta más de lo que recauda con sus impuestos. Asimismo, sostuvo la importancia de generar políticas de gestión de demanda por medio del presupuesto público bajo el interés de combatir al desempleo, tomando como apoyo el efecto multiplicador en las épocas de crisis,

no obstante, al ser genéricas estas afirmaciones se establecieron mecanismos de intervención gubernamental para alcanzar las perspectivas políticas. (Arana, 2021)

Por otra parte, Kalecki en 1945 sostuvo que la inversión pública debe darse a realizar solamente en la condición de que sirva para un fin razonable y el exceso de gasto público solo es necesario cuando se busca mantener el pleno empleo encima del nivel razonable de inversión pública destinado al consumo; asimismo, sostuvo que la inversión pública en infraestructura surge porque existen fallos de mercado donde las empresas privadas no pueden lucrar, pero es importante para la población, es allí donde el Estado conlleva estas actividades sin competición, sino por fin social. Por otro lado, la búsqueda del pleno empleo parte de dos principios el primero, la inversión pública se basa excesivamente en el gasto como subsidio al consumo de los sectores con más pobreza de la población, ello genera el pleno empleo en combinación con la inversión privada, ya que es necesario el aumento proporcional de la capacidad productiva del equipo al incremento del ingreso nacional del pleno empleo. Segundo, la inversión del Estado sostiene una tasa requerida para la satisfacción hacia las necesidades de sus comunidades. (Salazar, 2020).

1.1.2. Acceso a servicios de salud.

La consolidación de los accesos a los servicios de salud pública se consolida desde el año 1851 luego de desarrollarse la Primera Conferencia Sanitaria Internacional situada en París; consecuentemente, hacia el año 1938 hubo 14 conferencias bajo el mismo nombre y fundamentos. Asimismo, mediante el estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud, en la séptima conferencia establecida en 1892, se hallaron los primeros resultados tangibles; las discusiones durante este periodo tuvieron matiz por confrontaciones de gestión y políticas exteriores, y a la actualidad la salud pública busca lidiar contra estas enfermedades tangibles adaptando cada país modelos de confrontación donde el acceso a los servicios básicos son la principal herramienta para la sociedad. (Rojas, 2019).

Asimismo, la salud no queda como un concepto estático, sino que partió por una evolución hasta situarse a la actualidad, sus variaciones tuvieron relación con la historia, cultura y tradiciones, desde el momento en que los humanos eran cazadores o recolectores, su tiempo de vida era corta, ya que lidiaba con problemáticas como la búsqueda de comida en su sobrevivencia; con el pasar del tiempo a mediados del siglo V, los pensamientos cambiaron; sin embargo, el concepto de la enfermedad no era basada en la ciencia sino en la religión, mitos y supersticiones, en ese tiempo es que surge como un intento de contestación a los mitos, el corpus hipocrático como una intención temprana de pesar en las enfermedades como un desequilibrio en el ser humano con su medio ambiente, siendo Hipócrates el griego padre de la medicina como el máximo referente, ya que se distancia de las creencias místicas y entiende a la enfermedad como un suceso natural, concentrándose más en el paciente que en la enfermedad, tomando también a la prevención como la principal solución al mal, estableciendo dietas, tratamientos, y restaurando la salud; siglos después, en los años de 1700 al encontrarse en las épocas de la industria, la Salud Pública desde el continente europeo y norte americano determinaron sus esfuerzos en el saneamiento como principal herramienta en la salud, la industrialización conllevó a que los municipios y gobiernos se encarguen de ofrecer todos los servicios de salud a su población, esto se sitúa principalmente en Londres y París, tomando a la salud pública como una disciplina, ya al siglo XX surge la preocupación por abordar a la educación e industrialización como los principales ejes en la tecnología médica para ofrecer una salud pública mejorada con servicios efectivos para su población (Maldonado et al., 2019).

La salud pública tiene un origen visto como disciplina desde hace más de 250 años; sin embargo, la bioética es recientemente, estando situada su entrecruzamiento en ambas a comienzos del año 1990. Asimismo, los emprendimientos que se tuvieron en la salud pública fueron dependientes de las problemáticas sanitarias a nivel nacional, regional, desde la capacidad de resolución técnica y económica en sus abordajes, así como en la voluntad política

para desarrollar políticas públicas sanitarias, o la preferencia de responsabilidades en la ciudadanía. Además, la salud pública estuvo, desde sus inicios, retada a incertidumbres, las cuales al ser resueltos permitieron su desarrollo. (Kottow, 2014).

1.2. Sistema teórico

1.2.1. Inversión pública en salud

La inversión pública es una herramienta que permite reducir las brechas de la pobreza, busca la accesibilidad en el mejoramiento de los servicios básicos de sanidad, apoya al desarrollo sostenible e inclusivo, asimismo, mejora el rendimiento y competitividad de la región, además estas inversiones del Estado tienen en cuenta la participación de corto tiempo según los fondos públicos tomando parcialmente, bajo la finalidad de establecer, desarrollar, progresar, innovar, actualizar y en la recuperación de bienes y servicios que satisfacen las necesidades esenciales de la población. En ese sentido, las inversiones del Estado tienen el objetivo del mejoramiento en la calidad de vida poblacional y crecimiento en la comunidad. Por medio de las inversiones públicas, las autoridades del Estado deben responder a las necesidades de la población como a su vez a las prioridades de desarrollo local, los cuales aportan al mejoramiento de la calidad de vida de modo responsable. (Quispe et al., 2020).

Asimismo, la inversión pública es definida como los recursos que tiene el Estado para crear, incrementar, modernizar, reponer, reconstruir y refaccionar la capacidad de la nación respecto a la producción de bienes y servicios bajo el interés de aumentar el bienestar en la sociedad. Además, es también definida como toda erogación de recursos provenientes del dominio público, bajo el fin de poder ampliar la capacidad del país en el desarrollo de servicios y bienes hacia toda la población. Por tanto, se crea, incrementa, mejora y repone el capital físico correspondiente al dominio público; asimismo, estos fondos son inversión cuando la finalidad es pretender ejecutarse estando establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo, sujetas

a una metodología que faculta la identificación, ejecución y evaluación. (Guerra y Castañeda, 2020).

Además, desempeña un rol trascendental en el desarrollo de una economía, ello es respaldado por las teorías de crecimiento económico basadas en modelos que se relacionan la inversión pública con la tasa de crecimiento en el largo plazo de un país, en ese sentido, las corrientes con mayor profundidad al tema son la keynesiana y nekeynesiana; cabe añadirse también que la inversión pública compete a los gastos del sector público direccionados hacia la creación de infraestructura económica, capacidad de producción y productividad, donde el sustento financiero de este gasto es por medio de los ingresos fiscales. Además, la ingestión pública presenta entre sus influencias una dotación especial para el capital físico y humano, lo cual conlleva a una dilatación de factores productivos, generando capital público a disponibilidad de todo agente productivo como bien público, utilizables en el consumo a corto plazo y la inversión en estructura productiva a largo plazo. (Manrique y Narváez, 2020).

Por otra parte, la eficiencia en la ejecución de inversión pública implica el uso de un conjunto de herramientas que otorgan el aseguramiento de actividades y obras públicas efectuadas de manera efectiva, tomando como base ciertos criterios que puedan mejorar la prestación de bienes y servicios públicos en su calidad a beneficio de la población objetiva. Entonces, la inversión del Estado es de suma importancia, ya que implica una serie de acciones en desarrollo para alcanzar los objetivos propuestos; por tanto, su administración en el gasto debe ser eficiente, logrando la satisfacción en la población frente a sus múltiples necesidades, lo cual va acompañado de la calidad de gestión, evaluándose bajo indicadores y cumplimiento de metas en el desarrollo de la inversión.(Soto, 2021).

Por otra parte, uno de los elementos de soporte que complementan a las inversiones públicas es la política económica, la cual, en conjunto, busca direccionar el destino de los fondos públicos hacia el crecimiento económico o pretender reducir los niveles de pobreza; para el primer caso, se conduciría al incremento de mano de obra por demanda, buscándose la incorporación de las personas en pobreza hacia diversas actividades económicas, a fin de que puedan incrementar sus ingresos económicos; para el segundo caso, la inversión se destina hacia la ejecución de proyectos abocados a la infraestructura de producción como transporte, riego, entre otros. (Orco, 2020).

1.2.1.1. Características de la inversión pública en salud.

Los principales rasgos respecto a la inversión pública vienen a los siguientes (Garcés, 2021):

- Eficiencia. Es determinada en la etapa de preinversión, cuando el desarrollo de capacidades en los niveles de gobierno, dentro de ello se establece la programación estratégica de la inversión pública, seguimiento y mejoramiento de procesos para disminuir trabas burocráticas.
- Transparencia. La información es índole pública para todo civil que desee monitorear la ejecución del gasto, tanto a nivel genérico como a detalle.
- Institucionalidad. Se presenta con base en el marco normativo de la inversión pública, teniendo un órgano rector, así como órganos específicos dentro de las instituciones del Estado.
- Tecnicismo. Son las directivas y guías metodológicas que minimizan la discreción en la formulación y evaluación, principalmente en la fase de preinversión, definiendo contenidos mínimos, parámetros y normatividades técnicas para las evaluaciones, verificaciones en viabilidad y demás documentarias de ordenamiento normativo.

Cabe añadirse también que, en cada nación, se tiene dentro de sus prioridades de gobierno el impulso a su desarrollo económico. Para ello entra en consideración el funcionamiento ágil de las instituciones públicas y la eficiente gestión de recursos. En vista de ello, la inversión pública presenta como finalidad principal el poder atender las necesidades sociales de la población, específicamente temas abocados a la infraestructura, educación, salud y facilitación de productividad hacia las pequeñas y medianas empresas. Entonces, el Estado es el encargado de otorgar servicios de calidad para la ciudadanía pública. Por ello, debe disponer de recursos económicos básicos para el abastecimiento en la demanda social. Además, es vital al momento de impulsar un crecimiento en la economía por medio del desarrollo e infraestructura física, para así reactivar sectores estratégicos como el campo de la salud, estando inmersa la creación de nuevos hospitales y centros de salud, así como también dotaciones de equipos e insumos médicos profesionales, siendo determinantes en la atención de necesidades básicas. (Carpio y Solano, 2021).

La salud es determinada como un bien público de suma importancia, ya que dispone el bienestar general de toda una sociedad sumado con la educación; por tanto, es una capacidad básica en la productividad, crecimiento económico y desarrollo humano, por ende, es considerada inversión. En ese sentido, los resultados sociales se establecen en la reducción de pobreza y desigualdad; entonces, en su acepción de mayor simplicidad, los insumos económicos dirigidos al sector salud se exponen en una parte como consumo y en otra como inversión. La parte destinada a la inversión busca el mejoramiento en el producto del trabajo y el rendimiento por periodo ampliado, dicho rendimiento es lo alcanzado con base en la atención de salud del individuo, así como los ahorros alcanzados en los gastos de salud futura, entonces este efecto económico es

semejante a la inversión de bienes de capital y derivación; entonces la inversión a la salud es una inversión social. (García et al., 2017).

1.2.1.2. Teoría asociada a la variable inversión pública en salud.

1.2.1.2.1. Teoría del capital humano por Schultz.

Concordando con la teoría de Schultz (1960) citado por Pérez y Castillo (2016), establece que es indispensable para una nación invertir en su población por medio de la educación y salud, determinándose su efecto en la mejoría como sociedad y crecimiento territorial económico.

(...) El conocimiento y la salud determinan el incremento de la productividad individual y el crecimiento económico (...) definió que los factores de producción decisivos para el mejoramiento del bienestar de los pobres no son el espacio, la energía y la disponibilidad de tierra cultivable sino el mejoramiento de la calidad de la población, los adelantos en el conocimiento y el mejoramiento de habilidades; a su vez determinó el capital humano como aquel que incluye componentes cualitativos, tales como la habilidad, los conocimientos y atributos similares que afectan la capacidad individual para realizar el trabajo productivo, también planteó que los gastos introducidos para mejorar estas capacidades aumentan el valor de la productividad del trabajo y producirán un rendimiento positivo (p.654).

Entonces, al dirigirse la inversión pública hacia la salud de la población, otorga que se genere un bienestar en el mediano y largo plazo, con lo cual podrán, complementario con la educación, ser productivos en sus actividades económicas, generando retribuciones en beneficio del Estado.

1.2.1.3. Indicadores.

Inversión en salud individual

Esta inversión va abocada al direccionamiento de un conjunto acciones relacionadas con el tratamiento, recuperación y rehabilitación en los usuarios públicos; ante ello tiene tres principales grupo funcionales, primero, la atención médica básica; cuya atención es dable cuando la complejidad es baja, asimismo sus acciones complementarias son la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento oportuno hacia las necesidades de mayor recurrencia en la salud; segundo, la atención médica especializada, comprende atenciones de rigor medio y alto en complejidad, los servicios brindados son realizados a nivel resolutivo de especialización y tecnificación, tercero, servicios de diagnósticos y tratamiento, va orientado la atención al diagnóstico clínico y tratamiento de enfermedades de alta complejidad (Ministerio de Economía y Finanzas, 2011).

Inversión en salud colectiva

Es la inversión abordada a una serie de atenciones en búsqueda de la promoción de la salud, actos preventivos a posibles riesgos y daños que afecten a toda una población. En ese sentido, actúa en intervención para la regulación y control sanitario; sus principales grupos funcionales son tres: primero, regulación y control sanitario, el cual abarca un conglomerado de acciones orientadas hacia la formulación y aplicación de normatividades en la salud de las personas y su entorno; asimismo, fiscaliza el cumplimiento de normatividades e inspecciones sanitarias. segundo , el control epidemiológico, el cual se enfoca en la vigilancia hacia los riesgos en la salubridad poblacional, reducción de riesgos de enfermedades y muertes; tercero, control de riesgos y daños para la salud, abarca al desarrollo de actividades de prevención y lucha contra las enfermedades de transmisión y no transmisión, los cuales pueden ser evitados por

medio de vacunas y otras intervenciones endémicas, que conlleven al tratamiento de individuos, establecimiento de medidas de vigilancia y epidemiológicas. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2011).

1.2.2. Acceso a los servicios de Salud

El acceso a los servicios de salud es definido como un procedimiento por el cual la población usuaria puede ser satisfecha completamente en la cobertura de salud pública, frente a ello, el acceso se establece como el ajuste de servicio hacia la población en el abarcamiento de una línea de proceso cultural, de actitud cognoscitiva y conductual, por otra parte, se aborda la accesibilidad cuando se acortan ciertos obstáculos que impiden el servicio, entre ellos se tienen los siguientes puntos: a) Geográfica. Presentándose como un impedimento la distancia del usuario con los servicios de salud y la falta de comunicación entre los medios tradicionales y modernos con las personas. b) Económica. Relación de los costos indirectos del usuario hacia los servicios de salud en su atención. c) Administrativa. Los procedimientos de toda institución caen en burocracia, lo cual hace dificultoso el acceso, y d) Simbólico-cultural. Costumbrismo y hábitos propiamente de la población, lo cual conlleva a que exista una brecha cultural entre los usuarios y la prestación de servicios. (Fuentes, 2017).

