

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, CONTABLES
Y FINANCIERAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ECONOMÍA Y FINANZAS**



TESIS

**ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL PARA LAS
INVERSIONES EN LA REGIÓN LIMA Y SU INCIDENCIA EN EL
SECTOR SALUD DURANTE LOS AÑOS: 2005 – 2019**

" Para obtener el título profesional de Economista"

PRESENTADO POR:

Bach. DANIELA ESTRELLITA RIOS NEIRA

ASESOR:

Eco. ANGEL ANTONIO PANASPAICO MEDINA

HUACHO – PERÚ

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, CONTABLES
Y FINANCIERAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ECONOMÍA Y FINANZAS

TESIS

ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL PARA LAS
INVERSIONES EN LA REGIÓN LIMA Y SU INCIDENCIA EN EL
SECTOR SALUD DURANTE LOS AÑOS: 2005 – 2019

" Para obtener el título profesional de Economista"

PRESENTADO POR:

DANIELA ESTRELLITA RIOS NEIRA

ASESOR:



Eco. ANGEL ANTONIO PANASPAICO MEDINA

HUACHO – PERÚ

2020

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a las dos personas más importantes en vida personal, mis padres, quienes, con su apoyo incondicional y su actitud ejemplar, supieron introducir en mí los simientes sólidos y fuertes que formaron mi carácter. También dedico este trabajo a todas las personas que creyeron en mí, a mis hermanos, y demás familiares quienes me vieron como un ejemplo de superación en contra de las adversidades de la vida, y que a pesar de las circunstancias en las que pudiéramos vivir, nunca dejo de cumplir mis objetivos.

El autor.

AGRADECIMIENTO

Mi especial agradecimiento:

A mi asesor de investigación, el Econ. Ángel Antonio Panaspaico Medina quien, apelando a su experiencia y solido conocimiento en las ciencias estadísticas y económicas, supo encaminarme adecuadamente a la conclusión satisfactoria de la presente investigación. Además, quiero agradecer a todo el grupo de docentes que conforman la plana docente de la escuela de Economía y Finanzas de la prestigiosa universidad de la que procedo, ya que, sin sus enseñanzas a lo largo de toda mi etapa universitaria, jamás hubiera sido posible lograr un análisis del presente dirigido a un enfoque económico, político y social.

El autor.

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRAFICAS	x
Resumen.....	xii
ABSTRACT.....	xii
Introducción	xiii
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	17
1.2 Formulación Del Problema.....	22
1.2.1 Problema general	22
1.2.2 Problemas específicos.....	22
1.3 Objetivo de la Investigación	23
1.3.1 Objetivo general	23
1.3.2 Objetivo Especifico	23
1.4 Justificación de la Investigación.....	23
1.5 Delimitación del estudio.....	24
1.6 Viabilidad del Estudio	25
CAPITULO II	28
MARCO TEÓRICO.....	28
2.1. Antecedentes De La Investigación.....	28
2.2. Bases Teóricas	35
2.2.1. Sistema de presupuesto peruano.....	35
2.2.1.1. Presupuesto publico	37
2.2.2. Sistema de salud peruano	39
2.2.2.1. Sector publico	41

2.2.2.2.	Sector privado	42
2.2.3.	Inversiones en el sector salud	43
2.2.3.1.	Brecha del servicio de salud.....	46
2.3.	Definiciones Conceptuales.....	49
2.4.	Formulación De La Hipótesis	53
2.4.1.	Hipótesis general	53
2.4.2.	Hipótesis específica	53
CAPÍTULO III.....		55
METODOLOGÍA		55
3.1.	Diseño Metodológico.....	55
3.1.1.	Tipo de la investigación.....	55
3.1.2.	Nivel de investigación	56
3.1.3.	Diseño.....	56
3.1.4.	Enfoque.....	57
3.2.	Población y Muestra	57
3.2.1.	Población	57
3.2.2.	Muestra	58
3.3.	Operacionalización de las variables.....	59
3.4.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	61
3.4.1.	Técnicas a emplear	61
3.4.2.	Descripción de los instrumentos.....	62
3.5.	Técnicas para el Procesamiento de la Información.....	63
CAPÍTULO IV.....		64
RESULTADOS.....		64
4.1.	Presupuesto para inversiones de la Región Lima 2005 al 2019 (Mill. de S/).....	64
4.2.	Participación porcentual del presupuesto promedio del sector salud sobre presupuesto general en la Región Lima 2005 al 2019	69

4.2.1. Monto registrado para ejecución de inversiones por parte de la Región Lima (2005 – 2019).....	72
4.3. Presupuesto en la Región Lima para el sector salud 2005 – 2019.....	75
4.4. Fuentes de financiamiento para el sector salud en la Región Lima.....	81
4.5. Relación entre las variables de estudio, PIM y su nivel de eficiencia (2005 – 2019) 85	
CAPÍTULO V.....	92
DISCUSIÓN CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	92
5.1. Discusión.....	92
5.2. Conclusiones.....	94
5.3. Recomendaciones.....	96
CAPÍTULO VI.....	99
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	99
6.1. Fuentes Bibliográficas.....	99
6.2. Fuentes hemerográficas.....	100
6.3. Fuentes documentales.....	101
6.4. Fuentes electrónicas.....	103
ANEXOS.....	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Población con acceso a un seguro de salud en la Región Lima - 2017	19
Tabla 2 Inversiones activos a nivel de función – Gobierno regional de Lima (2005 – 2019).....	20
Tabla 3 Problemas, consecuencias y propuestas del Sistema Presupuestario Peruano.	36
Tabla 4 : Inversión en salud: Nivel y porcentaje del PBI (2012 – 2016).....	47
Tabla 5 PIA y su ejecución de los niveles de Gobierno 2001 – 2016 (Mill. de soles)	48
Tabla 6 Establecimientos de salud según su Estado de funcionamiento en Perú - 2017.....	48
Tabla 7: Operacionalización de la variable de estudio	60
Tabla 8 Presupuesto anual de la Región Lima 2005 – 2019 (Mill. de S/).....	65
Tabla 9 Tasa de crecimiento del PIA, PIM y PE del Gobierno regional de Lima provincias (2005 -2019).....	66
Tabla 10 Margen de error de estimación y nivel de confianza de la estimación presupuestal de la Región Lima.....	68
Tabla 11 Registro de inversiones y monto de ejecución a nivel de función del Gobierno regional de Lima metropolitana (2005 – 2019)	73
Tabla 12 Asignación presupuestal para el sector salud Región Lima 2005 – 2019 (Mill. de S/). 75	75
Tabla 13 Inversiones registradas y monto referencial de su ejecución a nivel de sub programas para la Región Lima (2005 – 2019).....	80
Tabla 14 Ubicación a nivel de provincias de las inversiones bajo la competencia del Gobierno regional de Lima provincias (2005 – 2019).....	80
Tabla 15 Financiamiento total a nivel de sus ingresos para el sector salud 2005 – 2019 (Mill. de S/)......	82
Tabla 16 Eficiencia de la ejecución presupuestal a nivel de sus fuentes de ingresos para el sector salud (2005 – 2019)	84
Tabla 17 Prueba de heteroscedasticidad – Test de Durbin Watson para PIM y PE	87
Tabla 18 Relación entre el presupuesto asignado y el presupuesto ejecutado del sector salud (2005 – 2019) - modelo corregido.....	87
Tabla 19 Prueba de heteroscedasticidad – Tes de Durbin Watson para nivel de crecimiento del PIM y nivel de eficiencia presupuestal.	90

Tabla 20 Relación entre el crecimiento del PIM y su nivel de eficiencia en su ejecución (2005 – 2019)	90
Tabla 21 Matriz de consistencia del trabajo de investigación	105
Tabla 22 Presupuesto para el Gobierno regional – Sector Salud 2005 al 2019 (Mill. de soles). 106	
Tabla 23 Fuentes de Financiamiento para la ejecución de inversiones del sector salud en la Región Lima	107
Tabla 24 Relación entre el PIM y el PE para el presupuesto destinado a inversiones del sistema de salud bajo la competencia del Gobierno regional de Lima provincias.	109
Tabla 25 Estimación de los residuos del modelo para la relación del PIM entre el PE.....	110
Tabla 26 Prueba de heterocedasticidad – Test de White para el modelo de la relación entre el PIM y el PE.....	111
Tabla 27 Prueba de heterocedasticidad para la relación entre el PIM y su nivel eficiencia.....	112
Tabla 28 Estimación de los residuos la relación entre el nivel de crecimiento del PIM y el nivel de eficiencia del gasto presupuestal.....	114

ÍNDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1 Tendencia del PIM para el Sector Salud en la Región de Lima Provincia (2005 -2019)	18
Gráfica 2 Crecimiento promedio del PIA, PIM y PE para la Región Lima (2005 – 2019)	67
Gráfica 3 Tendencia del PIA y PIM de la Región Lima (2005 – 2019)	67
Gráfica 4 Participación porcentual promedio del presupuesto al sector salud sobre el presupuesto general en la Región Lima (2005 – 2019)	70
Gráfica 5 Ranking de la asignación presupuestal a nivel de función de la Región Lima (2005 – 2019)	71
Gráfica 6 Tendencia presupuestal de la Región Lima respecto al sector salud (PIM) 2005 - 2019	76
Gráfica 7 Tasa de crecimiento del PIM y su nivel de eficiencia para el sector salud (2005 – 2019)	77
Gráfica 8 Tasa de crecimiento promedio del PIM y el PE para el presupuesto destinado a inversiones del sector salud (2005 – 2019)	78
Gráfica 9 Ejecución presupuestal y nivel de eficiencia de la Región Lima respecto al sector salud 2005 - 2019	79
Gráfica 10 Participación porcentual promedio del presupuesto destinado a inversiones en el sistema de salud a nivel de fuentes de ingreso (2005 – 2019)	83
Gráfica 11 El nivel de eficiencia desde una perspectiva de sus fuentes de ingresos se daría de la siguiente manera: Los fondos de compensación	85
Gráfica 12 Relación entre el presupuesto asignado y el presupuesto ejecutado del sector salud (2005 – 2019)	86
Gráfica 13 Relación de las tasas de crecimiento del PIM y el PE	88
Gráfica 14 Relación entre la tasa de crecimiento del PIM y el nivel de eficiencia	89
Gráfica 15 Grafica del comportamiento de las variables de estudio (PIM y PE)	109
Gráfica 16 Grafica de los residuos del modelo (PIM y PE)	110
Gráfica 17 comportamiento de las variables de estudio – nivel de crecimiento del presupuesto y nivel de ejecución presupuestal	113

Gráfica 18 Residuos del modelo de la relación entre el nivel de crecimiento del PIM y el nivel de eficiencia del gasto presupuestal.....	113
--	-----

Resumen

Objetivo: Definir de qué forma la ejecución presupuestal incide en el cierre de brechas del sistema de salud en la Región Lima durante los años 2005 al 2019. **Diseño metodológico:** Se aplica un diseño no experimental transeccional de nivel básico descriptivo - explicativo de esta manera se asume que no se harán modificaciones en la sección de la muestra tomada. **Resultados:** Los resultados señalan que, el sector salud tiene una participación del 15.4% sobre el presupuesto total de la Región Lima, lo que lo ubica en el tercer lugar entre todos los sectores. Además, el crecimiento promedio del presupuesto asignado para inversiones en el sector salud es del 77% anual. Por otro lado, la fuente de ingreso con mayor participación es la de Recursos Ordinarios con el 63.2% sobre el total. **Conclusiones:** Sí existe una relación positiva entre el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) y el Presupuesto Ejecutado (PE), sin embargo, esto no se da para el nivel de crecimiento del PIM y su nivel de eficiencia de su ejecución, en donde un incremento en un punto porcentual del PIM genera una disminución -0.07 puntos porcentuales de la eficiencia

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

ABSTRACT

Objective: Define how budget execution affects the closing of gaps in the health system in the Lima provinces region during the years 2005 to 2019. **Methodological design:** A basic level non-experimental transeccional design is applied descriptive - explanatory in this way it is assumed that no modifications are made in the section of the sample taken. **Results:** The results indicate that the health sector has a 15.4% share over the general budget of the Lima provinces region, which leaves it in 3 place among all. In addition, the average growth budget allocated for investments in the health sector is 77% per year. On the other hand, the source of income with the highest participation of said income would come from Ordinary Resources with 63.2% of the total. **Conclusión:** If there is a positive relationship between the PIM and the PE, however, this is not the case for the level of growth of the PIM and its level of efficiency in its execution, where an increase of one percentage point in the PIM generates a decrease of -0.07 efficiency percentage points.

Keywords: Budget, gap closure and efficiency level

Introducción

El presente estudio denominado “Análisis de la ejecución presupuestal para las inversiones en la Región Lima y su incidencia en el sector salud durante los años: 2005 – 2019”, busca principalmente determinar cómo han venido comportándose las variables que influyen en la ejecución presupuestal del Gobierno Regional de Lima y como dicha ejecución ha venido contribuyendo al cierre de brechas en esta Región; a todo nivel de Gobierno, lo que debe buscar toda autoridad de turno es la de satisfacer las necesidades públicas que le corresponden como autoridad, así, entre sus metas está la de reducir las brechas de servicio del sector salud y educación quienes, en primera instancia, pueden garantizar la calidad del capital humano de la sociedad.

El presente trabajo, busca que realizar un diagnóstico situacional de las inversiones en salud que se encuentran vigentes y activas y que estén bajo la competencia de la Región Lima, ya que en los últimos años no se observa una disminución en la brecha de los servicios de este sector, cuya situación se agudiza aún más en estos tiempos en que el Perú atraviesa una situación de crisis sanitaria que ha puesto al descubierto las falencias de los servicios de salud, debido a la deficiente gestión del Estado desde hace muchos años atrás. Por lo anterior la realización de nuestra investigación cobra mayor importancia.

Para el presente trabajo se procedió primeramente a la recolección de información de fuentes relevantes que pudieran sustentarla, como de la base de datos del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y Banco Central de Reservas del Perú (BCR) y algunos documentos proporcionados por la Dirección Regional de Salud (DIRESA-Lima) en el periodo de 15 años que comprende el estudio, así mismo se toma como guía del proceso metodológico y resultados a estudios realizados por otros autores y por instituciones nacionales como extranjeras

En cuanto a la metodología que se aplica, la investigación mantiene un diseño metodológico acorde a los objetivos planteados, de esta forma se aplica un nivel básico cuyo diseño es no experimental – correlacional, ya que los resultados ya están definidos con la cual no se incurre en manipulación de la información, y luego de ello se procede a establecer la relación entre las variables; también se hace una investigación transeccional, ya que se realiza un corte en la línea de tiempo extrayendo solo la información (cuantitativa) requerida en función a los años de estudio (2005 – 2019). Mediante la aplicación de la observación de un antes y un después, se hace un análisis y diagnóstico de los resultados del comportamiento de las variables y la relación que mantienen entre ellas, así como de las consecuencias que se generaría, si no se mejora la situación negativa que presentan.

Demás está decir que esta investigación, cuyos resultados se presentan de manera objetiva, puede mejorar la toma de decisiones de las autoridades Regionales y Municipales que tengan la facultad de tomar decisiones en bien de la población.

Teniendo en cuenta lo mencionado, a continuación, se presenta la estructura del presente trabajo, el cual está compuesta por seis capítulos cuya definición y composición se da de la siguiente manera:

Capítulo I: el cual contempla la descripción de la realidad problemática que da pie a la investigación, además de esto también presenta al planteamiento del problema general y los problemas específicos, así como el objetivo general y los objetivos específicos; por otro lado, también nos muestra la justificación del por qué la realización de este trabajo, las limitaciones en que se incurre y el sustento económico, metodológico y social que le dan el sustento requerido para su viabilidad.

Capítulo II: Compuesto por el marco teórico, que se subdivide en los antecedentes de la investigación, tanto nacionales como extranjeros y en las bases teóricas que fundamentan la teoría económica aplicada, así como la metodología empleada en esta; luego se hace mención también a algunos términos conceptuales más usados que facilitan la comprensión del desarrollo del presente, y culmina con la presentación de la formulación de las hipótesis, tanto general como específicas.

Capítulo III: En esta parte se muestra la metodología que se está empleando durante el desarrollo del trabajo, presentándose primero la definición del diseño metodológico, se define el tipo de investigación llevada a cabo, nivel en que se desarrolla, su diseño y enfoque aplicado, luego se describe la población y muestra tomada, la operacionalización de las variables a estudiar y las técnicas e instrumentos para la toma de datos.

Capítulo IV: Podría decirse que este capítulo es la parte que revela si la teoría en contraste con los resultados muestra la veracidad o falsedad de la hipótesis, en ese sentido, aquí se presentan los resultados obtenidos del trabajo en donde a través de la presentación de tablas y graficas se muestra el comportamiento y el nivel de relación de las variables de estudio a lo largo de los 15 años que comprende el estudio.

Capítulo V: comprende la presentación de la discusión de los resultados que se obtuvieron en relación con las bases teóricas que sustentan la razón de las hipótesis, así, este capítulo nos presenta también las conclusiones a que se ha llegado por cada problema planteado y las respectivas recomendaciones que se pudiera dar en pro de la mejora de la problemática.

Capítulo VI: Como último capítulo se está presentando el sustento de la veracidad y autonomía de toda la información recabada para la elaboración del presente estudio; se muestra la relación de

las fuentes de extracción de información, las cuales se subdividen en fuentes bibliográficas, hemerográficas, documentales y electrónicas.

De esta manera la investigación cierra con los anexos de los medios probatorios de todo el proceso, así como de algunos resultados que mantienen cierta relación con los problemas planteados, también se adjunta la matriz de consistencia y la data matriz con la información cuantitativa de las variables de estudio para los años 2005 al 2019 para la Región Lima, y algunas tablas y gráficas que complementan lo ya mencionado.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

El acceso a la salud es una de las principales necesidades que se debe de atender. Actualmente el 93% de muertes en el mundo ocurre en países sub desarrollados y también en estos países se destina 200 veces menos de presupuesto de su PBI que en los países desarrollados, esta situación a nivel mundial es conocida como la brecha 10/90 (OMS, 2004).

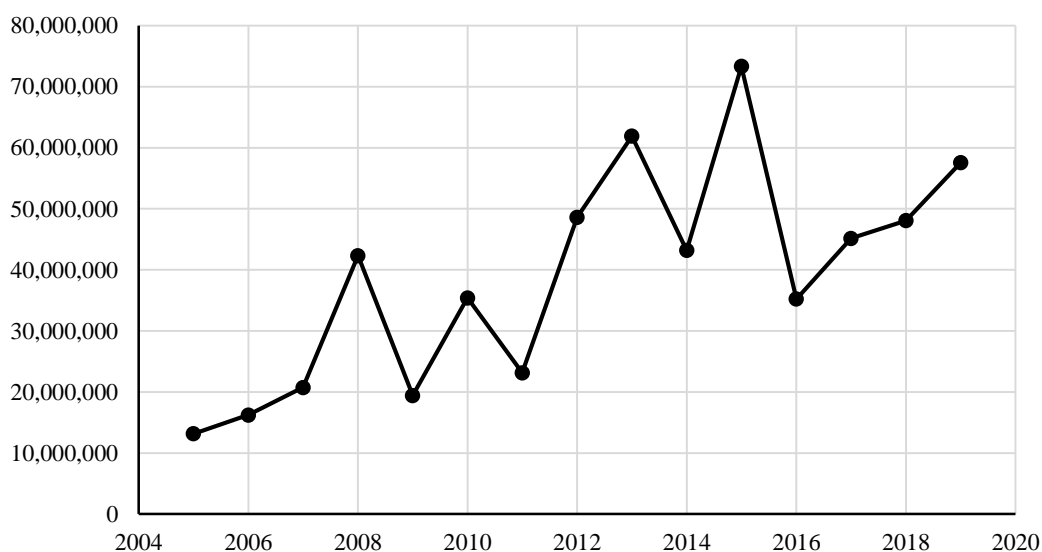
En el Perú, los esfuerzos del Gobierno por atender las necesidades de salud de forma más directa, a través de la descentralización de los servicios de salud, no ha surtido el efecto esperado. Aproximadamente de 6.074 médicos que se encuentran en el padrón de registros de médicos, 5.251 se encuentran atendiendo en la Región Lima y Lima Metropolitana (lo que significa el 70% del total), y solo el 30%, que es igual a 1.823 médicos, se encuentran en las demás Regiones (Maguiña & Rodas, 2018). Según la OMS (2017) dentro de los años 2002 al 2012 existió un importante crecimiento de establecimientos de salud en el Estado peruano, los hospitales crecieron, en ese intervalo de tiempo 30,3%, mientras que los centros y puestos de salud en un 26,5%.

A pesar de lo anterior, los resultados alcanzados por efecto de éste incremento no serían significativos, ya que, si uno observa a Regiones del interior del país como Puno, Huancavelica, o las comunidades indígenas de Loreto, Madre de Dios entre otras, nos daremos cuenta que, a la fecha, no reciben atención de servicios de salud y mucho menos

que ese servicio se les brinde de manera integral. Todo indica que los Gobiernos Regionales no estarían desempeñando una adecuada gestión y menos estarían mejorando el servicio de salud en su territorio a través de la ejecución del presupuesto que se les asigna para la formulación y ejecución de inversiones que mejoren esta situación.

A nivel nacional el financiamiento total que recibe el sector salud está alrededor de solo de 3% del PBI, sin embargo si a esto se le excluye EsSalud, la participación del sector salud como parte del PBI solo alcanza el 2%, este resultado comprende al MINSA y los Gobiernos Regionales (MINSA, 2017). Respecto a la Región Lima (excepto Lima metropolitana), esta Región entre los años 2005 al 2019, ha experimentando una tasa de crecimiento promedio del 23% de la asignación presupuestal que se destina al mejoramiento de sector salud a través de la ejecución de inversiones.

Gráfica 1 Tendencia del PIM para el Sector Salud en la Región Lima, 2005 -201 (S/)



Fuente: datos extraídos de: “Consulta Amigable – MEF” 01/06/2020

El acceso a un seguro de salud para la población de la Región Lima tendría una brecha de 33,0% (2017) que no se ha podido reducir si se tiene en cuenta las expectativas del Gobierno según el plan multianual de los últimos años.

