



# **Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión**

**Facultad de Ciencias Económicas, Contables y Financieras**

**Escuela Profesional de Economía y Finanzas**

**Análisis presupuestal de la inversión en salud del Gobierno Regional de Lima entre los  
años 2005 – 2021**

**Tesis**

**Para optar el Título Profesional de Economista**

**Autora**

**Shadia Rosalinda Espinoza Aguirre**

**Asesor**

**Eco. Wessel Martín Carrera Salvador**



**Huacho – Perú**

**2026**



Reconocimiento – No Comercial – Sin Derivadas – Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

**Reconocimiento:** Debe otorgar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso. **No Comercial:** No puede utilizar el material con fines comerciales. **Sin Derivadas:** Si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado. **Sin restricciones adicionales:** No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros de hacer cualquier cosa que permita la licencia.



# UNIVERSIDAD NACIONAL

## JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

### LICENCIADA

*(Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD fecha 27/01/2020)*

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, CONTABLES Y FINANCIERAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ECONOMÍA Y FINANZAS

### METADATOS

<b>DATOS DEL AUTOR (ES):</b>		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>DNI</b>	<b>FECHA DE SUSTENTACIÓN</b>
Espinoza Aguirre Shadia Rosalinda	75812578	09/102024
<b>DATOS DEL ASESOR:</b>		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>DNI</b>	<b>CODIGO ORCID</b>
Econ. Carrera Salvador Wessel Martín	06154033	0000-0001-5315-3033
<b>DATOS DE LOS MIEMBROS DE JURADO – PREGRADO</b>		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>DNI</b>	<b>CODIGO ORCID</b>
Mg. Econ. Inca Soller Rosa Adriana	07148621	0000-0003-0143-7215
Dr. Econ. Aragon Rosadio Rodolfo Jorge	15756607	0000-0002-2483-008X
Mtro. Econ. Panaspaico Medina Angel Antonio	15709354	0000-0002-9005-3864

## Analisis presupuestal de la inversion en salud del Gobierno Regional de Lima entre los años 2005-2021

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>10%</b>
<b>2</b>	<b>repositorio.unjfsc.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>bvs.minsa.gob.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>5</b>	<b>repositorio.unap.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	<b>www.regionpiura.gob.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<b>Submitted to Universidad Nacional de Barranca</b> Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>repositorio.upla.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

## **DEDICATORIA**

Este proyecto está dedicado con profundo agradecimiento a mis padres, las dos figuras más significativas en mi vida personal. Su apoyo constante y ejemplo inspirador han sido pilares fundamentales que me guiaron y contribuyeron a la formación de mi carácter. Además, quiero extender esta dedicación a todos aquellos que han confiado en mí, incluyendo a mis hermanos y demás familiares, quienes han visto en mí un modelo de superación ante los desafíos de la vida. Espero que este trabajo sirva como fuente de inspiración para su propio crecimiento personal y profesional, siguiendo una senda similar a la que he recorrido hasta ahora.

La autora.

## AGRADECIMIENTO

Mis especiales agradecimientos:

Expreso mi profundo agradecimiento al Economista Wessel Martín Carrera Salvador, mi asesor de investigación, cuya vasta experiencia y sólidos conocimientos en las ciencias económicas y sociales fueron fundamentales para orientarme de manera efectiva hacia la conclusión exitosa de este proyecto de investigación. También quiero reconocer y agradecer al equipo de docentes de la Escuela Académico Profesional (EAP) de Economía y Finanzas de la destacada Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión de Huacho. Sus enseñanzas a lo largo de mi trayectoria universitaria han sido indispensables, proporcionándome las herramientas necesarias para abordar un análisis integral, como el llevado a cabo en este estudio, con enfoques sociales, políticos y económicos

La autora.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS .....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
Resumen.....	xiv
ABSTRACT.....	xiv
Introducción .....	xv
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	17
1.1    Descripción de la Realidad Problemática .....	17
1.2    Formulación Del Problema.....	21
1.2.1    Problema general.....	21
1.2.2    Problemas específicos.....	21
1.3    Objetivo de la Investigación .....	22
1.3.1    Objetivo general .....	22
1.3.2    Objetivo Especifico .....	22
1.4    Justificación de la Investigación.....	22
1.5    Delimitación del estudio .....	23

<b>1.6 Viabilidad del Estudio .....</b>	<b>24</b>
<b>CAPITULO II .....</b>	<b>27</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>27</b>
2.1. Antecedentes De La Investigación.....	27
2.2. Bases Teóricas .....	32
2.2.1. Sistema de Presupuesto en el Perú .....	32
2.2.1.1. Estructura del Sistema de presupuesto peruano .....	35
2.2.1.2. Presupuesto publico.....	38
2.2.2. Sistema de salud del Perú .....	42
2.2.2.1. Evolución del Sistema Nacional de salud del Perú .....	45
2.2.2.2. Estructura del Sistema de Salud en el Perú .....	48
2.2.3. Inversiones Pública.....	51
2.4. Bases filosóficas.....	56
2.5. Definición de términos básicos.....	57
2.6. Hipótesis de la investigación .....	60
2.6.1. Hipótesis general .....	60
2.6.2. Hipótesis específica .....	60
2.7. Operacionalización de la variable.....	61
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>63</b>

METODOLOGÍA .....	63
3.1.    Diseño Metodológico.....	63
3.1.1.    Tipo de la investigación.....	63
3.1.2.    Nivel de investigación .....	63
3.1.3.    Diseño .....	64
3.1.4.    Enfoque.....	64
3.2.    Población y Muestra .....	65
3.2.1.    Población .....	65
3.2.2.    Muestra .....	66
3.3.    Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos .....	66
3.3.1.    Técnicas a emplear .....	66
3.3.2.    Descripción de los instrumentos.....	67
3.4.    Técnicas para el Procesamiento de la Información.....	68
CAPÍTULO IV.....	69
RESULTADOS.....	69
4.1.    Análisis de resultados .....	69
4.1.1.    Presupuesto de inversión pública en el Gobierno Regional de Lima, entre los años 2005 al 2021 .....	70
4.1.2.    Presupuesto de inversión pública en el G.R.L, en función al gasto (2005 – 2021)	77

4.1.3.	Presupuesto de inversión pública en el sector salud en el G.R.L (2005 – 2021)....	84
4.1.4.	Estimación de relación entre variables de estudio .....	91
CAPÍTULO V .....		94
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....		94
5.1.	Discusión de resultados.....	94
5.2.	Conclusiones .....	96
5.3.	Recomendaciones .....	98
CAPÍTULO VI.....		99
<b>6.1.</b>	<b>Fuentes Bibliográficas .....</b>	<b>99</b>
<b>6.2.</b>	<b>Fuentes hemerográficas.....</b>	<b>100</b>
<b>6.3.</b>	<b>Fuentes documentales.....</b>	<b>101</b>
<b>6.4.</b>	<b>Fuentes electrónicas.....</b>	<b>103</b>
ANEXOS.....		105

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Población con acceso a un seguro de salud en la Región Lima - 2017 .....	19
Tabla 2: Inversiones en situación de “activos” por función – Gobierno regional de Lima (2005 - 2021).....	19
Tabla 3: Problemas, consecuencias y propuestas del Sistema Presupuestario Peruano. ....	33
Tabla 4 : Inversión en salud: Nivel y porcentaje del PBI (2012 – 2016).....	54
Tabla 5: PIA y su ejecución de los niveles de gobierno 2001 – 2016 (Mill. de soles) .....	55
Tabla 6: Operacionalización de la variable de estudio.....	62
Tabla 7: Presupuesto para la I.P en el G.R.L (2005 - 2021) .....	70
Tabla 8: Principales estadística de I.P del G.R.L (2005 - 2021).....	73
Tabla 9: Presupuesto en I.P, en función al gasto (2005 - 2008).....	77
Tabla 10: Presupuesto en I.P, en función al gasto (2009 - 2021).....	81
Tabla 11: Presupuesto en I.P en salud del G.R.L. (2005 - 2021).....	84
Tabla 12: Proyectos de Inversión Publica en Salud del G.R.L (2005 - 2021).....	89
Tabla 13: F. de financiamiento de la inversión en salud en el G.R.L (2005 - 2021).....	89

Tabla 14: Relación entre el PIA y el Devengado .....	92
Tabla 15: Prueba "t" PIA - Devengado .....	92
Tabla 16: Relación entre el PIM y el Devengado .....	93
Tabla 17: Prueba "t" PIM - Devengado .....	93
Tabla 18: Matriz de consistencia del trabajo de investigación .....	105

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tendencia del PIM para el Sector Salud en la Región Lima (2005 -2021).....	18
Figura 2. Proceso de ejecución presupuestal.....	42
Figura 3. Estructura del sistema de salud peruano .....	50
Figura 4. Variaciones Promedio del PIA, PIM, De (2005 - 2021).....	75
Figura 5. Variaciones Acumulada del PIA, PIM, De (2005 - 2021).....	75
Figura 6. Evolución de la tasa de crecimiento del PIA y PIM (2005 - 2021).....	76
Figura 7. Participación de la I.P en función al gasto (2005 - 2008).....	80
Figura 8. Participación de la I.P en función al gasto (2009 - 2021).....	83
Figura 9. Evolución de la I.P en salud en el G.R.L entre el PE y PIM (2005 - 2021) .....	86
Figura 10. Tasa de crecimiento promedio y acumulado del presupuesto en I.P del G.R.L. (2005 - 2021) .....	87
Figura 11. Figura 6. Evolución de la I.P en salud en el G.R.L entre el PE y Devengado (2005 - 2021) .....	88
Figura 12. Participación promedio de la inversión por F. de financiamiento en salud (2005 – 2021) .....	91

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar el progreso en la ejecución del presupuesto asignado por el Gobierno Regional de Lima a inversiones en salud durante el periodo 2005-2021. **Metodología:** Se emplea un enfoque no experimental transversal de nivel básico descriptivo-explicativo, asumiendo que no se realizarán ajustes en la selección de la muestra. **Resultados:** Los hallazgos indican que el sector salud representa el 2.88% en los primeros cuatro años y aumenta significativamente al 28.84% en el resto del período, situándolo en una posición destacada entre los diversos sectores. Además, se observa un crecimiento promedio anual del 66.1% en el presupuesto asignado a inversiones en salud. **Conclusiones:** Se confirma una relación positiva entre el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) y el Presupuesto Ejecutado (PE). Sin embargo, este vínculo no se refleja en el nivel de crecimiento del PIM y su eficiencia de ejecución, evidenciando una eficacia inferior al 70% en la totalidad del estudio.

**Palabras claves:** Presupuesto, cierre de brecha, nivel de eficiencia.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the progress in the execution of the budget allocated by the Regional Government of Lima to investments in health during the period 2005-2021. **Methodology:** A non-experimental cross-sectional approach at a basic descriptive-explanatory level is used, assuming that no adjustments will be made in the selection of the sample. **Results:** The findings indicate that the health sector represents 2.88% in the first four years and increases significantly to 28.84% in the rest of the period, placing it in a prominent position among the various sectors. In addition, there is an average annual growth of 66.1% in the budget allocated to investments in health. **Conclusions:** A positive relationship between the Modified Institutional Budget (PIM) and the Executed Budget (EP) is confirmed. However, this link is not reflected in the level of growth of the IMP and its execution efficiency, showing an effectiveness of less than 70% in the entire study.

**Keywords:** Budget, gap closure, efficiency level

## Introducción

Este estudio, titulado "Análisis de la gestión financiera en las inversiones de la Región Lima y su influencia en el ámbito de la salud durante el lapso comprendido entre 2005 y 2021", que presenta como lineamiento final examinar la conducta de las variables que inciden en la ejecución presupuestaria llevada a cabo por el Gobierno Regional de Lima (GRL). Asimismo, busca evaluar de qué manera esta ejecución ha contribuido al cierre de brechas en la región. Al igual que cualquier nivel de gobierno, cada administración aspira a satisfacer las necesidades públicas inherentes a su responsabilidad. En este contexto, una de las metas prioritarias es la reducción de las disparidades en los servicios de salud y educación, dado que estos sectores son fundamentales para asegurar la calidad del capital humano dentro de la región.

Un propósito fundamental de este estudio es realizar una evaluación minuciosa de las inversiones en curso, especialmente aquellas a cargo de las subdirecciones en la Región Lima, centrándose de manera específica en el sector de la salud. Parece evidente que, en los últimos años, la brecha en este sector no ha experimentado una reducción eficaz. Esta situación se ha agravado aún más durante la actual crisis sanitaria en el Perú, revelando las deficiencias en la prestación de servicios de salud debido a una gestión estatal ineficiente a lo largo de muchos años. Dada esta coyuntura, la importancia de nuestra investigación se incrementa significativamente.

Para llevar a cabo este proyecto, se inició recopilando información relevante de diversas fuentes que pudieran respaldarlo. Esto incluyó la consulta de la base de datos del MEF y el BCRP, así como la revisión de documentos proporcionados por la DIRESA-Lima a lo largo de los 15 años abarcados en el estudio. Además, se adoptaron como referencia para el proceso de desarrollo de

los resultados como de la metodología implementada a este mismo, estudios previamente elaborados por otros investigadores e instituciones, tanto internacionales como nacionales.

Referente a los instrumentos como procesos metodológicos empleados, el estudio sigue un diseño metodológico coherente con los objetivos establecidos. En este sentido, se opta por un enfoque básico con un diseño correlacional y no experimental, debido al estado predefinido que caracteriza a la estimación de los resultados, evitando así la manipulación de la información. Posteriormente, se procede a analizar la relación entre las variables. Además, se lleva a cabo una investigación de tipo transeccional, marcada por un corte temporal que extrae únicamente la información cuantitativa necesaria para el período de estudio comprendido entre 2005 y 2021. Mediante la ejecución de la observación previa y posterior, se lleva a cabo un análisis y evaluación de la evolución de las variables y sus interacciones, además de explorar las posibles ramificaciones derivadas de la persistencia de la condición desfavorable.

Es relevante resaltar que los resultados de esta investigación, expuestos de manera objetiva, poseen la capacidad de aportar valiosamente a la formulación de decisiones por parte de las autoridades regionales y municipales, con el poder de generar impactos positivos en favor de la población.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1 Descripción de la Realidad Problemática

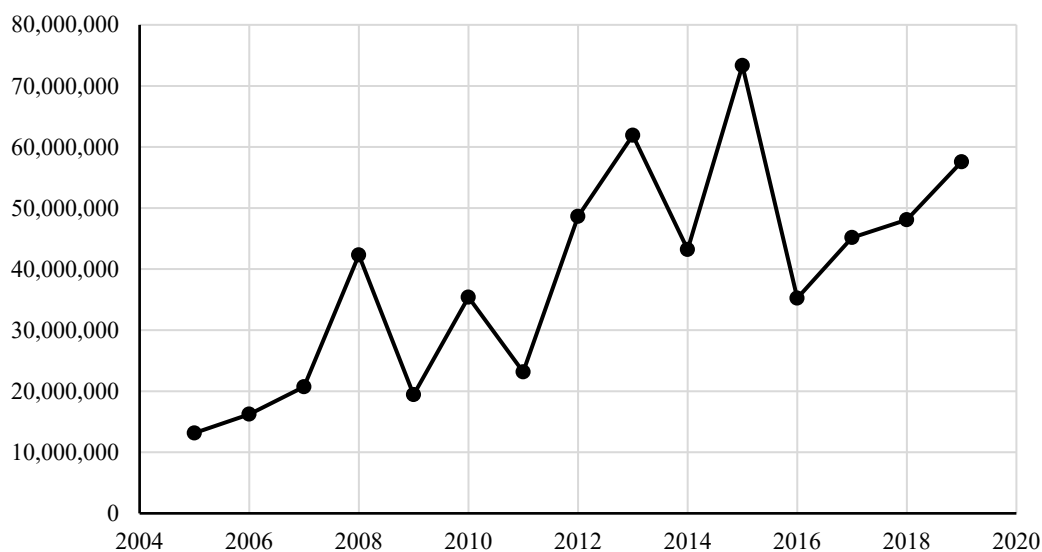
De acuerdo a la OMS (2004), el acceso a la atención de la salud es una de las necesidades más importantes que deben abordarse. Actualmente, se producen 93 muertes en países subdesarrollados a nivel mundial, y estos países tienen asignado 200 veces menos PIB que en países desarrollados, situación conocida mundialmente como brecha 10/90.

Por su parte Maguiña y Rodas (2018) nos dicen que, dentro del Perú, las políticas como movimiento realizadas por el gobierno para abordar las necesidades de salud directamente mediante el proceso de descentralización de los servicios de salud no han tenido el impacto esperado. De los aproximadamente 6.074 médicos inscritos en el Registro de Archivos Médicos, 5.251 vienen atendiendo en las provincias de Lima y el área metropolitana de Lima (un total de 70,1) y solo el 30%, que representan 1.823 médicos, presta servicios en otras regiones. La OMS (2017) menciona que Entre 2002 y 2012, hubo un aumento significativo de los establecimientos de salud en el estado de Perú, hospitales aumentaron un 30,3% durante este período, mientras que los centros y puestos aumentaron un 26,5%.

Sin embargo, los resultados que se han obtenido a partir de este incremento no son significativos, pues si miramos a las regiones del interior como Huancavelica, Puno o las comunidades indígenas de Madre de Dios, Loreto como otras, hasta el día de hoy no decepcionan

ningún tratamiento o servicio específico de salud, a no ser que sea el servicio que se ofrece de manera integral. Está toda la evidencia de que los gobiernos regionales no lideran adecuadamente y mucho menos mejoran el sector de la salud en su región mediante la ejecución del presupuesto que se les asigna para desarrollar e implementar inversiones para mejorar esta situación.

El MINSA (2017), nos dice que, a nivel nacional, el financiamiento del sector salud es solo del 3%, pero si se excluye a “EsSalud”, el sector salud presentaría una participación en el PIB alcanza solo el 2%, dicha participación incluye al “MINSA” y los gobiernos regionales. Con respecto a la de la “Municipalidad Provincial de Barranca” (excluyendo Lima Metropolitana), esta región ha incrementado, en promedio anualmente, un 23% entre los años 2005 al 2021, los recursos presupuestarios destinados al mejoramiento del sector salud mediante la ejecución de inversiones, lo cual se puede observar en la figura 1 siguiente:



*Figura 1. Tendencia del PIM para el Sector Salud en la Región Lima (2005 -2021)*

*Fuente: a partir de información procedente de CONSULTA AMIGABLE, 15 de junio del 2023*

De igual forma, el acceso a un “seguro de salud” en la población de la Municipalidad Provincial de Barranca tiene una brecha de 33,0% (2017), brecha que ha sido imposible disminuir a pesar de las enormes expectativas que han tenido los tres niveles del estado, de acuerdo al plan multianual de los últimos años.

Tabla 1: *Población con acceso a un seguro de salud en la Región Lima – 2017*

<b>Seguro de Salud</b>	<b>Total</b>	<b>Proporción</b>	<b>Brecha</b>
ESSALUD	107,177	43.40%	32.90%
Fuerza Armadas y Policiales	6,136	2,5%	
Seguro Privada	16,841	6.80%	
Sis	34,089	13.80%	
Otro	1,288	0.50%	
No tiene	81,360	33%	

Fuente: Extraído del CEPLAN 01/06/2022  
<https://www.ceplan.gob.pe/informacion-de-brechas-territoriales/>

A la actualidad y e conformidad con “INVIERTE.PE” (2013 AL 2022), la “Municipalidad Provincial de Barranca” tiene un registro de 1,348 inversiones que se encuentran en una situación activa. Sin embargo, estas inversiones no se han llevado a cabo debido a diversas razones, como limitaciones presupuestarias o la falta de inclusión en la di fundación de los proyectos de inversión gestionada por OPMI. De todas estas inversiones, aproximadamente el 17.5% se enfocan en la mejora de la capacidad de resolución del sistema de salud en la región.

Tabla 2: *Inversiones en situación de “activos” por función – Gobierno regional de Lima (2005 - 2021)*

<b>Función</b>	<b>Cantidad</b>
AGRARIA	114
ADMINISTRACION Y PLANEAMIENTO	8
AMBIENTE	9
AGROPECUARIA	141
COMERCIO	4
ASISTENCIA Y PREVISION SOCIAL	18

CULTURA Y DEPORTE	10
COMUNICACIONES	7
EDUCACIÓN	251
DEFENSA Y SEGURIDAD NACIONAL	6
ENERGÍA	16
EDUCACION Y CULTURA	96
INDUSTRIA	1
ENERGIA Y RECURSOS MINERALES	23
ORDEN PÚBLICO Y SEGURIDAD	81
INDUSTRIA, COMERCIO Y SERVICIOS	24
PLANEAMIENTO, GESTIÓN Y RESERVA DE CONTINGENCIA	23
PESCA	13
SALUD	236
PROTECCIÓN SOCIAL	10
SANEAMIENTO	15
SALUD Y SANEAMIENTO	96
TURISMO	10
TRANSPORTE	123
VIVIENDA Y DESARROLLO URBANO	13
<b>Total</b>	<b>1.348</b>

Fuente: información obtenida de: “Banco de Proyectos – MEF” 01/08/2022

Evidentemente, el desafío no se limita a la falta de fondos adecuados para implementar las inversiones destinadas a aumentar la eficacia del sistema de salud. También se hace patente que el presupuesto asignado anualmente a las entidades subnacionales, incluyendo a la Región de Lima, no se está utilizando de manera eficaz en su ejecución.