Por tanto, la salud de una población se vincula directamente con el desarrollo humano y el crecimiento económico. En vista de ello, el papel del sistema de salud tiene como fin la atención de abastecer satisfactoriamente a todas las necesidades de la población, con lo cual deben desarrollarse y sostenerse mecanismos de estructura, funcionamiento de organización y financiación respecto a la calidad de atención. Por tal razón, el acceso a dichos servicios es determinado sin discriminación a un sector poblacional, brindando oportunidad y equidad, lo cual conlleva a la implementación de políticas y acciones que fomenten la calidad de servicios, promoción a la salud y su bienestar. Por tanto, el acceso es un tema abocado a los derechos humanos. (Rivera et al., 2020).

Asimismo, se logra un sistema de accesibilidad eficiente, cuando existe una equidad social en la cobertura sanitaria universal; es decir, accesibilidad en los medicamentos y vacunas que otorguen seguridad a todos. Como resultado, estos accesos correspondientes a la salud pública son un componente trascendental en el desarrollo socioeconómico de un país, lo cual implica la eliminación de barreras financieras y exponerse como una oferta adecuada de servicios de calidad acorde con los rasgos poblacionales. (Gutiérrez et al., 2019).

Consiguiente con lo expuesto, la Organización Mundial de la Salud definió que es prioritario en todas las naciones, la implementación de una Cobertura Universal de Salud (CUS), siendo un mecanismo que provea de acceso a toda la población y comunidad los servicios de salud necesarios para su calidad de vida, estando entre sus componentes materia de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, buscándose la equidad y justicia, no buscando lucrar en la salud pública; en ese sentido, los lineamientos de esta cobertura van asignados a la cobertura poblacional en la accesibilidad de servicio de salud, el mejoramiento de estos servicios y su ampliación en la oferta de servicios y, por último, la protección contra el riesgo financiero al usarse estos servicios. (Gutiérrez et al., 2018).

De acuerdo con el Ministerio de Salud (2022), la atención de servicios básicos en su accesibilidad es brindada en el Primer Nivel de Atención (PNA), el cual se sitúa como la primera entrada de la población al sistema de salud, comprendiendo atenciones cuya complejidad es baja, bajo el fin de prestar finales e intermedios por parte de los centros de salud en el desarrollo de actividades preventivas, promocionales, diagnósticos y tratamientos oportunos; se precisan cuatro servicios de atención básicos, los cuales son:

- Los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC), los cuales abarcan una serie de actividades educacionales direccionadas al cuidado de la salud de la madre y en menores de 36 meses. En este apartado se presentan acciones de vigilancia por el

personal de salud y actores de las comunidades, se gestionan reuniones en las tomas de decisiones orientadas al mejoramiento de acceso en servicios de salud para las familias.

- La atención de servicios de salud hospitalarios desarrolla una serie de actividades concernientes a las atenciones de salud en mediana y alta complejidad, bajo el fin de prestar servicios finales e intermedios a responsabilidad de los hospitales, con un nivel de resolución en especialidad y tecnificación; en estos servicios se presentan actividades de asistencias, diagnósticos, terapias rehabilitadoras y cuidados al paciente.
- La atención de institutos especializados desarrolla la presentación de servicios de salud con alta capacidad resolutive; es decir, se desarrollan propuestas normativas y estrategias correspondientes a la autoridad nacional de salud, innovaciones tecnológicas, sustentadas por la investigación y docencia clínica hacia un grupo etario.
- La atención especializada en salud pública es brindada por medio de la red de laboratorios abocados a la salud pública, cuyo fin es la incorporación de una serie de procedimientos abocados al control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, alimentación y nutrición, producciones de biológicos, control a la calidad de alimentos y fármacos, protección al medio ambiente centrado en la salud de las personas y salud intercultural, todo ello con el fin de elevar la calidad de vida en la población usuaria.

1.2.2.1. Teoría relacionada con el acceso a servicios de salud

1.2.2.1.1. Teoría de la justicia por Jhon Rawls.

La teoría propuesta por Rawls (1971) citado por Tarupia (2019), establece la importancia de una equidad justa en el acceso a servicios sociales sin actos discriminativos que favorecen a la dignidad humana, reportada:

La justicia se basa en una combinación especial entre la dimensión negativa de la libertad y el principio de igualdad. Por un lado, el papel atribuido a las instituciones y, por otro, el énfasis que hace en la necesidad de condiciones y

medios para que las personas tengan las mismas oportunidades de ejercer su libertad. Dentro de las posturas derivadas del enfoque rawlsiano se encuentra el planteamiento de Margareth Whitehead, retomado por la Organización Mundial de la Salud (...); que refiere a la equidad como la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible. En sintonía con estas propuestas de equidad, surge el planteamiento de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). Esta postura reconoce y reivindica la relevancia de lo social en la etiología de los problemas de salud (p.49).

Entonces, la teoría vista desde el enfoque social se expone como un determinante a favor del desarrollo integral en el bienestar general de la población, con lo cual prevalece la importancia de los derechos humanos.

1.2.2.2. Indicadores.

Tasa de acceso a seguro de salud

Las tasas de acceso a los servicios de salud vienen a ser el seguro integral de salud, SIS, Essalud y otros seguros; estos son subsistemas que buscan el bienestar de las personas a raíz de la inversión del Estado en la salud pública, la tasa determina la cantidad de acceso poblacional, es decir es el acceso a servicios de salud porcentualmente con de seguro de salud por regiones y años (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018).

Tasa de condición de salud

Es la tasa que representa el estado de salud de la población usuaria a la salud pública; frente a ello, la tasa determina el porcentaje de personas sanas y no sanas por regiones y años. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018).

1.3. Marco conceptual

Inversión Pública

La inversión pública es una herramienta que permite reducir las brechas de la pobreza, busca la accesibilidad en el mejoramiento de los servicios básicos de sanidad, apoya al desarrollo sostenible e inclusivo, asimismo, mejora el rendimiento y competitividad de la región. (Quispe et al., 2020).

Inversión en salud individual

Esta inversión va abocada al direccionamiento de un conjunto de acciones relacionadas con el tratamiento, recuperación y rehabilitación en los usuarios públicos; ante ello, tiene tres principales grupos funcionales: la atención médica básica, especializada y servicios de diagnóstico.(Ministerio de Economía y Finanzas, 2011).

Inversión en salud colectiva

Es la inversión abordada a una serie de atenciones en búsqueda de la promoción de la salud, actos preventivos a posibles riesgos y daños que afecten a toda una población; en ese sentido, actúa en intervención para la regulación y control sanitario. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2011).

Acceso a servicios de Salud

El acceso a los servicios de salud es definido como un procedimiento por el cual la población usuaria puede ser satisfecha completamente en la cobertura de salud pública. Frente a ello, el acceso se establece como el ajuste de servicio hacia la población en el abarcamiento de una línea de procesos culturales. (Fuentes, 2017).

Tasa de acceso a seguro de salud

Las tasas de acceso a los servicios de salud vienen a ser el seguro integral de salud, SIS, Essalud y otros seguros; estos son subsistemas que buscan el bienestar de las personas a raíz de la inversión del Estado en la salud pública. La tasa determina la cantidad de acceso poblacional. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018).

Tasa de condición de salud

Es la tasa que determina el estado de salud acerca de la población usuaria de la salud pública; en ese sentido, la tasa se determina hallando el porcentaje de personas con discapacidades sanas y también de no sanas por regiones y años. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018).

1.4. Marco referencial

Internacional

Carpio et al. (2021), en su investigación "La Incidencia de la Inversión Pública en el Sistema de Salud del Ecuador Periodo 2010 - 2019" (Artículo científica) tuvieron por objetivo analizar la incidencia de la inversión pública en el sector salud situado en la ciudad de Guayaquil, para lo cual el nivel metodológico fue descriptivo, la técnica fue el análisis documental, diseño no experimental de corte longitudinal, enfoque mixto y nivel correlacional, para lo cual midieron la incidencia en base satisfacción del usuario, cobertura de demanda y logros más determinantes en el análisis; tras los resultados observaron que el Estado predispone de \$30 mil millones en inversión, de los cuales \$ 5 millones son destinados al sector salud; asimismo mediante el coeficiente de Gini pudieron determinar que existe una influencia entre la inversión pública y el sector salud, aseverando que ante un incremento de los recursos públicos favorece a la reducción de brechas en la desigualdad social, especialmente en el sector salud por el incremento del personal, atenciones, y mayor infraestructura. Concluyeron los autores, afirmando la importancia de la inversión pública en el sector salud para así reducir las brechas de desigualdad en la localidad, lo cual es sustentado por la teoría de la economía de la salud.

Quispe (2017), en su investigación "Los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en Infraestructura en el Sector Salud del Gobierno Municipal de la Paz 2000 - 2015" (Tesis de licenciatura) tuvo por objeto la determinación respecto a la importancia de las contribuciones de los proyectos de inversión pública en fase de ejecución a la infraestructura del sector salud, con lo cual su metodología se basó en el enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, la técnica fue el análisis documental dirigido a la información estadística de cada variable tomada como muestra de estudio, diseño no experimental de corte longitudinal, ante ello, los resultados que obtuvo fueron que en el primer periodo, no se cumplió con los planes presupuestales del

Municipio de la Paz, teniendo una baja de ejecución de promedio en 10 millones de pesos bolivianos, respecto al segundo periodo en la economía plural existió un incremento; sin embargo, no fue significativo teniéndose un promedio de 41 millones de pesos bolivianos. Concluye entonces que existe una baja ejecución de proyectos presupuestales en la inversión pública hacia el sector salud.

Nacional

Lozano (2021), en su investigación “Inversión pública y cobertura de los servicios básicos en la Municipalidad Provincial de Tocache, 2020” (Tesis de licenciatura), tuvo por objetivo determinar la relación entre las variables, con lo cual su metodología se basó en el diseño no experimental de corte transversal, nivel descriptivo correlacional, enfoque cuantitativo, muestra seleccionada a 46 funcionarios a quienes se les aplicó como técnica de recolección la encuesta; tras los resultados pudo constatar que para el 39% de colaboradores era regular la inversión pública asimismo para el 35% la cobertura de servicios básicos estando entre ellos los servicios de salud también lo consideraron de regular. Concluyó que existe una relación positiva entre las variables tras la aplicación del coeficiente correlacional de Pearson, cuyo grado fue igual a 0,9405, asimismo el coeficiente de determinación fue igual a 0,8846; lo cual indica que el 88.46% de estos servicios es influenciado por la inversión pública de la autoridad de Tocache.

Cerdán (2019), en su investigación "Inversión Pública en el Sector Salud y Crecimiento Económico en el Perú" (Tesis de licenciamento), tuvo por objetivo analizar el impacto de la inversión pública sectorizada en salud direccionada hacia el crecimiento en la economía nacional, para ello su metodología fue abocada al enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte longitudinal tomando a los años 1999 hasta el 2017, nivel explicativo; la muestra fue extraída por datos estadísticos por variable. Tras los resultados pudo constatar que la tasa respecto al crecimiento promedio fue de 1.09% teniéndose como promedio mismo 13.44%; por

otra parte, la tasa de crecimiento en inversión pública fue decreciendo en el sector salud en 1.09%, esto debido a la alta volatilidad en los años de estudio. Concluyó que existe una relación directa entre las variables, esto mediante el modelo de regresión múltiple, aseverándose que en un incremento de 1 por ciento en la inversión pública aumentará en 7.97 soles por persona el crecimiento económico.

Lapa (2019), en su investigación "Inversión Pública en el Sector Salud y su Impacto Socioeconómico en la población beneficiaria del Distrito de Ahuaycha - Tayacaja, Ejecutado 2013" (Tesis de posgrado), tuvo por objetivo determinar el impacto socioeconómico de la inversión pública en el sector salud en la localidad de estudio, para ello su enfoque fue cuantitativo, diseño no experimental de corte longitudinal, técnica encuesta y análisis documental, nivel descriptivo; tras los resultados constató que con la ejecución de proyectos de inversión, se lograron reducir la morbilidad de las principales enfermedades; como las vías respiratorias, en comparativa el 2013 el porcentaje era de 50.07% al 2019 en 23,62%, enfermedades diarreicas, en el 2013 fue 22.16% al 2019 conllevó a 3.28%; ya que hubo implementación de accesos a la salud en infraestructura y personal, asimismo, el 58,19% afirmó que, gracias a las intervenciones conocieron más sobre los signos de estas enfermedades diarreicas. Concluye el autor que los proyectos de inversión presentaron un impacto positivo respecto a la salud, economía y aspectos sociales en la población beneficiaria.

Aguedo y Romero (2018), en su investigación "La inversión pública en servicios básicos y su influencia en la reducción de la pobreza en la región Ancash, Periodo 2001-2017" (Tesis de licenciatura), tuvieron por finalidad determinar la influencia ejercida por la inversión pública en la reducción de pobreza para la región de estudio, estando entre los objetivos específicos la inversión conllevada en el sector educación, salud y servicios de vivienda; para ello, la metodología que abordó fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal, nivel correlacional explicativa; la muestra de estudio fueron los datos estadísticos

por cada variable, tras los resultados pudieron constatar que en función del objetivo general existe relación entre las variables, sosteniéndose que ante un incremento de inversión pública en servicios básicos disminuye en la tasa de pobreza. Concluye además que existe una influencia entre la inversión pública en la salud medida por medio de la mortalidad infantil, por consiguiente, ante una mayor inversión en salud conlleva a menor tasa de mortalidad infantil.

Local

Yupanqui y Torres (2019), en su investigación “La inversión pública en el desarrollo humano de la región Ayacucho, periodo 2007 – 2018” (Tesis de licenciatura), tuvo por objetivo analizar la inversión pública por medio del análisis documental bajo el interés de determinar la relación con el desarrollo humano en la región, para lo cual su metodología desarrolló el nivel descriptivo correlacional, enfoque cuantitativa, diseño no experimental de corte longitudinal, , muestra abordada por los datos estadísticos por variable, tras los resultados se observó que, del año 2007 al 2015 hubo una tendencia ascendente 3 a 14 % en inversión, y del 2016 al 2018 disminuyó de 12% a 10% . Concluye que existe relación entre las variables tras la aplicación del coeficiente correlacional de Pearson, cuyo grado fue equivalente a 0,743 y p-valor inferior al nivel de significancia.

García y Quispe (2014), en su investigación "Inversión Pública en Servicios Básicos y sus Efectos en las Condiciones de Vida de las Familias en la Provincia de Huamanga: 2007-2012" (Tesis de licenciatura) tuvo por objetivo determinar los efectos de la inversión del Estado respecto a los servicios básicos en las condiciones de vida en la localidad de estudio, para ello su metodología fue de enfoque cuantitativo, diseño longitudinal y no experimental, nivel descriptivo explicativo, para la recolección informativa se tuvo a la observación y el análisis documental, tras los resultados pudo visualizar que Los gasto en inversión fue de S/. 9 567 861 en total, el año 2007 al 2012 creció en S/. 33 849 483. Concluyó que, la inversión en

educación, saneamiento y sobre todo en salud tuvieron una evolución creciente, sin embargo, aún sigue existiendo brechas en el acceso a estos servicios.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Tipo y nivel de investigación

Tipo

Fue de tipo aplicada, ya que concordando con Neill y Cortéz “se caracteriza porque toma en cuenta los fines prácticos del conocimiento y se encuentra muy relacionada con la investigación básica, debido a que a base de los resultados teóricos es posible el avance de las aplicaciones prácticas” (p.31). En ese sentido, mediante las teorías de Schultz y Rawls se buscará explicar el comportamiento de las variables, inversión pública en salud y accesos a servicios de salud, y frente a ello, determinar alternativas de solución frente a la problemática de estudio.