Tabla 1 Población con acceso a un seguro de salud en la Región Lima - 2017

Seguro de Salud	Total	Proporción	Brecha
EsSalud	107177	43,4%	33,0%
FFAA PNP	6136	2,5%	
Seguro privado	16841	6,8%	
SIS	34089	13,8%	
Otro	1288	0,5%	
No tiene	81360	33,0%	

Fuente: Extraído del CEPLAN 01/06/2020
<https://www.ceplan.gob.pe/informacion-de-brechas-territoriales/>

En lo que respecta a la Inversión que está bajo responsabilidad del Gobierno Regional de Lima, según el Banco de Proyectos del INVIERTE.PE (2005 – 2019), la Región Lima tiene registradas 1.348 inversiones que estarían en situación de *activo*, inversiones que por alguna razón, como la falta de presupuesto, no están incluidos en la programación de inversiones que manejan las Oficinas de Programación Multianual de Inversiones - OPMI de cada nivel de Gobierno, por lo que no se ha procedido a ejecutarlas; de estas inversiones, el 17,5% (236 intervenciones) están dirigidos a mejorar los servicios de salud en la Región.

Tabla 2 Inversiones en situación de “activos” por función – Gobierno regional de Lima (2005 – 2019)

Función	Cantidad
ADMINISTRACION Y PLANEAMIENTO	8
AGRARIA	114
AGROPECUARIA	141
AMBIENTE	9
ASISTENCIA Y PREVISION SOCIAL	18
COMERCIO	4
COMUNICACIONES	7
CULTURA Y DEPORTE	10
DEFENSA Y SEGURIDAD NACIONAL	6
EDUCACIÓN	251
EDUCACION Y CULTURA	96
ENERGÍA	16
ENERGIA Y RECURSOS MINERALES	23
INDUSTRIA	1
INDUSTRIA, COMERCIO Y SERVICIOS	24
ORDEN PÚBLICO Y SEGURIDAD	81
PESCA	13
PLANEAMIENTO, GESTIÓN Y RESERVA DE CONTINGENCIA	23
PROTECCIÓN SOCIAL	10
SALUD	236
SALUD Y SANEAMIENTO	96
SANEAMIENTO	15
TRANSPORTE	123
TURISMO	10
VIVIENDA Y DESARROLLO URBANO	13
Total	1.348

Fuente: datos extraídos de: “Banco de Proyectos – MEF” 01/06/2020

Por lo anterior, no solo es un problema de que no se tiene el presupuesto requerido para llevar a cabo la ejecución de las inversiones y mejorar el sistema de salud, sino que dicho presupuesto que se asigna anualmente a la Región de Lima, no estarían siendo ejecutado de manera eficiente.

Si esta situación persiste, la consecuencia final será que la desigualdad por causa de un sistema de salud deficiente se verá incrementada; así mismo, es posible que se llegue a una reducción del presupuesto para este sector ya que el Gobierno Regional no es capaz de sustentar su necesidad de incrementar dicho presupuesto.

Otra de las consecuencias que se originaría a partir de la deficiente ejecución presupuestal, es que las inversiones que hayan entrado en etapa de ejecución, (elaboración de expediente) durante la vigencia del SNIP o durante la gestión de Gobierno anterior, nunca logren una asignación presupuestal ya sea por no estar programadas o que dicha programación no estaría sustentada normativamente.

Hablando de forma metafórica, en economía pudiéramos decir que no existe un solo tratamiento que mejore esta situación, cualquier método y/o estrategia que se aplicase debe de estar dirigido al cumplimiento de todas las normas y sobre todo al incremento del bienestar social de la población en su conjunto, sin distinción de raza, cultura, nivel económico o credo. En este sentido, una mejora de la capacidad del equipo técnico encargados de la gestión de las inversiones es crucial si se quiere mejorar la eficiencia en las etapas de formulación del presupuesto, formulación de inversiones, ejecución y evaluación de estas últimas. Así mismo, es necesario que las autoridades encargadas de dirigir estos equipos, dejen las diferencias políticas e intereses particulares y se enfoquen a un bien común sostenible.

Hay que tener en cuenta que la garantía para que una propuesta de inversión se ejecute, es que dicha propuesta haya sido debidamente concertada con la población según sus

prioridades, de esta manera podrá ser programada y presupuestada de acuerdo a lo establecido en la normativa.

1.2 Formulación Del Problema

1.2.1 Problema general

¿De qué manera la ejecución presupuestal de las inversiones incide al cierre de brechas del sector salud en la Región Lima durante los años 2005 – 2019?

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 al 2019?
- ¿Cómo y de qué manera ha ido evolucionando el presupuesto para inversiones en el sector salud de la Región Lima durante los años 2005 al 2019?
- ¿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 al 2019?

1.3 Objetivo de la Investigación

1.3.1 Objetivo general

- Determinar que la ejecución presupuestal de las inversiones tiene incidencia en el cierre de brechas del sector salud en la Región Lima durante los años 2005 – 2019.

1.3.2 Objetivo Especifico

- Determinar el porcentaje de participación del presupuesto para inversiones del sector salud, sobre el presupuesto total de la Región Lima durante los años 2005 al 2019.
- Determinar cómo y de qué manera ha ido evolucionando el presupuesto para inversiones del sector salud en la Región Lima durante los años 2005 al 2019.
- 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 al 2019.

1.4 Justificación de la Investigación

La justificación de la investigación denominada “Análisis de la Ejecución Presupuestal para las Inversiones en la Región Lima y su Incidencia en el Sector Salud Durante los Años: 2005 – 2019” radica en la importancia que tiene la solución de los problemas planteados que permitirá determinar el desempeño de la variable presupuesto del sector salud y como se ha venido ejecutando, indistintamente de cualquier gestión gubernamental, lo que esto nos permitirá tener un diagnóstico, que si bien no exacto, si relevante sobre la capacidad de gasto que han tenido los diversos gobernantes que han tenido la responsabilidad de dirigir las

riendas del Gobierno Regional de Lima. Asimismo también se está identificando cuáles son las fuentes de ingreso que financian las inversiones del sector salud en los últimos años (2005 – 2019) y que nivel de eficiencia se ha tenido en la utilización de estos Recursos.

En este sentido, lo que se busca es mostrar un diagnóstico de como se viene desarrollando las capacidades resolutivas del sistema de gestión de las inversiones, en específico para el sector salud, en la Región Lima; lo cual permitirá identificar si una adecuada gestión gubernamental garantiza una reducción en la brecha diagnosticada para el sector.

Por otro lado, la investigación también es importante porque servirá como instrumento de apoyo para la toma de decisiones sobre políticas de gestión, así al brindar un diagnóstico sobre el estado situacional de las inversiones y la capacidad de ejecución del presupuesto que recibe el Gobierno Regional para atender el sector Salud, permitirá una mejor toma de decisiones sobre las prioridades que tiene la Región.

1.5 Delimitación del estudio

La delimitación del estudio comprende las razones y/o circunstancias del por qué no pudiera ampliarse, respecto al tiempo, espacio, sustento económico, toma de variables, etc. a continuación describiremos algunos de estos limitantes para el estudio.

- Delimitación geográfica:

La delimitación geográfica del presente estudio se presenta por los límites geográficos de la Región Lima, así la data que se pudiera encontrar solo comprende

información que mantenga relación directa e indirecta con esta Región, en especial la información sobre temas de inversión y ejecución presupuestal en inversiones de salud.

- **Delimitación temporal:**

Respecto a la delimitación temporal, se menciona que el estudio solo está considerando su análisis durante los años 2005 al 2019, toda vez que se pretende que los resultados a obtener, sean los más actualizados posibles a fin de reflejar la realidad que se está viviendo a la fecha. Además de lo mencionada, el tiempo a estudiar cumple las exigencias requeridas por la ciencia estadística, para su aplicación en el Eviews; asimismo, no está demás mencionar que la información requerida solo se presenta para estos años según las fuentes de información consultadas.

1.6 Viabilidad del Estudio

La viabilidad del estudio hace mención al sustento del por qué la realización de éste, no encontrará dificultades para su adecuada conclusión. Cabe aclarar, que de no cumplir con las exigencias que se mencionan a continuación, el estudio podría o no debiera realizarse.

- Viabilidad económica y financiera:

Se cuenta con recursos directos por parte del investigador. Estos ingresos sirven para la adquisición de equipos y materiales que serán indispensables para su ejecución, además se ha presupuestado el pago de servicios de terceros como pago de internet, viáticos entre otros, así como el pago de las gestiones documentarias; todos estos gastos serán cubiertos con los ingresos propios del investigador, con lo cual se garantiza la

viabilidad económica y financiera en todo el período de tiempo que dure la investigación (8 meses).

- Viabilidad técnica:

La viabilidad técnica hace referencia a los procedimientos, medios y técnicas a aplicar por parte del investigador para que, durante la ejecución del estudio, este se realice con total normalidad. En ese sentido, se puede decir que se ha contado con los conocimientos adquiridos como parte del estudio de las ciencias económicas, así mismo se ha aplicado los conocimientos del proceso metodológico y estadístico a utilizar lo cual garantizar que el trabajo cuenta con una estructura metodológica adecuada. Por otro lado, para la aplicación de herramientas de apoyo, al contarse con un manejo a nivel medio de los softwares utilizados, se puede garantizar los resultados alcanzados. De esta manera se puede decir que la investigación cuenta con la viabilidad técnica para su ejecución.

- Viabilidad temporal:

Respecto a la viabilidad temporal, se puede decir que según los procesos y plazos que se requiere para cada etapa de la investigación, se ha elaborado un cronograma el cual se ajusta a la realidad, el mismo que aplicando un margen de error del 5 por ciento por si pudiera haber algunas interrupciones que pudieran alargar los plazos, se ha buscado que cumplir, esta manera se garantiza que el estudio logre ser concluido en no más de seis meses contados a partir de la elaboración del plan de tesis

- Viabilidad por disposición de recursos humanos:

La disponibilidad de recursos humanos está presente durante todos los pasos del proceso de ejecución de la investigación. Así, desde un principio se tiene el apoyo del docente asesor designado por la Facultad de Ciencias Económicas, Contables y Financieras – UNJFSC, quien brinda soporte en cada etapa; y como evaluadores, se tiene a los miembros del jurado evaluador, quienes, desempeñando su papel de jueces, darán la certificación y aprobación de cada etapa de ejecución del estudio, garantizando que este se realice lo más conveniente posible para el investigador y la sociedad. Y como último recurso se tiene al autor del presente quien garantiza el desarrollo de la investigación hasta su adecuada sustentación. Con todo lo mencionado se puede decir que el trabajo tiene la viabilidad de la disposición de recursos humanos para su ejecución.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes De La Investigación

2.1.1. Antecedentes nacionales

Asto Ortiz (2018) que realizo una investigación en la ciudad de Huamanga para optar el título de economista por la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga denominado, “Gestión de Presupuesto y Calidad del Gasto Público de la Dirección Regional de Salud del Gobierno Regional Ayacucho: 2010-2015”, en ella, Asto Ortiz tomando en cuenta que bajo el marco de la modernización de las gestión pública en los niveles de Gobierno locales y Regionales, estos están sujetos a cambios que lo lleven a modernizar y simplificar sus procesos de gestión administrativa con la única finalidad que las entidades brinden mejores servicios de salud gestionando la participación de profesionales capacitados y tecnología adecuada. Desde el 2007 el Perú a través del Ministerio de Economía y Finanzas, ha implementado de manera progresiva el seguimiento a las acciones de desempeño de las gestiones; bajo esa premisa Asto Ortiz plantea determinar de qué manera la gestión del presupuesto público influye en la calidad del gasto público que se viene ejecutando en la Dirección Regional de Ayacucho durante los años 2010 al 2015, este investigador utiliza como variables endógenas y exógenas a la calidad del gasto y la gestión pública respectivamente en donde haciendo uso de tipo aplicativo de corte longitudinal considera datos históricos ya ocurridos presentados en series de tiempo,

su nivel de investigación aplicado es descriptivo – aplicativo. Por otro lado, la técnica que aplica es la utilización de un modelo de regresión lineal en donde hace uso del Eviews y Excel para su desarrollo. De esta manera Asto Ortiz llega a las conclusiones de que la gestión del presupuesto público influye de forma significativa a la calidad del gasto público llevado por la Dirección Regional de salud de Ayacucho para sus seis años de estudio; sin embargo, dichos resultados no mantendrían una concordancia con los planes estratégicos que está aplicando el Gobierno Regional de Ayacucho. Es así que un cambio en una unidad en la ejecución presupuestaria incrementa en promedio 0,014501 la mejora de la calidad del gasto, el cual es explicado a un 75% de confianza.

Por otro lado, Luna de los Ríos (2016) quien realizó una investigación para optar por el título de Contados en la ciudad Trujillo denominada “La Evaluación por calidad del Gasto y su Incidencia en la Adecuada Ejecución Presupuestaria en la Dirección Regional de Salud - Cajamarca, Periodo 2014”. En cualquier lugar del mundo la asignación presupuestaria se da de manera democrática obedeciendo las necesidades del sector, esta modalidad al parecer está trayendo dificultades al no tener una correcta planificación, generando que los recursos sean mal invertidos ya sea por una mala asignación respecto a las necesidades urgentes o respondiendo a intereses particulares (Luna de los Ríos, 2016). De esta manera Luna de los Ríos (2016) plante demostrar que una evaluación del gasto presupuestal incide de forma positiva el mejoramiento de su ejecución para la Dirección Regional de Salud de Cajamarca.

El diseño metodológico que aplica Luna de los Ríos (2016) es descriptivo para lo cual hace uso de la observación en donde que también se hace la consulta en fuentes

bibliográficas y otros trabajos relacionados con el tema, en resumen se puede decir que este investigador ejecutó dos métodos: el universal aplicando el deductivo, analítico, y el específico con el descriptivo. De esta manera Luna de los Ríos concluye su trabajo mencionando que una evaluación por calidad del gasto está mejorando de forma significativa el control del presupuesto ejecutado ya que, gracias a éste, se dirige de manera ordenada manteniendo un objetivo determinado que fue previamente planeado, por consiguiente, el gasto, incluido en un programa presupuestario, estaría mejor invertido además de mantener un mejor impacto en indicadores.

Otra investigación llevada a cabo por Yucra Quispe (2018) denominada “Análisis y Evaluación de la Ejecución Presupuestal y el Cumplimiento de las Metas Programadas de la Municipalidad Distrital de Pedro Vilca Apaza Ayrapuni San Antonio de Putina, Periodos 2016 – 2017”, el cual se realizó en la ciudad de Puno para optar el título de Licenciado en Administración. Yucra menciona que las municipalidades tanto provinciales como distritales mantienen diversas obligaciones y atribuciones en referencia al cumplimiento de la ejecución presupuestal, sin embargo, su problemática radicaría que la ejecución de estos presupuestos no tendría una programación, además de que existiría un nivel de captación de recursos deficientes, así como la ausencia de un análisis de la incidencia de los logros de los objetivos en función de sus presupuestos.

Estas son las razones del estudio realizado por Yucra Quispe que plantea evaluar cómo está incidiendo la ejecución presupuestal de los ingresos y gastos al cumplimiento de metas programadas por la municipalidad distrital de Pedro Vilca Apaza Ayrapuni en San Antonio de Putina, de esta manera lo que busca es determinar el nivel del cumplimiento de

las metas que se habrían programado así como la factibilidad de proponer lineamientos que coadyuven al mejoramiento de la capacidad de ejecución de su presupuesto. Teniendo en cuenta esto Yucra aplica un diseño de investigación no experimental con un enfoque cualitativo; así mismo el método llevado a cabo es deductivo por que le permite conectar las verdades particulares con las verdades universales, volviéndose explícitas; con todo esto, el estudio que lleva es de tipo descriptivo – analítico, el cual le llevo a las conclusiones siguientes: El presupuesto del 2017 en función al PIM fue de S/7.428.641,00 mientras que el presupuesto ejecutado llego a ser S/7.033.373,00 el cual representaría el 94.68% de lo que se habría programado.

2.1.2. Antecedentes internacionales

Además de las referencias nacionales también se toma en consideración algunos estudios hechos en el extranjero, a continuación, mencionarnos algunos:

Según Anaya Villafaña, (2014) quien realizó un estudio denominada “Análisis del gasto público federal mexicano de la administración pública en las áreas de educación, desarrollo social, seguridad social y salud durante la crisis económica de 2008 – 2010.” El cual fue desarrollada en la ciudad de Toluca en el Estado de México para optar por el título de licenciado en ciencias políticas y administración pública entregado por la Universidad Autónoma del Estado de México. Según este autor, luego de que las tendencias económicas dieron comienzo a influir en el incremento en los gastos para el sector público, las autoridades del Gobierno en comunión con las empresas tienen que llegar a acuerdos de forma conjunta de tal manera que dichos acuerdos beneficien el crecimiento económico al mismo tiempo que se mantiene la estabilidad económica del Estado de México. La

economía nos dice que el papel que cumple el Gobierno respecto a las actividades económicas, debe de estar sustentada al desarrollo, el cual se puede lograr al aplicar estrategias (Anaya Villafaña, 2014). La metodología aplicada por este investigador, por el origen y recolección de la información estadística usada, vendría a ser cualitativa analítica. De esta manera las conclusiones al que llego Anaya serian de que respecto a los años 2008 al 2010 las autoridades habrían incrementado el gasto presupuestal en casi todos los programas y entidades que se encargan de la educación, desarrollo social, salud entre otros. También se introdujeron más políticas cuyo objetivo era de disminuir el gasto presupuestal para algunos órganos públicos, así Anaya termina mencionando que el Gobierno mexicano si habría logrado una elevación de las erogaciones indistintamente de la disminución de los ingresos públicos.

Para Tapia Muñoz (2017) quien realizo su investigación en la ciudad de Santiago de Chile titulado “El Ciclo Presupuestario del Sistema Público de Salud de Chile: Etapa de Formulación Presupuestaria, años 2016-2017” para optar el grado de Licenciado en Ciencias Políticas y Administrativas otorgado por la Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Tapia Muñoz menciona que la razón de la gestión del presupuesto es la de asegurar el financiamiento para la atención permanente de los servicios públicos que se le brinda a la población. El presupuesto nos permite controlar, ejecutar, programar y hasta evaluar las gestiones presupuestarias, así se logra constituir en una herramienta para la correcta toma de decisiones con afinidad a los bienes y servicios que brinde (Tapia Muñoz, 2017).

Respecto al sector salud, un adecuado presupuesto, así como la asignación correcta de recursos, más una gestión financiera eficiente, conforman las limitantes para un sistema de salud chileno eficiente y ético los cuales se deben de dar como resultado de un servicio integral de salud pública (Tapia Muñoz, 2017). De esa manera Tapia busca la identificación y dar ideas sobre cómo mejorar la etapa de formulación presupuestaria para el sector salud de Chile durante los periodos 2016 al 2017. Este investigador busca diagnosticar el ciclo presupuestario para el sector de la salud en Chile, en especial en la formulación presupuestaria; describir y analizar las etapas más relevantes, así como la de proponer una guía para la metodología del ciclo del presupuesto.

El tipo de evaluación aplicada por Tapia Muñoz es a través de un diagnóstico descriptivo ya que se está considerando sucesos reales donde también hace uso del método histórico para la recolección de información para luego analizar e interpretar situaciones que ya han ocurrido, también se habría realizado la revisión de información documentaria y su respectivo análisis teniendo en cuenta la razón de la investigación. Al aplicar todo esto Tapia Muñoz llega a la conclusión de que teniendo en cuenta la cantidad de inversión en el sector público, así como su adecuada ejecución deben de ser el resultado de un conjunto de procesos de gestión; también tiene claro que el presupuesto del sector salud en Chile es una de las más relevantes en función al conjunto de recursos que necesita, por consiguiente, cualquier estimación errada puede traer consecuencias respecto al desarrollo del servicio integral brindado.

Por otro lado, Sepúlveda Espada (2016), en la ciudad de La Paz, realiza la investigación denominada "Los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en Fase de Ejecución del

Sector Salud en Bolivia; 1998-2014" en que manifiesta que estaría existiendo una participación limitante de la etapa de ejecución de los proyectos de las inversiones presupuestarias públicas del sector salud en Bolivia, por consiguiente, lo que busca en su investigación es determinar la importancia del proceso de ejecución de los proyectos para el presupuesto de inversión del Gobierno boliviano en relación al sector salud; lo que también lo llevará a determinar el comportamiento del programa presupuestal para las inversiones públicas, analizar la tendencia de su ejecución así como verificar la variación de la cantidad de establecimientos de salud; para lo cual habría aplicado un método deductivo y un tipo de investigación cuantitativo – descriptivo – explicativo ya que para su análisis tuvo que hacer uso de datos estadísticos los cuales son analizados de manera independiente manteniendo la relación entre los resultados y la teoría económica empleada.

Las conclusiones a que llegó Sepúlveda fueron de que los incrementos en la ejecución de los proyectos en función a su presupuesto que se destina para el sector salud, no estarían contribuyendo de forma significativa, como ejemplo se muestra que de \$55 millones programados, solo se ejecuta \$45 millones promedio. La relación de establecimientos de salud mantendría una tendencia creciente para los dos periodos del estudio, la mortalidad infantil mantiene una disminución para ambos periodos, y la tasa de mortalidad materna tiene un registro de 236 fallecidos por 100 mil nacidos (Sepúlveda Espada, 2016).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Sistema de presupuesto peruano

El sistema de presupuesto peruano viene a ser la aplicación en conjunto de políticas, normas, procedimientos y uso de recursos humanos en los procesos presupuestario con la finalidad de determinar la procedencia y cantidad, de los recursos financieros.

El sistema presupuestario del Estado peruano es un instrumento para la programación de la economía peruana, así como sus finanzas y la designación de recursos humanos y financieros según las necesidades de gasto requeridos para el logro de los objetivos y metas que mantuvieran un registro en los planes estratégicos de todas las instituciones públicas (PCM, 2019).