Si esta situación persiste, se presentaría un escenario donde el presupuesto a este sector se viera disminuido, dado que los gobiernos subnacionales correspondientes no han sido capaces de responder a las demandas de aumentar el presupuesto utilizado. Una consecuencia de la ejecución presupuestaria deficiente es que las inversiones que han llegado a la etapa de ejecución durante el periodo del SNIP o en administraciones anteriores no obtienen asignación presupuestaria, ya sea porque no están contempladas en la programación o porque esta carece de respaldo legal.

Mencionando metafóricamente, en economía podemos afirmar que existe diversos tratamientos que mejoren dicha situación, pero, hay que tener en cuenta que sea cual sea el método y/o estrategia que se aplique debe estar encaminado a cumplir con la totalidad de normas o leyes y en especial el aumento de calidad de vida de una población en específico. No importa la raza, la cultura, el estatus económico o las creencias religiosas, todos somos iguales. Si queremos aumentar la eficiencia en las etapas de presupuesto y gestión de inversiones, es imprescindible mejorar las habilidades del equipo técnico encargado de la gestión de inversiones. Los líderes de estos equipos deben superar sus diferencias políticas y centrarse en el bienestar común a largo plazo. La propuesta de inversión debe contar con el respaldo de la comunidad, que debe participar en su definición y priorización, para que se pueda planificar y asignar recursos según lo que establece la normativa del sector.

## **1.2 Formulación Del Problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuánto ha sido el avance de ejecución del presupuesto del Gobierno Regional destinado a inversión en salud en la Región Lima durante los años 2005 - 2021?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿Cuál es el porcentaje de participación del presupuesto para inversiones en el sector salud, sobre el presupuesto total de la Región Lima, durante los años 2005 - 2021?
- ¿Cómo y de qué manera ha ido evolucionando el presupuesto para inversiones en el sector salud de la Región Lima durante los años 2005 - 2021?

- ¿Con que nivel de eficiencia se vienen desarrollando la ejecución presupuestal para inversiones del sector salud según las fuentes de ingresos en la Región Lima durante los años 2005 - 2021?

### **1.3 Objetivo de la Investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Establecer cuál ha sido el avance de ejecución en el presupuesto del Gobierno –regional de Lima destinado a inversión en salud en la Región Lima durante los años 2005 - 2021

#### **1.3.2 Objetivo Especifico**

- Determinar la participación porcentual del presupuesto para inversiones del sector salud, sobre el presupuesto total de la Región Lima durante los años 2005 - 2021.
- Determinar cómo y de qué manera ha ido evolucionando el presupuesto para inversiones del sector salud en la Región Lima durante los años 2005 - 2021.
- Determinar con qué nivel de eficiencia se ha desarrollado la ejecución presupuestal para inversiones del sector salud según sus fuentes de ingreso en la Región Lima durante los años 2005 - 2021.

### **1.4 Justificación de la Investigación**

La causante fundamental para llevar a cabo esta investigación reside en la relevancia de comprender cómo se ha gestionado o ejecutado el presupuesto designado al GRL al sector salud.

Este análisis posibilitará la evaluación al gobierno regional sobre sus capacidades financieras, al mismo tiempo que permitirá identificar las fuentes de financiamiento y medir el grado de eficacia en la utilización de los recursos designados.

De esta forma, el propósito central de esta investigación es realizar un análisis exhaustivo de la progresión de las habilidades de resolución en la gestión de inversiones en el sector salud, con un enfoque específico en la dirección de los tres niveles gubernamentales. El objetivo principal es mejorar la claridad y precisión en la redacción, destacando la importancia de examinar de cerca la evolución de estas capacidades en el ámbito mencionado. Este enfoque ayudará a determinar si una administración gubernamental efectiva puede desempeñar un papel en la disminución de las disparidades en el sector. Así mismo, este estudio adquiere relevancia adicional al considerar su utilidad como una herramienta de soporte para la formulación de políticas de gestión, esto al ofrecer un análisis detallado sobre el estado presente de las inversiones y la eficacia en la ejecución presupuestaria en el ámbito de la salud en la provincia de Barranca, de esta forma se agiliza una toma de decisiones más informada en cuanto a las prioridades de la comunidad local.

## **1.5 Delimitación del estudio**

La definición de los límites de este estudio abarca las razones o circunstancias que explican las restricciones para su ampliación en términos de tiempo, espacio, respaldo económico, selección de variables, entre otros aspectos. A continuación, detallaremos algunas de estas limitaciones identificadas en la presente investigación.

### **➤ Delimitación temporal:**

En relación con la limitación temporal, es preciso señalar que el estudio se concentra en el análisis del periodo comprendido entre 2005 y 2021. Esta elección temporal se justifica por el deseo de obtener resultados lo más actualizados posible para reflejar la situación presente. Cabe destacar que la información necesaria solo está disponible para estos años según las fuentes de información consultadas.

➤ **Delimitación geográfica:**

La limitación de la investigación en un sentido geográfico, circunscribe a los límites territoriales del departamento de Lima. En consecuencia, la información recopilada se limita a datos que guarden cierta correlación directa como el departamento con el Gobierno Regional y sus respectivas provincias, especialmente en lo que concierne a aspectos de la ejecución de la inversión dirigida a la función de gasto en salud.

## **1.6 Viabilidad del Estudio**

- Viabilidad económica y financiera:

El estudio cuenta con disponibilidad financiera, recursos que se asignarán a la adquisición de materiales como documentaciones fundamentales para la realización del estudio. Además, se ha previsto el desembolso de fondos para servicios externos, como el costo de acceso a Internet, gastos de viaje, entre otros, así como los trámites administrativos necesarios. Todos estos desembolsos serán cubiertos con los recursos financieros propios del investigador, asegurando así la viabilidad Financiera y Económica durante todo el período de la investigación.

- Viabilidad técnica:

Dentro de la viabilidad técnica de la investigación se refiere a la propiedad de llevar a cabo el estudio de manera exitosa, considerando los métodos, recursos y técnicas que se emplearán. En el caso de esta investigación específica, el investigador posee las competencias y habilidades necesarias para su realización. Concretamente, cuenta con conocimientos en el campo de las ciencias económicas, lo que le permite comprender el contexto de la investigación y formular preguntas pertinentes. Además, dispone de conocimientos en metodología y estadística, lo que le permite diseñar un estudio adecuado y analizar los resultados obtenidos. Por último, tiene un nivel de competencia intermedio en el uso de software relevante, lo que le habilita para aplicar herramientas de apoyo en el análisis de datos.

- Viabilidad temporal:

La viabilidad temporal de una investigación se refiere a la capacidad de llevar a cabo el proyecto dentro del plazo establecido. En el caso de esta investigación en particular, se ha desarrollado un calendario que se ajusta a la realidad de la situación. Este cronograma ha sido diseñado considerando cuidadosamente los procedimientos y los lapsos necesarios para cada fase del estudio. Además, se ha incorporado un margen de contingencia del 5% para hacer frente a posibles interrupciones o retrasos. Este enfoque garantiza que la investigación se completará en un período no superior a seis meses a partir de la formulación del plan de tesis.

- Viabilidad por recursos humanos:

La disponibilidad de recursos humanos es esencial para el éxito de cualquier investigación. En esta investigación en particular, se cuenta con el apoyo de varios colaboradores en todo el proceso. El investigador tiene el respaldo de un tutor académico que brinda orientación y asistencia en cada etapa de la investigación, lo que es fundamental para asegurar que se cumplan los estándares académicos requeridos. También hay un comité evaluador que revisa los resultados y emite una evaluación sobre su calidad, lo que es crucial para garantizar que la investigación sea significativa y aporte nuevos conocimientos al campo de estudio. Por supuesto, el propio investigador también desempeña un papel importante, ya que es responsable de llevar a cabo la investigación y debe tener las habilidades y conocimientos necesarios en el área de estudio.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes De La Investigación

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

Según, Zuñagua (2022), por medio de su investigación nombrada “La asignación de recursos en los proyectos del presupuesto de inversión pública del sector salud en Bolivia (2000 – 2019)” para adquirir el grado de Economista por la “Universidad Mayor de San Andrés”, ubicada en la ciudad de La Paz ubicada en el país de Bolivia , en esta investigación el autor planteo “analizar la asignación y ejecución de los recursos en los proyectos de inversión pública del sector salud en Bolivia en el periodo de tiempo designado”; con ese fin el autor utilizo una metodología deductiva, por medio de un tipo de investigación cuantitativa – descriptiva por medio de un diseño de investigación longitudinal, así mismo, la información utilizada en la investigación se obtiene de fuentes de secundarias de las principales instituciones relacionadas al tema de estudio; de esta forma el autor pudo concluir que para el primer periodo de investigación la inversión en el sector salud en sus mayoría financiada por el sector privado en el segundo periodo conocido como economía plural la mayoría del financiamiento es por parte del sector público, en este segundo periodo si bien la mayoría de los recursos publico son provenientes de los impuesto y los IDH, estos no son ejecutados eficientemente, habiendo programado un total de 1.430 millones y ejecutándose 1.041 millones para el segundo periodo.

Para Tapia Muñoz (2017) que realizó la investigación titulada “El Ciclo Presupuestal del Sistema Público de Salud de Chile: Etapa de Formulación Presupuestal, años 2016-2017” elaborada con el fin de obtener el grado académico de Licenciado en Ciencias Políticas y Administración en la “Universidad Académica de Humanismo Cristiano” en el año 2017, en la ciudad de Santiago de Chile ubicada en el país de Chile, de tal forma Tapia busca ratificar que los procedimientos actuales del ciclo presupuestal del sector salud, En particular, en la etapa de formulación, se observa la ausencia de un flujo claro, transparente y seguro del proceso. Este vacío dificulta la asignación efectiva de funciones a cada integrante, lo que, a su vez, propicia la falta de claridad en las responsabilidades individuales. Este escenario aumenta el riesgo de que las tareas y actividades vinculadas a esta fase no se ejecuten adecuadamente o, incluso, se lleven a cabo fuera de los plazos establecidos. Es imperativo abordar esta carencia en la estructura del proceso, estableciendo mecanismos que aseguren una distribución eficiente de responsabilidades y promoviendo la realización oportuna de las actividades asociadas a la fase de formulación. La investigación de Tapia se centra en mejorar la formulación presupuestaria en el ciclo presupuestario del sector salud de Chile. Utiliza un enfoque descriptivo y métodos históricos mediante la revisión de sucesos reales y fuentes secundarias. Concluye que una ejecución adecuada y la gestión eficiente son clave para las inversiones, destacando la relevancia del presupuesto en relación con los recursos disponibles. Se subraya la importancia de evitar errores en la estimación para garantizar el funcionamiento efectivo del sector salud.

Finalmente, Sepúlveda (2016) en su investigación denominada “Los proyectos del presupuesto de inversión pública en fase de ejecución del sector salud en Bolivia, 1998 –

2014” para obtener el grado de Economista con mención en Gestión de Proyectos y Presupuesto por la Universidad Mayor de San Andrés, en la ciudad de La Paz en Bolivia; donde el autor busco demostrar la importancia de la fase de ejecución de los proyectos del presupuesto de inversión pública en el sector salud del departamento de La Paz, Para este propósito, se empleó un enfoque deductivo y se llevó a cabo un tipo de investigación cuantitativa de naturaleza descriptiva y explicativa. Este enfoque implicó el uso de datos estadísticos, que fueron analizados de manera individual, estableciendo conexiones con la teoría económica empleada para respaldar los resultados. Las conclusiones obtenidas por Sepúlveda señalan que los aumentos en la ejecución presupuestaria de los proyectos destinados al sector de la salud no parecen estar contribuyendo de manera significativa. Un ejemplo de esto es que, de un presupuesto programado de \$55 millones, solo se ejecutan en promedio \$45 millones. Además, se observa una tendencia al aumento en la cantidad de establecimientos de salud durante los dos períodos analizados. Por otro lado, la mortalidad infantil muestra una disminución en ambos períodos estudiados, mientras que la tasa de mortalidad materna alcanza un registro de 236 fallecimientos por cada 100 mil nacimientos.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

Meza R., Rubio T. y Sotelo M. (2018) que realizaron una investigación titulada, “Análisis del Grado Público y el Índice de Inversión Pública en los Servicios de Atención y Protección a la Primera Infancia 2016-2018” elaborado para obtener el grado académico de Magister en Gestión de Inversión Social otorgada por la “Universidad del Pacifico” en el año 2021 en la ciudad de Lima. En este sentido la investigación menciona que en el Perú el presupuesto público dirigido a las políticas públicas como educación, nutrición, salud

entre otros, que beneficien a la población infantil entre 0 y 5 años representa el 6% del PBI total, así mismo, a nivel regional la ejecución presupuestal sobre pasa el 80% en el periodo 2016-2018, pese a esto las condiciones de vida de los beneficiados siguen siendo precarias, es en este contexto que la investigación busca analizar la “relación entre el gasto público per cápita en niños 0 a 5 y el índice de inversión pública en la primera infancia a nivel nacional y departamental”, para esto se utilizaron dos estimadores, el “gasto público en la infancia” (GPI) y el índice de “inversión pública en la infancia” (IPPI), Para el primero se revisa la estructura del gasto público y las intervenciones a nivel de programas, proyectos y políticas con el fin de estimar el gasto público dirigido a los infantes, la estimación requirió de la clasificación de gasto no específico y específico, esto per medio de una evaluación, así mismo, para el segundo estimador se construyó un indicador sintético, conformado por 6 componentes que aglomeran 75 indicadores, estos indicadores recogen información sobre salud infantil, nutrición, agua y saneamiento, salud materna, educación y vivienda; en base a las estimaciones se relazo un análisis conjunto por medio de una regresión lineal simple. De lo mencionado los autores concluyen el mayor gasto público no refleja un aumento en el (IPPI) durante el periodo 2016-2018, así mismo, los que mayores resultados han tenido en el periodo analizado serias los que menor gasto público en la infancia (GPI) tengan, por otro lado, se observó que los departamentos de la costó son los que mayor eficiencia poseen en ración con los departamentos de la sierra ay la selva.

Por otro lado, Grández K. (2020) que realizo una investigación titulada “Ejecución presupuestal y resultados inmediatos del programa presupuestal 0001 Artículo Nutricional en la red de salud de Mariscal Cáceres, 2019” elaborada para obtener el grado académico de Magister en Gestión Publica en la “Universidad Nacional Cesar Vallejo” en el año 2020

en la ciudad de Tarapoto, tiene como objetivo poder “determinar la relación que existe entre la ejecución presupuestal y los resultados inmediatos de programa presupuestal 0001 Artículo Nutricional en la red de salud de Mariscal Cáceres en el años 2019”, Con este fin el autor utilizo una metodología en base a una investigación cuantitativa, no experimental, de diseño correlativo – descriptivo, así mismo, el autor uso una muestra de 34 (IPRESS) de la red de salud Mariscal Cáceres, los cuales sirvieron para la recolección de datos. Es este sentido, el autor expone que el programa presupuestal 0001 presenta un retraso en la ejecución presupuestal del 38%, esto se refleja en el retraso de las actividades de control de crecimiento y niños con vacunas completas y desarrollo completos del programa 0001 que presento un avance del 34.24% en los primeros síes meses y del 68.49% en todo el año, además, se aplicaron pruebas estadísticas que arrojaron un Chi-cuadrado de Pearson de 0.080, indicando una relación entre la ejecución presupuestaria y los resultados inmediatos del programa presupuestal 0001.

Otra investigación llevada a cabo por Donayre (2020) denominada “La Ejecución Presupuestal Y Su Relación En El Manejo De La Epidemia Covid - 19 Bajo El Decreto De Urgencia 051-2020 En Las Regiones Del Perú”, para optar por el grado académico de maestro en Ciencias Administrativas por la “Universidad de Nacional de San Agustín” de Arequipa en el año 2020 en la ciudad de Arequipa. En esta investigación Donayre planea “Determinar como la ejecución presupuestal se relaciona con el manejo de la epidemia Covid-19 bajo el decreto de urgencia 051-2020 en las regiones de Perú”, para eso se utilizó una investigación cuantitativa a nivel relaciona y descriptivo, de diseño transversal y no experimental, donde los datos fueron extraídos de fuentes secundarias de las instituciones como el MINSA y MEF, posteriormente de los datos recolectados, su análisis consistió

en análisis descriptivo, análisis relacional con correlación bivariado y análisis explicativo con regresión lineal. La investigación concluye que no existe una relación significativa aun teniendo coeficiente negativo de correlación en relación a la ejecución de ingresos y gastos presupuestarios y los casos positivos de Covid-19; Por otra parte, se evidencia una correlación negativa significativa entre las pruebas realizadas y los presupuestos, al igual que una correlación destacada entre los casos positivos y las pruebas realizadas. Este hallazgo era previsible y podría ser la razón detrás de la presencia de coeficientes de relación negativos entre los casos positivos de COVID-19 y los presupuestos.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Sistema de Presupuesto en el Perú**

En el Perú, el sistema presupuestario abarca la agrupación de aspectos que incluyen políticas, regulaciones y procedimientos, así como la gestión del capital humano. Estos elementos se aplican en los diversos procesos y etapas relacionados con el presupuesto, reflejando la integralidad del sistema y destacando la importancia de la coordinación entre aspectos normativos y la gestión de recursos humanos en la planificación y ejecución presupuestaria. Su objetivo principal radica en determinar la procedencia y cuantía de los recursos financieros disponibles. Además, este sistema desempeña un papel esencial en la planificación económica y financiera del país, así como en la asignación del capital humano y financiero de acuerdo con las necesidades de gasto definidas para lograr las metas y objetivos definidos en dichos planes estratégicos.

Del mismo modo, es válido afirmar que en el país el sistema de presupuesto implementado constituye un proceso fundamental del Sistema Administrativo Financiero del sector público. Lo que a su vez se configura mediante la combinación de entidades, regulaciones y métodos que supervisan todos los procedimientos presupuestarios en cualquier entidad u organismo público, cubriendo todas las etapas que involucran la planificación, formulación, revisión, aprobación y ejecución del gasto presupuestal (IDEA, 2009). El Sistema Nacional de Presupuesto Público tiene como objetivo fomentar la efectividad y la productividad a lo largo de todas las etapas del ciclo presupuestario. Esto implica centrarse en el logro de resultados prioritarios y en el rendimiento institucional, siempre en línea con las políticas gubernamentales. Estas etapas abarcan desde la planificación a largo plazo, pasando por la creación y aprobación del presupuesto, hasta su ejecución y, finalmente, su evaluación:

Tabla 3: Panorama general del Sistema de Presupuesto Peruano

<b>Problemas Principales</b>	<b>Consecuencias</b>	<b>Propuestas</b>
1. Asignación y ejecución. - Inercia - No existe fundamentación técnica. - No congruente con plan nacional o sectorial de desarrollo. - Congreso y Gabinete de ministros no son contraparte.	- Persisten errores de asignación derivados de ejercicios fiscales previos. - La priorización del gasto social no se encuentra debidamente enfocada. - No se asegura el mantenimiento de la maquinaria, infraestructura y otros equipos. - Se financian grandes obras con nula o negativa rentabilidad. - Se intensifica la falta de productividad y la ineficiencia en el uso de los recursos asignados.	- Establecer criterios técnicos estables, explícitos y transparentes para la asignación de recursos. - Incentivar la realización de análisis de costo-efectividad con el propósito de priorizar la asignación de recursos entre diversas alternativas de gasto.
2. Discrecionalidad en el Viceministerio de Hacienda para reajustes, créditos suplementarios etc.	- Los sectores no tienen control real sobre las reasignaciones Inter pliegos sobre todo cuando exceden el techo presupuestal del pliego.	- Instituir criterios técnicos estables, explícitos y transparentes para la ejecución de recursos. - Separar responsabilidades de formulación y ejecución del presupuesto

	- Los criterios de reasignación no son comunicados ni al gabinete ni al Congreso de manera explícita.	dentro del MEF: planificación y programación a cargo del Viceministerio de Economía y ejecución a cargo de DNPP.
		- Conferir mayor autoridad a los ministros en relación con las reasignaciones de recursos tanto dentro como entre pliegos presupuestarios dentro de su respectivo sector.
3. Incertidumbre		
- En el contexto de la programación temporal de actividades o eventos.	Los ejecutores experimentan dificultades en la asignación de recursos, lo que resulta en considerables sobrecostos constructivos y retrasos significativos.	Establecer un presupuesto mínimo asegurado dentro del Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), con la facultad de realizar reasignaciones por encima de dicho umbral.
- En referencia al monto que efectivamente será desembolsado.		
4. El proceso presupuestario no garantiza un equilibrio fiscal.	La Ley de Prudencia y Transparencia Fiscal no fue observada durante el primer año de su aplicación.	- Darle carácter constitucional para asegurar su cumplimiento y credibilidad. - Establecer un acuerdo fiscal que sirva como fundamento para dicho pacto. - Incorporar a todos los niveles de gobierno.
	- Los procesos presupuestales predominan sobre los de planificación y programación.	
5. Problemas de coordinación intersectorial en el MEF	- Las autorizaciones de desembolso y el calendario no son coherentes, lo que origina confusión. - El plan operativo anual no concuerda con los requisitos de la programación multianual.	Promover la planificación estratégica e introducir mejores sistemas de programación
	- Se descentra el planeamiento	- Implementar una nueva estructura programática mediante la reducción del número de pliegos y su reagrupación bajo el sector correspondiente. Asimismo, elaborar un plan de desarrollo sectorial con el fin de garantizar la coherencia entre los pliegos y su consistencia con dicho plan, así como entre ellos mismos.
6. Atomización y fragmentación	- Se pierde de vista la responsabilidad funcional.	
- 146 pliegos	- No existe corresponsabilidad entre niveles y entre unidades públicas.	
- 559 unidades ejecutoras	- No existe consistencia entre los pliegos de un mismo sector.	

---

7. No hay evaluación de resultados o calidad / no hay políticas financieras	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay incentivos al ahorro</li> <li>- Se financian proyectos y actividades de baja calidad.</li> <li>- Se evalúan solamente procesos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar planificación estratégica.</li> <li>- Implementar sistemas de: evaluación del desempeño, convenios de gestión, indicadores estratégicos de gestión.</li> <li>- Desarrollar sistemas de auditoría que focalicen resultados.</li> <li>- Implementar sistemas de rendición de cuentas.</li> </ul>
---	--	---

---

Fuente: Extraído de “El Sistema Presupuestario Peruano en el Perú” 08 de junio del 2020 - [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7267/1/S023177\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7267/1/S023177_es.pdf).

### 2.2.1.1. Estructura del Sistema de presupuesto peruano

En base a lo dispuesto por el MEF (2011), El “Sistema Nacional de Presupuesto”, en conformidad con la Ley General, consta de dos componentes esenciales: la “Dirección General de Presupuesto Público” (DGPP), que opera bajo la supervisión del “Vice Ministerio de Hacienda” del MEF, y las Oficinas de Presupuesto. Estas últimas se puede encontrar en todo el espectro del estado y ejercen un papel importante en la gestión de los recursos económicos del sector público. La colaboración coordinada de estos elementos es crucial para asegurar la eficiencia como la eficacia del proceso presupuestario en todas las esferas gubernamentales.

#### - Dirección General de Presupuesto Publico

La DGPP más conocida como la “Dirección General de Presupuesto Público”, como entidad del MEF y líder en el “Sistema Nacional de Presupuesto Público”, ejerce una actividad importante dentro de la regulación técnica y normativa de los asuntos presupuestarios a nivel nacional. Su responsabilidad principal es supervisar y dirigir el proceso presupuestario en el sector público, y está bajo la supervisión del Despacho

Viceministerial de Hacienda (MEF, 2016). Del mismo modo, en base al Decreto Legislativo N° 1440 (2018) dentro de las principales funciones de la DGPP esta:

- Presentar una opinión legítima y sumamente inusual en el ámbito del presupuesto dentro de la Administración Pública de manera que sea única y excepcional.
- Establecer las normas y directrices adicionales que se requieran.
- Promover el continuo perfeccionamiento de las prácticas en la gestión presupuestaria, el desarrollo de destrezas y la adquisición de capacidades en temas presupuestarios.
- Elaborar los borradores de la “Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público” y la “Ley de Presupuesto del Sector Público correspondientes a cada ejercicio fiscal”.
- Diseñar, dirigir, respaldar, supervisar y controlar la gestión del progreso presupuestario.

- **Entidades Públicas**

Cualquier entidad con personalidad legal, abarcando los ámbitos de la administración en los tres niveles del estado, así como sus respectivas Entidades Públicas y empresas, ya sean existentes o por establecerse; también se incluyen las empresas en las que el Estado tenga influencia en la gestión de acciones.

- **Titular de la Entidad**

Es encargada de los asuntos presupuestarios y comparte responsabilidades, según corresponda, con el “Consejo Regional” o “Concejo Municipal”, así como con el “Consejo Directivo” u otro órgano colegiado de la entidad, en función de su estructura organizativa.

- **Oficina de presupuesto de la entidad**

La Oficina de Presupuesto es la encargada de administrar y supervisar todos los aspectos relacionados con el presupuesto de una entidad, siguiendo las directrices establecidas por la entidad rectora. Esto incluye recopilar, verificar, organizar y presentar información generada por las diferentes unidades de la entidad. Además, esta oficina supervisa la ejecución de gastos e ingresos y posibles modificaciones, asegurándose de que no se exceda la limitación máxima del pliego asignado a dicha entidad.

- **Unidad Ejecutora**

Una unidad ejecutora es una entidad del ámbito público encargada de gestionar los ingresos y gastos de acuerdo con el presupuesto autorizado. Su responsabilidad principal radica en llevar a cabo los programas y proyectos asignados y en informar sobre la ejecución presupuestaria a la Oficina de Presupuesto del Pliego o su equivalente.

- **Responsable de programas presupuestales**

El encargado del Programa Presupuestal tiene la responsabilidad de dirigir tanto la planificación estratégica como la ejecución práctica de la asignación presupuestaria de los

productos. Además, su función implica asegurar que los servicios que comprenden el programa se proporcionen de manera efectiva y eficiente, todo dentro del contexto de los resultados que se pretenden alcanzar dentro del Programa Presupuestal.

#### 2.2.1.2. Presupuesto publico

Según lo expuesto por Burbano (2006), el presupuesto en términos generales se puede entender como una evaluación cuidadosamente planificada de las operaciones financieras y de los logros que una entidad aspira a alcanzar en un período determinado. Además, se considera como un conjunto de metas con una presentación cuantitativa precisa, que la gestión administrativa de una organización se esfuerza por lograr en un plazo específico, para lo cual implementa estrategias particulares. De esta forma se puede mantener un mejor entendimiento de lo que vendría a ser el presupuesto orientados a los gastos asumidos por una nación.

Según, Álvarez (2019) Es el mecanismo fundamental por parte del sector público en post de satisfacer y beneficiar a la población, garantizando la prestación de servicios y el cumplimiento de objetivos con eficiencia y eficacia. Además, representa de manera organizada y cuantitativa los gastos que deben ser cubiertos durante el año fiscal por todas las entidades del Sector Público, y muestra cómo se financiarán estos gastos mediante los ingresos correspondientes.

Por otro lado, como afirma Soto (2015), Es un documento que anticipa y calcula el gasto como sus fuentes de financiamiento en las entidades públicas o privadas, tiene previsto cubrir durante un período específico. Este instrumento desempeña un papel fundamental

en la planificación de políticas relacionadas con la productividad, las finanzas y las operaciones comerciales. Además, es considerado un pilar en la gestión fiscal y se percibe como una garantía por parte de la población de que el Estado utilizará los tributos que recauda para llevar a cabo proyectos y programas sociales que beneficien a quienes más lo necesitan.

Así mismo, Sablich (2012) el Presupuesto Público representa el mayor instrumento del sector público para la asignación de los recursos públicos de forma eficiente y eficaz, de acuerdo con sus objetivos y metas. Para ello, el Presupuesto Público debe considerar las prioridades de gasto de acuerdo a las necesidades de la población, la disponibilidad de ingresos. En ese sentido, la herramienta presupuestal ejerce una participación importante para la gestión pública, ya que permite a las entidades del sector público alcanzar sus objetivos y metas de manera eficiente y eficaz. Una definición por parte del oficialismo es la proporcionada por el MEF (2020); esta institución explica que el presupuesto público representa una herramienta utilizada por el gobierno peruano para administrar los recursos con el objetivo de alcanzar resultados que favorezcan a la población. Su propósito principal es lograr metas mediante la entrega equitativa y eficiente de servicios por parte de las entidades gubernamentales. Además, este presupuesto establece las pautas de gasto para todo el año fiscal de cada entidad pública, detallando cómo se financiarán estos gastos y manteniendo un equilibrio fiscal en función de los fondos disponibles en el Estado.

Así mismo, en base a los mencionado por Eslava (2019), indica que el presupuesto, a pesar de incluir metas específicas para la ejecución de gastos anuales, tiene como objetivo principal promover la eficiencia en las administraciones gubernamentales. Este proceso

estructurado busca garantizar la transparencia en la ejecución de los recursos estatales, lo que resulta en un equilibrio en la distribución de fondos. Dado que se trata de recursos públicos sujetos a revisiones y control, es esencial documentar adecuadamente todas las transacciones en la administración pública. El objetivo final es mejorar la calidad de vida de los ciudadanos a través de decisiones acertadas que aseguren una gestión efectiva de los fondos estatales.

Finalmente, a pesar de los conceptos proporcionadas por entidades del sector público académicos, el presupuesto público abarca más que simplemente un instrumento fiscal. Su orientación se amplía hacia la rendición de cuentas por parte de las instituciones gubernamentales, evaluando la eficacia de su gestión mediante la aplicación de lo que se denomina "presupuesto orientado a resultados". En otras palabras, el presupuesto se utiliza para evaluar el desempeño de un grupo de gobierno en función de cómo gestionan sus gastos presupuestarios.

Del mismo modo, dentro del presupuesto público, existe un proceso de ejecución del gasto público el cual según García y Zacarías (2022), en el ámbito financiero, la ejecución presupuestaria se convierte en un indicador clave de los logros que la gestión busca alcanzar en un período específico. Esto implica adoptar características esenciales para obtener resultados positivos tanto en el entorno laboral como en los beneficios generados, con el fin último de avanzar hacia la meta de crear una institución bien estructurada. Además, según lo expresado por Pacheco, Quispe y Soto (2021), donde afirma que la ejecución se trata del procedimiento mediante el cual se satisfacen los compromisos financieros con el objetivo final de respaldar la provisión de bienes y servicios dados por

estado, al mismo tiempo que se persigue la obtención de resultados, de acuerdo con los créditos presupuestarios otorgados.

La ejecución del gasto público en los tres niveles del estado (nacional, regional y local) implica la superación de tres fases, las cuales pueden categorizarse en dos grupos: las etapas preparativas para la ejecución y la ejecución propiamente dicha del presupuesto; la primera está compuesta por la certificación en la cual se explica como un acto administrativo del cual se comprueba las existencias de presupuesto libres y sin comprometer para el ejecución del gasto público; del mismo modo en la fase de ejecución se presentan el compromiso donde se genera el compromiso de pago en base a ley, el devengado donde la institución reconoce el pago comprometido derivado del gasto previamente autorizado, finalmente se encuentra el girado donde se culmina el procesos de ejecución presupuestal por medio de la cancelación delos gastos asumidos.

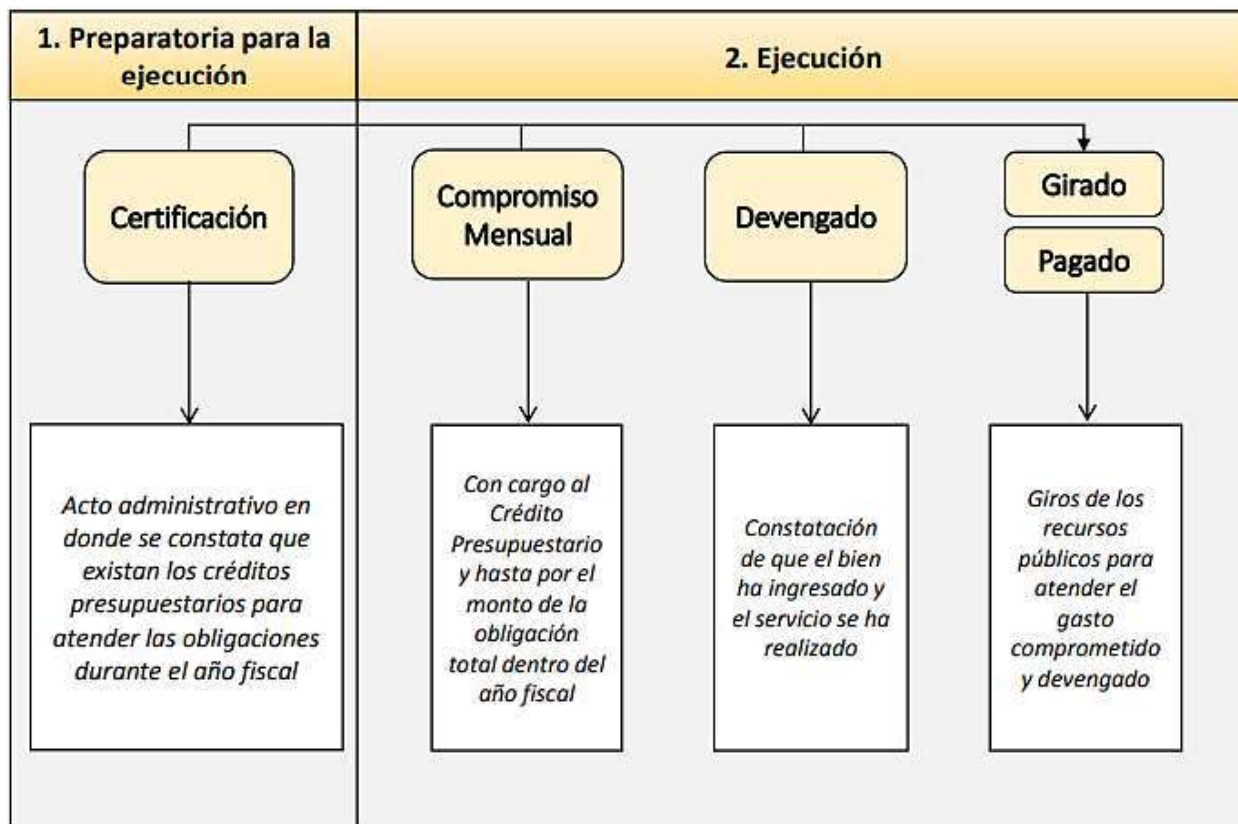


Figura 2. Proceso de ejecución presupuestal

Fuente: MEF

### 2.2.2. Sistema de salud del Perú

El Sistema de Salud Nacional en Perú se define como un sistema en el que las instituciones que lo componen desempeñan roles coordinados y complementarios bajo una política y estrategia compartida. El propósito principal es asegurar que se atiendan las necesidades sanitarias prioritarias del país y que todas estas instituciones funcionen de manera coherente, garantizando la eficiencia en la inversión y el gasto social para promover la salud de la población peruana. Este sistema se divide en dos sectores

principales: sector privado como público, formando así un sistema mixto de atención médica (Valdez, y otros, 2013)

Así mismo, la OMS (2003) define a un sistema de salud se presenta como la combinación de todas las entidades, estructuras y activos destinados principalmente a la promoción de la salud constituye el sistema de atención sanitaria. En cada nación, dicho sistema debe disponer de recursos que abarcan desde personal, financiamiento, información, abastecimiento, hasta transportes y sistemas de comunicación. Estos recursos operan bajo una gestión centralizada con la finalidad de brindar una alta calidad de servicios que sean aptos para atender las necesidades de la población de manera efectiva.

Dentro de la teoría relacionada a la estructura de un sistema de salud de un país, y en base a lo expuesto por Londoño y Frenk, dentro de la región de “América Latina y el Caribe”, se pueden observar cuatro modelos, nacidos de la interacción de las condiciones complejas de las naciones en relación a su cultura, política y economía; del mismo modo, uno de los principales supuestos a los cuales se apela para el planteamiento de Londoño y Frenk, es la importancia de las población e instituciones para un sistema de salud (Bravo, Huamán, Lozada, & Nava, 2019).

Para el primer supuesto en fusión a la población estas se divide en dos posibles supuesto, la segregación y la integración horizontal, la primera hace referencia a centros especializados únicamente en función al nivel social que dispone la población objetivo, en su mayoría económica; esto dificulta la movilización de la población objetivo a otras intuiciones dentro o fuera de su zona geográfica; por otro lado se encuentra la

integración horizontal, se centra en la distribución igual de los servicios e instituciones sin discriminación por ningún motivo, esta práctica plantea dos escenarios factibles una donde la población es libre de elegir donde atenderse por voluntad propia, y la segunda solo disponer de un solo centro al cual atenderse (Londoño & Frenk, 1997).

Por otro lado, en función de las instituciones, la cual se somete a las variables de financiamiento como de las prestaciones de los servicios requeridos; al igual que la primera parte expuesta esta presenta dos extremos en la cual la institución asume todas las funciones y la otra la cual separa las funciones en diferentes instituciones (Gutierrez, 2017).

En base a estos supuestos los autores planean cuatro posibles modelos para un sistema de salud, esto se dividen en:

- **Modelo público unificado:** se refiere a una estructura en la que el estado toma en responsabilidad tanto de financiar como de proporcionar todos los servicios de atención médica a través de un sistema único que opera de manera coordinada en todos sus niveles (Fundación Mexicana para la Salud, 2013).
- **Modelo privado atomizado:** En este sistema, los usuarios financian los servicios de salud directamente de su bolsillo a través de compañías de seguros privadas. Estas compañías luego reembolsan a las entidades que brindan los servicios de salud. En este sistema, no existe una integración entre la entidad aseguradora y la entidad prestadora del servicio (Fundación Mexicana para la Salud, 2013).
- **El modelo de contrato público:** En este sistema, los fondos públicos se emplean para contratar los servicios de entidades privadas. La asignación del presupuesto estatal para

la salud se realiza en función de la calidad y productividad de los servicios proporcionados por las entidades prestadoras. (Castillo & Aguilar, 2000).

- El modelo de salud segmentado: es el enfoque predominante en América Latina la cual divide a la población en tres categorías: aquellos que tienen empleo formal y sus familias, quienes costean su atención médica directamente, y aquellos que carecen de recursos para pagar por servicios de salud. Este modelo se distingue por su estructura de integración vertical, lo que significa que cada grupo brinda una amplia gama de servicios de atención médica, y su estructura de segregación horizontal, lo que implica que estos grupos operan de manera independiente y separada entre ambos (Castillo & Aguilar, 2000) .

En el Perú el sistema de salud, al igual que gran parte de sus contrapartes latino americana, se destaca por presentar un sistema de tipo segmentado. En este sistema se observa una diferencia notable entre los servicios asistidos por parte de las coberturas de los prestadores de servicios de un seguro de salud u servicio relacionados a estos mismos; así mismo, en el Perú el sistema de salud prevalece un importante sector de la sociedad que no posee cobertura alguna, siendo esta uno de los temas centrales de políticas en salud en los últimos años.

#### **2.2.2.1. Evolución del Sistema Nacional de salud del Perú**

A principios de la década de 1940, se estableció el sistema de salud en el Perú. Durante la Segunda Guerra Mundial, Estados Unidos promovió iniciativas de salud en América Latina, impulsando programas para fortalecer las instituciones sanitarias. En 1945, Lima tenía 850 médicos y otras provincias del Perú contaban con 650 médicos. El ministro de Salud del gobierno de Prado, el Dr. Constantino Carvallo, desempeñó un papel crucial al

aumentar significativamente el presupuesto público y comenzar a expandir la disponibilidad de hospitales. En 1940, el Perú tenía 100 hospitales con 7 mil camas, pero gracias al apoyo de la Cooperación Norteamericana, se construyeron 32 hospitales adicionales en los cinco años siguientes. Esto marcó una mejora significativa en la infraestructura de atención médica en el país (Carvallo, 1946).

A principios de la década de 1960, Perú se encontraba en una posición desfavorable, esto comparando la situación latinoamericana en términos generales a la atención médica. A pesar de haber aumentado el número de camas hospitalarias durante los años 1940 a 1945, solo contaba con 23,481 camas distribuidas en un periodo no mayor a los 16 años en un total de 215 hospitales. Para el año 1961, la proporción de camas disponibles por cada 1,000 habitantes en Perú era notablemente menor que la de naciones como Venezuela, Panamá, Colombia, Chile, Costa Rica, Argentina y Brasil. Durante ese mismo período, el número de médicos en el “sistema de salud peruano” se incrementó a 6,000, pero la tasa de médicos por cada 10,000 habitantes era de 5.7, cifra por debajo del promedio sudamericano de 6.9. En las décadas posteriores, se llevaron a cabo legislaciones y decretos con el objetivo de mejorar la calidad de la atención médica y extenderla a las zonas rurales del país. Estos esfuerzos se centraron en mejorar y optimizar la infraestructura médica, así como en aumentar la cantidad de profesionales de la salud disponibles para la población peruana (Romaní, Chávez, & Murillo, 2019).

Durante el segundo mandato del presidente Belaúnde, se intentó implementar un modelo de coordinación entre sectores a través del Ministerio de Salud. Esto se llevó a cabo a partir del “Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud 1982-1985”, el cual fue desarrollado

con un enfoque riguroso en la planificación de la atención médica. Los responsables de la formulación de políticas del ministerio reconocían que el propósito central del plan era "administrar de la manera más eficiente los recursos limitados destinados al sector salud" (MINSA, 1967).

Hacia el año 1985, aproximadamente el 60% de la población peruana enfrentaba condiciones de pobreza, con un 52% en áreas urbanas y un alarmante 72% en zonas rurales. Esta situación urgía de medidas para abordar el deterioro social que se vivía en el país. El Ministerio de Salud propuso una serie de acciones enfocadas en mejorar la salud, haciendo hincapié en la necesidad de coordinar políticas entre diferentes sectores y en implementar medidas específicas destinadas a las comunidades más empobrecidas. Sin embargo, durante la década de 1990, la política gubernamental en relación con el sector de la salud adoptó un enfoque más pragmático. Durante el mandato de los ocho ministros de salud, se promovieron seis agendas programáticas distintas. A pesar de la voluntad política de llevar a cabo reformas, surgieron múltiples iniciativas de fortalecimiento y modernización a nivel de políticas intermedias en el sistema de salud, lo que llevó a una fragmentación institucional. Estas iniciativas operaban de manera independiente y carecían de un diseño coherente, quedando sujetas a las condiciones del entorno y a la iniciativa de los equipos técnicos involucrados. (Murillo, 2021).

El sistema de salud en Perú ha experimentado una evolución continua a lo largo de su historia, desde la creación de la "Caja de Seguro Social", posteriormente conocida como ESSALUD, hasta hitos significativos como la introducción del "Seguro Integral de Salud" en 2002 y la promulgación de la "Ley de Aseguramiento Universal en Salud" en 2009. Es

importante destacar que la reforma y la mejora del “sistema de salud” en el país son procesos en constante desarrollo.

En general el sistema peruano de salud, ha presentado una constante evolución empezando por la instauración de la caja de seguro social más tarde conocida como EsSalud, y dando sus pasos más importantes con la creación del seguro integral de salud en el 2002 y la promulgación de la “ley de aseguramiento Universal en Salud en el 2009”; es importante recalcar que la reforma y mejoramiento del “Sistema de Salud en el Perú” es constante.

#### **2.2.2.2. Estructura del Sistema de Salud en el Perú**

El sistema de atención médica en Perú abarca tanto proveedores públicos como privados, cada uno con sus propios métodos de financiamiento y prestación de servicios que están gestionados de manera integral. En el sector público, se divide en cinco segmentos y se financia mediante contribuciones específicas o fondos generales del gobierno.

En un primer plano, el Gobierno brinda servicios médicos a ciudadanos sin seguro a través del SIS más conocido como el “Seguro Integral de Salud”. Este programa subvenciona la entrega de atención de salud a individuos en condiciones de vulnerabilidad económica, a cambio de una tarifa de recuperación cuyo valor puede variar. La atención se suministra en una red de centros de salud que son gestionados tanto por las autoridades regionales como por el Ministerio de Salud (MINSA), y estos se ubican en diferentes zonas del país, incluyendo la capital (Alcalde-Rabanal et al., 2011).

En cuanto a la estructura de este subsistema, se divide en tres niveles: En el nivel nacional, se encuentra el Ministerio de Salud (MINSA), junto con sus organismos descentralizados, como los institutos especializados en la materia como la “Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud”. El nivel regional está compuesto por la DIRESA más conocido como las “Direcciones Regionales de Salud”, que son responsabilidad de las autoridades regionales. Finalmente, el nivel local abarca algunas municipalidades que tienen la responsabilidad de gestionar y asignar recursos presupuestarios a los establecimientos de salud dentro de sus respectivas áreas de jurisdicción (MINSA, 2010).

Adicionalmente, en el país se pueden identificar otros proveedores de servicios de salud.

Entre ellos:

- El sector de Defensa, que gestiona sus propios centros de atención médica.
- La Sanidad de la “Policía Nacional del Perú” (PNP), que se encuentra bajo la supervisión del “Ministerio del Interior” y dispone de su propia red de centros de atención médica.
- Varias entidades pertenecientes al sector privado, que engloban a las “Entidades prestadoras de salud” (EPS), compañías aseguradoras privadas, clínicas privadas y “Organizaciones de la sociedad civil” (OSC) dedicadas a la atención médica.

La estructura previamente mencionada se observa de forma más detallada en la siguiente figura:

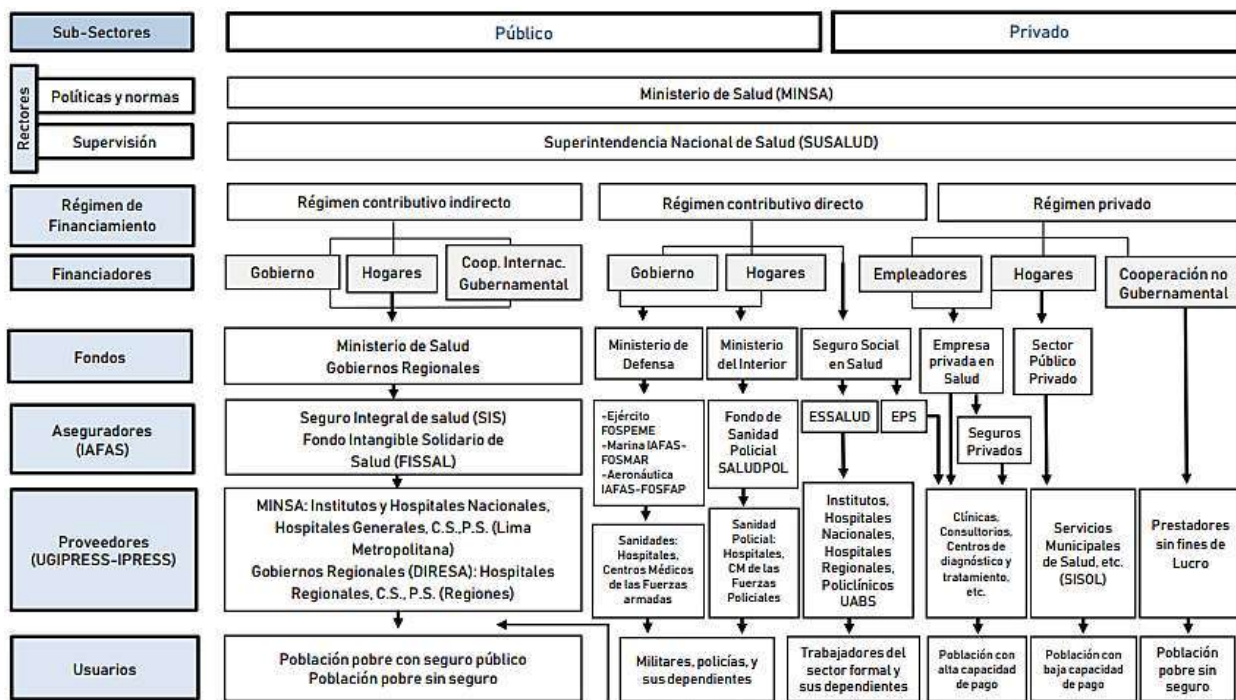


Figura 3. Estructura del sistema de salud peruano

De igual manera, es crucial establecer una clara distinción en la mayoría de los casos entre las estructuras del sector público y sus entidades de mayor jerarquía. En contraste, en el ámbito del sector privado, podemos identificar dos subdivisiones principales: en los sectores empresariales con y sin fines de lucro. En la categoría con fines de lucro se incluyen las EPS o Entidades Prestadoras de Servicios, compañías de seguros privados, clínicas privadas tanto especializadas como generales, centros médicos, clínicas dentales, servicios de diagnóstico por imagen o laboratorios de análisis clínico. Además, en determinados grupos de la población, todavía son relevantes los prestadores no convencionales de servicios de medicina tradicional, como herbolarios, sanadores y comadronas. El sector sin fines de lucro comprende una serie de organizaciones civiles, como Organismos No Gubernamentales (ONG), la Cruz Roja Peruana, instituciones de

acción social vinculadas a iglesias (como CARITAS y ADRA-Perú) y servicios de salud parroquiales, entre otros.

### **2.2.3. Inversiones Pública**

Según, Samuelson (2019) expresa que la inversión actúa como un vínculo entre el la actualidad y escenario futuros, conectando los sectores financieros con los de bienes y servicios. Asimismo, las variaciones en la inversión desempeñan un papel significativo en la dinámica de los ciclos económicos. De esta forma se puede afirmar que, en el ámbito de la macroeconomía, se define la inversión como el conjunto de activos productivos o bienes de capital que están destinados a aumentar la producción y el capital. En otras palabras, se considera inversión solo cuando, al concluir un período, se ha generado un aumento real en la capacidad productiva.

De esta manera, la inversión pública se comprende como el gasto gubernamental destinado a la creación, mejora o adquisición de servicios y bienes que mejorar la calidad de vida de una población. Estos desembolsos se sufragan con recursos del Estado y tienen como objetivo impulsar el crecimiento económico, elevar la calidad de vida en la sociedad y fomentar el desarrollo de infraestructuras y servicios de utilidad pública. Una ejemplificación de proyectos en inversión pública abarca la edificación de puentes, carreteras, centros médicos, terminales aéreas, instituciones educativas, áreas recreativas, sistemas de transporte público, suministro de agua potable y sistemas de alcantarillado, entre otros. Estos proyectos suelen tener un impacto positivo en la economía al crear empleo, mejorar la movilidad, facilitar el acceso a servicios básicos y fomentar la inversión privada (Hernández, 2010). En este contexto, la inversión se refiere a la creación de capital

social con el propósito de impulsar el progreso y abordar una demanda mediante la utilización de diversos recursos disponibles, que pueden incluir recursos humanos, materiales, tecnológicos y otros (Guevara, 2016).

Por otro lado, la inversión pública según Beltrán (2010), desempeña un papel fundamental en el progreso socioeconómico. Su relevancia no solo reside en su capacidad para impulsar la inversión privada, Esto no solo es fundamental para propiciar un entorno propicio para el desarrollo de la inversión privada, sino también para cumplir con su responsabilidad de brindar servicios y bienes públicos de alta calidad, aspecto crucial para la mejora de la calidad de vida de la población. Del mismo modo; la importancia de la inversión pública radica en que, en las naciones en desarrollo, la inversión pública desempeña un papel trascendental y es absolutamente esencial en sus procesos de crecimiento. Se considera como el principal medio para desarrollar la infraestructura económica a nivel nacional y se reconoce como uno de los principales mecanismos para mejorar la equidad en la distribución de la riqueza en la sociedad. Es crucial contar con la infraestructura adecuada para mantener el desarrollo económico a largo plazo, ya que esta infraestructura respalda y promueve la actividad productiva. Como resultado, se logra una “mejora en la eficiencia y productividad de las empresas, lo que, a su vez, conduce a la reducción de los costos de producción, beneficiando de manera directa a los consumidores” (Tamayo , 2001).

## **2.3. Bases Filosofías**

### **2.3.1. La Inversión Pública para el Capital Humano**

Cada nación busca impulsar su desarrollo económico, lo que implica varios aspectos clave, la inversión pública eficiente, la administración adecuada de los activos y la garantía del Estado de derecho (Asamblea Nacional, 2016). Además, es fundamental contar con un capital humano de alta calidad, es decir, individuos bien capacitados que puedan aprovechar su talento para generar ventajas competitivas. Esto se basa en una sociedad que valora la innovación, la investigación y el desarrollo, lo que se convierte en un factor distintivo a nivel global. Así mismo, La inversión pública desempeña un papel importante al abordar los requerimientos de la sociedad, haciendo importante hincapié en áreas como educación, salud, infraestructura vial y las políticas en el sector producción, lo que contribuye al dinamismo económico. El Estado tiene la responsabilidad de ofrecer y garantizar ciertos servicios públicos de alta calidad a sus ciudadanos, y para lograrlo de manera eficaz, requiere disponer de los recursos económicos adecuados. En esta perspectiva, la recaudación de impuestos representa la principal herramienta que los gobiernos emplean para respaldar su política fiscal (Carpio, Pablo, & Solano, 2021).

La fragilidad de los ingresos del Estado ha llevado a los líderes a buscar formas eficientes de asignar recursos, priorizando proyectos de carácter social. A pesar de que un incremento en el gasto gubernamental puede ser beneficioso para la población, en ocasiones se ha evidenciado que no es sostenible debido a la carga impositiva que pesa sobre los contribuyentes. Esto frecuentemente conlleva a un desequilibrio en los flujos de inversión, ya que una parte considerable de los recursos se orienta hacia el gasto operativo, dejando solo una fracción disponible para la inversión.

En resumen, aunque la inversión pública puede tener efectos positivos a corto plazo, a largo plazo podría necesitar la implementación de “programas de subsidios” en sectores particulares, lo cual no es la estrategia más aconsejable. Es por esto que las “asociaciones público-privadas” se han convertido en una manera de mejorar la eficiencia de las empresas estatales. No obstante, no se puede menospreciar la relevancia de la inversión pública en el estímulo del crecimiento económico de una nación. Esto se alcanza mediante la edificación de infraestructuras fundamentales para facilitar las operaciones de los sectores productivos, especialmente en campos como la educación y la atención médica. En consecuencia, resulta esencial dirigir los recursos de inversión pública hacia la edificación de centros educativos y “servicios de salud de calidad”, tanto nuevos como mejorados, capaces de atender de manera efectiva las demandas de la población en tiempo y forma (Herrero, 2018)

Tabla 4 : *Inversión en salud: Nivel y porcentaje del PBI (2012 – 2016).*

Tipo de economía	2012				2016		
	Gasto Total en salud		Gasto Total en salud		Gasto Publico en Salud*		MINSA+GR
	Pécapita- US\$	Total (%PBI)	Pécapita- US\$	Total (%PBI)	Pécapita- US\$	Total (%PBI)	
América latina y el Caribe (LAC)	729	7.7%	906	6.9%	382	4.0%	
Perú	337	5.1%	626	5.3%	199	3.0%	US%132(2%)
Brecha de financiamiento (%PBI)		2.6%		1.6%		1.0%	
Brecha de financiamiento (Miles de Mill. S/.)		13.2		10.4		6.6	

Fuente: Extraído de “Informe para la Transferencia de Gestión del Ministerio de salud” MINSA (2017).

La mejora en la financiación del sector salud se atribuye a dos factores principales. En primer lugar, se debe al esfuerzo del Ministerio de Salud (MINSA) para recopilar

información sectorial sobre sus flujos financieros, utilizando las “Cuentas Nacionales en salud”. Este enfoque integra el análisis de estudios previos y datos rigurosamente ajustados, generando resultados completos y verificables. En segundo lugar, la mejora también se atribuye a un aumento en la asignación de recursos como parte del presupuesto público destinado al sector salud, evidenciado por un incremento presupuestario en la función de gasto por salud tanto para los gobiernos regionales como locales.

Independientemente de cómo se muestre la asignación presupuestaria para el sector salud, ya sea a través del PIA, PIM o el “Presupuesto Ejecutado” (PE o Devengado), los resultados indican que hay un aumento anual en el “presupuesto para el sector salud” durante el periodo de 2011 a 2016 (MINSA, 2017).

Tabla 5: *PIA y su ejecución de los niveles de gobierno 2001 – 2016 (Mill. de soles)*

Nivel de gobierno	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	PIA	Eje.	PIA	Eje.	PIA	Eje.	PIA	Eje.	PIA	Eje.	PIA	Eje.
G. Nacional	764.9	298.1	495.9	243.8	569.0	317.9	916.6	336.4	1362.9	604.1	1306.3	25.8
G. Locales	170.3	187.6	228.1	258.5	265.7	286.7	227.5	308.6	199.7	212.8	103.1	48.5
G. Regionales	465.4	371.5	689.0	493.7	1136.5	914.7	918.3	991.6	793.9	957.9	420.2	183.3
Total	1400.6	857.1	1413.0	996.0	1971.3	1519.2	2062.4	1636.6	2356.5	1774.8	1829.6	257.6
Saldos (PIA-Ejecutado)		543.5		417.1		452.0		425.9		581.8		

Fuente: Extraído de “Informe para la Transferencia de Gestión del Ministerio de salud” MINSA (2017).

La ejecución presupuestaria deficiente no es exclusiva de los gobiernos a un nivel local como regional; el gobierno central también se suma a esta situación. Según los registros de 2011 a 2016, se observa que el gobierno central no ha logrado ejecutar el cien por ciento de lo proyectado, basándonos únicamente en un análisis del “Presupuesto Institucional de Apertura” (PIA).

Las deficiencias en el ámbito de la salud afectan a todos los niveles y categorías de atención, particularmente en lo relacionado con la infraestructura operativa. Según datos de 2017, en Perú se identificaron 21,312 establecimientos en funcionamiento, uno con cierre temporal y siete inoperativos. Además, se registró un establecimiento del nivel de atención II-E que limitaba sus servicios. En total, se contabilizaron 21,321 establecimientos de salud en todos los niveles de atención en el país (CEPLAN, 2020).

#### **2.4. Bases filosóficas**

Según el MEF (2011) el “Sistema de Presupuesto Nacional” implementado en el Perú constituye una parte integral del “Sistema Administrativo Financiero del sector público”. Este sistema comprende la reunión de órganos, normativas y procedimientos que guían los procesos presupuestarios de todas las entidades u organismos públicos. Engloba todas las fases relacionadas con la “programación, formulación, evaluación, aprobación y ejecución presupuestaria”.

En la década de 1800, el Dr. Rudolph Virchow expresó la siguiente afirmación: "La medicina es una ciencia social". Aunque esta declaración podría sonar peculiar para la rama médica, adquiere un significado importante en el contexto de la ciencia económica. La idea subyacente es que el origen de las enfermedades no se limita únicamente a causas físicas, sino que está estrechamente vinculado con los problemas sociales y económicos que podría enfrentar un país. En este sentido, implica que evaluar el sistema de salud de una nación está intrínsecamente relacionado con su desarrollo económico en ese momento.

De acuerdo con Borja (2018), la inversión se define como el conjunto de conceptos que busca explicar los movimientos, direcciones y magnitudes de las inversiones en una economía, así como

los factores que las determinan. La inversión representa una de las opciones disponibles para el uso del dinero y, por lo tanto, constituye un elemento esencial para el desarrollo. En las naciones avanzadas, se caracterizan por exhibir tasas elevadas de ahorro e inversión, indicando así la presencia de índices significativos de acumulación de capital dirigidos hacia actividades productivas.

## **2.5. Definición de términos básicos**

### **A. Presupuesto Institucional de Apertura (PIA)**

Estoy de acuerdo con tu resumen. El presupuesto inicial es solo una estimación y puede cambiar a lo largo del año debido a una serie de factores, como cambios en las prioridades, nuevos gastos imprevistos o cambios en la disponibilidad de ingresos. Por esta razón, es importante que las instituciones tengan un proceso de planificación presupuestaria flexible que permita adaptar el presupuesto a las necesidades cambiantes. (MEF, 2020).

### **B. Presupuesto Institucional Modificado (PIM)**

Se entiende como el presupuesto inicial es una estimación de los fondos que se necesitan al comienzo de un año fiscal. El presupuesto revisado es un presupuesto actualizado que puede reflejar cambios en las necesidades de una institución (2020).

### **C. Presupuesto Ejecutado**

En esta etapa del ciclo presupuestario, se emprenden acciones para emplear de manera efectiva la asignación presupuestaria y obtener beneficios en forma de servicios de alta calidad. Dentro del proceso presupuestario, esta fase se relaciona con la recepción de ingresos destinados a cubrir compromisos identificados como gastos de acuerdo con los créditos aprobados en el presupuesto (Gob.pe, 2018).

#### **D. Sector salud**

Se entiende como unos de los sectores más importantes para un estado peruano abordar con gran importancia el sector de salud, el cual incluye todos los establecimientos médicos en el país, independientemente de su nivel de atención. Esto también abarca la gestión de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, y se asigna a diferentes niveles de gobierno de acuerdo con sus competencias, mientras que el MINSA actúa como la entidad principal encargada de supervisar y dirigir este sector.

#### **E. Eficiencia de la ejecución presupuestal**

La eficiencia de la ejecución presupuestal se refiere a la capacidad de una entidad o gobierno para llevar a cabo sus gastos y programas de manera efectiva, maximizando el uso de los recursos disponibles. Implica lograr los resultados deseados con el menor costo posible y evitar desperdiciar recursos.

#### **F. Fuentes de financiamiento**

Se refiere a la procedencia de los recursos destinados a financiar las inversiones de cada entidad, ya sean proyectos o IOARR. Estas fuentes de financiamiento pueden

variar en términos de cantidad y procedencia, y cada entidad puede recibir ingresos de diferentes fuentes en distintas cantidades.

#### **G. Créditos presupuestarios**

Son todas aquellas fuentes de ingresos necesarios para una entidad gubernamental con el propósito de financiar los costos de proyectos de inversión en la Región de Lima una vez que sean obtenidos.

#### **H. Recursos Ordinarios**

Se puede definir como, los ingresos de una entidad gubernamental provienen de los tributos recaudados, lo que incluye la monetización de productos y otros ingresos según lo establecido en la legislación actual de cada nivel gubernamental.

#### **I. Recursos Directamente Recaudados**

Se refiere a los ingresos obtenidos por el Gobierno regional de Lima, los cuales provienen de la provisión de servicios específicos, la venta de bienes inmuebles en su área de competencia, la prestación de servicios por parte de la entidad y los ingresos estipulados de acuerdo con las leyes fiscales vigentes.

#### **J. Donaciones y Transferencias**

Se refieren a ingresos que las instituciones públicas reciben y no tienen que devolver, y estos ingresos pueden provenir de entidades gubernamentales o no

gubernamentales, tanto nacionales como extranjeras. Estos ingresos suelen destinarse a financiar mejoras en la calidad de vida de la población.

## **K. Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito**

Se comprende que los ingresos pueden provenir tanto de fuentes internas como externas al país, generándose a través de préstamos otorgados por organismos internacionales y gobiernos extranjeros. Esto abarca asignaciones de líneas de crédito y participación en transacciones en el mercado financiero.

### **2.6. Hipótesis de la investigación**

#### **2.6.1. Hipótesis general**

El avance de ejecución del presupuesto del Sector público destinado a inversión en salud en el Gobierno Regional de Lima, entre los años 2005 al 2022, ha sido superior al promedio de lo ejecutado por el Sector Público

#### **2.6.2. Hipótesis específica**

- El presupuesto para inversiones en el sector salud ha venido teniendo una participación positiva del 15% promedio sobre el presupuesto total de la Región Lima durante los años 2005 - 2021.
- Existe una evolución positiva y favorable de la evolución del presupuesto para inversiones en el sector salud de la Región Lima durante los años 2005 - 2021.

- Existen nivel de eficiencia promedio del 80% con que se vienen desarrollando la ejecución presupuestal para inversiones del sector salud según sus fuentes de ingresos en la Región Lima durante los años 2005 - 2021.

## **2.7. Operacionalización de la variable**

El proceso de operacionalización de las variables se fundamenta en la identificación de las variables de estudio (endógenas y exógenas), así como en la determinación de sus indicadores y las formas de medición correspondientes. Este proceso se realiza haciendo uso de los principios teóricos de la economía y la aplicación de métodos estadísticos, manteniendo una cierta coherencia con las problemáticas específicas y general. En este contexto, se presentan a continuación las variables de estudio, sus respectivas indicadores y dimensiones plantadas.

Las variables de estudio comprenden, en primer lugar, las variables independientes, donde la Variable 1 corresponde al Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), y la Variable 2 al Presupuesto Institucional Modificado (PIM). Asimismo, se considera una variable dependiente, la Variable 3, que se refiere al Presupuesto Ejecutado (PE). Estas variables conforman el marco analítico para la evaluación y comprensión de las dinámicas presupuestarias, estableciendo así una base para la investigación.

Definición operacionalTabla 6: *Operacionalización de la variable de estudio*

<b>Dimensiones</b>	<b>Variables de E.</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Niveles</b>
Monto de inversión del Presupuesto Ejecutado	Presupuesto Institucional de Apertura (PIA)	Participación porcentual Crecimiento promedio	Eficiencia
Monto de inversión programado del Presupuesto Institucional de Apertura (PIA)	Presupuesto Institucional Modificado (PIM)	Crecimiento acumulado Tasa de crecimiento promedio	
Monto de inversión del Presupuesto Ejecutado	Presupuesto Institucional Modificado (PIM)	Variación porcentual anualizado	Ineficiencia
Monto de inversión del Presupuesto Ejecutado	Presupuesto Ejecutado (PE)	Incidencia Incidencia promedio	

Fuente: fuente para la determinación de los indicadores, antecedentes y bases de la investigación.

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

### **3.1. Diseño Metodológico**

La estrategia metodológica seleccionada para la ejecución de la investigación consiste en una planificación detallada diseñada con el propósito específico de alcanzar los objetivos establecidos. Este enfoque implica la consideración meticulosa del tipo de estudio que se llevará a cabo, el nivel de profundidad alcanzado, el enfoque adoptado y el diseño general que se aplicará a lo largo del proceso de investigación.

#### **3.1.1. Tipo de la investigación**

La investigación realizada se clasifica como básica, considerando que busca integrar enfoques cualitativos y cuantitativos para analizar eventos pasados. Esto implica la recopilación de información directamente relacionada con la base de la investigación, que se centra en la gestión del presupuesto destinado a inversiones en el sector salud en la Región de Lima. Se incorporan las teorías de las ciencias económicas para una mejor comprensión en la ejecución del trabajo.

#### **3.1.2. Nivel de investigación**

La investigación se encuentra en un nivel descriptivo, correlacional y explicativo. En el enfoque descriptivo, se proporciona una detallada exposición de los hechos históricos y los

resultados del estudio, abordando aspectos cualitativos y cuantitativos de manera integral. En cuanto al componente correlacional, se busca establecer el grado de relación entre las variables de estudio, permitiendo inferencias y proyecciones futuras. Por último, en el ámbito explicativo, se recurre a los principios de las ciencias económicas y al contexto de la investigación para esclarecer las razones subyacentes a los resultados y ofrecer perspectivas de pronóstico.

### **3.1.3. Diseño**

En cuanto al nivel de investigación, se ha adoptado un diseño transeccional con características descriptivas y correlacionales para las variables objeto de estudio. La elección de un enfoque correlacional se fundamenta en la intención de evaluar la relación entre las variables investigadas previamente a la realización de su análisis y evaluación. Este enfoque implica la medición inicial de las variables y la determinación del grado de relación a través de pruebas de hipótesis. Además, la naturaleza transeccional de la investigación implica un corte temporal, extrayendo una porción específica de datos cuantitativos del universo total para su examen. Por otro lado, el diseño se alinea con un enfoque explicativo, ya que tiene como objetivo comprender y explicar las causas subyacentes de los resultados obtenidos.

### **3.1.4. Enfoque**

La perspectiva metodológica asumida en esta investigación es de índole mixta, al integrar un enfoque sistemático para la generación de conocimientos novedosos, incorporando fases específicas en su desarrollo. Dichas fases comprenden observaciones y

evaluaciones de eventos, respaldo científico y técnico de los resultados, todas ellas operando de manera sinérgica. Sin embargo, cada enfoque mantiene sus características distintivas: el cuantitativo se centra en la recopilación de datos numéricos relacionados con la investigación previa sobre el problema y la formulación de hipótesis, mientras que el enfoque cualitativo se orienta hacia la necesidad de comprender el contexto actual en el que se llevan a cabo los procesos de gestión presupuestaria en la Región de Lima, revelando las actividades desarrolladas durante los años de estudio.

## **3.2. Población y Muestra**

### **3.2.1. Población**

En el vasto conjunto de información recopilada para abordar la problemática, y haciendo uso de las herramientas de las ciencias estadísticas, se vuelve imperativo llevar a cabo el proceso de segmentación de variables hacia categorías más específicas. La muestra considerada en este estudio, integrada como parte de las variables bajo investigación, incluye los registros de todos los años disponibles para las variables endógenas y exógenas. Estos datos fueron obtenidos de diversas fuentes, entre las que se destaca el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), y se limita a la Región Lima, centrándose de manera específica en los presupuestos asignados para la ejecución de inversiones en el sector salud de dicha región.

### **3.2.2. Muestra**

La muestra considerada para este estudio abarca un período de 15 años, desde 2005 hasta 2021; además de asegurar la obtención de datos actualizados en la medida de lo posible. La muestra se ha extraído de fuentes confiables como el MEF, BCR y, en algunos casos, el INEI, garantizando la legitimidad de los datos a utilizar. Es importante señalar que la información cuantitativa obtenida de estas fuentes está sujeta a posibles modificaciones por parte de las entidades responsables.

### **3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

En una etapa inicial, se utiliza la observación como método para recopilar datos, abarcando tanto aspectos cualitativos como cuantitativos. Posteriormente, se procede a la descripción de estos datos, incorporando enfoques provenientes de las ciencias estadísticas y económicas. Bajo estos principios, se extrae la información esencial necesaria para el análisis. En lo que respecta al proceso de presentación de los resultados, se hace imprescindible la utilización de herramientas informáticas como Excel, las cuales se revelan como instrumentos idóneos para llevar a cabo las etapas subsiguientes.

#### **3.3.1. Técnicas a emplear**

La utilización de la observación se revela como un componente fundamental a lo largo de todas las fases del trabajo, desempeñando un papel esencial en el estudio que se busca llevar a cabo. Esta técnica resulta indispensable para analizar tanto la recopilación de información como los resultados obtenidos. Por otro lado, el análisis documental se configura como una herramienta

clave en la ejecución de la investigación, permitiendo, a través de la consideración de los conocimientos científicos en las áreas de ciencias económicas y estadísticas, realizar interpretaciones sobre los motivos y razones que subyacen a los resultados. Asimismo, se enfatiza la importancia de analizar los documentos en consonancia con la formulación del problema y los objetivos específicos del estudio, teniendo en cuenta el contexto que envuelve las actividades de la Región de Lima durante el periodo abordado en la investigación.

### **3.3.2. Descripción de los instrumentos**

La utilización de herramientas se orienta hacia la organización de la información extraída, ya sea de naturaleza cualitativa o cuantitativa. Estos instrumentos desempeñan un papel crucial al proporcionar un marco sistemático para el trabajo, a la vez que respaldan la investigación desde una perspectiva científica y normativa. En este contexto, se emplean exclusivamente dos programas informáticos, los cuales permiten estructurar de manera ordenada la información, facilitando así la evaluación de los resultados necesarios para validar nuestras hipótesis. El procedimiento de aplicación de estos programas se detalla a continuación.

- Además de utilizar Excel, se requiere la incorporación de Eviews como la herramienta principal para la exposición y validación del resultado final, asegurando así su conformidad con los estándares de las ciencias estadísticas y econométricas en cuanto a su autenticidad. En función de los objetivos establecidos, esta plataforma posibilitará la realización de proyecciones sobre los resultados estimados, así como la evaluación del grado de interrelación entre las variables de interés.

- Es imperativo depurar y organizar la información recolectada antes de su análisis, y para llevar a cabo este proceso se recurre a Excel como la herramienta primordial. Excel facilita un control más efectivo de los datos cuantitativos recopilados y permite desechar aquello que carece de relevancia para la investigación. Asimismo, se emplea Excel en la presentación de resultados, utilizando tablas dinámicas y gráficos de barras para ofrecer representaciones visuales que describan de manera gráfica los hallazgos.

### **3.4. Técnicas para el Procesamiento de la Información**

Una vez que se han especificado las técnicas e instrumentos que se emplearán en la ejecución del estudio, se procede a su implementación práctica. Tras la obtención de datos cualitativos y cuantitativos, se realiza un proceso de depuración, eliminando la información cualitativa no pertinente y presentando la relevante como anexos o referencias bibliográficas. En lo que concierne a los datos cuantitativos, se estructuran en una base de datos mediante una tabla dinámica matriz, permitiendo la extracción y presentación de los datos necesarios a través de tablas, gráficos de barras, gráficos de dispersión, entre otras representaciones visuales.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **4.1. Análisis de resultados**

Con el propósito de validar o refutar las hipótesis planteadas para abordar el problema general, se llevará a cabo un análisis exhaustivo de las variables asociadas al presupuesto y la ejecución de inversiones en la jurisdicción del gobierno regional de Lima provincias. En este capítulo, se realizará un análisis detallado y estructurado de aspectos clave, como la determinación de la proporción que este sector representa en el presupuesto general asignado a la Región durante el periodo comprendido entre 2005 y 2021. Asimismo, se examinará la evolución de dicho presupuesto en relación con conceptos como el "PIA, PIM y PE", y se evaluará el número de inversiones registradas como activos hasta la fecha de este estudio.

Además de estos puntos, se explorará el número de inversiones específicamente dirigidas al ámbito de la salud, su distribución geográfica a nivel provincial, los niveles anualizados de eficiencia del presupuesto asignado a este sector, la contribución de sus fuentes de ingresos, y finalmente, se calculará el grado de incidencia entre el presupuesto y el nivel de eficiencia generado. En este contexto de análisis, se busca obtener una comprensión profunda de las diversas dimensiones que involucran el presupuesto y la ejecución de inversiones bajo la jurisdicción del gobierno regional de Lima provincias, permitiendo así una evaluación integral de su impacto y desempeño a lo largo del tiempo.

#### 4.1.1. Presupuesto de inversión pública en el Gobierno Regional de Lima, entre los años 2005 al 2021

A continuación, se presenta la asignación presupuestaria general para la Región Lima durante los años considerados en el estudio. Es fundamental aclarar que los datos de la tabla siguiente están expresados en millones de soles, y esta estimación no está sujeta a cambios por parte de la institución (MEF), especialmente en el último año. No obstante, es importante señalar que cualquier ajuste que realice dicha entidad, sin importar las razones, no afectará los resultados de los indicadores estimados. Se destaca que estas estimaciones se han obtenido de la base de datos del MEF a través de su portal de transparencia "Consulta amigable". El mismo procedimiento se aplicará para el análisis de las demás variables.

*Tabla 7: Presupuesto para la I.P en el G.R.L (2005 - 2021)*

<b>AÑOS</b>	<b>PIA (Presupuesto Institucional de Apertura)</b>		<b>PIM (Presupuesto Institucional Modificado)</b>		<b>Devengado</b>	
2005	S/	10,845,284	S/	27,407,994	S/	11,339,566
2006	S/	17,083,926	S/	55,514,911	S/	20,789,863
2007	S/	31,941,369	S/	102,004,183	S/	31,599,050
2008	S/	88,290,830	S/	179,772,584	S/	69,876,642
2009	S/	68,895,460	S/	222,624,335	S/	108,165,252
2010	S/	99,673,642	S/	224,162,651	S/	145,748,877
2011	S/	78,077,848	S/	156,463,193	S/	93,309,804
2012	S/	89,723,103	S/	185,281,998	S/	154,875,915

2013	S/	155,377,057	S/	238,592,461	S/	219,351,379
2014	S/	163,688,331	S/	222,038,211	S/	218,417,116
2015	S/	143,414,880	S/	192,353,211	S/	172,823,453
2016	S/	105,784,441	S/	161,097,243	S/	146,353,202
2017	S/	102,991,538	S/	270,252,066	S/	208,259,723
2018	S/	140,504,501	S/	278,000,450	S/	162,014,527
2019	S/	158,820,738	S/	337,099,454	S/	192,484,755
2020	S/	150,053,570	S/	220,759,930	S/	168,326,924
2021	S/	150,581,839	S/	210,711,860	S/	181,649,440

---

En base a la información mostrada por la Tabla 7, se establece las principales estadísticas referentes a la gestión de los últimos dieciséis en el Gobierno Regional de Lima; en esta a lo largo de los años analizados, se observa una tendencia al incremento constante en el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA). Comenzando en el 2005 con S/ 10,845,284, el PIA experimenta un crecimiento progresivo hasta alcanzar su punto máximo en el 2021 con S/ 150,581,839. Este aumento significativo sugiere una asignación presupuestaria en constante expansión, posiblemente en respuesta a las demandas y necesidades institucionales en evolución. Es importante destacar algunos años específicos, como el 2008, donde se registra un salto sustancial, pasando de S/ 31,941,369 a S/ 88,290,830. Este fenómeno podría vincularse con eventos o proyectos excepcionales que requirieron una asignación presupuestaria significativa. En general, el análisis

del PIA revela una trayectoria ascendente, indicando una priorización constante de recursos financieros para las actividades institucionales a lo largo de los años.

Por otro lado, analizando el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) por año, se identifica una dinámica de ajustes y modificaciones en la asignación presupuestaria a lo largo del período. En el 2005, el PIM supera significativamente al PIA, indicando ajustes sustanciales de S/ 16,562,710. A lo largo de los años subsiguientes, esta diferencia se mantiene, con aumentos notables en el PIM respecto al PIA. Es en el 2008 donde se registra el mayor salto, con un ajuste de S/ 91,481,754, evidenciando la necesidad de adaptación a circunstancias particulares o la implementación de proyectos clave. A medida que avanzamos en el tiempo, la brecha entre PIM y PIA se mantiene considerable, señalando una práctica continua de ajustes y realineamientos presupuestarios. Este patrón persiste hasta el 2021, donde el PIM alcanza su punto máximo con un ajuste de S/ 60,130,021. Este análisis resalta la importancia de la flexibilidad presupuestaria para hacer frente a cambios y prioridades emergentes, subrayando la capacidad de la institución para adaptarse dinámicamente a lo largo de los años.

Finalmente, al examinar el apartado del Devengado por año, se observa una progresión que refleja el gasto real o comprometido de la institución a lo largo del tiempo. Inicialmente, en el año 2005, el devengado alcanza los S/ 11,339,566, y a medida que avanzamos en el tiempo, se evidencia un crecimiento constante hasta el 2021, donde alcanza su punto máximo con S/ 181,649,440. Este aumento sostenido sugiere una ejecución presupuestaria eficiente y la capacidad de la institución para llevar a cabo sus actividades y proyectos planificados. Es notable el hecho de que el devengado no sigue exactamente la misma tendencia que el PIA o el PIM, lo cual indica

que, aunque se asigna un presupuesto inicial y se realizan ajustes a lo largo del año, la ejecución real puede variar según la implementación de programas y proyectos.

Se destaca el año 2008, donde a pesar del considerable aumento en el PIM, el devengado experimenta un incremento más moderado. Esto podría sugerir que parte de la asignación presupuestaria adicional no se ejecutó completamente en ese año. Además, en años posteriores, como el 2013 y el 2019, se observa un alineamiento más estrecho entre el PIM y el devengado, indicando una ejecución cercana a las modificaciones presupuestarias realizadas. En resumen, el análisis del devengado proporciona insights valiosos sobre cómo la institución gestiona y ejecuta su presupuesto a lo largo del tiempo, destacando la importancia de evaluar no solo la asignación inicial sino también la efectividad en la ejecución de los recursos asignados.

*Tabla 8: Principales estadística de I.P del G.R.L (2005 - 2021)*

AÑOS	PIA (Presupuesto Institucional de Apertura)	Variación. PIA%	PIM (Presupuesto Institucional Modificado)	Variación. PIA%	Devengado	Variación. Dev%
2005	S/ 10,845,284		S/ 27,407,994		S/ 11,339,566	
2006	S/ 17,083,926	57.52%	S/ 55,514,911	102.55%	S/ 20,789,863	83.34%
2007	S/ 31,941,369	86.97%	S/ 102,004,183	83.74%	S/ 31,599,050	51.99%
2008	S/ 88,290,830	176.42%	S/ 179,772,584	76.24%	S/ 69,876,642	121.14%
2009	S/ 68,895,460	-21.97%	S/ 222,624,335	23.84%	S/ 108,165,252	54.79%
2010	S/ 99,673,642	44.67%	S/ 224,162,651	0.69%	S/ 145,748,877	34.75%
2011	S/ 78,077,848	-21.67%	S/ 156,463,193	-30.20%	S/ 93,309,804	-35.98%
2012	S/ 89,723,103	14.91%	S/ 185,281,998	18.42%	S/ 154,875,915	65.98%
2013	S/ 155,377,057	73.17%	S/ 238,592,461	28.77%	S/ 219,351,379	41.63%
2014	S/ 163,688,331	5.35%	S/ 222,038,211	-6.94%	S/ 218,417,116	-0.43%
2015	S/ 143,414,880	-12.39%	S/ 192,353,211	-13.37%	S/ 172,823,453	-20.87%
2016	S/ 105,784,441	-26.24%	S/ 161,097,243	-16.25%	S/ 146,353,202	-15.32%
2017	S/ 102,991,538	-2.64%	S/ 270,252,066	67.76%	S/ 208,259,723	42.30%
2018	S/ 140,504,501	36.42%	S/ 278,000,450	2.87%	S/ 162,014,527	-22.21%

2019	S/	158,820,738	13.04%	S/	337,099,454	21.26%	S/	192,484,755	18.81%
2020	S/	150,053,570	-5.52%	S/	220,759,930	-34.51%	S/	168,326,924	-12.55%
2021	S/	150,581,839	0.35%	S/	210,711,860	-4.55%	S/	181,649,440	7.91%

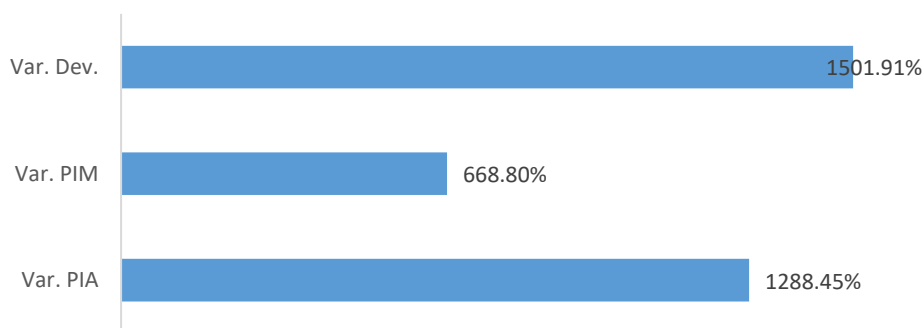
---

Del mismo modo, en la siguiente tabla 8 se la variación porcentual de los principales estadísticos de la gestión en el Gobierno Regional de Lima, en el cual se muestra una evolución significativa en el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) y los montos devengados a lo largo de los años. Desde el 2005 hasta el 2021, se observan fluctuaciones notables en los montos asignados, con aumentos y disminuciones tanto en términos absolutos como porcentuales. Destaca el año 2008 con un incremento del 176.42% en el PIA y una variación del 76.24% en el PIM, seguido de un aumento del 121.14% en los montos devengados. Por otro lado, se observan años de contracción, como el 2009 y el 2015, con disminuciones tanto en el PIA como en el PIM. En términos porcentuales, el año 2013 muestra el mayor crecimiento, con un 73.17% en el PIA y un 28.77% en el PIM, mientras que el 2011 experimenta las mayores reducciones con un -21.67% y un -30.20%, respectivamente. Estas variaciones indican la importancia de evaluar las tendencias a lo largo del tiempo y las posibles razones detrás de los cambios observados.



*Figura 4. Variaciones Promedio del PIA, PIM, De (2005 - 2021)*

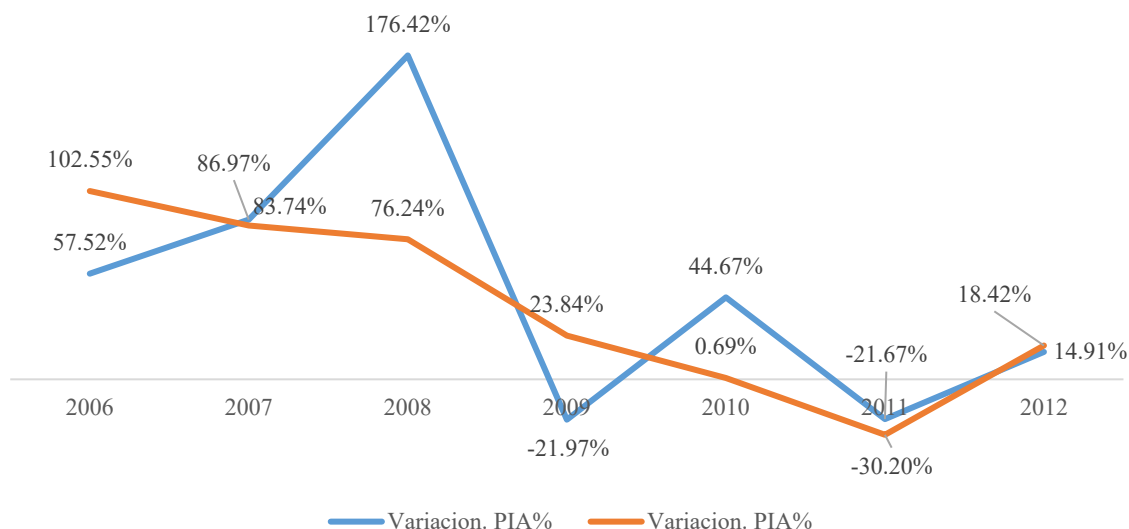
La variación promedio en los indicadores PIA, PIM y su devengado, se presenta como sigue: el PIA experimentó un aumento del 26.15%, mientras que el PIM mostró un incremento del 20.02%. El Devengado, que indica la ejecución del presupuesto, está en base a los datos utilizados, fue del 25.96%. Estas cifras cuantitativas reflejan los cambios en los indicadores económicos, proporcionando información sobre el crecimiento y la variabilidad en el tiempo.



*Figura 5. Variaciones Acumulada del PIA, PIM, De (2005 - 2021)*

La variación acumulada en los indicadores PIA, PIM y Devengado se presenta de la siguiente manera: la variación acumulada del PIA alcanzó un impresionante 1288.45%, mientras que el PIM mostró un incremento acumulado del 668.80%. En cuanto al indicador Devengado, la variación

acumulada fue aún más significativa, llegando al 1501.91%. Estas cifras proporcionan una perspectiva cuantitativa del cambio total a lo largo del periodo analizado, destacando la magnitud de las variaciones en estos indicadores económicos.



*Figura 6. Evolución de la tasa de crecimiento del PIA y PIM (2005 - 2021)*

Como se muestra en la figura 3, la variación porcentual en los años analizados presenta una serie de fluctuaciones en el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) y el Presupuesto Institucional Modificado (PIM). En el período de 2005 a 2006, se registra un incremento del 57.52% en el PIA y un notorio aumento del 102.55% en el PIM. El año 2007 continúa la tendencia alcista con un crecimiento del 86.97% en el PIA y un 83.74% en el PIM. El año 2008 destaca con un aumento significativo del 176.42% en el PIA y un 76.24% en el PIM. Sin embargo, en 2009, se observa una disminución del 21.97% en el PIA, mientras que el PIM experimenta un incremento del 23.84%. El año 2010 muestra un aumento del 44.67% en el PIA, mientras que el PIM apenas varía en un 0.69%. En contraste, el 2011 presenta descensos notables en ambos presupuestos, con una disminución del 21.67% en el PIA y del 30.20% en el PIM. Finalmente, en 2012, se observa

un incremento del 14.91% en el PIA y un 18.42% en el PIM, cerrando el período con variaciones positivas. Estos porcentajes reflejan la dinámica cambiante de los presupuestos a lo largo de los años considerados.

#### 4.1.2. Presupuesto de inversión pública en el G.R.L, en función al gasto (2005 – 2021)

En el siguiente apartado se analizar un analizar general del presupuesto asignado y ejecutado dentro de los años estudiados, de igual forma, en base a que en el contexto institucional se dio un cambio dentro de las funciones de gastos desde el año 2009, se optó por de forma separada ambos periodos, de forma similar, el gasto nombrados como “Salud y Saneamiento” se desagregó en las funciones “ Salud, Saneamiento y Ambiente” para el periodo 2005 al 2008, en tomando en cuenta el enfoque del estudio desarrollado.

#### Periodo 2005 - 2008

Tabla 9: Presupuesto en I.P, en función al gasto (2005 - 2008)

FUNCIONES DE GASTO		PIA		PIM		Devengado
ADMINISTRACIÓN Y PLANEAMIENTO	S/	3,203,849.00	S/	13,854,948.00	S/	4,283,206.00
AGRARIA	S/	37,369,465.00	S/	79,304,032.00	S/	28,819,374.00
ASISTENCIA Y PREVISIÓN SOCIAL	S/	200,000.00	S/	716,108.00	S/	291,891.00
COMUNICACIONES	S/	-	S/	997,719.00	S/	73,870.00
DEFENSA Y SEGURIDAD NACIONAL	S/	10,600,000.00	S/	10,607,116.00	S/	4,391,391.00
EDUCACIÓN Y CULTURA	S/	15,634,193.00	S/	37,001,111.00	S/	15,142,245.00
ENERGÍA Y RECURSOS MINERALES	S/	4,005,262.00	S/	25,648,800.00	S/	10,300,424.00
INDUSTRIA, COMERCIO Y SERVICIOS	S/	6,719,533.00	S/	18,027,648.00	S/	4,486,654.00
JUSTICIA	S/	-	S/	251,051.00	S/	236,278.00
PESCA	S/	916,553.00	S/	3,481,884.00	S/	577,703.00
PROTECCIÓN Y PREVISIÓN SOCIAL	S/	2,170,000.00	S/	9,770,280.00	S/	3,563,185.00
SALUD	S/	4,264,000.00	S/	11,295,193.00	S/	3,620,220.00

SANEAMIENTO	S/	28,899,568.00	S/	81,095,811.00	S/	30,692,799.00
AMBIENTE	S/	250,000.00	S/	30,000.00	S/	-
TRANSPORTE	S/	33,432,855.00	S/	68,147,006.00	S/	23,946,243.00
VIVIENDA Y DESARROLLO URBANO	S/	496,131.00	S/	4,470,965.00	S/	3,179,637.00

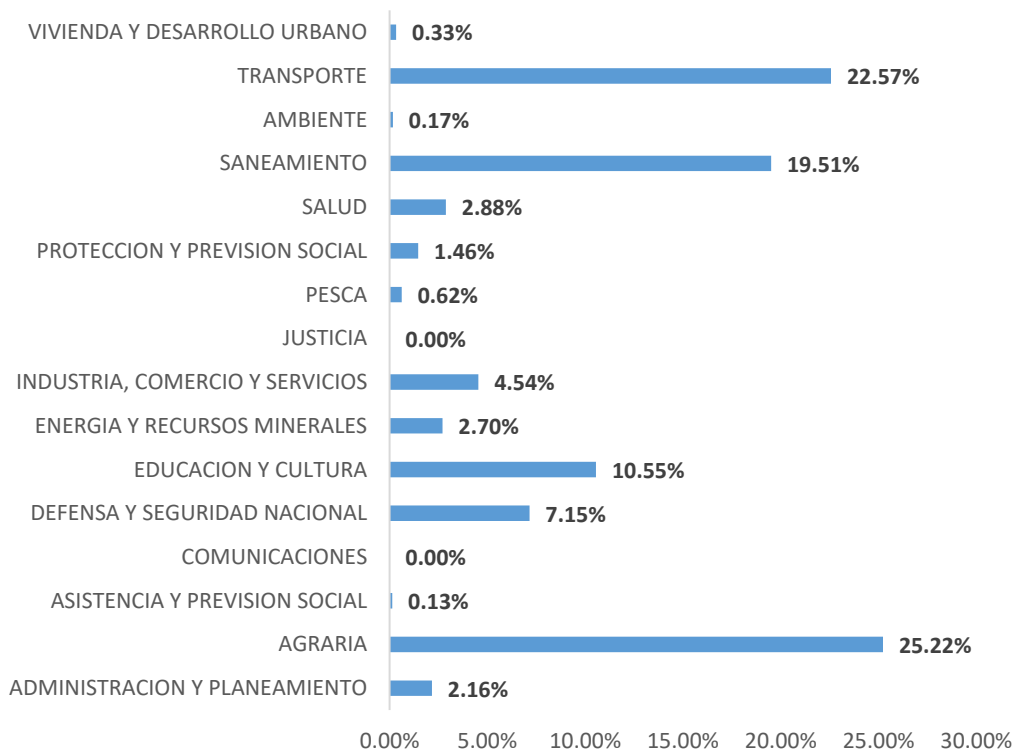
---

Como se muestra en la tabla 9, para los primeros cuatro años de análisis en función al PIA, revela asignaciones presupuestarias significativas en diversas funciones de gasto. Se destaca que las áreas de Agricultura, Saneamiento y Transporte muestran montos considerables de S/37,369,465.00, S/28,899,568.00 y S/33,432,855.00 respectivamente, evidenciando un enfoque prioritario en la inversión de recursos en sectores clave. Además, se observa un compromiso sustancial en las áreas de Educación y Cultura, con una asignación de S/15,634,193.00, indicando una atención significativa a la mejora educativa y cultural. No obstante, se aprecia que algunas funciones como Comunicaciones, Justicia y Ambiente han recibido asignaciones más limitadas o nulas en el PIA durante este periodo.

De igual forma, en relación al PIM se refleja asignaciones significativas en diversas funciones de gasto. Se observa que las áreas de Saneamiento, Agricultura, y Transporte han recibido asignaciones notables, con montos de S/81,095,811.00, S/79,304,032.00 y S/68,147,006.00 respectivamente. Estas asignaciones sugieren un enfoque prioritario en infraestructuras básicas y servicios esenciales. Además, se destaca la asignación considerable en Educación y Cultura, con un monto de S/37,001,111.00, indicando un compromiso con el desarrollo educativo y cultural. Por otro lado, áreas como Comunicaciones, Justicia y Ambiente parecen haber recibido asignaciones más modestas o nulas durante este periodo. Este análisis del PIM proporciona una

visión general de las prioridades presupuestarias, destacando las áreas clave de enfoque y posiblemente reflejando las políticas y necesidades prioritarias del gobierno en ese momento.

Por último, desde la perspectiva de la ejecución representado por el devengado se refleja los gastos reales realizados por el gobierno en diversas funciones. Se destaca que las áreas de Saneamiento, Agricultura y Transporte muestran desembolsos significativos, con montos de S/30,692,799.00, S/28,819,374.00 y S/23,946,243.00 respectivamente. Estos datos indican una ejecución presupuestaria considerable en proyectos de infraestructura, agricultura y transporte. Además, áreas como Educación y Cultura, así como Salud, también muestran desembolsos notables, evidenciando el compromiso con sectores sociales y de bienestar. Por otro lado, funciones como Comunicaciones, Justicia y Ambiente muestran devengados más bajos o nulos, sugiriendo una posible limitación en la ejecución presupuestaria de estas áreas durante ese período.



*Figura 7. Participación de la I.P en función al gasto (2005 - 2008)*

El análisis de la distribución presupuestaria representada en la figura 4 revela que Saneamiento (19.51%) y Transporte (22.57%) son las funciones con mayor participación en el gasto total. Destacan Agraria (25.22%), Educación y Cultura (10.55%), y Defensa y Seguridad Nacional (7.15%) con participaciones significativas. No obstante, Comunicaciones y Justicia exhiben participaciones nulas (0.00%), mientras que Ambiente tiene una participación marginal (0.17%). La desviación en Saneamiento entre el PIM y el Gasto Devengado sugiere la necesidad de revisar la ejecución presupuestaria. Se recomienda una evaluación integral considerando tanto la participación como la eficiencia en el uso de recursos para garantizar una distribución equitativa y alineada con las prioridades gubernamentales.

Tabla 10: Presupuesto en I.P, en función al gasto (2009 - 2021)

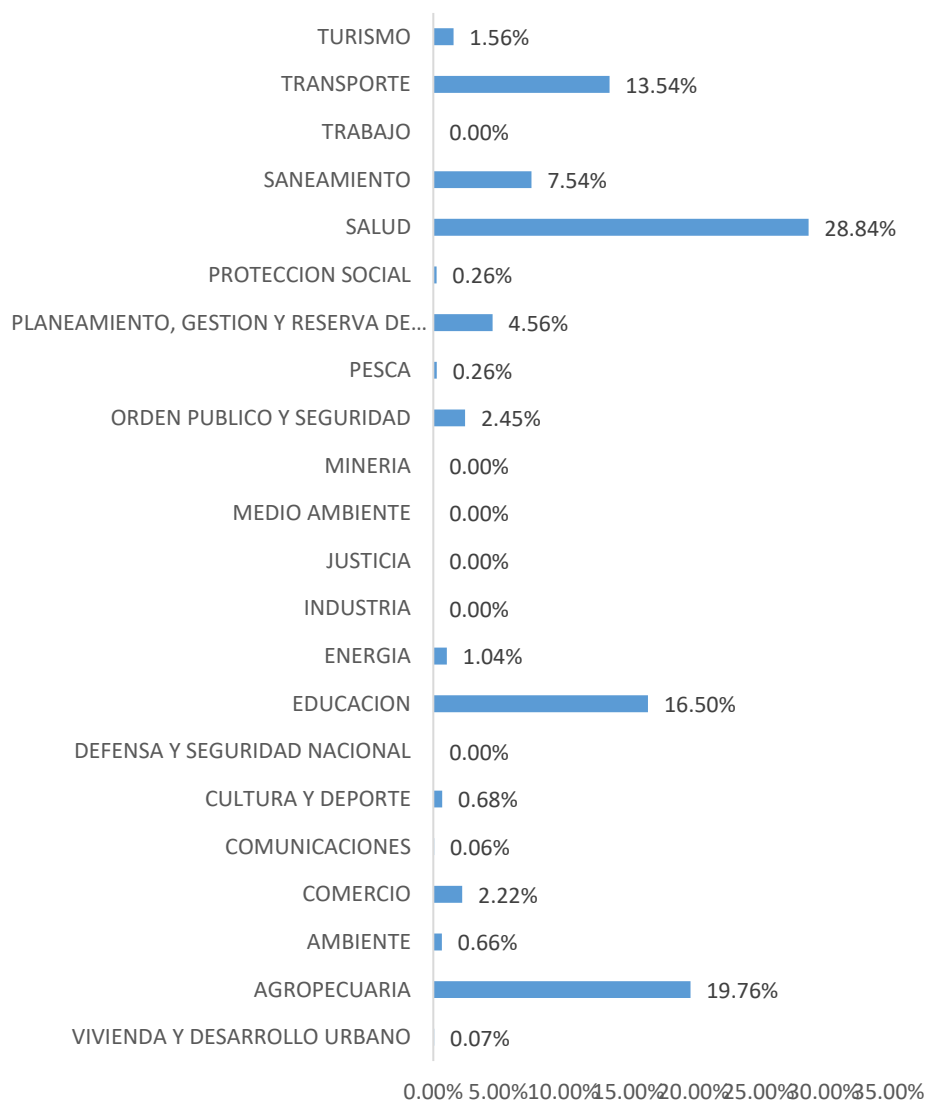
FUNCIONES DE GASTO		PIA		PIM		Devengado
VIVIENDA Y DESARROLLO URBANO	S/	1,109,110.00	S/	861,470.00	S/	403,595.00
AGROPECUARIA	S/	317,712,427.00	S/	442,638,292.00	S/	339,632,060.00
AMBIENTE	S/	10,589,701.00	S/	20,576,622.00	S/	10,836,499.00
COMERCIO	S/	35,688,292.00	S/	5,442,058.00	S/	5,155,499.00
COMUNICACIONES	S/	1,020,000.00	S/	1,201,471.00	S/	7,739.00
CULTURA Y DEPORTE	S/	10,934,966.00	S/	57,135,068.00	S/	49,647,243.00
DEFENSA Y SEGURIDAD NACIONAL	S/	-	S/	67,130,386.00	S/	59,460,086.00
EDUCACIÓN	S/	265,263,235.00	S/	469,396,360.00	S/	356,274,805.00
ENERGÍA	S/	16,745,557.00	S/	34,799,010.00	S/	27,331,641.00
INDUSTRIA	S/	-	S/	3,499,520.00	S/	3,155,500.00
JUSTICIA	S/	-	S/	7,455.00	S/	6,605.00
MEDIO AMBIENTE	S/	-	S/	2,421,918.00	S/	1,318,729.00
MINERÍA	S/	-	S/	85,441.00	S/	84,546.00
ORDEN PUBLICO Y SEGURIDAD	S/	39,322,461.00	S/	272,142,073.00	S/	180,746,688.00
PESCA	S/	4,182,749.00	S/	14,716,957.00	S/	9,619,724.00
PLANEAMIENTO, GESTIÓN Y						
RESERVA DE CONTINGENCIA	S/	73,241,963.00	S/	115,551,914.00	S/	87,468,489.00
PROTECCIÓN SOCIAL	S/	4,109,958.00	S/	8,492,664.00	S/	6,056,267.00
SALUD	S/	463,682,243.00	S/	593,392,326.00	S/	451,535,368.00
SANEAMIENTO	S/	121,222,669.00	S/	272,012,740.00	S/	205,004,633.00
TRABAJO	S/	-	S/	116.00	S/	-
TRANSPORTE	S/	217,695,819.00	S/	497,221,539.00	S/	346,139,509.00
TURISMO	S/	25,065,798.00	S/	40,711,663.00	S/	31,895,142.00

En primer lugar, en base a la información mostrada en la tabla 10, desde el punto de vista del PIA, refleja las asignaciones presupuestarias para diferentes sectores y áreas de interés gubernamental. Observando los montos asignados, se destaca la significativa asignación para la categoría de Agropecuaria, con un monto de S/ 317,712,427.00, seguido por Salud con S/ 463,682,243.00. Estos sectores reciben una atención financiera considerable, lo que sugiere una

priorización gubernamental en el desarrollo agrícola y la salud pública. Por otro lado, áreas como Industria, Justicia, y Medio Ambiente presentan asignaciones no especificadas en el PIA, indicando posiblemente una menor prioridad presupuestaria o la ausencia de asignaciones para el año fiscal analizado. En segundo lugar, en relación al PIM esta muestra ajustes y modificaciones respecto al Presupuesto Inicial de Apertura (PIA) a lo largo del año fiscal. Destaca la significativa modificación en la categoría de Comercio, que experimenta un aumento sustancial de S/ 30,246,234.00 entre el PIA y el PIM. Asimismo, las áreas de Cultura y Deporte, Defensa y Seguridad Nacional, y Orden Público y Seguridad muestran incrementos notables en el PIM en comparación con el PIA. Estos ajustes pueden reflejar la adaptación del presupuesto a las necesidades cambiantes a lo largo del año, indicando una reevaluación estratégica de recursos para sectores específicos. Por otro lado, algunas áreas como Salud y Educación presentan incrementos menos significativos en el PIM, lo que podría sugerir una planificación más estable en estos sectores a lo largo del ejercicio fiscal.

Por último, observando los montos devengados, destacan los sectores de Salud y Educación, con S/ 451,535,368.00 y S/ 356,274,805.00 respectivamente, indicando una ejecución presupuestaria considerable en áreas prioritarias. Por otro lado, el sector de Orden Público y Seguridad Nacional muestra un monto devengado significativo de S/ 180,746,688.00, señalando una ejecución importante en temas de seguridad. Sin embargo, es crucial considerar la diferencia entre los montos devengados y los PIM, ya que refleja la variación en la ejecución presupuestaria. Sectores como Industria, Justicia, y Medio Ambiente presentan montos devengados considerablemente menores en comparación con el PIM, indicando una posible subutilización de recursos o retrasos en la implementación de proyectos.

### Participación por función de gasto 2009- 2021



*Figura 8. Participación de la I.P en función al gasto (2009 - 2021)*

Según lo mostrado en la figura 5, el análisis de la distribución presupuestaria en relación con la participación revela varios aspectos clave. La función de Salud destaca significativamente con la mayor participación, representando el 28.84% del gasto total, seguida por Educación con un 16.50% y Agropecuaria con un 19.76%. Mientras tanto, funciones como Justicia, Minería,

Industria y Medio Ambiente muestran participaciones nulas o marginales. La función de Vivienda y Desarrollo Urbano, a pesar de tener una baja participación del 0.07%, presenta una significativa diferencia entre el PIM y el Gasto Devengado, sugiriendo una posible necesidad de ajuste en la ejecución presupuestaria.

#### 4.1.3. Presupuesto de inversión pública en el sector salud en el G.R.L (2005 – 2021)

*Tabla 11: Presupuesto en I.P en salud del G.R.L. (2005 - 2021)*

<b>Año</b>		<b>PIA</b>		<b>PIM</b>		<b>Devengado</b>
2005	S/	400,000	S/	736,839	S/	693,927
2006	S/	-	S/	1,002,540	S/	607,029
2007	S/	350,000	S/	1,097,924	S/	234,988
2008	S/	3,514,000	S/	8,457,890	S/	2,084,276
2009	S/	6,028,204	S/	19,428,329	S/	6,286,198
2010	S/	-	S/	35,396,175	S/	14,902,742
2011	S/	10,234,956	S/	23,151,402	S/	8,359,747
2012	S/	6,095,435	S/	48,622,202	S/	33,192,634
2013	S/	54,286,579	S/	61,912,510	S/	52,974,598
2014	S/	30,561,711	S/	43,197,476	S/	42,822,231
2015	S/	95,938,018	S/	73,336,041	S/	72,506,979
2016	S/	67,893,030	S/	35,235,319	S/	33,122,402
2017	S/	55,485,860	S/	45,150,761	S/	35,316,532
2018	S/	37,402,593	S/	48,071,899	S/	33,772,003
2019	S/	45,267,733	S/	57,557,233	S/	36,910,707
2020	S/	23,989,065	S/	52,979,622	S/	42,196,830
2021	S/	30,499,059	S/	49,353,357	S/	39,171,765

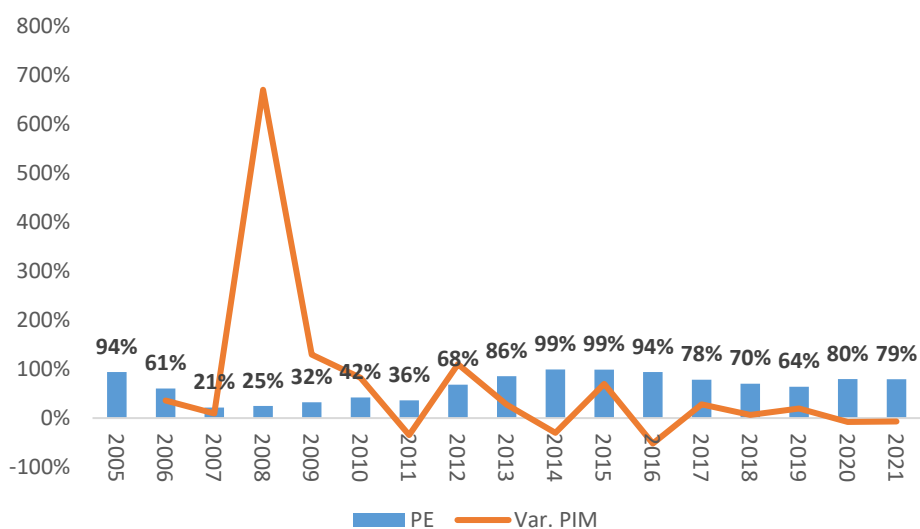
Como se muestra en la tabla 11, analizando los datos en relación al Presupuesto Inicial de Apertura (PIA) para la inversión pública en salud, se observa una tendencia general de crecimiento

a lo largo de los años, indicando un compromiso continuo con el fortalecimiento del sector. El aumento progresivo desde S/ 400,000 en 2005 hasta el pico de S/ 95,938,018 en 2015 sugiere una priorización significativa de recursos para abordar las necesidades y desafíos en materia de salud. La ausencia de datos para ciertos años, como en 2006 y 2010, puede señalar períodos en los que las asignaciones presupuestarias pudieron haber sido más discretas o no se registraron de manera detallada. Esta falta de información puede ser crucial para comprender la continuidad de las políticas de inversión en salud y las decisiones estratégicas tomadas durante esos períodos. Es importante destacar que, aunque hubo un crecimiento general, la variabilidad en los montos del PIA sugiere la posibilidad de cambios en las prioridades gubernamentales, decisiones estratégicas o limitaciones presupuestarias. Un análisis más detallado de los años con mayores aumentos o disminuciones podría proporcionar insights sobre las políticas de inversión en salud y sus resultados.

Por otro lado, examinando los datos en relación al Presupuesto Institucional Modificado (PIM) para la inversión pública en salud, se destaca un aumento significativo hasta el año 2015, alcanzando su punto máximo en S/ 73,336,041. Este incremento sugiere un esfuerzo por expandir y fortalecer las iniciativas de inversión en salud durante ese período. Sin embargo, a partir de ese punto, se observa una disminución en los montos del PIM en años posteriores. La discrepancia entre el PIA y el PIM, especialmente en los años con mayores diferencias, indica la flexibilidad en la gestión presupuestaria para ajustarse a las necesidades cambiantes del sector de salud. La disminución en el PIM después de 2015 podría atribuirse a diversos factores, como ajustes en las prioridades gubernamentales, limitaciones presupuestarias o la finalización de proyectos de inversión a gran escala. Es importante señalar que el PIM refleja la capacidad de adaptación durante la ejecución presupuestaria, permitiendo ajustes para maximizar la eficacia de la inversión

en salud. La disminución en los últimos años podría requerir un análisis detallado para determinar si se deben a limitaciones presupuestarias generales o cambios específicos en las estrategias de inversión en salud.

En cuanto al devengado la información revela variaciones significativas en el devengado a lo largo de los años. Se observa un aumento progresivo desde el año 2005 hasta alcanzar su punto máximo en 2015, con un valor de S/ 72,506,979. Sin embargo, a partir de 2016, se registra una disminución notable, sugiriendo posiblemente cambios en la estructura financiera o factores económicos externos. A pesar de algunas fluctuaciones, la tendencia general muestra una relativa estabilidad en los últimos años en cuanto a la inversión en salud, con el devengado situándose en S/ 39,171,765 en 2021.

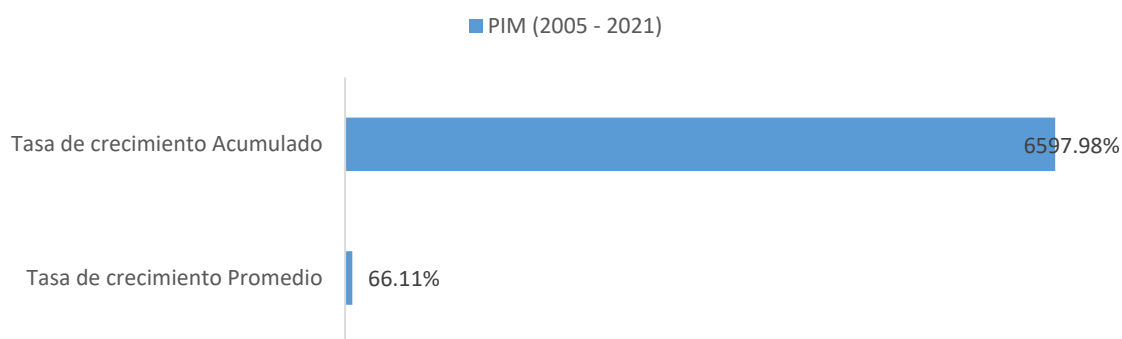


*Figura 9. Evolución de la I.P. en salud en el G.R.L. entre el PE y PIM (2005 - 2021)*

La figura 6, muestra la comparación entre la eficiencia de ejecución de presupuesto en salud y el crecimiento del presupuesto asignado por año, en dicha imagen se trata de plantear una posible

relación entre ambos indicadores, caso contrario no se pudo demostrar dicha relación; de igual forma, dentro de la mostrado en la figura se puede observar que una disparidad entre los resultados encontrados en el 2008 en cual se muestra un comportamiento contrario entre ambos indicadores; este comportamiento se muestra de forma inversa en el año 2014 y 2016.

La interpretación derivada de estos resultados puede formularse de dos maneras: En primer lugar, se podría sugerir que no hay una correlación entre el aumento en la asignación presupuestaria, determinado por la tasa de crecimiento anual, y la eficiencia en el uso de esos fondos. Sin embargo, esta hipótesis se descarta, ya que teóricamente debería existir una relación, dado que la eficiencia está vinculada al monto ejecutado, y este, a su vez, está ligado al monto presupuestario. La pregunta entonces sería por qué la gráfica indica lo contrario. La respuesta podría radicar en una relación negativa, indicando un nivel de ineficiencia en la gestión de inversiones en el sector salud, específicamente bajo la jurisdicción del Gobierno regional de Lima.



*Figura 10. Tasa de crecimiento promedio y acumulado del presupuesto en I.P del G.R.L. (2005 - 2021)*

El análisis de la información revela un marcado aumento en el Presupuesto en Salud (PIM) durante el período 2005-2021, con una tasa de crecimiento promedio excepcionalmente alta del

6597.98% y una tasa de crecimiento acumulado del 66.11%. La discrepancia entre la tasa de crecimiento promedio y acumulado sugiere fluctuaciones anuales significativas.

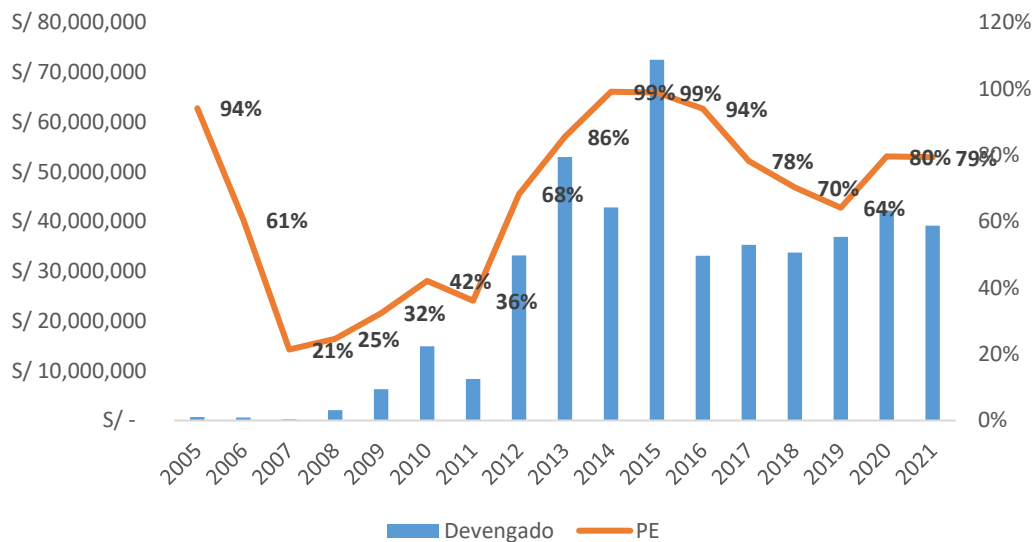


Figura 11. Figura 6. Evolución de la I.P. en salud en el G.R.L. entre el PE y Devengado (2005 - 2021)

Así mismo, tomando en cuenta la figura 8 durante el periodo de 2005 a 2021, se observa una variación en la ejecución presupuestaria, medida como porcentaje de ejecución (PE), en comparación con los montos devengados. En los primeros años, como 2005 y 2006, la ejecución presupuestaria fue relativamente alta, alcanzando el 94% y el 61%, respectivamente. Sin embargo, en 2007, se registró una disminución significativa con un PE del 21%. A partir de 2008, se evidenció un incremento notorio, alcanzando su punto más alto en 2013 con un 86%. Posteriormente, a partir de 2014, se mantuvo mayormente en niveles altos, superando el 70% en todos los años, llegando al 99% en 2014 y 2015. No obstante, en los últimos años, se aprecia una ligera disminución, siendo el PE de 70% en 2018 y 64% en 2019, seguido de un repunte en 2020 con un 80%. En 2021, la ejecución presupuestaria se mantuvo en un 79%. Este análisis sugiere

fluctuaciones en la gestión de los recursos presupuestarios a lo largo de los años, reflejando posiblemente cambios en las políticas gubernamentales o en las condiciones económicas.

*Tabla 12: Proyectos de Inversión Pública en Salud del G.R.L (2005 - 2021)*

<b>PROGRAMA DE GASTO EN SALUD</b>	<b>C. de Inversiones</b>	<b>COSTOS ACTUALIZADOS</b>		<b>DEVENGADO</b>	
SALUD COLECTIVA	7	S/	2,248,131.90	S/	1,106,340.49
SALUD INDIVIDUAL	260	S/	417,833,998.74	S/	202,201,718.08
<b>TOTAL</b>	<b>267</b>	<b>S/</b>	<b>420,082,130.64</b>	<b>S/</b>	<b>203,308,058.57</b>

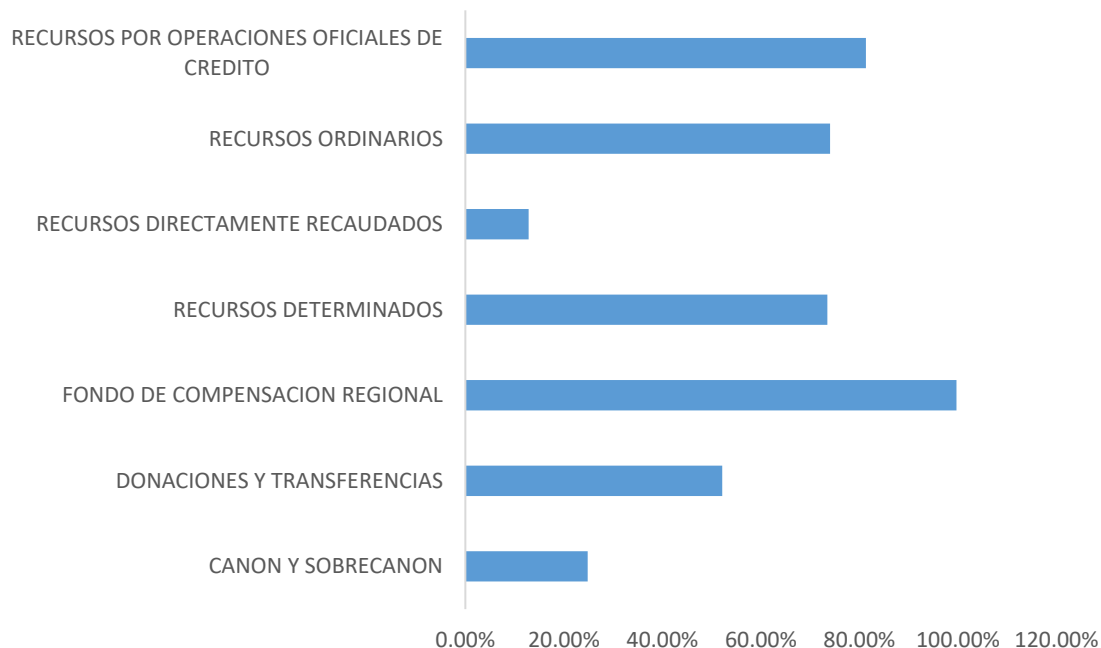
Por otro lado, en cuanto a la cantidad de proyectos desarrollados por el G.R.L, dentro del periodo designados para la investigación, de igual forma la información presentada esta en base a la información recolectada del banco de inversiones; de esta forma en la tabla \* se presenta la totalidad de la inversión dividida según su programación, dando como resultado para los programas de salud individual 260 inversiones y 7 para salud colectiva, de igual forma, en cuanto a los costos para el primero se registró un total de S/ 417,833,998.74 y para el segundo S/ 2,248,131.90 siendo el primero significativamente mayor que el segundo. Es importante precisar que de los datos tomadas 114 están determinados por inversión de tipo IOAAR.

*Tabla 13: F. de financiamiento de la inversión en salud en el G.R.L (2005 - 2021)*

<b>Fuentes de Financiamiento</b>	<b>PIA</b>		<b>PIM</b>		<b>Devengado</b>
CANON Y SOBRE CANON	S/	2,205,000.00	S/	16,702,277.00	S/ 4,146,388.00
DONACIONES Y TRANSFERENCIAS		-	S/	38,622,950.00	S/ 20,141,343.00
FONDO DE COMPENSACIÓN REGIONAL	S/	199,000.00	S/	2,084,413.00	S/ 2,078,454.00
RECURSOS DETERMINADOS	S/	218,124,957.00	S/	311,964,671.00	S/ 229,268,476.00
RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	S/	756,213.00	S/	2,044,342.00	S/ 262,311.00
RECURSOS ORDINARIOS	S/	468,736,040.00	S/	489,739,779.00	S/ 362,615,010.00
RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CRÉDITO	S/	98,489,893.00	S/	211,350,942.00	S/ 171,881,905.00

Como se muestra en la tabla 13, donde se denomina las fuentes de financiamiento que componen la inversión en salud, realizada por la el G.R.L. de esta forma en relación al PIA, se observa una distribución diversa de las fuentes de financiamiento, siendo los Recursos Ordinarios la principal fuente con S/ 468,736,040.00, seguido por Recursos Determinados con S/ 218,124,957.00. Además, se destaca la significativa contribución de las Donaciones y Transferencias con un monto de S/ 38,622,950.00, así como el Fondo de Compensación Regional con S/ 199,000.00. Mientras que el Canon y Sobre Canon aportan S/ 2,205,000.00. Estas cifras indican una estructura financiera diversificada, con una mayor dependencia de recursos ordinarios y determinados, lo cual podría influir en la flexibilidad y estabilidad presupuestaria a lo largo del período.

Por otro lado, en relación al PIM, se evidencia un cambio en la asignación de recursos en comparación con el Presupuesto Inicial de Apertura (PIA). Las fuentes de financiamiento muestran incrementos notables en varias áreas, destacando especialmente el aumento en Recursos Determinados, que pasa de S/ 218,124,957.00 a S/ 311,964,671.00, así como en Recursos Ordinarios que incrementan de S/ 468,736,040.00 a S/ 489,739,779.00. La categoría de Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito también experimenta un aumento sustancial, pasando de S/ 98,489,893.00 a S/ 211,350,942.00. Estos cambios sugieren ajustes significativos en la distribución presupuestaria para adaptarse a las necesidades y prioridades, lo que puede reflejar una estrategia de gestión financiera más dinámica y flexible en respuesta a condiciones cambiantes o nuevos proyectos y programas.



*Figura 12. Participación promedio de la inversión por F. de financiamiento en salud (2005 – 2021)*

Así mismo, en la figura 9, los porcentajes de contribución de cada fuente de financiamiento brindan insights importantes sobre la ejecución financiera. Se destaca la significativa aportación de las Donaciones y Transferencias, representando un 52.15% del presupuesto ejecutado, lo que sugiere una dependencia sustancial de recursos externos. El Fondo de Compensación Regional, con un porcentaje del 99.71%, indica una ejecución prácticamente total en esta fuente. Asimismo, las fuentes de Recursos Determinados, Recursos Ordinarios y Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito muestran ejecuciones en torno al 73.49%, 74.04%, y 81.33% respectivamente, reflejando una ejecución sólida, aunque quizás con espacio para ajustes o redirecciones de fondos.

#### **4.1.4. Estimación de relación entre variables de estudio**

En el siguiente apartado se presentará por medio estadísticos “t de student”, la relación entre las variables estudiadas hasta ahora, relacionada a el Gobierno Regional de Lima.

*Tabla 14: Relación entre el PIA y el Devengado*

	Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
PIA	27526249.59	17	28545097.31	6923203.02
PE	26773858.12	17	21377317.42	5184761.04

El análisis de los datos de la tabla 14 revela que la media del Patrimonio Imponible Anual (PIA) es de S/ 27,526,249.59, mientras que la media del Devengado es de S/ 26,773,858.12. Al llevar a cabo una prueba de hipótesis "T", se observa un valor de p igual a 0.842, superando el nivel de significancia establecido de 0.05. Esto sugiere que no hay una diferencia significativa entre estas variables. Estos hallazgos contradicen la suposición de una disparidad significativa entre los valores del PIA y el Devengado durante el período mencionado. Además, estos resultados pueden explicarse en parte por la ausencia de asignaciones presupuestarias a través del PIA en ciertos años, especialmente en lo que respecta al gasto en salud.

*Tabla 15: Prueba "t" PIA - Devengado*

	Diferencias emparejadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
PIA - PE	752391.47	15328557.33	3717721.23	-7128825.47	8633608.41	0.202	16	0.842

## Relación presupuesto institucional modificado (PIM) – Devengado

Tabla 16: Relación entre el PIM y el Devengado

	Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
PIM	35569854.06	17	22803383.89	5530632.96
PE	26773858.12	17	21377317.42	5184761.04

El análisis de los datos de la tabla 16 revela que la media del Patrimonio Imponible Anual (PIA) es de S/ 35,569,854.06, mientras que la media del Devengado es de S/ 26,773,858.12. Al llevar a cabo una prueba de hipótesis "T", se observa un valor de p igual a 0.000, no superando el nivel de significancia establecido de 0.05. Esto sugiere que hay una diferencia significativa entre estas variables. Estos hallazgos afirman la suposición de una disparidad significativa entre los valores del PIM y el Devengado durante el período mencionado.

Tabla 17: Prueba "t" PIM - Devengado

		Diferencias emparejadas				t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
PIM - PE	8795995.94	7108072.16	1723960.72	5141362.46	12450629.42	5.102	16	0.000

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Discusión de resultados

Tras haber analizado la información recopilada con relación al presupuesto asignado y ejecutado del Gobierno Regional de Lima, en base a sus tres indicadores principales, los presupuesto de apertura y modificado como el devengado del presupuesto asignado; dentro de los últimos dieciséis años que abarca la investigación, a grandes rasgos la investigación resalta la existencia de una relación positiva entre el aumento del presupuesto público y su ejecución, tanto en relación al PIA como el PIM, no obstante este comportamiento si bien en ámbitos generales presenta cierta facultad en una análisis individual por años refleja un comportamiento errático, poniendo de ejemplo los años 2011 y 2016; en cuanto al objetivo general de la investigación, la cual abarca el análisis cuantitativo como cualitativo del presupuesto de inversión en salud por parte del G.R.L. se resalta que la función de gasto en salud abarca el mayor presupuesto asignado, con un promedio de 28.84% del presupuesto en los años evaluados.

De igual forma, en un análisis más individual del presupuesto para dicha inversión, se pudo estimar un crecimiento a largo plazo, con años de estancamiento o caída parecidos al análisis del presupuesto general para la región, también, en un análisis individual por años se observó que en el 2005 se registró el menor presupuesto asignado, con un valor de S/ 736,839, de forma contraria en el 2015 se registró un presupuesto de S/ 73,336,041 el cual fue el mayor en los años evaluados; la diferencia entre ambos montos llega a ser irrisoria. Por otro lado, en relación a la efectividad

del gasto en salud, la investigación llega a concluir que en promedio la efectividad del gasto fue de 66.4%, este resultado es en gran medida a la baja ejecución del presupuesto en los primeros años de estudio estado estos muy por debajo del 50%, de forma contraria, en los años que se sitúan entre el 2013 al 2017, presentaron una ejecución elevada.

Los resultados recabados son comparables a los establecidos en el marco teórico, en el ámbito internacional en el cual Zuñagua (2022), afirmó que, en Bolivia en el primer periodo de su análisis, la inversión en salud dependía principalmente del sector privado. En el segundo periodo, llamado economía plural, el financiamiento se desplazó hacia el sector público. Aunque los recursos provienen principalmente de impuestos e IDH, la ejecución eficiente es un problema, ya que se programaron 1,430 millones, pero solo se ejecutaron 1,041 millones en ese periodo; así mismo, Muñoz (2017) afirmó que la eficaz ejecución y la cantidad de inversiones en el sector salud requieren procesos de gestión sólidos. La relevancia del presupuesto del sector salud en Chile es crucial para su funcionamiento, y cualquier error en la estimación puede tener consecuencias significativas; finalmente, Sepúlveda (2016) afirmó que, a pesar de los aumentos en la ejecución presupuestaria para proyectos de salud, con un ejemplo específico de un presupuesto programado de \$55 millones, pero ejecutado en promedio \$45 millones, no se observa una contribución significativa. Aunque hay un incremento en la cantidad de establecimientos de salud, la mortalidad infantil disminuye en ambos periodos. Sin embargo, la tasa de mortalidad materna es alta, registrando 236 fallecimientos por cada 100 mil nacimientos.

Por otro lado, en el entorno nacional Meza R., Rubio T. y Sotelo M. (2018) expreso que, a pesar del aumento en el gasto público de 2016 a 2018, no hay un correlato en el Índice de Progreso en la Primera Infancia (IPPI). Los sectores con menor gasto público en la infancia (GPI) muestran

mejores resultados. Además, se destaca la mayor eficiencia de los departamentos de la costa en comparación con los de la sierra y la selva; así mismo, Grández K. (2020) expresa por medio de su investigación que, el programa presupuestal 0001 enfrenta un retraso del 38%, impactando negativamente las actividades de control de crecimiento y vacunación en niños. Su progreso es del 34.24% en los primeros seis meses y alcanza el 68.49% al final del año. Pruebas estadísticas con un Chi-cuadrado de Pearson de 0.080 sugieren una relación entre la ejecución presupuestaria y los resultados inmediatos del programa; finalmente, Donayre (2020) en el cual por medio de su investigación demostró que no hay una relación significativa entre la ejecución de ingresos y gastos presupuestarios y los casos positivos de COVID-19, a pesar de un coeficiente negativo de correlación. Se observa una correlación negativa significativa entre las pruebas realizadas y los presupuestos, y una correlación destacada entre los casos positivos y las pruebas realizadas. Este hallazgo era previsible y podría explicar los coeficientes de relación negativos entre los casos positivos de COVID-19 y los presupuestos.

## **5.2. Conclusiones**

Tras un análisis exhaustivo, los resultados del estudio sugieren que, aunque la ejecución presupuestaria destinada a inversiones contribuye al cierre de brechas, esta no se lleva a cabo de manera eficiente y efectiva. A la fecha del estudio, persisten deficiencias en la prestación de servicios de salud, las cuales no solo se atribuyen a una falta de ejecución del presupuesto, sino también a la incapacidad de gestión de las inversiones por parte de los funcionarios públicos del gobierno regional involucrados en este proceso. La aplicación de la prueba estadística "t" reveló una relación positiva entre la asignación presupuestaria en comparación con el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) y su ejecución durante los años evaluados.

En relación a la asignación presupuestaria destinada a inversiones en el sistema de salud del gobierno regional de Lima, se observa que, entre 2005 y 2008, la función salud representó el 2.88% de un presupuesto total de S/ 364,699,672.00. En contraste, para los años 2009 a 2021, el presupuesto destinado a salud se posicionó como la principal prioridad de inversión, abarcando el 28.84% de un total de S/ 2,919,437,063.00. De esta manera, el gasto presupuestario en salud se destacó como una inversión clave en este periodo. Además, durante el mismo lapso, se registraron un total de 267 proyectos viables y aprobados para el sector de la salud, abarcando tanto proyectos de inversión común como de Inversiones con Obras por Administración Directa (IOAAR).

En relación comportamiento de la inversión pública del G.R.L en el sector salud entre los años 2005 al 202, se puede decir que ha presentado una evolución positiva y significativa, en relación al PIM el crecimiento promedio observado fue de 66.11%, de forma similar, el crecimiento acumulado fue de 6597.98% esto implica un aumento significativo de la inversión en dicho sector; de esta forma se comprueba la segunda hipótesis planteada en la presente investigación.

En cuanto a la eficacia del gasto en salud, la investigación concluye que, en promedio, la efectividad del gasto se situó en el 66.4%. Este resultado se atribuye principalmente a la baja ejecución presupuestaria en los primeros años del estudio, estando considerablemente por debajo del 50%. En contraste, los años comprendidos entre 2013 y 2017 mostraron una ejecución más elevada. Por lo tanto, se descarta la hipótesis que sugería una ejecución adecuada del presupuesto en salud por encima del 80% durante los años evaluados. Este hallazgo indica que, a pesar de la asignación presupuestaria considerable, la efectividad del gasto en salud ha sido deficiente.

### 5.3.Recomendaciones

Además de la capacidad de gestión de las entidades involucradas, ya sean del ámbito privado o público, es crucial asegurar el financiamiento y una programación cuidadosa desde la etapa de formulación o registro de las inversiones. Independientemente de la situación, este proceso debe incluir consultas previas con las autoridades y la población, garantizando así la ejecución sin contratiempos y evitando posibles retrasos. Además, es esencial respetar las prioridades de las necesidades de la población, lo que implica que el gobierno regional debe mantener las inversiones en este sector como una de las principales áreas a atender.

Hasta la fecha actual, es evidente que las brechas en el sistema de salud, que están bajo la responsabilidad del gobierno regional de Lima provincias, no están experimentando una reducción significativa. La razón detrás de esta situación no se limita únicamente a la falta de presupuesto, sino también a la incapacidad para ejecutar eficientemente dicho presupuesto. En consecuencia, para mejorar la eficiencia en la ejecución presupuestaria, es esencial contar con personal capacitado no solo en la estimación, sino también en la ejecución del presupuesto. Se sugiere que todos los involucrados, ya sea en el ámbito gubernamental o en el sector privado, desempeñen un papel activo y demuestren compromiso para asegurar y priorizar inversiones destinadas a mejorar el sistema de salud.

## CAPÍTULO VI

### 6.1.Fuentes Bibliográficas

Álvarez, A. (2019). *Presupuesto público comentado 2019: presupuesto por resultados y presupuesto participativo*. Lima: Instituto pacífico.

Burbano, J. (2006). *Presupuestos: enfoque de gestión, planeación y control de recursos*. Bogotá: Mc Graw Hill.

Herrero, C. (2018). *La Medición del Bienestar y el Bien Vivir*. Barcelona: Universidad de Alicante & Ivie.

IDEA. (2009). *Gestión Pública*. Lima: IDEA.

Londoño, J.-L., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*. Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

OMS. (2017). *Equidad en la atención en salud en Perú. 2005-2015*. La Molina: Organización Panamericana de la Salud.

Sablich, C. (2012). *Derecho financiero, una visión actual en el Perú*. Lima: Eumed.net.

Samuelson, P. (2019). *MACROECONOMIA CON APLICACIONES*. Mc Graw Hill.

## 6.2.Fuentes hemerográficas

Carpio, C., Pablo, J., & Solano, B. (2021). LA INCIDENCIA DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SISTEMA DE SALUD DEL ECUADOR PERÍODO 2010 – 2019. *Revista Compendium: Cuadernos de Economía y Administración*, 145-164.

Carvalho, C. (1946). La sanidad en Perú / Public Health in Perú. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 97-108.

Castillo, M., & Aguilar, L. (2000). Modelos de atención en enfermería Modelos de atención en enfermería. *Rev Enferm*, 37-43.

Eslava, R., Chacón, E., & González, H. (2019). Gestión del Presupuesto Público: alcance y limitaciones. *Visión Internacional*, 8-14.

Fundación Mexicana para la Salud. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud pública de México*, E03 - E64.

Hernández, J. (2010). Inversión pública y crecimiento económico: Hacia una nueva perspectiva de la función del gobierno. *Economía: teoría y práctica*, 59 - 95.

MEF. (domingo de junio de 2020). *Ministerio de Economía y Finanzas*. Obtenido de Ministerio de Economía y Finanzas: <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-publico-sp-18162>

Romaní, C., Chávez, M., & Murillo, J. (2019). Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública: Una historia de 20 años de colaboración con el Perú. *An Fac med*, 515-27.

### 6.3.Fuentes documentales

Allcarima, G., Lizano, K., & Pereira, S. (2022). *Evaluación de la ejecución de proyectos del programa nacional de inversiones en salud - pronis (2017 - 2019)*. Lima: Universidad del Pacífico.

Asto Ortiz, F. R. (2018). “*GESTION DE PRESUPUESTO Y CALIDAD DEL GASTO PÚBLICO DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO: 2010-2015*”. HUAMANGA: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA.

Beltrán, A. (2010). *BALANCE DE LA INVERSIÓN PÚBLICA: AVANCES Y DESAFÍOS PARA CONSOLIDAR LA COMPETITIVIDAD Y EL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN*. Lima: Universidad del Pacífico.

Bravo, H., Huamán, C., Lozada, C., & Nava, M. (2019). *Análisis de la evolución del sector salud y la percepción del sector público y privado*. Lima: Universidad Esa.

Cerro, E. (2018). *Ejecución de inversión pública y cierre de proyectos de inversión, sector salud Lima 2017*. Lima: Universidad Cesar Vallejo.

García, J., & Zacarías, B. (2022). *Ejecución presupuestal y calidad de gasto en la Municipalidad Distrital de Yauyos – Jauja, periodo 2020*. Huancayo: Universidad Continental.

Gob.pe. (2018). *DECRETO LEGISLATIVO N° 1440*. Lima: El Peruano.

Guevara, S. (2016). *LA INVERSIÓN PÚBLICA Y SU INCIDENCIA EN EL CRECIMIENTO ECONÓMICO EN EL ECUADOR PERIODO 2000 – 2013*. Riobamba: UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.

Gutierrez, R. (2017). *Propuesta de un modelo de gestión institucional para la mejora de la calidad de atención en la unidad productora de servicios de emergencia de adultos, Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2013 - 2014*. Lima: Universidad Mayor de San Marcos.

Maguiña, C., & Rodas, G. (2018). *Situación de la salud en el Perú: La agenda pendiente*. Lima: Cartas al Editor.

MEF. (2011). *El Sistema Nacional de Presupuesto*. Lima: Dirección General de Presupuesto Público.

MINSA. (1967). *Recursos Humanos en Salud*. Lima.

MINSA. (2017). *Informe para la Transferencia de Gestión del Ministerio de salud*. Lima: Ministerio de salud- Perú.

Murillo, J. (2021). *Mirando el Sistema de Salud desde la Universidad - Propuesta para una Metodología de Monitoreo*. Lima: ASPEFAM.

Pacheco, M., Quispe, T., & Soto, R. (2021). *Ejecución presupuestal de gastos y su incidencia en el cumplimiento de metas institucionales de la Municipalidad Distrital de San Antonio*. Lima: Universidad Nacional del Callao.

Sepúlveda Espada, G. B. (2016). *"LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN FASE DE EJECUCIÓN DEL SECTOR SALUD EN BOLIVIA; 1998-2014"*.

La paz: Universidad Mayor de San Andrés.

Soto Cañedo, C. A. (2015). *El Presupuesto Público y el Sistema Nacional de Presupuesto - Parte*

*I.* Lima: Actualidad Gubernamental.

Tamayo, R. (2001). *Inversión pública en infraestructura, acceso de mercado e Inversión pública en infraestructura, acceso de mercado y dispersión territorial del crecimiento industrial en México.* México: CIDE.

Tapia Muñoz, M. L. (2017). *El Ciclo Presupuestario del Sistema Público de Salud de Chile: Etapa de Formulación Presupuestaria, años 2016-2017.* Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

World Health Organization. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo: 2003: forjemos el futuro.* Organización Mundial de la Salud.

Zuñagua, G. (2022). *La asignación de recursos en los proyectos del presupuesto de inversión Pública del sector salud en Bolivia (2000 - 2019).* La Paz: Universidad Mayor de San Andrés.

#### **6.4.Fuentes electrónicas**

MEF. (12 de Setiembre de 2016). *Ministerio de Economía y Finanzas del Perú.* Obtenido de Dirección General de Presupuesto Público:

[https://www.mef.gob.pe/es/?option=com\\_content&language=es-ES&Itemid=101079&view=article&catid=308&id=534&lang=es-ES&as\\_qdr=y15](https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=101079&view=article&catid=308&id=534&lang=es-ES&as_qdr=y15)

MEF. (30 de octubre de 2020). *Información adicional de presupuesto: Información de Ingresos, gastos, financiamiento y resultados operativos*. Obtenido de [https://www.mef.gob.pe/es/?id=2914:presupuesto&option=com\\_content&language=es-ES&view=article&lang=es-ES](https://www.mef.gob.pe/es/?id=2914:presupuesto&option=com_content&language=es-ES&view=article&lang=es-ES)

OMS. (11 de noviembre de 2004). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/macrohealth/newsletter/11/es/>

PCM. (2019). *Sistema Nacional de Presupuesto*. Obtenido de Sistema Nacional de Presupuesto: <https://municipioaldia.com/inversion-Pública-municipal/sistema-nacional-de-presupuesto/>

## ANEXOS

Tabla 18: *Matriz de consistencia del trabajo de investigación*

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADOR	METODOLOGIA
<b>PROBLEMA GENERAL</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>HIPÓTESIS GENERAL</b>			
¿De qué manera la ejecución presupuestal de las inversiones incide al cierre de brechas del sector salud en la Región Lima provincia durante los años 2005 - 2021?	Determinar de qué manera la ejecución presupuestal de las inversiones incide al cierre de brechas del sector salud en la Región Lima provincia durante los años 2005 - 2021.	Existe una incidencia significativa positiva de la ejecución presupuestal de las inversiones al cierre de brechas del sector salud en la Región Lima provincia durante los años 2005 - 2021.	<b>INDEPENDIENTE</b>	• Tasa de crecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enfoque:</b> Metodológico mixto</li> <li>• <b>Tipo:</b> Básico, transaccional y transversal</li> <li>• <b>Diseño:</b> No experimental</li> <li>• <b>Nivel:</b> Básico (Descriptivo y explicativo)</li> <li>• <b>Población y Muestra:</b> Constituida por la base de datos cualitativa y cuantitativa para la Región Lima.</li> <li>• <b>Técnicas de recolección de datos:</b> Es de carácter secundario procedente del MEF.</li> <li>• <b>Análisis de interpretación de la información:</b> Se empleará el programa Excel y Eviews teniendo en cuenta el contexto histórico y económico de la Región .</li> </ul>
<b>PROBLEMA ESPECÍFICO</b>	<b>OBJ.ET. ESPECÍFICOS</b>	<b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b>			
¿Qué participación ha venido teniendo el presupuesto para inversiones en el sector salud, sobre el presupuesto total de la Región Lima durante los años 2005 - 2021?	Determinar qué participación ha venido teniendo el presupuesto para inversiones en el sector salud, sobre el presupuesto total de la Región Lima durante los años 2005 - 2021.	El presupuesto para inversiones en el sector salud ha venido teniendo una participación positiva del 15% promedio sobre el presupuesto total de la Región Lima durante los años 2005 - 2021.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presupuesto Institucional de Apertura (PIA)</li> <li>• Presupuesto Institucional Modificado (PIM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variación porcentual.</li> <li>• Variación y crecimiento acumulado.</li> <li>• Línea de tendencia</li> </ul>	
¿Cómo y de qué manera ha sido la evolución del presupuesto para inversiones en el sector salud de la Región Lima durante los años 2005 - 2021?	Determinar cómo y de qué manera ha sido la evolución del presupuesto para inversiones en el sector salud de la Región Lima durante los años 2005 - 2021.	Existe una evolución positiva y favorable de la evolución del presupuesto para inversiones en el sector salud de la Región Lima durante los años 2005 - 2021.	<b>DEPENDIENTE</b>		
¿Con que nivel de eficiencia se vienen desarrollando la ejecución presupuestal para inversiones del sector salud según sus fuentes de ingresos en la Región Lima durante los años 2005 - 2021?	Determinar con qué nivel de eficiencia se vienen desarrollando la ejecución presupuestal para inversiones del sector salud según sus fuentes de ingresos en la Región Lima durante los años 2005 - 2021.	Existe nivel de eficiencia promedio del 80% con que se vienen desarrollando la ejecución presupuestal para inversiones del sector salud según sus fuentes de ingresos en la Región Lima durante los años 2005 - 2021.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presupuesto Ejecutado (PE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación porcentual anual y promedio</li> </ul>	

Fuente: Elaboración propia del investigador