Nivel

Fue de nivel explicativo, ya que según lo indicado por Hernández et al. (2014), “Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer el efecto de variables independientes sobre una variable dependiente, dichas explicaciones deben explicar la causa y efecto” (p. 93); entonces, en vista de los objetivos planteados, se tuvo en interés determinar la influencia de la variable inversión pública en salud sobre acceso a servicios de salud.

El enfoque fue cuantitativo, debido a que acorde con Tacillo (2016) “Consiste en la transformación de las hipótesis de investigación, nulas y alternativas, en símbolos estadísticos. Se pueden formular solo cuando los datos del estudio que se van a recolectar y analizar para probar o rechazar las hipótesis son cuantitativos” (p.54). entonces, se abordó este enfoque debido a que se buscó generar contraste a las teorías, tomando como medios para ello a la estadística cuantificada por cada variable, determinándose así su relación.

2.2. Población y muestra

Población

Se determinó a la población, ya que según lo indicado por Ñaupas et al. (2014) “es el conjunto de objetos, hechos, eventos que se van a estudiar con las variadas técnicas que hemos analizado supra” (p.246). Entonces, se estableció como población a todos los datos estadísticos referenciales a las variables, inversión pública en salud y accesos a servicios de salud, tomados en el periodo de tiempo establecido, 2010-2022; integrada por las regiones Ica, Junín, Pasco, Ayacucho, Huancavelica y Huánuco.

Muestra

Se determinó a la muestra ya concordando con lo precisado por Ñaupas et al. (2014), “Es un subconjunto, o parte del universo o población, seleccionado por métodos diversos, pero siempre teniendo en cuenta la representatividad del universo” (p.246). En ese sentido, la muestra fue determinada por el muestreo censal, siendo la misma cantidad de la población; por tanto, se tomará a toda la información estadística pertinente a las variables de estudio situadas en las regiones Ica, Junín, Pasco, Ayacucho, Huancavelica y Huánuco.

2.3. Fuentes de información

La información a recolectar fue netamente secundaria, por lo cual se consultó artículos científicos, libros, plataformas virtuales confiables, que precisen el comportamiento de las variables independientemente.

2.4. Diseño de investigación

Se abordó el diseño no experimental, ya que concordando con Tacillo (2016) “Consiste en no manipular la variable independiente, básicamente se observa el hecho o fenómeno tal y como se presenta en la realidad con la intención de analizarlo” (p.86). Por tanto, el desarrollo investigativo buscó analizar el comportamiento natural de las variables, inversión pública en salud y acceso a servicios de salud, partiendo desde la observación.

Longitudinal

Se abordó el diseño longitudinal, debido a que según Tacillo (2016) “Consiste en que el investigador obtiene los datos o información en varios momentos de la investigación” (p.87). En ese sentido, se estableció como periodo de tiempo a abordar el estudio entre los años 2010 al 2022.

2.5. Técnicas e instrumentos

Técnica

Fue de análisis documental, ya que según Ñaupas et al. (2014) “Es la técnica más difundida para investigar el contenido, el mensaje, las ideas contenidas en las comunicaciones de masas, ya sea de periódicos, revistas, discursos, propaganda, etc.” (p.223). En vista de ello, esta técnica fue usada bajo el fin de recolectar información respecto a las variables, inversión pública en salud y acceso a servicios de salud, tomando como fuentes confiables referentes a la plataforma de consulta amigable del Ministerio de Economía y Finanzas e información respecto a los servicios de salud del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Instrumento

Se determinó como instrumento a la guía de análisis documental, ya que de acuerdo con Neill y Cortéz (2018) “Se sustenta a partir de fuentes de índole documental, es decir, se apoya de la recopilación y análisis de documentos (...) consiste en explorar, revisar y analizar libros, revistas científicas, publicaciones y demás textos escritos por la comunidad científica” (p.31). Entonces, se partió por el desarrollo informativo, tomando como base a la guía referida, en el sentido de que se puedan tomar y construir los datos apropiadamente de las variables, inversión pública en salud y acceso a servicios de salud.

2.6. Procesamiento y análisis de datos

El modelo econométrico empleado en la presente investigación fue Panel de datos de efectos aleatorios, la unidad transversal estuvo conformada por los departamentos Ica, Junín,

Pasco, Ayacucho, Huancavelica y Huánuco. Además, el periodo del 2010 – 2022 fue la observación temporal. La variable independiente fue inversión pública en salud y la variable dependiente acceso a servicios de salud.

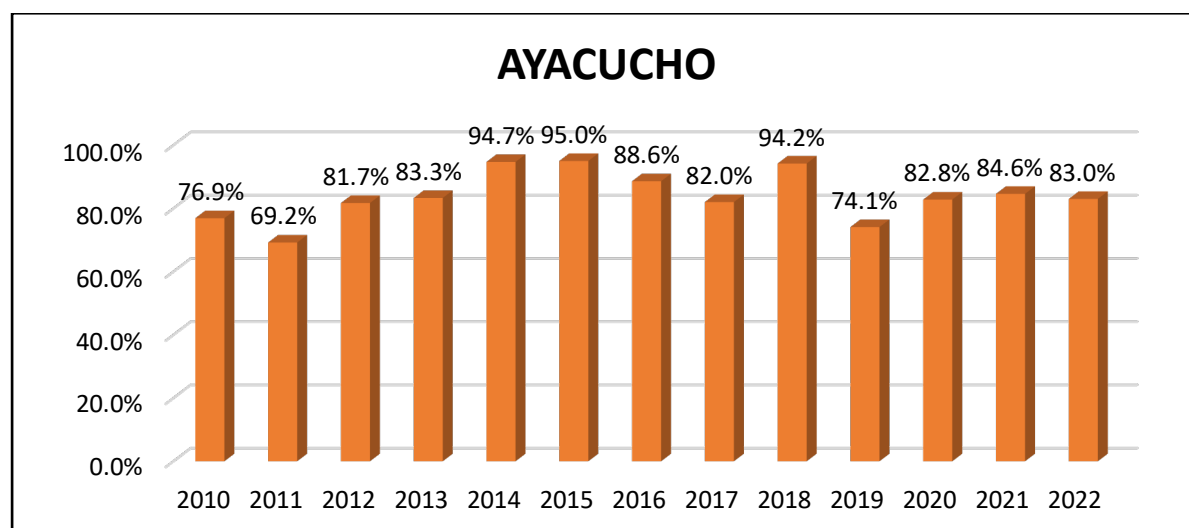
III. RESULTADOS

3.1. Análisis descriptivo

3.1.1. Inversión pública en salud

Figura 1

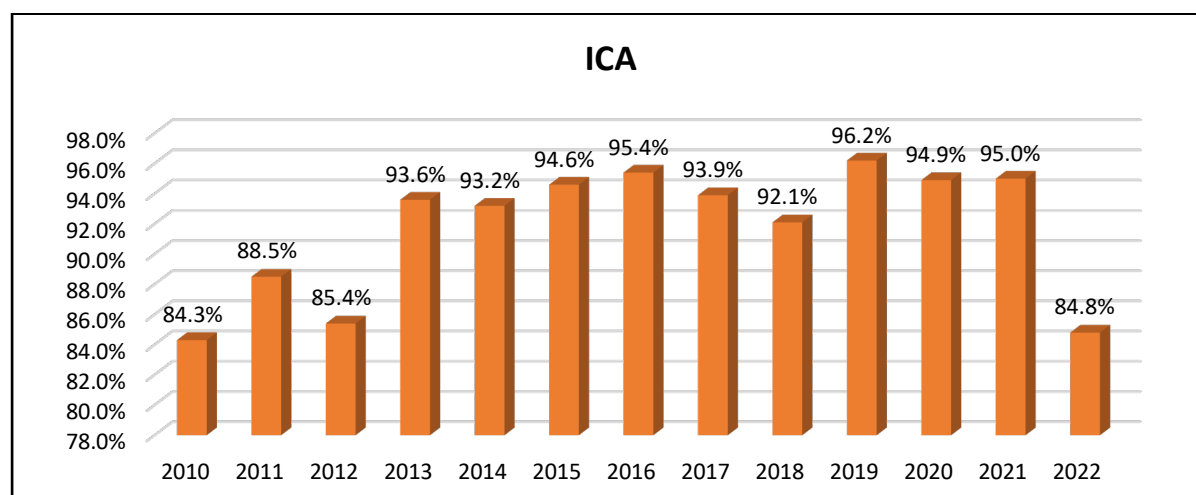
Ejecución de inversión pública en salud en Ayacucho, periodo 2010-2022



Se pudo conocer que durante el periodo 2010 al 2022 en la región de Ayacucho se presentó una evolución fluctuante del nivel de ejecución de la inversión dirigida a la salud. El año que se presentó un menor avance fue el 2011, alcanzándose un 69.2% de ejecución de todo el presupuesto dirigido a atender las necesidades en el aspecto de salud. Y el año en que se presentó un mayor avance fue el 2014, con 94.7%.

Figura 2.

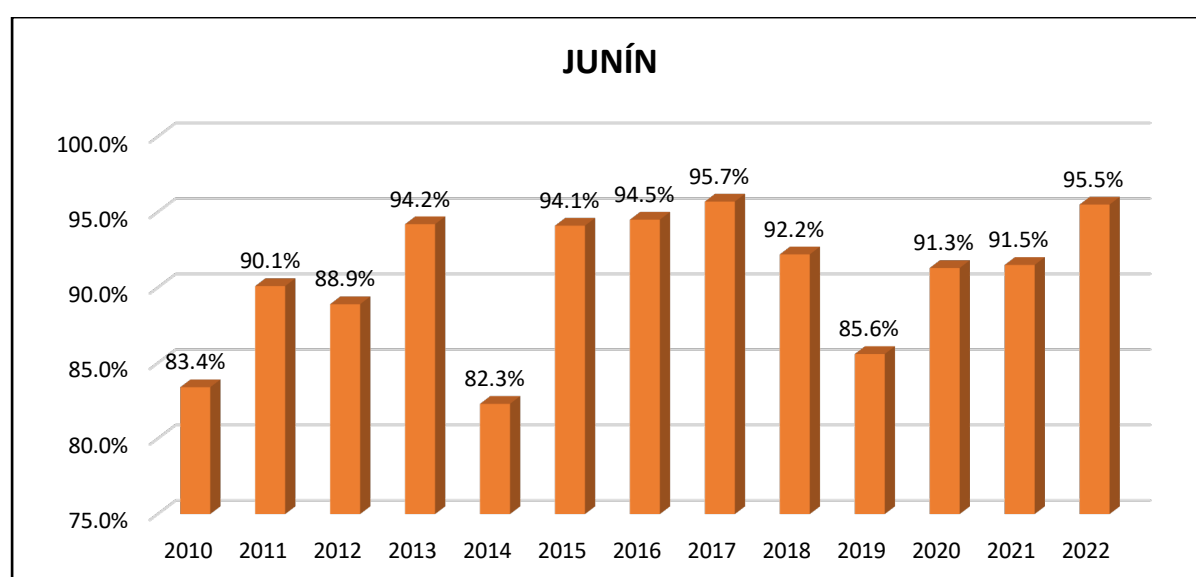
Ejecución de inversión pública en salud en Ica, periodo 2010-2022



Se pudo conocer que durante el periodo 2010 al 2022 en la región de Ica se presentó una evolución muy fluctuante del nivel de ejecución de la inversión dirigida a la salud. Durante los primeros años se evidencia una menor ejecución en comparación con los posteriores años. El periodo en donde se presenta el menor porcentaje es en el 2010, alcanzándose un 84.3% de ejecución de todo el presupuesto dirigido a atender las necesidades en el aspecto de salud. Y el año en que se presentó un mayor avance fue el 2019, con 96.2%.

Figura 3.

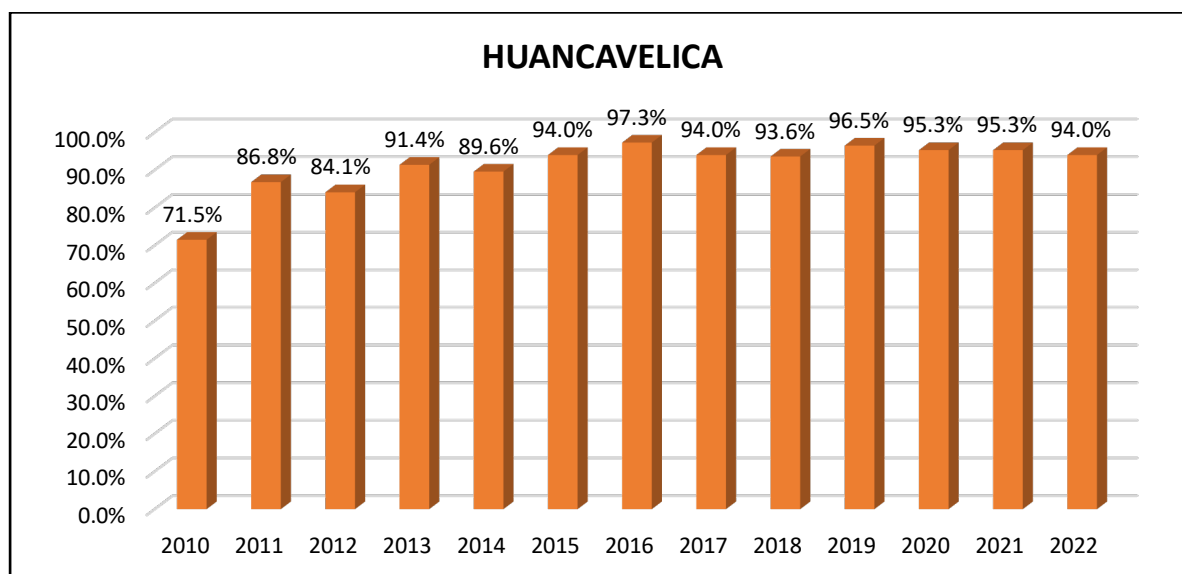
Ejecución de inversión pública en salud en Junín, periodo 2010-2022



Se pudo conocer que durante el periodo 2010 al 2022 en la región de Junín se presentó una evolución muy fluctuante del nivel de ejecución de la inversión dirigida a la salud. El periodo en donde se presenta el menor porcentaje es en el 2014, alcanzándose un 82.3% de ejecución de todo el presupuesto dirigido a atender las necesidades en el aspecto de salud. Y el año en que se presentó un mayor avance fue el 2017, con 95.7 %.

Figura 4.