El Sistema de Presupuesto Nacional aplicado en el Perú forma parte del Sistema Administrativo Financiero del sector público; este sistema está compuesto por la agrupación de órganos, normas, así como procedimientos que llevan los procesos presupuestarios de toda entidad y/o organismo público para todas sus fases que tengan que ver con la programación, formulación, evaluación, aprobación y ejecución (MEF, 2011).

Gran parte del origen de problemática en el sistema presupuestario peruano mantiene relación con las instituciones presupuestarias que sustentan dicho presupuesto; dichas instituciones mantienen las reglas y también regulan todo su proceso (Montajo Guardia, 2002).

El Gobierno hace uso del presupuesto como herramienta para gestionar los recursos públicos en función a cubrir las necesidades de la población los cuales son atendidos según su prioridad del servicio (RyC Consulting, 2018). El presupuesto de un Estado es el instrumento que tienen los gobernantes de turno para la obtención de resultados favorables en las inversiones en referencia a calidad, eficiencia, efectividad y sobre todo costo, es necesario que este sistema mantenga una estructura fiscalizadora que beneficie su viabilidad, así como el uso de un esquema de gestión que beneficie el uso de los recursos humanos de una manera eficiente, eficaz y sobre todo productiva; sobre todo en el caso peruano en donde existe una incompatibilidad a la hora de formular, diseñar e implementar políticas con los resultados obtenidos de la aplicación de ellas (Montajo Guardia, 2002).

Según Montajo Guardia (2002). los principales problemas que tendría el sistema de presupuesto peruano serían los siguientes:

Tabla 3 Problemas, consecuencias y propuestas del Sistema Presupuestario Peruano.

Problemas Principales	Consecuencias	Propuestas
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.	- Se arrastran errores de asignación de años anteriores. - El gasto social no es priorizado. - No se asegura el mantenimiento de la maquinaria, infraestructura y otros equipos. - Se financian grandes obras con nula o negativa rentabilidad. - Se potencia la improductividad e ineficiencia del gasto.	- Establecer criterios técnicos estables, explícitos y transparentes para la asignación de recursos. - Fomentar análisis de costo-efectividad para priorizar recursos entre distintas alternativas de gasto.
2. Discrecionalidad en el Viceministerio de Hacienda para reajustes, créditos suplementarios etc.	- Los sectores no tienen control real sobre las reasignaciones interpliegos sobre todo cuando exceden el techo presupuestal del pliego. - No se explican los criterios de reasignación ni al gabinete ni al Congreso	- Establecer criterios técnicos estables, explícitos y transparentes para la ejecución de recursos. - Separar responsabilidades de formulación y ejecución del presupuesto dentro del MEF: planificación y programación a cargo del Viceministerio de Economía y ejecución a cargo de DNPP. - Otorgar mayor prerrogativa de los ministros sobre las reasignaciones de recursos inter e intra pliegos de su sector

Problemas Principales	Consecuencias	Propuestas
3. Incertidumbre - En los procesos de calendarización. - Sobre el monto a ser efectivamente desembolsado.	Los ejecutores tienen sobre saldos de asignación que generan enormes sobrecostos constructivos y moras	Contar con un presupuesto mínimo garantizado dentro del PIA, con la posibilidad de reasignaciones por encima de él.
4. Proceso presupuestal no asegura equilibrio Fiscal.	Ley de Prudencia y Transparencia Fiscal se incumplió en el primer año de vigencia.	- Darle carácter constitucional para asegurar su cumplimiento y credibilidad. - Conformar un pacto fiscal que la sustente. - Incluir a todos los niveles de Gobierno.
5. Problemas de coordinación intrasectorial en el MEF	- Los procesos presupuestales predominan sobre los de planificación y programación. - Autorizaciones de desembolsos y de calendario no son consistentes generando confusión. - El plan operativo de un año no corresponde con los requerimientos de la programación multianual.	Promover la planificación estratégica e introducir mejores sistemas de programación
6. Atomización y fragmentación - 146 pliegos - 559 unidades ejecutoras	- Se descentra el planeamiento - Se pierde de vista la responsabilidad funcional. - No existe corresponsabilidad entre niveles y entre unidades públicas. - No existe consistencia entre los pliegos de un mismo sector.	Nueva estructura programática: reducir número de pliegos y reagruparlos bajo el sector correspondiente. Elaborar plan de desarrollo sectorial para que pliegos guarden consistencia con él y entre sí.
7. No hay evaluación de resultados o calidad / no hay políticas financieras	- No hay incentivos al ahorro - Se financian proyectos y actividades de baja calidad. - Se evalúan solamente procesos.	- Desarrollar planificación estratégica. - Implementar sistemas de: evaluación del desempeño, convenios de gestión, indicadores estratégicos de gestión. - Desarrollar sistemas de auditoría que focalicen resultados. - Implementar sistemas de rendición de cuentas.

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.

2.2.1.1. Presupuesto publico

Documento de estimación para un periodo determinado de las fuentes de financiamiento y los gastos que se va cubrir con este, indistintamente para operaciones para una institución pública o privada. Según Soto Cañedo (2015) este instrumento es usado para la planificación de las políticas de productividad, financieras y comerciales,

además está considerada como el cimiento del ordenamiento fiscal considerada por la población como una garantía de lo que la población le exigirá al Estado como contraparte por el pago de sus tributos, para lo cual el Estado está en la obligación de retribuir con la ejecución de obras sociales en beneficio de los más necesitados.

El presupuesto del sector público es usado como herramienta para la programación tanto económica como social y financiera, brindando al Estado las facilidades para ejecutar sus funciones para el logro de las metas y objetivos enmarcadas en su Plan Operativo Institucional (POI); lo que también significaría ser la expresión sistemática, cuantificada y en conjunto de lo que se pretende gastar en el un año fiscal por todas las entidades públicas (Soto Cañedo, 2015).

Instrumento para la gestión de recursos por el Estado peruano con la finalidad de lograr resultados en beneficio de la población, para el logro de metas por la prestación de servicios de manera equitativa y eficientes por parte de las entidades del Estado ; además, el presupuesto público también brinda los parámetros del gasto para todo el año en vigencia por cada una de las entidades públicas así como los ingresos con que son financiados, para lo cual toma en cuenta la disponibilidad de los fondos del Estado y lograr mantener un equilibrio fiscal (MEF, 2020).

Viene a ser la demostración de forma cuantificada y de forma conjunta y sistemática de los gastos provistos que realizarán todas las instituciones públicas en el año en vigencia, además de evidenciar los ingresos de dichos gastos (MEF, 2011).

Dentro de las definiciones brindadas por algunas instituciones gubernamentales y autores particulares, el presupuesto público estaría siendo usados como un instrumento fiscal, sin embargo, la visión y uso de esta herramienta va más allá que esto, y se enfoca de una manera de que las instituciones gubernamentales puedan rendir cuenta de su gestión según la aplicación eficiente de este, a esto se le puede llamar presupuesto en función a los resultados. “...el presupuesto público es el instrumento que expresa el compromiso del Gobierno de lo que va a ejecutar en términos financieros en un periodo determinado de acuerdo a las prioridades de la sociedad” (Alvarado & Morón, 2011, pág. 22). De esta manera la forma de determinar qué tan bueno pudiera ser la gestión de un grupo de Gobierno que se encuentre vigente, es a través de determinar. como desempeña su gasto presupuestal.

2.2.2. Sistema de salud peruano

Según el ente rector del sector salud, el sistema de salud en el Perú se define como un sistema cuyo objetivo es velar por el cumplimiento de forma coordinada y complementaria de la relación que ejercen las instituciones que lo componen, los cuales están dirigidos por una misma política y estrategia del Gobierno central asegurando así las los servicios sanitarios prioritarios en el territorio peruano garantizando eficiencia y eficacia de las inversiones en beneficio de mejorar la salud de los peruanos (Valdez Huarcaya & Napanga Saldaña, 2013).

La finalidad del sistema del sector salud se da por la coordinación y ejecución de sus políticas de su competencia, en el caso peruano, este está integrado también por la parte

privada el cual al igual que los servicios públicos, incorporan formas de financiamiento y suministro de sus servicios (Cetrángolo, Bertranou, Casanova, & Casalí, 2013).

Todos los sistemas de salud de los países subdesarrollados incluido el peruano mantienen como característica la segmentación y fragmentación como dificultades para su ejecución y, a pesar de intentar compras en conjunto como la compra de medicamentos, hasta la fecha los sistemas Regionales siguen trabajando de manera desarticulada y autónoma evidenciando la casi nula integración de los subsistemas locales con el sistema central, lo que significa que cada sistema de salud que integran los niveles de Gobierno, trabajan de forma autónoma y separadas aplicando sus propias reglas y contratando con sus propios proveedores además de brindar atención a poblaciones distintas (Cetrángolo, Bertranou, Casanova, & Casalí, 2013).

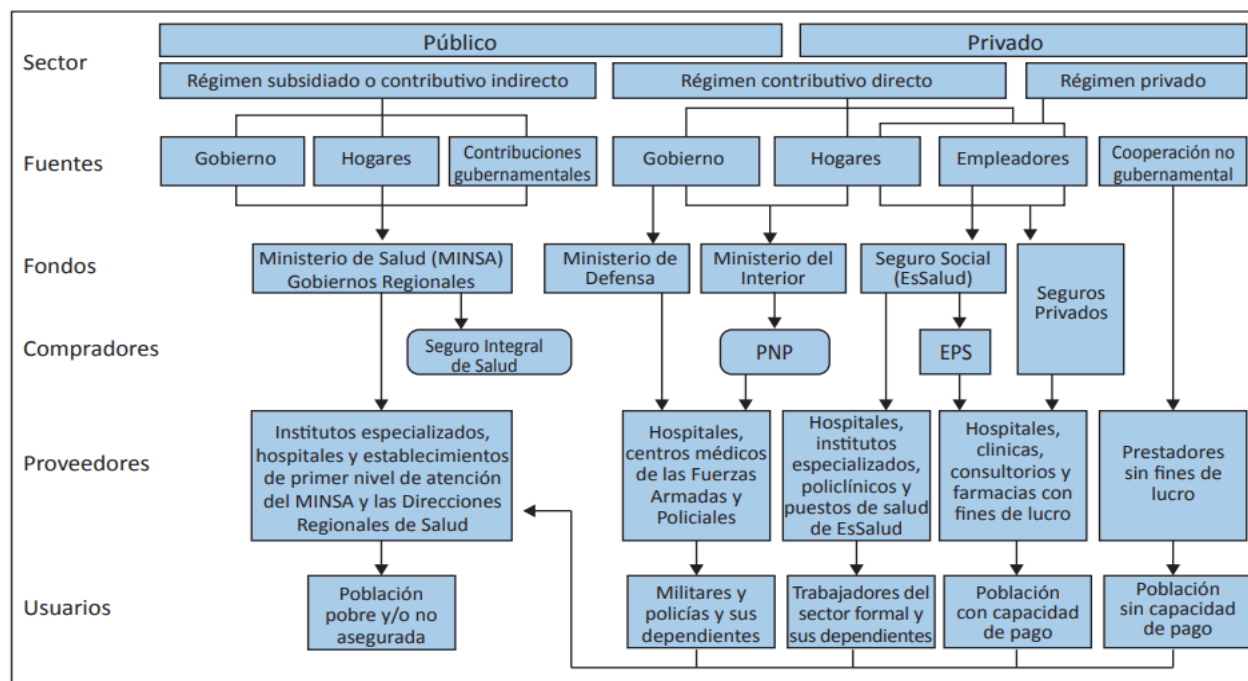


Ilustración 1 Estructura del sistema de salud peruano

Fuente: Extraído de Alcalde Rabanal (2011). [http://ascime.edu.pe/data/uploads/auditoria/modulo2/SISTEMA%20DE%20SALUD%20DE%20PERU%20\(ARTICULO%20DE%20REVISION\).pdf?i=1](http://ascime.edu.pe/data/uploads/auditoria/modulo2/SISTEMA%20DE%20SALUD%20DE%20PERU%20(ARTICULO%20DE%20REVISION).pdf?i=1)

La máxima autoridad y representante del sistema de salud en el Estado peruano él es Ministerio de Salud – MINSA, este ente rector es el encargado de la dirección y gestión de la aplicación de políticas nacionales de su sector además de la supervisión del cumplimiento de estos los cuales debieran estar en coordinación con las políticas generales del Gobierno. Por otro lado, la Ley N° 26842 establece que la salud individual es responsabilidad del individuo, la sociedad y el Estado peruano y el Gobierno se muestra como garantía para la provisión de los servicios públicos de salud.

El sistema de salud peruano, como se mencionó líneas arriba, está compuesto por el sector público y privado para brindar los servicios, el detalle de estos a continuación.

2.2.2.1. Sector público

El sistema del sector público ofrece servicios de salud a toda la población que no se encuentre afiliado a algún seguro, a cambio de este servicio, la persona tendrá que retribuir el monto del servicio de acuerdo a la discrecionalidad de la organización haciendo uso del Seguro Integral de Salud (SIS), que es comúnmente usado para subsidiar la prestación del servicio de salud a la población que se encuentran en condiciones de pobreza y pobreza extrema (Alcalde Rabanal, Lazo Gonzáles, & Nigenda, 2011). La prestación del servicio de salud usando el Seguro Integral de Salud es ejecutada mediante la red de salud que ofrece el MINSA por medio de establecimientos de salud como hospitales e instituciones especializadas ubicados en todas las Regiones del territorio peruano.

El sistema de seguro social está integrado por dos subsistemas: el primero es el seguro social (EsSalud) y el segundo social privado (EPS). El seguro social brinda los servicios de salud a una toda persona que percibe un salario y toda su familia, como prestación de sus servicios a una empresa que retribuye sus impuestos al Estado , por otro lado, policías, militares y toda su familia son atendidos por otro sub sistema (Alcalde Rabanal, Lazo Gonzáles, & Nigenda, 2011).

2.2.2.2. Sector privado

Dentro del sector privado se hace una diferencia entre el seguro privado no lucrativo y el seguro privado lucrativo que se conforma por los seguros privados, Entidades prestado ras de Salud (EPS), los centros médicos y clínicas privadas, consultorios médicos y odontológicos y establecimientos de salud de algunas empresas, etc. por otro lado, el sector privado no lucrativo está representado por un grupo específico de asociaciones civiles que no tienen fines lucrativos como Organizaciones no Gubernamentales (ONG), Compañía de Bomberos, servicios de Salud de iglesias (ADRA, Caritas), cruz roja peruana, comunidades terapéuticas, servicios de salud de parroquias católicas, etc. sistema (Alcalde Rabanal, Lazo Gonzáles, & Nigenda, 2011). Una de las características principales de estos centros de salud casi gratuitas, es que los servicios de atención que brindan a la población, en su mayoría son del primer nivel de atención, lo cual estaría demostrando que, al no tener una retribución significativa por los servicios prestados, estos no pudieran adquirir equipos más especializados haciendo que sus servicios se limite a donaciones y servicios voluntarios en muchos casos.

2.2.3. Inversiones en el sector salud

Pese a que el Perú, en los últimos años (2008 – 2017), ha venido experimentando un desarrollo económico, aún existen la presencia de brechas que se encuentran insertadas en diversos sectores de la sociedad, los cuales vienen ocasionando injusticias y desigualdad; aproximadamente el 30% de la población peruana no posee el acceso al servicio de agua potable, además se sabe que el Gobierno invierte en salud el 2 % del PBI y si se compara con los vecinos países de Latinoamérica, este es uno de los más bajos (Maguiña & Rodas, 2018).

El aparente diagnóstico de desarrollo económico para el Perú, no es más que una falacia que vino disfrazada de promesas que nunca fueron cumplidas por parte de autoridades de turno, solo basta observa a nuestro alrededor o preguntar a algún amigo, conocido o familiar que vive en alguna parte del territorio peruano para que nos digan que ciertos sectores de donde viven, no cuentan con los servicios principales como agua potable en sus casas, servicios que hasta las familias más humildes merecen tener. Las altas tasas de mortalidad demuestran que mientras en la capital fallece una mujer como causa de un embarazo o parto; en las zonas rurales de Cajamarca sucede lo mismo con ocho mujeres que viven en situación de pobreza; a esto se le agrega un elevado tasa de mortalidad infantil y altísima concentración de enfermedades como la malaria, hepatitis B, Leishmaniosis y dengue (Maguiña & Rodas, 2018).

A estas enfermedades, se le suma la Tuberculosis (TBC) cuya permanencia en nuestro país ha logrado colocarnos entre los nueve países a nivel mundial y segundo entre los países latinos que presentan una mayor incidencia respecto a esta patología y que afecta

directamente al sistema respiratorio según pudo reportar la OMS. Por otro lado, se tiene la permanencia de enfermedades por causa de la desnutrición infantil. Y pese a que el Ministerio de Salud en conjunto con las autoridades locales viene realizando esfuerzos, como mejorar la cobertura de atención en salud, este no sería suficiente.

Para Maguiña y Rodas (2018) la descentralización de los servicios de salud por parte del Gobierno central, no habría surtido el efecto pronosticado ya que evidentemente existe una prestación del servicio de salud público inadecuada, pudiendo observar que de 6.074 médicos registrados en el Perú, 5.251, que es el 70%, están laborando en el Región de Lima y 1.823 que viene a ser el 30%, en las demás regiones; esto se hace más crítico en Regiones como Piura, Loreto, Madre de Dios y Puno que presentan un déficit de recursos; principalmente médicos, más elevada que otras regiones.

Dentro de los años 2002 al 2012 los establecimientos de salud en el Perú crecieron, los hospitales en 146, un 30,3% y los centros y puestos médicos lo hicieron en 2.018, equivalente a 26,5%, a todo esto, la Región Lima presenta 171 hospitales de los 526 registrados, 45 estarían en la Libertad (OMS, 2017).

Para muchos especialistas, este diagnóstico de la diferencia sobre la distribución de los establecimientos de salud debiera realizarse sobre establecimientos del primer nivel de atención ya que estos son la primera línea de atención para evitar que el problema pueda trascender a algo más complicado y no tanto sobre los hospitales. Según la OMS (2017) gran parte de las Regiones están ubicando en la nube de puntos al igual que su infraestructura que se aprecia en la imagen siguiente.

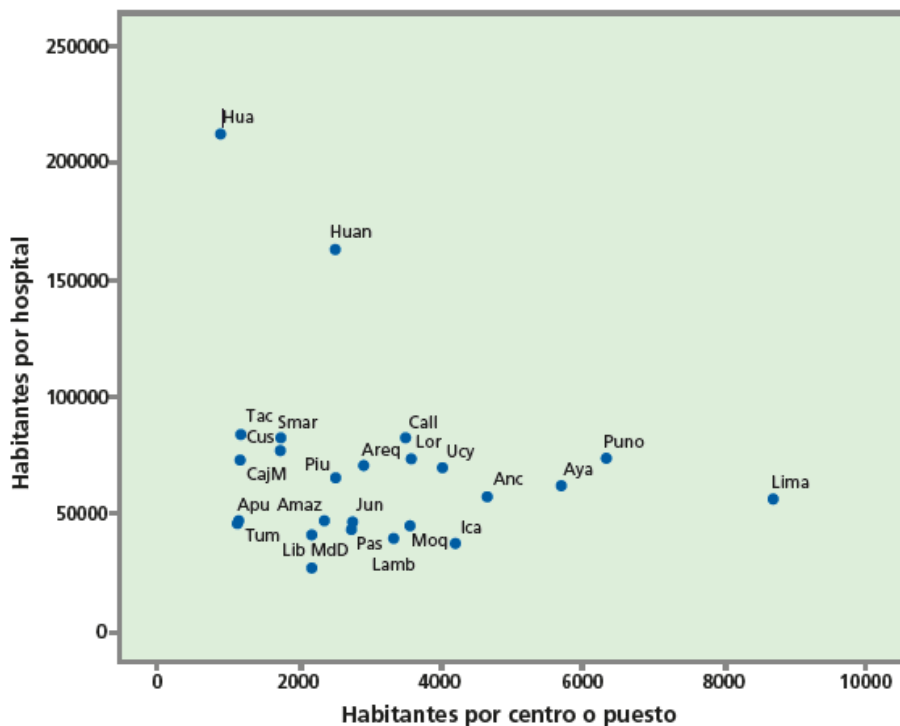


Ilustración 2 Número de habitantes por hospital y centros de salud según Región - 2013

Fuente: Extraído de “Equidad en la atención en salud en Perú. 2005-2015”

La gráfica de dispersión nos dice que el número de establecimientos médicos como postas y hospitales está en relación a la distribución poblacional lo que significa que Lima justifica su alto índice de hospitales por habitante (OMS, 2017).

Según Maguiña y Rodas, el desafío estaría en la atención de las necesidades de la población joven, que representan el un quinto de toda la población cuya característica se evidencia por presentar una ausencia en atención de su salud y educación, altos índices de consumo de alcohol y tabaco, empleo sin beneficios, ausencia de un seguro de salud y alta incidencia de migración, este último se convierte en otro problema ya que esto se traduce como una pérdida de lo invertido en capital que el Estado habría hecho. “Ningún país ha salido del subdesarrollo sin inversión en investigación científica y tecnológica” (Maguiña & Rodas, 2018, pág. 570).

2.2.3.1. Brecha del servicio de salud

Para el ente rector del sistema de salud (MINSA), en el Perú, los Gobiernos Regionales no estarían cumpliendo con su papel de mejorar este servicio a través de la ejecución presupuestal que se les asigna. Huancavelica habría ejecutado el 38,0%, Lambayeque solo el 65,5% y La Libertad el 23,8%, en otras Regiones como Puno y Cusco este resultado sería mucho menor 0,1% y 3,9% respectivamente (Maguiña & Rodas, 2018).