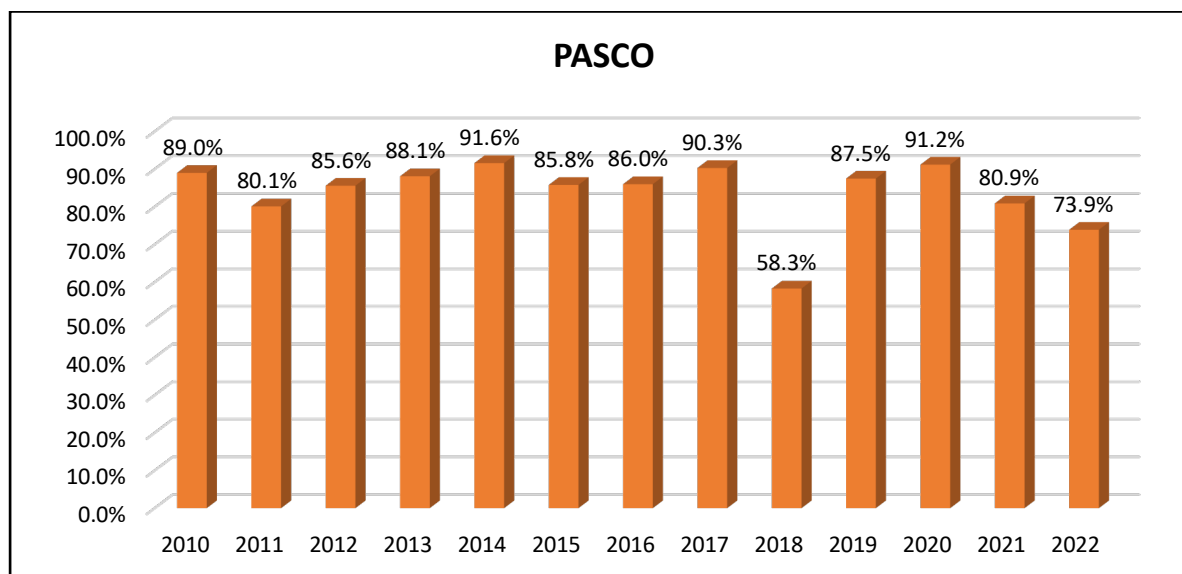
Ejecución de inversión pública en salud en Huancavelica, periodo 2010-2022



Por medio de la figura mostrada, se puede conocer que, en la región de Huancavelica, en el periodo 2010 al 2022, se presentó una evolución creciente y constante del nivel de ejecución de la inversión dirigida a la salud. El periodo en donde se presenta un menor porcentaje es en el 2010, alcanzándose un 71.5% de ejecución de todo el presupuesto dirigido a atender las necesidades en el aspecto de salud. Y el año en que se presentó un mayor avance fue el 2016, con 97.3 %.

Figura 5.

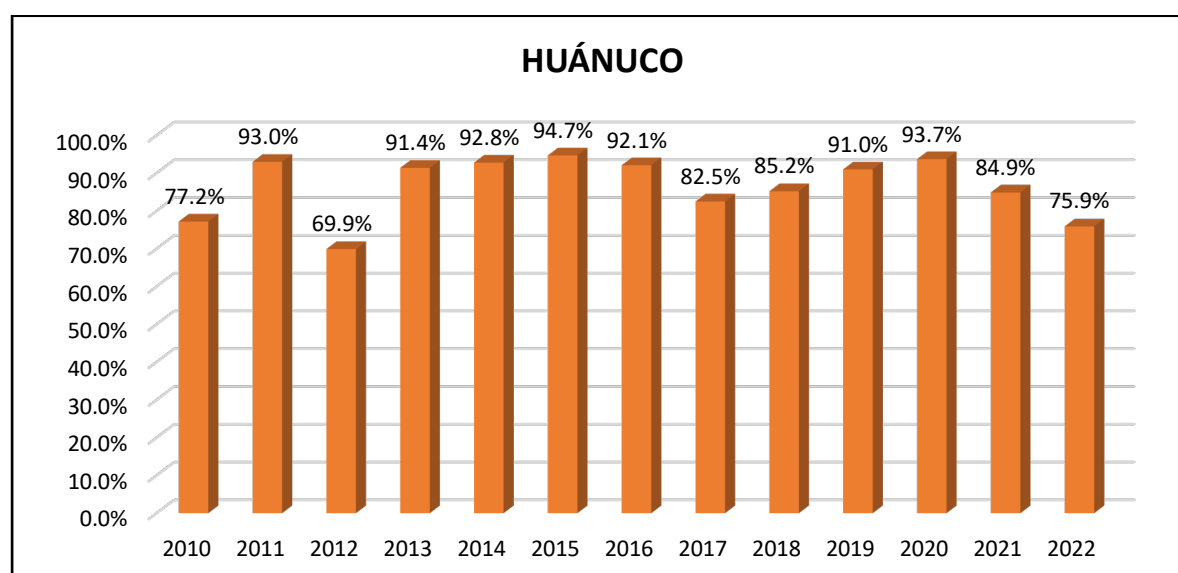
Ejecución de inversión pública en salud en Pasco, periodo 2010-2022



Por medio de la figura mostrada, se puede conocer que, en la región de Pasco, en el periodo 2010 al 2022, se presentó una evolución fluctuante del nivel de ejecución de la inversión dirigida a la salud. El periodo en donde se presenta un menor porcentaje es en el 2018, alcanzándose un 58.3% de ejecución de todo el presupuesto dirigido a atender las necesidades en el aspecto de salud, muy inferior a los niveles óptimos que establece el MEF. Y el año en que se presentó un mayor avance fue el 2014, con 91.6%.

Figura 6.

Ejecución de inversión pública en salud en Huánuco, periodo 2010-2022

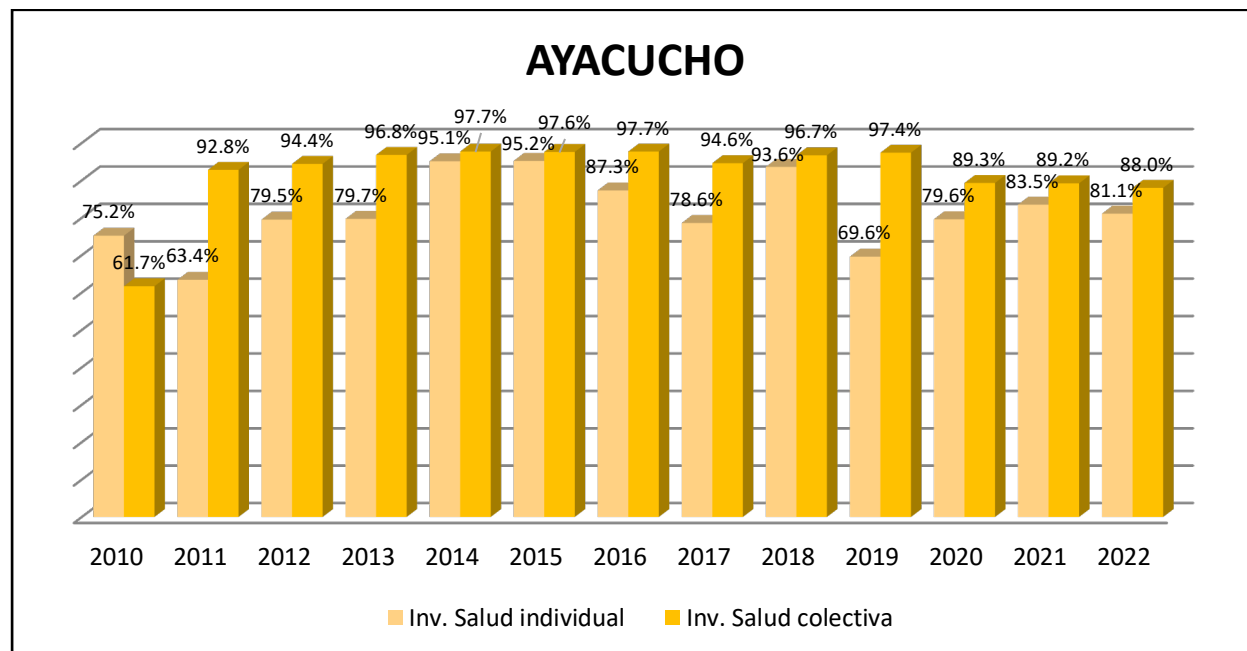


Por medio de la figura mostrada, se puede conocer que, en la región de Huánuco, en el periodo 2010 al 2022, se presentó una evolución fluctuante del nivel de ejecución de la inversión dirigida a la salud. El periodo en donde se presentó un menor porcentaje es en el 2012, alcanzándose un 69.9% de ejecución de todo el presupuesto dirigido a atender las necesidades en el aspecto de salud, muy inferior a los niveles óptimos que establece el MEF. Y el año en que se presentó un mayor avance fue el 2015, con 94.7%.

3.1.1.1. Inversión en salud individual y colectiva

Figura 7.

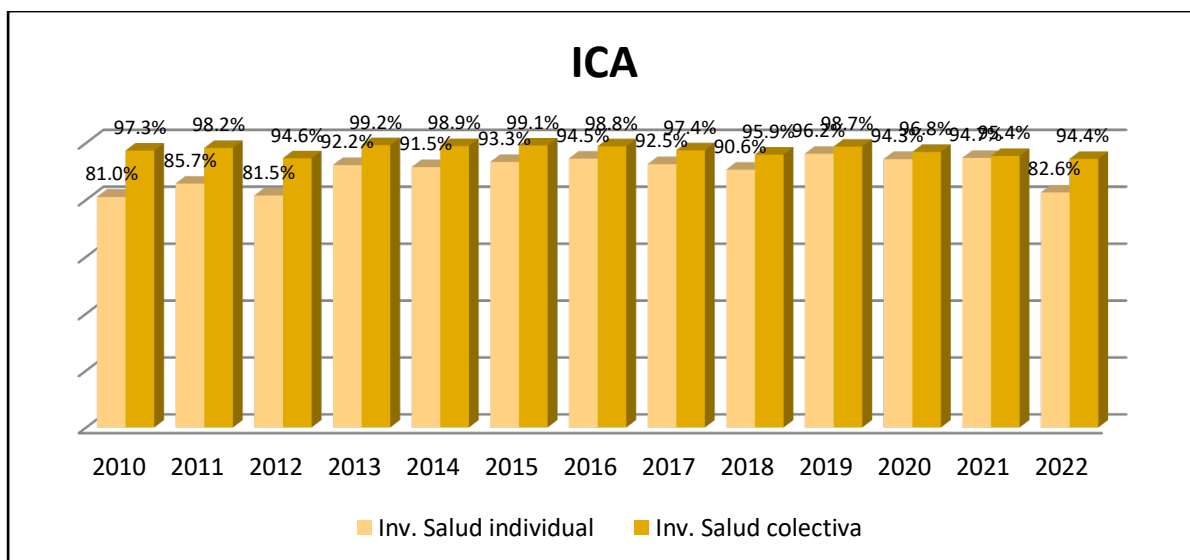
Ejecución de inversión pública en salud individual y colectiva en Ayacucho, periodo 2010-2022



De la figura mostrada se pudo conocer que la inversión en salud individual y colectiva en Ayacucho presentaron comportamientos fluctuantes a lo largo de los años; siendo la primera la que tuvo menores niveles de avance a comparación de la segunda, a excepción por el año 2010. El periodo en donde se presentaron mayores avances del nivel de ejecución en inversión en salud individual fue en el 2015, y para el caso de la salud colectiva, el año 2014 y 2017.

Figura 8.

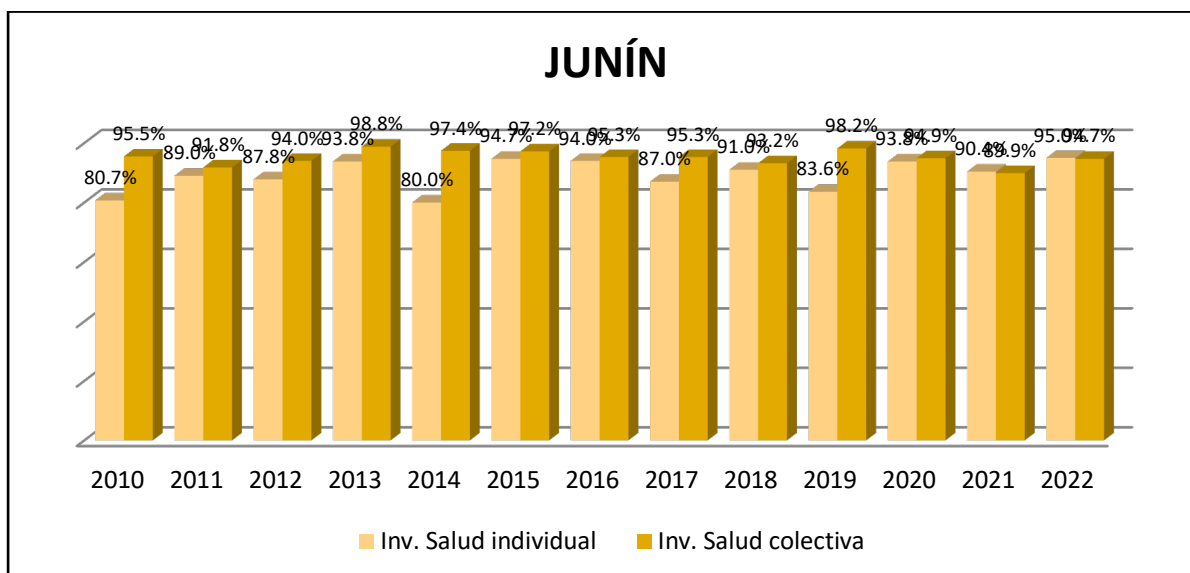
Ejecución de inversión pública en salud individual y colectiva en Ica, periodo 2010-2022



De la figura mostrada se pudo conocer que la inversión en salud individual y colectiva en Ica presentaron comportamientos un tanto constantes a lo largo de los años; siendo la primera la que tuvo menores niveles de avance a comparación de la segunda. El periodo en donde se presentaron mayores avances del nivel de ejecución en inversión en salud individual fue en el 2019, y para el caso de la salud colectiva, el año 2013.

Figura 9.

Ejecución de inversión pública en salud individual y colectiva en Junín, periodo 2010-2022

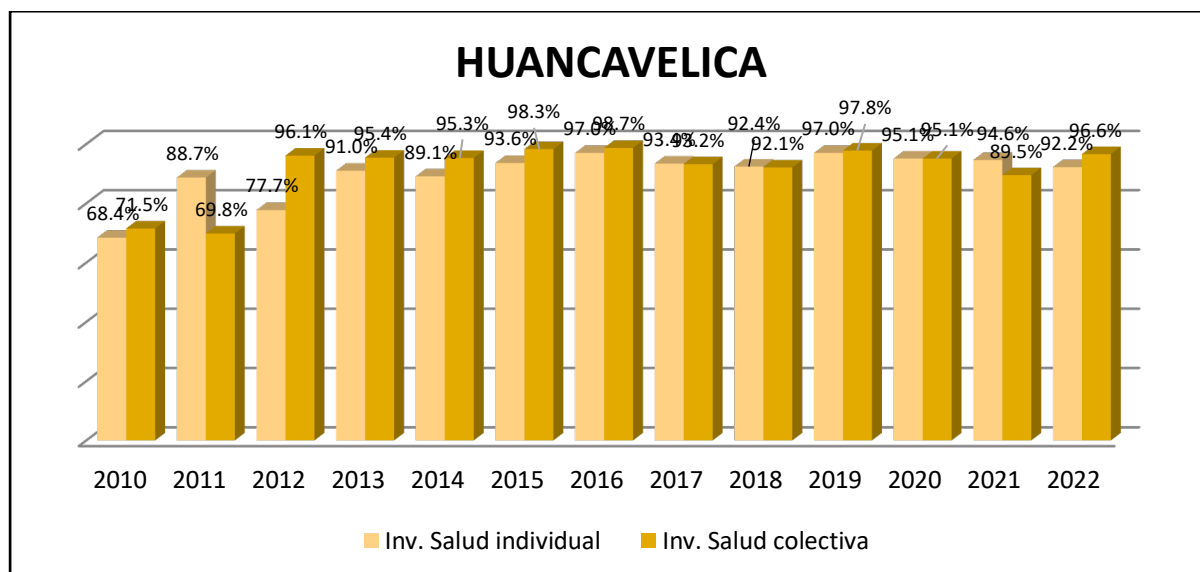


De la figura mostrada se pudo conocer que la inversión en salud individual y colectiva en Junín presentaron comportamientos un tanto constantes a lo largo de los años; siendo la primera la que tuvo menores niveles de avance a comparación de la segunda. El periodo en

donde se presentaron mayores avances del nivel de ejecución en inversión en salud individual fue en el 2019 (98.2%), y para el caso de la salud colectiva, el año 2013 (93.8%).

Figura 10.

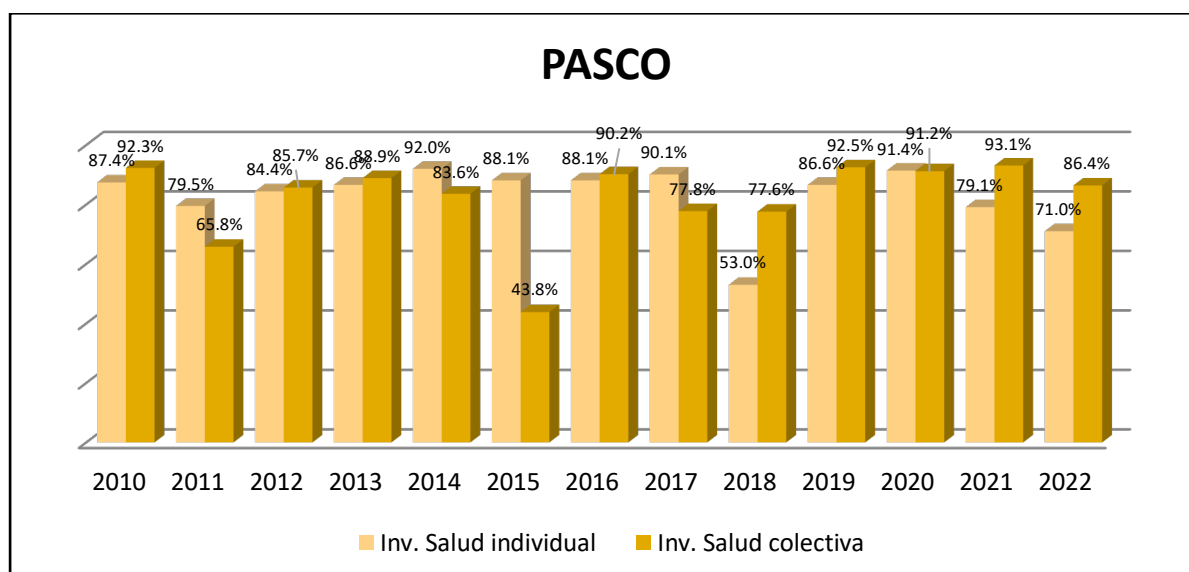
Ejecución de inversión pública en salud individual y colectiva en Huancavelica, periodo 2010-2022



De la figura mostrada se pudo conocer que la inversión en salud individual y colectiva en Huancavelica presentaron comportamientos un tanto constantes a lo largo de los años; siendo la primera la que tuvo menores niveles de avance en la mayoría de los años, a comparación de la segunda. El periodo en donde se presentaron mayores avances del nivel de ejecución en inversión en salud individual fue en el 2016 (97.07 %), y para el caso de la salud colectiva, el año 2015 (98.3 %).

Figura 11.

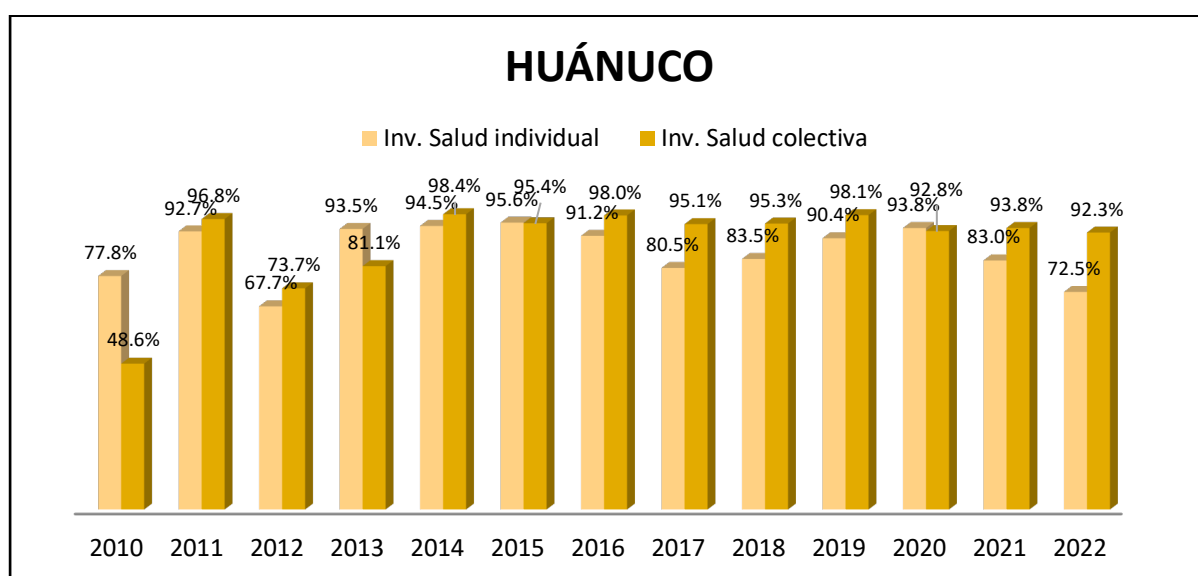
Ejecución de inversión pública en salud individual y colectiva en Pasco, periodo 2010-2022



De la figura mostrada se pudo conocer que la inversión en salud individual y colectiva en Pasco presentaron comportamientos fluctuantes a lo largo de los años. Es preciso indicar que el periodo en donde se presentaron mayores avances del nivel de ejecución en inversión en salud individual fue en el 2014 (92%), y para el caso de la salud colectiva, el año 2021 (93.1%).

Figura 12.

Ejecución de inversión pública en salud individual y colectiva en Huánuco, periodo 2010-2022

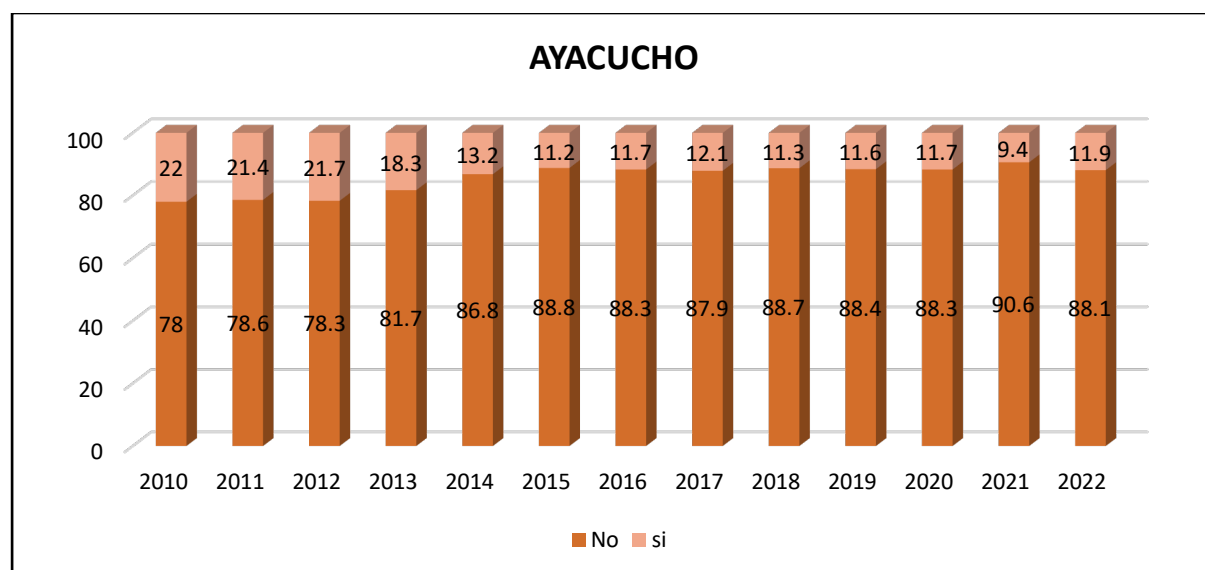


De la figura mostrada se pudo conocer que la inversión en salud individual y colectiva en Huánuco presentaron comportamientos fluctuantes a lo largo de los años, siendo la primera la que tuvo menores niveles de avance a comparación de la segunda, a excepción del año 2010 y 2013. Es preciso indicar que el periodo en donde se presentaron mayores avances del nivel de ejecución en inversión en salud individual fue en el 2015 (95.6%), y para el caso de la salud colectiva, el año 2021 (98.4%).

3.1.2. Acceso a servicio de salud

Figura 13.

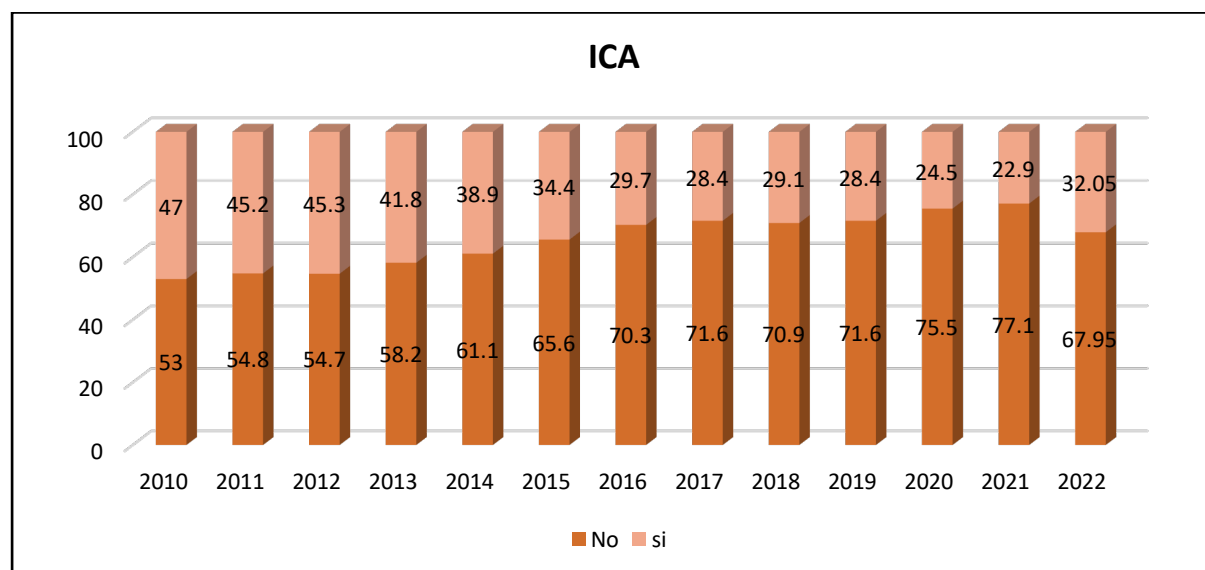
Acceso a servicios de salud en Ayacucho, periodo 2010-2022



De la figura mostrada fue posible evidenciar que en la región de Ayacucho existe una mayor proporción de la población que no tiene acceso a servicios de salud (cuentan con algún tipo de seguro de salud). En el 2010, el 78% no contaba con ningún tipo de salud, y para el 2022 dicha cifra se elevó, tanto es así que el 88.1% de los ayacuchanos no cuenta con algún tipo de seguro de salud, por lo cual no puede acceder a dichos servicios.

Figura 14.

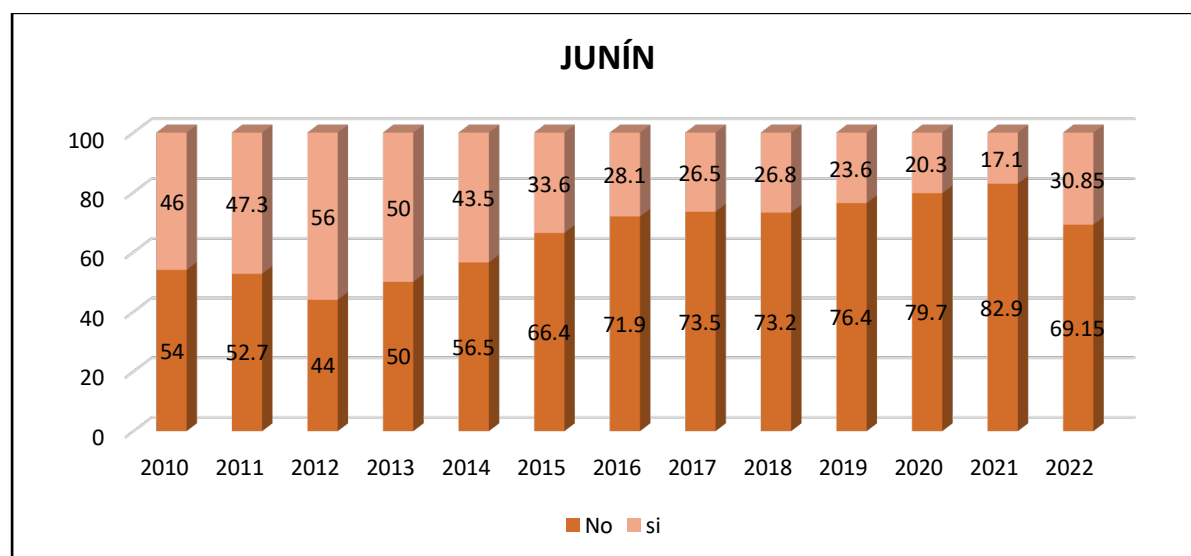
Acceso a servicios de salud en Ica, periodo 2010-2022



De la figura mostrada fue posible evidenciar que, en la región de Ica, con el pasar del tiempo se ha ido incrementando el número de personas que no tienen acceso a servicios de salud (cuentan con algún tipo de seguro de salud); tanto es así que, en el 2010, el 53 % no contaba con ningún tipo de salud, y para el 2022 dicha cifra ascendió a 67.9%.

Figura 15.