Razón tenía el Dr. Rudolph Virchow que a mediados de 1800 hizo un comentario (“La medicina es una ciencia social”), que para la rama de la medicina, sonaría extraño, sin embargo esta frase no carece de significado para la ciencia económica, ya que se entiende que el origen de las enfermedades no se da solo por razones físicas sino que este está íntimamente relacionado con los problemas sociales y económicas que pudiera estar atravesando un país, lo que significa que un diagnóstico de su sistema de salud va mantener relación con su desarrollo económico que este presentando.

Dentro de los años 2012 al 2016 el nivel de financiamiento del sector salud en el Perú y cuya medición se dio por el gasto per-cápita fue de \$337 en el 2012 mientras que ya en el 2016 llegó a \$626; en términos relativos esta variación es positiva, pasando de 5,1% a 5,3%, sin embargo, si este análisis es realizado solo por el gasto per-cápita, la proporción destinado para mejorar la salud solo es de 3% del total del Producto Bruto Interno (PBI), ahora si solo se considera el gasto que hace el MINSA y los Gobiernos Regionales, excluyendo a EsSalud, la participación como parte del PBI sería de 2% (MINSA, 2017).

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 Público en Salud*		MINS+GR
	Percápita - US\$	Total (%PBI)	Percápita - US\$	Total (%PBI)	Percápita - US\$	Total (%PBI)	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 ^{1/} (% 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 del financiamiento del sector salud se da por dos razones: El primero se da como resultado al esfuerzo del MINSA para recolectar información sectorial de sus flujos financieros haciendo uso de las Cuentas Nacionales en salud, en la que se integran el análisis de previos estudios y data altamente ajustada de donde se extrae resultados completos y que son comprobables, la segunda razón es por un incremento en la captación de recursos como parte del presupuesto público que se destina al sector salud, lo que queda evidenciando en un incremento presupuestal de la función salud para los Gobiernos locales y Regionales .

Fuera cual fuera como se represente el presupuesto para el sector salud, como la utilización del Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), Presupuesto Institucional Modificado (PIM) y el presupuesto Ejecutado (PE o Devengado) los resultados demuestran que el presupuesto para el sector salud está teniendo un incremento anual (2011 – 2016) (MINSA, 2017).

Tabla 5 PIA y su ejecución de los niveles de Gobierno 2011 – 2016 (Mill. de soles)

NIVEL DE GOBIERNO	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	PIA	Ejecutado	PIA	Ejecutado	PIA	Ejecutado	PIA	Ejecutado	PIA	Ejecutado	PIA	Ejecutado
Gobierno Nacional	764.9	298.1	495.9	243.8	569.0	317.9	916.6	336.4	1,362.9	604.1	1,306.3	25.8
Gobiernos 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
Gobiernos Regionales	465.4	371.5	689.0	493.7	1,136.5	914.7	918.3	991.6	793.9	957.9	420.2	183.3
TOTAL	1,400.6	857.1	1,413.0	996.0	1,971.3	1,519.2	2,062.4	1,636.6	2,356.5	1,774.8	1,829.6	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 deficiente ejecución presupuestal no es propio de los Gobiernos locales o Regionales, a estos se les suma también el Gobierno central que para los registros del 2011 al 2016, no ha podido ejecutar al cien por ciento de lo proyectado, esto a un nivel de análisis solo del PIA.

Las brechas en el sector salud se encuentran en todos los niveles y categorías de atención, en especial los que tienen que ver con la infraestructura en funcionamiento. Para el 2017 el Perú estaría contando con 21.312 establecimientos que estarían en funcionamiento, 1 permanecería con un cierre temporal, y 7 se encuentran inoperativas y uno más del nivel de atención II-E que estaría en restringido sus servicios; en total son 21.321 establecimientos de salud entre todas los niveles de atención que el Perú tendría registrado (CEPLAN, 2020).

Tabla 6 Establecimientos de salud según su estado de funcionamiento en Perú - 2017

CIERRE TEMPORAL	I-4	1
EN FUNCIONAMIENTO	I-1	7481
	I-2	4264
	I-3	2751
	I-4	416
	II-1	255

	II-2	80
	II-E	135
	III-1	35
	III-2	13
	III-E	7
	Sin Categoría	5875
	Total	21312
INOPERATIVO	I-1	3
	I-2	1
	I-3	2
	II-1	1
	Total	7
RESTRICCIÓN DE SERVICIOS	II-E	1
TOTAL		21321

Fuente: extraído de CEPLAN (10/06/2020) "Data de brechas de servicios a nivel nacional". <https://www.ceplan.gob.pe/informacion-de-brechas-territoriales/>

2.3. Definiciones Conceptuales

A. Presupuesto Institucional de Apertura (PIA)

Monto estimado que se pretende invertir antes del inicio del año fiscal y cuya estimación es susceptible a modificaciones. La estimación de esta variable no influye a los resultados que se está pensando invertir, mas solo es una estimación referencial que luego será modificada y cuya denominación será otro.

B. Presupuesto Institucional Modificado (PIM)

Estimación presupuestal que una institución piensa gastar en inversiones de su jurisdicción, dicha montos es una estimación más exacta pero no real de lo que se necesita para costear los gastos de financiamiento para ejecución de inversiones, además, este monto es estimada teniendo en cuenta lo que se gastó y lo que se piensa gastar más las deudas contraídas por la institución. A medida que el PIM estimado sea

ejecutado en su totalidad, y en el tiempo programado, garantizara la eficacia y eficiencia con que la capacidad resolutive en gestión de inversión de una institución, viene desempeñando.

C. Presupuesto Ejecutado

Valores estimados como resultados de la ejecución del Presupuesto Modificado, dichos resultados en contraste con el PIM determinarán el nivel de eficiencia de la capacidad de gestión en inversiones de la institución, así mismo, incidirán en el presupuesto que se estime a futuro., cabe aclarar que estas estimaciones presentadas en la página del MEF tienen a sufrir modificaciones no sustanciales luego de haber culminado su proceso de estimación.

D. Ejecución por función

División de la ejecución presupuestal en sectores económicos con presencia de brechas de sus servicios pendientes de ser atendidas, a nivel institucional existen múltiples funciones que a lo largo de los años han sufrido modificaciones en su composición asiéndolos cada vez más específicas. Entre los sectores más relevantes se tienen al sector salud, educación, transporte, pesca, energía, saneamiento, cultura, deporte, etc.

E. Sector salud

Representa uno de los sectores más relevantes a atender por el Estado peruano, en ella se comprende a todos los centros de salud del territorio, indistintamente del nivel

de atención que brinden, así como la gestión de recursos humanos, infraestructura y equipamiento el cual se delega según la competencia del cada nivel de Gobierno en donde el MINSA es el ente rector de dicho sector.

F. Eficiencia de la ejecución presupuestal

Capacidad de la ejecución del presupuesto destinado a la ejecución de inversiones en el sector salud en cumplimiento de las metas y objetivos de la institución.

G. Eficacia de la ejecución presupuestal

Capacidad de ejecución del presupuesto destinado a inversiones en el sector salud en el menor tiempo posible

H. Inversión

Monto dinerario y tiempo que se destina para costear el pago de personal, compra de equipos, materiales entre otros realizado en un tiempo y espacio determinado; con la única finalidad de obtener beneficios, ya sean estas de carácter financieros o sociales. De forma individual o colectiva.

I. Fuentes de financiamiento

Hace referencia al origen de los ingresos para el financiamiento de las inversiones de cada institución, ya sean del tipo proyectos o IOARR. Las fuentes de financiamiento

varían en cuanto a su monto y origen para cada institución, así cada institución puede percibir más ingresos o tener mayor cantidad de origen de ellos.

J. Créditos presupuestarios

Fuentes de ingresos requeridos por una institución pública, a fin de que, al ser adquiridos, estos puedan ser empleados para costear los gastos de inversiones en la Región de Lima.

K. Recursos Ordinarios

Fuentes de ingresos de una institución pública por concepto de tributos recaudados, su composición comprende la monetización del producto y otros ingresos en la normatividad vigente de cada nivel de Gobierno.

L. Recursos Directamente Recaudados

Ingresos que la misma institución, que en este caso es el Gobierno regional de Lima, reciben como consecuencia de la prestación de alguno de sus servicios, en ello está incluido las rentas de propiedad, venta de bienes que estén en la jurisdicción de la Región, prestación de servicios de la institución y los ingresos en función a la ley de tributación.

M. Donaciones y Transferencias

Ingresos que son percibidos por las instituciones públicas y que no son reembolsables, cuya fuente pueden ser instituciones gubernamentales y no gubernamentales que estén dentro o fuera del país. Por lo general, este tipo de ingresos es destinado para financiar gastos en mejoras de la calidad de vida de la población.

N. Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito

Ingresos provenientes de orígenes externos e internos derivados de créditos de organismos internacionales y Gobiernos extranjeros, también comprende asignaciones de línea de crédito u operaciones en el mercado bursátil.

2.4. Formulación De La Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Existe una incidencia significativa positiva de la ejecución presupuestal de las inversiones en el cierre de brechas del sector salud en la Región Lima durante los años 2005 – 2019.

2.4.2. Hipótesis específica

- El presupuesto para inversiones en el sector salud ha tenido una participación positiva del 15% promedio sobre el presupuesto total de la Región Lima durante los años 2005 al 2019.

- Existe una evolución positiva y favorable en la asignación del presupuesto para inversiones en el sector salud de la Región Lima durante los años 2005 al 2019.
- Existen nivel de eficiencia promedio del 80% en la ejecución presupuestal de las inversiones del sector salud en la Región Lima durante los años 2005 al 2019.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Diseño Metodológico

El diseño metodológico que se utilizara para la ejecución de la investigación es la estrategia que se realizara con la finalidad de llegar a los objetivos del mismo, para esto se está comprendiendo el tipo de estudio a llevar a cabo, el nivel alcanzado, el diseño general aplicado y su enfoque.

A continuación, se pasa a explicar cada uno de estos puntos.

3.1.1. Tipo de la investigación

El tipo de investigación llevada a cabo es de tipo básico, esto teniendo en cuenta que el trabajo busca la combinación del enfoque cualitativo y cuantitativo sobre hechos que ya ocurrieron implicando así la recolección de información que mantienen una relación directa con la base de la investigación que es el manejo del presupuesto asignado para temas de inversión en el sector salud en la Región de Lima. Todo esto teniendo en cuenta las teóricas de las ciencias económicas que nos ayudan a una mejor comprensión para la ejecución de trabajo.

3.1.2. Nivel de investigación

El nivel del estudio es descriptivo, correlacional y explicativo teniendo en cuenta los siguientes puntos:

- **Descriptivo:** Se describe los hechos históricos ocurridos y resultados que arroja el estudio teniendo en cuenta las características cualitativas y cuantitativas.
- **Correlacional:** Se busca determinar el nivel de relación de las variables de estudio y así poder hacer inferencias y posibles proyecciones a futuro según la relación de estos.
- **Explicativo:** Haciendo uso de las ciencias económicas, así como en el contexto en el que se desarrolla el universo de la investigación, se busca explicar las razones del porqué de los resultados y el pronóstico de estos

3.1.3. Diseño

En función al nivel de estudio, el diseño de este es descriptivo, transeccional, correlacional para las variables de estudio.

Correlacional porque buscara determinar el grado de relación que estaría existiendo entre las variables que se están estudiando, de esta manera antes de calificar y analizar las variables primero se mide, y a través de las pruebas de hipótesis se determinar el grado de relación entre estas; es transeccional porque se hace un corte en la línea de tiempo y se extrae una parte de todo el universo de datos cuantitativos para su estudio. Por otro lado, la

investigación comprende un diseño explicativo por que se busca explicar del porqué de los resultados determinando así sus causas que lo originaron.

3.1.4. Enfoque

El enfoque del estudio es de carácter mixto ya que se hace uso de un proceso sistemático para la resolución de nuevos conocimientos además de que se utiliza las fases para el desarrollo de este, que comprende observaciones y evaluaciones de los sucesos, sustento científico y técnico de los resultados, esto de manera conjunta, sin embargo, cada una mantendrá sus características particulares como:

El enfoque cuantitativo buscara la recolección de data numérica sobre lo que se ha investigado anteriormente en relación al problema y así plantear la hipótesis; mientras que el enfoque cualitativo está dirigido a la necesidad de considerar el contexto actual en el que se viene desarrollando los procesos de gestión de presupuesto de la Región de Lima, en donde se da a conocer las actividades desarrolladas durante los años de estudio.

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población

Dentro del universo de información encontrada para la resolución de problema y haciendo uso de la ciencias estadísticas, se hace necesario realizar el proceso de separación de las variables en un segmento más específico, la muestra considerada para el estudio y que son tomadas como parte de las variables que se están estudiando está considerando los registros de todos los años que pudiera existir para las variables endógenas y exógenas las

cuales fueron extraídas de fuentes como el MEF (Consulta Amigable y Banco de Proyectos), solo para la Región Lima y específicamente los presupuestos que se asignan para la ejecución de inversiones del sector salud de esta Región .

3.2.2. Muestra

La muestra que se está considerando para el estudio está comprendiendo la utilización de 15 años los cuales comprende del 2005 al 2019, esta muestra está en función a los años requeridos para el procesamiento de resultados necesarios por el Eviews además de cumplir lo más posible con la estimación de resultados lo más actualizado posible.

La muestra es extraída de fuentes como MEF, BCR y en algunos casos del INEI, esto garantiza la legitimidad de la data a trabajar.

Cabe aclarar que la información cuantitativa extraída de estas fuentes está susceptible a modificaciones por la misma entidad.



Ilustración Ubicación geográfica de la Región Lima - Perú

Fuente: Extraído el 29/05/2020 (<https://huacho.info/2009/08/27/la-lucha-por-la-sede-de-la-region-lima/>).

3.3. Operacionalización de las variables

El desarrollo de la operacionalización de las variables, se basa en la determinación de las variables de estudio (Endógenas – Exógenas), sus indicadores y formas de medición de estas, haciendo uso de los fundamentos teóricos de la economía y métodos estadísticos aplicados manteniendo una relación con la problemática general y específica planteada. Teniendo en cuenta lo mencionado, a continuación, se presenta las variables de estudio sus correspondientes dimensiones e indicadores de medición.

Variables de estudio

a. Variables independientes

- Variable 1: Presupuesto Institucional de Apertura (PIA)
- Variable 2: Presupuesto Institucional Modificado (PIM)

b. Variable dependiente

- Variable 3: Presupuesto Ejecutado (PE)

Definición operacional

Tabla 7: Operacionalización de la variable de estudio

Dimensiones	Variables de E.	Indicadores	Niveles
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.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En un primer momento se utiliza la observación, como técnica para la recolección de datos cualitativos y cuantitativos para luego seguir con la descripción de estas teniendo en cuenta las ciencias estadísticas y económicas con lo cual bajo estos fundamentos se extrae la información necesaria.

Por otro lado, para el proceso de información de los resultados, se requiere la utilización de softwares como el Excel y Eviews quienes son las herramientas perfectas para lo que se quiere hacer más adelante. A continuación, se detalla lo mencionado.

3.4.1. Técnicas a emplear

a. La observación

La observación como técnica a emplear para el proceso de ejecución del trabajo es fundamental en todas las etapas de este, de esta manera esta técnica se hace indispensable en el estudio que se pretende llevar a cabo; a través de esta técnica se puede analizar la recolección de información, y los resultados al que hemos llegado.

b. Análisis documental

El análisis documental se emplea como técnica para el proceso de ejecución de la investigación, mediante esta técnica y teniendo en cuenta los conocimientos científicos de las ciencias económicas y estadísticas se pasa a hacer inferencias del porqué de los resultados, cuáles fueron los motivos o razones que lo llevaron a esto. Además, se tienen

en cuenta que el análisis de los documentos se hace en función al planteamiento del problema y que es lo que se quiere hallar, el contexto en el que se desenvuelve las gestiones de la Región de Lima en los años que comprende este estudio.

3.4.2. Descripción de los instrumentos

Los instrumentos que se han de utilizar sirven para el ordenamiento de la información extraída, ya sean estas de carácter cualitativa o cuantitativa, la aplicación de estos instrumentos facilita el trabajo además de darle el sustento de carácter científico y normativo; en ese sentido los únicos instrumentos que son usados son dos softwares que permiten ordenar de manera sistemática y así poder estimar los resultados requeridos para la comprobación de nuestra hipótesis. La aplicación de estos softwares se describe a continuación.

- La información recogida tiene que ser depurada y ordenada antes de su análisis, para esto se utiliza el Excel como principal herramienta que permitirá tener un mejor control de la información cuantitativa que se ha recolectado, y descartar lo que no es útil para la investigación. Además, el Excel es utilizado para la presentación de algunos resultados que se presentarán a manera de tablas dinámicas y graficas de barras los cuales nos describirán gráficamente los resultados.
- A parte del Excel, se ha de hacer uso del Eviews como herramienta principal para la presentación y comprobación del resultado final a fin de garantizar que dichos resultados cumplen las exigencias de las ciencias estadísticas y econométricas

para su veracidad. Por otro lado, y dependiendo de los objetivos que se han planteado, esta herramienta nos podrá permitir hacer proyecciones sobre los resultados estimados, así como el nivel de relación entre las variables de estudio.

3.5. Técnicas para el Procesamiento de la Información

Una vez descrito las técnicas e instrumentos a emplear para el proceso de ejecución de del estudio, se ha de hacer uso y aplicación de estas, en ese sentido, luego de extraer la información cualitativa y cuantitativa, estas se pasar a ser depuradas; en cuanto a la cualitativa, estas se eliminan las que no mantengan relación con la investigación y las que las que sí, se presentan a manera de anexo o fuentes bibliográficas. Para la información cuantitativa, estas se ordenan en una base de datos (tabla dinámica matriz) en donde se podrá extraer y presentar la información requerida a manera de tablas, graficas de barra, graficas de dispersión entre otras.

Para la comprobación de los resultados se hace uso del Eviews, en donde, mediante la aplicación de un modelo econométrico de regresión lineal simple se demuestra el nivel de relación de las variables de estudio, y dependiendo de los objetivos planteados, es posible hacer injerencias sobre un comportamiento a futuro de estas variables.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Con la condición de determinar la veracidad o negación de las hipótesis planteadas para la resolución del problema general, a partir de ahora haremos un análisis de las variables, bajo esta premisa en este capítulo se hace un análisis por separado y por orden jerárquico de las variables de estudio que están relacionadas con el presupuesto y su ejecución de inversiones que están bajo la competencia del Gobierno regional de Lima provincias, entre los análisis que se desarrolla a continuación, determinaremos la participación porcentual que estaría teniendo este sector sobre el presupuesto general destinado a la Región desde los años 2005 hasta el 2019, la evolución de este en función al PIA, PIM y PE, el número de inversiones que a la fecha del estudio se encuentran registradas en calidad de activos, el número de inversiones registradas para el sector salud a nivel de su ubicación en las provincias, el niveles de eficiencia de manera anualizada del presupuesto destinado al sector salud, el nivel de participación de sus fuentes de ingresos y por ultimo determinaremos el nivel de incidencia que estaría dando entre el presupuesto y el nivel de eficiencia generado.

4.1. Presupuesto para inversiones de la Región Lima 2005 al 2019 (Mill. de S/)

A continuación, se muestra la asignación presupuestal general para la Región Lima para los años que comprende el estudio, cabe aclarar que los datos que se muestran en la siguiente tabla están expresados en millones de soles y que dicha estimación no está expensa a modificaciones por parte de la institución (MEF), en especial sobre el último

año, sin embargo, sea cual fuera las razones de dicha modificación, este no infiere en los resultados de los indicadores estimados. También se recuerda que dichas estimaciones son extraídas de la base de datos del MEF a través de su portal de transparencia “Consulta amigable”.

Tabla 8 Presupuesto anual de la Región Lima 2005 – 2019 (Mill. de S/)

Año	PIA	PIM	PE
2005	10,845,284	27,407,994	11,339,566
2006	17,083,926	55,514,911	20,789,864
2007	31,941,369	102,004,183	31,599,050
2008	88,290,830	179,772,584	69,876,640
2009	68,895,460	222,624,335	108,165,253
2010	99,673,642	224,162,651	145,748,877
2011	78,077,848	156,463,193	93,309,803
2012	89,723,103	185,281,998	154,875,988
2013	155,377,057	238,592,461	219,351,379
2014	163,688,331	222,038,211	218,417,115
2015	143,414,880	192,353,211	172,823,452
2016	105,784,441	161,097,243	146,353,203
2017	102,991,538	270,252,066	208,259,724
2018	140,504,501	278,000,450	164,409,282
2019	158,820,738	337,099,454	192,603,762

Fuente: datos extraídos del MEF 02 de junio del 2020

La tabla 8 muestra la asignación presupuestal expresado en millones de soles para la Región Lima en los 15 años que comprende el estudio, dichas estimaciones se muestran para el Presupuesto Institucional de Apertura, Presupuesto Institucional Modificado y Presupuesto Ejecutado.