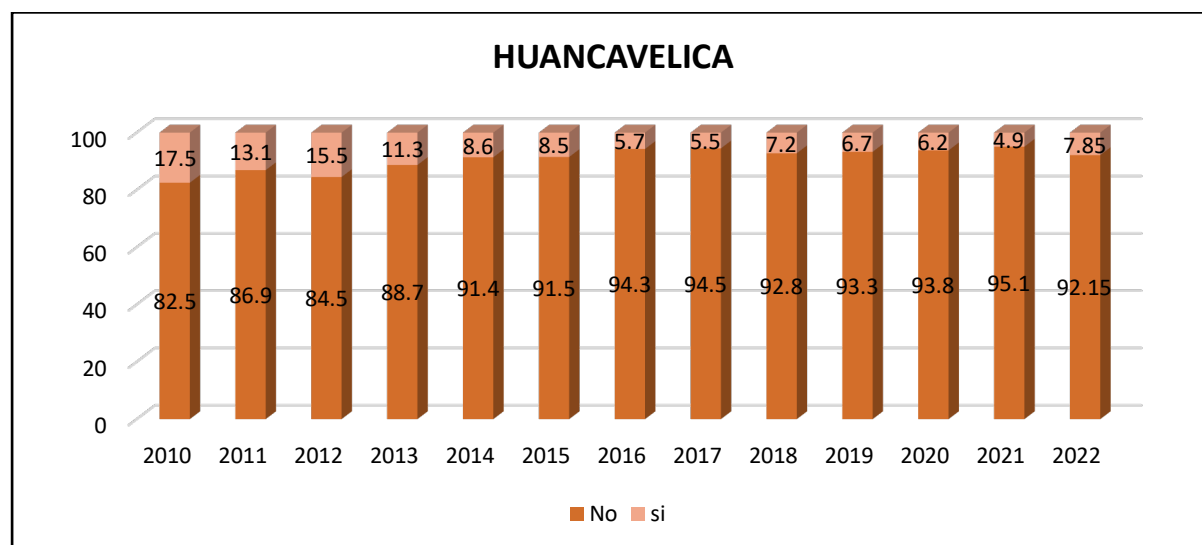
Acceso a servicios de salud en Junín, periodo 2010-2022



De la figura mostrada fue posible evidenciar que, en la región de Junín, con el pasar del tiempo se ha ido incrementando el número de personas que no tienen acceso a servicios de salud (cuentan con algún tipo de seguro de salud), a excepción del último año. Tanto es así que, en el 2010 se tenía al 54% que no contaba con ningún tipo de salud, y para el 2021 dicha cifra ascendió a 82.9%. No obstante, en el año 2022 la cifra disminuyó a 69.1 %.

Figura 16.

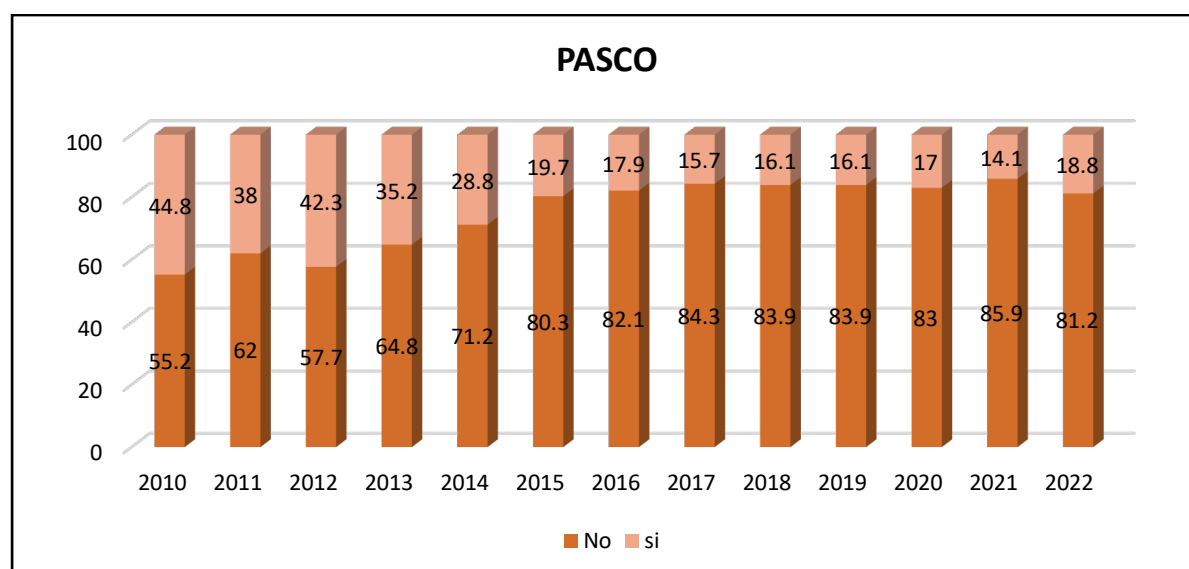
Acceso a servicios de salud en Huancavelica, periodo 2010-2022



De la figura mostrada fue posible evidenciar que, en la región de Huancavelica, con el pasar del tiempo se ha ido incrementando el número de personas que no tienen acceso a servicios de salud (cuentan con algún tipo de seguro de salud), ello en términos alarmantes. Tanto es así que, en el 2010 se tenía ya a un total de 82.5% que no contaba con ningún tipo de seguro de salud, y para el 2022 dicha cifra ascendió a 92.1%. En ese sentido, se puede decir que existe una gran proporción de personas de dicha región que no pueden acceder a servicios de salud que contribuyan en su mejora de calidad de vida.

Figura 17.

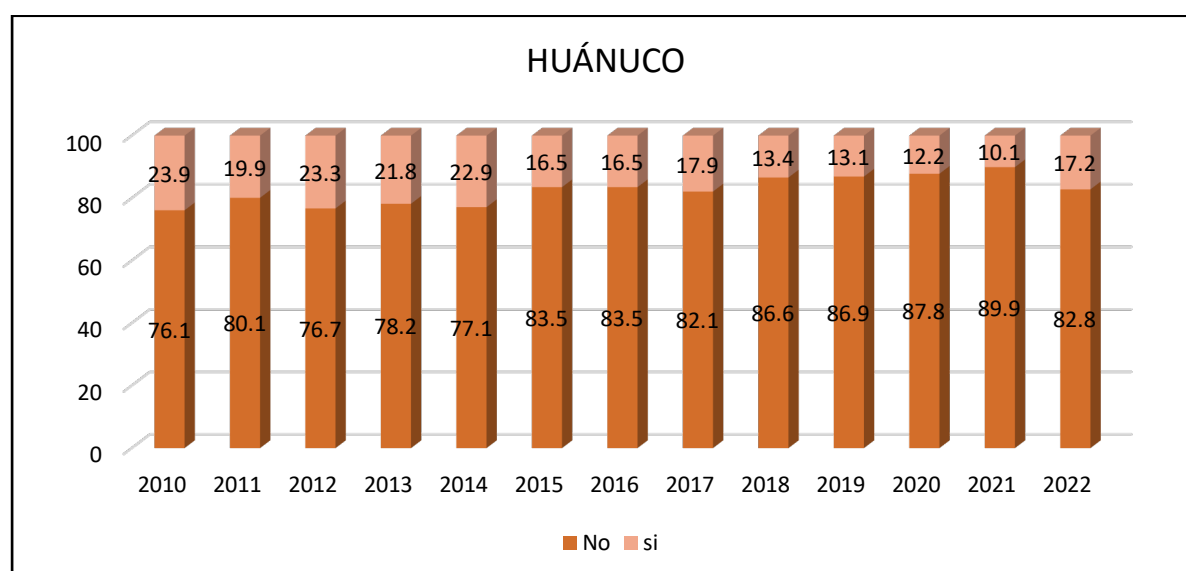
Acceso a servicios de salud en Pasco, periodo 2010-2022



De la figura mostrada fue posible evidenciar que, en la región de Pasco, con el pasar del tiempo se ha ido incrementando el número de personas que no tienen acceso a servicios de salud (cuentan con algún tipo de seguro de salud), ello en términos alarmantes. Tanto es así que, en el 2010 se tenía ya a un total de 55.2% que no contaba con ningún tipo de seguro de salud, y para el 2022 dicha cifra ascendió a 81.2%. En ese sentido, se puede decir que existe una gran proporción de personas de dicha región que no pueden acceder a servicios de salud que contribuyan en su mejora de calidad de vida.

Figura 18.

Acceso a servicios de salud en Huánuco, periodo 2010-2022



De la figura mostrada fue posible evidenciar que, en la región de Huánuco, con el pasar del tiempo se ha ido elevando el número de personas que no tienen acceso a servicios de salud (cuentan con algún tipo de seguro de salud). Tanto es así que, en el 2010 se tenía ya a un total de 76.1% que no contaba con ningún tipo de seguro de salud, y para el 2022 dicha cifra ascendió a 82.8%. En ese sentido, se puede decir que existe una gran proporción de personas de dicha región que no pueden acceder a servicios de salud que contribuyan en su mejora de calidad de vida.

3.2. Análisis inferencial

3.2.1. Hipótesis general

Planteamiento de hipótesis

H₀: La inversión pública en salud no influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022.

H_i: La inversión pública en salud influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022.

Nivel de significancia

$$\alpha = 5\% = 0.05$$

Prueba econométrica

Prueba de Hausman

H₀: Modelo de efectos aleatorios.

H_i: Modelo de efectos fijos.

	Coefficients		(b-B) Difference	sqrt(diag(V_b-V_B)) S.E.
	(b) fe	(B) re		
ln_s	12.7975	12.67952	.1179812	.1427263

b = consistent under H₀ and H_a; obtained from xtreg
B = inconsistent under H_a, efficient under H₀; obtained from xtreg

Test: H₀: difference in coefficients not systematic

$$\begin{aligned}\chi^2(1) &= (b-B)'[(V_b-V_B)^{-1}](b-B) \\ &= 0.68 \\ \text{Prob}>\chi^2 &= 0.4084\end{aligned}$$

A un nivel de significancia del 5%, el test de Hausman $\chi^2 = 0.68$ (p-valor = 0.4084 > 0.05), no se rechaza la hipótesis nula, debido a que el p-valor es mayor al nivel de significancia. Por tanto, se decidió seleccionar el estimador de efectos aleatorios, ya que se ajustan a los datos de la inversión pública en salud y acceso a servicio de salud.

$$\hat{Y}_{\text{Acceso a servicio de salud}} = \hat{\beta}_1 + \hat{\beta}_2 * \ln(\text{Inversión pública en salud}) + \hat{\beta}_3 * \text{dummy}(\text{Ayacucho}) + \hat{\beta}_4 * \text{dummy}(\text{Huancavelica}) + \hat{\beta}_5 * \text{dummy}(\text{Huánuco}) + \hat{\beta}_6 * \text{dummy}(\text{Ica}) + \hat{\beta}_7 * \text{dummy}(\text{Junín}) + \hat{u}_{it}$$

Random-effects GLS regression		Number of obs	=	78		
Group variable: d		Number of groups	=	6		
R-sq:		Obs per group:				
within	= 0.5779	min	=	13		
between	= 1.0000	avg	=	13.0		
overall	= 0.9336	max	=	13		
		Wald chi2(1)	=	.		
corr(u_i, X)	= 0 (assumed)	Prob > chi2	=	.		
(Std. Err. adjusted for 6 clusters in d)						
sis	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
ln_s	13.05939	2.682373	4.87	0.000	7.802034	18.31674
Ayacucho	10.51987	2.721392	3.87	0.000	5.186043	15.8537
Huancavelica	24.67806	1.069415	23.08	0.000	22.58205	26.77408
Huánuco	11.71586	1.982783	5.91	0.000	7.829678	15.60205
Ica	-31.61374	1.756605	-18.00	0.000	-35.05662	-28.17086
Junín	-20.62	3.205947	-6.43	0.000	-26.90354	-14.33646
_cons	-196.3015	50.43264	-3.89	0.000	-295.1477	-97.45535
sigma_u	0					
sigma_e	5.5093867					
rho	0	(fraction of variance due to u_i)				

Criterio de decisión

Si p-valor > α ; No se rechaza la hipótesis nula.

Si p-valor < α ; Se rechaza la hipótesis nula.

Decisión

A un nivel de significancia del 5 % (p-valor=0.00 < 0.05). Existe suficiente evidencia econométrica para rechazar la hipótesis nula. Por tanto, la inversión pública en salud influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022. Además, se evidencia que ante un incremento del 1 % en promedio de la

inversión pública en Salud, incrementa en 13.05 % el acceso a servicio de Salud en las Macrorregiones del Perú, cuando el resto de las variables se mantienen constante (*ceteris paribus*). Por otro lado, el acceso a servicios de salud en las regiones de Ayacucho, Huancavelica, Huánuco, Ica y Junín es significativo. Finalmente, la región de Ayacucho presenta 10.51% más acceso de servicio a salud frente a la región de Pasco (grupo de comparación); Huancavelica presenta 24.67% más acceso a servicio a salud frente a la región de Pasco, la región de Ica presenta -31.61% menos acceso a servicio a salud frente a la región de Pasco.

3.2.2. Hipótesis específica 1

Planteamiento de hipótesis

H₀: La inversión pública en salud individual no influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022.

H_i: La inversión pública en salud individual influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022.

Nivel de significancia

$$\alpha = 5\% = 0.05$$

Prueba econométrica

Prueba de Hausman

H₀: Modelo de efectos aleatorios.

H_i: Modelo de efectos fijos.

	—— Coefficients ——		(b-B) Difference	sqrt(diag(V_b-V_B)) S.E.
	(b) fe	(B) re		
ln_i	3.871662	3.847077	.0245845	.1587131

b = consistent under Ho and Ha; obtained from xtreg
 B = inconsistent under Ha, efficient under Ho; obtained from xtreg

Test: Ho: difference in coefficients not systematic

chi2(1) = (b-B)'[(V_b-V_B)^(-1)](b-B)
 = 0.02
 Prob>chi2 = 0.8769

A un nivel de significancia del 5%, el test de Hausman $\chi^2 = 0.02$ (p-valor = 0.8769 > 0.05), no se rechaza la hipótesis nula, debido a que el p-valor es mayor al nivel de significancia. Por tanto, se decidió seleccionar el estimador de efectos aleatorios, ya que se ajustan a los datos de la inversión pública en salud individual y acceso a servicio de salud.

$\hat{Y}_{\text{Acceso a servicio de salud}}$

$$\begin{aligned}
 &= \hat{\beta}_1 + \hat{\beta}_2 * \ln(\text{Inversión pública en salud individual}) + \hat{\beta}_3 \\
 &* \text{dummy}(\text{Ayacucho}) + \hat{\beta}_4 * \text{dummy}(\text{Huancavelica}) + \hat{\beta}_5 \\
 &* \text{dummy}(\text{Huánuco}) + \hat{\beta}_6 * \text{dummy}(\text{Ica}) + \hat{\beta}_7 * \text{dummy}(\text{Junín}) + \hat{u}_{it}
 \end{aligned}$$

Random-effects GLS regression		Number of obs		=	78
Group variable: d		Number of groups		=	6
R-sq:		Obs per group:			
within	= 0.1571		min	=	13
between	= 1.0000		avg	=	13.0
overall	= 0.8674		max	=	13
		Wald chi2(1)		=	.
corr(u_i, X) = 0 (assumed)		Prob > chi2		=	.
(Std. Err. adjusted for 6 clusters in d)					
sis	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
ln_i	4.243875	3.320613	1.28	0.201	-2.264407 10.75216
Ayacucho	19.63087	3.238055	6.06	0.000	13.2844 25.97734
Huancavelica	28.84521	.8132845	35.47	0.000	27.2512 30.43921
Huánuco	18.34053	2.369802	7.74	0.000	13.6958 22.98526
Ica	-25.56298	1.957252	-13.06	0.000	-29.39913 -21.72684
Junín	-9.17836	3.260322	-2.82	0.005	-15.56847 -2.788246
_cons	-29.69668	61.75966	-0.48	0.631	-150.7434 91.35002
sigma_u	0				
sigma_e	7.7858293				
rho	0	(fraction of variance due to u_i)			

Criterio de decisión

Si $p\text{-valor} > \alpha$; No se rechaza la hipótesis nula.

Si $p\text{-valor} < \alpha$; Se rechaza la hipótesis nula.

Decisión

A un nivel de significancia del 5 % ($p\text{-valor}=0.201 < 0.05$). Existe suficiente evidencia econométrica para no rechazar la hipótesis nula. Por tanto, la inversión pública en salud individual no influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022. No existe evidencia de la influencia de la variable en el periodo 2021 -2022.

Por otro lado, el acceso a servicios de salud en las regiones de Ayacucho, Huancavelica, Huánuco, Ica y Junín es significativo.

3.2.3. Hipótesis específica 2

Planteamiento de hipótesis

H₀: La inversión pública en salud colectiva no influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022.

H_i: La inversión pública en salud colectiva influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022.

Nivel de significancia

$\alpha = 5\% = 0.05$

Prueba econométrica

Prueba de Hausman

H₀: Modelo de efectos aleatorios.

H_i: Modelo de efectos fijos.

	Coefficients		(b-B) Difference	sqrt(diag(V_b-V_B)) S.E.
	(b) fe	(B) re		
ln_c	6.588344	6.531759	.0565847	.1538472

b = consistent under H₀ and H_a; obtained from xtreg
B = inconsistent under H_a, efficient under H₀; obtained from xtreg

Test: H₀: difference in coefficients not systematic

chi2(1) = (b-B)'[(V_b-V_B)⁻¹](b-B)
= 0.14
Prob>chi2 = 0.7130

A un nivel de significancia del 5%, el test de Hausman $\chi^2 = 0.14$ (p-valor = 0.7130 > 0.05), no se rechaza la hipótesis nula, debido a que el p-valor es mayor al nivel de significancia. Por tanto, se decidió seleccionar el estimador de efectos aleatorios, ya que se ajustan a los datos de la inversión pública en salud colectiva y acceso a servicio de salud.

$\hat{Y}_{\text{Acceso a servicio de salud}}$

$$= \hat{\beta}_1 + \hat{\beta}_2 * \ln(\text{Inversión pública en salud colectivo}) + \hat{\beta}_3 \\ * \text{dummy}(\text{Ayacucho}) + \hat{\beta}_4 * \text{dummy}(\text{Huancavelica}) + \hat{\beta}_5 \\ * \text{dummy}(\text{Huánuco}) + \hat{\beta}_6 * \text{dummy}(\text{Ica}) + \hat{\beta}_7 * \text{dummy}(\text{Junín}) + \hat{u}_{it}$$

Random-effects GLS regression		Number of obs		=	78	
Group variable: d		Number of groups		=	6	
R-sq:		Obs per group:				
within		=	0.2710	min		= 13
between		=	1.0000	avg		= 13.0
overall		=	0.8853	max		= 13
		Wald chi2(1)		=	.	
corr(u_i, X)		=	0 (assumed)	Prob > chi2		= .
(Std. Err. adjusted for 6 clusters in d)						
sis	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
ln_c	6.637578	1.376128	4.82	0.000	3.940417	9.334738
Ayacucho	14.8712	1.844773	8.06	0.000	11.25551	18.48689
Huancavelica	25.08418	.9952443	25.20	0.000	23.13354	27.03482
Huánuco	14.69702	1.383307	10.62	0.000	11.98579	17.40825
Ica	-30.16973	1.473697	-20.47	0.000	-33.05812	-27.28134
Junín	-15.27127	2.127086	-7.18	0.000	-19.44028	-11.10226
_cons	-54.43963	21.49414	-2.53	0.011	-96.56736	-12.3119
sigma_u	0					
sigma_e	7.2406278					
rho	0	(fraction of variance due to u_i)				

Criterio de decisión

Si p-valor > α ; No se rechaza la hipótesis nula.

Si p-valor < α ; Se rechaza la hipótesis nula.

Decisión

A un nivel de significancia del 5 % (p-valor=0.001 < 0.05). Existe suficiente evidencia econométrica para rechazar la hipótesis nula. Por tanto, la inversión pública en salud colectiva

influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la macroregión Centro del Perú, periodo 2010-2022. Además, se evidencia que ante un incremento del 1 % en promedio de la inversión pública en Salud colectiva, incrementa en 6.63% el acceso a servicio de Salud en las Macrorregiones del Perú, cuando el resto de las variables se mantienen constante (*ceteris paribus*). Por otro lado, el acceso a servicios de salud en las regiones de Ayacucho, Huancavelica, Huánuco, Ica y Junín es significativo. Finalmente, la región de Ayacucho presenta 14.87% más acceso de servicio a salud frente a la región de Pasco (grupo de comparación); Huancavelica presenta 25.08% más acceso a servicio a salud frente a la región de Pasco, la región de Ica presenta -30.16% menos acceso a servicio a salud frente a la región de Pasco.

IV. DISCUSIÓN

El objetivo general de la investigación se encontró orientado a analizar la influencia de la inversión pública en salud en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022. Es preciso indicar al respecto que, por inversión pública, se entiende como una herramienta que permite reducir las brechas de la pobreza, busca la accesibilidad en el mejoramiento de los servicios básicos de sanidad, apoya al desarrollo sostenible e inclusivo, asimismo, mejora el rendimiento y competitividad de la región Estado (Quispe et al., 2020). Y respecto al acceso a servicios de salud, viene a ser un procedimiento por el cual la población usuaria puede ser satisfecha completamente en la cobertura de salud pública, frente a ello, el acceso se establece como el ajuste de servicio hacia la población en el abarcamiento de una línea de procesos culturales (Fuentes, 2017).

En orientación a ello, se pudo determinar que la inversión pública en salud influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022; ello se corroboró económicamente a un nivel de significancia del 5% ($p\text{-valor}=0.00 < 0.05$). Además, se evidenció que ante un incremento del 1 % en promedio de la inversión pública en Salud, incrementa en 13.05 % el acceso a servicio de Salud en las Macrorregiones del Perú. Entonces, se puede decir que se requiere mayores niveles de inversión pública y una mejor calidad en su ejecución para que sea posible evidenciar un mayor acceso a servicios de salud, y que ello conduzca a una mejora en sus condiciones y calidad de vida. Este hallazgo se encontró concordante con lo presentado por Yupanqui y Torres (2019), quien indicó que la inversión pública tiene una influencia en el desarrollo humano de la población de una región. De modo similar, García y Quispe (2014) concluyó que la inversión en salud contribuye con las condiciones de vida de las familias; no obstante, en la región de Ayacucho aún siguen existiendo brechas en el acceso a estos servicios. Asimismo, Lapa (2019), llegó a concluir que la inversión pública en salud presenta un impacto positivo respecto a la salud, economía y

aspectos sociales en la población beneficiaria. A su vez, Cerdán (2019) concluyó su estudio manifestando que la inversión pública en salud posee influencia en el crecimiento económico del Perú, por lo cual es un aspecto a ser priorizado.

El primer objetivo específico estuvo orientado a evaluar la influencia de la inversión pública en salud individual en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022. Coherente con ello, es preciso indicar que, de acuerdo a lo aseverado por el Ministerio de Economía y Finanzas (2011), esta inversión va abocada al direccionamiento de un conjunto de acciones relacionadas con el tratamiento, recuperación y rehabilitación en los usuarios públicos; ante ello, tiene tres principales grupos funcionales: la atención médica básica, especializada y servicios de diagnóstico. En ese sentido, por medio de los resultados inferenciales no se pudo determinar que la inversión pública en salud individual influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022; ello se corroboró económicamente a un nivel de significancia del 5% ($p\text{-valor}=0.201 > 0.05$). En ese sentido, se puede aseverar que en las regiones se requiere un incremento de los niveles de inversión destinados al tratamiento, recuperación y rehabilitación en los usuarios públicos; ello por medio de los grupos funcionales: la atención médica básica, especializada y servicios de diagnóstico; ello con la intención de que permita a la población tener acceso a ellos y ser atendidos, y se contribuya con la mejora de su calidad y condiciones de vida. Este hallazgo no se encontró acorde con lo presentado por Yupanqui y Torres (2019), quien indicó que la inversión pública tiene una influencia en el desarrollo humano de la población de una región. De modo similar, García y Quispe (2014) concluyó que la inversión pública en salud contribuye con las condiciones de vida de las familias; sin embargo, en la región de Ayacucho aún se tiene que seguir trabajando en la reducción de las brechas en el acceso a estos servicios. Asimismo, Lapa (2019), llegó a concluir que la inversión pública en salud

presenta un impacto positivo respecto a la salud, economía y aspectos sociales en la población beneficiaria.

Y finalmente, el segundo objetivo específico estuvo orientado a evaluar la influencia de la inversión pública en salud colectiva en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022. Acorde con ello, la revisión de literatura indica que la inversión colectiva se encuentra referida a una serie de atenciones en búsqueda de la promoción de la salud, actos preventivos a posibles riesgos y daños que afecten a toda una población; en ese sentido, actúa en intervención para la regulación y control sanitario (Ministerio de Economía y Finanzas, 2011). En ese sentido, a través de los resultados de carácter inferencial se pudo conocer que la inversión pública en salud colectiva influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022; ello se corroboró económicamente a un nivel de significancia del 5% ($p\text{-valor}=0.00 < 0.05$). Además, se evidenció que ante un incremento del 1% en promedio de la inversión pública en Salud colectiva, incrementa en 6.63% el acceso a servicio de Salud en las Macrorregiones del Perú. En ese sentido, es factible mencionar que estas regiones evidencian una necesidad para incrementar los niveles de inversión que solventen la promoción de la salud, actos preventivos a posibles riesgos y daños que afecten a toda una población; y que se garanticen una mayor cobertura de los servicios de la salud a la población en general y ello se evidencie en una mejora de su calidad y condiciones de vida. Este hallazgo se encontró acorde con lo presentado por Yupanqui y Torres (2019) quien indicó que la inversión pública tiene una influencia en el desarrollo humano de la población de una región. De modo similar, García y Quispe (2014) concluyó que la inversión pública en salud contribuye con las condiciones de vida de las familias; sin embargo, en la región de Ayacucho aún se tiene que seguir trabajando en la reducción de las brechas en el acceso a estos servicios. Asimismo, Lapa (2019), llegó a concluir que la inversión pública en salud

presenta un impacto positivo respecto a la salud, economía y aspectos sociales en la población beneficiaria.

CONCLUSIONES

1. Se pudo determinar que la inversión pública en salud influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022; ello se corroboró económicamente a un nivel de significancia del 5 % ($p\text{-valor}=0.00 < 0.05$). Además, se evidenció que ante un incremento del 1 % en promedio de la inversión pública en Salud, incrementa en 13.05 % el acceso a servicio de Salud en las Macrorregiones del Perú.
2. También se determinó que la inversión pública en salud individual no influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022; ello se corroboró económicamente a un nivel de significancia del 5 % ($p\text{-valor}=0.201 > 0.05$). No existe evidencia en el período de estudio.
3. Y finalmente, se determinó que la inversión pública en salud colectiva influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022; ello se corroboró económicamente a un nivel de significancia del 5% ($p\text{-valor}=0.00 < 0.05$). Además, se evidenció que ante un incremento del 1 % en promedio de la inversión pública en Salud colectiva, incrementa en 6.63% el acceso a servicio de Salud en las Macrorregiones del Perú.

RECOMENDACIONES

1. A los gobiernos locales, regionales y locales, a que efectúen una mejor programación del presupuesto orientado a la salud, a fin de que permita captar las necesidades reales en ese ámbito y dar cobertura de este servicio a una mayor proporción de la población, permitiéndoles acceder a un seguro, cubrir sus necesidades de atención, prevención y recuperación de la salud.
2. A los gobiernos locales, regionales y locales, a que realicen una mejor evaluación y seguimiento de las inversiones públicas en salud, de tal forma que sea posible detectar deficiencias de manera oportuna y se pueda conseguir que se cumplan las metas establecidas.
3. A los futuros investigadores, a que lleven a cabo estudios de similar índole, ello con la intención de que puedan evidenciar cómo se viene presentando la problemática en torno al acceso de la salud de los peruanos y la gestión de las inversiones públicas en ese campo; y de esa forma puedan ser una fuente de información para los hacedores de políticas para la mejora en toma de decisiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguedo, L., & Romero, L. (2018). *La inversión pública en servicios básicos y su influencia en la reducción de la pobreza en la región Ancash, Periodo 2001-2017*. (Tesis de licenciatura) , Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo , Huaraz. Retrieved 2022, from http://www.repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/3402/T033_47340167_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arana, M. (2021). Usos y desusos de Jhon M. Keynes en la academia y la política argentina a principios del Siglo XX. *Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales* , LXI (234), 151 - 171 . Retrieved 2022, from http://www.zbw.eu/econis-archiv/bitstream/11159/7259/1/178861917X_0.pdf
- Carpio, C. P., & Solano, B. (2021). Revista Conpendium: Cuadernos de Economía y Administración. *La incidencia de la inversión pública en el sistema de salud del Ecuador Período 2010-2019*, VIII(2), 145-164 . Retrieved 2022, from <http://www.revistas.espol.edu.ec/index.php/compendium/article/view/956>
- Carpio, C., Pablo, J., & Solano, B. (2021). La Incidencia de la Inversión Pública en el Sistema de Salud del Ecuador Período 2010 - 2019. *Revista Conpendium: Cuaderno de Economía y Administración* , VIII(2), 146-154. Retrieved 2022, from <http://www.revistas.espol.edu.ec/index.php/compendium/article/view/956>
- Cerdán, K. (2019). *Inversión Pública en el Sector Salud y Crecimiento Económico en el Perú* . (Tesis de licenciatura), Universidad Nacional Agraria La Molina, Lima. Retrieved 2022, from <https://repositorio.lamolina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12996/3932/cerdan-obregon-karla-consuelo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Datosmacro.com. (2021). *Datosmacro.com.* Expansión:
<https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud>

Datosmacro.com. (2022). *Expansión.* Salud:
<https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud>

Fuentes, S. (2017). El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, *XLIII*(2), 272-286. Retrieved 2022, from <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n2/spu12217.pdf>

Garcés, A. (2021). El sistema de inversión pública (Invierte.pe) y los desafíos que enfrenta para mejorar la ejecución de la inversión pública: ¿un error de diagnóstico? *Revista de Derecho Público Económico*, *I*(1), 25-44. Retrieved 2022, from <https://journals.continental.edu.pe/index.php/derechopublicoeconomico/article/view/739>

García, J., García, A., Priego, O., & Martínez, L. (2017). Salud desde una perspectiva económica. Importancia de la salud para el crecimiento económico, bienestar social y desarrollo humano. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, *XXIII*(2), 44-47. Retrieved 2022, from <https://www.redalyc.org/pdf/487/48754566007.pdf>

García, W., & Quispe, R. (2014). *Inversión Pública en Servicios Básicos y sus Efectos en las Condiciones de Vida de las Familias en la Provincia de Huamanga: 2007-2012.* (Tesis de licenciatura), Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga , Ayacucho. Retrieved 2022, from http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/UNSCH/833/1/Tesis%20E162_Gar.pdf

Guerra, J., & Castañeda, E. (2020). Impacto de la gestión de inversiones municipales sobre el índice de desarrollo humano en el Valle del Mantaro (Perú) . *Revista Visión Contable* ,