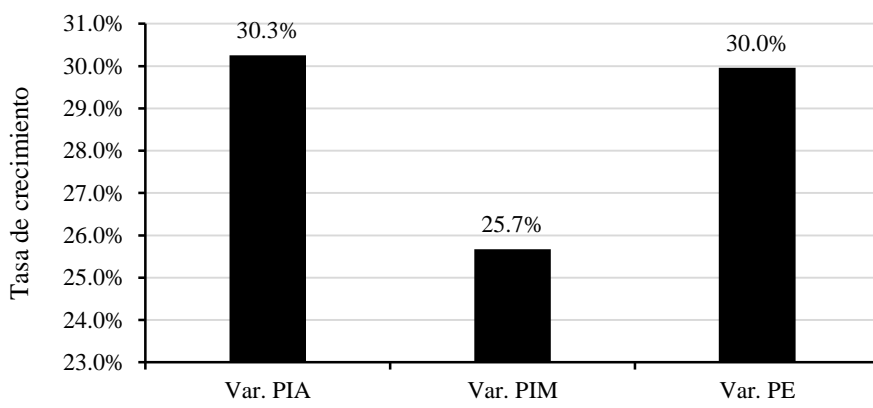
Tabla 9 Tasa de crecimiento del PIA, PIM y PE del Gobierno regional de Lima (2005 -2019)

Año	PIA	Var. PIA	PIM	Var. PIM	PE	Var. PE
2005	10,845,284		27,407,994		11,339,566	
2006	17,083,926	58%	55,514,911	103%	20,789,864	83%
2007	31,941,369	87%	102,004,183	84%	31,599,050	52%
2008	88,290,830	176%	179,772,584	76%	69,876,640	121%
2009	68,895,460	-22%	222,624,335	24%	108,165,253	55%
2010	99,673,642	45%	224,162,651	1%	145,748,877	35%
2011	78,077,848	-22%	156,463,193	-30%	93,309,803	-36%
2012	89,723,103	15%	185,281,998	18%	154,875,988	66%
2013	155,377,057	73%	238,592,461	29%	219,351,379	42%
2014	163,688,331	5%	222,038,211	-7%	218,417,115	0%
2015	143,414,880	-12%	192,353,211	-13%	172,823,452	-21%
2016	105,784,441	-26%	161,097,243	-16%	146,353,203	-15%
2017	102,991,538	-3%	270,252,066	68%	208,259,724	42%
2018	140,504,501	36%	278,000,450	3%	164,409,282	-21%
2019	158,820,738	13%	337,099,454	21%	192,603,762	17%

Fuente: datos extraídos del MEF 02 de junio del 2020

En la tabla 9 se muestra el presupuesto anual según el PIA, PIM y PE con sus respectivas tasas de crecimiento los resultados demuestran un crecimiento positivo, pero no constante ya que existen años en las que el presupuesto tubo contracciones respecto a su año anterior. En función al PIA, este habría tenido un máximo de crecimiento de 176% en el 2008 y una contracción de este mismo de -26% para el año 2016, lo mismo ocurre con el PIM con un máximo crecimiento del 103% para el 2006 y una contracción de -30% en el 2011; respecto al presupuesto ejecutado, este tuvo un crecimiento máximo en el año 2008 con 121% y una contracción máxima de -36% en el 2011.

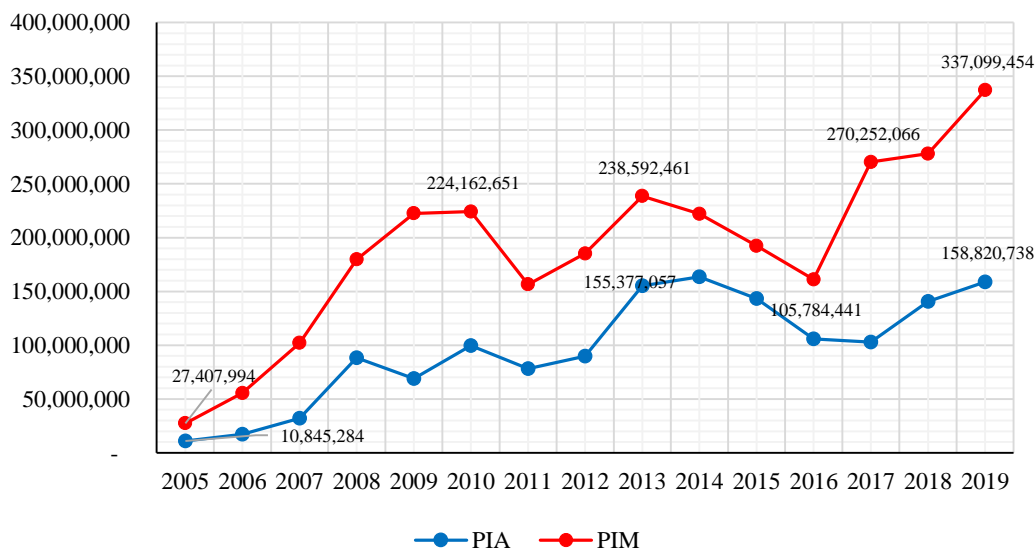
Gráfica 2 Crecimiento promedio del PIA, PIM y PE para la Región Lima (2005 – 2019)



Fuente: datos extraídos del MEF 02 de junio del 2020

Los resultados para el crecimiento promedio para los 15 años que comprende el estudio demuestran que el PIA tiene un crecimiento del 30.3%, el PIM lograría un 25.7% y el PE tendría un 30.0%. (ver grafica 2). Cabe recordar que dichas estimaciones solo son referenciales los cuales tienen que estar ajustadas a la teoría y contexto en que se desarrolla la gestión del presupuesto para inversiones.

Gráfica 3 Tendencia del PIA y PIM de la Región Lima (2005 – 2019)



Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

Haciendo un análisis de la tendencia que estarían teniendo el PIA y el PIM de la Región Lima. Se observa que, si bien es cierto que el PIM es una sobre estimación mucho más ajustada del PIA, y por lo tanto se entiende que debiera existir una relación directa positiva de estas variables, al parecer esta relación no sería del todo fuerte en algunos años como el 2009 y el 2017 en donde la estimación del PIM estaría manteniendo poca relación o casi nula respecto al PIA (Ver grafica 3), lo que no induce a creer que no siempre una estimación positiva del PIA respecto al año anterior generara una estimación también positiva del PIM en función a su año anterior. Así mismo, queda claro que existe una deficiencia de la estimación presupuestal fiscal que se detallara más adelante.

Tabla 10 Margen de error de estimación y nivel de confianza de la estimación presupuestal de la Región Lima

Año	PIA	PIM	Nivel de confianza	Margen de Error
2005	10,845,284	27,407,994	39.6%	60.4%
2006	17,083,926	55,514,911	30.8%	69.2%
2007	31,941,369	102,004,183	31.3%	68.7%
2008	88,290,830	179,772,584	49.1%	50.9%
2009	68,895,460	222,624,335	30.9%	69.1%
2010	99,673,642	224,162,651	44.5%	55.5%
2011	78,077,848	156,463,193	49.9%	50.1%
2012	89,723,103	185,281,998	48.4%	51.6%
2013	155,377,057	238,592,461	65.1%	34.9%
2014	163,688,331	222,038,211	73.7%	26.3%
2015	143,414,880	192,353,211	74.6%	25.4%
2016	105,784,441	161,097,243	65.7%	34.3%
2017	102,991,538	270,252,066	38.1%	61.9%
2018	140,504,501	278,000,450	50.5%	49.5%
2019	158,820,738	337,099,454	47.1%	52.9%

Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

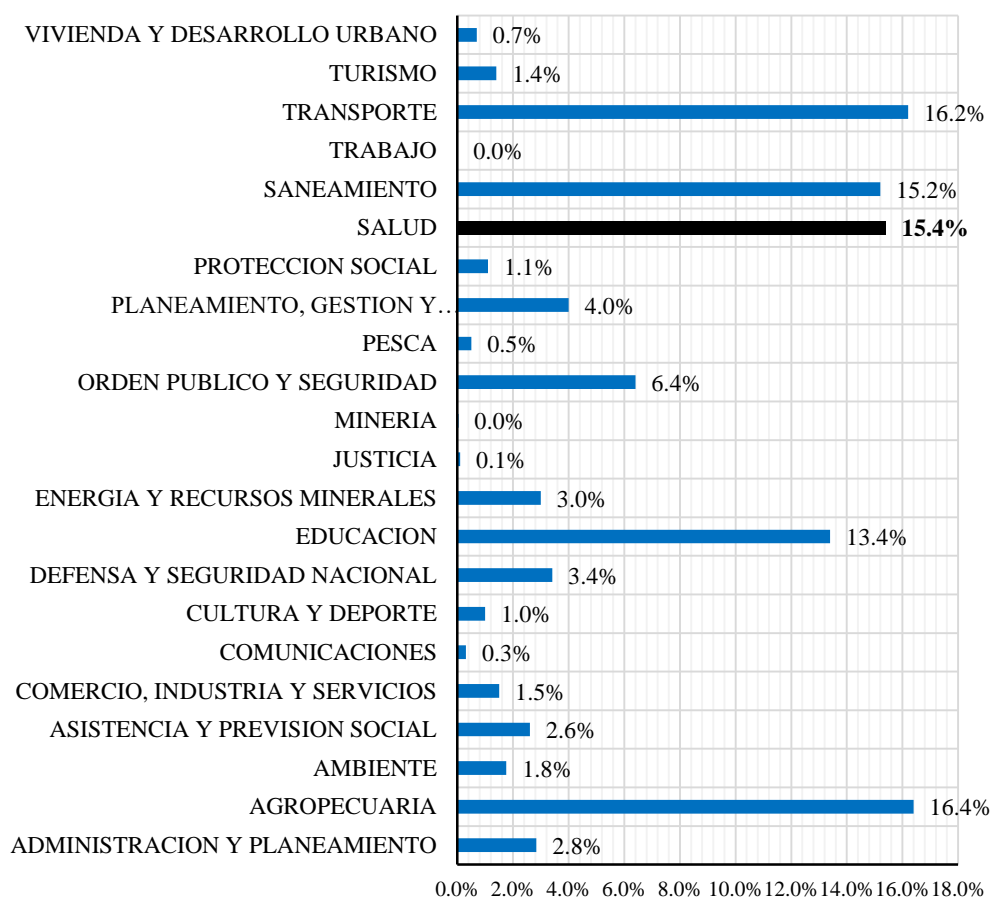
Las estimaciones demuestran que existe una ineficiencia en la estimación del presupuesto para el año fiscal durante los años 2005 al 2019, que no ha sido corregido hasta ahora,

respecto al presupuesto general que se estima para la ejecución de inversiones que están bajo la competencia de la Región Lima. De esta manera el error promedio de estimación para el presupuesto real gastado sería de 50.7% mientras que el nivel de confianza de estimación de este mismo presupuesto solo es 49.3% lo que significa que, cada vez que se estime el presupuesto de apertura, este sufrirá un incremento promedio de casi el 50% de su estimación (ver tabla 10).

4.2. Participación porcentual del presupuesto promedio del sector salud sobre presupuesto general en la Región Lima 2005 al 2019

A continuación, se muestra la distribución porcentual promedio para los 15 años que comprende el estudio a nivel de función al que están dirigidos los presupuestos en la Región Lima.

Gráfica 4 Participación porcentual promedio del presupuesto al sector salud sobre el presupuesto general en la Región Lima (2005 – 2019)

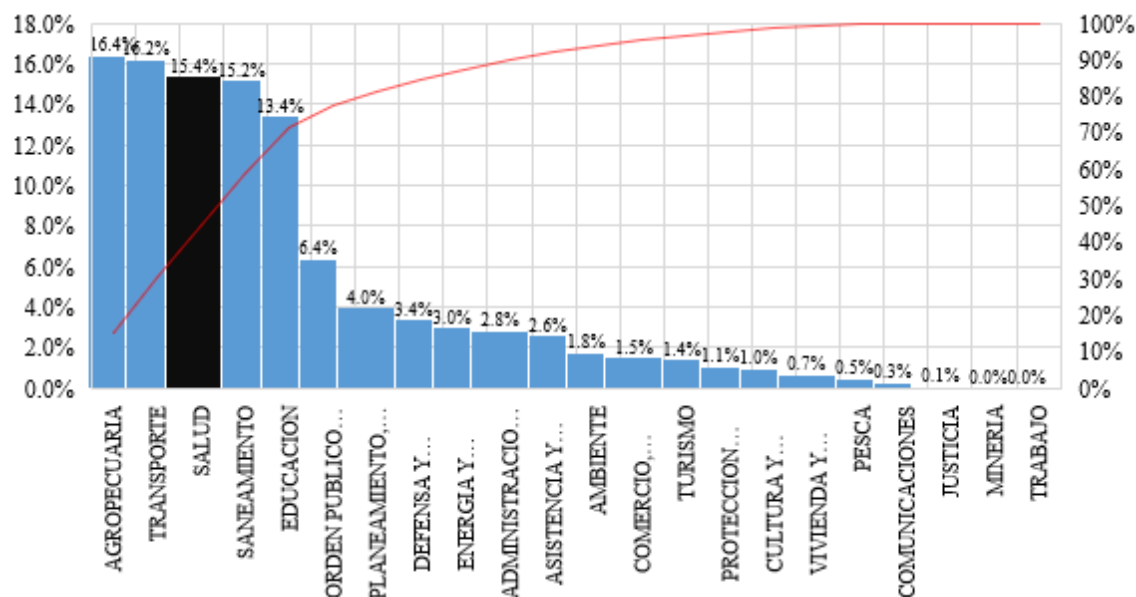


Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

Al parecer la mayor asignación presupuestal para la ejecución de inversiones bajo la competencia del Gobierno regional de Lima, se lo llevaría el sector agropecuario con un 16.4% seguido muy de cerca del presupuesto destinado al sector transporte con 16.2%, luego de estos recién vendría el sector salud con 15.4% de participación sobre el presupuesto total luego de ese vendría el sector saneamiento y educación con una participación promedio de 15.2% y 13.4 respectivamente (ver Grafica 4). Estos serían los cuatro sectores más relevantes que acapararían más del 75 % del presupuesto total que es destinado para esta Región.

La gráfica 5 ilustra mejor el ranking de asignación presupuestal a nivel de función para la Región Lima.

Gráfica 5 Ranking de la asignación presupuestal a nivel de función de la Región Lima (2005 – 2019)



Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

Como se dijo antes, el primer puesto lo ocupa el sector agropecuario, seguido del transporte, salud saneamiento y educación, estos son los 5 sectores más representativos por decirlo de alguna manera. Al parecer sectores como trabajo, minería y justicia serían las de menor incidencia, lo cual es entendible, teniendo en cuenta que una de las prioridades para la ejecución de inversiones y sobre todo más demandada, son los servicios de primera necesidad. Cabe recalcar que una de las actividades económicas más relevantes de esta Región es la agropecuaria razón por la cual se esté priorizando destinar mayor cantidad del presupuesto a este sector.

4.2.1. Monto registrado para ejecución de inversiones por parte de la Región Lima (2005 – 2019)

A continuación, se detalla la distribución de inversiones a nivel de función, registradas durante los 15 años que comprende el estudio, el registro de este comprende solo inversiones registradas en el Banco de proyectos y que se encuentran en calidad de activos, entendiéndose que, a la fecha de este estudio, estos aún se estarían ejecutando o en otro caso, aun no estarían es esta etapa.

Tabla 11 Registro de inversiones y monto de ejecución a nivel de función del Gobierno regional de Lima (2005 – 2019)

Función	Cantidad	Monto viable
ADMINISTRACION Y PLANEAMIENTO	8	7,366,012.00
AGRARIA	101	110,769,217.00
AGROPECUARIA	139	186,854,388.10
AMBIENTE	9	47,337,776.83
ASISTENCIA Y PREVISION SOCIAL	18	6,030,718.00
COMERCIO	4	2,765,164.49
COMUNICACIONES	7	4,618,484.00
CULTURA Y DEPORTE	10	19,822,164.17
DEFENSA Y SEGURIDAD NACIONAL	6	5,199,111.00
EDUCACIÓN	240	567,257,423.74
EDUCACION Y CULTURA	86	50,559,950.00
ENERGÍA	16	7,183,785.82
ENERGIA Y RECURSOS MINERALES	18	28,964,175.00
INDUSTRIA	1	250,930.00
INDUSTRIA, COMERCIO Y SERVICIOS	22	9,173,984.00
ORDEN PÚBLICO Y SEGURIDAD	58	248,596,892.29
PESCA	11	9,800,840.02
PLANEAMIENTO, GESTIÓN Y RESERVA DE CONTINGENCIA	22	109,181,923.06
PROTECCIÓN SOCIAL	10	7,711,363.41
SALUD	225	292,171,596.81
SALUD Y SANEAMIENTO	79	120,207,291.00
SANEAMIENTO	15	61,258,136.95
TRANSPORTE	107	245,389,817.99
TURISMO	10	23,839,273.12
VIVIENDA Y DESARROLLO URBANO	13	8,369,018.62
Total	1235	2,180,679,437.42

Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

Estrictamente hablando de inversiones dirigidos al cierre de brechas en el sector salud, los registros demuestran que a la fecha del estudio existen 225 inversiones del sector salud registradas durante el 2005 al 2019 y que están en calidad de activos, el monto referencial estimado para cerrar dicha brecha ascendería a S/292,171,596.81. Cabe aclarar que no se está contabilizando inversiones que están en estado de cerrados e inactivos temporal y permanentemente.

De forma general el Gobierno regional de Lima, a la fecha de esta investigación, mantendría registrado 1,235 inversiones que se encuentran activos y el monto referencial estimado que se emplearía para la ejecución de estas inversiones (proyectos e IOARR), sería de S/2,180,679,437.42.

Hasta aquí hemos realizado un análisis minucioso de las variables a nivel general, a continuación, se hará el mismo análisis enfocados al sector salud que es la razón de la investigación, en ella veremos los montos, comportamiento y eficiencia del gasto presupuestal.

4.3. Presupuesto en la Región Lima para el sector salud 2005 – 2019

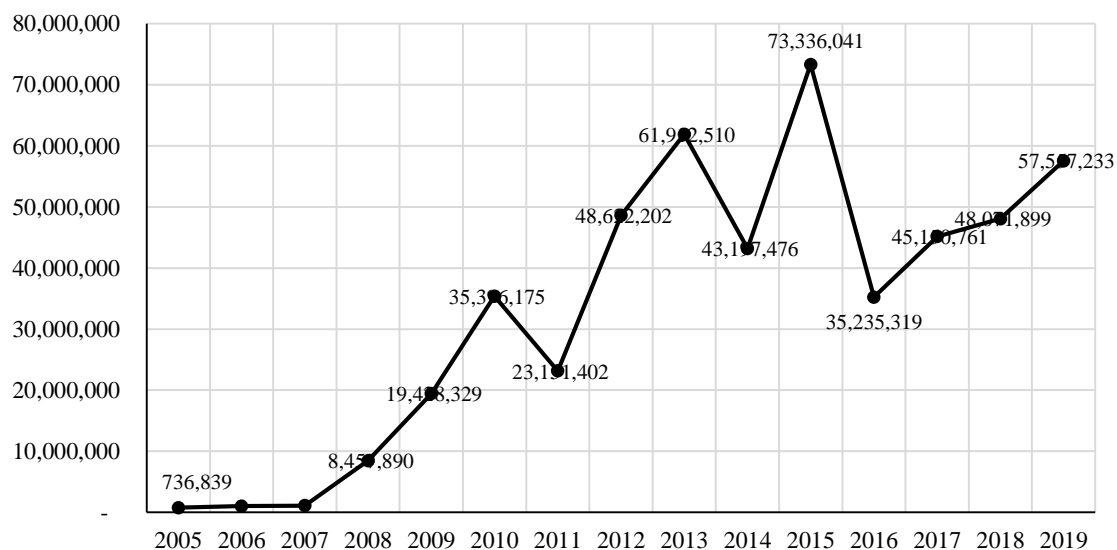
*Tabla 12 Asignación presupuestal para el sector salud
Región Lima 2005 – 2019 (Mill. de S/)*

Año	PIA	PIM	PE
2005	400,000	736,839	693,927
2006	-	1,002,540	607,029
2007	350,000	1,097,924	234,988
2008	3,514,000	8,457,890	2,084,276
2009	6,028,204	19,428,329	6,286,198
2010	-	35,396,175	14,902,742
2011	10,234,956	23,151,402	8,359,747
2012	6,095,435	48,622,202	33,192,709
2013	54,286,579	61,912,510	52,974,598
2014	30,561,711	43,197,476	42,822,231
2015	95,938,018	73,336,041	72,506,979
2016	67,893,030	35,235,319	33,122,402
2017	55,485,860	45,150,761	35,316,532
2018	37,402,593	48,071,899	33,772,003
2019	45,267,733	57,557,233	36,910,907

Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

La tabla 12 muestra los montos de asignación presupuestal asignado anualmente para el cierre de brechas del sector salud y que están bajo la competencia del Gobierno regional de Lima.

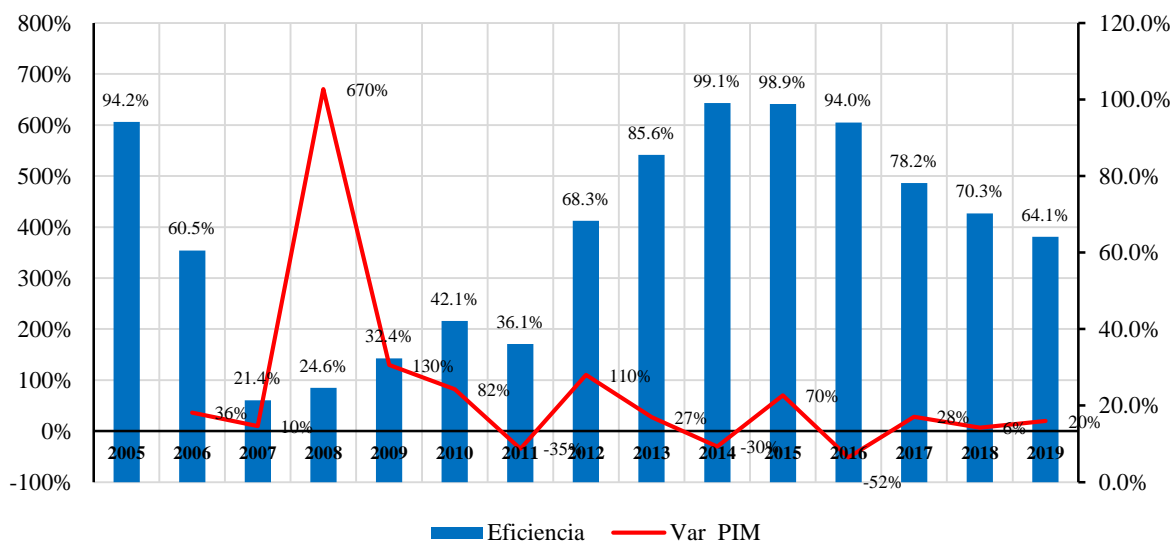
Gráfica 6 Tendencia presupuestal de la Región Lima respecto al sector salud (PIM) 2005 - 2019



Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

La línea de tendencia del presupuesto que se asigna a la Región Lima en referencia al PIM y que es destinado solo para la ejecución de inversiones tiene una pendiente positiva a lo largo de los años 2005 al 2019, sin embargo la asignación presupuestal positiva no sería constante ya que existen años en las que el monto que se le asigna a este sector es inferior con respecto al año anterior, un claro ejemplo de esto se da en los años 2015 al 2016 en donde el presupuesto en el primero fue de S/73,336,041 y al siguiente solo S/35,235,329, una diferencia de alrededor de S/38,100,722 menos. (Ver grafica 6).

Gráfica 7 Tasa de crecimiento del PIM y su nivel de eficiencia para el sector salud (2005 – 2019)



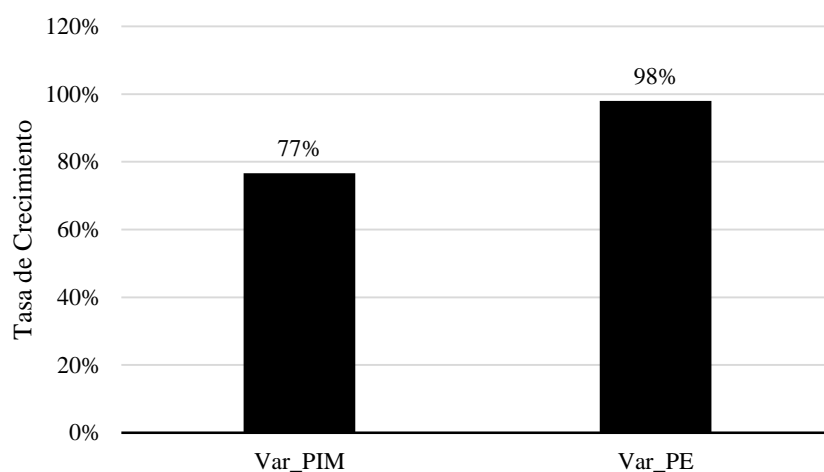
Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

El crecimiento de la asignación presupuestal (PIM) y su nivel de eficiencia, al parecer no tendrían una cierta relación, lo cual llama la atención al observar que en los años en que mayor fue el crecimiento presupuestal, al parecer menor fue la eficiencia de gasto de este y como referente a esta hipótesis se tiene el año 2008 en la que el crecimiento del presupuesto para ese año fue de 670% mientras que su eficiencia solo llegó a 24.6%, lo contrario sucede en el 2016 en donde el crecimiento fue de -52% respecto al año anterior sin embargo su eficiencia logrado para ese año es de 94.0%. (ver gráfica 7).

La hipótesis que se desprende de este resultado podría ser de dos formas: La primera es que no existe una relación entre el nivel de crecimiento de la asignación presupuestal, determinada este por la tasa de crecimiento anual, con el nivel de eficiencia respecto a los montos que se le asigna, esta hipótesis se descarta ya que teóricamente si existe esta relación ya que el nivel de eficiencia responde al monto ejecutado y este a la vez al monto presupuestal, entonces la interrogante es porque la gráfica demuestra lo contrario, el punto

está en que la relación estaría siendo negativa y la respuesta a esto es que estaría existiendo un nivel de ineficiencia de la gestión de inversiones del sector salud y que están bajo la competencia del Gobierno regional de Lima.

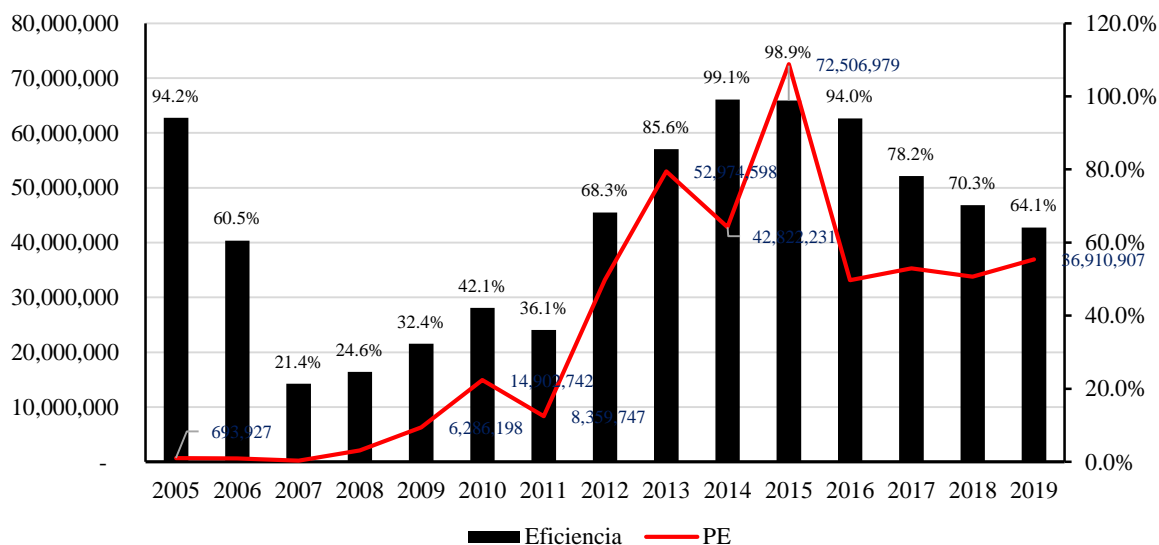
Gráfica 8 Tasa de crecimiento promedio del PIM y el PE para el presupuesto destinado a inversiones del sector salud (2005 – 2019)



Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

El crecimiento promedio del Presupuesto Modificado y del Presupuesto Ejecutado para los años de estudio se darían de la siguiente manera: El PIM tiene un crecimiento de 77% y el PE un 98%. (ver grafica 8)

Gráfica 9 Ejecución presupuestal y nivel de eficiencia de la Región Lima respecto al sector salud 2005 - 2019



Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

Respecto al presupuesto asignado y su nivel de ejecución para el cierre de brechas del sector salud, según la gráfica 9, se puede apreciar que la tendencia de los montos ejecutados estaría manteniendo al igual que el PIM, una tendencia creciente, sin embargo, respecto al nivel de eficiencia, este solo mantendría esta tendencia positiva hasta el 2014 y 2015 en la que la ejecución presupuestal logró una eficiencia del 99.1% y 98.9% respectivamente; luego de estos años el nivel de eficiencia estaría teniendo un deceso el cual no habría mejorado, así el 2019 cerraría con una eficiencia de solo 60.1%, lo que hace suponer que las últimas gestiones no habrían logrado superar el trabajo que sus antecesores antes del 2016.

Las siguientes 2 tablas mostrarán las cantidades de inversiones registradas, así como los montos referenciales estimados en el Banco de Proyectos en el periodo 2005 al 2019

Tabla 13 Inversiones registradas y monto referencial de su ejecución a nivel de sub programas para la Región Lima (2005 – 2019)

Sub programa	Cantidad	Monto viable
SALUD COLECTIVA	7	2,241,531.90
SALUD INDIVIDUAL	218	289,930,064.91
Total	225	292,171,596.81

Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

El registro de inversiones en salud colectiva dentro de los años 2005 al 2019, son 7 y el monto estimado que se estaría usando para su ejecución sería de S/2,241,531.90, mientras que para salud individual se tiene un registro de 218 con un monto referencial estimado para su ejecución de S/289,930,064.91 (ver tabla 13).

Tabla 14 Ubicación a nivel de provincias de las inversiones bajo la competencia del Gobierno regional de Lima provincias (2005 – 2019)

Ubicación de inversión	Cantidad	Monto viable
Barranca	12	7,838,783.35
Cajatambo	1	845,047.00
Canta	11	28,965,974.44
Cañete	47	50,608,167.47
DIRESA	13	23,611,893.50
Huaral	25	31,548,344.61
Huachipaico	54	19,871,545.10
Huaura	25	46,825,561.25
Oyón	11	67,488,222.69
Yauyos	26	14,568,057.40
Total	225	292,171,596.81

Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

En la tabla 14 se puede apreciar el registro de inversiones para el sector salud y que están subdivididas por ubicación de la inversión (provincia) para el periodo 2005 al 2019. Según esta tabla, Huarochirí sería la provincia que concentraría el mayor registro de inversiones (54) sin embargo Oyón sería el que al parecer invertiría en mayor monto (S/67'488,222.69). Cabe aclarar el registro de inversiones contempla a las inversiones consideradas proyectos e inversiones de Optimización, Ampliación Marginal, Rehabilitación y Reposición (IOARR)

Por otro lado, existe una partida de inversiones cuya ubicación registra a la Dirección Regional de Salud de esta Región (DIRESA), se menciona que las inversiones ubicadas en este, se refieren a inversiones cuya ejecución comprende la compra de equipamiento para centros de salud bajo la jurisdicción de esta dirección abarcando así no solo una provincia sino a un grupo de estas, se entiende que el motivo de esta modalidad responde mejor la eficiencia de ejecución de inversiones.

4.4. Fuentes de financiamiento para el sector salud en la Región Lima

Una vez determinada la asignación presupuestal a nivel de función y su ejecución a nivel provincial en la que se consideró registros del MEF (consulta amigable) y el Banco de Inversiones, ahora haremos una subdivisión al análisis de la eficiencia del gasto presupuestal, para lo cual tendremos que determinar los montos referenciales que la Región ha estado destinando para ejecutar inversiones en este sector y de esta manera determinar cuál de las fuentes de ingreso presupuestal se está usando con mayor eficiencia, además de analizar el comportamiento de estos en el periodo 2005 al 2019.

Tabla 15 Financiamiento total a nivel de sus ingresos para el sector salud 2005 – 2019 (Mill. de S/)

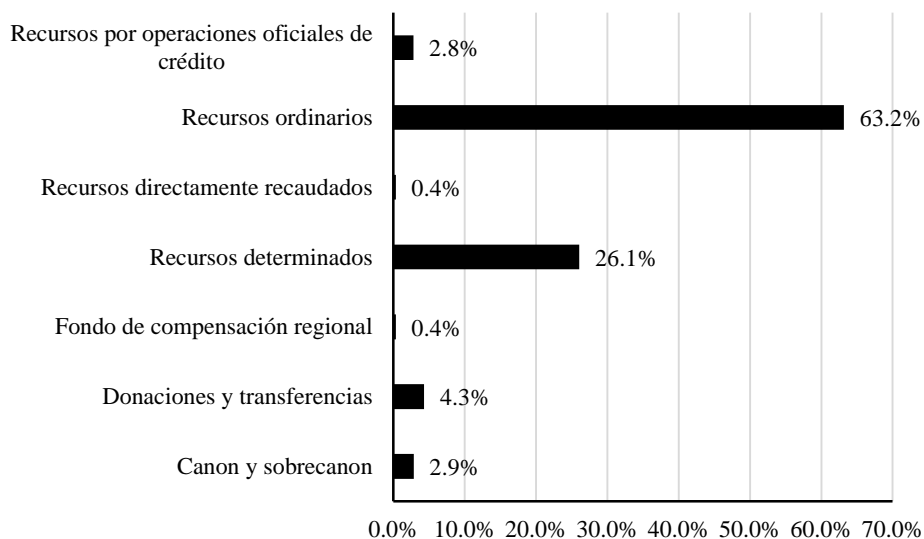
Fuentes de Financiamiento	PIA	PIM	Devengado
CANON Y SOBRECANON	2,205,000	16,702,277	4,146,388
DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	-	25,308,659	10,669,259
FONDO DE COMPENSACION REGIONAL	199,000	2,084,413	2,078,454
RECURSOS DETERMINADOS	57,197,554	152,204,747	98,088,264
RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	756,213	2,044,342	262,311
RECURSOS ORDINARIOS	382,249,920	368,659,543	277,287,054
RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO	-	16,476,370	11,948,335

Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

La tabla 15 muestra los montos totales que se habría destinado para la ejecución de inversiones en el sector salud a nivel de sus fuentes de financiamiento para la Región Lima durante el 2005 al 2019. Según registros, las fuentes de ingresos para la ejecución de inversiones del sector salud en los años 2005 al 2019 comprendería a:

- Canon y sobre canon
- Donaciones y transferencias
- Fondo de Compensación regional
- Recursos determinados
- Recursos directamente recaudados
- Recursos ordinarios
- Recursos por operaciones oficiales de crédito

Gráfica 10 Participación porcentual promedio del presupuesto destinado a inversiones en el sistema de salud a nivel de fuentes de ingreso (2005 – 2019)



Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

La gráfica 10 nos presenta los niveles de participación presupuestal porcentual a nivel de las fuentes de ingresos para ejecutar inversiones del sistema de salud y que está bajo la competencia del Gobierno regional de Lima. De esta manera los recursos ordinarios tendrían una participación del 63.2%, en segundo lugar, se encuentra el 26.1%, luego viene las donaciones y transferencias con 4.3%, canon y sobre canon con 2.9%, recursos por operaciones oficiales de crédito 2.8%, recursos directamente recaudados 0.4% y fondos de compensación regional 0.4%.

Tabla 16 Eficiencia de la ejecución presupuestal a nivel de sus fuentes de ingresos para el sector salud (2005 – 2019)

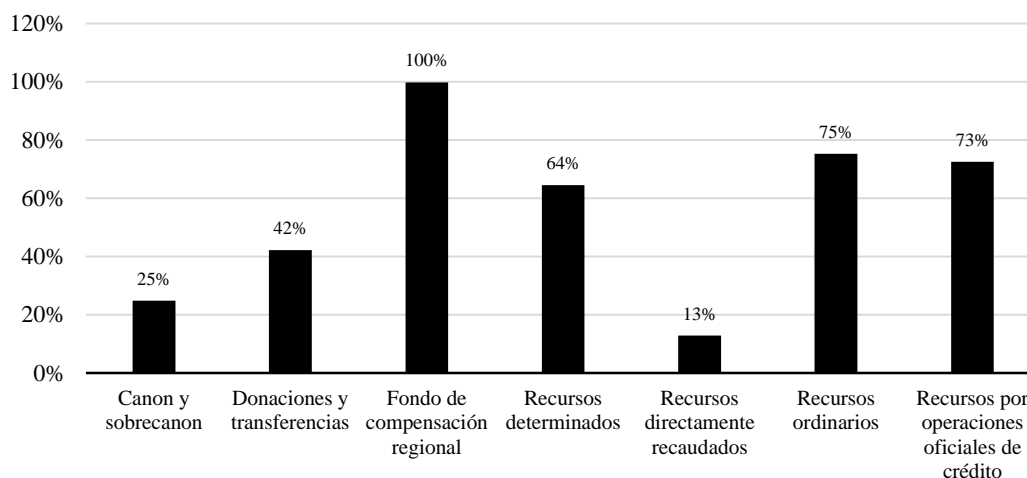
Etiquetas de fila	PIM	Eficiencia Promedio
Canon y sobrecanon	16,702,277	25%
Donaciones y transferencias	25,308,659	42%
Fondo de compensación regional	2,084,413	100%
Recursos determinados	152,204,747	64%
Recursos directamente recaudados	2,044,342	13%
Recursos ordinarios	368,659,543	75%
Recursos por operaciones oficiales de crédito	16,476,370	73%
Total	583,480,351	69%

Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

En la tabla 16 se puede apreciar los montos presupuestales a nivel de sus fuentes de ingreso en sumas totales para los años 2005 al 2019 respecto al PIM, así mismo, también se aprecia el nivel de eficiencia promedio con que se vendría ejecutando estas fuentes de ingresos para inversiones del sector salud en la Región Lima durante estos 15 años.

El nivel de eficiencia de las fuentes de financiamiento mostrarían que los fondos de compensación se estarían ejecutando a un 100% ocupando este de primer lugar, luego le seguiría los recursos ordinario con 75%, seguido de los recursos por operaciones oficiales de crédito con 73% y recursos determinados con 64%, hasta aquí serían los cuatro que se sobrepasan por lo menos el 50%, ya que luego de estos al parecer las gestiones no habrían Estado aprovechando de manera óptima ingresos provenientes del canon y sobrecanon (25%), donaciones y transferencias (42%) y los recursos directamente recaudados (13). La siguiente grafica representa mejor este análisis.

Gráfica 11 E El nivel de eficiencia desde una perspectiva de sus fuentes de ingresos se daría de la siguiente manera: Los fondos de compensación (2005-2019)



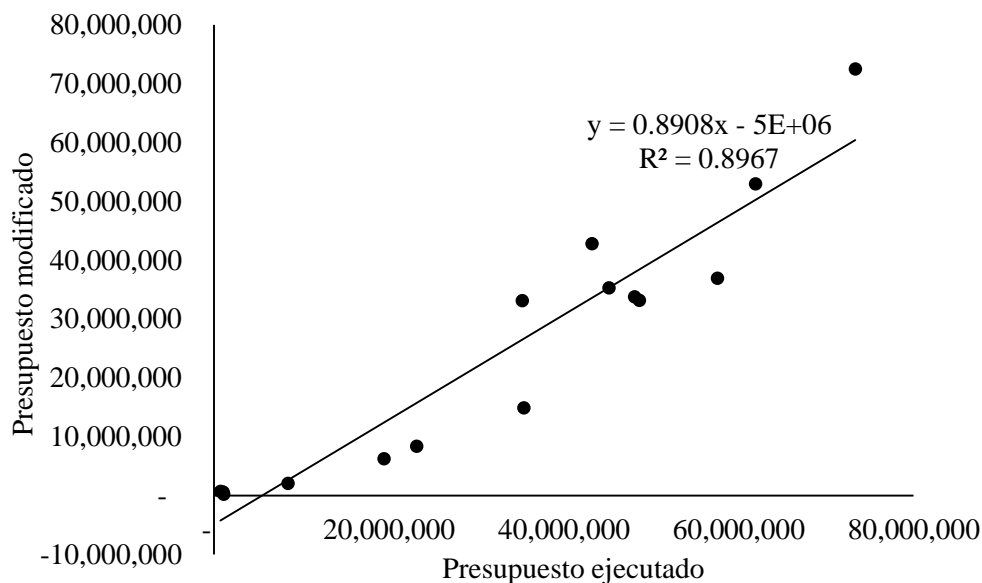
Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

Como se dijo, el fondo de compensaciones regional es la fuente presupuestal que mejor se viene ejecutando (100%) y los recursos directamente recaudados serían lo opuesto con solo 13% de eficiencia promedio durante el 2005 al 2019.

4.5. Relación entre las variables de estudio, PIM y su nivel de eficiencia (2005 – 2019)

Ahora analizaremos las razones que pudieran generar un nivel de eficiencia alto, en ese sentido se tendrá que determinar la relación y/o nivel de incidencia que pudieran tener las variables que lo determinan y en este caso tomaremos al PIM para realizar dicho análisis. Como se sabe, una de las razones de un incremento de la asignación presupuestal está en función a su desempeño con respecto al año anterior, bajo ese concepto haremos el siguiente análisis, en donde un incremento de la asignación presupuestal debería tener un mayor nivel de eficiencia.

Gráfica 12 Relación entre el presupuesto asignado y el presupuesto ejecutado del sector salud (2005 – 2019)



Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

La gráfica 12 muestra la relación positiva significativa de la asignación presupuestal y el presupuesto ejecutado para los años 2005 al 2019, esto a un nivel de confianza del 90%. Se observa que existe una relación positiva entre estas variables, tal cual se preveía en la teoría. Al parecer un incremento en un punto porcentual en el PIM generara un incremento de 0.89 en el Presupuesto ejecutado de los montos asignados para la ejecución de las inversiones en el sector salud de la Región Lima.

A continuación, haremos un análisis bajo un modelo de regresión lineal estimado con el Eviews para determinar el nivel de relación entre el Presupuesto Modificado y en Presupuesto Ejecutado.

Tabla 17 Prueba de heteroscedasticidad – Test de Durbin Watson para PIM y PE

Autocorrelación positiva	Zona de Indecisión		No Existe Autocorrelación	Zona de Indecisión		Autocorrelación Negativa
Rechazo Ho			Acepto Ho			Rechazo Ho
0	dl	du	2	4-du	4-dl	4
0.481285	1.077	1.361		2.639	2.923	

Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

Los resultados encontrados en la tabla 17 arrojaron una Durbin Watson de 0.481285 que cae en una zona de autocorrelación positiva del modelo por consiguiente es necesario hacer las correcciones necesarias. La siguiente tabla muestra la relación de las variables (PIM y PE) ya corregidas. Cabe recalcar que el modelo no presenta problemas de heterocedasticidad, el cual fue detectada a través de la prueba de White (ver tabla 26).

Tabla 18 Relación entre el presupuesto asignado y el presupuesto ejecutado del sector salud (2005 – 2019) - modelo corregido

Dependent Variable: PE

Method: Least Squares

Date: 06/23/20 Time: 17:50

Sample (adjusted): 2006 2019

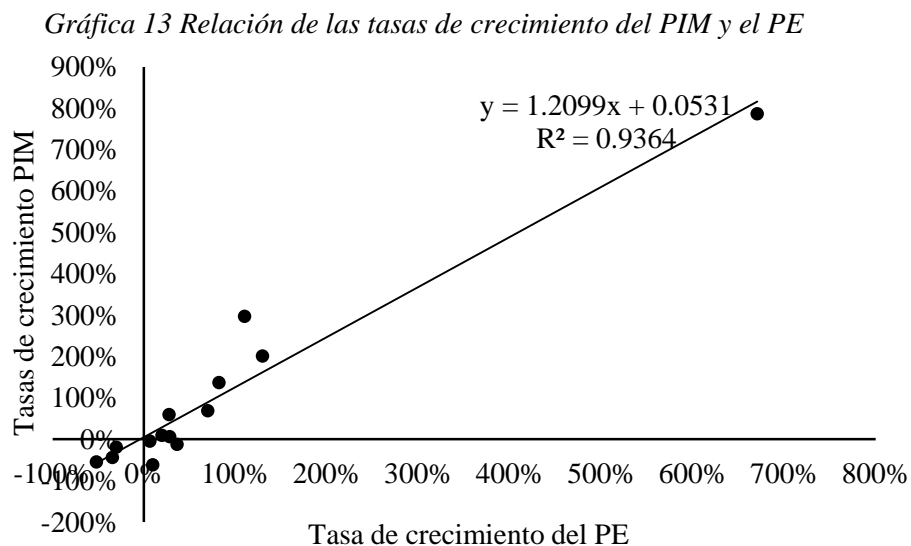
Included observations: 14 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	4902605.	7163430.	0.684393	0.5067
PIM(-1)	0.684485	0.183768	3.724725	0.0029
R-squared	0.536206	Mean dependent var		26649524
Adjusted R-squared	0.497557	S.D. dependent var		21908700
S.E. of regression	15529591	Akaike info criterion		36.08596
Sum squared resid	2.89E+15	Schwarz criterion		36.17725
Log likelihood	-250.6017	Hannan-Quinn criter.		36.07751
F-statistic	13.87358	Durbin-Watson stat		2.787662
Prob(F-statistic)	0.002902			

Fuente: Elaboración propia en el Eviews, datos extraídos del MEF, 04 de junio del 2020.

Con una Durbin Watson de 2.79, se comprueba que la corrección del modelo ya no presenta problemas de autocorrelación serial en la muestra, por otro lado, el R cuadrado a pesar que no es significativa, es aceptable para poder hacer inferencias en los resultados; de esta forma podríamos decir que existe una relación positiva pero no significativa del Presupuesto Modificado sobre el Presupuesto Ejecutado del sector salud que está bajo la competencia del Gobierno regional de Lima provincias, esto explicado a un 53.6%. en este sentido lo que se asume es que por cada un punto que se incremente el presupuesto (PIM) el PE lo hará en 0.68 puntos porcentuales. Se precisa que la muestra solo se considera 15 años, lo cual es aceptable bajo los parámetros del Eviews y según se señala en de libro de gujarati.

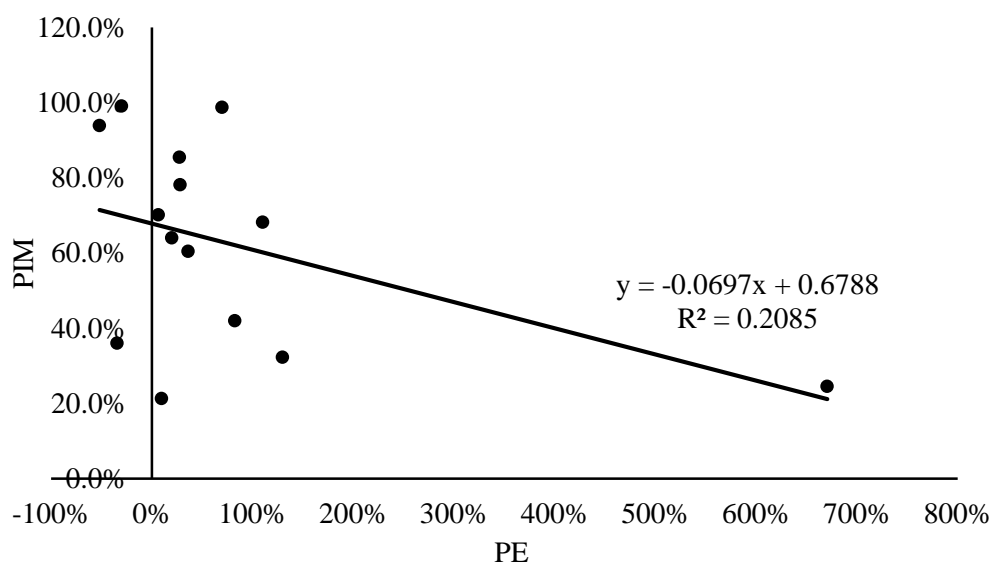
A continuación, veremos este análisis, pero, bajo las tasas de crecimiento de estas variables.



Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

En términos de sus tasas de crecimiento el análisis es casi el mismo, existe una relación positiva significativa entre el PIM y el PE respecto a sus tasas de crecimiento, esto a un nivel de confianza del 94% de esta forma un crecimiento de 1% del PIM genera un crecimiento de 1.2% del PE.

Gráfica 14 Relación entre la tasa de crecimiento del PIM y el nivel de eficiencia



Fuente: datos extraídos del MEF, 02 de junio del 2020.

El análisis principal se centra en la gráfica 14, en donde se puede apreciar que la relación entre el Presupuesto Modificado y el Presupuesto Ejecutado sería negativo, pero esto solo a un nivel de confianza del 21% según se aprecia en coeficiente de correlación, sin embargo este resultado podría ser cierto si analizamos que en la gráfica 9 ya nos daba señales de este resultado, el cual al parecer se estaría debiendo a una ineficiencia para la ejecución del presupuesto que se designa para ejecutar inversiones que cierren brechas en el sistema de salud. Bajo estos resultados se puede decir que un incremento en un punto porcentual en el Presupuesto Modificado, generara una disminución de la eficiencia de 0.06 puntos porcentuales.

Como parte de la investigación y al igual que en el anterior análisis, los resultados encontrados para la relación entre nivel de crecimiento del PIM y el nivel de eficiencia anual, se hace la verificación de la presencia de autocorrelación de su modelo para lo cual se está tomando los valores de la Durbin Watson.

Tabla 19 Prueba de heteroscedasticidad – Test de Durbin Watson para nivel de crecimiento del PIM y nivel de eficiencia presupuestal.

Autocorrelación positiva	Zona de Indecisión		No Existe Autocorrelación	Zona de Indecisión		Autocorrelación Negativa
Rechazo Ho			Acepto Ho			Rechazo Ho
0	dl	du	2	4-du	4-dl	4
	1.077	1.083	1.361	2.639	2.923	

Con una Durbin Watson de 1.083 podríamos considerar que el modelo no presenta problemas de autocorrelación serial en la muestra, con la cual aceptamos los resultados. (ver tabla 19). Por otro lado, según a prueba del Test de White (ver anexo 27), también se descarta el problema de heterocedasticidad. Con todo esto, el modelo para demostrar la relación entre el nivel de crecimiento del presupuesto asignado y su nivel de eficiencia para el sector salud durante los años 2005 al 2019 se presenta de la siguiente manera.

Tabla 20 Relación entre el crecimiento del PIM y su nivel de eficiencia en su ejecución (2005 – 2019)

Dependent Variable: EFICIENCIA

Method: Least Squares

Date: 06/23/20 Time: 15:55

Sample: 2005 2019

Included observations: 15

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	0.699993	0.071924	9.732345	0.0000
VAR_PIM	-0.072373	0.039434	-1.835282	0.0894
R-squared	0.205780	Mean dependent var		0.646533
Adjusted R-squared	0.144686	S.D. dependent var		0.275396

S.E. of regression	0.254695	Akaike info criterion	0.226064
Sum squared resid	0.843303	Schwarz criterion	0.320471
Log likelihood	0.304518	Hannan-Quinn criter.	0.225059
F-statistic	3.368259	Durbin-Watson stat	1.082978
Prob(F-statistic)	0.089440		

La tabla 20 muestra los resultados del Eviews en donde la Durbin Watson estimada es de 1.082978, del cual, como no cae en la zona de autocorrelación los resultados son aceptables, además ya se descartó los problemas de heterocedasticidad (ver tabla 27). Es así que a un nivel de significancia del 20.6, estadísticamente podemos decir que los resultados no serían aceptables, ya que la relación demostrada entre estas variables al parecer es negativa, sin embargo, dado el contexto en el que se desarrollan las mismas y en función a la teoría, es posible decir que dicha relación si sea negativa en donde un crecimiento en un punto porcentual en el presupuesto PIM generara una disminución de la ejecución de este en -0.07 puntos porcentuales.

Lo que los resultados nos hacen ver es que mientras más alto sea la asignación presupuestal para este sector, más difícil se le hará su ejecución, lo que significa que no es un problema de asignación de presupuesto lo que viene frenando las inversiones, sino la falta de gestión de estas para poder hacer su uso.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

Determinar la relación de las variables de estudio y su eficiencia, ha sido fundamental y para esto se ha tenido que analizar primero las variables por separado. Respecto a eso, entre las cosas que se analizaron fueron el comportamiento o tendencia que el PIM y PE han tenido durante los 15 años que comprende el estudio, los resultados que arroja la gráfica 3 indicaron que existe una similitud del comportamiento de estas variables para el presupuesto de la Región Lima, en donde ambos tendrían una tendencia creciente pero no uniforme ya que existen años en las que el presupuesto como su ejecución sufrieron una caída como en los años 2011 y 2016 en donde al parecer hubo un recorte considerable en su presupuesto. En un contexto más referenciado en la que se considera el presupuesto para la ejecución de inversiones del sector salud, este resultado es mucho más ajustado, en especial en los años 2014, 2015 y 2016 en donde se logró una eficiencia de gasto presupuestal de 99.1%, 98.9% y 94.0% respectivamente (ver gráfica 7).

Por otro lado, los resultados demostrarían que el sector salud sería el tercer sector con mayor participación en el presupuesto general con una participación promedio del 15.4% durante los años 2005 al 2019, si bien esta entre los cinco sectores que se llevan el mayor presupuesto, al parecer este no sería suficiente para cubrir el financiamiento de todas las inversiones pendientes ya que según la consulta en el MEF, el sector salud cuenta con 225

inversiones por concluir (2005 – 2019), para los cuales se estaría ejecutando S/292,171,596.81 aproximadamente, ya que esta estimación no contempla las modificaciones que se dan generalmente en la ejecución del Proyecto o IOARR. Hay que recordar que la condición de activos de una inversión en el Banco de proyectos significa que a la fecha no ha tenido observaciones y que están pendientes de ser ejecutas. Existe otras condiciones como cerrados, desactivados permanentemente y desactivados temporalmente, este último, si su estado es demasiado prolongado, debiera pasar a desactivado permanente mete según se menciona en la norma.

La investigación también requería un análisis de las fuentes de ingreso para financiar estas inversiones, de esta forma se pasó a extraer la data bajo la misma modalidad en el enlace del MEF “consulta amigable”. En donde lo que se encontró es que en 63.2% del financiamiento proviene de los recursos ordinarios y en segundo lugar esta los ingresos por recursos determinados con el 26.1% luego de estos las cifras siguientes tienen una mínima participación, si bien es cierto el fondo de compensación sería el de mayor eficiencia, este solo tendría una participación del 0.4% del presupuesto total lo cual podría justificar hasta cierto punto dicha eficiencia.

Respecto a la relación entre las variables de estudio, para ese análisis se ha considerado solo al Presupuesto Modificado, no solo por ser el último monto estimado, sino también porque a contrario del Presupuesto de Apertura, presenta la data completa requerida para este análisis. Los resultados encontrados demostrarían que si existe una relación positiva significativa entre al PIM y PE a lo largo de los 15 años, sin embargo, esta relación cuando se toma el nivel de crecimiento que ha estado experimentando el PIM con el nivel de eficiencia

para la ejecución de este, los resultados muestran que la relación es inversa, lo que significaría que mientras mayor sea el incremento del presupuesto, menor será la capacidad de gestión de inversión de este para ser ejecutada, esta problema podría estar relacionada a la falta de capacidad técnica, inclinaciones políticas y trabas burocráticas, cualquiera que fuera las razones, es necesario que sea quien esté a cargo ahora, tome las riendas y sea capaz de liderar un equipo con capacidad de gestión por resultados.

Así los resultados mostrados a través de la presentación de tablas y gráficas, aparte de la determinación de la hipótesis, un diagnóstico referencial de la asignación presupuestal y la ejecución de inversiones destinadas a cerrar brechas del sistema de salud y que están bajo la competencia del Gobierno regional. Cabe recalcar que el motivo del estudio era determinar el nivel de incidencia de la variable explicativa con la explicada para lo cual se tuvo que hacer otras evaluaciones complementarias a este a fin de lograr un mejor entendimiento. También se menciona que los montos estimados son referenciales ya que las instituciones como el MEF, tienen la potestad de realizar modificaciones de estos en su base de datos, sin embargo, no importa los montos modificados ya que estos no interfieren significativamente en las estimaciones estadísticas; los cuales se presentan como tasas, variaciones y porcentajes el cual obedece a un análisis estadístico.

5.2. Conclusiones

Los resultados al que el estudio llegó luego de un exhaustivo análisis, son de que si bien la ejecución presupuestal para inversiones contribuyen al cierre de brechas, este no se estaría ejecutando de manera eficiente y efectiva ya que a la fecha del estudio, aún se mantienen prestando servicios de salud deficientes que responden no solo 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 vinculados a este proceso. Bajo esta premisa se menciona que un incremento en un punto porcentual en el presupuesto destinado para la ejecución de inversiones en el sistema de salud de la Región Lima, generara una disminución de su eficiencia en 0.07 puntos porcentuales.

En función a los problemas específicos se presentan las siguientes conclusiones específicas del estudio:

- Respecto a la participación que viene teniendo el presupuesto destinado a la ejecución de inversiones en el sistema de salud, sobre el presupuesto general destinado para ejecución de inversiones del Gobierno regional de Lima se concluye que: La función salud tiene una participación del 15.4% sobre el presupuesto general que se le asigna a la Región Lima, el cual equivaldría a **S/373,787,268.00** para los quince años que comprende el estudio, ubicándolo así en el tercer lugar entre las demás funciones. Por otro lado, a la fecha existen 225 inversiones para el sector salud registrados entre proyectos e IOARR y que no están concluidas para lo cual se hará una inversión de S/292,171,596.81.
- Respecto a la evolución del presupuesto que se designa a la ejecución de inversiones del sector salud bajo la competencia del Gobierno Regional de Lima durante el 2005 al 2019 se concluye que: Primero que la tasa de crecimiento promedio del PIA, PIM y PE para el presupuesto general es de 30.3%, 25.7% y 30,0% respectivamente, respecto al presupuesto del sector salud el Presupuesto Modificado como el Presupuesto ejecutado estarían manteniendo una tendencia creciente pero no uniforme para ambos

variables; sin embargo, pese a esto el crecimiento promedio del PM sería de 77% promedio y del PE de 98% para los años que comprende el estudio.

- Sobre el nivel de eficiencia e incidencia de la ejecución presupuestal por fuentes de financiamiento para inversiones del sector salud durante los años 2005 al 2019 y que están bajo la competencia del Gobierno regional de Lima, se concluye que: En función al PIM, el nivel de participación en el presupuesto total para el sector salud se pudo determinar que el 63.2% del presupuesto proviene de los recursos ordinarios, siendo este el de mayor cantidad, luego le sigue los recursos determinados con una participación del 26.1%, luego viene las donaciones y transferencias con 4.3%, el canon y sobrecanon con 2.9%, los recursos por operaciones oficiales de crédito 2.8%, recursos directamente recaudados 0.4% y fondos de compensación regional con 0.4% también. Así mismo, analizando el nivel de eficiencia promedio de la ejecución de estos ingresos coloca a los fondos de compensación en primer lugar con 100%, recursos ordinarios 75%, recurso por operaciones oficiales de crédito 73%, recursos determinados 64%, donaciones y transferencias 42%, canon y sobrecanon 25% y recursos directamente recaudados 13%.

5.3.Recomendaciones

Las recomendaciones que se han de mencionar están en función a una visión de futurista mas no irreal, tanto del impacto que el presupuesto pudiera tener para ejecutar inversiones en este sector como la capacidad de resolución de los involucrados para gestionar los distintos procesos que comprende la estimación de un presupuesto. Bajo esta premisa se recomienda lo siguiente:

A la fecha de la presente, se tiene claro que las brechas del sistema de salud y que están bajo la competencia del Gobierno regional de Lima provincias, este no se estaría reduciendo de manera significativa, y la razón no necesariamente sería de la falta de presupuesto sino también a la incapacidad de ejecución de este. Por consiguiente, para mejorar el nivel de eficiencia de la ejecución presupuestal es preciso que este sea desarrollado por personal capacitado no solamente para estimar el presupuesto sino también para ejecutarlo; además de esto, se recomienda que todo el personal involucrado ya sean de Gobierno o empresa privada, tengan un papel y sobre todo compromiso para garantizar y priorizar inversiones que estén destinadas a mejorar el sistema de salud.

Además de la capacidad de gestión de los entes involucrados, tanto privados como públicos, es de suma importancia que las inversiones, desde su etapa de formulación o registro, cualquiera que fuera el caso, tengan un financiamiento asegurado, así como una programación sujeta a previa consulta de las autoridades con la población. De esta manera queda garantizada la ejecución de inversiones y evitar posibles retrasos por causas de estas. Complementario a esto, es preciso respetar las prioridades de las necesidades a atender en la población, lo cual significaría que el Gobierno regional debiera seguir manteniendo a las inversiones en este sector como una de las principales a ser atendidas.

También es fundamental que antes de decidir formular proyectos y/o IOARR es preciso que se haga un diagnóstico de la situación de estos, ya que se corre el riesgo de duplicidad de equipamiento o fraccionamiento de inversiones, el cual es una de las principales trabas en el proceso de gestión presupuestal para su ejecución en los órganos competentes a la hora de buscar financiamiento como en el MINSA. Así mismo, otra de las observaciones que se puede

apreciar en todas las entidades gubernamentales son los cambios intempestivos del personal involucrado y sin tener en cuenta su gestión por resultado que estos desempeñan, sino que dichos cambios responden a decisiones influenciadas por interés de particulares de algunos funcionarios.

Por otro lado, es claro que bajo presiones de una problemática que abarcase todo el sistema de salud como sucedió con la pandemia (COVID-19) el sistema peruano es muy vulnerable, logrando así comprometer toda la capacidad de atención de este, el solo 3% que se destina a este sector como parte del PBI no es suficiente y dicha pandemia lo puso al descubierto, es por eso que se debiera realizar diagnósticos periódicos de este tanto de los recursos humanos, tecnológicos como de la infraestructura y a raíz de esto, potenciar la capacidad de respuesta resolutive de todos los niveles de atención en salud a fin de evitar el congestionamiento. Y como parte de solución de esta problemática, la descentralización del sistema de salud pudiera ser una salida el cual genera una disminución de los costos de operacionalización.

CAPÍTULO VI

FUENTES DE INFORMACIÓN

6.1. Fuentes Bibliográficas

Anaya Villafaña, L. R. (2014). *“Análisis del gasto público federal mexicano de la administración pública en las áreas de educación, desarrollo social, seguridad social y salud durante la crisis económica de 2008 – 2010.”*. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.

Herrera Catalán, P., & Francke Ballve, P. (2009). *Análisis de la eficiencia del gasto municipal y sus determinantes*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

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.

Bellod Redondo, J. (2004). *Déficit público e instituciones presupuestarias: El caso de la comunidad autónoma de la Región de Murcia 1983-2003*. España.

Cañas García, A. (2015). *Discrecionalidad y Compensación del Gasto Publico en Gobiernos Estatales*. México: Centro de Investigación y Docencia Económica, A.C. - CIDE.

Chillón Ayay, E. (2016). *Capacidad de Ejecución del Gasto Público en los Proyectos de Inversión en la Municipalidad Provincial de Hualgayoc Bambamarca durante los*

Primeros tres Años de Gestión del Gobierno: 2007-2009 y 2011-2013. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca.

Díaz Toribio, J. J. (2019). *OPTIMIZACIÓN DEL GASTO PRESUPUESTAL Y EJECUCIÓN DE INVERSIÓN PÚBLICA DE LOS GOBIERNOS REGIONALES PERUANOS, PERÍODO 2011-2017.* Huaura: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

Alcalde Rabanal, Lazo Gonzáles, & Nigüenta. (2011). *Sistema de salud de Perú.* Lima - Perú: Salud pública de México.

Yucra Quispe, R. (2018). *ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL Y EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS PROGRAMADAS DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE PEDRO VILCA APAZA AYRAMPUNI SAN ANTONIO DE PUTINA, PERIODOS 2016 – 2017.* Puno: Universidad Nacional del Altiplano.

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

6.2.Fuentes hemerográficas

MEF. (Julio 2011). *El Sistema Nacional de Presupuesto.* Lima.

Gonzalo Neyra, A. (2006). *Discrecionalidad Presupuestaria en los Gobiernos Regionales ¿Avances en la descentralización en las Finanzas Públicas?* Arequipa: Centro de Investigación de la Universidad de Santa María.

Luna de los Ríos, A. (2016). *La Evaluación por calidad del Gasto y su Incidencia en la Adecuada Ejecución Presupuestaria en la Dirección Regional de Salud - Cajamarca, Periodo 2014*. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.

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

Mostajo Guardia, R. (2002). *El Sistema de Presupuesto en el Perú*. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social - ILPES.

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

Onofre Morocco, G. (2015). *“ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CRUCERO – PERIODOS 2012 Y 2013”*. Puno: Universidad Nacional del Altiplano - Puno.

6.3.Fuentes documentales

Alvarado, B., & Morón, E. (2011). *“Perú, hacia un presupuesto por resultados: afianzando la transparencia y rendición de cuentas”*. Lima: Universidad del Pacifico.

Bastidas Villanes, D., & Pisconte Ramos, J. (2009). *Estado y Gestión Pública*. Noruega: Instituto para la Democracia y la Asistencia Electoral - IDEA Internacional.

- Cetrángolo, O., Bertranou, F., Casanova, L., & Casalí, P. (2013). *ELSISTEMA DE SALUD DEL PERU: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Lima: EsSalud.
- MINSA. (2017). *Informe para la Transferencia de Gestión del Ministerio de salud*. Lima: Ministerio de salud- Perú.
- Valdez Huarcaya, W., & Napanga Saldaña, E. O. (2013). *Análisis de Situación de Salud del Perú*. Lima - Perú: ASKHA E.I.R.L.
- Aghón, G., & Krause - Junk, G. (1993). *Descentralización Fiscal: Marco conceptual*. Chile: LC/L.793.
- Cubas Aliaga, H. (2017). *Discrecionalidad Presupuestal y Ejecución de Inversión Pública en Gobiernos Regionales del Estado Peruano: 2011-2014*. Lima.
- Flores Aroni, J. E. (2017). *Evaluación de la Ejecución Presupuestal en la Municipalidad Distrital de Ayaviri Provincia de Melgar*. Puno: Universidad Nacional del Altiplano.
- Gonzales García, G. (2011). *Modelo de Gestión Gubernamental Basado en Resultados; Incluye Estudios de Caso*. México: Universidad Autónoma de México.
- Vega Castro, J. (2008). *“Análisis del proceso de descentralización fiscal en el Perú”*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.

6.4.Fuentes electrónicas

MEF. (martes de julio de 2011). *Ministerio de Economía y Finanzas*. Obtenido de Ministerio de Economía y Finanzas:
https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/capacita/guia_sistema_nacional_presupuesto.pdf

MEF. (2019). *Ministerio de Economía y Finanzas*. Obtenido de <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-publico-sp-18162>

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>

MEF. (lunes de marzo de 2020). *Ministerio de Economía y Finanzas - Inversión Pública*. Obtenido de Ministerio de Economía y Finanzas - Inversión Pública: <https://www.mef.gob.pe/es/glosario-sp-5902/Proyecto>

Merino, C. (14 de diciembre de 2018). *La República*. Obtenido de La República: <https://larepublica.pe/economia/1375541-lima-ciudades-presentara-crecimiento-economico-rapido-region/>

Montajo Guardia, R. (marzo de 2002). *El Sistema Presupuestario en el Perú*. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social - ILPES. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7267/1/S023177_es.pdf

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-publica-municipal/sistema-nacional-de-presupuesto/>

ESAN. (25 de junio de 2019). *Conexionesan*. Obtenido de conexionesan: <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2019/06/balance-economico-2019-perspectivas-del-crecimiento-economico-en-el-peru/>

RyC Consulting. (2018). *R y C consultin - Escuela de Gobierno y Gestión Pública*. Obtenido de R y C consultin - Escuela de Gobierno y Gestión Pública: <http://www.escueladeGobierno.edu.pe/fases-del-proceso-presupuestario/>

CEPLAN. (10 de junio de 2020). *Centro Nacional de Planeamiento Estratégico*. Obtenido de Centro Nacional de Planeamiento Estratégico: <https://www.ceplan.gob.pe/informacion-de-brechas-territoriales/>.

ANEXOS

Tabla 21 Matriz de consistencia del trabajo de investigación

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADOR	METODOLOGIA
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL			
¿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 – 2019?	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 – 2019.	Existe una incidencia significativa positiva de la ejecución presupuestal de las inversiones en el cierre de brechas del sector salud en la Región Lima provincia durante los años 2005 – 2019.	INDEPENDIENTE	• Tasa de crecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque: Metodológico mixto • Tipo: Básico, transaccional y transversal • Diseño: No experimental, descriptivo, transeccional y correlacional • Nivel: Básico (Descriptivo, correlacional y explicativo) • Población y Muestra: Constituida por la base de datos cualitativa y cuantitativa para la Región Lima. • Técnicas de recolección de datos: Es de carácter secundario procedente del MEF. • Análisis de interpretación de la información: Se empleará el programa Excel y Eviews teniendo en cuenta el contexto histórico y económico de la Región.
PROBLEMA ESPECÍFICO	OBJ.ET. ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS			
¿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 al 2019?	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 al 2019.	El presupuesto para inversiones en el sector salud ha tenido una participación positiva del 15% promedio sobre el presupuesto total de la Región Lima durante los años 2005 al 2019.	<ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) • Presupuesto Institucional Modificado (PIM) 	<ul style="list-style-type: none"> • Variación porcentual. • Variación y crecimiento acumulado. • Línea de tendencia 	
¿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 al 2019?	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 al 2019.	Existe una evolución positiva y favorable en la asignación del presupuesto para inversiones en el sector salud de la Región Lima durante los años 2005 al 2019.	DEPENDIENTE		
¿Con que nivel de eficiencia se viene desarrollando la ejecución presupuestal de las inversiones del sector salud según sus fuentes de ingresos en la Región Lima durante los años 2005 al 2019?	Determinar con qué nivel de eficiencia se viene desarrollando la ejecución presupuestal de las inversiones del sector salud en la Región Lima durante los años 2005 al 2019.	Existe un nivel de eficiencia promedio del 80% en la ejecución presupuestal de las inversiones del sector salud en la Región Lima durante los años 2005 al 2019.	<ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto Ejecutado (PE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación porcentual anual y promedio 	

Fuente: Elaboración propia del investigador.

Tabla 22 Presupuesto para el Gobierno regional – Sector Salud 2005 al 2019 (Mill. de soles)

Año	Función	PIA	PIM	Atención de Compromiso Mensual	Devengado	Girado	Avance %
2005	SALUD Y SANEAMIENTO	2.404.000	13.154.816	3.307.972	3.302.026	3.301.530	25,1
2006	SALUD Y SANEAMIENTO	1.584.500	16.225.796	3.531.640	3.531.640	3.529.350	21,8
2007	SALUD Y SANEAMIENTO	6.377.068	20.725.303	8.251.979	8.251.979	8.244.829	39,8
2008	SALUD Y SANEAMIENTO	23.048.000	42.315.089	20.030.275	19.227.375	17.877.932	45,4
2009	SALUD	6.028.204	19.428.329	6.480.391	6.286.198	6.265.354	32,4
2010	SALUD	0	35.396.175	14.902.742	14.902.742	14.902.738	42,1
2011	SALUD	10.234.956	23.151.402	14.654.751	8.359.747	8.359.747	36,1
2012	SALUD	6.095.435	48.622.202	33.668.706	33.192.709	33.186.963	68,3
2013	SALUD	54.286.579	61.912.510	53.061.735	52.974.598	52.974.598	85,6
2014	SALUD	30.561.711	43.197.476	42.840.517	42.822.231	42.822.231	99,1
2015	SALUD	95.938.018	73.336.041	72.507.081	72.506.979	72.506.979	98,9
2016	SALUD	67.893.030	35.235.319	33.742.633	33.122.402	33.122.402	94,0
2017	SALUD	55.485.860	45.150.761	44.315.994	35.316.532	35.309.167	78,2
2018	SALUD	37.402.593	48.071.899	43.982.970	33.772.003	33.771.345	70,3
2019	SALUD	45.267.733	57.557.233	36.910.907	36.910.907	36.910.707	64,1

Fuente: datos extraídos de “consulta amigable – MEF”.

Tabla 23 Fuentes de Financiamiento para la ejecución de inversiones del sector salud en la Región Lima

Fuente de Financiamiento	PIA	PIM	Ejecución			Avance %	Año
			Aten. de Compr.	Mensual	Devengado		
01: CANON Y SOBRECANON	2.205.000	11.070.403	1.223.572	1.223.572	1.223.075	11,1	2005
15: FONDO DE COMPENSACION REGIONAL	199000	2.084.413	2.084.400	2.078.454	2.078.454	99,7	2005
00: RECURSOS ORDINARIOS	1.584.500	608.826	608.824	608.824	608.824	100,0	2006
01: CANON, SOBRECANON, REGALIAS Y PARTICIPACIONES	0	5.631.874	2.922.816	2.922.816	2.920.526	51,9	2006
13: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0	9.985.096	0	0	0	0,0	2006
1: RECURSOS ORDINARIOS	5.977.068	6.466.935	2.371.299	2.371.299	2.365.169	36,7	2007
4: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0	5.554.772	4.054.525	4.054.525	4.054.525	73,0	2007
5: RECURSOS DETERMINADOS	400000	8.703.596	1.826.154	1.826.154	1.825.134	21,0	2007
1: RECURSOS ORDINARIOS	20.798.000	24.701.193	12.140.116	11.822.905	10.519.864	47,9	2008
2: RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	0	1.259.184	0	0	0	0,0	2008
4: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0	4.647.790	4.355.683	4.338.083	4.338.083	93,3	2008
5: RECURSOS DETERMINADOS	2.250.000	11.706.922	3.534.475	3.066.387	3.019.985	26,2	2008
1: RECURSOS ORDINARIOS	2.448.639	11.250.927	3.152.795	2.958.602	2.937.759	26,3	2009
2: RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	755.213	520.199	0	0	0	0,0	2009
4: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0	371.567	23.400	23.400	23.400	6,3	2009
5: RECURSOS DETERMINADOS	2.824.352	7.285.636	3.304.195	3.304.195	3.304.195	45,4	2009
1: RECURSOS ORDINARIOS	0	19.312.648	9.750.244	9.750.244	9.750.240	50,5	2010
4: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0	2.250.147	529.754	529.754	529.754	23,5	2010
5: RECURSOS DETERMINADOS	0	13.833.380	4.622.744	4.622.744	4.622.744	33,4	2010
1: RECURSOS ORDINARIOS	0	9.673.438	3.584.184	3.061.583	3.061.583	31,6	2011
4: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0	1.720.393	1.230.935	1.230.935	1.230.935	71,6	2011
5: RECURSOS DETERMINADOS	10.234.956	11.757.571	9.839.631	4.067.228	4.067.228	34,6	2011
1: RECURSOS ORDINARIOS	6.095.435	30.108.361	15.299.102	15.107.160	15.105.914	50,2	2012
4: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0	460.272	344.420	298.346	298.346	64,8	2012
5: RECURSOS DETERMINADOS	0	18.053.569	18.025.184	17.787.202	17.782.702	98,5	2012
1: RECURSOS ORDINARIOS	53.963.657	43.587.814	34.748.606	34.721.956	34.721.956	79,7	2013
2: RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	0	7.548	4.900	4.900	4.900	64,9	2013

4: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0	207	0	0	0	0,0	2013
5: RECURSOS DETERMINADOS	322.922	18.316.941	18.308.228	18.247.743	18.247.743	99,6	2013
1: RECURSOS ORDINARIOS	21.119.271	27.823.703	27.635.815	27.618.146	27.618.146	99,3	2014
4: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0	46280	0	0	0	0,0	2014
5: RECURSOS DETERMINADOS	9.442.440	15.327.493	15.204.702	15.204.084	15.204.084	99,2	2014
1: RECURSOS ORDINARIOS	93.299.394	56.989.825	56.165.829	56.165.729	56.165.729	98,6	2015
2: RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	1000	0	0	0	0	0,0	2015
4: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0	46280	45.916	45.916	45.916	99,2	2015
5: RECURSOS DETERMINADOS	2.637.624	16.299.936	16.295.335	16.295.335	16.295.335	100,0	2015
1: RECURSOS ORDINARIOS	67.893.030	30.603.688	30.525.378	30.520.378	30.520.378	99,7	2016
2: RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	0	21.973	21.973	21.973	21.973	100,0	2016
3: RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO	0	3.344.764	1.963.662	1.348.431	1.348.431	40,3	2016
5: RECURSOS DETERMINADOS	0	1.264.894	1.231.620	1.231.620	1.231.620	97,4	2016
1: RECURSOS ORDINARIOS	52.706.821	43.377.615	43.143.009	34.143.548	34.143.548	78,7	2017
3: RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO	0	1.322.055	978.384	978.384	971.018	74,0	2017
5: RECURSOS DETERMINADOS	2.779.039	451.091	194.601	194.601	194.601	43,1	2017
1: RECURSOS ORDINARIOS	32.690.994	34.771.304	33.393.654	23.799.502	23.799.502	68,4	2018
2: RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	0	235.438	235.438	235.438	235.438	100,0	2018
3: RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO	0	11.115.198	9.771.777	9.173.870	9.173.212	82,5	2018
5: RECURSOS DETERMINADOS	4.711.599	1.949.959	582.101	563.192	563.192	28,9	2018
1: RECURSOS ORDINARIOS	23.673.111	29.383.266	24.637.178	24.637.178	24.637.178	83,8	2019
3: RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO	0	694.353	447.650	447.650	447.650	64,5	2019
4: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0	225.855	148.300	148.300	148.300	65,7	2019
5: RECURSOS DETERMINADOS	21.594.622	27.253.759	11.677.779	11.677.779	11.677.579	42,8	2019

Fuente: datos extraídos de “consulta amigable – MEF”.

Tabla 24 Relación entre el PIM y el PE para el presupuesto destinado a inversiones del sistema de salud bajo la competencia del Gobierno regional de Lima provincias.

Dependent Variable: PE

Method: Least Squares

Date: 06/23/20 Time: 15:22

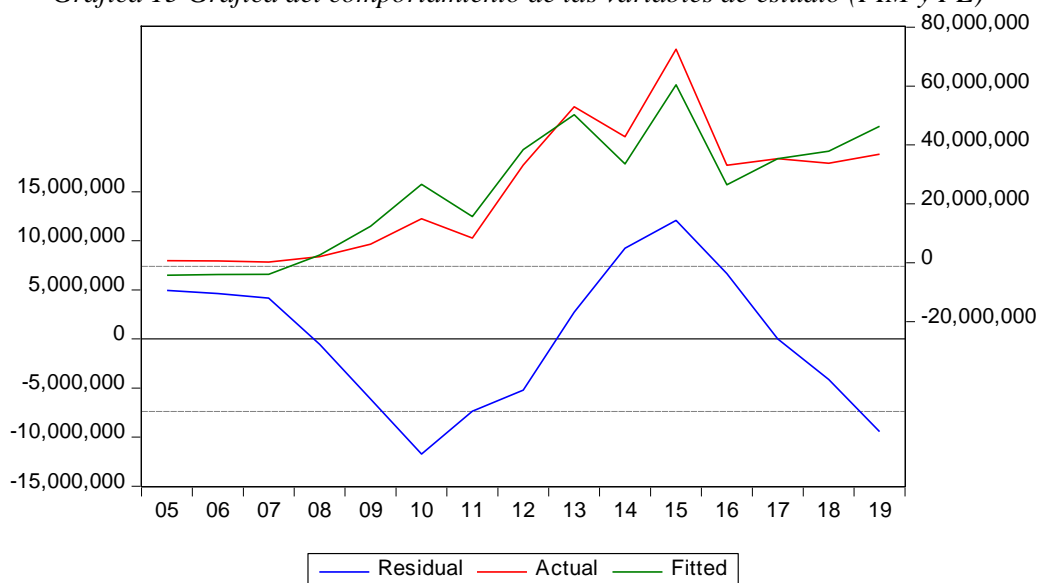
Sample: 2005 2019

Included observations: 15

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-4914348.	3394157.	-1.447885	0.1713
PIM	0.890810	0.083837	10.62554	0.0000
R-squared	0.896745	Mean dependent var		24919151
Adjusted R-squared	0.888803	S.D. dependent var		22149919
S.E. of regression	7386174.	Akaike info criterion		34.59168
Sum squared resid	7.09E+14	Schwarz criterion		34.68609
Log likelihood	-257.4376	Hannan-Quinn criter.		34.59068
F-statistic	112.9022	Durbin-Watson stat		0.481285
Prob(F-statistic)	0.000000			

Fuente: Elaboración propia en el Eviews, datos extraídos de “consulta amigable – MEF”.

Gráfica 15 Gráfica del comportamiento de las variables de estudio (PIM y PE)



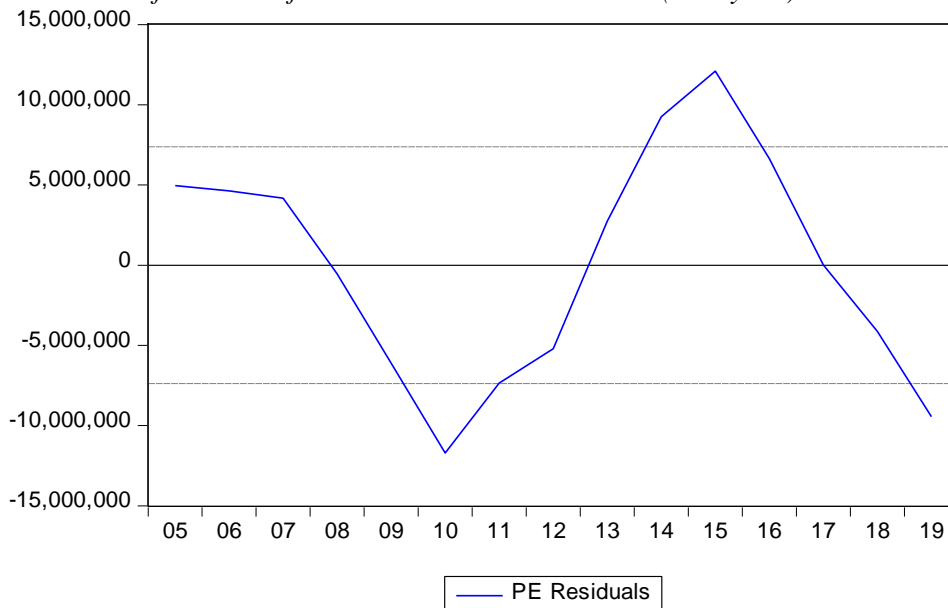
Fuente: Elaboración propia en el Eviews, datos extraídos de “consulta amigable – MEF”.

Tabla 25 Estimación de los residuos del modelo para la relación del PIM entre el PE

Actual	Fitted	Residual	Residual Plot
607029	5406959...	-479993...	
234988	5588827...	-535383...	
2084276	5654116...	-356984...	
6286198	106918...	-440570...	
14902742	182009...	-329825...	
8359747	291307...	-207709...	
33192709	207493...	124433...	
52974598	381837...	147908...	
42822231	472807...	-445852...	
72506979	344706...	380363...	
33122402	550999...	-219775...	
35316532	290206...	6295896...	
33772003	358076...	-203559...	
36910907	378070...	-896168...	

Fuente: Elaboración propia en el Eviews, datos extraídos de “consulta amigable – MEF”.

Gráfica 16 Gráfica de los residuos del modelo (PIM y PE)



Fuente: Elaboración propia en el Eviews, datos extraídos de “consulta amigable – MEF”.

Tabla 26 Prueba de heterocedasticidad – Test de White para el modelo de la relación entre el PIM y el PE

Heteroskedasticity Test: White

F-statistic	1.584969 Prob. F(2,12)	0.2450
Obs*R-squared	3.134427 Prob. Chi-Square(2)	0.2086
Scaled explained SS	1.077552 Prob. Chi-Square(2)	0.5835

Test Equation:

Dependent Variable: RESID^2

Method: Least Squares

Date: 06/23/20 Time: 16:12

Sample: 2005 2019

Included observations: 15

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	2.31E+13	2.46E+13	0.941175	0.3652
PIM^2	0.010034	0.024388	0.411413	0.6880
PIM	230153.6	1670307.	0.137791	0.8927

R-squared	0.208962	Mean dependent var	4.73E+13
Adjusted R-squared	0.077122	S.D. dependent var	4.68E+13
S.E. of regression	4.50E+13	Akaike info criterion	65.88934
Sum squared resid	2.43E+28	Schwarz criterion	66.03095
Log likelihood	-491.1701	Hannan-Quinn criter.	65.88783
F-statistic	1.584969	Durbin-Watson stat	1.590826
Prob(F-statistic)	0.245011		

Fuente: Elaboración propia en el Eviews, datos extraídos de “consulta amigable – MEF”.

Tabla 27 Prueba de heterocedasticidad para la relación entre el PIM y su nivel eficiencia

Heteroskedasticity Test: White

F-statistic	0.496535 Prob. F(2,12)	0.6206
Obs*R-squared	1.146461 Prob. Chi-Square(2)	0.5637
Scaled explained SS	0.525812 Prob. Chi-Square(2)	0.7688

Test Equation:

Dependent Variable: RESID^2

Method: Least Squares

Date: 06/23/20 Time: 18:05

Sample: 2005 2019

Included observations: 15

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	0.065674	0.020623	3.184594	0.0079
VAR_PIM^2	0.001468	0.005874	0.249839	0.8069
VAR_PIM	-0.019408	0.039163	-0.495577	0.6291

R-squared	0.076431	Mean dependent var	0.056220
Adjusted R-squared	-0.077497	S.D. dependent var	0.064309
S.E. of regression	0.066755	Akaike info criterion	-2.398733
Sum squared resid	0.053474	Schwarz criterion	-2.257123
Log likelihood	20.99050	Hannan-Quinn criter.	-2.400242
F-statistic	0.496535	Durbin-Watson stat	2.103181
Prob(F-statistic)	0.620607		

Fuente: Elaboración propia en el Eviews, datos extraídos de “consulta amigable – MEF”.

Gráfica 17 comportamiento de las variables de estudio – nivel de crecimiento del presupuesto y nivel de ejecución presupuestal



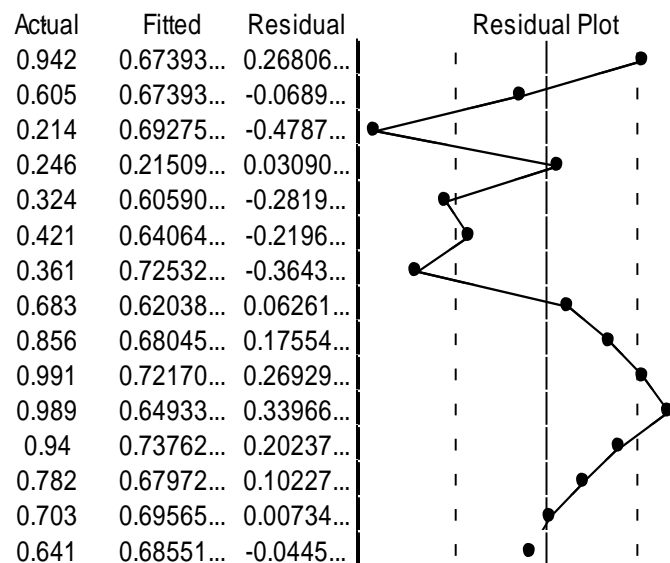
Fuente: Elaboración propia en el Eviews, datos extraídos de “consulta amigable”

Gráfica 18 Residuos del modelo de la relación entre el nivel de crecimiento del PIM y el nivel de eficiencia del gasto presupuestal



Fuente: Elaboración propia en el Eviews, datos extraídos de “consulta amigable – MEF”.

Tabla 28 Estimación de los residuos la relación entre el nivel de crecimiento del PIM y el nivel de eficiencia del gasto presupuestal



Fuente: Elaboración propia en el Eviews, datos extraídos de “consulta amigable – MEF”.