- 143-165 . Retrieved 2022, from <https://publicaciones.unaula.edu.co/index.php/VisionContable/article/view/735>
- Gutiérrez, C., Romaní, F., Wong, P., & Del Carmen, J. (2018). Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú . *Facultad Médica* , *LXXIX* (1), 65-70. Retrieved 2022, from <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v79n1/a12v79n1.pdf>
- Gutiérrez, J., Heredia, L., Hernández, M., Pelcastre, B., Torres, P., & Reyes, H. (2019). Desigualdades en el acceso a servicios base de las políticas para la reducción de la brecha en salud . *Salud pública de México* , *LXI*(6), 726-733. Retrieved 2022, from <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2019.v61n6/726-733/es>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). México D.F., México: McGraw Hill. Retrieved 2022 , from <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática . (2018). *Población afiliada a algún seguro de salud* . Lima , Perú. Retrieved 2022, from https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1587/1ibro01.pdf
- Kottow, M. (2014). *Bioética en salud pública: una mirada latinoamericana* . Santiago, Chile . Retrieved 2022, from <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HKB9EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=salud+publica+teor%C3%ADa&ots=aqhBpCcy-u&sig=RHEPYWmJd5GN0UKMZjY8mLvPHmI#v=onepage&q=salud%20publica%20teor%C3%ADa&f=false>
- Lapa, H. (2019). *Inversión Pública en el Sector Salud y su Impacto Socioeconómico en la población beneficiaria del Distrito de Ahuaycha - Tayacaja, Ejecutado 2013*. (Tesis de

- posgrado) , Universidad Nacional de Huancavelica , Huancavelica. Retrieved 2022, from <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e303f196-6077-466b-b9fe-a6b719d422d7/content>
- Lozano, G. (2021). *Inversión pública y cobertura de los servicios básicos en la Municipalidad Provincial de Tocache, 2020*. Universidad César Vallejo , Tarapoto. Retrieved 2022, from https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/57807/Lozano_GG-SD.pdf?sequence=1
- Maldonado, C., Vivas, L., Gómez, L., Villamizar, S. B., & Tobler, C. (2019). *Salud pública y complejidad: Historia, conceptos, ejes* (Vol. I). Bogotá, Colombia. Retrieved 2022, from <https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/3576/9789587391534.pdf?sequence=4>
- Manrique, J., & Narváez, J. (2020). Niveles de recaudación tributaria e inversión pública a nivel departamental en el Perú 2008 - 2017 . *Revista Ciencia UNEMI* , XIII(33), 108 - 119. Retrieved 2022, from <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/1143>
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2011). *Clasificador Funcional Programático*. Resolución Directoral N°003-2011- EF/68.01. Anexo SNIP 01 , Ministerio de Economía y Finanzas, Lima . Retrieved 2022, from https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/anexos/new_direc/v12/Anexo_SNIP_01_Clasificador_Funcional_Programatico200115.pdf
- Ministerio de Salud . (2022). *Diagnóstico de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud* . Ministerio de Salud , Lima . Retrieved 2022, from

<https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2022/diagnostico-brechas-infraestructura-sector-salud-2022.pdf>

Neill, D., & Cortez, L. (2018). *Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica* (Primera ed.). Machala, Ecuador : UTMACH. Retrieved 2021 , from <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12498/1/Procesos-y-FundamentosDeLainvestiacionCientifica.pdf>

Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E., & Villagómez, A. (2014). *Metodología de la investigación. Cuantitativa - Cualitativa y Redacción de la Tesis* (Cuarta ed.). Lima, Perú : Ediciones de la U. Retrieved 2022.

Orco, A. (2020). Gasto Público en Inversiones y Reducción de la Pobreza Regional en el Perú, Periodo 2009 - 2018. *Quipukamayoc*, XXVIII(56), 9-16. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15381/quipu.v28i56.17087>

Organización Mundial de Salud . (2022). *Organización Mundial de Salud* . Retrieved 2022, from El acceso desigual a los servicios de salud genera diferencias en la esperanza de vida: OMS: <https://www.who.int/es/news/item/04-04-2019-uneven-access-to-health-services-drives-life-expectancy-gaps-who>

Penchaszadeh, V. (2018). Salud colectiva y salud pública . *Revista Iberoamericana de Bioética*(7), 1-15. <https://doi.org/DOI: 10.14422/rib.i07.y2018.004>

Pérez, D., & Castillo, J. (2016). Capital humano, teorías y métodos: importancia de la variable salud . *Economía, Sociedad y Territorio*, XVI(52), 651-673. Retrieved 2022, from <https://www.scielo.org.mx/pdf/est/v16n52/2448-6183-est-16-52-00651.pdf>

Quispe, J., Marca, H., Marca, V., Roque, C., & Mamani, A. (2020). Efecto de la inversión infraestructural pública en el crecimiento económico: estudio para la región Puno, 2000-2019. *Economía y negocios*, II(2), 48-62. <https://doi.org/DOI: https://doi.org/10.33326/27086062.2020.2.970>

- Quispe, Y. (2017). *Los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en Infraestructura en el Sector Salud del Gobierno Municipal de la Paz 2000 - 2015*. (Tesis de licenciatura) , Universidad Mayor de San Andrés , La Paz. Retrieved 2022, from <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/15166/T-2323.pdf?sequence=3>
- Rivera, O., Rivera, I., & Bonilla, C. (2020). Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento de la tuberculosis. *Revista Cubana de Salud Pública*, *XLVI*(4), 1-19. Retrieved 2022, from <https://www.scielo.org/pdf/rcsp/2020.v46n4/e1990/es>
- Rojas, F. (2019). Debate teórico sobre salud pública y salud internacional. *Revista Cubana de Salud Pública*, *XLV*(1), 1-19. Retrieved 2022, from <https://www.scielo.org/pdf/rcsp/2019.v45n1/e1521/es>
- Salazar, C. (2020). Gasto público y crecimiento económico: Controversias teóricas y evidencia para México. *Journal of Economic Literature. Economiaunam*, *XVII*(50), 53-71. Retrieved 2022, from <https://www.scielo.org.mx/pdf/eunam/v17n50/1665-952X-eunam-17-50-53.pdf>
- Soto, R. (2021). Eficiencia en la ejecución de proyectos de inversión . *Ciencia Latina revista Multidisciplinar* , *V*(2), 1726 - 1739 .
https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i2.378
- Stiglitz, J. (2000). *La economía del sector público* (Tercera Edición ed.). Alcalá , España : Antoni Bosch S.A. . Retrieved 2022, from https://frh.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php/112801/mod_resource/content/0/stiglitz-2000-tercera-edicion.pdf

- Tacillo, E. (2016). *Metodología de la Investigación Científica*. Lima, Perú : Universidad Jaime Bausate y Meza. Retrieved 2021, from <http://repositorio.bausate.edu.pe/handle/bausate/36>
- Tarupia, W. (2019). Equidad en salud: concepciones e implicaciones . *Práctica Familiar Rural*, IV(3), 47-53. <https://doi.org/https://doi.org/10.23936/pfr.v4i3.111>
- Yupanqui, H., & Torres, J. (2019). *La inversión pública en el desarrollo humano de la región Ayacucho, periodo 2007 - 2018* . (Tesis de licenciatura) , Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga , Ayacucho . Retrieved 2022, from http://209.45.73.22/bitstream/UNSCH/4432/1/TESIS%20E211_Yup.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Título: Inversión pública en salud y acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022

PROBLEMAS	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	DISEÑO Y MÉTODOS
PROBLEMA GENERAL. ¿De qué manera la inversión pública en salud influye en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022? PROBLEMA ESPECÍFICO. ¿De qué manera la inversión pública en salud individual influye en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022? ¿De qué manera la inversión pública en salud colectiva influye en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022?	OBJETIVO GENERAL. Analizar la influencia de la inversión pública en salud en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022 OBJETIVOS ESPECÍFICO. Evaluar la influencia de la inversión pública en salud individual en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022 Evaluar la influencia de la inversión pública en salud colectiva en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022	HIPÓTESIS GENERAL. La inversión pública en salud influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022 HIPÓTESIS ESPECÍFICO La inversión pública en salud individual influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022. La inversión pública en salud colectiva influye significativamente en el acceso a servicios de salud en la Macrorregión Centro del Perú, periodo 2010-2022.	VARIABLE INDEPENDIENTE X: Inversión pública en salud Indicadores X1: inversión en salud individual X2: inversión en salud colectiva VARIABLE DEPENDIENTE. Y: Acceso a servicios de salud Indicadores Y1: tasa de acceso a seguro de salud Y2: tasa de condición de salud.	TIPO DE INVESTIGACIÓN Aplicada. NIVEL DE INVESTIGACIÓN Efecto Aleatorio. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN No Experimental-longitudinal FUENTES DE INFORMACIÓN Principalmente secundaria (MEF, INEI). MUESTRA Integrada por las regiones: Ica, Junín, Pasco, Ayacucho, Huancavelica y Huánuco TÉCNICA: Análisis Documental INSTRUMENTO: Guía de análisis documental

Anexo 2. Matriz de Operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Sub indicador
Inversión pública en salud	La inversión pública es una herramienta que permite reducir las brechas de la pobreza, busca la accesibilidad en el mejoramiento de los servicios básicos de sanidad, apoya al desarrollo sostenible e inclusivo, asimismo, mejora el rendimiento y competitividad de la región Estado (Quispe et al., 2020).	Se abordará la estadística inferencial para nivel correlacional con la variable inversión pública en salud, con lo cual sus indicadores serán la inversión en salud individual y colectiva.	Inversión en salud individual	Inversión atención médica básica
				Inversión atención médica especializada
				Inversión en servicios de diagnósticos y tratamiento
			Inversión en salud colectiva	Inversión en regulación y control sanitario
				Inversión en el control epidemiológico
Acceso a servicios de salud	La inversión pública es una herramienta que permite reducir las brechas de la pobreza, busca la accesibilidad en el mejoramiento de los servicios básicos de sanidad, apoya al desarrollo sostenible e inclusivo, asimismo, mejora el rendimiento y competitividad de la región Estado (Quispe et al., 2020).	Se abordará la estadística inferencial para nivel correlacional con la variable acceso a servicios de salud, con lo cual sus indicadores serán tasa de acceso a seguro de salud y condición de salud.	Tasa de acceso a seguro de salud	% acceso a servicios de salud por regiones
				% acceso a servicios de salud por años
			Tasa de condición de salud	% personas sanas
				% personas no sanas

**UNSCH**FACULTAD DE
CIENCIAS ECONOMICAS,
ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES**DECANATO**

TRANSCRIPCION DE ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la ciudad de Ayacucho, el día 19 de enero de 2024, a las 18:00 p.m. horas, en la Sala de Grados de la Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables, se reunieron los miembros de la Comisión del Jurado Evaluador, conformado por los profesores: Econ. Pelayo Hilario Valenzuela, Econ. Edmundo Esquivel Vila, Econ. Paul Villar Andia y Econ. Efraín Castillo Quintero (Asesor-Jurado); bajo la presidencia del Dr. Pelayo Hilario Valenzuela, como Decano de la Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables, en el acto académico de la sustentación de tesis y actuando como secretario Docente el Econ. Sir Bernabé Huamanculí Allcahuamán.

El secretario Docente da lectura de la Resolución Decanal N° 024-2024-UNSCH-FCEAC-D, de fecha 10 de enero de 2024, el cual declara expedito a los bachilleres YORDANO PARIONA AYALA Y DIEGO MANUEL YANCCE RODRIGUEZ, para la sustentación de la tesis: **Inversión pública en salud y acceso a servicios de salud en la macroregión centro del Perú, periodo 2010-2022**, para optar el título profesional de Economista.

Acto seguido el presidente de los jurados invita a los sustentantes a dar inicio a la exposición de la mencionada tesis en un tiempo aproximado de treinta (30) minutos. Concluida la sustentación el presidente solicita a los miembros del jurado evaluador formular las preguntas y repreguntas necesarias para lo cual disponen de cuarenta y cinco (45) minutos, las mismas que fueron absueltas satisfactoriamente.

Concluida la sustentación, el presidente de los jurados invita a los sustentantes y público asistente abandonar la sala de grados con la finalidad de deliberar y emitir la calificación correspondiente, con el siguiente resultado:

Jurado 1	11
Jurado 2	12
Jurado 3	10

Resultandos aprobados por mayoría con el calificativo de ONCE (11).

Siendo las 19:40 p.m. horas del mismo día, se dio por concluido el acto académico y en fe de lo actuado firman al pie del presente los profesores: Dr. Pelayo Hilario Valenzuela (Presidente-Jurado), Econ. Edmundo Esquivel Vila, Econ. Paul Villar Andia y Econ. Efraín Castillo Quintero (Asesor-Jurado).

Libro N° 04, con folio N° 345

Ayacucho, 15 de agosto de 2024


Prof. Jesús Augusto Badajoz Ramos
Secretario Docente



UNSC

FACULTAD DE
CIENCIAS ECONOMICAS,
ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES

DECANATO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD CON DEPÓSITO

N° 055-2024-EPE/FCEAC/UNSC.

1. Apellidos y nombres del investigador:

- ✓ PARIONA AYALA, Yordano
- ✓ YANCCE RODRIGUEZ, Diego Manuel

2. Escuela Profesional: Economía

3. Facultad: Ciencias Económicas, Administrativas y Contables

4. Tipo de trabajo académico evaluado: Tesis.

5. Título del trabajo de investigación:

Inversión pública en salud y acceso a servicios de salud en la macrorregión centro del Perú, periodo 2010-2022

6. Software de similitud: TURNITIN

7. Fecha de recepción: 28-06-2024

8. Fecha de evaluación: 01-07-2024

9. Evaluación de originalidad.

Porcentaje de similitud	Resultado
• 16%	** APROBADO

- Consignar el porcentaje de similitud.

** Consignar **APROBADO** si se encuentra dentro del rango de porcentaje establecido, subsanar las observaciones o **DESAPROBADO** si se excede el porcentaje permisible de similitud.

Ayacucho, 01 de julio de 2024

Mg. Ruly Valenzuela Pariona
Docente-Instructor

Inversión pública en salud y acceso a servicios de salud en la macrorregión centro del Perú, periodo 2010- 2022

por Yordano Pariona Ayala y Diego Manuel Yancce Rodriguez

Fecha de entrega: 01-jul-2024 03:28p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2411344287

Nombre del archivo: Yordano_Pariona_Ayala_y_Diego_Manuel_Yancce_Rodriguez.docx (478.17K)

Total de palabras: 14472

Total de caracteres: 79611

Inversión pública en salud y acceso a servicios de salud en la macrorregión centro del Perú, periodo 2010-2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
3	repositorio.lamolina.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	revistas.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	<1%

9	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
10	Submitted to Submitted on 1691124664686 Trabajo del estudiante	<1 %
11	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	cies.org.pe Fuente de Internet	<1 %
13	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	sdgdata.humanrights.dk Fuente de Internet	<1 %
16	practicafamiliarrural.org Fuente de Internet	<1 %
17	mef.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
18	ojs.unemi.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
19	tabasco.gob.mx Fuente de Internet	<1 %
20	repositorio.upci.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

21

revistas.unheval.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

22

www.somoselmedio.com

Fuente de Internet

<1 %

23

www.coursehero.com

Fuente de Internet

<1 %

24

repositorio.unc.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo