

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CIENCIAS
ECONÓMICAS



TESIS

**“IMPACTO DEL GASTO PÚBLICO EN LOS INDICADORES DE SALUD EN
EL PERÚ; PERIODO 2009-2014: PROSPECCIÓN Y PROPUESTA SECTORIAL
PARA MEJORAR EL LOGRO DE METAS DEL PLAN BICENTENARIO, EL
PERÚ HACIA EL 2021”**

PRESENTADO POR:

Bachiller HECTOR QUIROZ VELEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ECONOMISTA

Lima – Perú

2019

DEDICATORIA

A mi hacedor divino por la fortaleza y voluntad brindada, a mis queridos padres, esposa e hijos que con esmero y dedicación me motivan al camino de la superación; gracias por su apoyo incondicional en el logro de mis objetivos profesionales.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a esta mi casa de estudios por brindarme la oportunidad de estudiar en ella, a todos mis profesores y asesores que en este camino me han impartido sus sabias enseñanzas profesionales; gracias por su aliento y motivación permanente para alcanzar mis objetivos profesionales.

PRESENTACIÓN

El sistema de salud peruano presenta un elevado grado de fragmentación, una importante proporción de población no cubierta y grandes diferencias de cobertura entre los individuos efectivamente alcanzados por la prestación. Si bien se encuentran en proceso de diseño e implementación diversas iniciativas tendientes a mejorar esta situación y resolver problemas estructurales del sistema, todavía queda un largo camino de reformas por transitar hasta alcanzar los objetivos que se plantea la sociedad. Por otra parte, no existe un camino único y consensuado de políticas sanitarias que relacione gasto con indicadores de salud de la población sino, por el contrario, varias son las alternativas que se les presentan a los gobiernos. El progreso de las condiciones de salud se refleja en una mejor calidad de vida, bienestar individual y desarrollo de la sociedad; por ello es indispensable la investigación en salud para lograr su conocimiento y comprensión, con el propósito de crear estrategias y soluciones sectoriales.

De conformidad a lo dispuesto en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias Administrativas y Ciencias Económicas de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega presento la Tesis Titulada: “IMPACTO DEL GASTO PÚBLICO EN LOS INDICADORES DE SALUD EN EL PERÚ; PERIODO 2009-2014: PROSPECCIÓN Y PROPUESTA SECTORIAL PARA MEJORAR EL LOGRO DE METAS DEL PLAN BICENTENARIO, EL PERÚ HACIA EL 2021”; con la finalidad de analizar el impacto del Gasto Público en los Indicadores de Salud en un periodo de seis años; aplicando el método científico y cuyos resultados buscan aportar e incentivar la investigación sanitaria pública para mejorar el sector social salud.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
PRESENTACIÓN	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCCIÓN	xvii
CAPÍTULO I.	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 SITUACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA	1
1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
1.2.1 Problema General	5
1.2.2 Problemas Específicos	5
1.3 JUSTIFICACIÓN	6
1.3.1 Justificación Teórica	8
1.3.2 Justificación Práctica	8
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.4.1 Objetivo General	8
1.4.2 Objetivos Específicos	8

CAPÍTULO II.	9
2. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	9
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	9
2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
2.2.1 Enfoques Teóricos sobre el Estudio de la Salud	12
2.2.2 Los Modelos de Calidad de los Servicios	25
2.2.3 El Modelo de Atención Integral de Salud: OPS/OMS	30
2.2.4 El Sistema de Salud de Perú	32
2.3 MARCO CONCEPTUAL / GLOSARIO DE TÉRMINOS	57
2.4 RESUMEN DEL MARCO TEORICO	61
CAPÍTULO III.	66
3. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	66
3.1 HIPÓTESIS GENERAL	66
3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	66
3.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES	66
3.3.1 Variables	66
3.3.2 Indicadores	67
3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	68
CAPÍTULO IV.	70
4. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	70
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	70
4.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	70
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	71

4.4	SELECCIÓN DE LA MUESTRA	71
4.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	72
4.6	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	72
CAPÍTULO V.		73
5. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL GASTO PÚBLICO E INDICADORES DE SALUD EN EL PERÚ: PERIODO 2009-2014		73
5.1	LOS PRINCIPALES INDICADORES NACIONALES DE LA SALUD	73
5.2	LOS INDICADORES DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD: 2009-2014	74
5.2.1	Gasto Nacional en Salud como Porcentaje del PBI	74
5.2.2	Gasto Público como Porcentaje del Gasto Total	76
5.2.3	Gasto Total en Salud Per Cápita	87
5.3	LOS INDICADORES DE LA SALUD PÚBLICA	89
5.3.1	Cobertura de vacunación	89
5.3.2	Desnutrición crónica niños menores a cinco años (Según Patrón OMS)	96
5.3.3	Egreso hospitalario	103
5.3.4	Esperanza de vida al nacer	107
5.3.5	Razón de mortalidad materna	109
5.3.6	Tasa de morbilidad	114
5.3.7	Tasa de mortalidad general	123
5.3.8	Tasa de mortalidad infantil	127
5.3.9	Tasa global de fecundidad	130

CAPÍTULO VI.	133
6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	133
6.1 PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	133
6.1.1 Evaluación de impacto del gasto público en los indicadores de salud; Perú: 2009-2014	133
6.1.2 Evaluación de eficacia de los objetivos estratégicos sectoriales en los Indicadores de Salud; Perú: 2009-2014	138
6.1.3 Evaluación prospectiva de logro de metas de salud del Plan Bicentenario: El Perú Hacia 2021 y Propuesta a nivel Políticas y Estrategias de Salud	140
6.2 CONTRASTACIÓN Y/O PRUEBA DE HIPÓTESIS	141
6.2.1 Prueba de Hipótesis Específica 1	141
6.2.2 Prueba de Hipótesis Específica 2	143
6.2.3 Prueba de Hipótesis Específica 3	144
6.3 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS: ANÁLISIS IBM SPSS	145
 CAPÍTULO VII.	 152
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	152
7.1 CONCLUSIONES	152
7.2 RECOMENDACIONES	156
 BIBLIOGRAFÍA	 158
ANEXOS:	162
Anexo 01: Matriz de Consistencia de la Investigación	163

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1.</i> Principales Indicadores de la Salud.	24
<i>Tabla 2.</i> Determinantes de la Calidad de Servicio: Servqual.....	29
<i>Tabla 3.</i> Calidad de Servicio Percibida: Parasuraman (1988 A 1991).	30
<i>Tabla 4.</i> Sida: Casos Acumulados VIH y Sida 2000-2011.....	49
<i>Tabla 5.</i> Casos de Hepatitis B hasta la semana 29 de los años 2008-2011.....	50
<i>Tabla 6.</i> Casos Malaria por Especies. Comparado hasta Semana 35, 2007-2011.	51
<i>Tabla 7.</i> Casos Enfermedad Chagas por región. Reporte Sistema Vigilancia, 2006-2011.	53
<i>Tabla 8.</i> Casos de Hipertensión Arterial por Etapas de Vida, MINSA 2009.....	55
<i>Tabla 9.</i> Genéricas de Gasto en el Presupuesto Público.	67
<i>Tabla 10.</i> Operacionalización de las Variables.....	68
<i>Tabla 11.</i> Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.	72
<i>Tabla 12.</i> Gasto En Salud Como Porcentaje del PBI: 2009-2014.	75
<i>Tabla 13.</i> Distribución del Presupuesto por Función del Estado: 2009-2014.....	77
<i>Tabla 14.</i> Presupuesto Asignado PIM en el Periodo 2009-2014; Función 20: Salud.....	79
<i>Tabla 15.</i> Presupuesto Ordinario y Presupuesto Generado.....	79
<i>Tabla 16.</i> Presupuesto Asignado por Fuentes de Financiamiento.	80
<i>Tabla 17.</i> Presupuesto Asignado por Genéricas de Gasto: Perú 2009-2014.....	81
<i>Tabla 18.</i> Presupuesto Asignado por Categoría de Gasto: 2009-2014.	82
<i>Tabla 19.</i> Evolución PIM Anual, Acumulado PIM y Promedio Anual PIM: 2009-2014. .	83
<i>Tabla 20.</i> Presupuesto Ejecutado por Fuentes de Financiamiento: 2009-2014.	85
<i>Tabla 21.</i> Presupuesto Ejecutado Por Genéricas De Gasto: 2009-2014.	86
<i>Tabla 22.</i> Gasto en Salud Per Cápita en América del Sur: 2009-2014.	88
<i>Tabla 23.</i> Esquema de Vacunación, Perú.....	92

<i>Tabla 24.</i> Coberturas De Vacunación En Niños 0 A 29 Meses.	92
<i>Tabla 25.</i> Desnutrición Crónica de Niños Menores a Cinco Años.	96
<i>Tabla 26.</i> Desnutrición Crónica Infantil a Nivel Departamental: DCI Perú 2014.	99
<i>Tabla 27.</i> Evolución de la DCI < 5 Años; según regiones naturales.	102
<i>Tabla 28.</i> Egreso Hospitalario por Número Absoluto de Pacientes: Perú 2009-2014.	104
<i>Tabla 29.</i> Egreso Hospitalario por Tipo de Establecimiento; según región: Perú 2012. ..	106
<i>Tabla 30.</i> Esperanza de Vida al Nacer.	108
<i>Tabla 31.</i> Razón de Mortalidad Materna por cada 100 Mil N.V.: Perú 2009-2014.	110
<i>Tabla 32.</i> Número de Muertes por Departamento. Perú 2009-2014.	111
<i>Tabla 33.</i> Razón de Mortalidad Materna por Departamentos. Perú, 2009-2014.	112
<i>Tabla 34.</i> Razón de Mortalidad Materna por departamentos. Perú, 2009-2014.	113
<i>Tabla 35.</i> Principales Causas de Muerte Materna. Perú 2002-2011.	114
<i>Tabla 36.</i> Indicadores de Morbilidad. Perú 2009-2014.	116
<i>Tabla 37.</i> Tasa de Mortalidad General. Perú 2009-2014.	125
<i>Tabla 38.</i> Tasa de Registro de Mortalidad. Perú 2009-2014.	126
<i>Tabla 39.</i> Tasa de Mortalidad Infantil (TMI). Perú 2009-2014.	128
<i>Tabla 40.</i> Registro de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI). Perú 2009-2014.	129
<i>Tabla 41.</i> Tasa Global de Fecundidad (TGF). Perú 2009-2014.	130
<i>Tabla 42.</i> Tasa Global de Fecundidad; según Área de Residencia. Perú 2009-2014.	131
<i>Tabla 43.</i> Cobertura de Vacunación (2009 < 1 año. 2010 al 2014 niños 18 a 29 meses).	134
<i>Tabla 44.</i> Desnutrición Crónica < 5 Años (Según Patrón OMS).	134
<i>Tabla 45.</i> Egreso Hospitalario.	134
<i>Tabla 46.</i> Esperanza de Vida al Nacer.	135
<i>Tabla 47.</i> Razón de Mortalidad Materna (RMM).	135
<i>Tabla 48.</i> Tasa de Morbilidad; Tasa de Anemia en Mujeres en Edad Fértil.	135

<i>Tabla 49.</i> Tasa de Mortalidad General (TBM = TMG).	135
<i>Tabla 50.</i> Tasa de Mortalidad Infantil (TMI).	136
<i>Tabla 51.</i> Tasa Global de Fecundidad (TGF).	136
<i>Tabla 52.</i> Población con Acceso a Seguro de Salud (SIS, EsSalud, Privado y Otros).	136
<i>Tabla 53.</i> Gasto Público como Porcentaje del PBI.	137
<i>Tabla 54.</i> Gasto Público como Porcentaje del Gasto Total.	137
<i>Tabla 55.</i> Gasto Total en Salud Per Cápita.	137
<i>Tabla 56.</i> Evaluación de Eficacia de los Objetivos Estratégicos.	139
<i>Tabla 57.</i> Evaluación Prospectiva logro de Metas Plan Bicentenario.	140
<i>Tabla 58.</i> Propuesta de Políticas y Objetivos Estratégicos	141
<i>Tabla 59.</i> Prueba de Hipótesis Específica 1.	142
<i>Tabla 60.</i> Tabla de Valoración de Nivel de Correlación.	145
<i>Tabla 61.</i> Análisis General de Correlación de Pearson (R): 2009-2014.	145
<i>Tabla 62.</i> Correlación Pearson: Desnutrición Crónica < 5 Años-Gasto Público Salud. ...	146
<i>Tabla 63.</i> Correlación Pearson: Egreso Hospitalario-Gasto Público en Salud.	146
<i>Tabla 64.</i> Correlación Pearson: Esperanza de Vida al Nacer-Gasto Público En Salud. ...	147
<i>Tabla 65.</i> Correlación de Pearson: Razón Mortalidad Materna-Gasto Público en Salud. ...	147
<i>Tabla 66.</i> Correlación Pearson: Tasa de Mortalidad General-Gasto Público en Salud. ...	148
<i>Tabla 67.</i> Correlación Pearson: Tasa de Mortalidad Infantil-Gasto Público en Salud.	148
<i>Tabla 68.</i> Correlación Pearson: Tasa Global de Fecundidad-Gasto Público en Salud.	149
<i>Tabla 69.</i> Correlación Pearson: Población Acceso Seguro Salud-Gasto Público Salud. ...	149
<i>Tabla 70.</i> Correlación Pearson: Tasa Anemia Mujer Edad Fértil-Gasto Público Salud. ...	150

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Sistema de Salud de Perú.	38
<i>Figura 2.</i> Población Total y Tasa Crecimiento Promedio Anual, Censo 1940-2007.	39
<i>Figura 3.</i> Evolución de la Mortalidad Infantil; Según encuestas 1996, 2000 y 2010.....	44
<i>Figura 4.</i> Proporción de < 5 años con Desnutrición Crónica: 2009-2010-2011.....	45
<i>Figura 5.</i> Proporción de Niños entre 6 y 36 Meses con Anemia.	46
<i>Figura 6.</i> Proporción de Niños Menores de 36 meses con IRA.	47
<i>Figura 7.</i> Proporción de Niños Menores de 36 meses con EDA.	48
<i>Figura 8.</i> Emergencia de la Tuberculosis Multidrogo Resistente (MDR).	49
<i>Figura 9.</i> Situación del VIH/SIDA en el Perú (Notificación a la semana 35-2011)	50
<i>Figura 10.</i> Tamaño de la Muestra.....	71
<i>Figura 11.</i> Gasto en Salud como % del PBI; a Nivel Mundial.	74
<i>Figura 12.</i> Gasto En Salud como Porcentaje del PBI: 2009-20114.	75
<i>Figura 13.</i> Distribución % Del Presupuesto Por Función Del Estado: 2009-2014.	78
<i>Figura 14.</i> Promedio Anual Del Presupuesto Por Función Del Estado: 2009-2014.	78
<i>Figura 15.</i> Presupuesto Asignado por Fuentes de Financiamiento.....	80
<i>Figura 16.</i> Presupuesto Asignado por Genéricas de Gasto: Perú 2009-2014.....	81
<i>Figura 17.</i> Presupuesto Asignado Por Categoría De Gasto: 2009-2014.	82
<i>Figura 18.</i> Evolución PIM Anual, Acumulado PIM y Promedio Anual PIM: 2009-2014.	83
<i>Figura 19.</i> Promedio Anual, según Genéricas de Gasto: 2009-2014 (Soles y %).	84
<i>Figura 20.</i> Presupuesto Ejecutado Por Genéricas De Gasto: 2009-2014.	86
<i>Figura 21.</i> Gasto en Salud como % del PBI a Nivel Mundial.	87
<i>Figura 22.</i> Gasto en Salud Per Cápita en América del Sur: 2009-2014.	88
<i>Figura 23.</i> Vacuna Penta3 (DPT + Influenza Tipo B + Hepatitis B).	93
<i>Figura 24.</i> Vacuna Antipolio IPV.....	94

<i>Figura 25.</i> Vacuna Antituberculosa BCG.....	95
<i>Figura 26.</i> Vacuna SPR (Sarampión, Rubiola y Papera).....	95
<i>Figura 27.</i> Desnutrición Crónica Infantil (Dci): Perú 2009 – 2014.....	97
<i>Figura 28.</i> Desnutrición Crónica Infantil: Urbana y Rural, Perú 2009 – 2014	98
<i>Figura 29.</i> Evolución % de la DCI < 5 Años, según regiones: Perú: 2009-2014.....	100
<i>Figura 30.</i> % DCI < 5 años: Perú 2014	101
<i>Figura 31.</i> Niños Afectados DCI < 5 años: Perú 2014	101
<i>Figura 32.</i> Evolución DCI < 5 años; según cantidad Niños Afectados: 2009-2014.....	103
<i>Figura 33.</i> Egreso Hospitalario por año x Número Absoluto Pacientes: 2009-2014.	104
<i>Figura 34.</i> Promedio de Egreso Hospitalario: Tasa x 1000 Habitantes.....	105
<i>Figura 35.</i> Esperanza de Vida al Nacer: Perú 2009-2014.....	108
<i>Figura 36.</i> Mapa Comparativo de Esperanza de Vida a Nivel Mundial: 2014.....	108
<i>Figura 37.</i> Razón De Mortalidad Materna Por Cada 100 Mil N.V. Perú 2009-2014.....	110
<i>Figura 38.</i> Tétanos Neonatal; Número de casos. Perú 2009-2014	117
<i>Figura 39.</i> Tétanos Neonatal; Tasa x 100 mil N.V. Perú 2009-2014	117
<i>Figura 40.</i> Tos Ferina, Número Casos. Perú 2009-2014	117
<i>Figura 41.</i> Tos Ferina, Tasa x 100,000 habitantes Perú 2009-2014	117
<i>Figura 42.</i> Hepatitis B; Número de Casos en Perú 2009-2014.....	118
<i>Figura 43.</i> Hepatitis B; Tasa x 100 mil Habitantes Perú 2009-2014.....	118
<i>Figura 44.</i> Tuberculosis; Número de Casos en Perú 2009-2014	118
<i>Figura 45.</i> Tuberculosis; Tasa x 100 mil Habitantes Perú 2009-2014	118
<i>Figura 46.</i> Malaria; Número de Casos en el Perú 2009-2014	119
<i>Figura 47.</i> Malaria; Tasa x 100 mil Habitantes Perú 2009-2014.....	119
<i>Figura 48.</i> Dengue; Número de Casos en el Perú 2009-2014	119
<i>Figura 49.</i> Dengue; Tasa x 100 mil Habitantes en el Perú 2009-2014.....	119
<i>Figura 50.</i> Leishmaniasis; Número de Casos en el Perú 2009-2014.....	120

<i>Figura 51.</i> Leishmaniasis; Tasa x 100 mil Habitantes Perú 2009-2014	120
<i>Figura 52.</i> Bartonelosis; Número de Casos en el Perú 2009-2014.....	120
<i>Figura 53.</i> Peste; Número de Casos en el	120
<i>Figura 54.</i> VIH Infeccionados; Número de Casos en el Perú 2009-2014	121
<i>Figura 55.</i> Razón Hombre/Mujer SIDA; Razón H/M Perú 2009-2014.....	121
<i>Figura 56.</i> SIDA; Número de Casos.....	121
<i>Figura 57.</i> SIDA; Tasa x 100 mil Habitantes.	121
<i>Figura 58.</i> Sífilis Congénita; Número de Casos. Perú 2009-2014	122
<i>Figura 59.</i> Rabia Humana Silvestre; Número de Casos. Perú 2009-2014.....	122
<i>Figura 60.</i> EDA < 5 años; Tasa x 100 mil Hab. Perú 2009-2014.....	122
<i>Figura 61.</i> Neumonía en < 5 años; Tasa x 100 mil < 5 años. Perú 2009-2014	122
<i>Figura 62.</i> Bajo peso al Nacer	123
<i>Figura 63.</i> Fiebre Amarilla; Número de Casos. Perú 2009-2014.....	123
<i>Figura 64.</i> Madres Gestantes Adolescentes (15-19) años; %. Perú 2009-2014	123
<i>Figura 65.</i> Tasa Bruta de Mortalidad: Muertes x 1,000 Hab. Perú 2009-2014.....	125
<i>Figura 66.</i> Mortalidad; Número de Defunciones. Perú 2009-2014	126
<i>Figura 67.</i> Mortalidad; Mediana por Edad de Fallecimiento. Perú 2009-2014.....	126
<i>Figura 68.</i> % Sub Registro; % con Certificación Médica. Perú 2009-2014.....	127
<i>Figura 69.</i> Mortalidad; Mediana por Edad de Fallecimiento. Perú 2009-2014.....	127
<i>Figura 70.</i> Tasa de Mortalidad Infantil TMI; Tasa x 100 mil N.V. Perú 2009-2014	128
<i>Figura 71.</i> TMI = Neonatal + Post Neonatal. Tasa x 1,000 N.V. Perú 2009-2014	130
<i>Figura 72.</i> TMI = Neonatal + Post Neonatal. Número de Casos. Perú 2009-2014.....	130
<i>Figura 73.</i> TMI x Zona Urbana y Rural; Tasa x 1,000 N.V. Perú 2009-2014	130
<i>Figura 74.</i> TMI x Regiones Naturales; Tasa x 1,000 N.V. Perú 2009-2014	130
<i>Figura 75.</i> Tasa Global de Fecundidad (TGF); Hijos x Mujer. Perú 2009-2014	131
<i>Figura 76.</i> TGF x Área Residencia; Urbano y Rural (Hijos x Mujer). Perú 2009-2014 ..	131

RESUMEN

El presente trabajo de tesis tiene como objetivo general: Conocer el impacto del gasto público y de las políticas y estrategias del sector en los indicadores de salud en el Perú durante el periodo 2009-2014. Así mismo tiene tres objetivos específicos: El primero: Conocer el impacto del Gasto Publico en los Indicadores de Salud en el Perú. El segundo: Conocer el impacto de la eficacia de las políticas y estrategias sectoriales en los indicadores de salud en el Perú. El tercero: Desarrollar y proponer políticas y estrategias sectoriales para mejorar el logro de metas de salud del Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021.

Para este efecto se analizan las condiciones generales de salud de la población peruana a través del análisis evolutivo del presupuesto asignado y ejecutado; así como de los indicadores nacionales principales. Se estudia el sistema peruano de salud: su estructura y cobertura; fuentes de financiamiento; ejecución y evaluación presupuestal; cumplimiento de metas físicas y presupuestales de salud y las actividades de rectoría sectorial que en él se desarrollan.

La medición del impacto del gasto público en los indicadores de salud es a través del análisis estadístico correlacional en el periodo de estudio de seis años. La investigación continúa abordando la presentación y discusión de resultados; contrastación y prueba de hipótesis; así como exposición de resultados. Finalmente se exponen las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Palabras claves: Evaluación de Impacto; Eficiencia; Eficacia; Análisis Correlacional, Sistema Peruano de Salud; Contrastación y Prueba de Hipótesis.

ABSTRACT

This thesis aims to: Know the impact of public spending and the policies and strategies of the Sector on health indicators in Peru during the period 2009-2014. It also has three specific objectives: The first: To know the impact of Public Expenditure on Health Indicators in Peru. The second: To know the impact of the effectiveness of sectoral policies and strategies on health indicators in Peru. The third: Develop and propose sectoral policies and strategies to improve the achievement of health goals of the Bicentennial Plan, Peru Towards 2021.

For this purpose, the general health conditions of the Peruvian population are analyzed through the evolutionary analysis of the budget allocated and executed; As well as the main national indicators. The Peruvian health system is studied: its structure and coverage; financial sources; Budget execution and evaluation; Compliance with physical and budgetary health goals, the physical, material and human resources that it has, and the sectoral rectory activities that are developed in it.

The measurement of the impact of public expenditure on health indicators is through correlational statistical analysis in the six-year study period. Research continues to address the presentation and discussion of results; Testing and hypothesis testing; As well as exposure of results. Finally, the conclusions and recommendations of the research are presented.

Keywords: Impact Assessment; Efficiency; Effectiveness; Correlational Analysis, Peruvian Health System; Contrastation and Hypothesis Testing.

INTRODUCCIÓN

El impacto de un programa social es la magnitud cuantitativa del cambio en el problema de la población objetivo como resultado de la entrega de bienes y servicios a la misma. Este impacto se mide comparando la situación inicial con una situación posterior o actual, eliminando la incidencia de factores externos. El éxito de un programa, es la medida de su impacto en función de los objetivos perseguidos. En el Sector Salud, el impacto del gasto público se asocia directamente al problema sanitario que se busca mejorar logrando metas en un espacio-tiempo determinado, que se traduce en indicadores de salud perseguidos.

Por tanto, la presente investigación tiene por objeto determinar el impacto del gasto público en los indicadores sanitarios principales en un periodo de seis años 2009-2014. La realización del análisis del tema objeto de investigación, parte de los montos asignados, eficiencia-eficacia de su ejecución y evaluando su impacto en los indicadores sanitarios. La magnitud de este impacto no necesariamente es una función lineal de la inversión realizada, el incrementar la inversión no implica aumentar proporcionalmente el impacto e incluso esta relación podría ser inversamente proporcional a los presupuestos ejecutados, dependiendo de la calidad de las políticas, lineamientos y gestión sanitaria, aspectos determinantes en la eficiencia y eficacia en el manejo de los diversos recursos asignados que nos permite el cumplimiento de los objetivos de atención sanitaria por parte del Estado a nivel del presupuesto y cobertura de servicios en salud pública.

Para lograr los objetivos y demostrar las hipótesis planteadas se desarrollan los contenidos según el método científico, considerando que el análisis de los efectos del gasto sanitario sobre el estado de salud poblacional es una cuestión compleja pero necesaria en la búsqueda de una explicación y solución de las diferencias en salud

CAPÍTULO I.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 SITUACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

La salud desempeña un papel fundamental en el desarrollo humano y tiene un gran impacto en la calidad de la vida de las personas y en su capacidad de generar ingresos, contribuyendo al desarrollo económico del país. El ente rector de la salud a nivel mundial es “La Organización Mundial de la Salud, OMS”. El ente rector del sector en el Perú es el Ministerio de Salud MINSA; y la Ley lo define como la Autoridad Nacional de la Salud, correspondiéndole garantizar el derecho a la atención de las personas, vigilar atender y cautelar los problemas de salud, y de promover la provisión de servicios de calidad y de manera oportuna; definiendo la política nacional de salud.

El Sector Salud en el Perú es el sector social que está integrado por todos aquellos que brindan servicios de salud en el país, y se le reconoce en dos subsectores: el “Público”: Ministerio de Salud, EsSalud y Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales; y el “No Público”: los privados como clínicas y consultorios privados, las ONG, los servicios ligados a la iglesia. El Ministerio de Salud atiende al 70% de la población total, EsSalud el 17,6%³, la Sanidad de fuerzas armadas y policiales el 3,0% y el sector privado con y sin fines de lucro alcanza cobertura del 10,0%. El subsector público dispone del 51% del total de hospitales, concentra al 69% de los centros de salud y al 99% de los puestos; y el MINSA es la institución con mayor presencia nacional. El MINSA atiende fundamentalmente a la población que no cuenta con seguro social en salud. EsSalud ofrece cobertura a los trabajadores del sector formal y sus dependientes. Los servicios de las Sanidades de las Fuerzas

Armadas y Policiales sólo atienden a sus trabajadores y familiares directos. El subsector privado concentra sus recursos en las principales ciudades y está formado por hospitales, clínicas, consultorios y en menor medida por establecimientos de ONGs. En conclusión, el sistema de salud del Perú se caracteriza por su segmentación tanto en la prestación como en el aseguramiento público, está formado por múltiples actores en los cuales se observa superposición de funciones.

El Gasto Público en Salud está formado por aquellos gastos recurrentes y de capital provenientes del sector público destinados a la prestación de servicios de salud, actividades de planificación familiar, de nutrición y a la asistencia de emergencias para la salud. De acuerdo al Banco Mundial (WB, 2016):

- El Perú es uno de los países con menor gasto de salud por habitante en la región. En 1995 cada habitante peruano gastaba la mitad de lo que gastaba un habitante en Chile, México o Brasil; nuestro gasto per cápita se incrementó a una tasa anual promedio del 5%, ligeramente superior al crecimiento promedio del PBI real (4,6%). La composición del gasto per cápita a nivel departamental presenta diferencias muy marcadas entre las regiones más desarrolladas respecto de las otras, observándose inequidades en la asignación del gasto.
- El “Gasto en salud como Porcentaje del PIB”: 1995 al 2014, tiene un valor medio de 4.82 % del PIB, ocupando un bajo lugar entre los países de América Latina. En 2008-2011, Perú ocupó el último lugar en asignación del PBI para el sector salud de los cinco países que conforman sus fronteras (Ecuador, Brasil, Bolivia, Colombia y Chile). Otra característica general de la administración pública en el Perú, es la baja calidad del gasto, que se repite en muchos países de la región.

El Estado asigna el presupuesto fiscal para salud, mediante la fuente de financiamiento “Recursos Ordinarios” provenientes de los ingresos tributarios; y el “Endeudamiento en Salud”. Los financiadores específicos de la salud son:

- El Gobierno Central es el financiador para el principal prestador de servicios de salud público “Ministerio de Salud” que asigna en sus tres niveles de gobierno central, gobiernos regionales y gobiernos locales. También existen las cuotas de recuperación de los usuarios.
- El financiamiento para el seguro social “EsSalud” proviene de dos fuentes: contribuciones del empleador público o privado, las contribuciones del empleado y los hogares a través del denominado “pago de bolsillo”.
- En el sub-sector privado lucrativo el financiamiento está a cargo del usuario a través del pago de seguros (primas, copagos deducibles). En el subsector privado no lucrativo, los cooperantes externos canalizan recursos como donaciones de los distintos cooperantes internacionales y otros agentes que realizan donaciones internas para financiar servicios de salud en unidades públicas o privadas a la población sin seguridad social y en condiciones de pobreza.

Según el Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología (ASIS 2013): “La situación de Salud es el resultado de la interacción de múltiples factores de gran dinamismo que modifican el perfil epidemiológico de un territorio y, concomitantemente, el escenario en el cuál los tomadores de decisiones, los niveles operativos y la comunidad deben desplegar sus esfuerzos en búsqueda de alcanzar el ideal de salud para todos”. (p. 9). En Perú podemos concluir los siguientes aspectos:

- El sistema de salud está organizado conforme a un modelo segmentado, donde la pobreza y extrema pobreza limita el acceso debido a sus condiciones vulnerables

del entorno; el precario nivel de ingresos impide recuperar adecuadamente las diversas enfermedades y su posterior control y seguimiento.

- Las cifras sobre el gasto en salud del Perú muestran que en general no se valora la salud y la vida en la misma medida que en otros países.
- El presupuesto asignado a la salud pública en el Perú, durante los últimos años logró canalizar mayores recursos pero no en la dimensión adecuada a las necesidades de salud de la población; ocasionando que los servicios de salud sean aun críticos, pese a que se han presentado avances en algunos indicadores, existiendo inequidades en la distribución del gasto. Aún hay una combinación de grandes problemas de salud con escasa asignación de recursos al sector, lo que implica factores limitantes para afrontar los diversos problemas del sector salud: personal, infraestructura, equipamiento, diseño organizacional, burocracia y otros.
- Sin embargo en general, en las últimas décadas se ha observado mejoría en la salud de la población peruana, la misma que ha sido atribuida al proceso de urbanización, al incremento del nivel de instrucción, mejora en el acceso a servicios de saneamiento básico, cambios en los estilos de vida de la población, cambios demográficos y el desarrollo de servicios en el primer nivel de atención.
- Esta falta de atención e interés del Estado genera altas tasas de mortalidad, elevado índice de desnutrición crónica que influye negativamente en el rendimiento escolar de niños y adolescentes constituyendo uno de los países con mayor atraso académico. En cuanto a la mortalidad infantil en el Perú se muere joven: 45 % de los decesos ocurridos son de menores de 5 años, y cada 8 horas fallece una mujer por complicaciones de embarazo de parto o puerperio. La esperanza de vida está por debajo del promedio de los países latinoamericanos.

Por lo tanto, para mejorar la salud de la población se necesita un esfuerzo multisectorial, siendo necesaria una política social agresiva e integral a nivel del gasto público, eficiencia y eficacia en la asignación y uso de recursos. Se deben mejorar los mecanismos de asignación del gasto en las zonas más deprimidas del país en concordancia con el autor Miguel Cruz Labrin que propone: “Para mejorar la salud de la población peruana se requiere de un esfuerzo multisectorial y de una política social integral a nivel de gasto público”. Mejorar la calidad del gasto en salud, es uno de los grandes objetivos del Estado a través del Ministerio de Salud, para lo cual se debe promover eventos académicos con la participación de especialistas del país, orientado a la consistencia técnica de las metas físicas y financieras de los distintos Programas Presupuestales de Salud.

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1 Problema General.

¿Cuál fue el impacto del gasto público y de las políticas y estrategias sectoriales en los indicadores de Salud en el Perú durante el periodo 2009-2014?

1.2.2 Problemas Específicos.

- a. ¿Cómo ha impactado el gasto público en los indicadores de salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014?
- b. ¿Cómo ha impactado la eficacia de las políticas y estrategias sectoriales en los indicadores de salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014?
- c. ¿Existen políticas y estrategias sectoriales para mejorar el logro de metas de salud del Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La OMS define la equidad como “el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos. La equidad en la atención de salud significaría que los recursos para la salud sean asignados de acuerdo con la necesidad, los servicios sean recibidos de acuerdo con las necesidades y la contribución al financiamiento de los mismos sea hecho de acuerdo con la capacidad económica”. La salud es un derecho fundamental de las personas, los Estados tienen la obligación concreta y permanente de avanzar lo más rápida y efectivamente posible hacia la plena realización del derecho a la salud. El gasto en salud es productivo por cuanto contribuye al desarrollo y crecimiento económico del país. Por tanto, la presente investigación en salud pública se justifica social, económica y científicamente por la relevancia del sector y tiene connotaciones que van desde los fundamentos conceptuales y metodológicos para obtener la validez científica y social de los estudios existentes con la finalidad de analizar sus procesos complejos y contribuir con su desarrollo por su relevancia social:

- Es importante conocer el impacto del gasto gubernamental en la salud pública retrospectivamente aplicando el análisis correlativo de sus variables y a su vez porque hace una prospección y propuesta de mejora de políticas y estrategias para alcanzar las metas sectoriales del Plan Bicentenario.
- La reforma del sistema de salud es una tarea pendiente por la fragmentación del sistema de salud: múltiples focos de elaboración sobre políticas e improvisación, inequidad, exclusión y discriminación en el acceso a la salud y sus determinantes.
- El Sistema de Salud experimenta actualmente, un momento sustancial crítico, que amerita su estudio e implementación de políticas estratégicas que permitan hacer frente a los desafíos que plantea el panorama demográfico y epidemiológico.

- Actualmente la salud ocupa un lugar secundario en la agenda política, social y económica del país. El Presupuesto de Salud del Perú para el 2016, aprobado el 06 de diciembre del 2015, asciende a 13.471.156.438 soles (Ley N° 30372: Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016-MEF), que representa el 10% del presupuesto general y que vendría a tener el mismo monto y porcentaje que el presupuesto del año pasado. Debemos reconocer que se ha avanzado pero no significativamente; contar con más recursos no significa que se estén aprovechando al máximo. Siempre se menciona que los recursos no son infinitos, entonces, para obtener el máximo beneficio se debe mejorar en Gerencia y Gestión de Salud. De no ser así, el aumento de los recursos económicos significaría más desperdicios y una ineficiente gestión.
- Existe abundante literatura que estudia el impacto de distintas variables de la política pública sobre el crecimiento económico. Sin embargo, son escasos los análisis entre variables de salud a nivel agregado e individual en relación con el gasto sanitario ejecutado por el Estado y que representa un importante porcentaje de los presupuestos públicos.

En consecuencia, el presente estudio analiza los efectos complejos del gasto gubernamental sobre el crecimiento de los indicadores de salud que repercuten, a nivel microeconómico, sobre la productividad individual y, a nivel macroeconómico, sobre el producto en términos agregados. La buena salud de la población no es sólo una consecuencia, sino también una causa del desarrollo, por lo que el sector sanitario no debe verse únicamente como generador de gasto, sino como un sector de actividad que ejerce efectos beneficiosos en el conjunto de la economía. No cabe duda que además de la suficiencia, la efectividad del gasto público es una cuestión primordial.

1.3.1 Justificación Teórica.

La presente investigación teórica-operativa con rigor científico, aplica las teorías y conceptos de gestión pública para promover su eficiencia y eficacia, encontrando explicaciones al impacto del gasto público en los indicadores de salud del Perú.

1.3.2 Justificación Práctica.

La presente investigación, acorde con los objetivos planteados, produce un análisis real en el sector salud, en el cual las interrogantes de investigación planteadas demuestran la incidencia del gasto gubernamental en los indicadores de salud pública que aportará en la administración y gestión sanitaria. Contribuye con una Propuesta de Políticas y Estrategias Sectoriales para su mejora continua para alcanzar las metas del Plan Bicentenario. Es una práctica académica de investigación para contrastar los conocimientos teóricos aprendidos con la realidad.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General.

Conocer el impacto del gasto público y de las políticas y estrategias del Sector en los Indicadores de Salud en el Perú durante el periodo 2009-2014.

1.4.2 Objetivos Específicos.

- a. Conocer el impacto del Gasto Publico en los Indicadores de Salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014.
- b. Conocer el impacto de la eficacia de las políticas y estrategias sectoriales en los indicadores de salud en el Perú durante el periodo 2009-2014.
- c. Desarrollar y proponer políticas y estrategias sectoriales para mejorar el logro de metas de salud del Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021.

CAPÍTULO II.

2. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

DELGADO TUESTA, INDER GLEY (2013). “AVANCES Y PERSPECTIVAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS EN PERÚ”. TESIS DE MAESTRÍA: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ. (DELGADO TUESTA, 2013).

Conclusiones.

- Se ha logrado un avance significativo en la reforma presupuestaria en Perú. En términos de cobertura en la implementación de los principales instrumentos de la reforma. Su incidencia para orientar el proceso presupuestario hacia un enfoque por resultados es limitado.
- El gran desafío que enfrenta la reforma es mejorar la calidad de la implementación de los principales instrumentos de la reforma: la implementación de los programas y del seguimiento del desempeño.
- La articulación territorial de los programas presupuestales ofrece una ventana de oportunidad para articular a los tres niveles de gobierno en la implementación de las políticas públicas con un enfoque por resultados.

Recomendaciones.

- Consolidación de los instrumentos que han impulsado la reforma: diseño, implementación, seguimiento, evaluaciones, incentivos a la gestión.
- Fortalecimiento de capacidades de los operadores del Sistema Nacional de Presupuesto Público y de otros servidores involucrados con los instrumentos de la reforma: capacitación de recursos humanos.

- Implementación de mecanismos para la utilización de la información de desempeño y para la priorización del gasto: directrices, esquemas de gestión presupuestaria pública, implementación SIAF, alianzas estratégicas con actores claves para priorizar el gasto.
- Fortalecer la implementación del presupuesto multianual: inversión pública, programas presupuestales.

TANAKA TORRES, ELENA MERCEDES (2011). “INFLUENCIA DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS EN LA GESTIÓN FINANCIERA PRESUPUESTAL DEL MINISTERIO DE SALUD, PERIODO 2005-2008”. TESIS DE MAESTRÍA: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. **(Tanaka Torres, 2011)**.

Conclusiones.

- Durante el período de análisis, el presupuesto del MINSA no ha mostrado un incremento significativo en la asignación de recursos por parte del MEF, la asignación es inercial.
- En el MINSA, se observa una débil articulación del planeamiento con el presupuesto desde una perspectiva de resultados, así mismo, no se cuenta con instancias de coordinación sistemática.
- La regulación de la ejecución del gasto público, no contribuye a una gestión por resultados, toda vez que se orienta a los procedimientos y cumplimiento de normas y leyes, mas no a resultados tangibles en beneficio de la población con mayores necesidades. La sociedad civil participa en forma limitada en el proceso de toma de decisiones.

- Se confirma la hipótesis general y las hipótesis específicas planteadas, en el sentido de que cambiar las relaciones significativas mejoró los resultados en el desempeño de los programas.

Recomendaciones.

- Reasignar la participación presupuestal los Programas Estratégicos de Salud Materno Neonatal y Articulado Nutricional, a fin de asegurar un mejor desempeño en los indicadores de resultado.
- Determinar una adecuada articulación entre la identificación de productos, recursos disponibles, planes estratégicos y actores, a fin de lograr una eficiencia y eficacia en la gestión financiera presupuestal.
- Promover los alcances de la programación estratégica en el presupuesto institucional del MINSa, a través de la inclusión de nuevos programas o del reforzamiento de los Programas Estratégicos Salud Materno Neonatal y Articulado Nutricional.

TRUJILLO CUBAS, FABIOLA EVELIN (2013). LA INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD Y SUS EFECTOS EN LA COBERTURA DEL SERVICIO EN LA REGIÓN LA LIBERTAD, 2005–2011. TESIS DE PRE GRADO EN ECONOMÍA: UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO. (TRUJILLO CUBAS, 2013).

Conclusiones.

- Se obtuvo rendimientos bajos en cuanto al grado de avance en la ejecución del Gasto Público para el Sector Salud. La capacidad de gasto del Gobierno es deficiente porque aumentó la asignación presupuestaria de salud y el gasto sectorial no se incrementó en la misma proporción. Los indicadores de mortalidad maternas aún son elevados.

- Lento proceso en la elaboración de Proyectos de Inversión Pública que ocasiona un reducido número de Proyectos de Inversión Pública. Escasa infraestructura de salud sobre todo en zonas rurales para atenciones de baja complejidad, restricción en las adquisiciones de equipos y mobiliario biomédicos y la falta de capacitación del personal médico.
- El bajo avance que ha tenido la inversión pública en el sector refleja en un bajo nivel de cobertura para la población asegurada regional, evidenciado en la reducción del rendimiento de camas hospitalarias y la falta de establecimientos de salud de mayor grado de complejidad.

Recomendaciones.

- Reestructurar las actividades anuales del Plan Operativo Institucional para mejorar las medidas de corto plazo y priorizar la asignación de gasto en sectores donde existe mayores brechas como es la salud.
- Mejorar los procesos de evaluación y formulación de Proyectos de Inversión Pública con el propósito de tener resultados eficientes.
- Incentivar a utilizar los servicios médicos e información de prevención de la salud en los establecimientos de salud sobre todo en zonas andinas.

2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE EL ESTUDIO DE LA SALUD.

La Salud.

Según la Organización Mundial de Salud, el concepto de salud es definido como el completo estado de bienestar físico y mental y no sólo la ausencia de enfermedad. (World Health Organization, Temas de salud).

Guerra (2002), plantea como objetivo una salud para todos, sin diferencias, restricciones y equitativa en su accesibilidad a las condiciones y

bienes que oferta el sistema de salud. El autor establece que la salud tiene varios determinantes más allá de los factores puramente biológicos, como son las condiciones de vida que contribuyen al bienestar y a una vida saludable que son “factores externos” en la atención de la salud individual y colectiva. Otros factores externos son el aseguramiento y financiamiento de la demanda y oferta de servicios, así como la cooperación internacional en el contexto de globalización. (p.57)

Los servicios de salud son considerados como un bien público o social cuya prestación no se puede excluir a ningún ciudadano y la inclusión de nuevos individuos no afecta a los que ya se benefician de ella; sin embargo, la salud puede ser catalogada como un bien público, cuasi público y privado.

El Valor de la Salud.

En el Perú, las decisiones relacionadas con la salud de la población generalmente son realizadas por las autoridades públicas, la participación de ciudadana es muy limitada legal y normativamente. Las decisiones gubernamentales distribuyen los recursos escasos a través del enfoque y diseño de políticas públicas. Se han desarrollado dos concepciones para asignar un valor monetario a la salud y para determinar su importancia: el enfoque del capital humano y el enfoque de la disposición a pagar.

▪ ***El Enfoque del Capital Humano.***

La salud es considerada como una forma de capital humano. Si el capital humano se define como el valor presente de la productividad de una persona a lo largo de su vida, el capital salud es el valor presente de la salud de una persona a lo largo de su vida. El primer modelo específico de capital salud lo publicó Grossman (1972) que resaltó que el capital salud

difiere de otras formas de capital humano y que el stock de conocimientos de una persona afecta esencialmente a su productividad, pero el stock de salud determina más bien la cantidad total de tiempo que la persona podrá emplear en trabajar o disfrutar de la vida.

Según Lopez (1998) los niveles salariales, la edad y la educación juegan un papel relevante en la demanda de salud del individuo respecto de su elección individual. En efecto salarios más altos, hacen que *ceteris paribus*, los costes de trabajo de no trabajar por estar enfermo, sean más altos. En todo caso, aun cuando el individuo abandone el mercado laboral y se jubile, se preocupará de la salud. En cuanto a la edad, todo parece apuntar a que el envejecimiento está acompañado de una mayor necesidad de adquirir servicios de salud. Sin embargo, el nivel final dependerá de la valoración que el individuo haga del disfrute adicional de los incrementos de consumo. Con respecto a la educación hay que tener en cuenta dos aspectos. En primer lugar, la educación se suele correlacionar con eficiencia en la producción de salud. Se consigue el estado de salud deseado con menos esfuerzo con lo que los beneficios de esforzarse son más altos. Su dotación acaba de este modo siendo relativamente superior. En segundo lugar, una mayor educación se correlaciona con una probabilidad más alta de identificar los beneficios de mejorar la salud propia. De esta forma, los más educados mostrarán una mayor preferencia por el bien salud con relación a otros bienes. (pp. 89-90)

En síntesis, se confirma que el valor otorgado a la salud, está en función de factores: educación, la renta, la edad y la percepción que tenga

la población, que se verá reflejado en el deseo de adquirir servicios de salud y cuidados asistenciales por parte del individuo.

- *Enfoque de la disposición a pagar.*

Según Zeiwifel (1997) está basado en axiomas de valoración subjetiva que toman en cuenta las preferencias de las personas afectadas.

Preguntarle a un individuo la cantidad de dinero que cuesta su propia vida conlleva a ambigüedades, porque la respuesta depende si desea perder o mantener su vida en cuestión. Estas dificultades pueden ser superadas considerando las siguientes alternativas:

- Cambios marginales en la probabilidad (π) de morir dentro de un período de tiempo; donde se busca determinar la cantidad de dinero Z , que el individuo está dispuesto a pagar por una pequeña reducción de su riesgo a morir $\Delta \pi$. De acuerdo a la teoría microeconómica, Z es llamada la variación equivalente. En contraste, la cantidad de K que es requerida para compensar al individuo por un incremento en π por la $\Delta \pi$ es llamada variación compensada por un cambio en el riesgo. Cuando la $\Delta \pi$ se acerca a cero, los dos cocientes $Z/\Delta \pi$ y $k/\Delta \pi$ convergen. Su límite común es la tasa marginal de sustitución entre el bienestar y el riesgo de morir, que puede ser interpretada como el deseo marginal a pagar por cambios infinitesimales en el riesgo.
- Cambios marginales en la esperanza de vida de un individuo; donde la cantidad de dinero que el individuo estaría preparado a sacrificar con el objetivo de prolongar su vida por un año, puede ser interpretada como su disposición marginal a pagar por el año de vida ganado. (pp. 25-26)

Las dos formulaciones tienen su legitimación específica. Desde el punto de vista ex-post, el concepto de años de vida ganados tiene mayor sentido que cambios del riesgo. Por otro lado, para un individuo que se enfrenta con una incertidumbre ex-ante de la duración de su vida, el concepto de esperanza de vida es menos concreto que el cambio del riesgo para el período subsiguiente, porque la esperanza de vida está determinada por una distribución completa de probabilidades de riesgos de muerte sobre el tiempo de vida restante.

Salud y Desarrollo.

Según William (1999) a medida que los países se desarrollan económicamente, la estructura de su economía y de su organización social cambia. Primero, el sector industrial tiende a crecer a expensas del sector agrícola (empleo y valor agregado), y subsecuentemente el sector de servicios incrementa como una parte de la economía. Además, mientras la población se urbaniza, las estructuras tradicionales sociales se hacen menos importantes y la distribución del ingreso puede variar. Los efectos de estos cambios en la estructura social resultan ambiguos. Mientras que la naturaleza de los problemas de salud puede variar, el efecto total en la salud de la población es difícil de acertar.

Similar ambigüedad gira en torno al efecto directo de la migración urbano-rural. Poblaciones urbanas tienen menores costos de transporte y generalmente mayor acceso a recibir asistencia médica y otros bienes públicos, pero ellos deberán tratar con efectos de salud relacionados con la sobredemanda de servicios médicos, además tienen mayor probabilidad de contraer enfermedades infecciosas y padecer mayor estrés.

A pesar de los efectos ambiguos en el desarrollo de la salud, incrementos en el ingreso, por consiguiente en el consumo de mejores bienes y servicios de salud, significa que existe generalmente una relación positiva entre el nivel de salud y la etapa de desarrollo.

Relación entre Economía y Salud.

Según Villarruel (2011), ciencias como la economía y la medicina se han unido de manera progresiva. Tradicionalmente los profesionales de la salud estaban concentrados en sus eventos científicos y en la efectividad del servicio hacia sus pacientes, mientras los economistas hasta hace veinte años dedicaban sus investigaciones a las incidencias de la productividad.

La evidencia de que los presupuestos de salud de los Estados pueden alcanzar hasta el 16% del PIB de un país determinado como por ejemplo en Estados Unidos en el año 2008 y otros Estados del norte de Europa como Noruega y Suiza donde el gasto en salud alcanza un promedio del 9% respecto al PIB, es la señal que indica hacer un alto para analizar las cifras y que reclama la necesidad de las decisiones fármaco–económicas. Nuevos descubrimientos en el área diagnóstica y terapéutica han surgido en los últimos 20 a 25 años, permitiendo un mejor manejo y control de las diversas patologías a las cuales estamos expuestos. Sin embargo también está claro que estos avances en la ciencia médica se acompañan de costos, los cuales según los casos pueden ser realmente elevados.

Por último, la economía de la salud surge a finales de los años cincuenta y principios de los años sesenta en Inglaterra y Estados Unidos de América respectivamente. Esta disciplina aplica los principios de eficiencia y equidad en temas como el financiamiento, la producción, distribución y consumo de

bienes y servicios que satisfacen necesidades del campo de la salud. Además, estudia el mercado de los servicios de salud, comprendido por la oferta y demanda del sector así como las condiciones económicas de la política de inversión sanitaria en los diferentes establecimientos. (Art.27)

Papel del Estado en el Sistema de Salud.

Según Mendoza (2016), el rol del Estado, o del gobierno que lo representa, está implícito o explícito en los diferentes enfoques del pensamiento económico. Al respecto, se puede señalar la concepción de los dos enfoques existentes: keynesiano y neoclásico. Además de un tercero, que presenta una dinámica muy interesante en su desarrollo, enfoque neo-institucional. (p. 4)

Las teorías relacionadas con el keynesianismo tuvieron sus inicios en la época post gran depresión donde Estados Unidos y Europa estuvieron en una gran crisis y las teorías económicas clásicas perdieron fuerza al igual que el sistema económico capitalista que intentaba recuperarse únicamente por sus propios mecanismos internos.

El keynesianismo, según Moreno (2009), puede ser definido como la creencia en que la intervención gubernamental usualmente funciona ya que el mercado no trabaja de una manera adecuada en consecuencia, sólo debe rechazarse la intervención pública en un mercado si los demás funcionan correctamente. Si esto no es así, una intervención estatal, que “distorsionara” los incentivos en un mercado, podría, sin embargo, aumentar el bienestar del conjunto compensando fallos de mercado en otra parte. (pp. 01-21)

Leon (Noviembre 2007) afirma que en las economías existen distintos problemas y desequilibrios de carácter económico. La forma en que el

gobierno busca solucionar estos problemas es a través de la política económica, en la cual el gobierno emplea sus poderes legítimos manipulando diversos instrumentos, con el fin de alcanzar objetivos socio-económicos establecidos. Puede considerarse que el pensamiento Keynesiano es más una amplia tendencia de pensamiento, que un conjunto rígido de teoremas. Parecen ser dos los postulados que la gran parte de los llamados keynesianos comparten: Primero, el desempleo es causado por problemas de Demanda Agregada. Segundo, la forma apropiada de eliminar el desempleo es mediante el aumento de la demanda agregada por parte del gobierno, a través de políticas monetarias y fiscales de carácter discrecional. (p.4)

Según el enfoque keynesiano, el sistema capitalista es conceptualizado como inestable, ya que tiende a operar por debajo del pleno empleo, por lo que en la medida en que no se utilizan todos los recursos, se incurre en cierta ineficiencia económica. Para Keynes, en el sistema capitalista no se cumple la Ley de Say, así la demanda agregada no es necesariamente igual a la producción de pleno empleo.

Mendoza (2009) afirma que este modelo, centrado en la teoría general de la ocupación, el interés financiero y el dinero, se ocupa de agregados como ingreso, consumo, ahorro e inversión, más que de la determinación de precios, que hace parte principal de la teoría económica. Señala la importancia de las variaciones en el nivel de producción y empleo como movimientos equilibradores de la economía para igualar la inversión y el ahorro, determinándose así el nivel de equilibrio de la renta nacional total y de la producción nacional. (p. 5)

Reconoce que las tasas de ocupación son indicadores de prosperidad en las naciones y que la falta de ingresos compromete seriamente la conservación de la vida y el desarrollo humano. El Estado de Bienestar surge como la forma de un Estado Social de garantizar estándares mínimos de ingreso, alimentación, salud, vivienda educación y seguridad social a cada ciudadano, sin discriminación alguna, como derecho lo reconocen como respuesta al proceso de desarrollo de sociedades capitalistas industrializadas y a sus consecuencias, con el fin de lograr estabilidad y seguridad en un nuevo contexto de solidaridad social.

Debido a su carácter inestable, en la economía capitalista se generan situaciones de riesgo e incertidumbre, las mismas que no permiten el aumento necesario de la inversión y por ende de la demanda, lo que se traduce en un proceso tendencial de insuficiencia de demanda agregada y, como consecuencia de esto, un proceso de producción por debajo del pleno empleo. Entonces, se tiene que inducir al aumento de la inversión mediante, entre otros, la reducción de la tasa de interés. En el mismo sentido, según este punto de vista, el mercado por sí solo no tiende a asignar eficientemente los recursos, por lo que se necesita la intervención del gobierno. Esta característica central del sistema capitalista fundamenta la intervención del gobierno de una manera activa y discrecional y se determina así el rol inductor y regulador del gobierno.

Una variante del enfoque neoclásico reconoce la ausencia de mercados de competencia perfecta, y acepta la existencia de mercados monopólicos o de competencia monopolística. En este caso, se plantea la necesidad de realizar regulaciones, de manera tal que el mercado funcione como competencia

perfecta. Aunque las fallas del mercado no están referidas sólo a la existencia de monopolios, el rol del Estado como regulador se complementa con el planteamiento de que éste debe encargarse fundamentalmente de la prestación de los servicios públicos básicos, (salud, educación, servicios básicos) como la defensa y administración de justicia.

Mendoza (2009) afirma que en el análisis de las últimas décadas, a la lógica neoclásica se han incorporado elementos institucionales. Según el enfoque llamado neo-institucional, no basta la existencia de mercados que vía precios tiendan a asignar los recursos, sino que tiene que haber una serie de condiciones e instituciones necesarias; éstos critican el supuesto implícito de los neoclásicos en el sentido de que el proceso de transacción, en situación de competencia perfecta, contiene derechos de propiedad claramente definidos y que los costos de dichas transacciones son nulos. Dada esta limitante, del enfoque neoclásico, se plantea la necesidad de crear instituciones que no sólo jueguen un rol de regulador sino también de normador y ejecutor de reglas tales que la economía alcance mayores o mejores niveles de eficiencia y equidad. En este escenario se visualiza un rol del gobierno que va más allá de la regulación. Se plantea como un ente encargado de fijar y hacer cumplir las reglas establecidas. (pp. 6-7)

La economía neo-institucional sostiene que, entre los mercados y su supuesta eficiencia, de una parte, y entre la intervención y su supuesta equidad, de otra, está las instituciones. Son éstas últimas las que definen qué tanto funcionan los mercados y qué tanto redistribuye la intervención. Por ello el estudio de las instituciones es indispensable para entender los resultados reales que surgen tanto de los mercados como de la intervención.

De este modo el enfoque de la gobernanza (enfoque de red de políticas públicas) se hace importante en el análisis de la economía neo-institucional, ya que subraya la naturaleza altamente interactiva de los procesos políticos al tiempo que destaca el contexto institucional en el que estos procesos tienen lugar. Estos contextos institucionalizados están caracterizados por vínculos relativamente estables entre organizaciones que se sustentan por un continuo flujo de recursos entre esas organizaciones. Esto conduce a una visión diferente de la gobernanza.

Núñez (2010) manifiesta que las organizaciones gubernamentales no son el actor central en los procesos políticos y las actividades de administración asumen un rol diferente. Esto no implica que todos los actores tengan igual poder, ya que la mayoría de las teorías de redes asumen que el poder de un actor está relacionado con los recursos que posee. En contraste con los enfoques tradicionales, en el enfoque de red de políticas públicas, el rol administrativo de los actores gubernamentales no es tan evidente. En principio, cada actor involucrado puede desarrollar un rol de administrador. Pero este rol en sí mismo también difiere del definido en los enfoques tradicionales. Las actividades de administración se dirigen a una gran trayectoria de interacción, de mejoramiento y sustento entre los distintos actores involucrados, y a conjugar las metas y enfoques de los diversos actores. Así, no sólo las organizaciones gubernamentales tienen una posición diferente, sino que también están involucradas en actividades distintas. (MPRA Paper No. 234, p.48)

De esta manera, para establecer el papel del Estado en el sector de la salud es necesario tener como base estas tres líneas del pensamiento económico

que faciliten comprender el conflicto entre eficiencia y equidad, y la importancia de las fallas de mercado que padece este mercado imperfecto.

Políticas Públicas Diseñadas para el Sector Salud.

La calidad del sector público puede evaluarse en relación con el papel del Estado. En general, un sector público eficiente debería poder alcanzar los objetivos del Estado, con la menor distorsión posible del mercado, con la carga tributaria más baja posible sobre los contribuyentes, con el menor número posible de empleados públicos y con la menor absorción posible de recursos económicos por el aparato público.

En base a planteamientos de la corriente institucionalista, que han logrado cierto grado de reconocimiento en la teoría política, las políticas públicas deberían entenderse como aquellas directrices emanadas del Estado, que se imponen al colectivo como manera de proceder frente a un asunto específico, el cual se considera de interés público. Esta definición fija su posición frente a cuatro características muy importantes de las políticas públicas:

- Reconoce a las políticas públicas un carácter específico, que las diferencia claramente de las recomendaciones o las buenas intenciones; las políticas públicas son, por definición, de obligatorio cumplimiento tanto para ciudadanos como gobernantes. Desde esta perspectiva, carece de sentido formular políticas públicas para que unos u otros las desconozcan a su arbitrio y conveniencia.
- Reconoce al Estado el papel protagónico en la formulación y gestión de las políticas públicas, e implícitamente niega la competencia directa de los particulares para imponer directrices taxativas al resto de la sociedad, a menos que lo hagan a través del Estado.

- Exige a las políticas públicas una especificidad referida tanto al asunto que pretenden resolver como a la manera de proceder frente a él.
- Supone que el objeto de la política es un asunto de interés público. Los asuntos no son públicos por ser estatales, sino por comprometer intereses colectivos. A diferencia de los asuntos privados que se asocian con decisiones individuales. En cualquier caso, las políticas públicas son algo más que un factor ambiental del bienestar y la salud, pues en calidad de directrices se incorporan a la vida cotidiana y determinan el rango de opciones en que las instituciones y los individuos pueden actuar.

Indicadores de la Salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (2013), los indicadores son elementos que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa sucesos colectivos, para así respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. De manera similar la OMS los define como: "variables que sirven para medir los cambios". Estos indicadores de la salud son:

Tabla 1. Principales Indicadores de la Salud.

INDICADOR	DEFINICIÓN
CALIDAD DE VIDA	Concepto que integra el bienestar físico, mental, ambiental y social como es percibido por cada individuo y cada grupo.
COBERTURA DE VACUNACIÓN	Cociente entre el número de personas de un grupo de edad que recibieron el esquema completo de una determinada vacuna de una zona geográfica, durante un año dado y la población total estimada a mitad de año, para ese grupo de edad y en la misma zona, multiplicado por 100.
DESNUTRICIÓN CRÓNICA DE NIÑOS MENORES A CINCO AÑOS	Porcentaje de niños de 0 a 5 años que tienen retardo en su talla con respecto a la edad.
EGRESO HOSPITALARIO	Salida del establecimiento de salud del paciente hospitalizado, que implica la desocupación de una cama. El egreso puede ser por alta o defunción.
ESPERANZA DE VIDA AL NACER	Número promedio de años que se espera viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.
GASTO NACIONAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB	Conjunto del gasto público y gasto privado en salud, expresado como porcentaje del producto interno bruto.
GASTO PÚBLICO COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL	Cantidad que el gobierno gasta en salud, expresada como porcentaje del gasto sanitario total.
ÍNDICE DE SALUD	Combinación lineal de los indicadores de mortalidad infantil, desnutrición crónica, hogares con saneamiento, personal de salud y viviendas con agua potable que maximiza su representatividad.
RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA	Cociente entre el número de muertes maternas en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresados por 100.000 nacidos vivos, para un determinado país, territorio o área geográfica, según reportado por el INEC.
TASA DE MORBILIDAD	Relación que existe entre el número de casos de enfermedad en un momento determinado y la población en estudio.
TASA DE MORTALIDAD GENERAL	Cociente entre todas las muertes acaecidas en una zona geográfica dada durante un año dado y la población total de la zona a Junio del mismo año multiplicado por 100.000.
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	Cociente entre las defunciones de menores de un año en una área geográfica dada durante un año dado y el número de nacidos vivos registrados del mismo año, multiplicado por 1.000.
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	Número de hijos que nacerían por mujer, si la mujer o mujeres tuvieran sus hijos en todos sus años reproductivos de acuerdo con las tasas de fecundidad específicas por edad de la población y épocas del estudio.

Fuente: OMS, 2010, Indicadores de vigilancia de procesos de logro de la salud: Alejandro Cisneros

2.2.2 LOS MODELOS DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

Según Civera Satorres (2008), la revisión de las diferentes conceptualizaciones sobre el servicio y los modelos más reconocidos para la prestación del servicio en los últimos años, supone la evolución histórica del análisis de la literatura sobre gestión, calidad y marketing de servicios (Berry y Parasuraman, 1993; Fisk et al., 1993; Gil, 1995; Lloréns, 1996). De la información sobre la gestión y prestación de servicios se ha seleccionado modelos que por su generalidad y su carácter integrador que pueden ser considerados como representativos de las diferentes corrientes sobre el estudio de la calidad de servicios. Estos modelos son de tres escuelas:

- Parasuraman, Zeithmal y Berry (escuela norteamericana)
- Eiglier y Langeard (escuela francesa)
- Grönroos (escuela escandinava).

Estos modelos muestran un rasgo común en su carácter integrador que pretenden no sólo llevar a cabo un análisis parcial de los distintos aspectos caracterizadores de los servicios, sino que junto a esa visión analítica, intentan además conseguir una visión global que recoja al mismo tiempo los hallazgos anteriores y las interrelaciones existentes entre los mismos. La importancia de la calidad sanitaria por su mejora continua es cada vez mayor, tanto desde el punto de vista de la planificación sanitaria como de la gestión de los procesos.

La salud pública se entiende como la prestación de un “servicio” que incide en los indicadores y metas sectoriales. De las características diferenciadoras entre productos tangibles y servicios, destaca su intangibilidad, heterogeneidad e inseparabilidad de la producción y el

consumo que hacen que la determinación de la calidad del servicio no pueda evaluarse del mismo modo que los productos tangibles. Estas características intrínsecas de los servicios llevan a cuatro consecuencias importantes

(Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1985):

- La calidad de los servicios es más difícil de evaluar que la de los bienes.
- La propia naturaleza de los servicios conduce a una mayor variabilidad de su calidad y a un riesgo percibido del cliente más alto que en el caso de la mayoría de bienes.
- La valoración del cliente de la calidad del servicio es mediante una comparación entre expectativas y resultados.
- Las evaluaciones de la calidad son tanto de resultados como de procesos de prestación de los servicios.

Las dimensiones son elementos de comparación que utilizan los sujetos para evaluar los distintos objetos (Bou, 1997). La generación de estas dimensiones o características diferenciadas ayudan a especificar el contenido del constructo, en este caso la calidad percibida del servicio. Sin embargo, estas dimensiones no son, en muchos casos, directamente observables por los sujetos, sino que son abstracciones realizadas a partir de atributos o características que el sujeto percibe. Es una idea ampliamente aceptada el carácter multidimensional de la calidad del servicio desde una aproximación teórica. Otro aspecto muy diferente es la identificación de los determinantes de la variable calidad del servicio, siendo una preocupación constante en la literatura del marketing de servicios. Las diversas clasificaciones de dimensiones que se otorgan al constructo son muy variables y heterogéneas, sin que exista por el momento ningún consenso al respecto.

Para Lehtinen y Lehtinen (1982) una premisa básica es que la calidad del servicio es producida en la interacción entre un cliente y los elementos de la organización de un servicio. Determinan tres dimensiones de la calidad:

- Calidad física, que incluyen aspectos físicos del servicio (equipamiento, edificios)
- Calidad corporativa, que afecta a la imagen de la empresa; y
- Calidad interactiva, la cual deriva tanto de la interacción entre el personal y el cliente como de los clientes con otros clientes.

En cambio Eiglier y Langeard (1989) a partir de su teoría de la “servucción”, desarrollan el concepto de la calidad del servicio a partir de tres niveles: el output, los elementos de la servucción y el proceso en sí mismo. Las tres dimensiones son percibidas y adquiridas por el cliente:

- La calidad del output o la calidad del servicio prestado como resultado final. Se trata de calidad del servicio prestado en sí mismo y dependerá de si el servicio ha sido capaz de cubrir o no, las necesidades y las expectativas del cliente. Los autores inciden sobre la necesidad imperiosa del conocimiento de estas expectativas para ofrecer un servicio de calidad y adaptado al cliente.
- La calidad de los elementos de la servucción o la calidad de los elementos que intervienen en el proceso de fabricación del servicio. En este apartado, los autores se refieren al soporte físico (modernidad, sofisticación, limpieza y otros), personal de contacto (eficacia, cualificación, presentación, disponibilidad y otros), clientela (pertenencia al mismo segmento) y eficacia de su participación.

- La calidad del proceso de prestación del servicio. Esta calidad se expresa por la fluidez y la facilidad de las interacciones, su eficacia, su secuencia y por su grado de adecuación a las expectativas y necesidades del cliente.
- Las tres dimensiones se encuentran interrelacionadas entre sí, y sólo si se alcanza la calidad en las tres se logra la calidad del servicio.

Por su parte Grönroos (1984) describe la calidad del servicio, como una variable multidimensional formada a partir de dos componentes principales, tal y como es percibida por los clientes: una dimensión técnica o de resultado y una dimensión funcional o relacionada con el proceso. Para Grönroos (1984) los servicios: Son básicamente procesos más o menos intangibles y experimentados de manera subjetiva, en los que las actividades de producción y consumo se realizan de forma simultánea. Se producen interacciones que incluyen una serie de “momentos de la verdad” entre el cliente y el proveedor del servicio. Lo que sucede en estas interacciones comprador-vendedor tiene un efecto fundamental en el servicio percibido. Es fácil observar que no se puede evaluar la dimensión de calidad funcional de una forma tan objetiva como la dimensión técnica.

Con frecuencia se percibe de forma subjetiva. Grönroos relaciona estas dos dimensiones de la calidad del servicio con la imagen corporativa, ya que dicha imagen puede determinar aquello que se espera del servicio prestado por una organización. El modelo plantea que la calidad percibida por los clientes es la integración de la calidad técnica (qué se da), la calidad funcional (cómo se da) y la imagen corporativa. La imagen es un elemento para medir la calidad. En resumen, al cliente le influye el resultado del servicio, pero también la forma en que lo recibe.

Sin duda, la aportación que ha suscitado más interés en la literatura en la calidad en el terciario ha sido la descrita por Parasuraman, Zeithmal y Berry (1985, 1988), partieron de esta conceptualización de Grönroos para desarrollar un instrumento de medida de la calidad de servicio percibida: SERVQUAL. Para estos autores las percepciones de la calidad de servicio están influidas por una serie de gaps que tienen lugar en las organizaciones. Así, sugirieron una relación más amplia de los determinantes de la calidad de servicio. A partir de un extenso grupo de entrevistas, identificaron diez determinantes de la calidad de servicio. Virtualmente, todos los comentarios hechos por los consumidores en esta investigación exploratoria caían dentro de estas diez categorías.

Aunque manifiestan que la importancia relativa de las categorías varía entre diferentes tipos de servicios y clientes, defienden que los determinantes de la calidad de servicio para la mayor parte de los consumidores se podrían incluir en dicha lista. También manifiestan que estas diez dimensiones no son siempre independientes unas de otras (Zeithmal, 1993):

Tabla 2. Determinantes de la Calidad de Servicio: Servqual.

Nº	Dimensión	Descripción
1	Elementos tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
2	Fiabilidad	Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa
3	Capacidad de respuesta	Disposición para ayudar a los clientes, y para proveerlos de un servicio rápido
4	Profesionalidad	Posesión de las destrezas requeridas y conocimiento del proceso de prestación del servicio
5	Cortesía	Atención, consideración, respeto y amabilidad del personal de contacto
6	Credibilidad	Veracidad, creencia, y honestidad en el servicio que se provee
7	Seguridad	Inexistencia de peligros, riesgos o dudas
8	Accesibilidad	Lo accesible y fácil de contactar
9	Comunicación	Mantener a los clientes informados con lenguaje que puedan entender, así como escucharles
10	Compresión del cliente	Hacer el esfuerzo de conocer a los clientes y sus necesidades

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos de autores citados.

Tras una investigación exploratoria y cualitativa, la medición de posibles coincidencias entre las diez dimensiones tuvo que esperar a una fase posterior de investigación cuantitativa. Sobre la base de la investigación cualitativa y el concepto de calidad de servicio percibida Parasuraman (1988 a 1991) desarrollaron un instrumento para cuantificar la calidad de servicio: SERVQUAL. Este instrumento les permitió aproximarse a la medición mediante la evaluación por separado de las expectativas y percepciones de un cliente. Los análisis estadísticos utilizados en la estructuración del SERVQUAL evidenciaron la existencia de una importante correlación entre los “ítems” que permitió reducir el número de dimensiones:

Tabla 3. Calidad de Servicio Percibida: Parasuraman (1988 A 1991).

Nº	Dimensión	Descripción
1	Elementos tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
2	Fiabilidad	Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
3	Capacidad de respuesta	Disposición para ayudar a los clientes, y para proveerlos de un servicio rápido.
4	Seguridad	Conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza (agrupa a las anteriores dimensiones: profesionalidad, cortesía, credibilidad y seguridad)
5	Empatía	Muestra de interés y nivel atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes (agrupa a los anteriores criterios de accesibilidad, comunicación y comprensión del usuario)

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos de autores citados.

La escala SERVQUAL fue testada y validada empíricamente para una variedad de servicios catalogados como puros (Buttle, 1996). (pp.07-36)

2.2.3 EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD: OPS / OMS.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió crear un COT (Cross Organizational Team) para acordar una definición única, conceptual y operativa, sobre modelo de atención en salud que sirva para integrar su trabajo programático con los países de la Región. Definen que los nuevos modelos de atención

deberán: estar centrados en las personas, familias y comunidades; lograr una completa integralidad en la atención de salud, aplicando programas de promoción, protección de la salud; mantener poblaciones sanas y enfermos estabilizados evitando complicaciones y muertes prematuras; gestionar programas de control y atención de las personas a través del curso de vida; racionalizar el uso de los recursos en base a parámetros técnicos y; ser costo-efectivos para la sociedad. Estas organizaciones mundiales proponen:

- Modelos de Atención Centrados en las Personas: fortalecimiento del Primer Nivel de Atención; asignación Población-Territorio; mecanismos de coordinación asistencial como normalización de procesos/resultados (guías, protocolos de atención) y adaptación mutua del sistema de salud; así como enfoque de curso de vida y los programas verticales.
- Modelo de organización en redes integradas de servicios de salud; fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y re-orientación del rol de los hospitales y de la atención especializada.

La determinación del impacto del Gasto Público en los Indicadores de Salud se asocia al concepto de “calidad de la prestación de los servicios de salud”; siendo indispensable conocer los distintos Modelos de Calidad de los Servicios para analizarlos y adecuarlos en políticas y estrategias acordes a las necesidades de los servicios de salud del Perú que deben reflejarse en la asignación y distribución del presupuesto público para lograr mejores indicadores de salud a través del Planeamiento y Gestión Estratégica.

2.2.4 EL SISTEMA DE SALUD DE PERÚ.

La Gobernanza de la Salud en el Perú.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), entiende que la salud es «una responsabilidad compartida». La OMS creó la Iniciativa conjunta de aprendizaje sobre responsabilidades nacionales y mundiales en materia de salud para articular un marco general coherente de división de las responsabilidades sanitarias en torno a cuatro problemas críticos: definir los servicios y bienes sanitarios esenciales; aclarar las obligaciones de los gobiernos con los habitantes de sus propios países; explorar las responsabilidades de todos los gobiernos con respecto a los pobres de todo el mundo, y proponer una estructura mundial para mejorar la salud como cuestión de justicia social. El derecho humano internacional a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr constituye un punto de partida para determinar ese nivel esencial de los servicios de salud: el personal sanitario, la información y la financiación; las vacunas, medicamentos y tecnologías. El derecho a la salud exige la universalidad de la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y buena calidad de estos servicios. Los estados son los principales encargados de financiar y garantizar los servicios y bienes esenciales para el derecho a la salud. Los estados tienen la responsabilidad de gobernar bien, con plena participación de la sociedad civil.

La gobernanza de la salud mundial, es esencial porque los estados no aceptarán normas internacionales sin alianzas genuinas, una división equitativa de la carga y programas eficientes que mejoren los resultados sanitarios. Pero hay problemas políticos, jurídicos y económicos que dificultan la gobernanza eficaz. Los países se enfrentan a graves problemas

de fragmentación, duplicación y confusión, entre un aluvión de agentes e iniciativas sanitarias mundiales. Necesitamos un sistema de gobernanza que fomente alianzas eficaces y coordine iniciativas para crear sinergias y evitar la competencia destructiva. Es importante que la gobernanza mundial OMS, refuerce su liderazgo y función normativa, que, como organismo de las Naciones Unidas, debe tener la legitimidad, autoridad y recursos para prestar apoyo a los países para garantía del derecho a la salud.

En el Perú el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud tiene por finalidad coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud. El sistema de salud del Perú comprende proveedores de servicios públicos y privados, cada uno de los cuales incorpora un conjunto de mecanismos de financiamiento y suministro de servicios integrados verticalmente. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se organiza en cinco segmentos: pacientes del Seguro Integral de Salud SIS adscrito al Ministerio de Salud; Seguro Social de Salud EsSalud adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo; la Sanidad de las Fuerzas Armadas: Marina, Aviación y Ejército adscritas al Ministerio de Defensa; Sanidad de la Policía Nacional del Perú PNP adscrita al Ministerio del Interior; y adicionalmente el Sector Privado. El sistema de salud peruano, se caracteriza por su fragmentación y segmentación. (p.01)

El Proceso Presupuestario Público en el Perú.

Según el Ministerio de Economía y Finanzas del Perú (MEF Perú, 2011), una de las finalidades del Estado es la provisión de bienes y servicios públicos de calidad que contribuyan al bienestar de la población y favorezcan la reducción de la pobreza y las brechas de desarrollo que afectan a los

ciudadanos. El Presupuesto Público es el instrumento de gestión del Estado, que en un contexto de responsabilidad y transparencia fiscal, asigna los recursos públicos que permita la citada provisión, revelando el resultado de la priorización de las intervenciones públicas que realizan las entidades públicas, en el marco de las políticas públicas definidas. El Sistema Nacional de Presupuesto, es uno de los sistemas administrativos integrantes de la Administración Financiera del Sector Público. Comprende un conjunto de órganos, normas y procedimientos que conducen el proceso presupuestario del Sector Público en sus fases de programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación.

El Presupuesto Público es un instrumento de gestión del Estado por medio del cual se asignan los recursos públicos sobre la base de una priorización de las necesidades de la población. Estas necesidades son satisfechas a través de la provisión de bienes y servicios públicos de calidad para la población financiados por medio del “Presupuesto” que es la expresión cuantificada, conjunta y sistemática de los gastos durante el año fiscal, por cada entidad que forman parte del Sector Público y refleja los ingresos que financian dichos gastos.

Los Gastos Públicos son el conjunto de erogaciones por concepto de gasto corriente, de capital y servicio de deuda que realizan las entidades con cargo a créditos presupuestarios aprobados por la Ley Anual de Presupuesto, para ser orientados a la atención de los servicios públicos y acciones desarrolladas por la entidad de conformidad con sus funciones y objetivos institucionales:

- La Dirección General de Presupuesto Público es el ente rector del Sistema Nacional de Presupuesto. El Sistema Nacional de Presupuesto se rige por

la Ley N° 28112, Ley Marco de la Administración Financiera del Sector Público y por la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.

- De acuerdo a la Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, éste está integrado por la Dirección General de Presupuesto Público (DGPP) y por las Oficinas de Presupuesto, a nivel de todas las entidades del Sector Público que administran recursos públicos.
- De acuerdo a la Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto el alcance del Sistema es para Gobierno Nacional, Gobierno Regional y Gobierno Local.
- El Titular del pliego o de la entidad, es la más alta autoridad ejecutiva en materia presupuestal y es responsable de manera solidaria. La responsabilidad presupuestaria está dirigida por las Oficinas de Presupuesto de las unidades ejecutoras, encargadas de monitorear, evaluar el cumplimiento de los objetivos y las metas de las intervenciones financiadas con cargo en los créditos presupuestarios autorizados por la Ley de Presupuesto Anual.
- Las Etapas del Proceso Presupuestario son: Programación, Formulación, Aprobación, Ejecución y Evaluación.
- La Etapa de Programación: Es la etapa inicial del Proceso Presupuestario en el que la entidad estima los gastos a ser ejecutados en el año fiscal siguiente, en función a los servicios que presta y para el logro de resultados. Este proceso se realiza en cuatro pasos:
 - Definir el Objetivo y escala de prioridades
 - Definir las metas en sus dimensiones físicas y financieras

- Definir la demanda global del gasto
- Estimar la asignación presupuestaria total

En base a las propuestas de presupuestos institucionales presentadas por los pliegos, la DGPP elabora el Anteproyecto de Presupuesto del Sector Público que se presenta al Consejo de Ministros para su aprobación y posterior remisión al Congreso de la Republica. Se tienen etapas:

- En la Etapa de Formulación se determina la estructura funcional programática del pliego y las metas en función de las escalas de prioridades, consignándose las cadenas de gasto y las fuentes de financiamiento.
- En la Etapa de Aprobación, el presupuesto público se aprueba por el Congreso de la República mediante una Ley que contiene el límite máximo de gasto a ejecutarse en el año fiscal.
- En la Etapa de Ejecución, se atiende las obligaciones de gasto de acuerdo al presupuesto institucional aprobado para cada entidad pública, tomando en cuenta la Programación de Compromisos Anual (PCA): Es un instrumento de programación del gasto público que permite la comparación permanente entre la programación presupuestaria y el marco macroeconómico multianual, las reglas fiscales y la capacidad de financiamiento para el año en curso.
 - La Ejecución Presupuestaria está sujeta al presupuesto anual y a sus modificaciones conforme a la Ley N° 28411. Se inicia el 1 de enero y culmina el 31 de diciembre de cada año fiscal.
 - La ejecución del gasto público tiene tres pasos: Compromiso (acuerdo de realización de pagos previamente aprobados, previa Certificación

Presupuestal de la Oficina de Presupuesto), Devengado (obligación de pago luego de un gasto aprobado y comprometido; se da previa entrega del bien o servicio contratado) y Pago (acto administrativo de conclusión parcial o total del monto de la obligación reconocida).

- En la ejecución presupuestal se considera en Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), el Presupuesto Institucional Modificado (PIM).

(pp.1-34)

Caracterización del Sistema de Salud de Perú.

Según Jacqueline Elizabeth Alcalde & Rabanal (2011), el sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. El gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones o a través del Seguro Integral de Salud (SIS). La prestación de servicios tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al SIS se realiza a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), hospitales e institutos especializados que están ubicados en las regiones y en la capital de la república.

El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada (EPS). EsSalud ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones, pero desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en 1997, el sector privado le ha

vendido servicios personales a EsSalud a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP).

En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Forman parte del privado lucrativo las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras. Como prestadores informales están los proveedores de medicina tradicional. El sector privado no lucrativo está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro. La mayor parte presta servicios de primer nivel y frecuentemente reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares. (p. s243-s254).

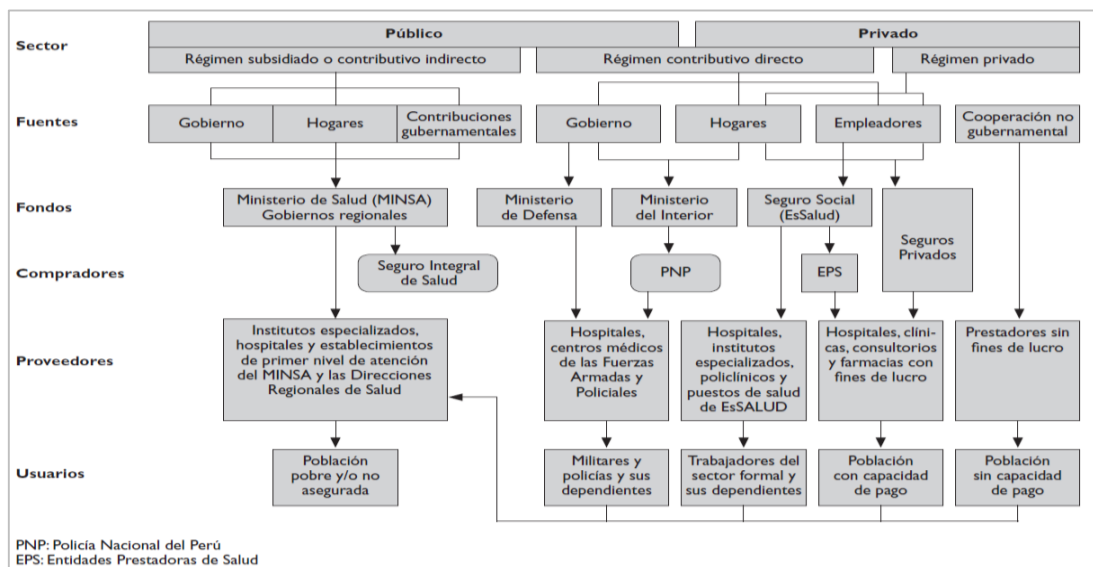


Figura 1. Sistema de Salud de Perú.

Fuente: Artículo de Revisión "Sistema de Salud de Perú": Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal, MSP, (1) Oswaldo Lazo-González, PhD,(2) Gustavo Nigenda, PhD.(1). P. S244.

- *Demografía.*

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015), nuestro país tiene una población de 28'220,764 hab. (Censo 2007). Para el año 2015 se proyectó que poco menos de la mitad (49.9% = 15'545,829 hab.) son hombres y poco más de la mitad (50.1% = 15'605,814 hab.) son mujeres. Para el año 2007: Según población por área de residencia fue de 75.9 % en el área urbana y 24.01 en el área rural; según región natural, el 54.6 % de la población vive en la Costa; el 32 % en la Sierra y el 13.4 % en la Selva. (p.10)

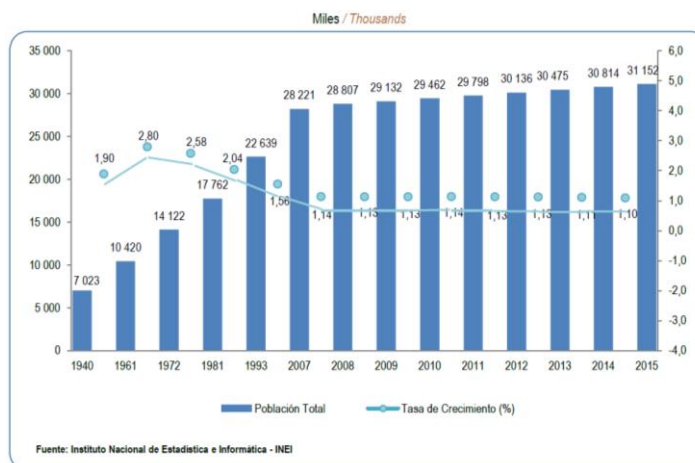


Figura 2. Población Total y Tasa Crecimiento Promedio Anual, Censo 1940-2007.
Fuente. INEI: "Perú, Síntesis Estadística 2015". P.10

- *Condiciones de Salud.*

Según el Plan Estratégico Institucional 2012-2016 (MINSA, 2013), en la parte del Análisis de Situación de la Salud (ASIS), contiene un análisis del sector y su entorno.

Transición Demográfica y Epidemiológica.

Según Valdía (2009), se entiende la transición epidemiológica como "El paso de una situación de altas tasas de fecundidad y mortalidad a una situación de tasas bajas. El cambio de un patrón en el que predominan las

enfermedades infecto-contagiosas a otro en el que las principales causas de muerte son los padecimientos crónico-degenerativos. Este proceso viene ocurriendo sin dar tiempo para adecuar los sistemas de salud para atender la nueva situación que requiere de mayor tecnología y especialización para atender estas enfermedades e implica mayores costos. El estudio de carga de enfermedad 2006, coincide con evidentes procesos demográficos y epidemiológicos y un crecimiento económico estable y una mayor recaudación fiscal que permite pensar, planificar y emprender una modernización del el sector y transitar a un sistema sanitario moderno capaz de enfrentar los problemas de salud del envejecimiento como son las enfermedades crónicas y degenerativas y a la vez atender las enfermedades trasmisibles que continúan siendo un problema de salud pública.

El estudio determina las enfermedad y lesiones que producen más años perdidos por muerte prematura (AVISA) y más años perdidos por discapacidad (AVAD) lo que permite establecer un orden de prioridad de las enfermedades y lesiones con mayores consecuencias en la vida productiva de la nación, tanto en términos del costo de atención como de la calidad de vida de la población peruana. Con los estudios de carga de enfermedad se ha podido evidenciar las implicaciones de la transición demográfica y epidemiológica peruana, que muestra una nueva configuración distinta a la tradicional que presentaba las causas de muerte materna e infantil y las enfermedades trasmisibles, como las principales. Ahora se sabe que las enfermedades no trasmisibles ocupan los primeros lugares y no es que estas causas son de reciente aparición sino es que los indicadores que se utilizaban

para medir la salud en el país no permitían reconocer nuestro actual perfil epidemiológico. (p.222-231)

- *En lo demográfico.*

El ritmo de crecimiento de la población viene disminuyendo desde hace algunas décadas. De acuerdo a las proyecciones del INEI, la población del Perú para 2012 sería de 30'135,750 habitantes compuesto por 15'703, 003 hombres y 15'032, 872 mujeres. La población del país crecerá en 1'352, 750 habitantes, llegando a 31'488, 625 en el 2016, y la tasa de crecimiento de la población continuará su ritmo descendente de 1.13 a 1.08.

- *Urbanización acelerada.*

El Perú continúa su proceso de concentración poblacional en ciudades constituyendo la población urbana el 72.36% y la rural el 27.64%. Este proceso de migración hacia centros urbanos mayores de 2000 habitantes debe contribuir a facilitar el acceso de la población a los servicios básicos y disminuir los costos de la oferta de estos servicios, particularmente en el caso de la provisión de servicios de salud.

- *Progresivo envejecimiento de la población.*

Según el INEI el proceso de envejecimiento de la población se inició en los años 70 de manera muy lenta. Para el 2012 la población mayor de 65 años se estima en 6.1 %, para el 2015 sería del 6,53% y para el 2050 un 16,1%. El envejecimiento de la población vendrá acompañado de un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, así como una mayor intensidad de uso de los servicios por este grupo etario.

- *Fecundidad.*

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2010), la Tasa de Fecundidad General (TFG) en el país es de 87 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil. En el área urbana, esta relación fue de 77 y en el área rural de 119 nacimientos por cada mil mujeres en edad reproductiva, mostrando la tendencia a disminuir. Según la ENDES 2011, la reducción de la fecundidad, en la actualidad, es considerada importante porque constituye uno de los factores para la disminución de la mortalidad infantil y materna. En el Perú la Tasa Global de Fecundidad es mayor en los hogares del quintil inferior de riqueza, en el que las mujeres tienen en promedio más hijos (4,1); en contraste con los de las mujeres del quintil superior de riqueza (1,6). La proyección de la ENDES 2011 para el quinquenio 2010-2015 es de 2,38 y de 2,10 en el quinquenio 2020-2025. (pág. 92)

- *Prolongación de la vida.*

La Esperanza de Vida al Nacer promedio (ambos sexos y área urbano-rural) proyectada es de 72,53, que se descompone en 69,93 para los hombres y 75,27 para las mujeres. Las mujeres tienen una marcada ventaja de casi 11 años, cuando se compara la esperanza de vida de la mujer urbana de 77.05, con la del varón que vive en el campo de 66.09. En los últimos años, los habitantes de la sierra vienen mejorando su esperanza de vida al nacer frente a sus pares de la selva, factor que se atribuye a un mayor acceso a servicios básicos y a servicios de salud. En el caso de la población de la costa que tiene un mayor acceso a servicios se gana en la Esperanza de Vida al Nacer pero a un ritmo cada vez más

lento lo que estaría indicando que el acceso a servicios es muy importante pero no suficiente y que las ganancias en la Esperanza de Vida al Nacer dependerán cada vez más en estilos de vida saludables.

- *Tasa Bruta de Mortalidad.*

Según el Plan Estratégico Institucional 2012-2016 (MINSA, 2013), la Tasa Bruta de Mortalidad (TBM), muestra una tendencia descendente a nivel nacional en las últimas tres décadas, aunque esa misma tendencia no es seguida en algunas regiones. Para el período 2010-2015, la TBM más baja corresponderá a Tacna, Callao, Madre de Dios (4.6 por mil) y la más elevada a Huancavelica (8.9 por mil) y el promedio estará en 6.0 por mil. Los otros departamentos que tendrán TBM menores al 5.0 por mil serán Tumbes, en la Costa con (4.7 por mil); y San Martín en la Selva con (4.7 por mil). (pág.11)

Salud Materno Infantil.

- *Mortalidad infantil.*

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, ENDES 2010) de acuerdo a la tendencia histórica y considerando los programas del MINSA para mejorar la salud materno-infantil; en los últimos años, la tasa de mortalidad infantil, neonatal y menores de 5 años presentó descenso sostenido, pasando la mortalidad infantil, de 57 muertes por mil nacidos vivos en 1990, a 20 para el 2009. (p.170)

Este importante logro en la reducción de la mortalidad infantil se debe al compromiso asumido por el país y diversas entidades públicas y privadas, permitiendo alcanzar la meta propuesta por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Sin embargo, este descenso no se ha dado

en la misma proporción en todas las regiones del país, como se puede observar en los siguientes gráficos. Asimismo, se ha disminuido la desnutrición global y la desnutrición crónica infantil. (Perú Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050 INEI, pág. 26)

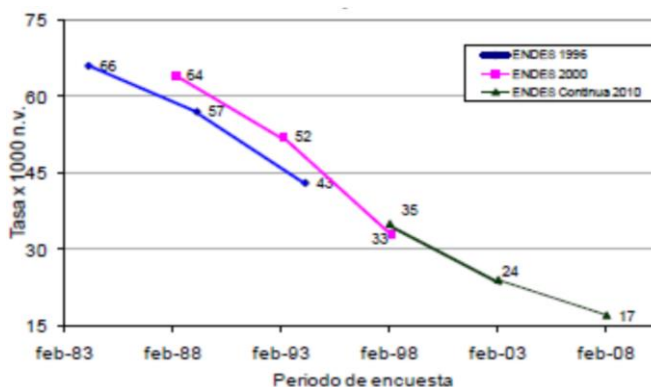


Figura 3. Evolución de la Mortalidad Infantil; Según encuestas 1996, 2000 y 2010.
Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar — ENDES Continua 2010.

- *Mortalidad materna.*

Según ENDES Continua-2010, la mortalidad materna en el país presentó un descenso a 93 x 100 mil nacidos vivos, como resultado de las intervenciones, acciones y estrategias orientadas a reducir las posibilidades de embarazo no planificado, las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y el énfasis en el parto institucional con enfoque de género, interculturalidad y equidad en poblaciones pobres y de extrema pobreza. Sin embargo, el Perú continúa teniendo una de las tasas más altas de mortalidad materna en América Latina.

- *Desnutrición crónica.*

En el año 2010, el 8,0 por ciento de las niñas y niños menores de cinco años de edad registró bajo peso al nacer (< 2,5 Kg). Este porcentaje es ligeramente menor al encontrado en la ENDES 2007 (8,4 por ciento); además, se observa que existe mayor porcentaje de nacidos vivos en el

área rural (10,4 %) con bajo peso al nacer, que en el área urbana (7,0 %). Según el Instituto Nacional de Salud a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, entre el año 2000 y el 2011, la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 36 meses disminuyó en 7.3%, la anemia en 19.3% y el bajo peso al nacer en 7.1%. Asimismo en ese mismo periodo, la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años descendió de 25.4% a 15.2% y la anemia de 60.9% a 41.6%. De otro lado, el sobrepeso y la obesidad en los niños menores de 5 años aumentó a 6.4% y 1.8% respectivamente.

Los factores asociados a la desnutrición crónica son el bajo peso al nacer (OR=4.3), la condición de pobre (OR=2.63) y el sexo masculino (OR=2) y los factores asociados a la anemia son la pobreza extrema (OR=1.8), pobreza (OR=1.4), la falta de control prenatal de la madre del niño (OR=1.4) y ser madre adolescente (OR=1.5). Los departamentos que debieran recibir mayor atención por concentrar los mayores niveles de desnutrición crónica son los del sur andino, así como Huánuco y Cajamarca. Otro de los problemas del sector salud es la anemia en menores de tres años que demanda especial atención de los servicios públicos.

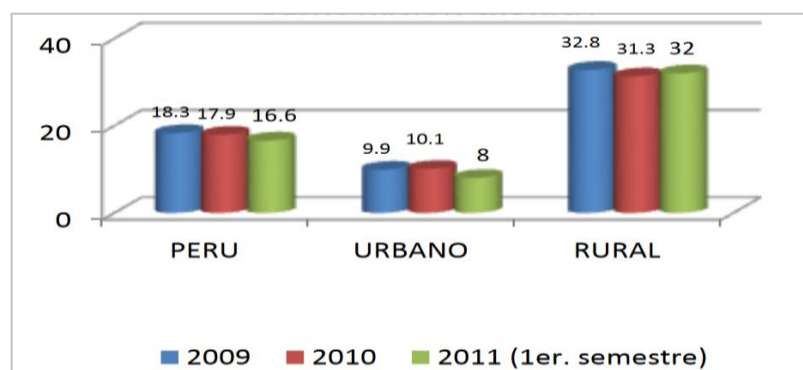


Figura 4. Proporción de < 5 años con Desnutrición Crónica: 2009-2010-2011.
Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar — ENDES Continua 2011.

Según ENDES 2011, el 9.5% de los niños y niñas menores de 5 años del Perú están afectados con sobrepeso, y según la Encuesta Global de Salud Escolar, realizada en el Perú durante el 2010 aplicada a estudiantes del segundo al cuarto año de educación secundaria con representación nacional cerca del 20% de los estudiantes presentaron sobrepeso y un 3% obesidad. (Ministerio de Salud del Perú, 2010)

El sobrepeso y obesidad va en aumento en nuestro país y según la Oficina General de Epidemiología (MINSA, 2013), entre la tercera y quinta causa de muerte general en el 2011 se ubicó a las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. Problema que urge atender por transición epidemiológica, en la que las enfermedades infecciosas dejan de ser las primeras causas de muerte y las enfermedades crónicas y degenerativas, debido a inadecuados estilos de vida y alimentación, pasan a ser la principal causa de pérdida de años de vida saludable y de discapacidad, siendo el sobrepeso el que desencadena una serie de problemas metabólicos que deriva en diversas enfermedades crónicas como cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes, entre otras.

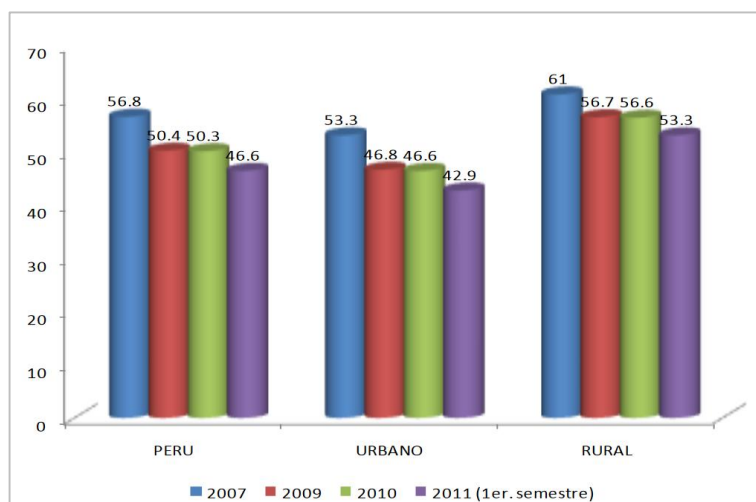


Figura 5. Proporción de Niños entre 6 y 36 Meses con Anemia.
Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar — ENDES Continua 2011.

Situación de las Enfermedades Transmisibles

▪ *Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas.*

Según el Instituto Nacional de Estadística (ENDES 2011) al primer semestre del 2011, la proporción de niños menores de 36 meses con IRA alcanzó el 19.1% y afecta con mayor severidad a la población de menores recursos y a las poblaciones de Loreto, Pasco, Piura, Huánuco y Ancash. Las IRAs son la principal causa de consulta en los establecimientos de salud y está como principal causa de muerte en la población menor de 36 meses y mayores de 60 años. La disminución de esta enfermedad es muy lenta dado que entre 2000 y el 2011 sólo disminuyó en 3.5%.

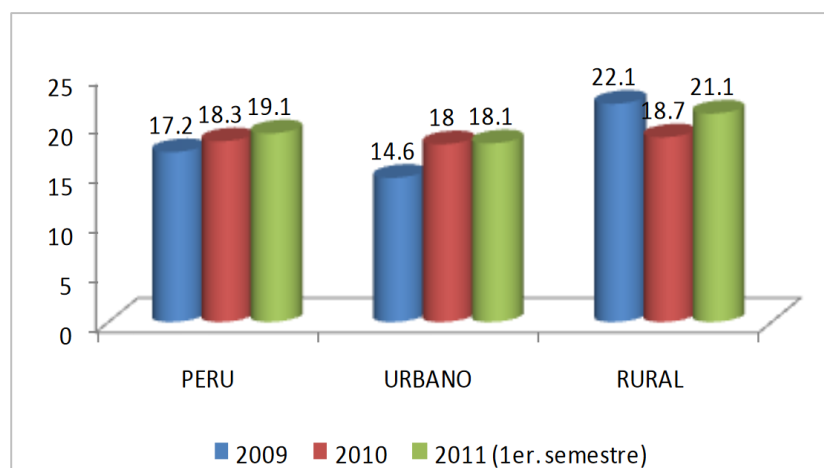


Figura 6. Proporción de Niños Menores de 36 meses con IRA.
Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar — ENDES Continua 2011.

En el período 2009-2011, las enfermedades diarreicas agudas EDAS afectaron principalmente a las niñas y niños en situación de pobreza, donde las condiciones de higiene no son buenas y se presentan por igual en áreas urbanas (19.3%) y rurales (18.3%). El creciente acceso a agua tratada y agua potable en el período de 12 años he tenido un efecto en la disminución de esta enfermedad que se ha reducido en 17.6%. (p.15-16, PEI 2012-2016).

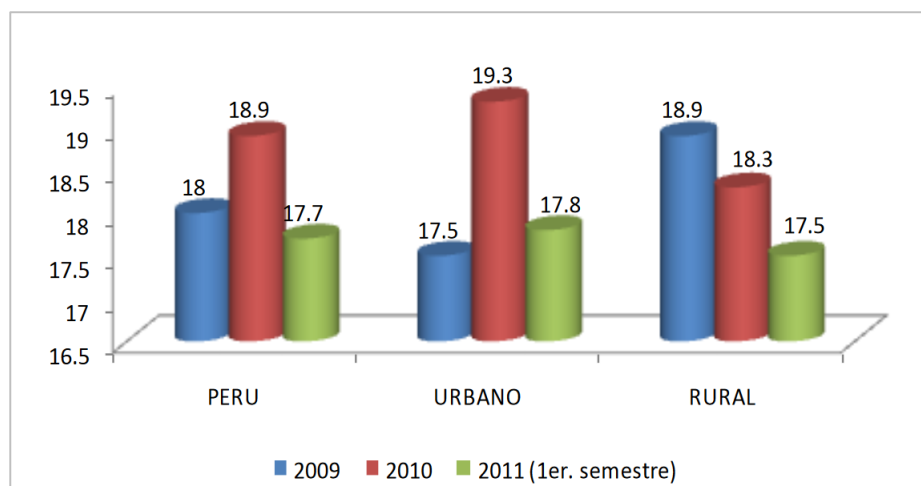


Figura 7. Proporción de Niños Menores de 36 meses con EDA.
Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar — ENDES Continua 2011.

- *Tuberculosis (TB).*

La tasa de morbilidad en el país es de 110 casos por cada 100 mil habitantes. En números absolutos el año 2010 fueron diagnosticados 32,477 enfermos de TB (en todas sus formas). La distribución de estos casos de TB no es homogénea en el territorio nacional, observándose concentraciones significativas, en los barrios marginales de mayor concentración de pobreza. El 10% contrae la tuberculosis multidrogo resistente (TB MDR). La ciudad de Lima concentra el mayor número de pacientes multidrogo resistente, 82% de casos de TB MDR y 93 % de casos de TB XDR del total de casos del país. La existencia de segmentos de población sin acceso a los servicios de atención, las disparidades en el financiamiento público de la salud y la falta de sinergias sectoriales configuran un escenario potencialmente vulnerable a las enfermedades emergentes y reemergentes.

Un ejemplo de ello es la aparición en nuestro medio de la Tuberculosis Multidrogo Resistente (MDR) cuya tendencia se muestra en la gráfica:

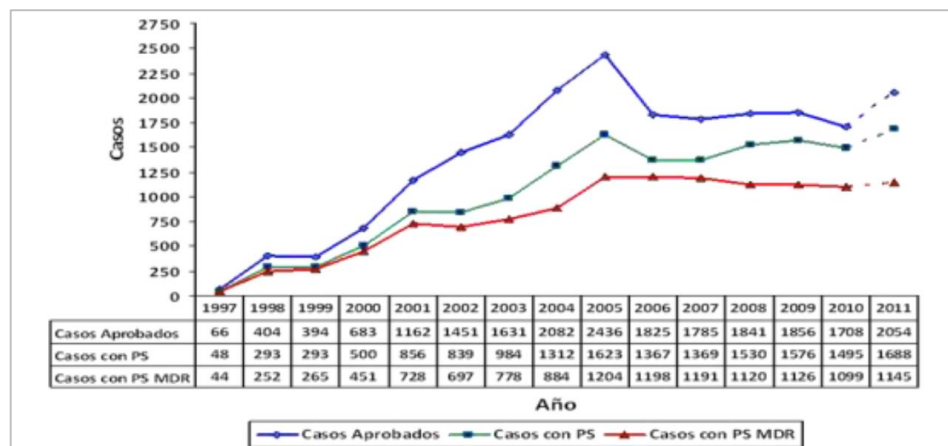


Figura 8. Emergencia de la Tuberculosis Multidrogo Resistente (MDR). Casos Aprobados, Pruebas Sensibilidad y TB MDR Demostrados Por P.S. Perú, 1997-2011
Fuente: Registro Medico Electrónico (EMR)/ ESNP CT/DGSP/MINSA/PERU

■ VIH-Sida.

La Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud reporta que se han notificado 27,454 casos de SIDA y 44,004 de VIH al 30-abril-2011. En la mayoría de los casos la transmisión se da por vía sexual (97%), vertical en el 2% y parenteral en 1% de los casos reportados.

Tabla 4. Sida: Casos Acumulados VIH y Sida 2000-2011.

SIDA: CASOS ACUMULADOS VIH y SIDA 2000-2011											
Departamento	VIH	SIDA	Departamento	VIH	SIDA	Departamento	VIH	SIDA	Departamento	VIH	SIDA
Lima	17,052	10,192	San Martín	1044	52	Tumbes	454	302	Amazonas	139	115
Callao	2,300	976	Arequipa	919	685	Huánuco	344	44	Ayacucho	136	27
Loreto	2,602	837	Ucayali	903	130	Cusco	226	91	Cajamarca	104	38
La Libertad	1,269	320	Ica	776	678	Madre de D.	220	182	Huancavelica	45	27
Lambayeque	1,200	359	Junín	744	201	Pasco	198	26	Puno	31	20
Piura	1,085	309	Ancash	683	278	Tacna	197	79	Apurímac	25	11
						Moquegua	186	42	Desconocido	1024	395

Fuente: DGE, MINSA, Boletín Epidemiológico Mensual. http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin_2012/marzo

En los últimos 3 años se ha registrado una disminución importante en la incidencia tanto de los casos de SIDA y VIH. Se estima que entre 11 a 20 mil jóvenes entre los 15 y 34 años viven con VIH, pero solamente el 55% por cien de ellos cuenta con el acceso al conocimiento, información y educación sobre el VIH. Lima y Callao concentran el 70.6% de los casos de SIDA, el resto se distribuyen en ciudades de la costa, Iquitos, Pucallpa, Huancayo y Huaraz.

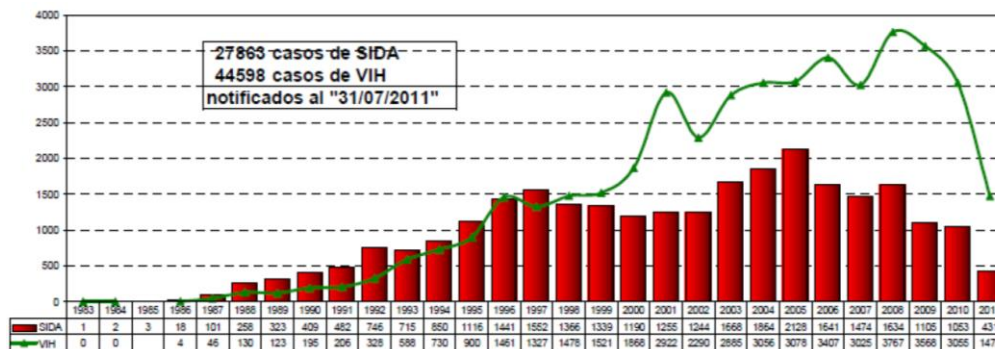


Figura 9. Situación del VIH/SIDA en el Perú (Notificación a la semana 35-2011)

Fuente: Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. DGE-MINSA

▪ *Hepatitis B.*

De acuerdo a expertos hay un sub-registro de personas con hepatitis B. El virus de la hepatitis B (HBV) es un virus altamente infeccioso cuyo portador crónico puede resultar en cirrosis hepática o cáncer de hígado y cuando está asociado al virus Delta como ocurre en el Perú esto se da en plazos más cortos. La intensa migración interna en el país de áreas endémicas hacia áreas no endémicas y viceversa, debido a factores económicos y sociales que viene ocurriendo en las últimas décadas, está cambiando de manera importante el patrón epidemiológico de la infección por HBV y D. La vacuna disponible contra HBV es eficaz y segura.

Tabla 5. Casos de Hepatitis B hasta la semana 29 de los años 2008-2011.

TIPO DIAGNÓSTICO	DE	2008	2009	2010	2011
COMPROBADO		299	172	334	297
PROBABLE		7	5	6	0
TOTAL		306	177	340	297
DEFUNCIONES		3	3	6	4

Fuente: Dirección General Epidemiología (DGE) MINSA. Semana Epidemiológica N° 29-2012

▪ *Malaria y el Dengue.*

Según la Red Nacional de Epidemiología. Dirección General de Epidemiología (DGE, 2011) Año a año ha venido disminuyendo el número de casos de malaria notificados, pero aún son elevados; en el año 2011 se notificaron 15,936 casos de malaria acumulados, de los cuales,

14,350 corresponden a infecciones por Plasmodium Vivax, y, 1,586 infecciones por Plasmodium Falciparum.

Tabla 6. Casos Malaria por Especies. Comparado hasta Semana 35, 2007-2011.

Casos de Malaria por Especies y por años Comparado hasta la Semana 35, 2007-2011					
Tipo Dx	2007	2008	2009	2010	2011
P. Vivax	33,627	27,059	25,429	16,746	14,350
P.Falciparum	6,262	3,183	3,026	1,601	1,586
Notificados	39,889	30,242	28,455	18,347	15,936

Fuente: Dirección General de Epidemiología (DGE) — MINSA.

La notificación de casos de Dengue en el Perú hasta la Semana Epidemiológica N° 35-2011, fue de 35,066 notificaciones, de los cuales 7,481 fueron descartados. El acumulado de los casos (entre confirmados y probables) es de 27,585 casos de Dengue Clásico de los cuales el 85.6% (23,616) son casos confirmados y el 14.4% (3,969) fueron como casos probables. (pág. 19, PEI 2012-2016, MINSA)

Según la Red Nacional de Epidemiología, Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud (2011), se han reportado un total de 10,316 casos, de los cuales 2,597 (20,1%), han sido confirmados por laboratorio; 7,719 (59,7%) están en condición de probables y 2,604 fueron descartados por Dengue. (pág. 19, PEI MINSA 2012-2016)

En el 2011 de acuerdo a la nueva clasificación del Dengue, del total de casos confirmados y probables que se han notificado, 8 651 casos (83,8%) se consideran Dengue Sin Señales de Alarma (DSSA); 1,608 (15,5%) con Dengue Con Señales de Alarma (DCSA) y con 57 casos (0,6%) corresponden a Dengue Grave (DG). De los casos confirmados en el Departamento de Ucayali fue un 81,2%, en la Provincia de Jaén Departamento de Cajamarca fue el 25,1%, en el Departamento de Loreto un 19,0% y en el Departamento de Junín fue de un 4,3%.

- *Bartonellosis y Chagas.*

Según la Dirección General de Epidemiología, el término Bartonellosis que emplea la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades CIE 10 agrupa a diversas formas clínicas de la enfermedad de Cerrión; sin embargo Bartonellosis y Enfermedad de Carrión (EC) no son sinónimos; existe la necesidad para replantear la codificación CIE 10.

Durante los años 2002-2011 los casos de Bartonellosis tuvieron un incremento, el 2004 alcanzó un pico máximo de 11,128 casos con una Tasa de Incidencia Acumulada (TIA) de 40,4 x cada 100 000 Hab, y la incidencia más baja como país se alcanzó el 2010; para el 2011 se han notificado 713 casos desde entonces la tendencia de los casos notificados está en aumento. La falta de métodos diagnósticos rápidos, sensibles y oportunos, exige que se protocolice el manejo de casos y se requiere extender la práctica de hemocultivos a todo paciente que cumpla con la definición de caso para EC, antes de iniciar el tratamiento. Esta forma de proceder es factible dado que los casos de EC no pasan el millar al año.

Según el Instituto Nacional de Salud, en el Perú (2009) existen 19 especies de vectores de la enfermedad de Chagas, con tendencia de algunas especies silvestres a; el reservorio más importante en el sur es el cuy “cobayo”, en el norte roedores sinantrópicos y en la Amazonía, mamíferos silvestres. La seroprevalencia indica que la enfermedad de Chagas aún es importante en el sur del Perú, sin embargo, existen otras zonas de la región norte y nororiental con tasas de infección entre 5 y 11%. (p.v.26n.4)

En el Perú, la enfermedad de Chagas, aún es endémica es endémica en el sur, en la costa, norte y en la cuenca amazónica, pero más del 80 % de los casos que se notifican al Sistema de Vigilancia Epidemiológica en los últimos 6 años proceden de la región sudoccidental, principalmente, de Arequipa; sin embargo, los departamentos de Tacna y Moquegua, aún siguen notificando casos en mayores de 5 años y la región nororiental (Cajamarca, San Martín, Amazonas), históricamente también han notificado casos.

Tabla 7. Casos Enfermedad Chagas por región. Reporte Sistema Vigilancia, 2006-2011.

Departamentos	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total	%
Arequipa	124	57	39	116	4	51	391	84.09
Loreto	1	8	1	2	2	4	18	3.87
Cajamarca	1	0	1	0	14	1	17	3.66
San Martín	0	2	4	1	1	3	11	2.37
Amazonas	0	1	0	0	1	1	3	0.65
Ica	4	1	0	0	0	0	5	1.08
Ucayali	0	0	0	4	0	0	4	0.86
Moquegua	1	0	0	1	2	5	9	1.94
Huanuco	0	0	0	1	0	0	1	0.22
Apurímac	0	0	1	0	0	0	1	0.22
Pasco	0	1	0	0	0	0	1	0.22
Piura	1	0	0	0	0	0	1	0.22
Ancash	0	0	0	1	0	0	1	0.22
Tacna	0	0	0	0	0	1	1	0.22
En investigación*						1	1	0.22
Total	132	70	46	126	24	67	465	

* Notificado en la semana 47, se encuentra en investigación.

Fuente: Dirección General de Epidemiología (DGE) — MINSA 2011.

Situación de las Enfermedades No Transmisibles.

El estudio nacional de carga de enfermedad y lesiones en el Perú evidencia la transición epidemiológica peruana. El estudio muestra un reordenamiento de las enfermedades que afectan a los peruanos lo que también significa un nuevo orden de prioridades sectoriales para evitar la pérdida de años por muerte prematura y por discapacidad. Las enfermedades infecto-contagiosas claramente han sido desplazadas por las enfermedades crónico-degenerativas.

La Tasa de Mortalidad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Perú es mayor que por enfermedades transmisibles, constituyendo causas

principales de muerte, enfermedad coronaria, accidente cerebro-vascular (ACV), hipertensión arterial (HTA), neoplasias malignas y diabetes mellitus (DM).

Según el Ministerio de Salud (2011), hoy se conocen los factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas, eliminándolos se prevendría al menos 80% de las cardiopatías, los accidentes cerebro vasculares y la diabetes tipo 2 y se evitarían más del 40% de casos de cáncer. Se estima que los costos sociales asociados con enfermedades crónicas son abrumadores. Existe evidencia sobre la eficacia y eficiencia de la prevención por cambios de régimen alimentario, estilos de vida saludables o promover ambientes saludables de trabajo.

La detección precoz permite el tratamiento temprano o interrumpir el proceso de la enfermedad a través de las intervenciones farmacológicas. Puede prevenirse, revertirse o retrasar la aparición de la enfermedad cardiovascular, algunos tipos de cáncer, y la diabetes tipo 2.

- *Hipertensión Arterial.*

Según Fernández (2006), la enfermedad hipertensiva arterial representa un importante problema de salud pública y su prevalencia se incrementa dramáticamente con la edad. En el Perú se estima que un 25% de la población adulta (mayor de 20 años) padece de hipertensión arterial (presión sistólica igual o mayor a 120 mm Hg o la diastólica mayor o igual a 80mm Hg), con el consecuente aumento del riesgo de enfermedad cerebro y cardiovascular e insuficiencia renal. Más de 60% de hombres y mujeres mayores de 65 años sufre de hipertensión y, con el aumento de la edad se presenta un mayor número de individuos hipertensos.

El mismo autor Fernández (Simposio Hipertension Arterial, 2006) manifiesta que este hecho obliga a las personas afectadas a considerar seriamente cambios en estilos de vida, así como el uso de terapia antihipertensiva. El conocimiento de estos beneficios no es óptimo. Consecuentemente, se requiere capacitación en ambos grupos, antes de aspirar a una mejora en los resultados. (p.67-68)

Tabla 8. Casos de Hipertensión Arterial por Etapas de Vida, MINSA 2009.

0 -11 años	12 – 17 años	18 – 29 años	30 – 59 años	60 y más años	TOTAL
1983	1716	12,417	94,724	200,454	311,292

Fuente: Sistema Integral de Inteligencia Sanitaria del Centro Nacional de Salud Pública-INS 2009.

- *Obesidad.*

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (ENDES Continua 2010), la obesidad en el Perú es considerado un serio problema de salud pública por ser una patología compleja que puede involucrar factores hereditarios, genéticos y estilos de vida. El sobrepeso es el factor de riesgo más frecuentemente asociado a la hipertensión arterial.

Según el Instituto Nacional de Estadística (ENDES Continua, 2010), Encuesta Global de Salud Escolar del año 2010, 23% de escolares presenta sobrepeso. La preocupación del MINSA por la adecuada alimentación ha generado, una serie de campañas donde se fomenta la alimentación saludable. A ello se suma el sedentarismo cada vez más generalizado en medio urbano.

- *Situación de la Diabetes Mellitus.*

La diabetes es una enfermedad metabólica y tiene uno de los mayores impactos socio sanitario, no sólo por su elevada frecuencia, sino y sobre

todo, por las complicaciones crónicas a las que conlleva esta enfermedad, el importante papel que desempeña como factor de riesgo de aterosclerosis y de patología cardiovascular. (Aguirre J. y col., p.1-9)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) está aumentando debido al incremento de la esperanza de vida, la obesidad y hábitos sedentarios. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo hay más de 346 millones de personas con diabetes tipo 2 y más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios y casi la mitad corresponden a personas menores de 70 años y a mujeres.

▪ *Situación de la Neoplasias Malignas.*

Hinojosa (INEN, 2011), expone que cuarenta personas mueren diariamente en el Perú como consecuencia del cáncer de ese total, 21 son mujeres y 19 son hombres. Aproximadamente 22 mil peruanos viven con este mal sin saberlo y el 80% de estos casos se presentan en estadios avanzados. (p.01-75)

Frente a este preocupante panorama actual, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) ha decidido enfatizar la descentralización de los servicios oncológicos y en el Programa de Prevención y Control del Cáncer que se viene ejecutando en 26 regiones y puesta en marcha de Preventorios. Los cánceres más comunes en el caso de las mujeres son el cáncer de mamas y el cáncer de cuello uterino y, en el hombre el cáncer de próstata. El cáncer gástrico y colon rectal afecta a ambos sexos por igual. Estos son prevenibles y tratables si son detectados precozmente.

2.3 MARCO CONCEPTUAL / GLOSARIO DE TÉRMINOS

Eficiencia.

Según Merino (2009): Tiene su origen en el término latino “efficientia” y se refiere a la habilidad de contar con algo o alguien para obtener un resultado” (p.01). Es el uso racional de los medios para alcanzar un objetivo predeterminado; es decir, cumplir un objetivo con el mínimo de recursos y tiempo. En administración hace referencia al uso de los recursos que son los medios de producción que se tienen disponibles y puede llegar a conocerse el nivel de eficiencia “E” desarrollado a través de la ecuación $E = P / R$ (P= productos resultantes; R=recursos utilizados).

- Robbins y Coulter, dicen que es obtener resultados de una magnitud importante invirtiendo la mínima cantidad posible en ella.
- Reinaldo O. Da Silva se inclina a decir que eficiencia implica operar de una forma en la cual todos los recursos se utilicen de la manera más adecuada posible.

En economía, la eficiencia implica el aprovechamiento de los recursos de la sociedad de la mejor forma posible, satisfaciendo con los resultados los deseos y necesidades de los individuos. Simón Andrade, la define como la forma en la que se mide la capacidad de actuación de un determinado sistema donde se minimiza el uso de los recursos.

Eficacia.

Según Merino (2009): “Proviene del latín “efficacia” y es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción. Por tanto, mientras que la eficiencia implica una relación positiva entre el uso de los recursos del proyecto y los resultados conseguidos, la eficacia se refiere al nivel de objetivos conseguidos en un determinado plazo”.

- Ser eficaces es alcanzar la meta estipulada, sin importar el nivel de recursos empleados.
- Se puede ser eficiente sin ser eficaz y viceversa, pero si se reúnen ambos requisitos, estaríamos ante un proyecto ideal.

Año Fiscal.

Es el periodo en el cual se produce la Ejecución Presupuestaria de los Ingresos y Egresos. Corresponde al año calendario.

Clasificador por Objeto del Gasto.

Es el documento que contiene la codificación de ingresos y egresos del presupuesto fiscal, que facilita el compromiso presupuestal.

Calendario de Compromisos.

Es la herramienta para el control presupuestal del gasto que aprueba la Dirección Nacional de Presupuesto Público, para establecer el monto máximo para comprometer mensualmente, dentro del marco de las Asignaciones Presupuestarias Aprobadas en el Presupuesto Institucional del Pliego acorde a la disponibilidad de la Caja Fiscal.

Ejecución de Gastos.

La Ejecución del Gasto comprende las etapas del Compromiso, Devengado y Pago. El procedimiento de la Ejecución de Gasto es el siguiente:

- Calendarización: Previsión de niveles máximos de compromisos presupuestales para un periodo dado.
- Compromisos: Emisión de documentos sustentatorios de compromiso (Orden de Compra, Orden de Servicio).
- Devengados: Surgimiento de la obligación de gastar por parte del Pliego.

- Giro: Nivel máximo de giro que el Tesoro Público proporciona a cada pliego presupuestal. Difiere en la medida que el pliego acumule saldos en su subcuenta.
- Pago: Tope que el Tesoro Público autoriza al Banco de la Nación a abonar a la subcuenta de cada Pliego Presupuestal.

Pliego Presupuestario.

Son las Entidades del Sector Público a las que se le ha aprobado una Asignación Presupuestaria en la Ley Anual de Presupuesto. Operativamente, los Pliegos Presupuestarios son los organismos ejecutores responsables del cumplimiento de las Metas Presupuestarias y del logro de los Objetivos Institucionales trazados para cada Año Fiscal, responsabilizándose de la atención de los gastos adicionales no contemplados en el PIA que se presenten durante la Fase de Ejecución Presupuestal acuerde a la disponibilidad presupuestaria existente.

Presupuesto Institucional de Apertura (PIA).

Es el Presupuesto Inicial aprobado por el titular del Pliego de acuerdo a los montos establecidos para la Entidad por la Ley Anual de Presupuesto del Sector Público.

Presupuesto Institucional Modificado (PIM).

Es el Presupuesto Actualizado del Pliego. Comprende el Presupuesto Institucional del Apertura (PIA) así como las modificaciones presupuestarias (en el Nivel Institucional como en el Funcional Programático) efectuadas durante el ejercicio presupuestario.

Unidad Ejecutora (UE).

Según Glosario del Ministerio de Economía del Perú (MEF, 2017), constituye el nivel descentralizado u operativo en las entidades públicas. Una Unidad Ejecutora cuenta con un nivel de desconcentración administrativa que: determina y recauda

ingresos; contrae compromisos, devenga gastos y ordena pagos con arreglo a la legislación aplicable; registra la información generada por las acciones y operaciones realizadas; informa sobre el avance y/o cumplimiento de metas; recibe y ejecuta desembolsos de operaciones de endeudamiento; y/o se encarga de emitir y/o colocar obligaciones de deuda.

Presupuesto por Resultados (PpR).

Según Glosario del Ministerio de Economía del Perú (MEF, 2017), presupuesto por Resultados (PpR) es una estrategia de gestión pública que vincula la asignación de recursos a productos y resultados medibles a favor de la población, que requiere de la existencia de una definición de los resultados a alcanzar, el compromiso para alcanzar dichos resultados por sobre otros objetivos secundarios o procedimientos internos, la determinación de responsables, los procedimientos de generación de información de los resultados, productos y de las herramientas de gestión institucional, así como la rendición de cuentas.

El Presupuesto por Resultados (PpR) se implementa progresivamente a través de los programas presupuestales, las acciones de seguimiento del desempeño sobre la base de indicadores, las evaluaciones y los incentivos a la gestión, entre otros instrumentos que determine el MEF, en colaboración con las demás entidades del Estado. En el caso de Perú, el Presupuesto por Resultados (PpR) se rige por el Capítulo IV “Presupuesto por Resultados (PpR)” en el Título III, “Normas Complementarias para la Gestión Presupuestaria”, de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.

2.4 RESUMEN DEL MARCO TEÓRICO

Antecedentes de Investigación.

Se concluye que el sector salud en el Perú ha logrado un avance significativo en la reforma presupuestaria; sin embargo es limitada su implementación desde un enfoque por resultados por una débil articulación del planeamiento presupuestal, inadecuada regulación de la ejecución del gasto público y poca participación de la sociedad civil.

Fundamentos Teóricos.

- *Los servicios de salud:* Son considerados como un bien público o social cuya prestación no se puede excluir a ningún ciudadano y la inclusión de nuevos individuos no afecta a los que ya se benefician de ella. Sin embargo, la salud puede ser catalogada como un bien público, cuasi público y privado. Se dan dos concepciones para asignar un valor monetario a la salud:
 - Enfoque del capital humano: La salud es considerada como una forma de capital humano. El capital salud es el valor presente de la salud de una persona a lo largo de su vida. El valor de la salud, está en función de factores: educación, renta, edad y percepción poblacional, reflejado en el deseo de adquirir servicios de salud.
 - Enfoque de la disposición a pagar: Está basado en axiomas de valoración subjetiva en función de las preferencias de las personas afectadas. Preguntarle a un individuo la cantidad de dinero que cuesta su propia vida conlleva a ambigüedades, su respuesta depende si desea perder o mantener su vida.
- *La Salud y Desarrollo:* Incrementos en el ingreso, por tanto en el consumo de bienes y servicios de salud, significa una relación positiva con el desarrollo.
- *La economía de la salud:* Surge entre 1950 y 1951 en Inglaterra y Estados Unidos

respectivamente. Esta disciplina aplica los principios de eficiencia y equidad en el financiamiento, producción, distribución y consumo de bienes y servicios en el sector salud. Estudia las ofertas en el mercado y políticas de inversión sanitaria.

- *El rol del Estado o Gobierno:* Está implícito o explícito en los diferentes enfoques del pensamiento económico: keynesiano; neoclásico y enfoque neo-institucional. En general, un sector público eficiente debería poder alcanzar los objetivos del Estado, con la menor distorsión posible del mercado, con la carga tributaria más baja posible sobre los contribuyentes, con el menor número posible de empleados públicos y con el menor uso de recursos económicos públicos.
- *Instrumento para cuantificar la calidad del servicio SERVQUAL:* Elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía que en el presupuesto público se traduce en genéricas y específicas de gasto.

Situación de la salud en el Perú.

La salud en Perú viene mejorando paulatinamente que implica una transición epidemiológica y demográfica de una situación de altas tasas a una situación de tasas bajas con una menor tasa de crecimiento poblacional, procesos de urbanización acelerada y progresivo envejecimiento de la población.

- *La Tasa de Fecundidad General (TFG):* Es de 87 nacimientos x 100,000 mujeres en edad fértil con tendencia a disminuir en relación a años anteriores y constituye uno de los factores para la disminución de la mortalidad infantil y materna.
- *La Esperanza de Vida al Nacer (EVN):* En promedio es 72.53 años, mejorando por mayor acceso a servicios básicos, de salud y estilos de vida saludables.
- *La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM):* Muestra una tendencia descendente nacional en las últimas tres décadas, aunque no en todas las regiones. Los últimos

años, la tasa de mortalidad infantil, neonatal y de menores de 5 años presentó un descenso sostenido de 57 a 20 muertes por mil nacidos vivos entre 1990-2009.

- *La Mortalidad Materna:* Presentó un descenso a 93 x 100,000 n.v., como resultado de las intervenciones en reducir embarazos no planificados, complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y el énfasis en el parto institucional. Sin embargo, el Perú aún tiene una de las tasas más altas en América Latina.
- *La Desnutrición Crónica:* El 2010, el 8,0 % de niños menores de cinco años de edad, registró bajo peso al nacer (< 2,5 Kg), ligeramente menor al 2007 (8,4 %).

Situación de las enfermedades transmisibles.

- *Situación de las IRAs:* El primer semestre del 2011, la proporción de niños menores de 36 meses con IRA alcanzó el 19.1% y afecta con mayor severidad a la población de menores recursos (Loreto, Pasco, Piura, Huánuco y Ancash). Son la principal causa de consulta externa y muerte en la población menor de 36 meses y mayor de 60 años. La disminución de esta enfermedad es muy lenta entre 2000-2011 sólo disminuyó en 3.5%.
- *Situación de las EDAs:* Entre el 2009-2011, afectaron principalmente a niños en situación de pobreza, donde las condiciones de higiene no son buenas y se presentan por igual en áreas urbanas (19.3%) y rurales (18.3%). El creciente acceso a agua tratada y potable en los últimos 12 años ha tenido el efecto de reducción a 17.6%.
- *Situación de la Tuberculosis (TB):* La tasa de morbilidad es de 110 casos por cada 100 mil hab. La distribución de casos no es homogénea en el territorio nacional, observándose concentraciones significativas, en barrios marginales de mayor concentración de pobreza.

- *Situación del VIH-SIDA:* El MINSA reporta que se han notificado 27,454 casos de SIDA y 44,004 de VIH al 30 de abril de 2011. En la mayoría de casos la transmisión de esta enfermedad se da por vía sexual (97%), vertical en el 2% y parenteral en 1% de los casos reportados. Lima y Callao concentran el 70.6% de los casos de SIDA, el resto se distribuyen en ciudades de la costa, Iquitos, Pucallpa, Huancayo y Huaraz.
- *Situación de la Hepatitis B:* De acuerdo a expertos hay un sub-registro de personas con Hepatitis B y el número de casos se mantiene con promedio 2008-2011 en 280 casos por año. La vacuna disponible es eficaz y segura para el tratamiento.
- *Situación de la Malaria y el Dengue:* Viene disminuyendo el número de casos de malaria notificados, pero aún son elevados; el 2011 se notificaron 15,936 casos.
- *Situación de la Bartonelosis y Chagas:* El Chagas, aún es endémica en el sur, en la costa, norte y en la cuenca amazónica, pero más del 80 % de casos notificados en los últimos 6 años, proceden de la región sudoccidental, como Arequipa y le siguen Tacna y Moquegua y la región nororiental (Cajamarca, San Martín, Amazonas).

Situación de las enfermedades no transmisibles.

El estudio nacional evidencia una transición epidemiológica peruana: Las enfermedades infecto-contagiosas han sido desplazadas por las enfermedades crónico-degenerativas. La Tasa de Mortalidad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Perú es mayor que por Enfermedades Transmisibles, constituyendo causas principales de muerte, enfermedad coronaria, accidente cerebro-vascular (ACV), hipertensión arterial (HTA), neoplasias malignas y diabetes mellitus (DM).

- *Situación de la Hipertensión Arterial:* La enfermedad hipertensiva arterial representa un importante problema de salud pública y su prevalencia se incrementa dramáticamente con la edad. En el Perú se estima que un 25% de la población adulta (mayor de 20 años) padece de hipertensión arterial, con el consecuente aumento del riesgo de enfermedad cerebro y cardiovascular e insuficiencia renal.
- *Situación de la Obesidad:* La obesidad es considerado un serio problema de salud pública por ser una patología compleja que puede involucrar factores hereditarios, genéticos y estilos de vida. Es importante prevenir el sobrepeso y obesidad, creación de hábitos de alimentación saludables, fomentar la actividad física.
- *Situación de la Diabetes Mellitus:* La diabetes es una enfermedad metabólica y tiene uno de los mayores impactos socio sanitario, no sólo por su elevada frecuencia, sino y sobre todo, por las complicaciones crónicas a las que conlleva esta enfermedad. La prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) está aumentando debido al incremento de la esperanza de vida, la obesidad y los hábitos sedentarios.
- *Situación de la Neoplasias Malignas:* La enfermedad va creciendo en número de casos, cuarenta personas mueren diariamente como consecuencia del cáncer de ese total, 21 son mujeres y 19 son hombres.

La presente investigación busca determinar el impacto del gasto público en los indicadores de salud que implica el avance de indicadores y metas. Por tanto, la presente investigación no trata del estudio de la calidad del servicio por lo cual no requiere analizar en qué medida los presupuestos asignados influyen en la calidad de los servicios de salud ofertados.

CAPÍTULO III.

3. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

3.1 HIPÓTESIS GENERAL

El gasto público y las políticas y estrategias del sector han tenido un impacto limitado en los indicadores de salud en el Perú durante el periodo 2009-2014.

3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- a. El gasto público ha tenido un impacto limitado en los indicadores de salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014; por presupuesto sectorial insuficiente y por deficiencias en la asignación y gestión de recursos.
- b. Las políticas y estrategias sectoriales fueron parcialmente eficaces en los Indicadores de Salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014, generando inequidad en su impacto por ubicación geográfica, situación socio-económica, étnico-cultural y niveles de urbanización.
- c. Existen Políticas y Estrategias de Gasto Público en Salud que permitirán mejorar el logro de Metas Sectoriales del Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021.

3.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

3.3.1 VARIABLES.

Variable Independiente: “*Gasto Público en Salud*” (X).

Será medido por la Ejecución Presupuestal a través del Presupuesto Institucional Modificado PIM. El indicador se analizará por Grupo Genérico de Gasto y Fuente de Financiamiento:

Tabla 9. Genéricas de Gasto en el Presupuesto Público.

Genérica de Gasto	Observaciones
5 2.1 Personal y Obligaciones Sociales	Gasto Corriente
5 2.2 Pensiones y Otras Prestaciones Sociales	Gasto Corriente
5 2.3 Bienes y Servicios	Gasto Corriente
5 2.5 Otros Gastos	Gasto Corriente
6 2.6 Adquisición de Activos No Financieros	Gasto de Capital

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MEF.

Variable Dependiente: “*Indicadores de Salud*” (Y).

Será medido de acuerdo a cada formula específica del indicador.

3.3.2 INDICADORES.

- Gasto Público en Salud
- Gasto nacional en salud como porcentaje del PBI
- Gasto público como porcentaje del gasto total
- Gasto Per Cápita en Salud
- Indicadores Principales de Salud (OMS)
- Cobertura de vacunación
- Desnutrición crónica de niños menores a cinco años
- Egreso hospitalario
- Esperanza de vida al nacer
- Razón de mortalidad materna
- Tasa de morbilidad
- Tasa de mortalidad general
- Tasa de mortalidad infantil
- Tasa global de fecundidad
- Población con acceso a un seguro de salud

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 10. Operacionalización de las Variables.

VARIABLE INDEPENDIENTE "X": GASTO PÚBLICO EN SALUD; 2009-2014	
GASTO NACIONAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PBI: 2009-2014	
X1	Gasto en salud como porcentaje del PBI a nivel mundial
X2	Gasto en salud como porcentaje del PBI en América del Sur
GASTO PÚBLICO COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL: 2009-2014	
X3	Gasto en salud, según presupuesto asignado (PIM)
X4	Gasto en salud, según presupuesto ejecutado (Devengado)
GASTO PER CÁPITA EN SALUD	
X5	Gasto per cápita en salud a nivel mundial
X6	Gasto per cápita en América del Sur

VARIABLE DEPENDIENTE "Y": INDICADORES DE SALUD; 2009-2014	
COBERTURA DE VACUNACIÓN	
Y1	Cobertura de vacuna PENTA3 (DPT + Influenza Tipo B + Hepatitis B)
Y2	Cobertura de vacuna ANTIPOLIO IPV
Y3	Cobertura de vacuna ANTITUBERCULOSA BCG
Y4	Cobertura de vacuna SPR (Sarampión, Rubiola y Pera)
DESNUTRICIÓN CRÓNICA DE NIÑOS MENORES A CINCO AÑOS (Patrón OMS)	
Y5	Porcentaje de desnutrición crónica de niños menores a cinco años
Y6	Número de casos de desnutrición crónica infantil
Y4	Porcentaje de desnutrición crónica infantil, según área de residencia: urbana y rural
Y5	Porcentaje y casos de desnutrición crónica infantil, a nivel departamental: 2014 y 2009-2014
EGRESO HOSPITALARIO	
Y6	Egreso hospitalario por número absoluto de pacientes
Y7	Promedio de egreso hospitalario: Tasa x 1000 hab.
Y8	Egreso hospitalario por tipo de establecimiento, según regiones
ESPERANZA DE VIDA AL NACER	
Y9	Esperanza de vida al nacer: total, mujer y varón
Y10	Comparativo de esperanza de vida al nacer a nivel mundial
RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA	
Y11	Razón y Tasa de mortalidad materna. Tasa x 100 mil n.v.
Y12	Número de muertes por departamentos
Y13	Razón de mortalidad materna por departamentos
Y14	Razón de muerte materna por grupo etario, según ámbito
Y15	Principales causas de muerte materna
TASA DE MORBILIDAD	
Y16	Tétanos neonatal: Número de casos y Tasa x 100 mil n.v.
Y17	Tos ferina: Número de casos y Tasa x 100 mil habitantes
Y18	Hepatitis B: Número de casos y Tasa x 100 mil habitantes
Y19	Tuberculosis: Número de casos y Tasa x 100 mil habitantes
Y20	Malaria: Número de casos y Tasa x 100 mil habitantes
Y21	Dengue: Número de casos y Tasa x 100 mil habitantes
Y22	Leishmaniasis: Número de casos y Tasa x 100 mil habitantes
Y23	Bartonelosis: Número de casos
Y24	Peste: Número de casos
Y25	VIH Infección: Número de casos
Y26	SIDA: Número de casos y Tasa x 100 mil habitantes
Y27	Razón hombre/mujer SIDA
Y28	Sífilis congénita: Número de casos
Y29	Rabia humana silvestre: Número de casos
Y30	Enfermedades diarreicas agudas EDA: Tasa x 100 mil habitantes
Y31	Neumonía en menores de cinco años: Tasa x 100 mil niños < 5 años
Y32	Bajo peso al nacer (< 2.5 kg.): Porcentaje %
Y33	Fiebre amarilla: Número de casos
Y34	Madres gestantes adolescentes, 15 a 19 años: Porcentaje %

TASA DE MORTALIDAD GENERAL

Y35	Tasa Bruta de mortalidad: Muertes x 1000 habitantes
Y36	Defunciones: Número de casos
Y37	Mediana de edad de fallecimiento
Y38	Porcentaje de sub-registro y muertes con certificación medica
Y39	Causas mal definidas de muerte

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (TMI)

Y40	Tasa de mortalidad infantil TMI: Tasa x 1000 n.v.
Y41	TMI neonatal y post-natal: Tasa x 100 mil n.v.
Y42	TMI por zona urbana y rural: Tasa x 100 mil n.v.
Y43	TMI por regiones naturales: Tasa x 100 mil n.v.

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF)

Y44	TGF: Hijos x mujer
Y45	TGF, según área de residencia, determinantes de la fecundidad TGF

EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL GASTO PÚBLICO EN LOS INDICADORES DE SALUD DEL PERÚ: 2009-2014

Y46	Evaluación de impacto (Eficacia): Cobertura de vacunación; Desnutrición crónica infantil; Egreso hospitalario; Esperanza de vida al nacer; Razón mortalidad materna; Tasa de anemia en mujer en edad fértil; Tasa mortalidad general; Tasa de mortalidad infantil; Tasa global de fecundidad; Población con acceso a seguro de salud.
Y47	Evaluación de impacto (Eficacia): Gasto público como porcentaje del PBI; Gasto público como porcentaje del gasto total; Gasto total en salud per cápita.

EVALUACIÓN DE EFICACIA DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS SECTORIALES EN LOS INDICADORES
DE SALUD DEL PERÚ: 2009-2014

Y48	Evaluación de Eficacia 1 Objetivo Estratégico 2012-2016: Desnutrición Crónica Infantil
Y49	Evaluación de Eficacia 2 Objetivo Estratégico 2012-2016: Tasa de mortalidad infantil; Tasa de mortalidad neonatal; Razón de mortalidad materna.
Y50	Evaluación de Eficacia 3 y 4 Objetivo Estratégico 2012-2016: Tétanos neonatal; Tos ferina; Hepatitis B; Fiebre amarilla; Tuberculosis; Malaria; Dengue; Leishmaniasis; Bartonelosis; Peste; Rabia humana silvestre; VIH Infección; Sida; Sífilis Congénita; Bajo peso al nacer (< 2.5 kg.); EDA en menores de 5 años; Neumonía en menores de 5 años; Madres o gestantes adolescentes 15 a 19 años; Tasa de anemia en mujeres en edad fértil

EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE LOGRO DE METAS DE SALUD DEL PLAN BICENTENARIO: EL PERU
HACIA EL 2021 Y PROPUESTA A NIVEL DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD

Y51	Evaluación prospectiva de logro de metas de salud del Plan Bicentenario
Y52	Propuesta a nivel de políticas y estrategias de salud

CONTRASTACIÓN Y/O PRUEBA DE HIPÓTESIS

Y53	Prueba de hipótesis específica 1
Y54	Prueba de hipótesis específica 2
Y55	Prueba de hipótesis específica 3

CONTRASTACIÓN Y/O PRUEBA DE HIPÓTESIS

Y56	Análisis IBM SPSS
-----	-------------------

CAPÍTULO IV.

4. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según Hernández Sampieri (2006): “El presente estudio es una Investigación retrospectiva y cuantitativa Correlacional de tipo No Experimental Longitudinal con Diseño de Tendencia”, debido a que se analiza el impacto del Gasto Público en el Sector Salud en los Indicadores Sanitarios en el periodo de estudio establecido. El estudio es de tipo Descriptivo, Explicativo y Propositivo, dando respuestas a las Hipótesis.

4.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para este estudio se utilizará el Método Analítico, para establecer la relación causa-efecto entre las variables. El nivel de Investigación es de “Estudios de Comprobación de Hipótesis Causales”, porque tiene como objetivo comprobar las hipótesis planteadas. De acuerdo al Tipo de Investigación es:

- *Retrospectivo*: La investigación analiza los efectos del Gasto Publico en los Indicadores del Sector en el periodo de seis años del 2009 al 2014.
- *Cuantitativo–Correlacional*: Se recopila datos estadísticos que son sistematizados y analizados a través de variables que se asocian para conocer su grado de relación.
- *No Experimental*: No habrá manipulación de variables de forma intencional, se basa en la observación del fenómeno en su contexto natural para luego proceder a su análisis.
- *Longitudinal de Tendencia*: Se ha seleccionado el diseño longitudinal de tendencia, debido a que se busca conocer los efectos del Gasto Publico en los Indicadores de salud en el periodo determinado.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población de estudio.

La población del estudio es el Sector Salud Público a nivel nacional.

Tamaño de la muestra.

La muestra mínima es la población asegurada nacional del Sistema Integral de Salud, por ser la más representativa y por la facilidad en el acceso a los datos. La muestra es aleatoria simple; y su tamaño (n), según Bernal (2006):

$n = \frac{Z^2 P \cdot Q \cdot N}{\varepsilon^2 (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$	<ul style="list-style-type: none"> ▪ $Z (1,96)$ = Valor de la distribución normal, para un nivel de confianza del 95 % ▪ P = Proporción de éxito esperada 5% = 0.05 ▪ Q = Proporción de fracaso ($Q = 1 - P$) = 1 - 0.05 = 0.95 ▪ ε = Tolerancia al error = 5 % = 0.05 ▪ N = Tamaño de la población = 25 departamentos con sus <u>DIRESAs</u> ▪ n = Tamaño de la muestra.
---	--

Figura 10. Tamaño de la Muestra

Fuente: Bernal (2006)

Efectuando el cálculo obtenemos $n = 19$ DIRESAs (Direcciones Regionales de Salud), representando la muestra mínima de datos de indicadores de salud que representa el 76 % de departamentos del Perú.

Unidad de análisis.

Ministerio de Salud como órgano rector del Sector.

4.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se selecciona como muestra las 25 Direcciones Regionales de Salud del Perú, perteneciente a cada región del país y en algunos casos tienen la denominación de Gerencias Regionales de salud; datos estadísticos de perfil epidemiológico de salud y reportes presupuestarios que procesa y analiza el Ministerio de Salud, INEI, MEF y demás entidades gubernamentales.

4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Tabla 11. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

Técnicas	Instrumentos
Observación directa y participativa	CONSULTAS ABIERTAS A ESPECIALISTAS DE SALUD: Personal del área de estadística, epidemiología, inversiones de la Dirección Regional de Salud Cusco y Gobierno Regional Cusco, seleccionados aleatoriamente para orientar la recopilación, uso y análisis de datos obtenidos.
Análisis documentario y de datos	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA: Base de Datos del Portal de Transparencia Económica MEF; Base de Datos del INEI, ENDES; Base de Datos del Banco Central de Reserva del Perú, BCR; Base de Datos del Ministerio de Salud, etc.
Técnicas de análisis de la información	Los datos serán procesados estadísticamente correlacionando las variables e indicadores según el marco teórico desarrollado. Las técnicas de procesamiento de datos a utilizarse son: Elaboración de tablas y cuadros; Tabulación estadística; Aplicación de las medidas de posición.

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos de la investigación.

4.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Después de la evaluación de datos, para garantizar el estudio se aplican las técnicas de orden cuantitativo y cualitativo-interpretativo para el análisis correlativo de variables que sirve de soporte a la investigación. Los procedimientos son:

- a. Desarrollar síntesis documentaria de fuentes confiables: Ministerio de Economía, Banco Central de Reserva, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Estadística.
- b. De los datos estadísticos obtenidos del Portal de Transparencia Económica MEF, se selecciona el Presupuesto Institucional Modificado PIM y como Ejecución la fase “Devengado”. La interpretación de datos considera su análisis acorde a los indicadores de ambas variables. Se analiza el Plan Estratégico Sectorial y se contrasta con las Metas de Salud del Plan Bicentenario.
- c. Contrastación de cada hipótesis de investigación mediante la regresión econométrica y criterios de Jarque Bera y Durbin Watson y uso del paquete estadístico IBM SPSS.

CAPÍTULO V.

5. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL GASTO PÚBLICO E INDICADORES DE SALUD EN EL PERÚ: PERIODO 2009-2014

Según Casas (2002); existen diversas pruebas que testifican que la inversión en salud no solo mejora la productividad y crea capital humano y por consiguiente tiene fuerte efecto sobre la tasa de crecimiento económico, sino que la provisión eficaz de la atención de salud, en particular para el pobre, también puede proporcionar seguridad contra choques de consumo o de ingresos y prevenir una caída más profunda en la pobreza. La salud juega un papel de importancia en la formación de capitales humanos, es necesario reconocer los efectos positivos que provee la atención de salud en la reducción de la pobreza, considerando que, hasta el momento, se ha encontrado relativamente poca correlación entre el gasto público en salud y la situación real de ésta. (p. 35)

5.1 LOS PRINCIPALES INDICADORES NACIONALES DE LA SALUD

Los indicadores nacionales de salud que se estudiarán son: Cobertura de vacunación; Desnutrición crónica de niños menores a cinco años; Egreso hospitalario, Esperanza de vida al nacer; Razón de mortalidad materna; Tasa de morbilidad; Tasa de mortalidad general, Tasa de mortalidad infantil; Tasa global de fecundidad; Población con acceso a un seguro de salud. De estos trece indicadores nacionales de salud que prioriza la OMS: El indicador “Calidad de Vida” e “Índice de Salud” en el Perú no cuenta con base de datos y en caso del primer indicador es un estado bio-psico-social del individuo o grupo y en el segundo caso la combinación de recursos y servicios básicos que están fuera de las funciones y ámbito de intervención directa del sector salud; por lo cual estos dos indicadores no se tratan en el presente estudio.

5.2 LOS INDICADORES DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD: PERÚ 2009-2014

Para la investigación es necesario conocer la información de gasto público en salud a Nivel General con indicadores de ámbito mundial: Gasto Per Cápita en Salud; Gasto en Salud como % del PBI; y a Nivel Específico con información presupuestal asignada y ejecutada del Perú, durante el periodo de estudio, con datos del Ministerio de Economía y Finanzas, INEI y otras fuentes de información.

5.2.1 GASTO NACIONAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PBI.

Gasto en Salud como Porcentaje del PBI a Nivel Mundial.

- El Banco Mundial para el 2013, calcula que el Gasto en Salud Promedio como % del PBI a Nivel Mundial fue de 6.78 % del PIB. El valor más alto fue en EE.UU.: 16.9 % del PIB y el valor más bajo fue en Laos: 2 % del PIB.
- De un total de 185 países del mundo; Perú ocupa el 129 lugar en gasto como Porcentaje del PBI con 5.23 % del PBI el año 2013. Se ubica a nivel mundial entre los países con VALOR BAJO en gasto en salud como % del PBI.

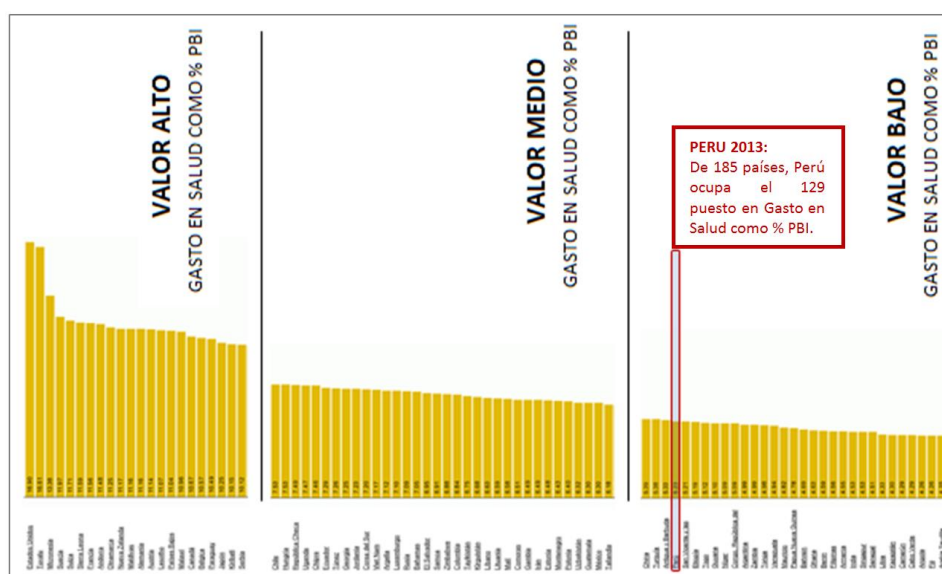


Figura 11. Gasto en Salud como % del PBI; a Nivel Mundial.

Fuente: Adaptación del autor en base a datos 2013: TheGlobalEconomy.com; Banco Mundial.

Gasto en Salud como Porcentaje del PBI en América del Sur.

- En América del Sur, el Promedio de Gasto en Salud como Porcentaje del PBI entre el periodo 2009 al 2014 fue de 6.86 % PBI. El valor más alto fue en Paraguay: 9.71 % PBI y el valor más bajo fue en Perú: 5.21 % PBI.
- El promedio per cápita de gasto en salud en el Perú, periodo 2009 al 2014, fue de 5.21 % PBI. El valor mínimo fue el 2011: 4.93 % PBI y el valor máximo fue el 2014: 5.50 % PBI.
- A nivel de América del Sur, el Perú ocupa el doceavo lugar en gasto en salud como Porcentaje del PBI, ubicándose en el último lugar de los doce países.

Tabla 12. Gasto En Salud Como Porcentaje del PBI: 2009-2014.

País	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Acumulado 2009-2014	Promedio Anual
Paraguay	9.14	9.10	9.42	10.33	10.49	9.80	58.28	9.71
Uruguay	8.78	8.63	8.55	8.74	8.68	8.60	51.98	8.66
Brasil	8.65	8.27	8.09	8.26	8.48	8.30	50.05	8.34
Chile	7.39	6.97	7.00	7.24	7.53	7.80	43.93	7.32
Colombia	7.01	6.76	6.64	6.93	6.84	7.20	41.38	6.90
Ecuador	5.58	5.90	5.92	6.48	7.29	9.20	40.37	6.73
Guyana	7.32	6.60	6.80	6.57	5.10	5.20	37.59	6.27
Suriname	6.14	5.81	5.93	6.09	5.96	5.70	35.63	5.94
Argentina	7.63	6.55	5.89	5.02	4.99	4.80	34.88	5.81
Bolivia	5.76	5.44	5.49	5.56	5.96	6.30	34.51	5.75
Venezuela	8.81	5.04	5.24	4.80	4.94	5.30	34.13	5.69
Perú	5.36	5.03	4.93	5.18	5.23	5.50	31.23	5.21

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos 2009-2013: BM; OMS 2014

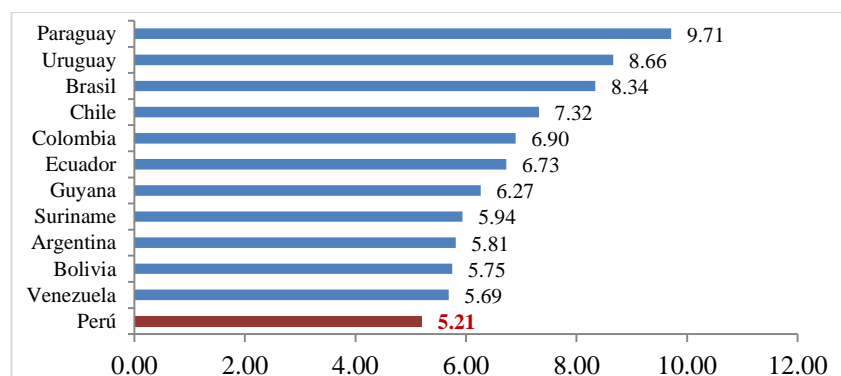


Figura 12. Gasto En Salud como Porcentaje del PBI: 2009-2014.

Fuente: Adaptación del autor en base a datos 2013: TheGlobalEconomy.com; Banco Mundial.

5.2.2 GASTO PÚBLICO COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL.

El Presupuesto General del Estado es el instrumento operativo que expresa las decisiones en materia de política económica y de planeación gubernamental. Es la herramienta diseñada por el Poder Ejecutivo mediante la cual se prevén los ingresos y gastos, los cuales son sometidos a aprobación del Congreso de la República para un año fiscal que representa el Presupuesto Institucional de Apertura PIA. Durante el ejercicio del año fiscal, se dan diversas transferencias presupuestales aprobadas por normas legales específicas en cumplimiento de los créditos aprobados por Ley. Estos recursos financieros se suman al Presupuesto PIA, constituyendo el Presupuesto Asignado.

Gasto en Salud, según Presupuesto Asignado PIM: 2009-2014.

Es el Presupuesto Institucional Modificado PIM, asignado anualmente por el Estado a la Función 20: Salud en el periodo de estudio definido.

▪ *Presupuesto Asignado PIM por Funciones del Estado.*

La provisión de servicios públicos de salud en el país puede ser analizada desde el punto de vista de Asignación Presupuestal PIM, distribuido en 25 funciones del Estado. Se procede a observar el Presupuesto Asignado:

- El Sector Educación, durante seis años: 2009-2014, recibió la mayor Asignación Presupuestal Acumulada PIM con el 14.87 % con S/. 106'934, 331,970. Luego le siguen: Transportes con 14.87 %, Planeamiento, Gestión y Reserva de Contingencia con 13.13 % y Previsión Social con 9.91 % de PIM Acumulado; con Presupuestos Promedios asignados por año que fluctúan entre los S/. 15,740 y S/. 11, 879 millones de soles.

- El Sector Salud, durante los seis años 2009-2014, ocupa el quinto lugar de prioridad en la asignación presupuestal del Estado, representando el 8.80 % del Presupuesto Asignado por Función, equivalente a S/ 63'276, 271,412 Soles acumulados. El Presupuesto Promedio Asignado x Año fue de S/ 10'546, 045,235 Soles.
- Los sectores con menor Asignación Presupuestal PIM, durante los seis años 2009-2014, son pesca, minería e industria con 0.21 %; 0.09 % y 0.08 % respectivamente del presupuesto asignado en seis años.

Tabla 13. Distribución del Presupuesto por Función del Estado: 2009-2014.

Función	Pim 2009	Pim 2010	Pim 2011	Pim 2012	Pim 2013	Pim 2014	Pim Acum. 2009-2014	Distrib. (%)
01: Legislativa	277,138,208	283,242,992	373,203,825	432,749,830	476,177,264	481,090,254	2,323,602,373	0.32
02: Relac. Exteriores	494,867,056	620,001,366	572,377,747	561,080,101	611,186,953	678,083,141	3,537,596,364	0.49
03: Plane. Gest. Res.	10,483,577,003	12,911,379,011	14,746,672,054	15,509,674,615	16,488,853,493	16,946,830,203	87,086,986,379	12.11
04: Defensa y Seguridad	4,265,045,416	4,143,624,885	3,882,532,117	4,690,730,036	5,249,583,426	5,742,472,393	27,973,988,273	3.89
05: Orden Públ. y Segur.	4,513,904,026	5,292,918,160	5,746,659,135	6,968,966,408	7,905,759,370	9,652,579,142	40,080,786,241	5.57
06: Justicia	2,382,845,653	2,607,859,501	2,763,921,796	3,176,818,810	3,714,389,005	4,108,621,924	18,754,456,689	2.61
07: Trabajo	542,306,523	337,718,367	316,567,600	383,965,242	330,853,391	455,750,954	2,367,162,077	0.33
08: Comercio	587,208,807	494,263,347	462,697,117	673,026,737	782,716,498	766,852,604	3,766,765,110	0.52
09: Turismo	397,778,652	380,469,186	367,036,871	558,605,302	556,588,836	462,587,785	2,723,066,632	0.38
10: Agropecuaria	3,989,416,139	3,662,530,506	3,582,482,600	4,154,496,950	4,529,011,188	4,827,648,724	24,745,586,107	3.44
11: Pesca	248,998,035	218,646,097	192,009,636	208,322,968	310,727,167	343,997,261	1,522,701,164	0.21
12: Energía	2,540,254,658	2,722,468,139	3,964,044,142	1,377,936,366	1,540,321,823	1,419,795,682	13,564,820,810	1.89
13: Minería	93,945,496	94,685,803	109,037,567	127,443,597	110,584,638	146,780,949	682,478,050	0.09
14: Industria	107,227,421	102,177,683	85,413,403	90,988,659	112,421,642	110,889,982	609,118,790	0.08
15: Transporte	13,103,541,576	14,824,649,178	15,902,939,859	16,718,321,434	16,961,022,568	16,931,543,910	94,442,018,525	13.13
16: Comunicaciones	392,347,068	388,845,704	373,726,175	391,353,041	453,574,120	567,917,645	2,567,763,753	0.36
17: Ambiente	2,023,163,351	2,071,637,397	2,226,835,512	2,546,019,075	3,120,794,733	2,997,810,930	14,986,260,998	2.08
18: Saneamiento	3,723,021,816	4,135,468,945	4,951,254,587	5,458,716,180	6,180,724,885	6,294,652,268	30,743,838,681	4.28
19: Vivienda y	1,447,515,884	1,274,403,823	1,318,056,065	1,542,517,160	2,291,241,535	2,898,425,751	10,772,160,218	1.50
20: Salud	7,346,789,620	8,376,965,641	9,718,956,960	10,797,883,900	12,285,473,131	14,750,202,160	63,276,271,412	8.80
21: Cultura Y Deporte	1,596,792,853	1,891,071,214	1,599,738,423	2,002,532,559	2,688,295,619	2,538,940,308	12,317,370,976	1.71
22: Educación	14,569,724,996	14,960,406,340	16,232,168,879	18,438,252,998	20,209,263,391	22,524,515,366	106,934,331,970	14.87
23: Protección Social	3,173,564,758	3,523,642,076	3,779,549,529	4,604,647,657	5,043,296,592	6,206,598,270	26,331,298,882	3.66
24: Previsión Social	10,225,692,208	10,851,145,023	11,814,787,193	11,769,720,685	13,147,321,343	13,465,148,368	71,273,814,820	9.91
25: Deuda Pública	8,642,970,844	10,245,140,730	9,552,520,946	9,195,460,713	8,576,510,576	9,485,989,991	55,698,593,800	7.75
Total	97,169,638,067	106,415,361,114	114,635,189,738	122,380,231,023	133,676,693,187	144,805,725,965	719,082,839,094	100.0

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MEF, Consulta Amigable.

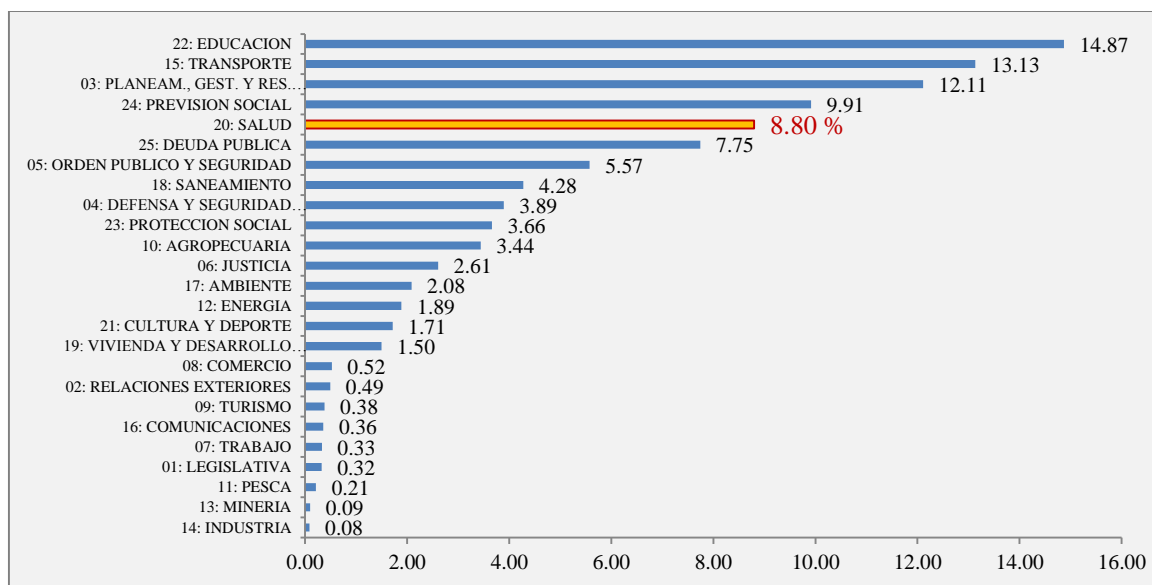


Figura 13. Distribución % Del Presupuesto Por Función Del Estado: 2009-2014.

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MEF, Consulta Amigable.

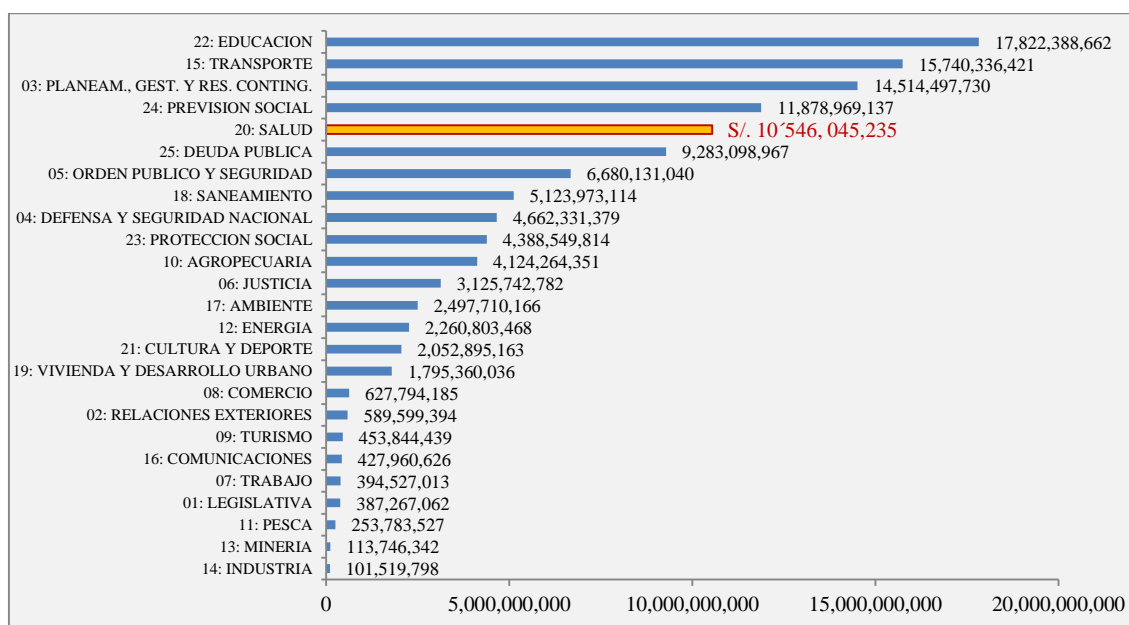


Figura 14. Promedio Anual Del Presupuesto Por Función Del Estado: 2009-2014.

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MEF, Consulta Amigable.

- El presupuesto asignado PIM en el periodo 2009-2014, tuvo un crecimiento nominal del 200.7 %, es decir se ha duplicado en seis años de S/. 7, 347 millones de soles el año 2009 a S/.14, 750 millones de soles el año 2014. La tasa promedio de crecimiento anual fue del 12.32 %.

Tabla 14. Presupuesto Asignado PIM en el Periodo 2009-2014; Función 20: Salud.

Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014
Pim	Pim	Pim	Pim	Pim	Pim
7,346,789,620	8,376,965,641	9,718,956,960	10,797,883,900	12,285,473,131	14,750,202,160

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MEF, Consulta Amigable.

▪ *Presupuesto Asignado por Fuentes de Financiamiento.*

En el Sector Salud, durante el periodo acumulado 2009-2014, tiene las siguientes características a nivel de fuentes de financiamiento:

- La principal fuente de financiamiento es Recursos Ordinarios con 72.57 % equivalente a S/. 45,920 millones de soles acumulados.
- En segundo lugar esta Donaciones y Transferencias con 9.82 % equivalente a S/. 6,216 millones de soles acumulados. En tercer lugar Recursos Determinados con 8.38 % equivalente a S/. 5,304 millones de soles acumulados. En cuarto lugar Recursos Directamente Recaudados con 8.31 % equivalente a S/. 5,256 millones de soles acumulados.
- El sector salud recibe del Estado el 81.87 % de su presupuesto (sumatoria fuentes de financiamiento 1+3+5) y financia con sus propios recursos generados el 18.13 % (sumatoria fuentes de financiamiento 2+4) que son los ingresos directamente recaudados y por reembolsos de las prestaciones de salud SIS.

Tabla 15. Presupuesto Ordinario y Presupuesto Generado.

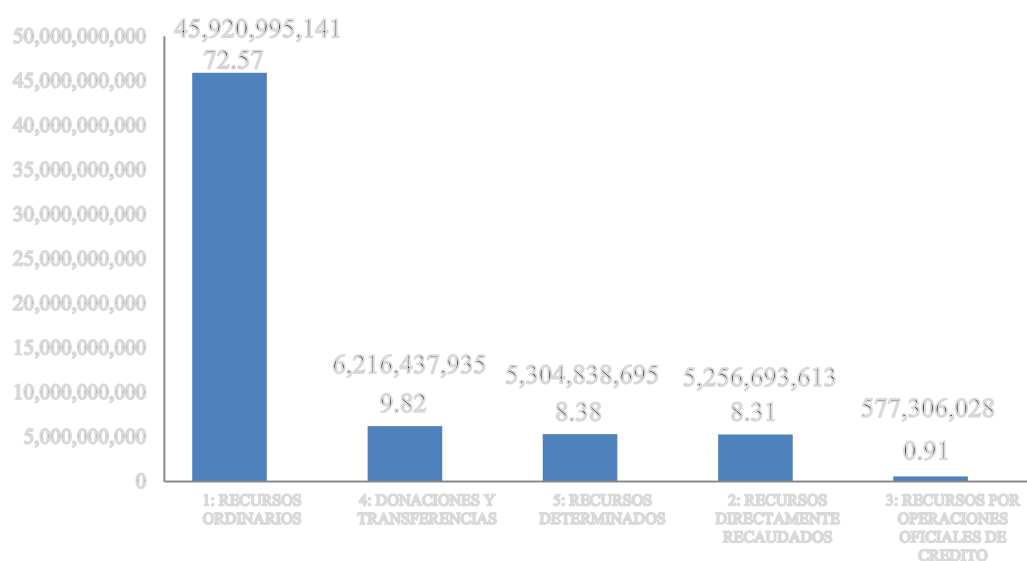
Suma (1+3+5)	51,803,139,864	81.87
Suma (2+4)	11,473,131,548	18.13
Total	63,276,271,412	100 %

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MEF

Tabla 16. Presupuesto Asignado por Fuentes de Financiamiento.

Fuente Financiamiento	Pim 2009	Pim 2010	Pim 2011	Pim 2012	Pim 2013	Pim 2014	Pim Acumulado	Distrib. % PIM
1: Recursos Ordinarios	5,209,471,938	5,678,660,663	7,151,388,428	7,865,992,780	8,980,383,477	11,035,097,85	45,920,995,14	72.5
4: Donaciones y Transfer.	626,997,749	924,954,517	747,417,387	910,910,587	1,370,990,798	1,635,166,897	6,216,437,935	9.82
5: Recursos Determinados	694,206,216	977,999,807	927,449,548	1,024,227,986	953,035,818	727,919,320	5,304,838,695	8.38
2: Rec. Direct. Recaudad.	808,342,452	773,481,599	861,664,323	966,414,324	890,144,246	956,646,669	5,256,693,613	8.31
3: Rec. Oper. Ofic. Crédito	7,771,265	21,869,055	31,037,274	30,338,223	90,918,792	395,371,419	577,306,028	0.91
Total	7,346,789,620	8,376,965,641	9,718,956,960	10,797,883,900	12,285,473,131	14,750,202,160	63,276,271,412	100

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MEF, Consulta Amigable.

**Figura 15.** Presupuesto Asignado por Fuentes de Financiamiento.

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MEF, Consulta Amigable.

▪ *Presupuesto Asignado PIM por Genéricas de Gasto.*

El presupuesto general del Estado se divide, según el Clasificador Presupuestal de Ingresos, en “Genéricas de Gasto” que son un conjunto de cuentas de ingresos, ordenadas y agrupadas de acuerdo con la naturaleza del bien o servicio. El presupuesto asignado a salud tiene características:

- El presupuesto acumulado 2009-2014, evidencia que la mayor parte ha sido asignado al pago de remuneraciones del personal profesional y técnico en salud y servidores administrativos con el 33.71 %

equivalente a S/. 21,329'923,041 soles. La asignación de compra de Bienes y Servicios fue de 33.56 % igual a S/. 21,232'401,106 soles.

Tabla 17. Presupuesto Asignado por Genéricas de Gasto: Perú 2009-2014.

Genérica de Gasto	Pim	Distribución
	Acumulado	PIM (%)
5-21: Personal Y Obligaciones Sociales	21,329,923,041	33.71
5-23: Bienes Y Servicios	21,232,401,106	33.56
6-26: Adquisición De Activos No Financieros	11,278,404,594	17.82
5-24.1: Donaciones Y Transferencias Corrientes	4,330,640,842	6.84
6-27: Adquisición De Activos Financieros	2,776,664,497	4.39
5-25: Otros Gastos	1,925,832,723	3.04
6-24.2: Donaciones Y Transferencias De Capital	217,385,104	0.34
5-22: Pensiones Y Otras Prestaciones Sociales	179,710,195	0.28
6-25: Otros Gastos	5,309,310	0.01
5-20: Reserva De Contingencia	0	0.00
7-28: Servicio De La Deuda Pública	0	0.00
Total	63,276,271,412	100 %

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MEF, Consulta Amigable.

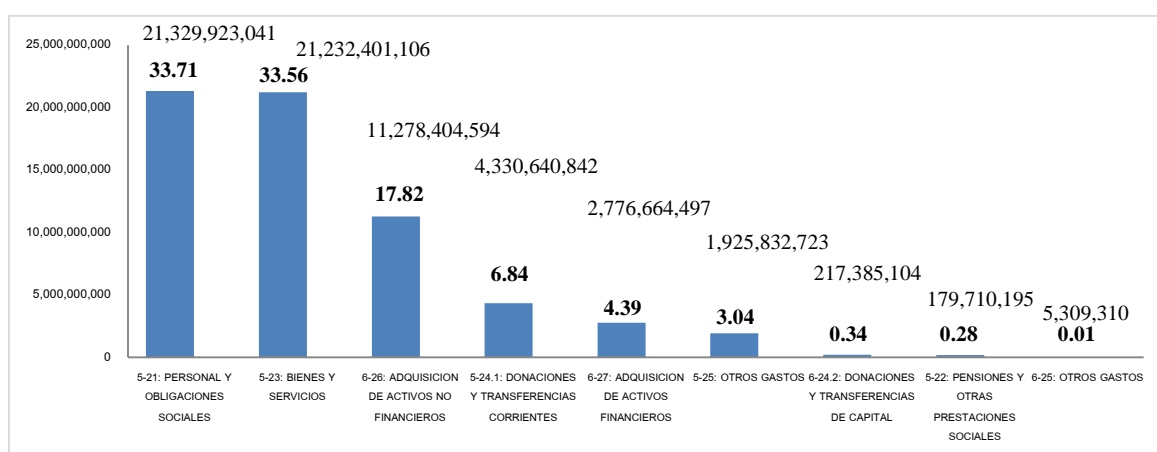


Figura 16. Presupuesto Asignado por Genéricas de Gasto: Perú 2009-2014.

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MEF, Consulta Amigable.

▪ **Presupuesto Asignado PIM por Categoría del Gasto.**

El presupuesto asignado acumulado en los seis años de estudio 2009-2014 al sector salud fue de S/. 63,276'271,412 soles. Este monto porcentual y monetario se distribuyó:

- Gasto Corriente: 77.44 % equivalente a S/. 48,998'507,907 Soles (Suma genéricas de gasto: 5.21+5.23+5.24.1+5.25.2+5.22).

- Gasto de Capital: se asignó el 22.56 % equivalente a S/. 14,277'763,505 soles (Suma genéricas de gasto: 6.26+6.27+6.24.2+6.25) y;
- Servicio de la Deuda: no se asignó ningún presupuesto 0 %.

Tabla 18. Presupuesto Asignado por Categoría de Gasto: 2009-2014.

CATEGORIA DEL GASTO	PIM ACUMULADO 2009-2014	
	Soles	%
Capital	14,277,763,505	22.56
Corriente	48,998,507,907	77.44
Servicio de la Deuda	0	0
	63,276,271,412	100.00

Fuente: Elaboración del autor en base a datos MEF, Consulta Amigable.

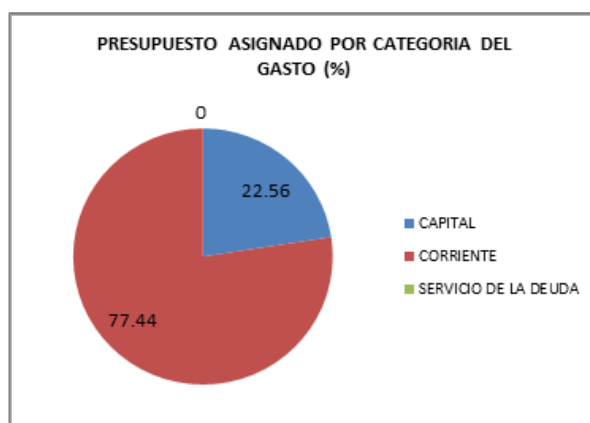


Figura 17. Presupuesto Asignado Por Categoría De Gasto: 2009-2014.

Fuente: Elaboración del autor en base a datos MEF, Consulta Amigable.

▪ *Presupuesto PIM Acumulado, según Genéricas de Gasto.*

El presupuesto asignado a la Función 20: Salud, 2009-2014 tiene características, según promedio acumulado por genéricas de gasto:

- En la genérica 5.21 Personal y Obligaciones Sociales el año 2009 se asignó S/.2,558'529,996 y el año 2014 S/. 5,580'904,135 presentando una tasa de crecimiento promedio anual positiva de + 13.88 %.

- En la genérica 5.23 Bienes y Servicios el año 2009 se asignó S/. 2,296'666,777 2,558 y el año 2014 S/. 4,848'402,117 presentando una tasa de crecimiento promedio anual positiva de + 13.26 %.
- En la genérica 6.26 Adquisición de Activos No Financieros el año 2009 se asignó S/. 1,598'416,572 y el año 2014 S/. 367,270 presentando una tasa de crecimiento promedio anual negativa de -75.25 %.

Tabla 19. Evolución PIM Anual, Acumulado PIM y Promedio Anual PIM: 2009-2014.

Genérica de Gasto	PIM 2009	PIM 2010	PIM 2011	PIM 2012	PIM 2013	PIM 2014	PIM Acumulado 2009-2014	Promedio Anual Pim	% PIM Anual Promed.
5-21: Personal y Oblig. Soc.	2,558,529,996	2,647,050,361	3,013,384,341	3,486,757,526	4,043,296,682	5,580,904,135	21,329,923,041	3,554,987,174	33.71
5-23: Bienes y Servicios	2,296,666,777	2,599,219,856	3,283,557,025	4,025,031,876	4,179,523,455	4,848,402,117	21,232,401,106	3,538,733,518	33.56
6-26: Adquisición Act. No Financ.	1,598,416,572	2,319,854,991	2,349,629,799	2,403,068,220	2,607,067,742	367,270	11,278,404,594	1,879,734,099	17.82
5-24.1: Donaciones y Transf. Corrie.	478,626,178	458,657,621	510,375,401	608,229,244	1,018,590,499	1,256,161,899	4,330,640,842	721,773,474	6.84
6-27: Adquisición Activos Financ.	0	0	0	0	0	2,776,664,497	2,776,664,497	462,777,416	4.39
5-25: Otros Gastos	320,976,435	257,848,102	466,040,749	242,240,444	400,083,524	238,643,469	1,925,832,723	320,972,121	3.04
6-24.2: Donaciones y Transf. Capital	40,109,423	62,143,290	84,340,334	9,803,306	20,988,751	0	217,385,104	36,230,851	0.34
5-22: Pensiones y Otras Prest. Soc.	52,851,238	32,029,957	8,745,380	22,108,718	15,699,034	48,275,868	179,710,195	29,951,699	0.28
6-25: Otros Gastos	613,001	161,463	2,883,931	644,566	223,444	782,905	5,309,310	884,885	0.01
Total	7,346,791,629	8,376,967,651	9,718,958,971	10,797,885,912	12,285,475,144	14,750,204,174	63,276,271,412	10,546,045,235	100 %

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MEF, Consulta Amigable

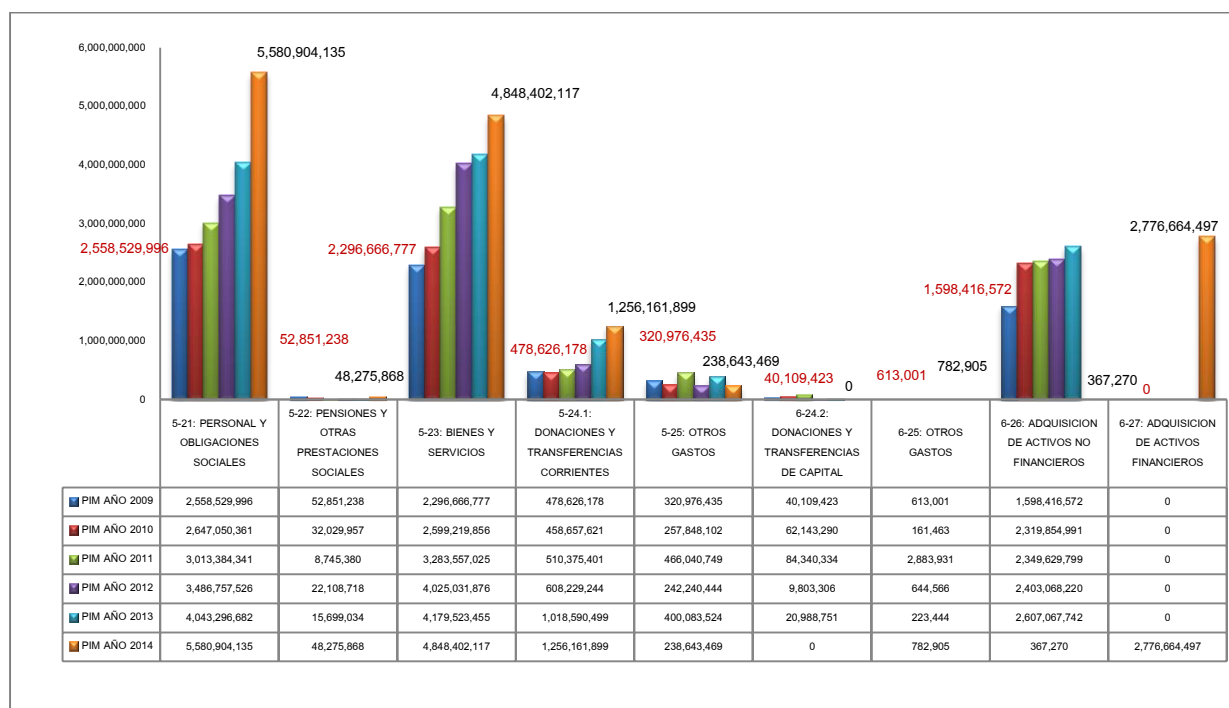


Figura 18. Evolución PIM Anual, Acumulado PIM y Promedio Anual PIM: 2009-2014

- *Presupuesto Promedio Anual PIM, según Genérica de Gasto.*
 - En promedio anual en la genérica 5.21 Personal y Obligaciones Sociales se asignó un presupuesto de S/. 3,554'987,174 con un porcentaje de 33.71 %.
 - En promedio anual en la genérica 5.23 Bienes y Servicios se asignó un presupuesto de S/. 3,538'733,518 con un porcentaje de 33.56 %.
 - En promedio anual en la genérica 6.26 Adquisición de Activos No Financieros se asignó un presupuesto de S/. 1,879'734,099 con un porcentaje de 17.82 %.

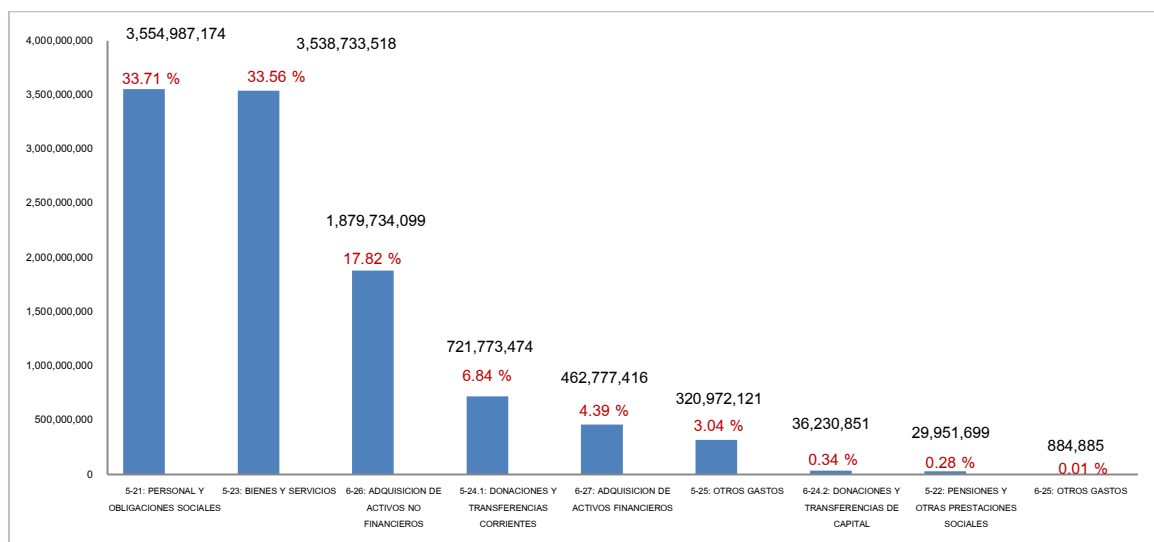


Figura 19. Promedio Anual, según Genéricas de Gasto: 2009-2014 (Soles y %).
Fuente: Elaboración del autor en base a datos MEF, Consulta Amigable.

Gasto en Salud, según Presupuesto Ejecutado: 2009-2014.

El presupuesto general del Estado se divide, según el Clasificador Presupuestal de Gastos, en “genéricas de gasto” que son un conjunto de cuentas de gastos, ordenadas y agrupadas de acuerdo con la naturaleza del bien o servicio que se esté adquiriendo.

▪ *Presupuesto Ejecutado por Fuentes de Financiamiento.*

El presupuesto general del Estado asigna anual denominado Presupuesto PIM; el cual es gastado o ejecutado de acuerdo a la programación anual de compras aprobada (PAC) y necesidades de pago al personal de salud y administrativo. El presupuesto ejecutado en la Función 20: Salud durante el año 2009 al 2014, presenta las siguientes características:

- El presupuesto ejecutado durante los seis años de estudio 2009-2014, fue de S/. 54,567'121,334 soles, representando el 100 % del presupuesto gastado.
- El presupuesto acumulado entre 2009-2014 evidencia que la mayor parte del presupuesto ha sido ejecutado en recursos Ordinarios con el 78.61 % equivalente a S/. 42,892'872,123 soles. Luego le sigue la ejecución en Donaciones y Transferencias con 8.31 % equivalente a S/. 4,352'533,934 soles. En tercer lugar sigue la ejecución en Recursos Directamente Recaudados con 7.07 % equivalente a S/. 3,005'677,789 soles.

Tabla 20. Presupuesto Ejecutado por Fuentes de Financiamiento: 2009-2014.

Fuente de Financiamiento	Ejecución 2009	Ejecución 2010	Ejecución 2011	Ejecución 2012	Ejecución 2013	Ejecución 2014	Ejecución Acumulada	Distrib. % PIM
1: Recursos Ordinarios	4,940,360,770	5,136,597,041	6,307,628,048	7,266,246,490	8,757,962,459	10,484,077,315	42,892,872,123	78.61
4: Donaciones y Transfer.	529,142,921	458,147,716	456,664,545	606,935,425	1,061,519,213	1,420,124	4,532,533,934	8.31
2: Recursos Direct. Recau.	604,613,979	621,349,163	639,010,219	693,957,022	662,183,778	637,630,2	3,858,744,417	7.07
5: Recursos Determinados	390,249,804	529,171,275	365,851,561	537,799,466	660,858,063	521,747,6	3,005,677,789	5.51
3: Recur. Oper.Ofic.Cred.	3,638,639	6,821,983	12,158,375	20,653,592	34,412,802	199,607,6	277,293,071	0.51
Total	6,468,006,113	6,752,087,178	7,781,312,748	9,125,591,995	11,176,936,315	13,263,186,985	54,567,121,334	100

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MEF, Consulta Amigable.

▪ *Presupuesto Ejecutado por Genéricas de Gasto: 2009-2014.*

El presupuesto acumulado 2009-2014 evidencia que la mayor parte del presupuesto ha sido ejecutado en el pago de remuneraciones del personal profesional, técnico de salud y administrativos con el 38.51 % equivalente a S/. 21,014'604,455 soles. Luego le sigue la ejecución en la compra de Bienes y Servicios con 33.57 % equivalente a S/. 18,320'625,687 soles. En tercer lugar la ejecución en la Adquisición de Activos No Financieros con 12.53 % equivalente a S/. 6,835'675,415 soles.

Tabla 21. Presupuesto Ejecutado Por Genéricas De Gasto: 2009-2014.

Genérica De Gasto	Ejecución 2009	Ejecución 2010	Ejecución 2011	Ejecución 2012	Ejecución 2013	Ejecución 2014	Ejecución 2009-2014	Distribución Ejecución (%)
5-21: Personal y Oblig. Soc.	2,524,465.75	2,603,101.07	2,972,789.85	3,443,482.13	3,999,325.55	5,471,440.07	21,014,604.4	38.51
5-23: Bienes Y Servicios	2,094,680.13	2,331,146.08	2,578,701.85	3,327,171.07	3,694,763.70	4,294,162.83	18,320,625.6	33.57
6-26: Adquis. Activos No Fin.	1,012,757.81	1,032,877.72	1,180,524.03	1,560,878.29	2,048,317.54	320,000	6,835,675.41	12.53
5-24.1: Donaciones y Transf. Corri.	435,423.100	448,473.018	508,506.229	544,478.719	1,015,738.78	1,255,341.43	4,207,961.28	7.71
6-27: Adquisición Activos Financ.	0	0	0	0	0	1,970,867.33	1,970,867.33	3.61
5-25: Otros Gastos	312,815.215	242,924.487	447,877.442	219,042.065	383,856.892	224,825.005	1,831,341.10	3.36
6-24.2: Donaciones y Transf. Capital	38,045.710	62,143.288	83,873.479	9,715.844	20,988.750	0	214,767.071	0.39
5-22: Pensiones y Otras Prest. Sociales	49,218.834	31,388.604	7,609.899	20,269.316	13,745.738	45,447.399	167,679.790	0.31
6-25: Otros Gastos	599.554	32,896	1,429.945	554,546	199,350	782,905	3,599,196	0.01
Total	6,468,006,11	6,752,087,17	7,781,312,74	9,125,591,99	11,176,936,3	13,263,186,9	54,567,121,3	100

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MEF, Consulta Amigable.

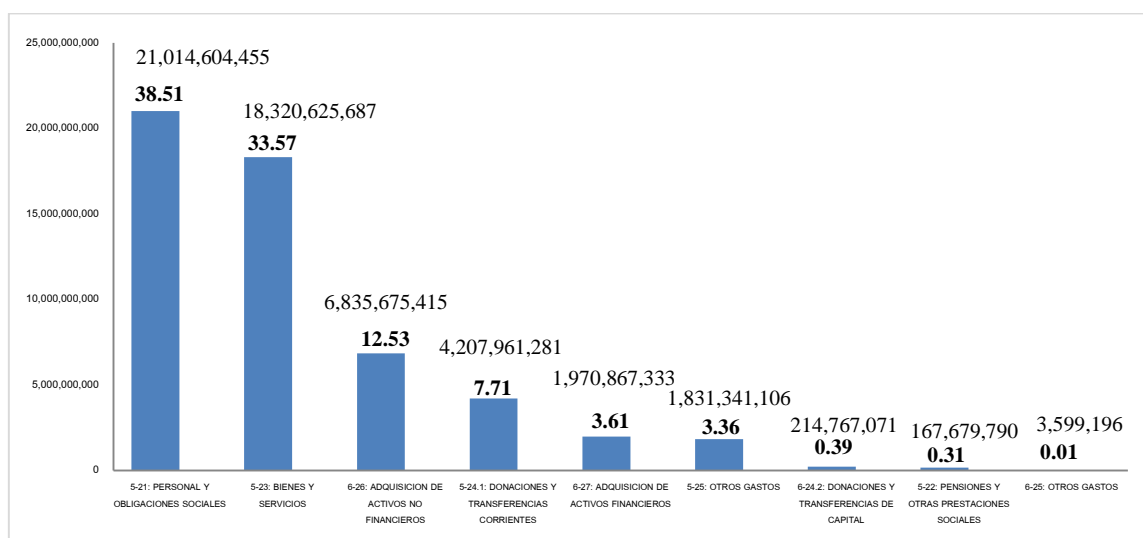


Figura 20. Presupuesto Ejecutado Por Genéricas De Gasto: 2009-2014.

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MEF, Consulta Amigable

5.2.3 GASTO TOTAL EN SALUD PER CÁPITA.

Es el gasto total en salud, público y privado, dividido por la población total de un país en un año determinado, ajustado por poder de paridad de compra en dólares internacionales. El ajuste por poder de paridad de pago se tiene que realizar para hacer comparaciones internacionales más realistas ya que toma en cuenta el nivel de la población (los precios) de los diferentes países. Este indicador señala el nivel de inversión promedio que realiza el sistema de salud de un país por cada habitante independientemente de su sexo, edad y condición socioeconómica en un año determinado.

- *Gasto Per Cápita en Salud a Nivel Mundial: Año 2013.*
 - El Banco mundial para el año 2013, calcula que el Gasto Promedio en Salud Per Cápita a Nivel Mundial fue de 1,148.96 US\$. El valor más alto fue en Noruega: 9,719.99 US\$ y el valor más bajo fue en República Centroafricana: 12.53 US\$.
 - De un total de 185 países del mundo; el Perú ocupa el 95 lugar en gasto per cápita en salud con 346.65 US\$. Se ubica a nivel mundial entre los países con VALOR MEDIO en gasto per cápita en salud, implicando el mismo grado de priorización de la salud a nivel individual.

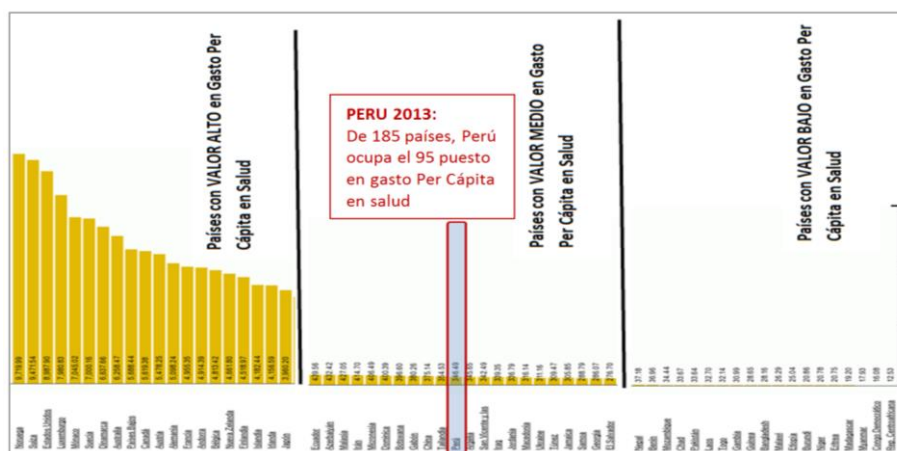


Figura 21. Gasto en Salud como % del PBI a Nivel Mundial.

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos 2013: TheGlobalEconomy.com; BM

- *Gasto Per Cápita en Salud en América del Sur: 2009-2014.*
 - En América del Sur, el promedio de gasto en salud per cápita entre el periodo 2009 al 2014 fue de 637 US\$. El valor más alto fue en Uruguay: 1,274.66 US\$ y el valor más bajo fue en Bolivia: 183.63 US\$.
 - El promedio per cápita de gasto en salud en el Perú, Periodo 2009 al 2014; fue de 299.48 US\$. El valor mínimo fue el año 2009: 224.10 US\$ y el valor máximo fue el año 2014: 358.60 US\$.
 - A nivel de América del Sur, el Perú ocupa el décimo lugar en mejor gasto per cápita en salud, ubicándose en antepenúltimo lugar de doce países.

Tabla 22. Gasto en Salud Per Cápita en América del Sur: 2009-2014.

País	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	Acumulado 2009-2014	Promedio Anual
Uruguay	827.09	1,030.06	1,211.82	1,322.25	1,464.75	1,792.00	7,647.97	1,274.66
Chile	754.59	891.12	1,023.22	1,108.01	1,192.05	1,749.00	6,717.99	1,119.67
Brasil	731.92	919.67	1,055.14	984.92	993.46	1,318.00	6,003.11	1,000.52
Argentina	711.95	738.48	795.75	726.79	731.45	1,137.00	4,841.42	806.90
Venezuela	670.59	684.06	564.07	613.24	605.50	923.00	4,060.46	676.74
Suriname	463.95	489.42	501.12	577.35	592.48	979.00	3,603.32	600.55
Colombia	361.03	422.39	479.62	546.71	549.37	962.00	3,321.12	553.52
Ecuador	237.25	274.88	308.97	368.20	439.56	1,040.00	2,668.86	444.81
Paraguay	237.66	293.83	375.81	398.44	469.01	873.00	2,647.75	441.29
Perú	224.10	254.48	282.45	330.75	346.49	358.60	1,796.87	299.48
Guyana	197.50	198.02	231.69	246.81	200.22	379.00	1,453.24	242.21
Bolivia	104.13	109.76	132.83	149.34	178.73	427.00	1,101.79	183.63

Fuente: Adaptación del autor con datos 2009 al 2013: TheGlobalEconomy.com.Banco Mundial.

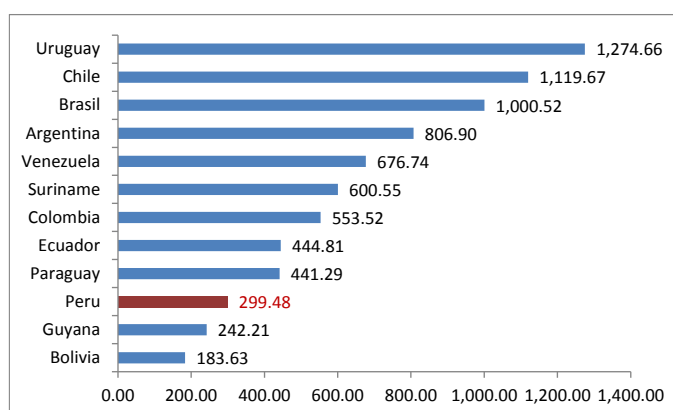


Figura 22. Gasto en Salud Per Cápita en América del Sur: 2009-2014.

Fuente: Adaptación del autor con datos 2009 al 2013: TheGlobalEconomy.com.Banco Mundial. Datos 2014: OMS.

5.3 LOS INDICADORES DE LA SALUD PÚBLICA

5.3.1 COBERTURA DE VACUNACIÓN.

Según la Organización Mundial de la Salud, la inmunización previene enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles mediante vacunación, tales como el cáncer cervical, difteria, hepatitis B, sarampión, paroditis, tos ferina, neumonía, poliomielitis, enfermedades diarreicas por rotavirus, rubéola y tétanos. La cobertura vacunal mundial se mantiene en general con firmeza.

El Ministerio de Salud del Perú aprobó el “Esquema Nacional de Vacunación” mediante la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI), según Norma Técnica de Salud N° 080-MINSA/DGSP-V.03: "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación" aprobada con RM N° 510-2013/MINSA con la finalidad de contribuir a mejorar el nivel de salud de la población mediante la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunas. Este esquema incluye no solo al niño menor de 5 años sino también a la familia así como las personas adultas mayores y personal de salud. Las vacunas principales son:

- *Vacuna PENTA3.*

Es una vacuna que además de incluir los componentes contenidos en la vacuna triple tradicional que son Difteria, tosferina y tétanos se agregan a otros dos componentes que son Haemophilus influenza tipo b y Virus de la Hepatitis B. Por tanto es una vacuna combinada que contiene 5 antígenos: toxoide diftérico y tetánico, bacterias inactivadas de Bordetella pertussis, polisacárido conjugado de Haemophilus Influenza tipo b y antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B. Se administra en tres

dosis a los 2, 4 y 6 meses respectivamente, cada dosis comprende la administración de 0.5 cc por vía intramuscular en el músculo vasto externo o cara anterolateral del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1”.

PENTA3 = DPT (Difteria, Pertussis o tos ferina, Tétanos) + Influenza Tipo B + Hepatitis B

- *Vacuna antipolio IPV.*

La vacuna anti poliomiéltica inactivada (IPV) puede prevenir la poliomiéltis, una enfermedad viral que afecta el sistema nervioso y puede producir parálisis parcial o total de brazos o piernas irreversibles o la muerte al paralizar los músculos que ayudan a respirar.

- *Vacuna de Poliovirus Inactivados (IPV).*

Es una vacuna inyectable, de presentación multidosis y/o monodosis, se administra a los 2 y 4 meses de edad. Cada dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en el músculo vasto externo o cara anterolateral del muslo, con jeringa retractable de 1 cc y aguja 25 G x 1.

- *Vacuna antituberculosa BCG.*

Es una vacuna liofilizada del Bacilo Calmette y Guerin y protege contra las formas graves de tuberculosis. La vacuna BCG es una preparación de bacterias vivas atenuadas derivadas de un cultivo de los dos bacilos mencionados. Se administra en forma intradérmica en la región del músculo deltoides del brazo derecho a 2 cm del acromion o vértice del hombro, sobre el punto de fijación del músculo deltoides, en una dosis de 0.1 cc al recién nacido dentro de las 24 horas de nacimiento. Teniendo en consideración el peso a partir de 2500 gramos a más; y sin cuadro clínico manifiesto.

- *Vacuna SPR (Sarampión-Paperas-Rubeola).*

Esta vacuna contiene virus vivos atenuados, se administra dos dosis a los niños menores de 5 años: la primera a los 12 meses y la segunda a los 18 meses de edad. La vacuna es de presentación monodosis y/o multidosis, se administra 0.5 cc por vía subcutánea en el tercio medio de región deltoides, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 5/8”.

- *Vacuna contra Rotavirus.*

Es una vacuna de virus vivos atenuados, se administra por vía oral, para la prevención de diarrea severa por rotavirus en menores de 6 meses de edad. No se debe aplicar después de los 6 meses. La vacuna contra Rotavirus en el menor de 6 meses, se aplica en dos (02) dosis en el 2do y 4to mes, y es de presentación monodosis, cada dosis de 1.5 cc por vía oral.

- *Vacuna contra Neumococo.*

Vacuna Antineumocócica conformada por los serotipos más comunes causantes de enfermedades graves por neumococo en los niños menores de 2 años, previene las enfermedades respiratorias severas bacterianas como las neumonías y otras como: meningitis, sepsis y otitis media.

- *Vacuna contra la Hepatitis B.*

Es una vacuna inactivada recombinante, se administra una dosis de 0.5 cc al recién nacido inmediatamente durante las primeras 12 horas hasta un máximo de 24 horas de nacimiento. Se vacunará a recién nacidos sanos que tengan un peso igual o mayor de 2000 gramos. La vacuna es de presentación monodosis, y se administra por vía intramuscular en el músculo vasto externo o cara anterolateral del muslo, con jeringa

descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 5/8". La hepatitis B es una infección vírica del hígado que puede dar lugar tanto a un cuadro agudo como a una enfermedad crónica.

Tabla 23. Esquema de Vacunación, Perú.

N	VACUNA	RN	2 meses	4 meses	6 meses	7 meses	8 meses	1 año	15 meses	18 meses	23 meses	2 años	3 años	4 años	10 años	5to primaria	10 a 49 años	64 Años	65 Años
1	BCG																		
2	HvB																		
3	IPV																		
4	APO																		
5	PENTAVALENTE																		
6	DT PEDIATRICO																		
7	Hib																		
8	NEUMOCOCO																		
9	INFLUENZA																		
10	ROTAVIRUS																		
11	SPR																		
12	AMA																		
13	DPT																		
14	VPH																		
15	dT adulto																		
Población en riesgo	BCG																		
	HvB																		
	IPV																		
	PENTAVALENTE																		
	NEUMOCOCO																		
	INFLUENZA																		

Fuente: ESNI/MINSA Perú

Dentro de estas siete vacunas descritas, las más importantes para prevenir las enfermedades de mayor prevalencia en el país son cuatro que en el periodo 2009-2014, presentan los siguientes datos y características:

Tabla 24. Coberturas De Vacunación En Niños 0 A 29 Meses.

Indicador	Vacunas	Unidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promed. Anual	Tasa % Crecim.
Niños	PENTA3	%	66.40	73.70	81.35	83.30	80.00	77.80	77.1	2.68
Vacunados	IPV	%	66.10	76.40	84.89	86.00	84.10	73.90	78.6	1.88
antes de 18 meses	BCG	%	69.90	90.00	94.79	94.30	93.40	92.20	89.1	10.45
	SPR	%	64.10	83.40	88.27	89.50	85.10	79.00	81.6	3.55

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MINSA: Indicadores Nacionales 2009-2014

Nota 1: Año 2009: Coberturas de vacunación en niños < 1 año

Nota 2: Año 2010 al 2014: Coberturas de Vacunación en niños de 18 a 29 meses de edad

Vacuna PENTA3 (DPT + Influenza Tipo B + Hepatitis B).

- En general, el porcentaje promedio de cobertura de vacunación PENTA3 en el periodo 2009-2014 fue de 77.1 %. La tasa general de crecimiento promedio anual fue positivo de + 2.68 %.
- Durante los años 2009-2012, el porcentaje de niñas y niños con vacunación completa PENTA3 observo un crecimiento progresivo de 66.4 % el 2009 hasta 83.3 % el 2012; observando una tasa de crecimiento promedio anual positiva de +5.83 %. Durante el 2013-2014, el porcentaje de niñas y niños con vacunación completa PENTA3 observo un decrecimiento de 80.0 % el 2013 a 77.8 % el 2014; observando una tasa de crecimiento promedio anual negativa de -1.38 %.

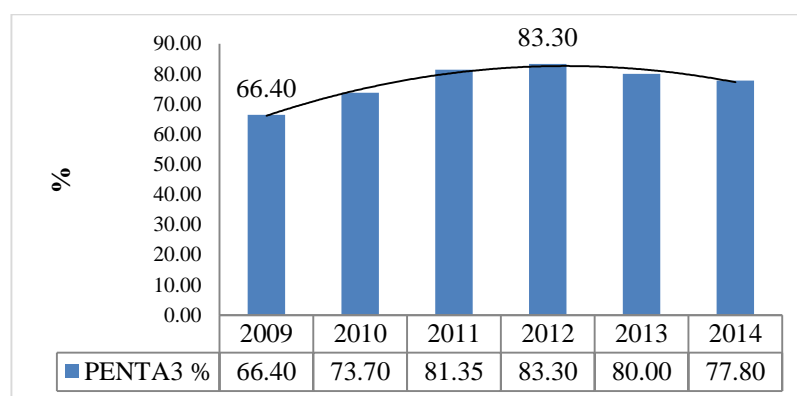


Figura 23. Vacuna Penta3 (DPT + Influenza Tipo B + Hepatitis B).
Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MINSA.

Vacuna Antipolio IPV.

- En general, el porcentaje promedio de cobertura de vacunación IPV en el periodo 2009-2014 fue de 78.6 %. La tasa general de crecimiento promedio anual fue positivo de + 1.88 %.
- Durante los años 2009-2012, el porcentaje de niñas y niños con vacunación IPV observo un crecimiento progresivo de 66.1 % el 2009 hasta 86.0 % el 2012; observando una tasa de crecimiento promedio anual

positiva de +6.8 %. Durante el 2013-2014, el porcentaje de niñas y niños con vacunación IPV observó un decrecimiento de 84.1 % el 2013 a 73.9 % el 2014; observando una tasa de crecimiento promedio anual negativa de -6.26 %.

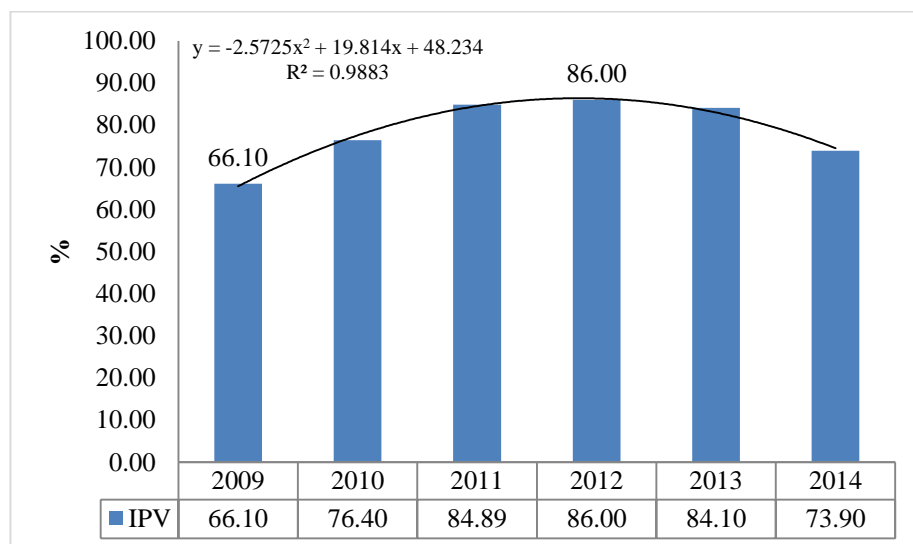


Figura 24. Vacuna Antipolio IPV.

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MINSA.

Vacuna Antituberculosa BCG.

- En general, el porcentaje promedio de cobertura de vacunación BCG en el periodo 2009-2014 fue de 89.1 %. La tasa general de crecimiento promedio anual fue positivo de + 10.45 %.
- Durante los años 2009-2011, el porcentaje de niñas y niños con vacunación BCG observó un crecimiento progresivo de 69.9 % el 2009 hasta 94.79 % el 2011; observando una tasa de crecimiento promedio anual positiva de +10.69 %. Durante el 2012-2014, el porcentaje de niñas y niños con vacunación BCG observó un decrecimiento de 94.3 % el 2012 a 92.2 % el 2014 con una tasa de crecimiento promedio anual negativa de -0.75 %.

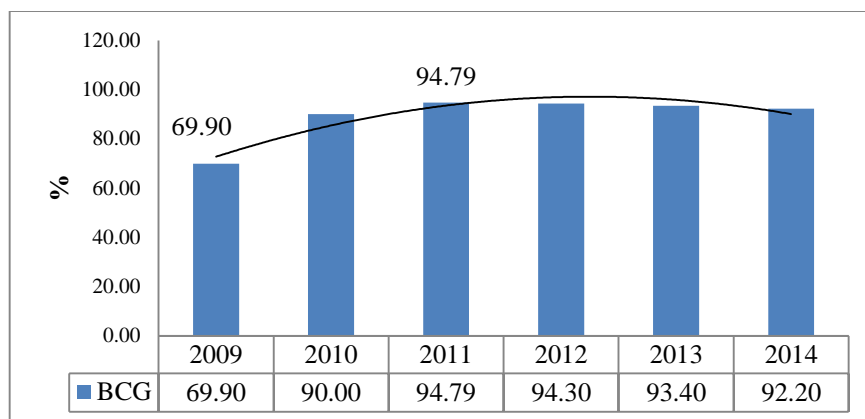


Figura 25. Vacuna Antituberculosa BCG

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MINSA.

Vacuna SPR (Sarampión, Rubiola y Papera).

- En general, el porcentaje promedio de cobertura de vacunación SPR en el periodo 2009-2014 fue de 81.6 %. La tasa general de crecimiento promedio anual fue positivo de + 3.55 %.
- Durante los años 2009-2012, el porcentaje de niñas y niños con vacunación SPR observó un crecimiento progresivo de 64.1 % el 2009 hasta 79.0 % el 2012; observando una tasa de crecimiento promedio anual positiva de + 8.70 %. Durante el 2013-2014, el porcentaje de niñas y niños con vacunación SPR observó un decrecimiento de 85.1 % el 2013 a 79.0 % el 2014; observando una tasa de crecimiento promedio anual negativa de - 3.65 %.

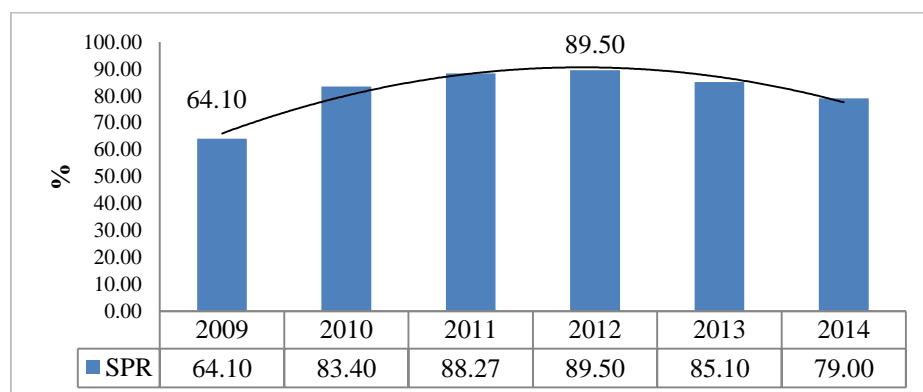


Figura 26. Vacuna SPR (Sarampión, Rubiola y Papera).

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MINSA.

5.3.2 DESNUTRICIÓN CRÓNICA DE NIÑOS MENORES A CINCO AÑOS (SEGÚN PATRÓN OMS).

La malnutrición es un problema de salud pública en el Perú, condicionado por determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza o credo político; causas subyacentes como baja escolaridad de la madre; embarazo adolescente; cuidados insuficientes de la mujer a la niña y niño; prácticas inadecuadas de crianza; limitado acceso a servicios básicos y de salud, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación; estilos de vida ancestrales y otros adquiridos, proceso de urbanización, y causas directas como desnutrición materna, alimentación inadecuada, e infecciones repetidas y severas. La Desnutrición Crónica Infantil, es el estado en el cual una niña o niño presenta retardo en su crecimiento para la edad, lo que afecta el desarrollo de su capacidad física, intelectual, emocional y social.

En el periodo 2009-2014, la Desnutrición Crónica de niños menores de cinco años tiene datos y características

Tabla 25. Desnutrición Crónica de Niños Menores a Cinco Años.

Indicador	Unidad	Periodo 2009-2014						Promedio Anual	Tasa Anual Crecimiento
		2009	2010	2011	2012	2013	2014		
Total (Prevalencia)	%	23.80	23.20	19.53	18.10	17.50	14.60	19.5	-7.82
Urbana	%	14.20	14.10	10.10	10.50	10.30	8.30	11.3	-8.56
Rural	%	40.30	38.80	37.00	31.90	32.30	28.80	34.9	-5.45

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MINSA.

Nota 1: Año 2010-2014; MINSA, *Indicadores Básicos ASIS, Centro Nacional Epidemiología de Prevenc. y Control de Enferm.*
Nota 2: Año 2009; *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES*

Desnutrición Crónica Infantil (DCI): Perú 2009 – 2014.

- En nuestro país, según el patrón OMS, la prevalencia de DCI en niños menores de cinco años ha disminuido de 23,8% en el 2009 a 14,6% en el 2014, observándose una disminución en 9,2 puntos porcentuales a nivel nacional, cifra con la que el Perú ha alcanzado, y superado, los objetivos de desarrollo del milenio, que para el año 2015 era llegar a 18,5%.
- En general el porcentaje promedio de DCI en niños menores de cinco años en el periodo 2009-2014 fue de 19.5 %. La tasa general de crecimiento promedio anual fue negativo de - 7.82 %.

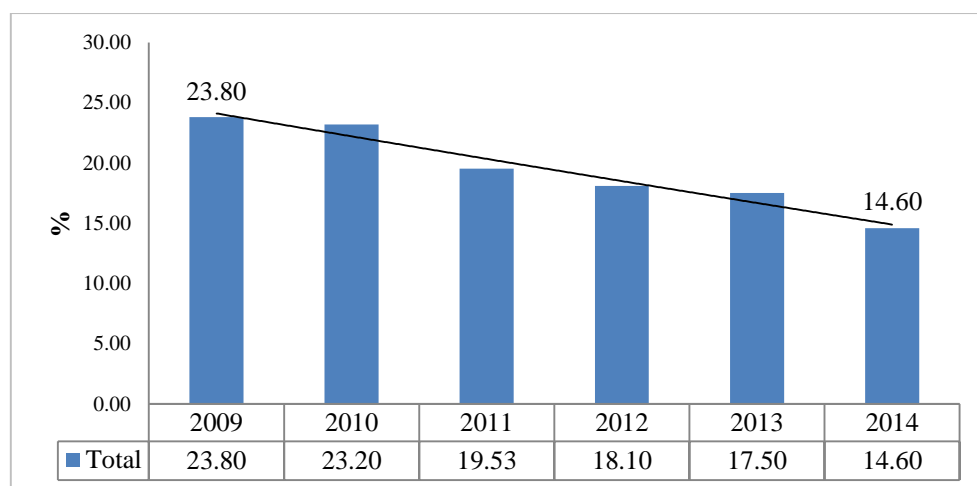


Figura 27. Desnutrición Crónica Infantil (Dci): Perú 2009 – 2014

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MINSA.

Desnutrición Crónica Infantil según Área de Residencia: Urbana y Rural, Perú 2009 – 2014.

Según el área de residencia, la mayor proporción de DCI en niños menores de 5 años se encuentra en los residentes de áreas rurales; siendo 3.5 veces más que en los residentes de áreas urbanas al año 2014 (28,8% rural, 8,3% urbano).

– *En el área urbana.*

Ha tenido una tendencia más lenta a la reducción desde el año 2009, de 14.2 a 8,3% en el 2014, observándose una disminución en 5,9 puntos porcentuales. Se tiene una leve tendencia a incrementarse entre los años 2011 y 2012 (de 10,1 a 10,5%). En general el porcentaje promedio de DCI-Urbana en niños menores de cinco años en el periodo 2009-2014 fue de 11.3 %. La tasa general de crecimiento promedio anual fue negativo de - 8.56 %.

– *En el área rural.*

Ha tenido una tendencia continua a la reducción desde el año 2009, de 40.3 a 28,8% en el 2014, observándose una disminución en 11,5 puntos porcentuales. Se tiene una leve tendencia a incrementarse entre los años 2012 y 2013 (de 31,9 a 32,3%). En general el porcentaje promedio de DCI-Rural en niños menores de cinco años en el periodo 2009-2014 fue de 34.9 %. La tasa general de crecimiento promedio anual fue negativo de - 5.45 %.

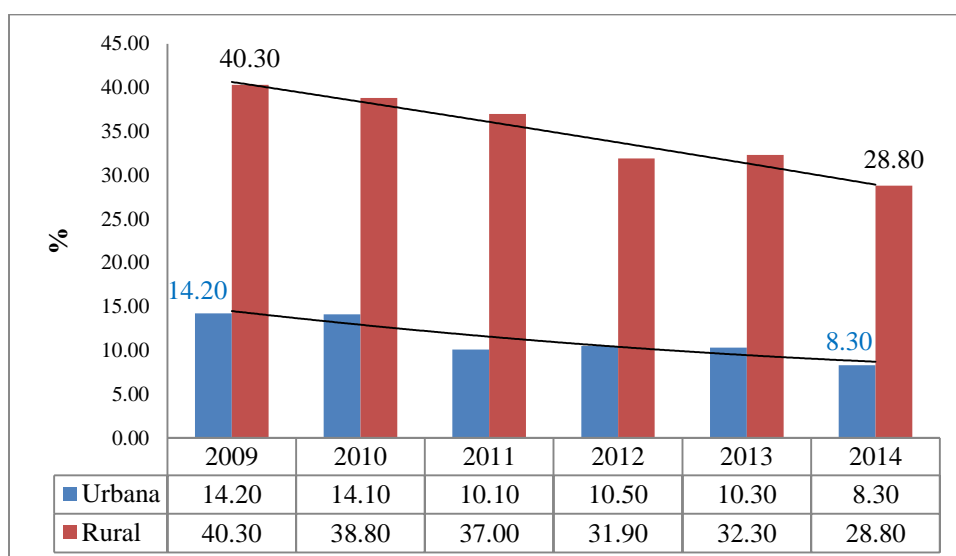


Figura 28. Desnutrición Crónica Infantil: Urbana y Rural, Perú 2009 – 2014

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos ENDES-INEI.

Desnutrición Crónica Infantil a Nivel Departamental: Perú 2014.

Para determinar la DCI en menores de cinco años en Perú; se toman datos estimados y proyectados de población infantil INEI obteniendo resultados:

- El año 2009 la población infantil de niños menores a cinco años fue de 2'967,888 hab. de los cuales tuvieron DCI alrededor de 686,342 niños, representando el 23.13 % de afectados. El 2014 la población infantil de niños menores a cinco años fue de 2'880,686 hab. de los cuales tuvieron DCI alrededor de 459,308 niños, representando el 15.94 % de afectados.
- En el periodo 2009-2014, el porcentaje de DCI en niños menores a cinco años disminuyó de 23.13 % a 15.94 %; con una reducción de -7.19 puntos porcentuales que significa en cantidad absoluta una reducción de 686,342 a 459,308 niños, equivalente a menos 33,581 niños afectados.

Tabla 26. Desnutrición Crónica Infantil a Nivel Departamental: DCI Perú 2014.

Región	AÑO 2009			AÑO 2014		
	Población Infantil	Porcentaje	Niños Afectados	Población Infantil	Porcentaje	Niños Afectados
	< 5 años	DCI < 5	DCI < 5 años	< 5 años	DCI < 5	DCI < 5 años
Amazonas	48,197	26.8	12,917	45,188	30.8	13,918
Ancash	116,310	28.2	32,799	111,328	20.5	22,822
Apurímac	53,589	34.8	18,649	51,060	27.3	13,939
Arequipa	103,430	12.2	12,618	103,714	7.3	7,571
Ayacucho	80,162	41.4	33,187	77,664	26.3	20,426
Cajamarca	170,848	39.8	67,998	156,321	32.2	50,335
Callao	78,654	10.0	7,865	78,076	7.0	5,465
Cusco	134,180	38.4	51,525	126,117	18.2	22,953
Huancavelica	68,011	53.6	36,454	66,705	35.0	23,347
Huánuco	99,201	39.2	38,887	94,483	24.8	23,432
Ica	71,538	10.3	7,368	67,972	6.9	4,690
Junín	145,040	33.7	48,878	142,765	22.1	31,551
La Libertad	176,303	27.2	47,954	171,484	19.9	34,125
Lambayeque	116,059	18.2	21,123	109,682	14.3	15,685
Lima	789,771	8.6	67,920	795,809	4.6	36,607
Loreto	124,633	29.1	36,268	115,057	24.6	28,304
Madre de Dios	13,243	12.5	1,655	13,079	9.8	1,282
Moquegua	13,910	5.1	709	13,530	4.2	568
Pasco	33,813	38.4	12,984	31,641	24.9	7,879
Piura	192,403	23.0	44,253	185,729	21.7	40,303
Puno	154,229	27.3	42,105	146,308	17.9	26,189
San Martín	84,053	28.2	23,703	82,029	16.0	13,125
Tacna	29,191	2.1	613	28,450	3.7	1,053
Tumbes	20,470	13.5	2,763	20,317	8.3	1,686
Ucayali	50,650	29.9	15,144	46,178	26.1	12,052
TOTAL	2,967,888	-	686,342	2,880,686	-	459,308

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos ENDES-INEI.

- *Evolución de la DCI en < 5 años, según porcentaje %. Perú: 2009-2014.*
 - Entre el 2009 y 2014, la Desnutrición Crónica Infantil de niños menores a 5 años se redujo de 23.80 % a 14.60 en promedio nacional.
 - Los cinco departamentos con más alta proporción DCI en el Perú el año 2009 que redujeron progresivamente este indicador el año 2014 fueron: Huancavelica con 53.6 % a 35 %; Ayacucho con 41.4 % a 26.3 %; Cajamarca con 39.8 % a 32.2 %; Huánuco con 39.2 % a 24.8 % y Cusco con 38.4 % a 18.2 %.
 - Los cinco departamentos con más baja proporción DCI en el Perú el 2009 que redujeron el indicador el 2014 son: Moquegua con 5.1 % a 4.2 %; Lima con 8.6 % a 4.6 %; Callao con 10.0 % a 7.0 %; Ica con 10.3 % a 6.9 % y Arequipa con 12.2 % a 7.3 %.
 - Los dos departamentos que involucraron su indicador DCI de niños menores a 5 años entre el 2009 al 2014 fueron: Amazonas con 26.8 % a 30.8 % habiendo aumentado en 4 puntos porcentuales y; Tacna con 2.1 % a 3.7 % habiendo aumentado en 1.6 puntos porcentuales.

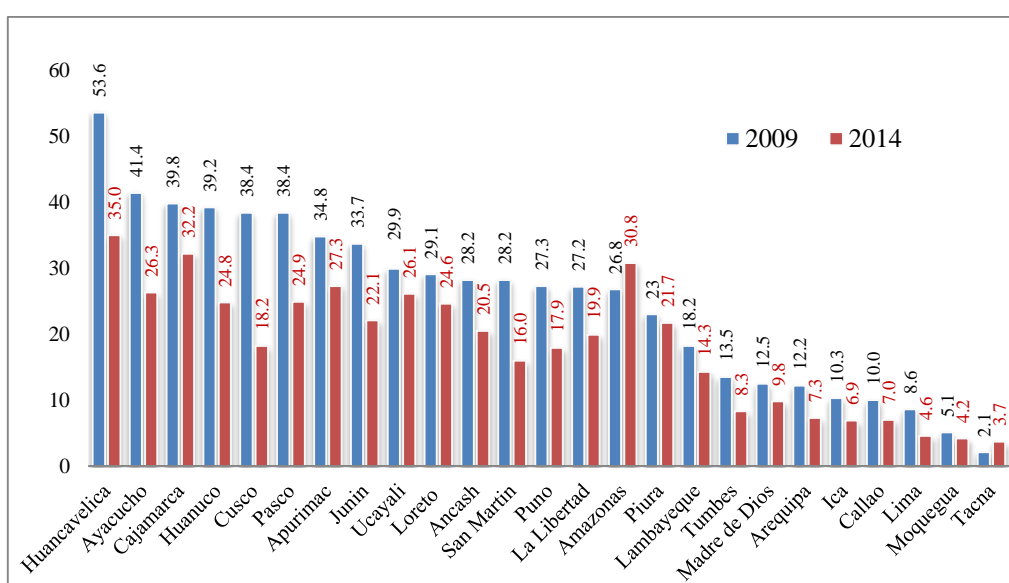


Figura 29. Evolución % de la DCI < 5 Años, según regiones: Perú: 2009-2014
Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos ENDES-INEI.

- *Evolución la DCI < 5 años, según cantidad niños afectados, 2009-2014.*

El año 2014, existen serias inequidades, teniendo a 16 de 25 regiones con indicador DCI porcentual con prevalencias por encima del promedio nacional de 14.60 %: Huancavelica, Cajamarca, Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Ucayali, Pasco, Huánuco, Loreto, Junín, Piura, Ancash, La Libertad, Cusco, Puno y San Martín que varían de 35.0 % hasta 16.0 % de DCI.

Sin embargo, el año 2014, según niños menores de cinco años afectados con DCI se observa que a pesar de contar con porcentaje DCI bajas, las regiones que concentran mayor población en su ámbito geográfico afectadas con DCI son: Cajamarca, Piura, Lima, La Libertad, Junín, Loreto, Puno, Huánuco, Huancavelica, Cusco, Ancash y Ayacucho.

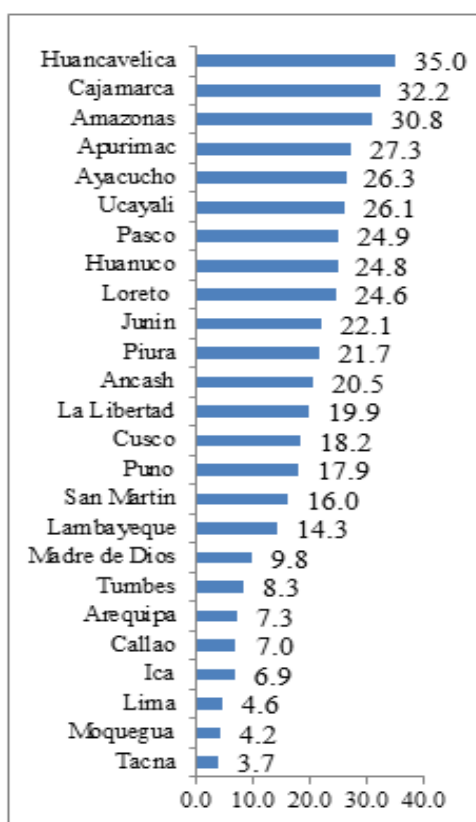


Figura 30. % DCI < 5 años: Perú 2014

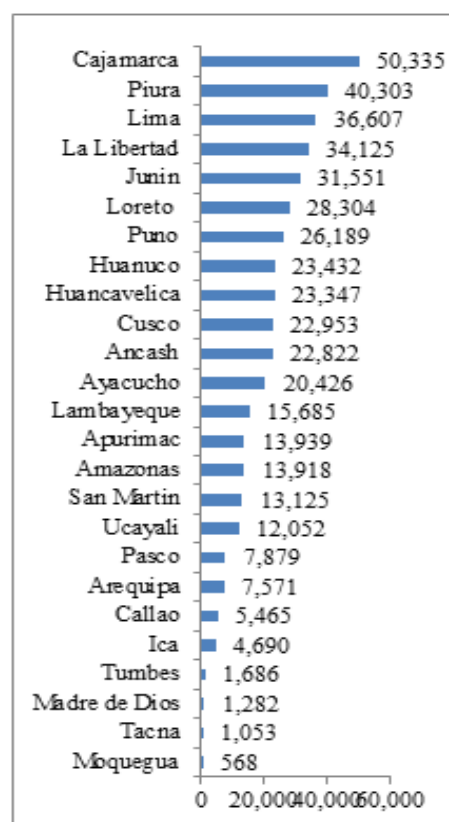


Figura 31. Niños Afectados DCI < 5 años: Perú 2014

- En el periodo 2009-2014, veintitrés (23) regiones redujeron progresivamente los niños menores de cinco años afectados con DCI. Por el contrario dos regiones aumentaron sus niños afectados con DCI: Amazonas de 12,917 a 13,918 y Tacna con 613 a 1,053 niños afectados.

- En algunos departamentos del país se aprecia una tendencia hacia la reducción en 10 % o más en el año 2014 respecto al registrado en el 2009: Cusco (-20.2 %), Huancavelica (-18.6 %), Ayacucho (-15.1 %), Huánuco (-14.4 %), Pasco (-13.5 %) San Martín (-12.2) y Junín (-11.6 %).

- Según regiones naturales del Perú, en el año 2014 los mayores porcentajes de DCI en niños menores de 5 años se concentran en la Sierra con 220,051 niños afectados equivalente al 47.9 %. En segundo lugar se concentran en la Costa con 170,576 niños afectados equivalente al 37.1 %. Finalmente en último lugar se concentran en la Selva con 68,681 niños afectados equivalente al 15.0 %.

Tabla 27. Evolución de la DCI < 5 Años; según regiones naturales.

Región Natural	Año 2009		Año 2014	
	Afectados DCI < 5 años	%	Afectados DCI < 5	%
Sierra	350,667	51.1	220,051	47.9
Costa	245,988	35.8	170,576	37.1
Selva	89,688	13.1	68,681	15.0
Total	686,342	100	459,308	100

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos ENDES-INEI.

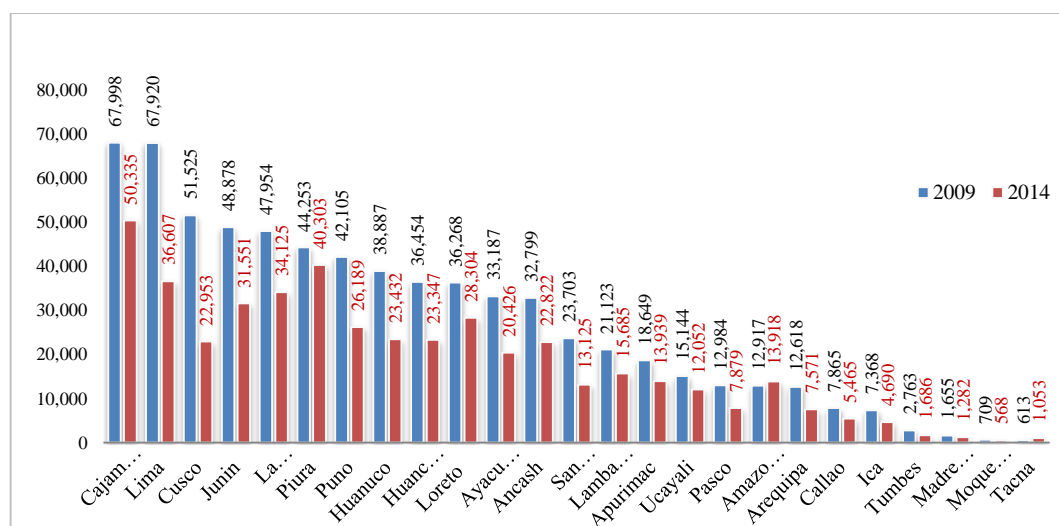


Figura 32. Evolución DCI < 5 años; según cantidad Niños Afectados: 2009-2014
Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos ENDES-INEI.

5.3.3 EGRESO HOSPITALARIO.

Según la OMS, es la salida del establecimiento de salud del paciente hospitalizado e implica la desocupación de una cama. El egreso puede ser por alta o por defunción.

Egreso Hospitalario por número absoluto de pacientes: Perú 2009-2014.

- En el periodo 2009 al 2014, los egresos hospitalarios se incrementaron ligeramente en 4,705 pacientes egresados, es decir un incremento de 0.27 % respecto al 2009 que fue de 856,698 pacientes egresados.
- Para el año 2012, Lima continúa registrando el mayor número de egresos hospitalarios, concentrando la tercera parte del total nacional (32.5%), lo que se explica por los establecimientos de mayor resolución que las regiones y por el volumen poblacional que alberga. Lo siguen en importancia La Libertad, Cusco, Arequipa, Junín y Ancash. En el otro extremo se encuentran las regiones de Moquegua, Pasco, Madre de Dios, Tumbes, Tacna, Amazonas y Huancavelica con menos de 1.5% de egresos hospitalarios en el año 2012.

- Para el año 2012 los egresos hospitalarios en la Costa fueron del orden de 51.6%, en la Sierra de 36,5% y en la Selva de 11%.
- Los egresos hospitalarios por sexo, muestra que el sexo femenino presenta mayor proporción de hospitalización en el periodo 2009 al 2016, si consideramos los egresos acumulados tendríamos que el 74,6% de los egresos correspondería al sexo femenino quedando el 25.4% al sexo masculino.
- Analizando la relación entre mujeres y varones hospitalizados, el indicador Índice de Hospitalización ($IH = \% \text{ mujer} / \% \text{ varón}$) para el período en mención, da cuenta de valores que fluctúan entre 2.9 a 3.0, es decir que por cada hombre hospitalizado existen 3 mujeres en igual situación.

Tabla 28. Egreso Hospitalario por Número Absoluto de Pacientes: Perú 2009-2014.

Unidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pacientes	856,698	891,608	828,843	855,416	869,547	861,403
Varón	217,993	229,217	210,636	218,451	220,391	215,831
Mujer	638,705	662,391	618,207	636,965	649,156	645,572
% Varón	25.4	25.7	25.4	25.5	25.3	25.1
% Mujer	74.6	74.3	74.6	74.5	74.7	74.9
Índice de Hospitalizac.	2.9	2.9	2.9	2.9	2.9	3.0

Fuente: MINSA – ESTADISTICA; Indicadores Nacionales/ Principales Causas de Morbilidad/ Hospitalización.
www.minsa.gob.pe

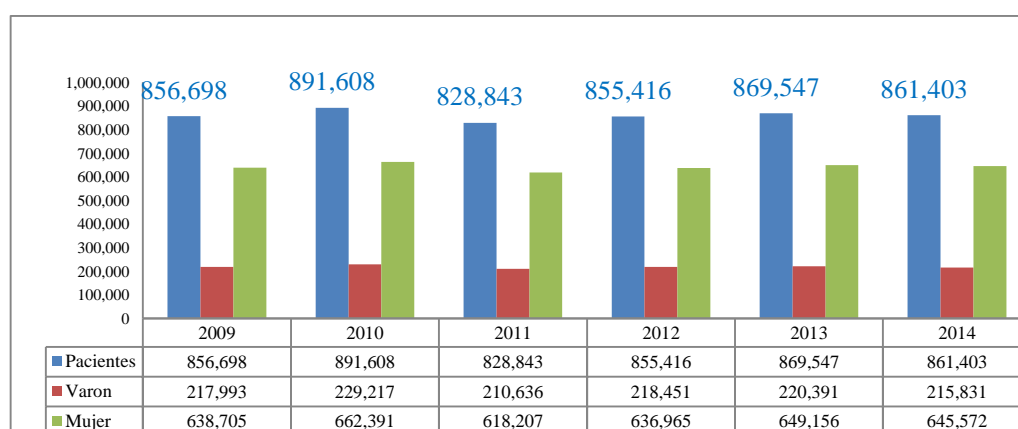


Figura 33. Egreso Hospitalario por año x Número Absoluto Pacientes: 2009-2014.

Fuente: MINSA – ESTADISTICA; Indicadores Nacionales/ Principales Causas de Morbilidad/ Hospitalización.
www.minsa.gob.pe

Promedio de egreso hospitalario: Tasa x 1000 hab.: Perú 2009-2014.

- Si consideramos el crecimiento natural de la población, el indicador de tasa de egresos hospitalarios por 1000 habitantes y bajo el supuesto que cada paciente egresado ha ido una sola vez al establecimiento de salud, podemos utilizar el indicador de tasa de egresos hospitalarios.
- En el periodo 2009 al 2014, la afluencia a los establecimientos de salud ha ido fluctuando altas y bajas, el año 2010 alcanzó la tasa más altas en la que 30 de cada mil habitantes fue hospitalizado. En los periodos 2009-2010 y 2011-2013, la tasa de egresos hospitalarios ha aumentado ligeramente. En los periodos 2010-2011 y 2013-2014, ha disminuido ligeramente. En el 2012 es de 28 pacientes hospitalizados por cada mil habitantes.

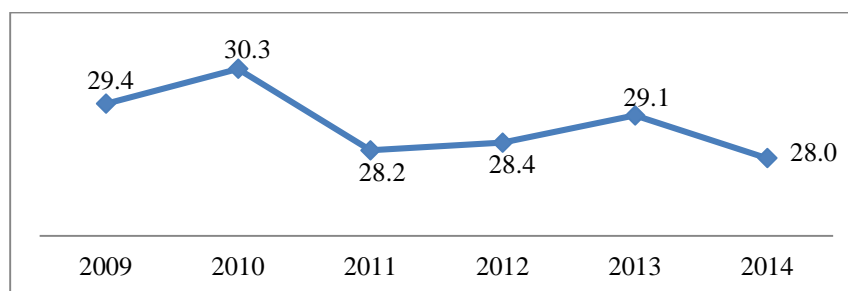


Figura 34. Promedio de Egreso Hospitalario: Tasa x 1000 Habitantes
Fuente: MINSA; Estadística/ Hospitalización. www.minsa.gob.pe

Egresos hospitalarios por tipo de establecimientos, según regiones.

- Los egresos hospitalarios del año 2012 de hospitales e institutos, se observa que estos concentran al 90, 4% de los egresos mientras que el restante 9.6% se reparte en centros y puestos de salud. Desagregado por región el 56% agrupa a las regiones de Lima, La Libertad, Cusco, Arequipa, Junín y Ancash.

- En los Centros de Salud, el 75% de los egresos hospitalarios se congregan en las regiones de Lima, Cusco, San Martín, Huancavelica, Ayacucho, Apurímac y Cajamarca, mientras que en los Puestos de Salud, el 90% de los egresos se agrupa en las regiones de San Martín, Loreto, Cusco, Cajamarca y Ayacucho.

Tabla 29. Egreso Hospitalario por Tipo de Establecimiento; según región: Perú 2012.

REGIÓN	TIPO DE ESTABLECIMIENTO			TOTAL
	HOSPITAL/ INST. ESPEC.	CENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD	
Total	855 416	772 874	81 890	652
Amazonas	1,2	1,3	0,6	4,3
Ancash	4,0	3,9	4,7	-
Apurimac	2,6	2,2	6,1	-
Arequipa	4,8	5,2	0,4	-
Ayacucho	2,8	2,5	6,4	9,8
Cajamarca	3,5	3,3	5,2	14,7
Callao	3,3	3,5	1,0	-
Cusco	4,9	4,0	12,7	15,6
Huancavelica	1,3	0,8	6,4	0,8
Huánuco	2,5	2,3	3,9	-
Ica	3,6	3,9	1,0	-
Junin	4,6	4,7	2,8	-
La Libertad	5,2	5,4	3,5	-
Lambayeque	2,8	2,7	4,1	-
Lima	32,5	34,5	13,5	-
Loreto	3,6	3,6	3,7	17,3
Madre de Dios	1,0	1,0	1,4	0,9
Moquegua	0,6	0,7	0,1	-
Pasco	1,0	0,8	2,2	-
Piura	2,8	3,1	-	-
Puno	3,5	3,4	4,8	4,3
San Martín	3,2	2,4	11,0	32,2
Tacna	1,2	1,3	-	-
Tumbes	1,1	1,1	1,2	-
Ucayal	2,6	2,5	3,2	-

Fuente: Egresos Hospitalarios 2012. MINSa, OGEI.

- Las diez principales causas de morbilidad de hospitalización para el 2014 son: embarazo terminado en aborto (5.1 %); enfermedades de apéndice (3.6 %); trastornos de vesicular biliar, vías biliares y páncreas (3.1 %); atención maternal relacionada con el feto y cavidad amniótica y con posibles problemas de partos (3.0 %); otros trastornos maternos relacionados con el embarazo (2.8 %); complicaciones del trabajo de parto y del parto (2.8 %); tumores malignos o neoplasias (2.7 %); influenza y neumonía (2.5 %); enfermedades infecciosas intestinales (1.5 %); infecciones específicas del periodo perinatal trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (1.5 %).

5.3.4 ESPERANZA DE VIDA AL NACER.

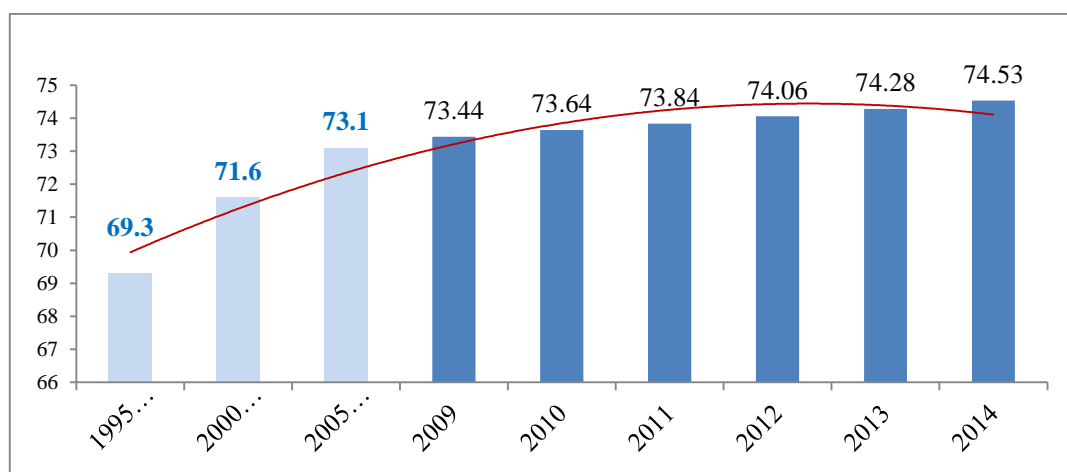
La esperanza de vida al nacer es el promedio de años que vive una determinada población, nacida en el mismo año. Es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de vida de una región. La ONU lo define como: "Cantidad de años que un recién nacido puede esperar vivir si los patrones de mortalidad por edades imperantes en el momento de su nacimiento siguieran siendo los mismos a lo largo de toda su vida".

- En 2014 la esperanza de vida promedio en el periodo de estudio 2009-2014 fue de 73.97 años y respecto a su evolución en años anteriores viene subiendo sostenidamente la esperanza de vida: entre el 1995-2000 fue de 69.3 años; entre el 2000-2005 fue de 71.6 años y entre 2005-2010 fue de 73.2 años.
- El año 2014, la esperanza de vida de las mujeres fue de 77,23 años, mayor que la de los hombres que fue de 71,95 años.
- Si miramos la evolución de la Esperanza de Vida en Perú en los últimos años, vemos que ha subido respecto a 2014 en el que fue de 74,53 años, al igual de lo que ocurre respecto a 2009, en el que estaba en 73,44 años.
- En caso de los hombres la esperanza de vida el año 2014 corresponde a los 71.95 años, mientras a las mujeres alcanza los 77.23 años.
- El Perú a nivel mundial, ha ascendido en el listado de 191 países, ha pasado de ocupar el puesto 137 en 2009 con 73.64 años al puesto 78 en 2014 con 74.53. Se sitúa en la parte superior media del ranking de países por esperanza de vida.

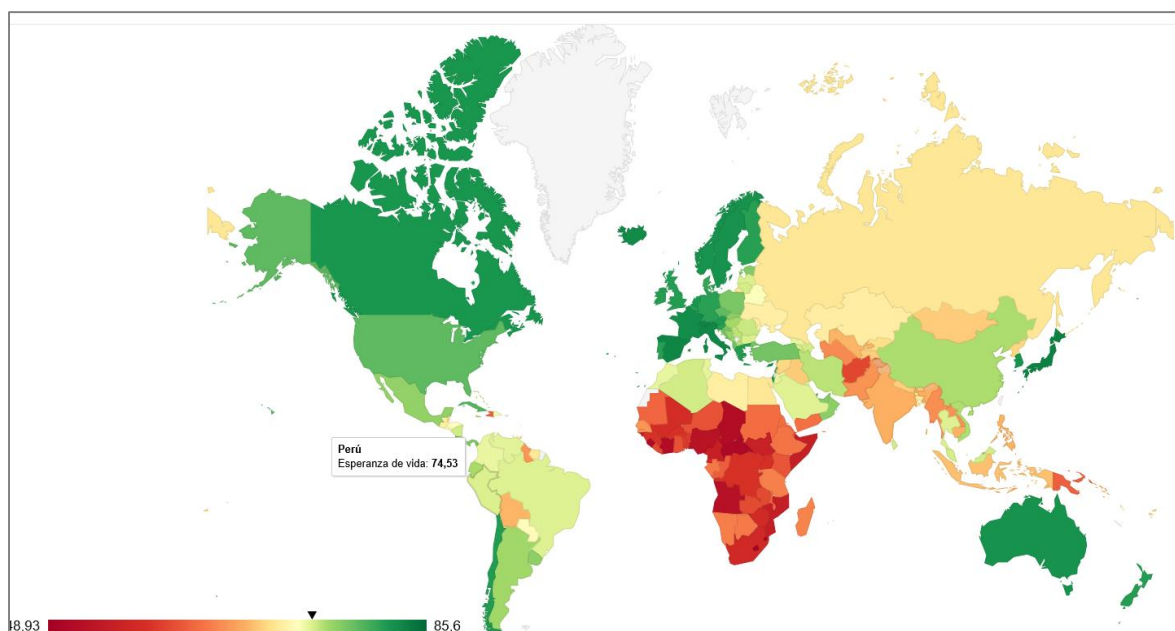
Tabla 30. Esperanza de Vida al Nacer.

UNIDAD	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Esperanza Vida	69.3	71.6	73.1	73.44	73.64	73.84	74.06	74.28	74.53
Mujer	71.87	74.26	75.83	76.18	76.38	76.58	76.78	77.00	77.23
Varón	66.8	68.95	70.47	70.82	71.03	71.24	71.46	71.70	71.95

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MINSA, INEI, UNICEF (www.datosmacro.com)

**Figura 35.** Esperanza de Vida al Nacer: Perú 2009-2014

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos www.datosmacro.com

**Figura 36.** Mapa Comparativo de Esperanza de Vida a Nivel Mundial: 2014

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos www.datosmacro.com

5.3.5 RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (RMM).

La RMM, es el indicador que mide el riesgo que tiene de morir una mujer por razones asociadas al embarazo, parto o puerperio y se relaciona directamente con la capacidad de respuesta de los servicios de salud. Según la OMS la RMM, es el cociente entre el número de muertes maternas en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por cien mil nacidos vivos, representando un riesgo obstétrico asociado con cada embarazo. La Tasa de Muerte Materna (TMM) es otro indicador que mide el riesgo de morir de una mujer en edad fértil si llegará a embarazarse.

Razón y Tasa de Mortalidad Materna (RMM y TMM): Perú, 2009-2014.

- Según ENDES 2014, la estimación de mujeres que pierden la vida debido a complicaciones de embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación disminuyó en un 64,9%, entre los periodos 1990-96 y 2004-2010, al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos.
- En el periodo 2002-2011, la tasa de muerte materna en diez años se redujo significativamente de 10.8 a 6.9 que implica una reducción en 3.9 muertes maternas por cada cien mil mujeres en edad fértil (MEF) que significa una tasa de decrecimiento promedio anual - 4.58 %. En el Perú en el periodo 2009-2014, la razón de mortalidad materna decreció en 3,1 puntos, es decir una reducción más lenta de - 0.55 % respecto al año 2009 que fue de 96.1 muertes maternas por cada cien mil n.v. Vemos que en el periodo 2009-2014 la velocidad del descenso de la RMM es más lenta que el periodo 2002-2011 y además que la reducción de la RMM no ha sido homogénea a nivel nacional por las diferencias entre los niveles socioeconómicos en las regiones del país.

- La RMM es mayor en la zona rural, en la selva y en los quintiles más pobres, con cifras altas como en los países más pobres de América Latina. En el periodo comprendido entre el 2007-2011, quince departamentos han reducido la RMM, siendo Cusco el que ha presentado el mayor descenso, seguido de Ayacucho, Huánuco, Apurímac y Huancavelica. Los 6 departamentos con la mayor RMM son Amazonas (247), Cajamarca (221) Loreto (182.), Pasco (182), Madre de Dios (170) y Puno (165).

Tabla 31. Razón de Mortalidad Materna por cada 100 Mil N.V.: Perú 2009-2014.

Año	RMM por cada 100,000 N.V.	Intervalo Confianza al 95 %	TMM x por cada 100,000 MEF	Intervalo Confianza al 95 %
2002	118.3	109.7 - 126.8	10.5	9.7 - 11.2
2003	123.8	115.0 - 132.5	10.8	10.1 - 11.5
2004	120.8	112.1 - 129.5	10.3	9.6 - 11.0
2005	114.1	105.7 - 122.5	9.6	8.9 - 10.3
2006	114.9	106.4 - 123.4	9.5	8.8 - 10.2
2007	110.5	102.2 - 118.8	8.9	8.3 - 9.6
2008	107.9	99.6 - 116.2	8.6	7.9 - 9.2
2009	96.1	88.3 - 104.0	7.5	6.9 - 8.1
2010	95.9	88.1 - 103.8	7.3	6.7 - 7.9
2011	92.7	85.0 - 100.5	6.9	6.3 - 7.5
2012	93	-		
2013	93	-		
2014	93	-		

Fuente: Adaptación del autor en base a datos www.datosmacro.com. 2002 al 2011.

Leyenda: N.V. = Nacidos Vivos / MEF = Mujeres en Edad Fértil (15-49 años de edad)

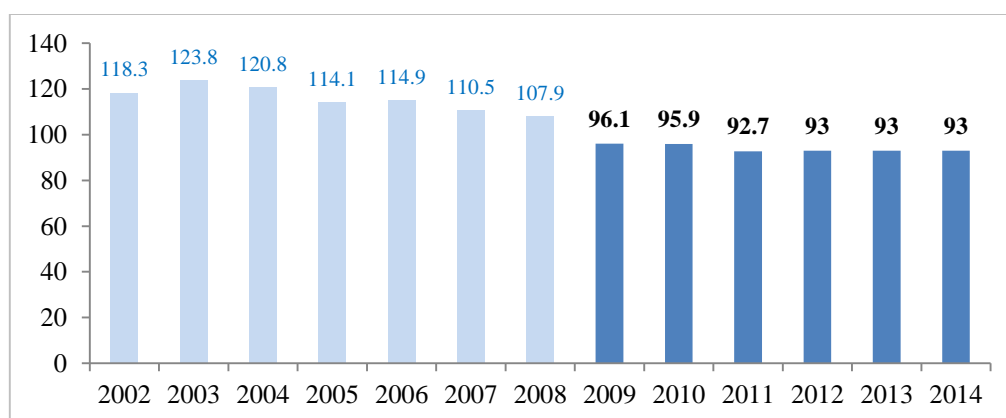


Figura 37. Razón De Mortalidad Materna Por Cada 100 Mil N.V. Perú 2009-2014

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos www.datosmacro.com

Número de muertes por departamentos: Perú, 2009-2014.

- El perfil de muerte materna para el periodo 2009-2014 corresponde a una mujer adulta, cuya ocupación es la de ama de casa (83.9%), alcanzó el nivel educativo primaria (48%), que tuvo acceso al control prenatal (74.1%), su parto o aborto fue atendido en un establecimiento de salud (28%), falleció por causas directas principalmente por hemorragia obstétrica (42.6%) en un establecimiento de salud sea hospital o clínica (44.2%).
- En el periodo 2000–2014 ocurrieron 7,599 muertes maternas, con un promedio de 507 muertes al año; el número de muertes maternas se ha reducido progresivamente en estos quince años. En el periodo de estudio 2009–2014 ocurrieron 2,617 muertes maternas, con un promedio de 436 muertes al año.

Tabla 32. Número de Muertes por Departamento. Perú 2009-2014.

DEPARTAMENTO	AÑO															
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
AMAZONAS	16	18	15	18	12	17	19	12	13	20	14	12	14	13	12	4
ANCASH	31	30	28	14	23	28	24	19	16	21	19	15	22	16	15	0
APURIMAC	12	7	13	9	16	14	9	8	7	6	4	6	13	2	3	0
AREQUIPA	5	6	5	17	13	8	17	17	17	13	9	10	16	9	9	2
AYACUCHO	20	23	21	19	20	21	24	12	14	8	13	14	14	8	10	0
CAJAMARCA	67	48	55	65	59	59	50	55	43	55	47	35	43	31	36	7
CALLAO	5	4	7	8	4	3	12	7	13	8	5	6	8	13	19	0
CUSCO	58	41	54	43	53	45	19	25	21	17	21	26	21	20	30	3
HUANCAVELICA	16	29	16	33	39	18	12	14	19	13	23	9	8	6	8	0
HUANUCO	44	39	36	30	32	35	25	23	18	18	20	19	10	11	9	5
ICA	7	1	1	7	7	10	3	8	0	1	6	7	7	6	3	1
JUNIN	37	23	26	25	35	35	29	34	28	22	23	17	11	17	25	7
LA LIBERTAD	44	29	33	42	46	37	32	38	50	33	38	44	32	30	31	6
LAMBAYEQUE	23	23	11	13	21	27	16	27	16	20	14	15	15	14	12	2
LIMA	22	38	46	44	60	60	46	54	63	61	51	58	70	47	42	11
LORETO	36	29	30	25	30	31	32	36	39	29	32	36	30	32	32	7
MADRE DE DIOS	2	3	2	0	5	4	0	2	2	4	2	4	1	7	3	0
MOQUEGUA	2	0	0	1	3	0	2	4	2	1	2	0	2	3	0	0
PASCO	8	6	7	10	9	7	9	8	8	7	11	4	7	5	13	0
PIURA	41	49	42	37	51	47	29	33	41	39	28	33	35	27	29	4
PUNO	74	48	54	66	55	53	56	38	43	37	40	42	30	26	26	5
SAN MARTIN	25	13	16	18	11	20	23	22	28	32	17	13	14	16	16	2
TACNA	1	1	1	2	6	4	4	3	1	2	1	3	4	5	1	1
TUMBES	0	2	2	2	0	3	2	3	3	2	4	2	3	5	2	0
UCAYALI	9	13	8	10	16	10	14	11	19	12	13	15	10	14	23	2
PERU	605	523	529	558	626	596	508	513	524	481	457	445	440	383	409	80

Fuente: Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE – MINSA.

Razón de mortalidad materna por departamentos. Perú, 2009-2014.

- En el periodo 2002-2011, el departamento con mayor razón de muerte materna es Amazonas, seguido de Cajamarca, Loreto, Puno y Pasco.
- Los departamentos que presentaron aumento en la razón de muerte materna para el periodo 2007-2011 fueron: Madre de Dios, Callao, La Libertad, Pasco, Arequipa, Lambayeque, Ucayali, Lima, Tumbes y Cajamarca.
- La etapa de vida adulta, acumula el 50.0% del total de muertes que ocurren según etapas del ciclo de vida, con una tendencia al incremento en el grupo etario de 30 a 39 años.

Tabla 33. Razón de Mortalidad Materna por Departamentos. Perú, 2009-2014.

Departamento	Periodo 2002-2011			Periodo 2002-2006			Periodo 2007-2011		
	Razón x	IC. 95%		Razón	IC. 95%		Razón x	IC. 95%	
	100 Mil NV	Lim. Inf.	Lim. Sup.	x 100 Mil NV	Lim. Inf.	Lim. Sup.	100 Mil NV	Lim. Inf.	Lim. Sup.
PERÚ	111.9	109.2	114.6	125.2	121.1	129.1	105.7	101.9	109.4
AMAZONAS	248.1	216.9	279.2	271.4	225.6	317.1	246.9	202.7	291.0
ANCASH	114.2	100.5	127.8	123.6	103.8	143.5	122.5	102.3	142.6
APURÍMAC	104.9	85.8	124.1	152.3	119.7	184.8	71.7	49.2	94.2
AREQUIPA	68.1	56.9	79.4	62.5	47.3	77.6	76.8	59.8	93.7
AYACUCHO	128.3	110.9	145.7	179.1	150.2	208.1	87.8	67.4	108.2
CAJAMARCA	195.6	181.0	210.2	200.2	179.6	220.8	201.9	180.5	223.3
CALLAO	60.8	48.5	73.2	49.9	34.0	65.7	77	57.3	96.6
CUSCO	154.7	140.0	169.3	201.2	177.9	224.7	107.4	89.9	124.9
HUANCAVELICA	165.0	143.8	186.2	199.2	166.5	232.0	137.2	109.8	164.7
HUÁNUCO	158.0	140.7	175.3	210.3	182.3	238.4	121.1	99.6	142.7
ICA	42.8	32.1	53.6	56.3	39.1	73.6	33.0	19.5	46.5
JUNÍN	116.3	104.1	128.6	129.5	111.3	147.7	104.1	87.6	120.7
LA LIBERTAD	134.0	121.9	146.0	122.5	106.2	138.8	146.1	128.2	164.0
LAMBAYEQUE	94.7	82.2	107.1	92.2	75.1	109.4	100.7	82.3	119.2
LIMA	44.7	41.4	48.0	42.6	38.1	47.2	46.8	42.1	51.7
LORETO	191.7	174.7	208.7	237.0	210.5	263.5	182.3	158.6	206.1
MADRE DE DIOS	127.0	82.3	171.8	108.3	49.4	167.1	169.5	97.0	242.0
MOQUEGUA	82.9	49.0	116.8	92.5	42.2	142.7	73.1	27.8	118.4
PASCO	172.3	141.5	203.1	163.0	121.4	204.6	182.3	136.6	228.1
PIURA	115.6	105.1	126.1	138.6	122.5	154.7	99.8	85.8	113.7
PUNO	188.5	173.4	203.5	212.7	190.3	235.1	165.1	144.9	185.3
SAN MARTÍN	131.2	113.9	148.5	161.7	134.4	188.9	140.2	114.9	165.5
TACNA	52.2	33.5	70.9	59.3	31.1	87.5	45.2	20.6	69.8
TUMBES	77.3	50.1	104.5	80.6	41.1	120.0	84.1	44.1	124.0
UCAYALI	158.6	134.2	183.0	159.1	125.1	193.2	164.1	128.4	199.9

Fuente: MINSA-DGE, "La Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011"

Razón muerte materna por grupo etario según ámbito. Perú 2009-2014.

- En los ámbitos rural y urbano, las embarazadas adolescentes presentaron la mayor razón de muerte materna por lo tanto el mayor riesgo de morir durante el embarazo, parto o puerperio es el grupo etario de 15 a 19 años.

Tabla 34. Razón de Mortalidad Materna por departamentos. Perú, 2009-2014.

Ambito	Periodo de análisis								
	Periodo 2002-2011			Periodo 2002-2006			Periodo 2007-2011		
	Razón x	IC. 95%		Razón x	IC. 95%		Razón x	IC. 95%	
	100 Mil N.V.	Lim Inf	Lim Sup	100 Mil N.V.	Lim Inf	Lim Sup	100 Mil N.V.	Lim Inf	Lim Sup
Perú	111.9	109.2	114.6	125.1	121.1	129.1	105.7	101.9	109.4
Rural	177.4	159.4	195.4	192.1	173.7	210.6	161.5	144.1	179.0
10-14	81.5	56.8	106.1	87.2	52.3	122.0	75.0	40.3	109.6
15-19	459.1	419.8	498.4	497.5	441.1	553.8	416.5	362.2	470.9
20-24	153.3	141.7	165.0	151.4	135.3	167.4	155.4	138.5	172.4
25-29	178.4	164.8	191.9	190.9	171.6	210.2	164.5	145.6	183.3
30-34	234.3	217.0	251.5	236.9	212.7	261.1	231.5	207.0	256.0
35-39	233.8	217.4	250.2	262.7	238.4	287.1	203.4	181.5	225.3
40-44	133.9	120.9	147.0	152.0	132.5	171.6	115.4	98.1	132.6
45-49	39.6	30.3	49.0	32.2	20.2	44.1	47.0	32.7	61.4
50-54	165.6	93.0	238.2	183.9	75.2	292.6	147.7	51.2	244.2
Urbano	73.4	65.0	81.8	76.9	68.3	85.4	70.0	61.8	78.2
10-14	26.5	16.3	36.7	21.6	8.8	34.3	31.8	15.7	47.9
15-19	175.3	157.7	192.8	171.2	146.9	195.5	179.5	154.0	205.0
20-24	72.0	66.2	77.7	75.1	66.8	83.4	68.7	60.6	76.7
25-29	79.9	73.4	86.5	80.6	71.4	89.8	79.3	70.0	88.6
30-34	101.7	93.5	110.0	110.7	98.5	122.8	92.9	81.8	104.0
35-39	83.3	76.2	90.3	83.3	73.2	93.4	83.2	73.2	93.2
40-44	41.4	36.2	46.7	45.3	37.5	53.2	37.6	30.6	44.7
45-49	15.0	10.9	19.2	15.5	9.4	21.6	14.6	8.9	20.3
50-54	173.7	119.9	227.5	216.7	130.0	303.4	133.9	68.3	199.5

Fuente: MINSA-DGE, "La Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011"

Principales causas de muerte materna, periodo 2009-2014.

- Las principales causas de muerte materna son las hemorragias obstétricas, acumulando el 41.1% del total de causas. En segundo lugar se encuentran los trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio con 21.9%. En tercer lugar, se presentan las complicaciones no obstétricas.
- Las principales causas de muerte materna son de tipo directa, siendo su razón de muerte materna 90.6 por cada cien mil nacidos vivos, seguidos de las muertes indirectas con 18.4 por cien mil nacidos vivos. Hay tendencia al incremento de muerte materna tipo indirecta entre 2007-2011.

- Durante la década 2002 al 2011, el 38.7% del total de muertes ocurrieron en el embarazo, 20.2% durante el parto y el 41.1% durante el puerperio.
- El 53.0% del total de las muertes maternas ocurren en los establecimientos de salud, el 28.3% en el domicilio, 10.2% en el traslado hacia los establecimientos de salud. El 58.7% del total de muertes maternas su parto o aborto fue atendido por profesionales de la salud.

Tabla 35. Principales Causas de Muerte Materna. Perú 2002-2011.

GRANDES CATEGORIAS DE CAUSA DE MUERTE	Periodo de análisis					
	2002-2011		2002-2006		2007-2011	
	%	RMM	%	RMM	%	RMM
Hemorragia obstétrica	48.8	46.1	35.2	57.0	42.6	34.9
Trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio	23.3	24.6	22.0	27.2	22.7	21.9
Complicaciones no obstétricas	10.0	15.1	18.7	11.7	14.0	18.6
Embarazo que termina en aborto	10.9	10.7	8.6	12.7	9.8	8.5
Afecciones contribuyentes	2.9	4.2	5.2	3.4	3.9	5.1
Otras complicaciones obstétricas relacionadas con el puerperio	2.0	2.6	2.9	2.3	2.4	2.9
Complicaciones de manejo no previstas	1.5	1.7	1.6	1.8	1.6	1.6
Desconocido / indeterminado	0.0	1.3	2.7	0.1	1.2	2.6
Infección relacionado con el embarazo	0.6	1.1	1.6	0.7	1.1	1.6
Otras complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo	0.1	0.8	1.6	0.1	0.8	1.6

Fuente: MINSA-DGE, "La Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011".

5.3.6 TASA DE MORBILIDAD.

Es la relación que existe entre el número de casos de enfermedad en un momento determinado y la población de estudio.

Características generales de morbilidad en el Perú.

Según el último ASIS MINSA del año 2013:

- Las infecciones de vías respiratorias agudas son el principal diagnóstico que motiva la atención en los consultorios externos del Ministerio de Salud, representando el 24,9% del total de consultas en el año 2011; esto se observa en todas las etapas de vida. Le siguen las atenciones por caries dental (5,4%), las enfermedades infecciosas intestinales (5,3%), la desnutrición (4,1%) y la infección de las vías urinarias (3,4%).

- Desde el punto de vista epidemiológico, la mayor parte de las enfermedades transmisibles han tenido importantes reducciones. Sin embargo, existen algunas que siguen afectando a regiones específicas del país. La Malaria y Dengue continúan afectando al norte y a la selva del país; la enfermedad de Carrión es muy prevalente en Cajamarca, Amazonas, Ancash y Piura. La Leishmaniasis se concentra en Cusco, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Huánuco y Junín. Los casos de fiebre amarilla proceden de áreas endemo-enzooticas de San Martín, Cusco y Loreto. La peste se presenta en áreas enzoóticas como en La Libertad.
- El 70% de los casos de Tuberculosis se concentran en Lima, Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Ica, Moquegua y el Callao, registrando tasas de morbilidad e incidencia por encima del promedio nacional.
- El 73% de los casos de SIDA proceden de Lima y Callao y la mayor incidencia se encuentran en las regiones de Madre de Dios, Tumbes, Loreto, Arequipa, Lima, Callao, La Libertad e Ica.
- El cáncer registrado con mayor frecuencia fue el de cérvix (14,7%) seguido del cáncer de estómago (11,4%) y el de mama (10,4%).
- En el año 2012, se notificaron 428 muertes maternas; el 80% de ellos procedían de las regiones de Lima, Cajamarca, Piura, La Libertad, Loreto, Puno, Ancash, Cusco, Arequipa, Amazonas, San Martín y Apurímac.
- Las cifras de desnutrición crónica muestran una tendencia descendente, afectando en el 2012 al 18,1% de los menores de cinco años de edad. Este problema es mayor en los niños residentes en el quintil inferior de pobreza (38,8%) y en el ámbito rural (31,9%).

- La presencia de las enfermedades no transmisibles y la persistente amenaza de las transmisibles determina que nuestro sistema de salud deba ofrecer una respuesta integral a los problemas de salud, además de mejorar y optimizar la capacidad resolutoria.

Indicadores de morbilidad en el Perú: Periodo 2009-2014.

Presentan los siguientes datos y características:

Tabla 36. Indicadores de Morbilidad. Perú 2009-2014.

INDICADORES DE MORBILIDAD	UNIDAD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio 2009-2014
Tetanos Neonatal	N° Casos	1	5	1	0	1	1	2
	Tasa x 100,000 N.V.	0.02	0.10	0.00	0.00	0.02	0.02	0.03
Tos Ferina	N° Casos	254	66	109	1,107	1408	245	532
	Tasa x 100,000 hab.	0.9	0.2	0.4	3.7	4.6	0.8	1.8
Hepatitis B	N° Casos	304	493	499	578	853	1,025	625
	Tasa x 100,000 hab.	1.0	1.7	1.7	1.9	2.8	3.3	2.1
Fiebre Amarilla	N° Casos	8	18	13	9	21	15	14.0
Tuberculosis (todas las formas)	N° Casos	27,958	32,477	26,794	25,129	24,200	27,350	27,318
	Tasa x 100,000 hab.	96.0	110.2	89.9	83.4	79.4	102.1	93.5
Malaria								
P. Falsiparum	N° Casos	3,910	2,361	2,640	4,004	7,922	10,416	5,209
	Tasa x 100,000 hab.	13.4	8.0	8.9	13.3	26.0	33.8	17.2
P. Vivax	N° Casos	32,976	27,036	20,421	27,702	40,917	54,823	33,979
	Tasa x 100,000 hab.	113.2	91.8	68.5	91.09	134.3	177.9	112.8
Todas las formas	N° Casos	36,964	29,397	23,061	31,706	48,839	65,239	39,201
	Tasa x 100,000 hab.	126.9	99.8	77.4	105.2	160.3	211.7	130.2
Dengue (con y sin señales de alarma + grave)	N° Casos	12,707	16,669	24,400	28,505	13,076	17,234	18,765
	Tasa x 100,000 hab.	43.6	56.6	81.9	94.6	42.9	55.9	62.6
Leishmaniasis	N° Casos	6,525	7,689	9,803	6,212	6,889	6,851	7,328
	Tasa x 100,000 hab.	22.4	26.1	32.9	20.6	22.6	22.2	24.5
Bartonelosis (enfermedad de Carrion)	N° Casos	741	336	711	561	809	272	572
Peste	N° Casos	5	20	1	7	24	13	12
Rabia humana silvestre	N° Casos	17	14	20	10	5	0	11
VIH infectados	N° Casos	3,280	2,984	2,877	2,858	3,244	4,108	3,225
SIDA	N° Casos	924	1,032	1,100	986	1,121	1,321	1,081
	Tasa x 100,000 hab.	3.2	3.5	3.7	3.3	3.7	4.3	3.6
Razon Hombre/Mujer. SIDA	Razon H/M	2.9	3.1	3.0	3.4	3.4	4.4	3.4
Sífilis congénita	N° Casos	269	287	404	334	317	272	314
Bajo peso al nacer (<2.5 Kg)	%	7.1	7.2	6.5	6.9	7.3	6.0	6.8
EDA en < 5 años	Tasa x 100,000 < 5 años	231.1	211.9	199.2	179.8	176.2	169.3	194.6
Neumonía en < 5 años	Tasa x 100,000 < 5 años	13.3	12.2	8.1	10.6	10.4	9.0	10.6
Madres o gestantes adolescentes 15 a 19 años	%	13.7	13.5	12.5	13.2	13.9	14.6	13.6

Fuente: Elaboración del autor en base a datos MINSA-DGE. Indicadores Básicos 2009-2014.

- Tétanos Neonatal:** El valor más alto de casos fue el año 2010 con 5 casos; por el contrario el año 2012 no presenta casos. La Tasa x 100 mil N. V. presenta el valor más alto el año 2012 con 0.10 y el 2011 tiene la tasa más baja de cero. El valor promedio de casos es 1.5 y tasa promedio x 100 mil nacidos vivos es 0.03.



Figura 38. Tétanos Neonatal; Número de casos. Perú 2009-2014

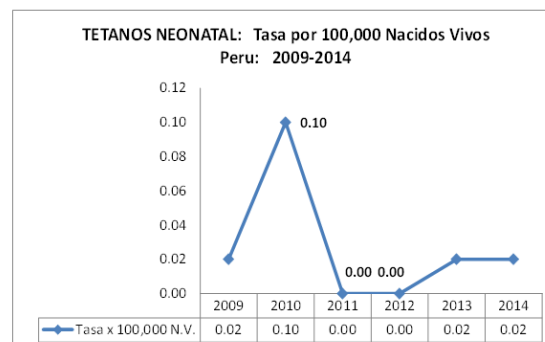


Figura 39. Tétanos Neonatal; Tasa x 100 mil N.V. Perú 2009-2014

- Tos Ferina:** El valor más alto de casos fue el año 2013 con 1,408 casos y el año 2010 tiene el valor más bajo con 66 casos. La Tasa x 100 mil hab. presenta el valor más alto el año 2013 con 4.6 y el 2010 tiene la tasa más baja con 0.2. El valor promedio de casos es 531.5 y la tasa promedio x 100 mil hab. es 1.77.

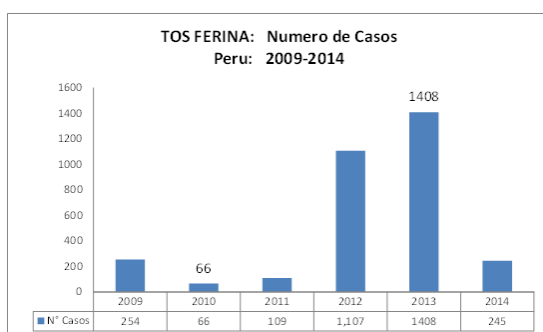


Figura 40. Tos Ferina, Número Casos. Perú 2009-2014

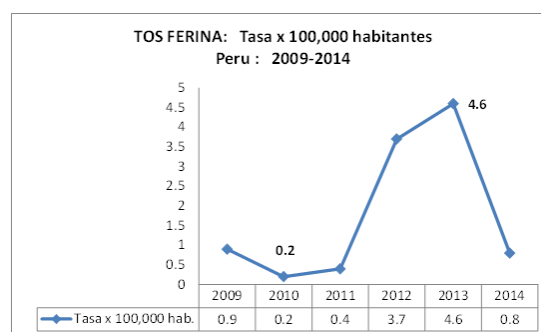


Figura 41. Tos Ferina, Tasa x 100,000 habitantes Perú 2009-2014

- Hepatitis B:** El valor más alto de casos fue el 2014 con 1,025 casos y el año 2009 presenta el valor más bajo con 304 casos. La Tasa x 100 mil hab. presenta el valor más alto el año 2014 con 3.3 y el 2010 tiene la tasa más baja con 1.0. El valor promedio de casos es 625.3 y la tasa promedio x 100 mil hab. es 2.1.

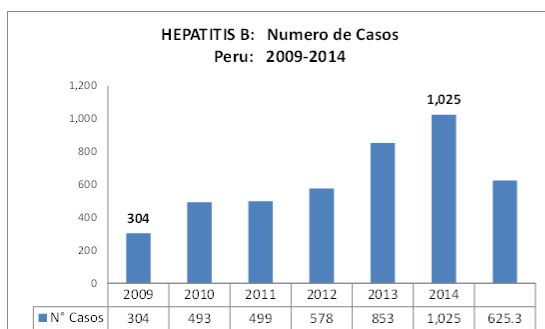


Figura 42. Hepatitis B; Número de Casos en Perú 2009-2014

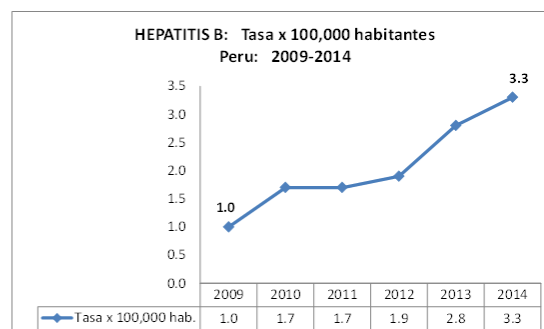


Figura 43. Hepatitis B; Tasa x 100 mil Habitantes Perú 2009-2014

- Tuberculosis:** El valor más alto de casos fue el año 2010 con 32,477 y el año 2013 tiene el valor más bajo con 24,200. La Tasa x 100 mil hab. tiene el valor más alto el año 2010 con 110.2 y el 2013 tiene la tasa más baja con 79.4. El valor promedio de casos es 27,318 y la tasa promedio x 100 mil hab. es 93.5.

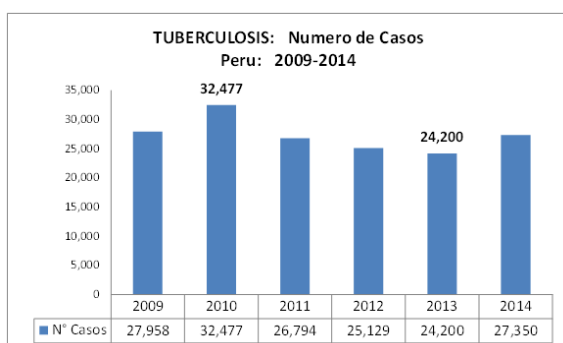


Figura 44. Tuberculosis; Número de Casos en Perú 2009-2014

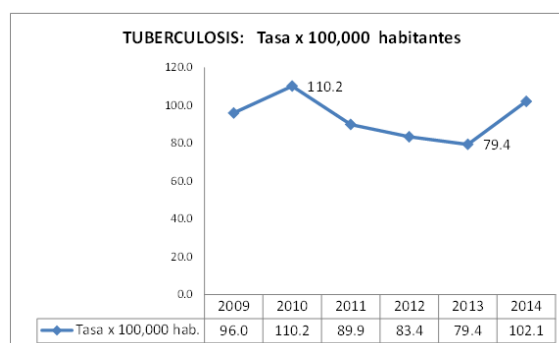


Figura 45. Tuberculosis; Tasa x 100 mil Habitantes Perú 2009-2014

- Malaria:** El valor más alto de casos fue el año 2014 con 65,239 casos y el año 2011 el valor más bajo con 23,061 casos. La Tasa x 100 mil hab. tiene el valor más alto el año 2014 con 211.7 y el 2011 tiene la más baja con 77.4. El valor promedio de casos es 39,201 y la tasa promedio x 100 mil hab. es 130.2

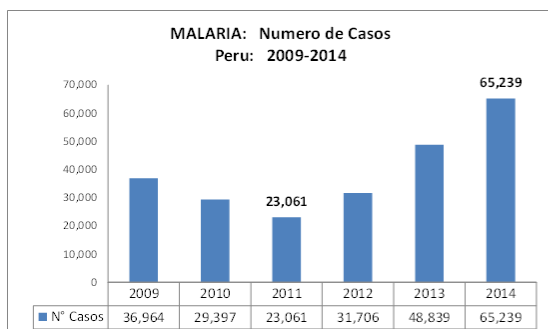


Figura 46. Malaria; Número de Casos en el Perú 2009-2014

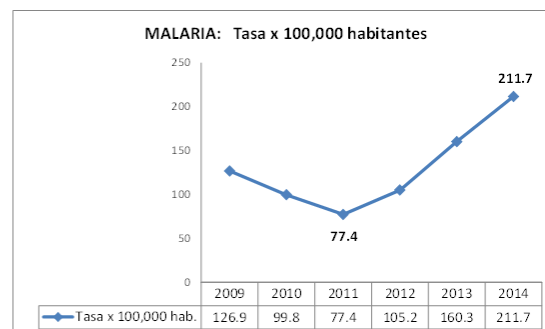


Figura 47. Malaria; Tasa x 100 mil Habitantes Perú 2009-2014

- Dengue:** El valor más alto de casos fue el año 2012 con 28,505 y el año 2009 tiene el valor más bajo con 12,707. La Tasa x 100 mil hab. tiene el valor más alto el año 2012 con 94.6 y el 2013 tiene la tasa más baja con 42.9.

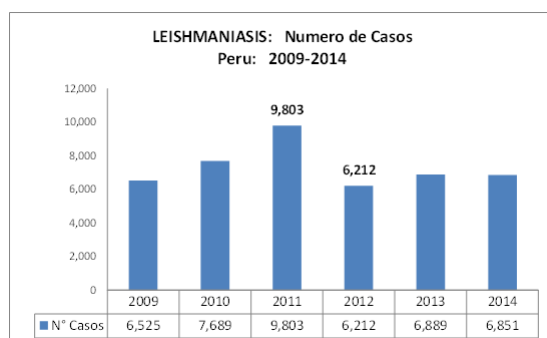


Figura 48. Dengue; Número de Casos en el Perú 2009-2014

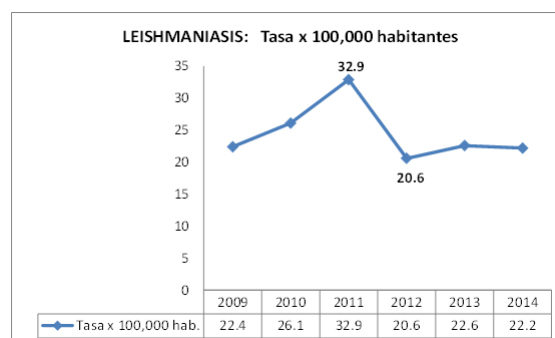


Figura 49. Dengue; Tasa x 100 mil Habitantes en el Perú 2009-2014

- Leishmaniasis:** El valor más alto de casos fue el 2011 con 9,803 casos y el 2012 tiene el valor más bajo con 6,212 casos. La Tasa x 100 mil hab. tiene el valor más alto el 2011 con 32.9 y el 2012 tiene la tasa más baja con 20.6. El valor promedio anual de casos es 7,328 y tasa promedio x 100 mil hab. es 24.5.

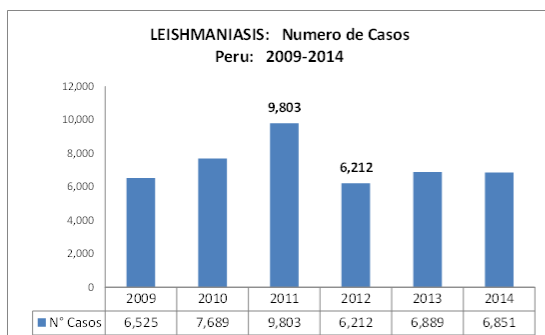


Figura 50. Leishmaniasis; Número de Casos en el Perú 2009-2014

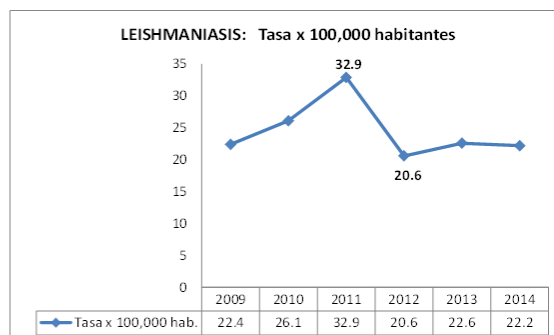


Figura 51. Leishmaniasis; Tasa x 100 mil Habitantes Perú 2009-2014

- Bartonelosis y Peste:** En Bartonelosis el valor más alto de casos fue el año 2013 con 809 casos y el año 2014 tiene el valor más bajo con 272 casos; el valor promedio anual de casos es 572. En Peste el valor más alto de casos fue el año 2013 con 24 casos y el año 2011 tiene el valor más bajo con 01 caso; el valor promedio anual de casos es 12.

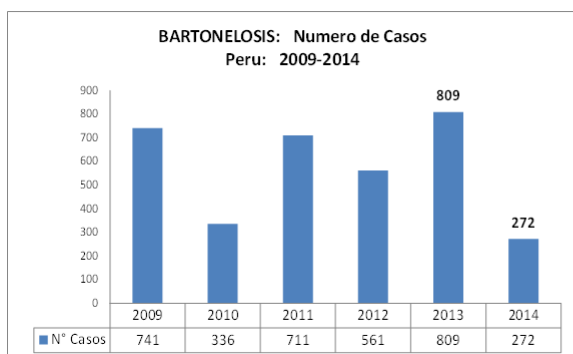


Figura 52. Bartonelosis; Número de Casos en el Perú 2009-2014

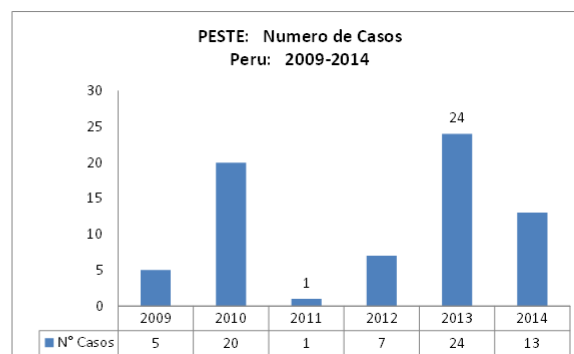


Figura 53. Peste; Número de Casos en el Perú 2009-2014

- VIH infectados; Razón Hombre/Mujer SIDA; SIDA:** En VIH Infectados el valor más alto de casos fue el 2014 con 4,108 casos y el 2012 tiene el valor más bajo con 2,858 casos; el valor promedio anual de casos es 3,225. En Razón Hombre/Mujer con SIDA el valor más alto fue el 2014 con 4.4 y el 2009 tiene el valor más bajo con 2.9; el valor promedio anual de razón es 3.4.

En SIDA el valor más bajo de casos fue el año 2009 con 924 casos y el año 2014 tiene el valor más alto con 1,321 casos; el valor promedio anual de casos es 1,081. La Tasa x 100 mil hab. tiene el valor más bajo el año 2009 con 3.2 y el 2014 tiene la tasa más alta con 4.4. El valor promedio anual de la tasa x 100 mil hab. es 3.6.



Figura 54. VIH Infectados; Número de Casos en el Perú 2009-2014

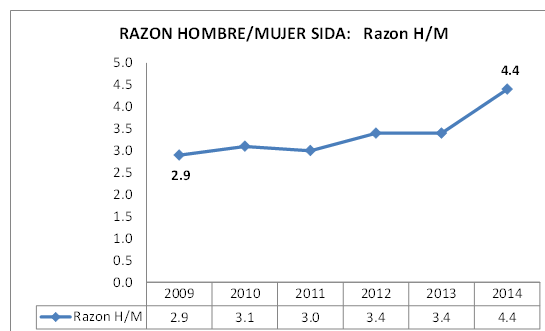


Figura 55. Razón Hombre/Mujer SIDA; Razón H/M Perú 2009-2014

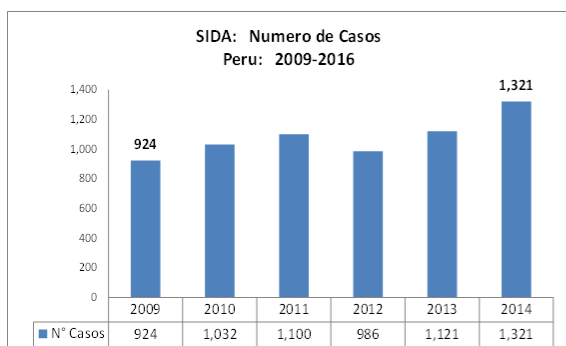


Figura 56. SIDA; Número de Casos. Perú 2009-2014

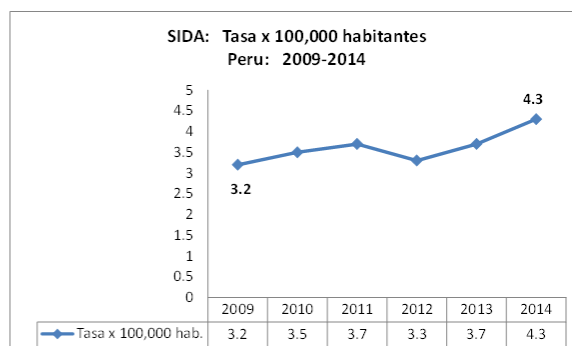


Figura 57. SIDA; Tasa x 100 mil Habitantes. Perú 2009-2014

- *Sífilis congénita y Rabia Humana Silvestre:* En Sífilis el valor más alto de casos fue el año 2011 con 404 casos y el año 2011 tiene el más bajo con 269 casos; el valor promedio anual de casos es 314. En rabia Humana Silvestre el valor más alto de casos fue el año 2011 con 20 casos y el año 2014 tiene el valor más bajo con ningún caso; el valor promedio anual de casos es 11.

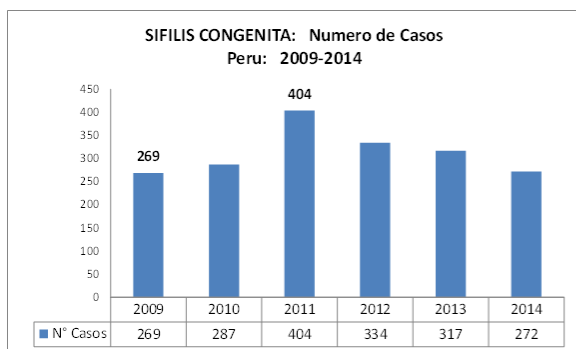


Figura 58. Sífilis Congénita; Número de Casos. Perú 2009-2014

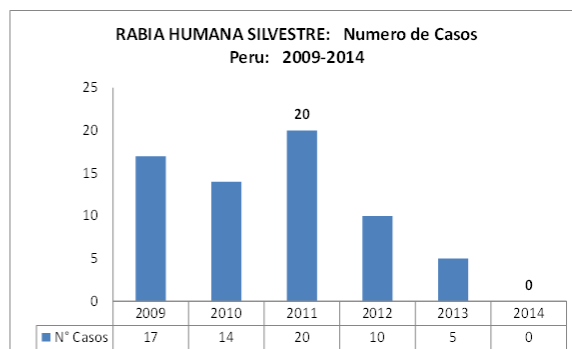


Figura 59. Rabia Humana Silvestre; Número de Casos. Perú 2009-2014

- **EDA y Neumonía en < 5 años:** En EDA en < 5 años, la Tasa x 100 mil niños tiene el valor más alto el año 2009 con 231.1 y el 2014 tiene la tasa más baja con 169.3. El valor promedio anual de tasa x 100 mil niños es 194.6. En Neumonía en < 5 años, la Tasa x 100 mil niños tiene el valor más alto el año 2009 con 13.3 y el 2011 tiene la tasa más baja con 8.1. El valor promedio anual de tasa x 100 mil niños es 10.6.

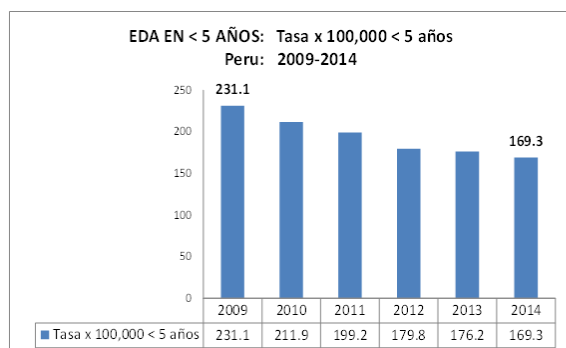


Figura 60. EDA < 5 años; Tasa x 100 mil Hab. Perú 2009-2014

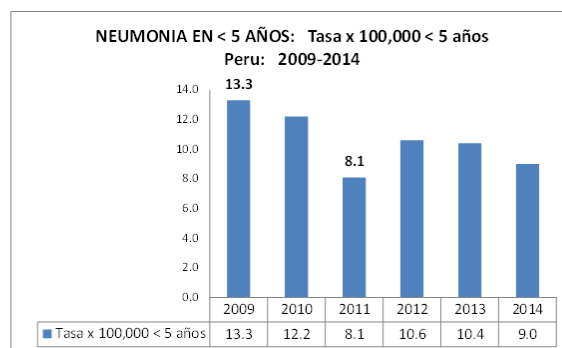


Figura 61. Neumonía en < 5 años; Tasa x 100 mil < 5 años. Perú 2009-2014

- **Bajo peso al nacer (<2.5 Kg):** El valor más alto de porcentaje fue el año 2013 con 7.3 % y el año 2011 tiene el valor más bajo con 6.5 %; el valor promedio anual de casos es 6.8 %.

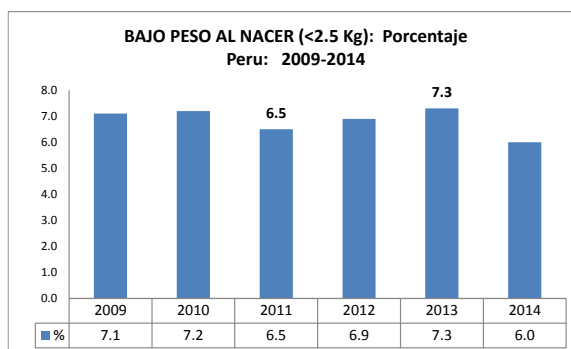


Figura 62. Bajo peso al Nacer

- Fiebre Amarilla y Madres gestantes adolescentes 15 a 19 años:* En Fiebre Amarilla, el valor más alto de casos fue el año 2013 con 21 casos y el año 2011 tiene el valor más bajo con 8 casos; el valor promedio anual de casos es 14. En Madres Gestante Adolescentes, el valor más alto de porcentaje fue el año 2014 con 14.6 % y el año 2011 tiene el valor más bajo con 12.5 %; el valor promedio anual de casos es 13.6 %.

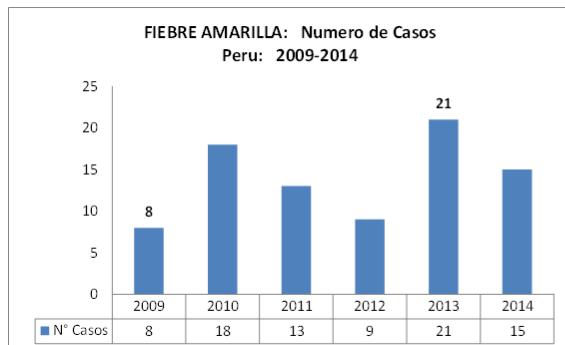


Figura 63. Fiebre Amarilla; Número de Casos. Perú 2009-2014

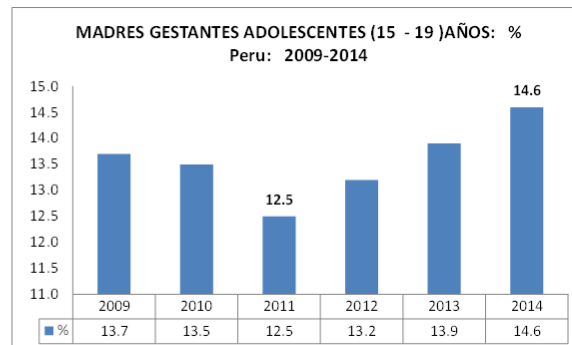


Figura 64. Madres Gestantes Adolescentes (15-19) años; %. Perú 2009-2014

5.3.7 TASA DE MORTALIDAD GENERAL (TBM).

Según el INEI, es un indicador de resultado que expresa el número de personas que murieron en un determinado año, expresado por cada 1,000 habitantes. La TBM a pesar de ser sólo un indicador aproximado de la situación de mortalidad en un país, indica con precisión el impacto actual de mortalidad en el crecimiento de la población y es afectado por la distribución

por edades. La mayoría de países eventualmente mostrarán un aumento en la tasa de mortalidad general, a pesar del continuo descenso de la mortalidad en todas las edades.

Tasa de Mortalidad Bruta (TMB): Perú 2009-2014.

- Según datos del Banco Mundial, al analizar la tendencia de la mortalidad en el Perú, se observa una disminución de la tasa en el periodo 1960-2009 (de 18,74 a 5,79), a partir del 2009 se observa un ligero ascenso, llegando a 5,62 el año 2014. Este comportamiento es en la mayoría de las regiones del país.
- Según el INEI-PERU, La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM), muestra una tendencia descendente a nivel nacional en las últimas tres décadas, aunque esa misma tendencia no es seguida por todos los departamentos. Para el período 2010-2015, la TBM más baja corresponderá a Tacna, Callao, Madre de Dios (4.6 por mil) y la más elevada a Huancavelica (8.9 por mil) y el promedio estará en 6.0 por mil. Los otros departamentos que tendrán TBM menores al 5.0 por mil serán Tumbes, en la Costa con (4.7 por mil); y San Martín en la Selva con (4.7 por mil).
- Según el ASIS-2013 del MINSA, la Tasa Bruta de Mortalidad para el año 2012 se estima en 5,32 muertes por mil habitantes. Las regiones que registran tasas superiores al promedio nacional son las de Puno (6,83), Cusco (6,68), Apurímac (6,58), Ayacucho (6,01), Junín (5,98), Ancash (5,91), Amazonas (5,87), Huánuco (5,77), Huancavelica (5,69), Ucayali (5,5), Pasco (5,38) y Arequipa (5,34). Las infecciones respiratorias agudas bajas constituyen la principal causa de defunción y representan el 12,1% del total de las muertes. Las enfermedades cerebrovasculares y las

isquémicas del corazón ocupan el segundo y tercer lugar con 5,3% y 4,8%, respectivamente. Las enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas, las relacionadas con la enfermedad metabólica y las neoplasias ocupan la mayor parte del listado de las 15 primeras causas de defunción en la población peruana. Según datos de evolución del Banco Mundial:

Tabla 37. Tasa de Mortalidad General. Perú 2009-2014

Indicador	Unidad	1960	1990	2000	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tasa Bruta Mortalidad	Muertes x 1000	18.74	7.29	5.79	5.56	5.58	5.60	5.61	5.62	5.62

Fuente: <http://datos.bancomundial.org/indicador/>. Tasa de mortalidad en un año (por cada 1.000 personas)

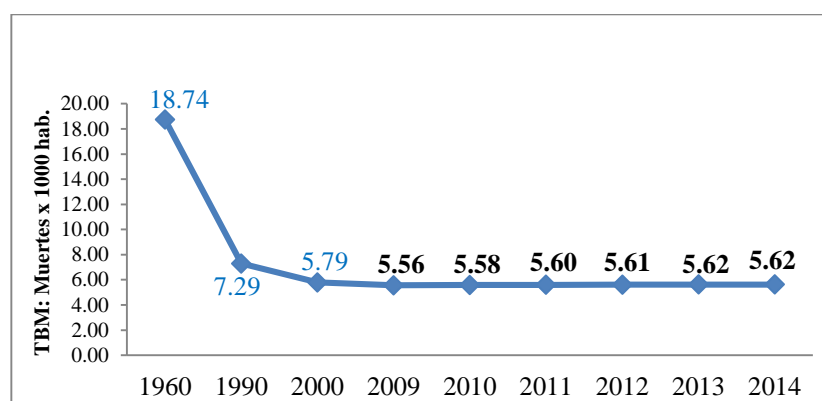


Figura 65. Tasa Bruta de Mortalidad: Muertes x 1,000 Hab. Perú 2009-2014

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos Banco Mundial.

Registro de la Mortalidad General: Perú 2009-2014 (Minsa).

- *En Defunciones:* El valor más alto fue el año 2011 con 98,894 muertes y el año 2009 tiene el valor más bajo 89,796 muertes. El valor promedio anual de muertes en el periodo 2009-2014 es 94,898.
- *En mediana por edad de fallecimiento:* El indicador crece paulatinamente siendo el valor más alto el año 2013-2014 con 72 años y el año 2012 tiene el valor más bajo 71 años. El valor promedio anual de la mediana en el periodo 2009-2014 es 71 años.
- *En porcentaje de subregistro y muertes con certificación médica:* El subregistro presenta variaciones cíclicas, siendo el valor más alto el año

2010 con 43.0 % y el año 2011 tiene el valor más bajo con 37.3 % siendo el valor promedio anual 2009-2014 de 40.8 %. En muertes con certificación medica el valor más alto fue el año 2009 con 94.6 % y el año 2013-2014 tiene el valor más bajo con 92 %, siendo el valor promedio anual de muertes con certificado médico 2009-2014 de 92.4 %.

- *En causas mal definidas de muerte:* El valor más alto fue el 2013-2014 con 2.3 % y el 2009 tiene el valor más bajo 0.9 %, presentando un incremento progresivo. El valor promedio anual de causas mal definidas en el periodo 2009-2014 es 1.7 %.

Tabla 38. Tasa de Registro de Mortalidad. Perú 2009-2014.

INDICADOR	UNIDAD	1998	2009	2010	2011	2012	2013	2014	PROMEDIO 2009-2014
Defunciones	N° muertes	91,471	89,796	91,818	98,894	96,925	95,977	95,977	94,898
Mediana Edad de muerte	Años		69	70	71	71	72	72	71
Sub registro	%	52.8	42.9	43.0	37.3	39.6	41.1	41.1	40.8
Con Certific. Medica	%	79.4	94.6	91.3	92.2	92.3	92.0	92.0	92.4
Causas mal definidas	%	2.1	0.9	1.3	1.6	1.7	2.3	2.3	1.7

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos MINSA-DGE. www.dge.gob.pe

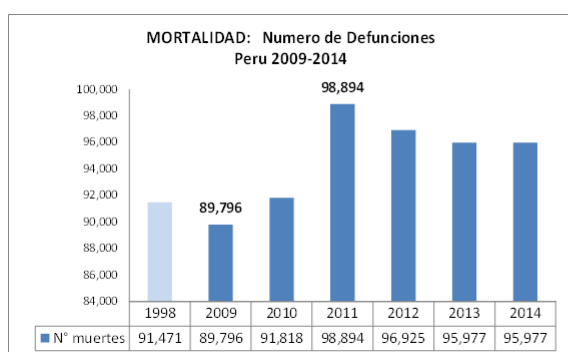


Figura 66. Mortalidad; Número de Defunciones. Perú 2009-2014

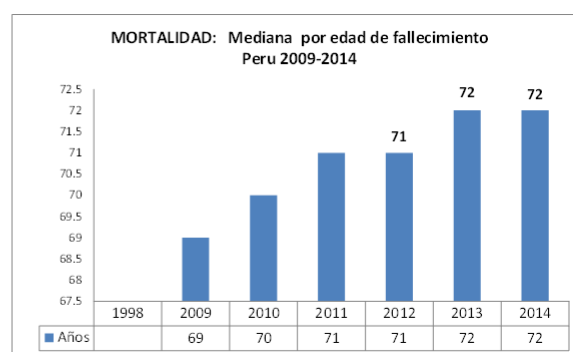


Figura 67. Mortalidad; Mediana por Edad de Fallecimiento. Perú 2009-2014

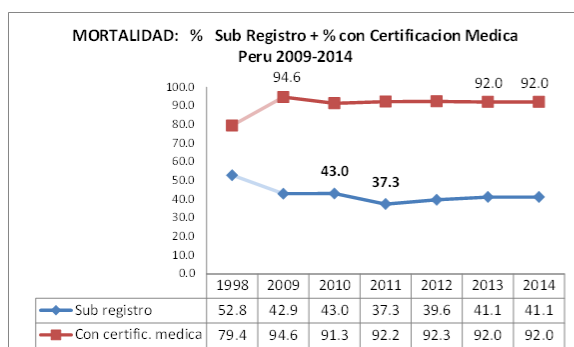


Figura 68. % Sub Registro; % con Certificación Médica. Perú 2009-2014

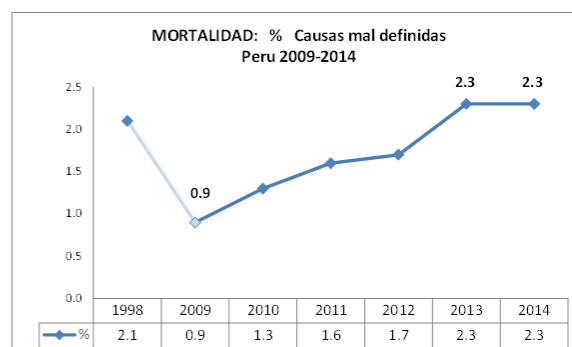


Figura 69. Mortalidad; Mediana por Edad de Fallecimiento. Perú 2009-2014

5.3.8 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL.

Según la OMS, es el cociente entre las defunciones de menores de un año en un área geográfica dada durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el mismo año, multiplicado por 1,000.

Tasa de Mortalidad Infantil (TMI): Perú 2009-2014.

Según ENDES, en general los últimos años la tasa de mortalidad infantil, neonatal y de menores de 5 años presentó descenso sostenido, pasando la mortalidad infantil, de 33 muertes por mil nacidos vivos el año 2000, a 20 en el 2009 y a 17 en el 2014; Sin embargo, este descenso no se ha dado en la misma proporción en las regiones.

- En el periodo 1990-2009 la TMI se redujo significativamente de 57 a 20 muertes por mil nacidos vivos respectivamente, implicando una reducción de -37 puntos en veinte años con una tasa promedio anual de decrecimiento de -5.1% . En el periodo 2009-2014 la TMI se redujo de 20 a 17 muertes por mil nacidos vivos respectivamente, implicando una reducción de -3 puntos en seis años con una tasa promedio anual de decrecimiento de -2.67% .

- Según INEI-ENDES el año 2013-2014, el nivel educativo de la madre establece diferencias en los riesgos de mortalidad infantil: los niños de madres con educación primaria tienen una mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida (24 por mil), que aquellos de madres que tienen estudios secundarios (17 por mil), o estudios superiores (14 por mil). La situación económica de los hogares también es determinante en la mortalidad infantil. La Tasa de Mortalidad Infantil de los varones (20 por mil) fue mayor en tres puntos que la Tasa de Mortalidad infantil de las mujeres (17 por mil). Al analizar los resultados por edad de la madre, se encuentra un alto riesgo de mortalidad infantil para los niños de madres mayores de 40 años (25 por mil) y de madres adolescentes (23 por mil); y un menor riesgo de mortalidad para aquellos cuyas madres tenían entre 20 y 29 años de edad (16 por mil).

Tabla 39. Tasa de Mortalidad Infantil (TMI). Perú 2009-2014.

Unidad	1990	1992	1996	2000	2004	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio 2009-2014
Tasa x 1,000 N.V.	57	55	43	33	21	18.5	20	17	16	17	16	17	17.2

Fuente: INEI – En encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2014. PEI 2012 MINSa.

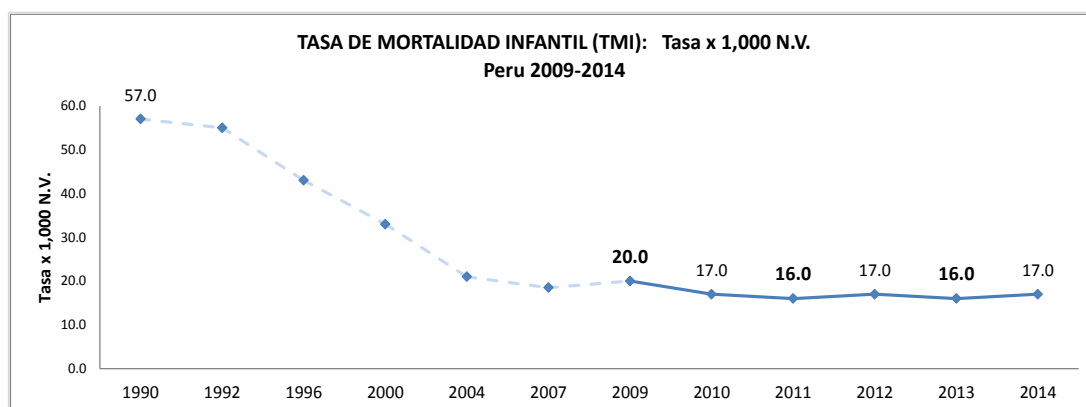


Figura 70. Tasa de Mortalidad Infantil TMI; Tasa x 100 mil N.V. Perú 2009-2014

FUENTE: Elaboración y adaptación del autor en base a datos ENDES 2014. PEI 2012 MINSa.

Registro de la Mortalidad Infantil: Perú 2009-2014.

Según datos del Ministerio de Salud del Perú y ENDES-INEI tenemos características de mortalidad infantil:

- *TMI Neonatal y Post-Natal:* En el periodo 2009-2014, la incidencia de muertes infantiles se da en mayor grado en la Etapa Neonatal con TMI Promedio=9.7; respecto a la Etapa Post-Natal con TMI Promedio=7.5 de muertes infantiles por cien mil nacidos vivos; respecto al promedio anual TMI de seis años.
- *TMI por Zona Urbana y Rural:* En el periodo 2009-2014, la incidencia de muertes infantiles se da en mayor grado en la Zona Rural con TMI Promedio=22.5; respecto a la Zona Urbana con TMI Promedio=15.2 de muertes infantiles por cien mil nacidos vivos; respecto al promedio anual TMI en el periodo de seis años.
- *TMI por Regiones Naturales:* En el periodo 2009-2014, la incidencia de muertes infantiles se da en mayor grado en la Selva con TMI Promedio=18.5; después en la Sierra con TMI Promedio=17.3; seguido del resto de la Costa con TMI Promedio=12.3 y finalmente Lima con TMI Promedio=9.3 de muertes infantiles por cien mil nacidos vivos; respecto al promedio anual TMI en el periodo de seis años.

Tabla 40. Registro de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI). Perú 2009-2014.

REGISTRO TMI	UNIDAD	1992	1996	2000	2004	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	PROM. 2009-2014
Neonatal	Tasa x 1,000 N.V.	27	24	18	13	10	11	9	8	9	11	10	9.7
Post-neonatal	Tasa x 1,000 N.V.	28	19	15	8	9	9	8	8	8	5	7	7.5
Urbana	Tasa x 1,000 N.V.			24	21	12	17	14	14	14	16	16	15.2
Rural	Tasa x 1,000 N.V.			45	36	30	27	22	22	22	17	25	22.5
Lima Metropolitana	Tasa x 1,000 N.V.					3	11	13	10	10	12		9.3
Resto Costa	Tasa x 1,000 N.V.					15	22	13	13	13	13		12.3
Sierra	Tasa x 1,000 N.V.					26	23	19	21	21	20		17.3
Selva	Tasa x 1,000 N.V.					27	25	24	20	20	22		18.5

Fuente: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2014.

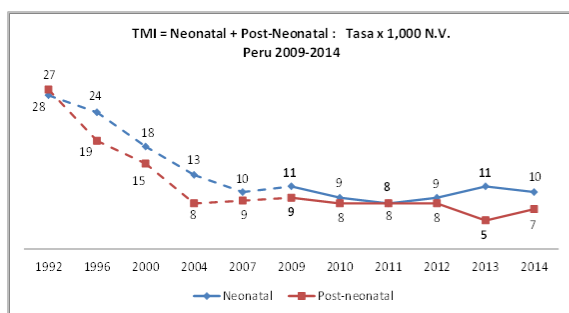


Figura 71. TMI = Neonatal + Post Neonatal. Tasa x 1,000 N.V. Perú 2009-2014

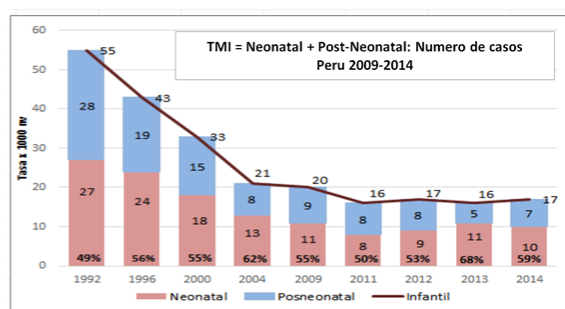


Figura 72. TMI = Neonatal + Post Neonatal. Número de Casos. Perú 2009-2014

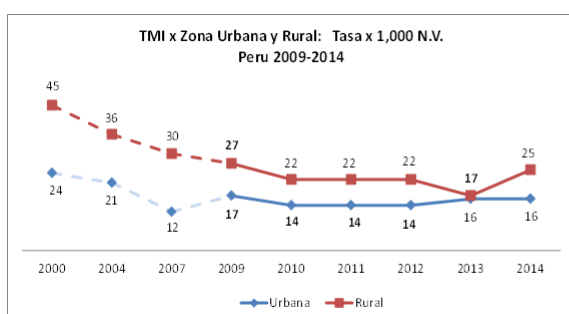


Figura 73. TMI x Zona Urbana y Rural; Tasa x 1,000 N.V. Perú 2009-2014

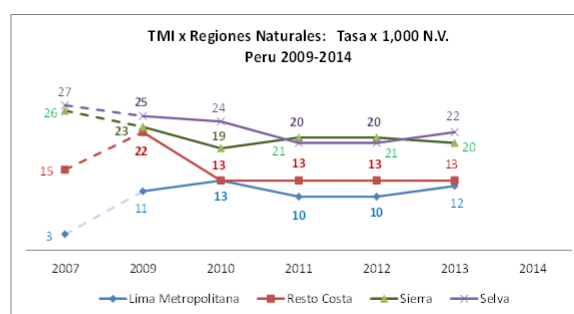


Figura 74. TMI x Regiones Naturales; Tasa x 1,000 N.V. Perú 2009-2014

5.3.9 TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF).

Según la OMS, es el número de hijos que nacerían por mujer, si la mujer o mujeres tuvieran sus hijos en todos sus años reproductivos de acuerdo con las tasas de fecundidad especificadas por edad de la población y épocas de estudio.

Tasa Global de Fecundidad: Perú 2009-2014.

- Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) fue de 2,5 hijas e hijos por mujer, que significa que el promedio de hijas e hijos por mujer se ha reducido respecto al 2009.

Tabla 41. Tasa Global de Fecundidad (TGF). Perú 2009-2014.

INDICADOR	UNIDAD	1996	2000	2004	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	PROM. 2009-2014
Tasa Global de Fecundidad	Hijos x Mujer	3.5	2.9	2.6	2.5	2.6	2.5	2.6	2.6	2.4	2.5	2.5

Fuente: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2014. PEI 2012 MINSA.

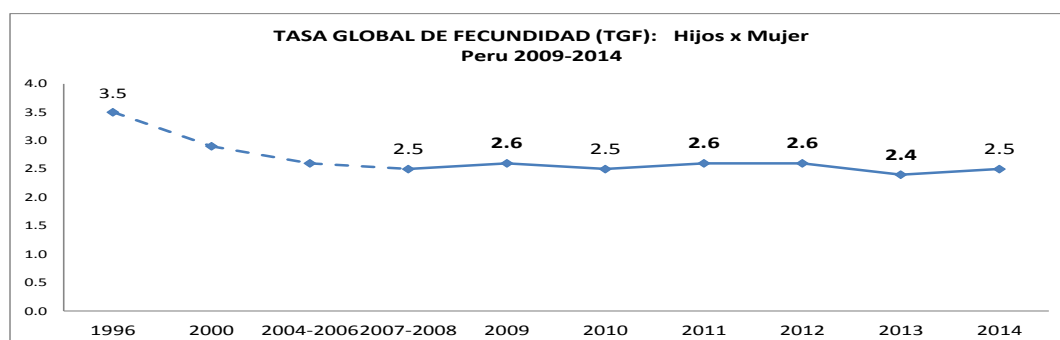


Figura 75. Tasa Global de Fecundidad (TGF); Hijos x Mujer. Perú 2009-2014

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos ENDES 2014

Tasa Global de Fecundidad, según área de residencia: Perú 2009-2014.

- Según área de residencia, el área rural muestra el promedio de hijas e hijos por mujer más alto (3,3 hijos) que el área urbana (2,3 hijos).
- Por área de residencia, el porcentaje de adolescentes embarazadas del área rural (22,0%) fue mayor en 9,8 puntos porcentuales respecto del área urbana (12,2%). En fecundidad adolescente, el 14,6% de mujeres de 15 a 19 años de edad ya eran madres (11,7%) o gestan por primera vez (2,9%).

Tabla 42. Tasa Global de Fecundidad; según Área de Residencia. Perú 2009-2014.

Sector	Unidad	1996	2000	2004	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio 2009-2014
				2006	2008							
Urbano	Hijos x Mujer	2.8	2.2	2.1	2.1	2.3	2.2	2.3	2.3	2.1	2.3	2.3
Rural	Hijos x Mujer	5.6	4.3	3.7	3.7	3.6	3.5	3.5	3.5	3.4	3.3	3.5

Fuente: INEI – En encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2014. PEI 2012 MINSA.

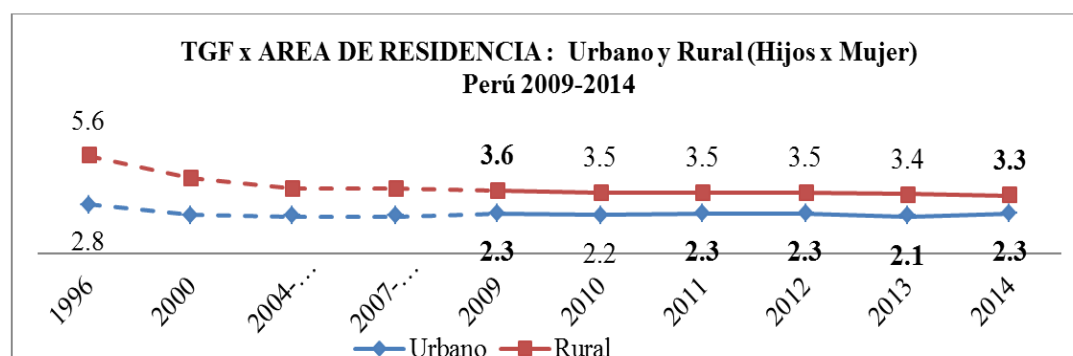


Figura 76. TGF x Área Residencia; Urbano y Rural (Hijos x Mujer). Perú 2009-2014

Fuente: Elaboración y adaptación del autor en base a datos ENDES 2014. PEI 2012 MINSA.

Determinantes de la Fecundidad: Perú 2009-2014.

- En uso de métodos de planificación, el año 2014 el 74,6% de las mujeres actualmente unidas usaban algún método anticonceptivo, lo que representó un incremento de 1,4 puntos porcentuales respecto al año 2009 (73,2%). De acuerdo con el área de residencia, la proporción de uso de algún método anticonceptivo es similar en el área urbana (74,6%) y área rural (74,8%).
- En estado conyugal, el año 2014 el 56,7% de las mujeres entrevistadas se encontraba en unión conyugal: 22,2% estaba casada y 34,5% en situación de convivencia. Al comparar con el año 2009, se advierte un cambio en la composición de las uniones, aumenta el porcentaje de convivientes, de 31,8% a 34,5% y disminuye el porcentaje de casadas, de 25,3% a 22,2%.

CAPÍTULO VI.

6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Este capítulo presenta y analiza el impacto del gasto público en los indicadores de salud del Perú en el periodo 2009-2014; para este efecto se evalúa los resultados del capítulo anterior de diagnóstico situacional, se discute y argumenta sistemáticamente para comprobar las hipótesis planteadas.

6.1 PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para demostrar las hipótesis planteadas se procede a evaluar el impacto del gasto público en los indicadores de salud nacionales. El impacto que se busca sectorialmente es la magnitud cuantitativa del cambio en el problema de salud de la población nacional como resultado de la asignación y gasto presupuestal del Estado, destinados a pagos de personal, compra de bienes y servicios, gastos en equipamiento e infraestructura y otros tangibles para posibilitar las atenciones de salud programadas a nivel nacional.

6.1.1 EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL GASTO PÚBLICO EN LOS INDICADORES DE SALUD; PERÚ: 2009-2014.

Presentando los datos del diagnóstico de la variable independiente “Gasto Público en Salud” y las diez variables dependientes “Indicadores de salud” obtenemos la Evaluación de Impacto, mediante la determinación de “Eficacia” en unidades porcentuales (%) presentados en cuadros resumen con datos de las variables en los años de estudio en donde se presentan y discuten los resultados.

EVALUACIÓN DE IMPACTO EN INDICADORES DE SALUD.

Tabla 43. Cobertura de Vacunación (2009 < 1 año. 2010 al 2014 niños 18 a 29 meses).

Tipo Vacuna	Unidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio Anual	Tasa Crecimiento	Tasa Crecimiento	Brecha
PENTA3	%	66.4	73.7	81.35	83.3	80.0	77.8	77.09	3.22	17.17	-16.91
IPV	%	66.1	76.4	84.89	86.0	84.1	73.9	78.57	2.26	11.80	-15.43
BCG	%	69.9	90.0	94.79	94.3	93.4	92.2	89.10	5.69	31.90	-4.9
SPR	%	64.1	83.4	88.27	89.5	85.1	79.0	81.56	4.27	23.24	-12.44
Promedio (%)		66.6	80.9	87.3	88.3	85.7	80.7	81.6	3.91	21.16	-12.4
Meta (%)*		94.0	94.0	94.0	94.0	94.0	94.0	94.0	-	-	-
Eficacia (%)		70.9	86.1	92.9	93.9	91.2	85.9	86.8	3.91	21.16	-13.2

EVALUACIÓN DE IMPACTO: Durante el periodo de estudio 2009-2014, el Promedio de Cobertura de Vacunación (Niños 0 a 29 meses) fue del 86.8 %, existiendo una brecha por cubrir de - 13.2 %. POR TANTO, NO SE ALCANZÓ LA META PROPUESTA POR UN MARGEN DE BRECHA MODERADO.

Fuente: Elaboración propia del autor en base a datos estudiados del diagnóstico.

(*) = Meta OMS 2019: Región Américas.

Tabla 44. Desnutrición Crónica < 5 Años (Según Patrón OMS).

Ámbito	Unidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio Anual	Tasa Crecimiento Prom. Anual	Tasa Crecimiento 2009-2014 (%)	Brecha
Urbano	%	14.2	14.1	10.1	10.5	10.3	8.3	11.25	-10.18	-41.55	
Rural	%	40.3	38.8	37	31.9	32.3	28.8	34.85	-6.50	-28.54	
Total	(%)	23.8	23.2	19.5	18.1	17.5	14.6	19.46	-9.31	-38.66	
Meta	(%) *	16.7	16.7	16.7	16.7	16.7	16.7	16.7	-	-	-
Eficacia (%)		70.2	72.0	85.6	92.3	95.4	114.4	88.32	10.26	62.96	-

EVALUACIÓN DE IMPACTO: En general durante el periodo de estudio 2009-2014, el "Promedio de Desnutricion Cronica < 5 Años (Según Patrón OMS)" fue del 88.32 %, existiendo una brecha por cubrir de - 11.68 %. El último año 2014 se logró superar la meta en 2.76 puntos porcentuales. NO SE ALCANZÓ LA META PROPUESTA POR UN MARGEN DE BRECHA MODERADO.

Fuente: Elaboración propia del autor en base a datos estudiados del diagnóstico.

(*) = Meta Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021.

Tabla 45. Egreso Hospitalario.

Unidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio Anual	Tasa Crecim. Prom Anual	Tasa Crecim. 2009-2014 (%)	Brecha
Paciente	856,6	891,6	828,8	855,4	869,547	861,403	860,586	0.11	0.55	
Meta *	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Eficacia (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0

EVALUACIÓN DE IMPACTO: En general durante el periodo de estudio 2009-2014, la evolución del Egreso Hospitalario se mantiene constante, presentando una tasa de crecimiento acumulada mínima del 0.55 % que según incremento de la Tasa de Crecimiento poblacional del Perú. Por deducción técnica, este indicador debe mantenerse constante o reducirse paulatinamente; significando que la salud de la población no se complica ni agrava en un internamiento hospitalario. Implica que las labores de prevención de la salud están bien encaminadas atendiendo a los pacientes ambulatoriamente.

Fuente: Elaboración propia del autor en base a datos estudiados del diagnóstico.

(*) = No existe meta del indicador.

Tabla 46. Esperanza de Vida al Nacer.

Unidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio Anual	Tasa Crecim.	Tasa Crecimiento	Brecha
								Prom. Anual	2009-2014 (%)	
Años de vida	73.44	73.64	73.84	74.06	74.28	74.53	73.97	0.30	1.48	
Meta *	65.3	65.3	65.3	65.3	65.3	65.3	65.3	-	-	-
Eficacia (%)	112.5	117.4	113.1	113.4	113.8	114.1	114.1	0.28	1.42	+14.1
EVALUACIÓN DE IMPACTO: En general durante el periodo de estudio 2009-2014, el Promedio de Esperanza de Vida al Nacer fue del 114.1 %, habiendo superado la meta propuesta en +14.1 %. SI SE SUPERÓ LA META PROPUESTA POR UN MARGEN MODERADO.										

Fuente: Elaboración propia del autor en base a datos estudiados del diagnóstico.

(*) = Meta OMS 2019: Región Américas. Unidad = Años de Vida

Tabla 47. Razón de Mortalidad Materna (RMM).

Unidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio Anual	Tasa Crecim.	Tasa Crecimiento	Brecha
								Prom. Anual	2009-2014 (%)	
Razón x 100 mil N.V.	96.1	95.9	92.7	93.0	93.0	93.0	93.95	-0.65	-3.23	
Meta *	46	46	46	46	46	46	-	-	-	-
Eficacia (%)	47.9	48.0	49.6	49.5	49.5	49.5	49.0	0.66	3.34	-51.0
EVALUACIÓN DE IMPACTO: En general durante el periodo de estudio 2009-2014, el Promedio de la razón de Mortalidad Materna fue de 49.0 %, existiendo una brecha significativa por cubrir de - 51.0 %. NO SE ALCANZÓ LA META PROPUESTA POR UN MARGEN DE BRECHA SIGNIFICATIVO.										

Fuente: Elaboración propia del autor en base a datos estudiados del diagnóstico.

(*) = Meta Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021. Unidad = Razón por 100 mil N.V.

Tabla 48. Tasa de Morbilidad; Tasa de Anemia en Mujeres en Edad Fértil.

Unidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio Anual	Tasa Crecim.	Tasa Crecimiento	Brecha
								Prom. Anual	2009-2014 (%)	
%	21.0	21.5	17.4	17.7	18.7	21.6	19.65	0.57	2.86	-
Meta (%)*	10	10	10	10	10	10	-	-	-	-
Eficacia (%)	47.6	46.5	57.5	56.5	53.5	46.3	51.32	-0.55	-2.73	-48.68
EVALUACIÓN DE IMPACTO: En general durante el periodo de estudio 2009-2014, el Promedio de Eficacia de la Tasa de Anemia en Mujeres en Edad Fértil fue de 51.32 %, existiendo una brecha significativa por cubrir de - 48.68 %. NO SE ALCANZÓ LA META PROPUESTA POR UN MARGEN DE BRECHA SIGNIFICATIVO.										

Fuente: Elaboración propia del autor en base a datos estudiados del diagnóstico.

(*) = Meta Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021.

Tabla 49. Tasa de Mortalidad General (TBM = TMG).

Ámbito	Unidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promed. Anual	Tasa Crecim.	Tasa Crecim.	Brecha
									Prom. Anual	2009-2014 (%)	
Defunciones	Nº muertes	89,7	91,8	98,8	96,9	95,9	95,9	94,898	1.34	6.88	-
Mediana Edad muerte	Años	69	70	71	71	72	72	70.83	0.85	4.35	-
Muertes x 1000 hab.		5.56	5.58	5.6	5.61	5.62	5.62	5.60	0.21	1.08	-
Meta *		-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Eficacia		-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
EVALUACIÓN DE IMPACTO: En general durante el periodo de estudio 2009-2014, la Tasa de Mortalidad General presenta una tasa de crecimiento acumulada mínima del 1.08 %. En este periodo de seis años, este indicador muestra una tendencia tenue a subir de 5.56 a 5.62 (2009 y 2014); por lo cual se puede considerar de VALOR CONSTANTE; sin embargo es ideal que este indicador baje a											

Fuente: Elaboración propia del autor en base a datos estudiados del diagnóstico.

(*) = No existe meta programada del indicador.

Tabla 50. Tasa de Mortalidad Infantil (TMI).

ÁMBITO	Unidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promed. Anual	Tasa Crecimiento Prom. Anual	Tasa Crecimiento 2009-2014 (%)	Brecha
Neonatal	Tasa x 100 mil N.V.	11	9	8	9	11	10	9.67	-1.89	-9.09	-
Post Neonatal	Tasa x 100 mil N.V.	9	8	8	8	5	7	7.50	-4.90	-22.22	-
Tasa x 100 mil N.V.		20	17	16	17	16	17	17	-3.20	-15.00	-
Meta *		15	15	15	15	15	15	-	-	-	-
Eficacia (%)		75.0	88.2	93.75	88.2	93.75	88.2	87.85	-3.30	-17.60	-12.15

EVALUACIÓN DE IMPACTO: En general durante el periodo de estudio 2009-2014, el Promedio de Eficacia de Tasa de Mortalidad Infantil fue de 87.85 %, existiendo una Brecha Moderada por cubrir de - 12.15 %. NO SE ALCANZÓ LA META PROPUESTA POR UN MARGEN DE BRECHA MODERADO.

Fuente: Elaboración propia del autor en base a datos estudiados del diagnóstico.

(*) = Meta Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021. Unidad = Tasa x 100 mil N.V.

Tabla 51. Tasa Global de Fecundidad (TGF).

Ámbito	Unidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promed. Anual	Tasa Crecimiento Prom. Anual	Tasa Crecimiento 2009-2014 (%)	Brecha
Urbano	Hijos x Mujer	2.3	2.2	2.3	2.3	2.1	2.3	2.25	0.00	0.00	-
Rural	Hijos x Mujer	3.6	3.5	3.5	3.5	3.4	3.3	3.47	1.73	-8.33	-
TOTAL (Hijos x Mujer)		2.6	2.5	2.6	2.6	2.4	2.5	2.53	-0.78	-3.85	-
Tasa TRR (Hijos x Mujer)*		2	2	2	2	2	2	-	-	-	-
Eficacia (%)		76.9	80.0	76.9	76.9	83.3	80.0	79.0	0.79	4.03	-21.0

EVALUACIÓN DE IMPACTO: En general durante el periodo de estudio 2009-2014, el Promedio de Eficacia de la Tasa Global de Fecundidad fue de 79.0 %, existiendo una Brecha por cubrir de -21 %. NO SE ALCANZÓ LA TASA REFERENCIAL DE REEMPLAZO POR UN MARGEN DE BRECHA SIGNIFICATIVO.

Fuente: Elaboración propia del autor en base a datos estudiados del diagnóstico.

(*) = Tasa referencial de reemplazo (aproximadamente 2 hijos por mujer).

Tabla 52. Población con Acceso a Seguro de Salud (SIS, EsSalud, Privado y Otros).

Unidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio Anual	Tasa Crecim. Prom. Anual	Tasa Crecimiento 2009-2014 (%)	Brecha
%	60.5	63.5	64.5	61.9	65.5	69.0	64.14	2.65	13.98	-35.86
Meta (%)*	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Eficacia (%)	60.5	63.5	64.5	61.9	65.5	69.0	64.14	2.65	13.98	-35.86

EVALUACIÓN DE IMPACTO: En general durante el periodo de estudio 2009-2014, el Promedio de Eficacia de la Población con Acceso a un Seguro de Salud fue de 64.14 %, existiendo una brecha por cubrir de - 35.86 %. NO SE ALCANZÓ LA META PROPUESTA POR UN MARGEN DE BRECHA SIGNIFICATIVO.

Fuente: Elaboración propia del autor en base a datos estudiados del diagnóstico.

(*) = Meta Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021.

EVALUACIÓN DE IMPACTO EN INDICADORES DE GASTO PÚBLICO EN SALUD

Tabla 53. Gasto Público como Porcentaje del PBI.

Unidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio Anual	Tasa Crecim. Prom. Anual	Tasa Crecimiento 2009-2014 (%)	Brecha
%	5.36	5.03	4.93	5.18	5.23	5.5	5.21	0.52	2.61	-
Meta (%)*	13	13	13	13	13	13	-	-	-	-
Eficacia	41.2	38.7	37.9	39.8	40.2	42.3	40.0	0.53	2.67	-60

EVALUACIÓN: En general durante el periodo de estudio 2009-2014, el Promedio de Gasto Público Como Porcentaje del PBI fue 40 % de la meta 2019 de la Región Américas; existiendo una Brecha Alta por cubrir de 60 %; es decir este indicador debe más que duplicarse. EXISTE UN MARGEN DE BRECHA SIGNIFICATIVO.

Fuente: Elaboración propia del autor en base a datos estudiados del diagnóstico.
 (*) = Meta OMS 2019: Región Américas.

Tabla 54. Gasto Público como Porcentaje del Gasto Total.

Unidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio Anual	Tasa Crecim. Prom. Anual	Tasa Crecimiento 2009-2014 (%)	Brecha
PIM (Millones S/.)	7,347	8,377	9,719	10,798	12,285	14,750	10,546	14.96	100.77	-
Presupuesto Ejecutado	6,468	6,752	7,781	9,126	11,177	13,263	9,095	15.45	105.06	-
Eficacia (%)	88.01	80.6	80.1	84.5	75.8	89.9	83.2	0.43	2.15	-16.8

EVALUACIÓN: En general durante el periodo de estudio 2009-2014, el Avance del Gasto de Presupuesto Asignado fue 83.2 % que fue en promedio anual de 10,546 millones de soles, existiendo un Presupuesto No ejecutado de -16.8 %. Se debe mejorar la capacidad de gasto sectorial para ejecutar el 100 % del Presupuesto Asignado Deficitario.

% Gasto Total Asignado	7.56	7.87	8.48	8.82	9.19	10.19	8.69	6.14	34.72	-8.11
Rango 2006 OMS *	16.8	16.8	16.8	16.8	16.8	16.8	-	-	-	-
Eficacia (%)	45.0	46.9	50.5	52.5	54.7	60.7	51.72	6.17	34.89	-48.28

EVALUACIÓN: En general durante el periodo de estudio 2009-2014, el Promedio de Gasto Publico Como Porcentaje del Gasto Total fue 51.72 % del Rango 2006 OMS para la Región Américas, existiendo una Brecha Alta por cubrir de 48.28 %; es decir este indicador falta aproximadamente duplicarse para alcanzar el rango de otros países de la región américas. EXISTE UN MARGEN DE BRECHA SIGNIFICATIVO.

Fuente: Elaboración propia del autor en base a datos estudiados del diagnóstico.
 (*) = Región Américas OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009: Gasto en salud. Página 116. % (16.3;16.8)

Tabla 55. Gasto Total en Salud Per Cápita.

Unidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio Anual	Tasa Crecim. Prom. Anual	Tasa Crecimiento 2009-2014 (%)	Brecha
US\$	224.1	254.5	282.5	330.8	346.5	358.6	349.05	23.96	192.73	-
Rango (US\$)*	641.1	641.1	641.1	641.1	641.1	641.1	-	-	-	-
Eficacia (%)	35.0	39.7	44.1	51.6	54.1	55.9	46.7	23.93	192.29	-53.3

EVALUACIÓN: En general durante el periodo de estudio 2009-2014, el Promedio de Eficacia del Gasto Total en Salud Per Cápita fue 46.7 % del Rango (US\$), existiendo una brecha por cubrir de -53.3 %; es decir este indicador debe un poco más que duplicarse. EXISTE UN MARGEN DE BRECHA SIGNIFICATIVO.

Fuente: Elaboración propia del autor en base a datos estudiados del diagnóstico.
 (*) = Periodo 2009-2014: "Gasto Total en Salud Per Cápita de América del Sur" de la presente investigación.

6.1.2 EVALUACIÓN DE EFICACIA DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS SECTORIALES EN LOS INDICADORES DE SALUD; PERÚ: 2009-2014.

- De los 23 indicadores evaluados; quince (15) no lograron mejorar y solo ocho (08) sí lograron controlarse disminuyendo sus valores. Significa que el 65.22 % no cumplieron con el objetivo estratégico y solo 34.78 % sí lo hizo.

- Así mismo del diagnóstico realizado se concluye que las áreas urbanas representadas por las ciudades que concentran gran parte de la población tienen mejores indicadores de salud respecto a las áreas rurales más alejadas del país. Así por ejemplo: La desnutrición crónica en menores de cinco años es de 11.25 % en promedio en el periodo 2009-2014, mientras que la rural es de 34.85 % es decir más de tres veces que en las ciudades. En la Tasa Global de Fecundidad también existe inequidad en el impacto de los indicadores de salud, en el área urbana en el periodo 2009-2014 el promedio de hijos por mujer es de 2.25 y en el área rural es 3.47 hijos por mujer que significa que los pobladores de estas áreas tienen menor acceso a los servicios de salud de planificación familiar.

Tabla 56. Evaluación de Eficacia de los Objetivos Estratégicos.

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2012-2016 DEL MINISTERIO DE SALUD				
Objetivos Estratégicos 2012-2016	Línea Base		Meta Unidad	Evaluación de Eficacia
	2009	2014		
Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población más vulnerable.	23.8	14.6	13 %	Desnutrición Crónica < 5 años: No se logró alcanzar la Meta 2016 por un margen de brecha moderado de 1.6 %
	20	17	16 por 100 mil N.V. PEI MINSA	Tasa de Mortalidad Infantil: No se logró alcanzar la Meta 2016 por un margen de brecha mínimo de 1.
Reducir la morbi-mortalidad materno-neonatal en la población más vulnerable	11	10	7.2 por 100 mil N.V. PEI MINSA	Tasa de Mortalidad Neonatal: No se logró alcanzar la Meta 2016 por un margen de brecha moderado de 2.8
	96.1	93.0	66 por 100 mil N.V. PEI MINSA	Razón de Mortalidad materna: No se logró alcanzar la meta propuesta 2016 por un margen de brecha significativo de 27.
Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.	0.02	0.02	Tasa por 100 mil N.V.	Tétanos neonatal: Sí se logra controlar el indicador manteniéndose invariable.
	0.9	0.8	Tasa por 100 mil N.V.	Tos ferina: Sí se logra controlar el indicador reduciéndose en 0.1.
	1.0	3.3	Tasa por 100 mil N.V.	Hepatitis B: No se logra controlar el indicador con un incremento de 2.3
	8	15	N° Casos	Fiebre amarilla: No se logra controlar el indicador con un incremento de 7 casos.
	96.0	102.1	Tasa por 100 mil N.V.	Tuberculosis: No se logra controlar el indicador con un incremento de 6.1
	126.9	211.7	Tasa por 100 mil N.V.	Malaria: No se logra controlar el indicador con un incremento de 84.8
	43.6	55.9	Tasa por 100 mil N.V.	Dengue: No se logra controlar el indicador con un incremento de 12.3
	22.4	22.2	Tasa por 100 mil N.V.	Leishmaniasis: Sí se logra controlar el indicador con una reducción de 0.2
	741	272	N° Casos	Bartonelosis: Sí se logra controlar el indicador con una reducción de 469 casos
	5	13	N° Casos	Peste: No se logra controlar el indicador con un incremento de 8.5 casos
	17	0	N° Casos	Rabia humana silvestre: Sí se logra controlar el indicador siendo cero.
	3,280	4,108	N° Casos	VIH infectados: No se logra controlar el indicador con un incremento de 828 casos
	3.2	4.3	Tasa por 100 mil N.V.	Sida: No se logra controlar el indicador con un incremento de 1.1 que implica un crecimiento de casos de 924 a 1,321 entre el 2009 y 2014 respectivamente.
	269	272	N° Casos	Sífilis congénita: No se logra controlar el indicador con un incremento de 3 casos
Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles priorizando la población en pobreza y extrema pobreza.	7.1	6.0	%	Bajo peso al nacer (< 2kg): Sí se logra controlar el indicador con una reducción de 1.1 %.
	231.1	169.3	Tasa por 100 mil < 5 años	EDA en < 5 años: Sí se logra controlar el indicador con una reducción de 61.8
	13.3	9.0	Tasa por 100 mil < 5 años	Neumonía en < 5 años: Sí se logra controlar el indicador con una reducción de 4.3
	13.7	14.6	%	Madres o gestantes adolescentes 15 a 19 años: No se logra controlar el indicador con un incremento de 0.9 %
	21.0	21.6	% Meta = 10 % Plan Bicent.	Tasa de anemia en mujeres en edad fértil: No se logra controlar el indicador con un incremento de 0.6

Fuente: Elaboración e interpretación propia del autor.

Nota: No se consideran los Objetivos Estratégicos 5 y 6 porque no se relacionan con las variables estudiadas en la investigación.
Leyenda: TMI = Tasa de Mortalidad Infantil / RMM = Razón de Mortalidad Materna / TMN = Tasa de Mortalidad Neonatal.

6.1.3 EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE LOGRO DE METAS DE SALUD DEL PLAN BICENTENARIO: EL PERÚ HACIA EL 2021 Y PROPUESTA A NIVEL DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD.

Evaluación prospectiva de logro de metas de salud del Plan

Bicentenario: El Perú Hacia el 2021.

- De las cinco (05) metas evaluadas de salud que se consideran en el Plan Bicentenario, El Perú hacia el 2021; tres (03) no lograrían la Meta 2021: Razón de muerte materna; Población con acceso a un seguro de salud y Tasa de anemia en mujeres en edad fértil (15 a 49 años). Para revertir este resultado requiere una evaluación y retroalimentación de políticas y estrategias del Estado.
- De las cinco (05) metas evaluadas de salud que se consideran en el Plan Bicentenario, El Perú hacia el 2021; dos (02) sí lograrían la Meta 2021: Tasa de mortalidad infantil y Tasa de desnutrición crónica.
- En conclusión el 60 % de indicadores no alcanzaría la meta y el 40 % sí lo lograría.

Tabla 57. Evaluación Prospectiva logro de Metas Plan Bicentenario.

Indicador	Línea Base		Meta 2021	Tasa Crecimi. Prom. Anual (%)	Proyección Al 2021	Evaluación Prospectiva de Meta 2021
	2009	2014				
N° 8: Tasa de Mortalidad Infantil	20	17	15 por 1,000 N.V.	-3.20	15	Sí se lograría alcanzar la Meta 2021 sin ningún margen.
N° 9: Razón de Muerte Materna	96.1	93.0	46 por 100 mil N.V.	-0.65	79.93	No se lograría alcanzar la Meta 2021 por un margen de -33.93
N° 10: Población con Acceso a un Seguro de Salud	60.5 %	69.0 %	100 %	2.65	83.02	No se lograría alcanzar la Meta 2021 por un margen de -16.98
N° 11: Tasa de Desnutrición Crónica Infantil	23.8 %	14.6 %	16.7 %	-9.31	Supero la Meta: 2014	Si ya se logró alcanzar la meta 2021 aun el año 2014 por un margen de -2.1
N° 12: Tasa de Anemia en Mujeres en Edad Fértil (15 a 49 años)	21.0 %	21.6 %	10 %	0.57	23.03	No se lograría alcanzar la meta propuesta 2021 por un margen de +13.03

Fuente: Elaboración e interpretación propia del autor.

Propuesta de políticas y estrategias de salud.

Tabla 58. Propuesta de Políticas y Objetivos Estratégicos

N°	Propuesta de Políticas y Objetivos Estratégicos
1	Fortalecer el proceso de reforma del sector salud
2	Gestionar progresivamente mayor asignación presupuestal al sector salud para lograr los niveles estándar de la región de América y según recomendaciones mundiales OMS.
3	Anteponer el cumplimiento de las prioridades estratégicas de salud con la participación de la ciudadanía y la decisión política.
4	Reorientación de los sectores salud hacia el fortalecimiento de la red de atención primaria de salud a nivel nacional, regional y local, basado en los recursos humanos de calidad.
5	Fortalecer los programas estratégicos de salud a nivel nacional, regional y local.
6	Fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación de las acciones de salud, basados en procesos de integración gerencial de la gestión sanitaria para mejorar las competencias organizacionales directivas y funcionales del sector.
7	Optimizar los procesos de programación, distribución y ejecución presupuestaria en los tres niveles de gobierno: nacional, regional y local con enfoque de equidad y eficiencia.
8	Fortalecer la coordinación intersectorial de la salud para enfocar esfuerzos a la solución de los problemas sanitarios del Perú.

Fuente: Elaboración e interpretación propia del autor.

6.2 CONTRASTACIÓN Y/O PRUEBA DE HIPÓTESIS

6.2.1 PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1.

- Sintetizando la presentación y análisis de resultados de eficacia, en general de los 13 indicadores evaluados en el periodo 2009-2014; solo uno (01) logró una eficacia del 114.1 % y diez (10) no lograron la eficacia optima del 100 %. En síntesis, la eficacia general fue del 58.6 % y la brecha de eficacia fue de -41.4 %. Dos (02) indicadores no presentan meta en su evolución.
- En términos porcentuales de los 13 indicadores el 92.31 % no alcanzaron la meta propuesta y sólo el 7.69 % sí lo hizo.

Tabla 59. Prueba de Hipótesis Específica 1.

Nº	Indicador	Eficacia Prom. Anual (%)	Brecha De Eficacia %	Evaluación de Impacto
1	COBERTURA DE VACUNACIÓN (niños 0 a 29 meses)	86.8	-13.2	NO SE ALCANZÓ LA META POR UN MARGEN DE BRECHA MODERADO
2	DESNUTRICIÓN CRÓNICA < 5 AÑOS (Según Patrón OMS)	88.3	-11.7	NO SE ALCANZÓ LA META POR UN MARGEN DE BRECHA MODERADO
3	EGRESO HOSPITALARIO (Casi constante)	0	0	NO EXISTE META DEL INDICADOR
4	ESPERANZA DE VIDA AL NACER	114.1	14.1	SI SE SUPERÓ LA META POR UN MARGEN MODERADO
5	RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA	49.0	-51.0	NO SE ALCANZÓ LA META POR UN MARGEN DE BRECHA SIGNIFICATIVO
6	TASA DE MORBILIDAD: Tasa de Anemia en Mujeres en Edad Fértil	51.3	-48.7	NO SE ALCANZÓ LA META POR UN MARGEN DE BRECHA SIGNIFICATIVO
7	TASA DE MORTALIDAD GENERAL (No baja)	0	0	NO EXISTE META DEL INDICADOR
8	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	87.9	-12.2	NO SE ALCANZÓ LA META POR UN MARGEN DE BRECHA MODERADO
9	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	79.0	-21.0	NO SE ALCANZÓ LA TASA REFERENCIAL DE REEMPLAZO POR UN MARGEN DE BRECHA SIGNIFICATIVO
10	POBLACIÓN CON ACCESO A UN SEGURO DE SALUD	64.1	-35.9	NO SE ALCANZÓ LA META POR UN MARGEN DE BRECHA SIGNIFICATIVO
11	GASTO PÚBLICO COMO PORCENTAJE DEL PBI	40.0	-60.0	NO SE ALCANZÓ LA META, EXISTE UN MARGEN DE BRECHA SIGNIFICATIVO
12	GASTO PÚBLICO COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL	51.7	-48.3	NO SE ALCANZÓ LA META, EXISTE UN MARGEN DE BRECHA SIGNIFICATIVO
13	GASTO TOTAL EN SALUD PER CÁPITA	46.7	-53.3	NO SE ALCANZÓ LA META, EXISTE UN MARGEN DE BRECHA SIGNIFICATIVO
PROMEDIO GENERAL DE EFICACIA (%)		58.6	-41.4	EFICACIA Y BRECHA PROMEDIO PERIODO 2009-2014

Fuente: Elaboración e interpretación propia del autor.

Las Hipótesis Nula e Hipótesis Alternativa planteadas son las siguientes:

- H0: El gasto público ha tenido un impacto limitado en los indicadores de salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014; por

presupuesto sectorial insuficiente y por deficiencias en la asignación y gestión de recursos.

- H1: El gasto público no ha tenido un impacto limitado en los indicadores de salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014; por presupuesto sectorial insuficiente y por deficiencias en la asignación y gestión de recursos.

Por consiguiente, de acuerdo al análisis de eficacia en el periodo 2009-2014, se acepta la Hipótesis Nula y se rechaza la Hipótesis Alternativa, basándonos en la estadística descriptiva.

6.2.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2.

- Sintetizando la evaluación de eficacia de los objetivos estratégicos sectoriales en los indicadores de salud del Perú en el periodo 2009-2014, en general de los 23 indicadores evaluados; quince (15) no lograron mejorar y solo ocho (08) sí lograron controlarse disminuyendo sus valores.
- En síntesis el 65.22 % no cumplieron con el objetivo estratégico y solo 34.78 % sí lo hizo.

Las Hipótesis Nula e Hipótesis Alternativa planteadas son las siguientes:

- H0: Las políticas y estrategias sectoriales fueron parcialmente eficaces en los Indicadores de Salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014, generando inequidad en su impacto por ubicación geográfica, situación socio-económica, étnico-cultural y niveles de urbanización.
- H1: Las políticas y estrategias sectoriales no fueron parcialmente eficaces en los Indicadores de Salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014,

generando inequidad en su impacto por ubicación geográfica, situación socio-económica, étnico-cultural y niveles de urbanización.

Por consiguiente, de acuerdo a la evaluación de eficacia de los objetivos estratégicos sectoriales en los indicadores de salud del Perú en el periodo 2009-2014, se acepta la Hipótesis Nula y se rechaza la Hipótesis Alternativa, basándonos en la estadística descriptiva.

6.2.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3.

- Sintetizando la evaluación prospectiva de logro de metas de salud del Plan Bicentenario: el Perú Hacia el 2021 y formulada la Propuesta a Nivel de Políticas y Estrategias de Salud; en general de las cinco (05) metas evaluadas de salud consideradas; tres (03) no lograrían la Meta 2021 y solo dos (02) sí lo lograría.
- El 60 % no alcanzaría la meta y el 40 % sí lo lograría.

Las Hipótesis Nula e Hipótesis Alternativa planteadas son las siguientes:

- H0: Existen Políticas y Estrategias de Gasto Público en Salud que permitan mejorar el logro de Metas Sectoriales del Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021.
- H1: No Existen Políticas y Estrategias de Gasto Público en Salud que permitan mejorar el logro de Metas Sectoriales del Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021.

Por consiguiente, de acuerdo a la evaluación prospectiva de logro de metas de salud del Plan Bicentenario: el Perú Hacia el 2021 y formulada la Propuesta a Nivel de Políticas y Estrategias de Salud, se acepta la Hipótesis Nula y se rechaza la Hipótesis Alternativa, basándonos en la estadística descriptiva.

6.3 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS: ANÁLISIS IBM SPSS.

Para comprobar estadísticamente los resultados se efectúa el análisis de correlación de la variable independiente “Gato Público en Salud” (Presupuesto Ejecutado por el Estado) y las variables dependientes “Indicadores de Salud”, en el periodo de estudio 2009-2014. Se utiliza el estadístico SPSS y para determinar el grado de correlación entre las variables se utiliza las siguientes reglas de valoración:

Tabla 60. Tabla de Valoración de Nivel de Correlación.

Correlación (R)	Grado de Correlación	Criterio del Autor
[0 - 0.2 >	Muy baja	
[0.2 - 0.4 >	Baja	Impacto Limitado
[0.4 - 0.6 >	Regular	
[0.6 - 0.8 >	Alta	
[0.8 – 1 >	Muy alta	Impacto significativo
1	Perfecta	

Fuente: Elaboración y adaptación propia del autor, según teoría de Estadística Inferencial.

Tabla 61. Análisis General de Correlación de Pearson (R): 2009-2014.

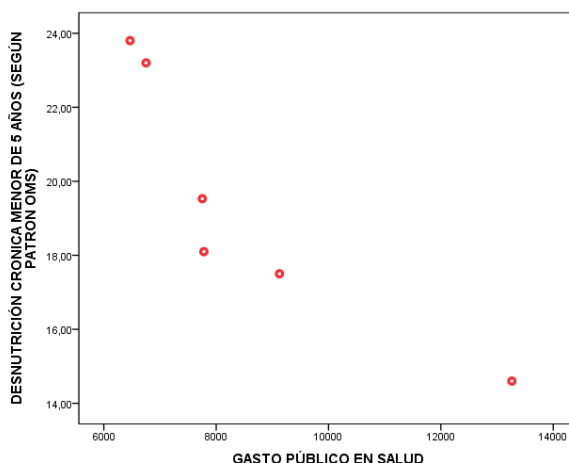
VARIABLES		R	P_Valor	ANÁLISIS DE CORRELACION	
V.I.	V.D.			Conclusión	Grado de Correlación
Gasto Público en Salud: 2009-2014	Desnutrición Crónica Menores de 5 Años (Patrón OMS)	-0,879	0,021	Existe Correlación Inversa: p_Valor < 0,05	Muy Alta: R = 0.879
	Egreso Hospitalario	-0,037	0,945	No Existe Correlación: p_Valor > 0,05	Ninguna
	Esperanza de Vida al Nacer	0,895	0,016	Existe Correlación Directa: p_Valor < 0,05	Muy Alta: R = 0.895
	Razón de Mortalidad Materna	-0,565	0,242	No Existe Correlación: p_Valor > 0,05	Ninguna
	Tasa de Mortalidad General	0,722	0,105	No Existe Correlación: p_Valor > 0,05	Ninguna
	Tasa de Mortalidad Infantil	-0,326	0,529	No Existe Correlación: p_Valor > 0,05	Ninguna
	Tasa Global de Fecundidad	-0,408	0,422	No Existe Correlación: p_Valor > 0,05	Ninguna
	Población con Acceso a un Seguro de Salud	0,909	0,012	Existe Correlación Directa: p_Valor < 0,05	Muy Alta: R = 0.909
Tasa de Anemia en Mujeres en Edad Fértil	0,239	0,648	No Existe Correlación: p_Valor > 0,05	Ninguna	

Fuente: Paquete Estadístico IBM SPSS.

Tabla 62. Correlación Pearson: Desnutrición Crónica < 5 Años-Gasto Público Salud.

Interpretación y análisis: Hipótesis estadísticas	Ho: No existe correlación entre la desnutrición crónica menor de 5 años y Gasto Público en Salud, 2009-2014. Ha: Existe correlación entre la desnutrición crónica menor de 5 años y Gasto Público en Salud.
Nivel de significación	$\alpha = 0,05$
Valor "p" calculado	$p = 0,021$
CONCLUSIÓN	Como $p_{valor} < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe correlación entre la desnutrición crónica menor de 5 años y Gasto Público en Salud. La correlación es inversa entre la desnutrición crónica menor de 5 años y Gasto en Salud Pública, el grado de correlación es muy alta porque R es 0.879.

Fuente: Interpretación del autor en base a datos del Paquete Estadístico IBM SPSS.

**Tabla 63.** Correlación Pearson: Egreso Hospitalario-Gasto Público en Salud.

Interpretación y análisis: Hipótesis estadísticas	Ho: No existe correlación entre el egreso hospitalario y Gasto Público en Salud, 2009-2014 Ha: Existe correlación entre el egreso hospitalario y Gasto Público en Salud.
Nivel de significación	$\alpha = 0,05$
Valor "p" calculado	$p = 0,945$
CONCLUSIÓN	Como $p_{valor} > 0,05$, se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existe correlación entre el egreso hospitalario y Gasto Público en Salud.

Fuente: Interpretación del autor en base a datos del Paquete Estadístico IBM SPSS.

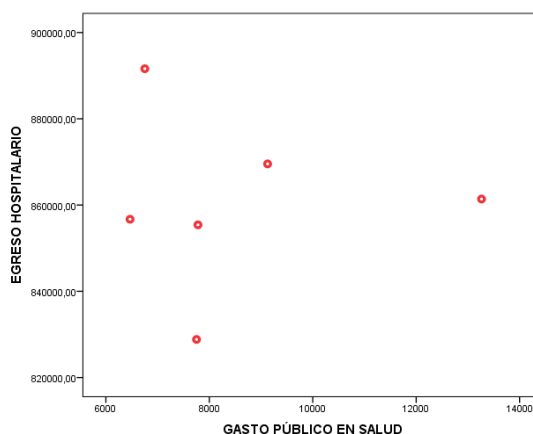
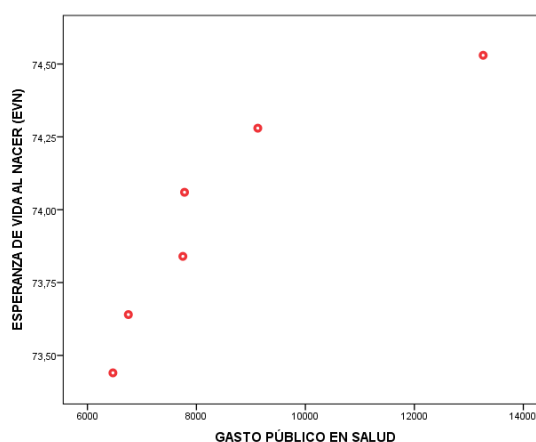


Tabla 64. Correlación Pearson: Esperanza de Vida al Nacer-Gasto Público En Salud.

Interpretación y análisis: Hipótesis estadísticas	Ho: No existe correlación entre Esperanza de Vida al Nacer (EVN) y Gasto Público en Salud. Ha: Existe correlación entre Esperanza de Vida al Nacer (EVN) y Gasto Público en Salud.
Nivel de significación	$\alpha = 0,05$
Valor p calculado	$p = 0,016$
CONCLUSIÓN	Como $p_valor < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe correlación entre esperanza de vida al nacer (EVN) y Gasto Público en Salud. La correlación es directa entre Esperanza de Vida al Nacer (EVN) y Gasto Público en Salud, el grado de correlación es muy alta porque R es 0,895

Fuente: Interpretación del autor en base a datos del Paquete Estadístico IBM SPSS.

**Tabla 65.** Correlación de Pearson: Razón Mortalidad Materna-Gasto Público en Salud.

Interpretación y análisis: Hipótesis estadísticas	Ho: No existe correlación entre Razón de Mortalidad Materna y Gasto Público en Salud. Ha: Existe correlación entre Razón de Mortalidad Materna y Gasto en Público Salud.
Nivel de significación	$\alpha = 0,05$
Valor "p" calculado	$p = 0,242$
CONCLUSIÓN	Como $p_valor > 0,05$, se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existe correlación entre razón de mortalidad materna y Gasto Público en Salud.

Fuente: Interpretación del autor en base a datos del Paquete Estadístico IBM SPSS.

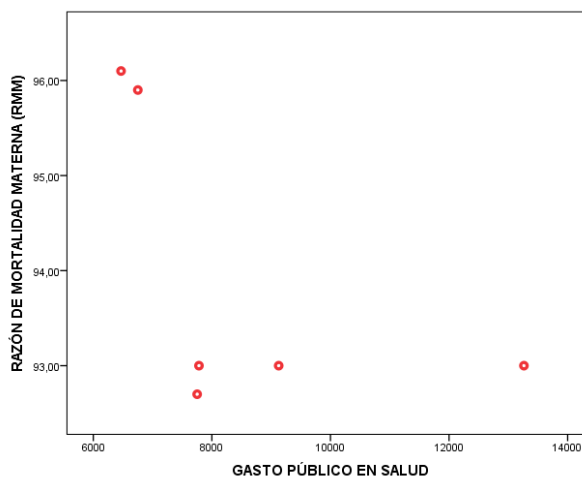
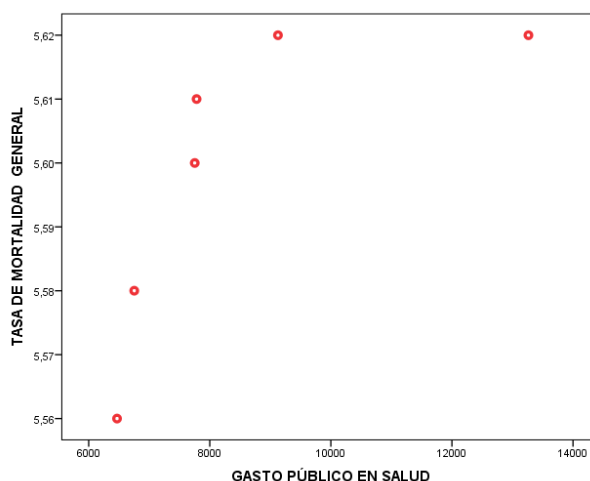


Tabla 66. Correlación Pearson: Tasa de Mortalidad General-Gasto Público en Salud.

Interpretación y análisis:	Ho: No existe correlación entre tasa de mortalidad general y Gasto Público en Salud.
Hipótesis estadísticas	Ha: Existe correlación entre tasa de mortalidad general y Gasto Público en Salud.
Nivel de significación	$\alpha = 0,05$
Valor "p" calculado	$p = 0,105$
CONCLUSIÓN	Como $p_valor > 0,05$, se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existe correlación entre Tasa de Mortalidad General y Gasto Público en Salud.

Fuente: Interpretación del autor en base a datos del Paquete Estadístico IBM SPSS.

**Tabla 67.** Correlación Pearson: Tasa de Mortalidad Infantil-Gasto Público en Salud.

Interpretación y análisis:	Ho: No existe correlación entre Tasa de Mortalidad Infantil y Gasto Público en Salud.
Hipótesis estadísticas	Ha: Existe correlación entre Tasa de Mortalidad Infantil y Gasto Público en Salud.
Nivel de significación	$\alpha = 0,05$
Valor "p" calculado	$p = 0,529$
CONCLUSIÓN	Como $p_valor > 0,05$, se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existe correlación entre Tasa de Mortalidad Infantil y Gasto Público en Salud.

Fuente: Interpretación del autor en base a datos del Paquete Estadístico IBM SPSS.

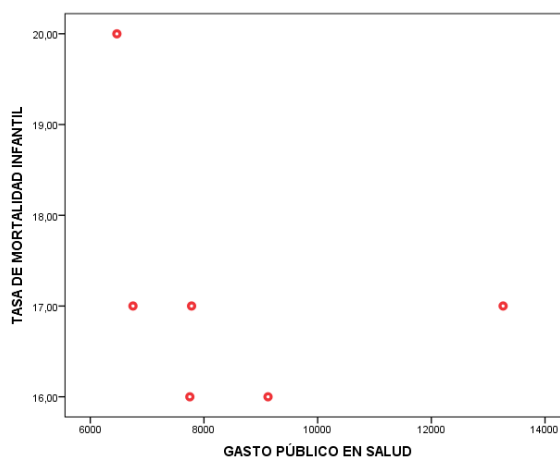
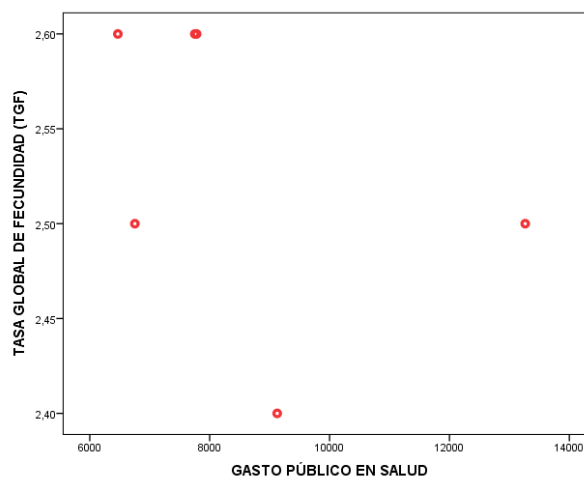


Tabla 68. Correlación Pearson: Tasa Global de Fecundidad-Gasto Público en Salud.

Interpretación y análisis: Hipótesis estadísticas	Ho: No existe correlación entre Tasa Global de Fecundidad y Gasto Público en Salud. Ha: Existe correlación entre Tasa Global de Fecundidad y Gasto Público en Salud.
Nivel de significación	$\alpha = 0,05$
Valor "p" calculado	$p = 0,422$
CONCLUSIÓN	Como $p_valor > 0,05$, se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existe correlación entre Tasa Global de Fecundidad y Gasto Público en Salud.

Fuente: Interpretación del autor en base a datos del Paquete Estadístico IBM SPSS.

**Tabla 69.** Correlación Pearson: Población Acceso Seguro Salud-Gasto Público Salud.

Interpretación y análisis: Hipótesis estadísticas	Ho: No existe correlación entre población con acceso a un Seguro de Salud y Gasto en Público en Salud. Ha: Existe correlación entre Población con Acceso a un Seguro de Salud y Gasto Público en Salud.
Nivel de significación	$\alpha = 0,05$
Valor p calculado	$p = 0,012$
CONCLUSIÓN	Como $p_valor < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe correlación entre Población con Acceso a un Seguro de Salud y Gasto Público en Salud. La correlación es directa entre Población con Acceso a un Seguro de Salud y Gasto Público en Salud, el grado de correlación es muy alta porque R es 0.909.

Fuente: Interpretación del autor en base a datos del Paquete Estadístico IBM SPSS.

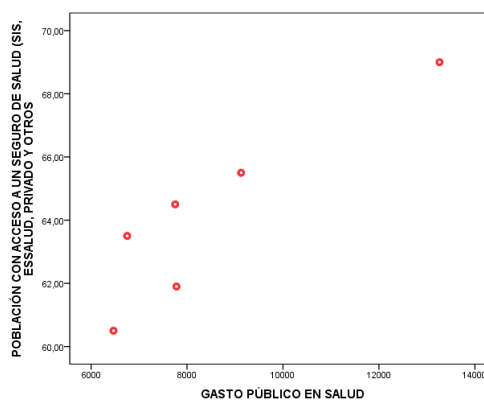
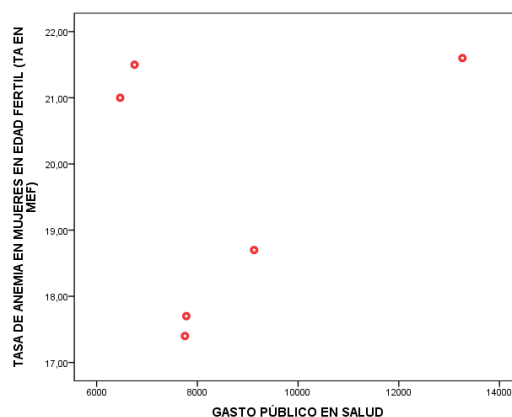


Tabla 70. Correlación Pearson: Tasa Anemia Mujer Edad Fértil-Gasto Público Salud.

Interpretación y análisis: Hipótesis estadísticas	Ho: No existe correlación entre Tasa de Anemia en Mujeres en Edad Fértil y Gasto Público en Salud. Ha: existe correlación entre Tasa de Anemia en Mujeres en Edad Fértil y Gasto Público en Salud.
Nivel de significación	$\alpha = 0,05$
Valor “p” calculado	$p = 0,648$
CONCLUSION	Como $p_{valor} > 0,05$, se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existe correlación entre Tasa de Anemia en Mujeres en Edad Fértil y Gasto Público en Salud.

Fuente: Interpretación del autor en base a datos del Paquete Estadístico IBM SPSS.



El criterio estadístico aplicado es el siguiente:

- Si $p_valor < \alpha$, entonces, rechazamos H_0 ; por tanto, aceptamos H_1
- Si $p_valor > \alpha$, entonces, aceptamos H_0 y por tanto rechazamos H_1

Sintetizando el análisis de correlación de la variable independiente “Gasto Publico” y la variable dependiente “Indicadores de Salud” con el paquete estadístico IBM SPSS:

- a. De un total de nueve (09) correlaciones, sólo tres (03) tienen un Grado de Correlación “Muy Alta” (Desnutricion Cronica menor 5 años; Esperanza de Vida al Nacer; Poblacion con Acceso a un Seguro de Salud) y seis (06) no presentan ningún Grado de Correlación (Egreso Hospitalario; Razón de Mortalidad Materna; Tasa de Mortalidad General; Tasa de Mortalidad Infantil; Tasa Global de Fecundidad; Tasa de Anemia en Mujeres en Edad Fértil).

- b. En términos porcentuales significa que el impacto fue del 33.33 % (1/3) y por el contrario no incidió en el 66.67 % (2/3) de las variables dependientes.

Las Hipótesis Nula e Hipótesis Alternativa planteada para el Objetivo General son:

- H0: El gasto público y las políticas y estrategias del sector han tenido un impacto limitado en los indicadores de salud en el Perú durante el periodo 2009-2014.
- H1: El gasto público y las políticas y estrategias del sector no han tenido un impacto limitado en los indicadores de salud en el Perú durante el periodo 2009-2014.

Por consiguiente, de acuerdo al análisis de correlación con el paquete estadístico IBM SPSS y considerando que el impacto del Gasto Publico en los Indicadores de Salud del Perú sólo fue en el 33.33 %: Se acepta la Hipótesis Nula y se rechaza la Hipótesis Alternativa.

CAPÍTULO VII.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

Objetivo Específico 1: Conocer el impacto del Gasto Publico en los Indicadores de Salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014.

1. En el periodo de estudio 2009-2014, sintetizando la presentación y análisis de resultados de eficacia, en general de los trece (13) indicadores evaluados; solo uno (01) logró una eficacia del 114.1 % (Esperanza de Vida al Nacer) y diez (10) no lograron la eficacia optima del 100 % (Cobertura de Vacunación; Desnutrición Crónica en menores de cinco años; Razón de Mortalidad Materna; Tasa de Anemia en Mujeres en Edad Fértil; Tasa de Mortalidad Infantil; Tasa Global de Fecundidad; Población con Acceso a un Seguro de Salud; Gasto Publico como Porcentaje del PBI; Gasto Publico como Porcentaje del Gasto Total y Gasto Total en Salud Per Cápita) y dos (02) indicadores no presentan meta en su evolución (Egreso Hospitalario y Tasa de Mortalidad General).
2. En general en el periodo de estudio 2009-2014, la eficacia general promedio en los trece (13) indicadores de salud identificados, fue del 58.6 % y la brecha de eficacia fue de -41.4 %. De los cuales dos (02) indicadores no presentan meta en su evolución (Egreso Hospitalario y Tasa de Mortalidad General).
3. En términos porcentuales de los 13 indicadores el 92.31 % no alcanzaron la meta propuesta y sólo el 7.69 % sí lo hizo.
4. En el periodo de estudio 2009-2014, en general los indicadores: Gasto Publico como Porcentaje del PBI; Gasto Publico como Porcentaje del Gasto Total y Gasto Total en Salud Per Cápita no ha crecido significativamente, no teniendo niveles óptimos de acuerdo a estándares internacionales OMS/OPS o respecto a

países más desarrollados. Uno de los mayores problemas en materia presupuestal del sector público es la gestión sanitaria de estos recursos en sus fases de programación, distribución, ejecución y evaluación.

5. En general basándonos en la estadística descriptiva y de acuerdo al análisis de eficacia se acepta y valida la Hipótesis 1: “El Gasto público ha tenido un impacto limitado en los indicadores de salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014, por presupuesto sectorial insuficiente y por deficiencias en la asignación y gestión de recursos”.

Objetivo Específico 2: Conocer el impacto de la eficacia de las políticas y estrategias sectoriales en los indicadores de salud en el Perú durante el periodo 2009-2014.

6. En el periodo 2009-2014, sintetizando la evaluación de eficacia de los cuatro objetivos estratégicos sectoriales de salud del Perú: De los 23 indicadores evaluados; quince (15) no lograron mejorar y solo ocho (08) sí lograron controlarse disminuyendo sus valores. Si lograron alcanzar la meta 2016 (8): Tétanos Neonatal; Tos Ferina; Leishmaniasis; Bartonelosis; Rabia Humana Silvestre; Bajo Peso al Nacer (< 2.5 kg.); EDA y Neumonía en menores de cinco años. No lograron alcanzar la meta 2016 (15): Desnutrición Crónica en menores de cinco años; Tasa de Mortalidad Infantil y Neonatal; Razón de Mortalidad Materna; Hepatitis B; Fiebre Amarilla; Tuberculosis; Malaria; Dengue; Peste; VIH Infeccionados y Sida; Sífilis Congénita; Madres o Gestantes Adolescentes 15 a 19 años y Tasa de Anemia en Mujeres en edad Fértil.
7. En el periodo de estudio 2009-2014, en términos porcentuales el 65.22 % no cumplieron con el objetivo estratégico y solo 34.78 % sí lo hizo.

8. En el periodo 2009-2014, en general las políticas y estrategias sectoriales de salud han generado inequidad en su impacto por ubicación geográfica, situación socio-económica, étnico-cultural y niveles de urbanización por los casos:
 - a. El año 2014, existe inequidad con 16 de 25 regiones con Desnutrición Crónica Infantil con prevalencias por encima del promedio nacional 14.60 %.
 - b. El año 2012, Lima continúa registrando el mayor número de egresos hospitalarios, concentrando la tercera parte del total nacional (32.5%), por las características de los establecimientos de mayor resolución que las regiones.
 - c. En el periodo 2009-2014, la razón de mortalidad materna (RMM) decreció en 3,1 puntos. Es mayor en la zona rural, selva y en los quintiles más pobres.
 - d. Desde el punto de vista epidemiológico, la mayor parte de las enfermedades transmisibles han tenido importantes reducciones. Sin embargo, existen algunas que siguen afectando a regiones específicas del país.
 - e. Las áreas urbanas que concentran gran parte de la población tienen mejores indicadores de salud respecto a las áreas rurales más alejadas del país.
 - f. En general basándonos en la estadística descriptiva y de acuerdo a la evaluación de eficacia de los objetivos estratégicos se acepta y valida la Hipótesis 2:” Las políticas y estrategias sectoriales fueron parcialmente eficaces en los Indicadores de Salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014, generando inequidad en su impacto por ubicación geográfica, situación socio-económica, étnico-cultural y niveles de urbanización”.

Objetivo Específico 3: Desarrollar y proponer políticas y estrategias sectoriales para mejorar el logro de metas de salud del Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021.

9. Sintetizando la evaluación prospectiva de logro de metas de salud del Plan Bicentenario: el Perú Hacia el 2021 y formulada la Propuesta a Nivel de

Políticas y Estrategias de Salud; en general de las cinco (05) metas evaluadas de salud consideradas; tres (03) no lograrían la Meta 2021 y solo dos (02) sí lo lograrían. Sí lograrían la meta 2021 (02): Tasa de Mortalidad Infantil y Tasa de Desnutrición Crónica Infantil. No lograrían la meta 2021 (03): Razón de Muerte Materna; Población con Acceso a un Seguro de Salud y Tasa de Anemia en Mujeres en Edad Fértil, 15 a 49 años).

10. En general el 60 % no alcanzaría la meta y el 40 % sí lo lograría el año 2021.
11. En general basándonos en la estadística descriptiva, evaluación prospectiva del logro de metas del Plan Bicentenario y propuesta de políticas y objetivos estratégicos se acepta y valida la Hipótesis 3: “Existen Políticas y Estrategias de Gasto Público en Salud que permitirán mejorar el logro de Metas Sectoriales del Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021.

Objetivo General: Conocer el impacto del gasto público y de las políticas y estrategias del Sector en los Indicadores de Salud en el Perú durante el periodo 2009-2014. Análisis IBM SPSS.

Sintetizando el análisis de correlación de la variable independiente “Gasto Publico” y las variables dependientes “Indicadores de Salud”, en el periodo 2009-2014, concluimos:

12. De un total de nueve (09) correlaciones, sólo tres (03) tienen un Grado de Correlación “Muy Alta” (Desnutrición Crónica Infantil; Esperanza de Vida al Nacer; Población con Acceso a un Seguro de Salud) y seis (06) no presentan ningún Grado de Correlación (Egreso Hospitalario; Razón de Mortalidad Materna; Tasa de Mortalidad General e Infantil; Tasa Global de Fecundidad; Tasa de Anemia en Mujeres en Edad Fértil).
13. En términos porcentuales significa que el impacto fue del 33.33 % (1/3) y por el contrario no incidió en el 66.67 % (2/3) de las variables dependientes.

7.2 RECOMENDACIONES

Las investigaciones en salud pública son muy complejas y multivariadas en sus correlaciones, se recomienda que otras investigaciones sean más específicas en la elección de dos o tres variables.

Hipótesis General: El gasto público y las políticas y estrategias del sector han tenido un impacto limitado en los indicadores de salud en el Perú durante el periodo 2009-2014.

1. La eficiencia y calidad de los servicios de salud no se ha analizado en la presente investigación por cuanto considera otras variables adicionales de análisis, se recomienda que otras investigaciones puedan ampliar o complementar este estudio.
2. La salud privada no es considerada en la presente investigación, se recomienda que otras se efectúen en este sector, su incidencia en la salud nacional es importante.

Hipótesis Específica 1: El gasto público ha tenido un impacto limitado en los indicadores de salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014; por presupuesto sectorial insuficiente y por deficiencias en la asignación y gestión de recursos.

3. Durante la investigación se ha tenido limitaciones en el acceso a la información de los indicadores de salud; los organismos públicos que procesan la información (INEI, MINSA, MEF, OMS y otros) procesan datos estadísticos y lo presentan de diversas maneras, incluso en otras unidades de medida o no coinciden en sus valores. Se recomienda establecer niveles de coordinación óptimos para mejorar el procesamiento y presentación de datos estadísticos para facilitar las investigaciones.

Hipótesis Específica 2: Las políticas y estrategias sectoriales fueron parcialmente eficaces en los Indicadores de Salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014, generando inequidad en su impacto por ubicación geográfica, situación socio-económica, étnico-cultural y niveles de urbanización.

4. Se recomienda que el Ministerio de Salud como Órgano Rector de este sector, fortalezca el apoyo técnico-normativo a las diversas regiones del país; considerando que con la transferencia de competencias a los gobiernos regionales, los establecimientos de salud dependen administrativamente de las regiones.
5. La descentralización financiera y presupuestal aun no es efectiva en las regiones, se recomienda que el Ministerio de Economía fortalezca su oficinas descentralizadas con autonomía en sus decisiones acorde a necesidades locales y regionales.

Hipótesis Específica 3: Existen Políticas y Estrategias de Gasto Público en Salud que permitirán mejorar el logro de Metas Sectoriales del Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021.

6. El sector salud público está fragmentado en la administración pública (Ministerio de Salud; EsSalud; Fuerzas Armadas y Policiales, gobiernos locales y otros), siendo los niveles de coordinación muy limitados, se recomienda establecer las acciones correctivas de articulación de acciones con participación de los involucrados.
7. Un aspecto importante en la calidad de los servicios de salud es la gestión sanitaria, se recomienda mejorar la formación de los recursos humanos de salud para lograr las metas óptimas en indicadores sanitarios y calidad en la atención general de los servicios.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial. (2016). Base de datos de cuentas nacionales de salud de la OMS: Gasto en Salud Per Capita 1995-2009 . Washington D.C., Estados Unidos: WB.
- Casas, J. (2002). “Inversión en Salud y Crecimiento Económico: Una perspectiva de América Latina y el Caribe”. Washington D.C: Organizaciòn Mundial de la Salud, OMS.
- Civera Satorres, M. (2008). TESIS: Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido. Civera Satorres, Manuel (2008). Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelCastellón de la Plana, España.: Universidad Jaume Católica.
- Delgado Tuesta, I. G. (2013). TESIS: Avances y perspectivas en la implementación del presupuesto por resultados en Perú. Lima, Perú: Pontificia Universidad Catolica del Perú.
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, E. 2. (2010). <https://www.inei.gob.pe/>. (I. N. Informática, Ed.)
- ENDES Continua 2010. Instituto Nacional de Estadística. (2010). Encuesta Global de Salud Escolar. Resultados de Perú 2010. Lima, Perú: MINSA.
- Fernández, D. A. (2006). Hipertensión Arterial, Sielo Perú, Acta Médica Peruana, ISSN 1728-5917, versión on line -2006. Lima, Perú: Clínica de la hipertensión arterial, para el médico general.
- Fernández, D. A. (2006). Simposio Hipertensión Arteria. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a04.pdf>.

- Glosario, L. d. (2017). <https://www.mef.gob.pe/es/glosario-sp-23515>. (M. d. Economía, Ed.) Recuperado el 02 de Abril de 2017
- Grossman, M. (1972). <http://www.who.int/entity/world-health-day/2009/es.pdf>.
Recuperado el 12 de Marzo de 2017
- Guerra, C. (2002). <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/CLAD0039301.pdf>. Recuperado el 03 de Diciembre de 2016
- Hernández Sampieri, R. &. (2006). METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN. Iztapalapa. Mexico D. F. : McGRAWHILLINTERAMERICMA EDITORES, SA DE C.V .
- Hinojosa, D. J. (2011). Epidemiología del cancer en el Perú y el mundo. Exposición del Director de Control del Cáncer del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) ante la Comisión de Presupuesto del Congreso de la República (págs. 01-75). Lima, Perú: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasicas, INEN.
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000-2011. Lima, Perú: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). “Perú, Síntesis Estadística 2015”. P.10 [Consulta: 10/04/2017]. Recuperado el 10 de Abril de 2017, de <https://www.inei.gob.pe/>.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática, ENDES 2010. (2010). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES Continua 2010. Lima, Perú: INEI.
- Instituto Nacional de Salud. (2009). Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, v.26n.4,.
- J., C. y. (Abril 2010.). Prevalencia de enfermedades coronarias en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina N° 8 200, 01-09.

- Jacqueline Elizabeth Alcalde & Rabanal, M. &.-G. (28 de marzo del 2011). Artículo de Revisión “Sistema de salud de Perú”. (U. P. Perú., Ed.) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México., S243-S254.
- Leon, J. J. (Noviembre 2007). “Keynesianism, PostKeynesianism and Newkeynesianism”. Bogota: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Economicas.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática/ ENDES Continua 2010. (2010). Encuesta Global de Salud Escolar. Resultados de Perú 2010. Lima, Perú: INEI.
- Lopez, V. (1998). www.eco.uc3m.es/.../Salud/2009.../1.1.%20Introduccion_%202009-2010.Pdf. Recuperado el 11 de Marzo de 2017
- Mendoza, J. L. (2009). http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualdata/publicaciones/economía/15/pdf/rol_estado.pdf. Recuperado el 14 de Octubre de 2016
- Mendoza, J. L. (2009). http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualdata/publicaciones/economía/15/pdf/rol_estado.pdf. Recuperado el 14 de Octubre de 2016
- Mendoza, J. L. (2016). http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualdata/publicaciones/economía/15/pdf/rol_estado.pdf. p 4. Recuperado el 14 de Octubre de 2016
- Merino, J. P. (2009). <http://definicion.de/eficiencia/>. Recuperado el 05 de Octubre de 2016.
- Ministerio de Economía del Perú, M. (s.f.). <https://www.mef.gob.pe/>. Recuperado el 11 de Febrero de 2017
- Ministerio de Salud. (2011). Plan Multisectorial para la Intervención Frente a los Daños No Transmisibles 2011-2020. Lima, Perú: MINSA.
- Ministerio de Salud del Perú. (2010). Encuesta Global de Salud Escolar. Lima, Perú: MINSA.
- Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. ASIS. (2013). Analisis de la Situacion de Salud 2013. Lima: ASKHA E.I.R.L.

- Moreno, S. (2009). "Equidad y crecimiento en el pensamiento keynesiano". Malaga: Universidad de Malaga. Departamento de Economía Aplicada.
- NUNEZ, J. (2010). (D. y. Investigación, Ed.) Recuperado el 15 de Marzo de 2017, de <http://desarrolloypoliticaspUBLICAS.blogspot.pe/2010/02/el-neoinstitucionalismo-y-el-enfoque-de.html>.
- Oficina General de Epidemiología. (Diciembre 2013). Sistema de Hechos Vitales .Certificado de defunción Año 2009-Regiones de Salud. Lima, Perú: MINSA.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Organización Mundial de la Salud. "Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizadohttp://.docstoc.com/.../2000 [Consulta: 13/08/2016]. Recuperado el 13 de Agosto de 2016
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2010). <http://www.who.int/es/>. Recuperado el 10 de Enero de 2017
- Perú Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050, B. d. (s.f.). <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0466/libro.pdf>.
- Plan Estratégico Institucional 2012-2016, Ministerio de Salud. (23 de Octubre de 2013). www.minsa.gob.pe/. Recuperado el 02 de Enero de 2017
- Red nacional de Epidemiología, Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud. (2011). Sistema Nacional de Vigilancia. Lima, Perú: MINSA.
- Red Nacional de Epidemiología. Dirección General de Epidemiología DGE, M. (2011). Reporte de Semana Epidemiológica N°35-2011. Lima, Perú: MINSA.
- Tanaka Torres, E. M. (2011). Influencia del presupuesto por resultados en la gestión financiera presupuestal del Ministerio de Salud, periodo 2005-2008. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Trujillo Cubas, F. E. (2013). La inversion publica en el sector salud y sus efectos en la cobertura del servicio en la Region La Libertad, 2005-2011. Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo.

Valdía, A. V. (26 de Febrero de 2009). www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a15v26n2.pdf. Recuperado el 03 de Marzo de 2017

Villarruel, C. (2011). <http://gerenciasalud.com/art27>. Recuperado el 18 de Abril de 2017

William, J. (1999). http://.nhbs.com/principles_of_health_economics_for_developing_countries_tefno_99043.html. Recuperado el 15 de Abril de 2017

World Health Organization, Temas de salud,. (s.f.). <http://www.who.int/entity/world-health-day/2003/es>. Recuperado el 13 de Marzo de 2017

Zeiwifel, P. &. (1997). Health Economics. . Londres: Oxford University Press.

ANEXOS:

Anexo 01: Matriz de Consistencia de la Investigación

Anexo 01: Matriz de Consistencia de la Investigación					
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	MÉTODO
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cuál fue el impacto del gasto público y de las políticas y estrategias sectoriales en los indicadores de Salud en el Perú durante el periodo 2009-2014?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS: ¿Cómo ha impactado el gasto público en los indicadores de salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014?</p> <p>¿Cómo ha impactado la eficacia de las políticas y estrategias sectoriales en los indicadores de salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014?</p> <p>¿Existen políticas y estrategias sectoriales para mejorar el logro de metas de salud del Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Conocer el impacto del gasto público y de las políticas y estrategias del Sector en los Indicadores de Salud en el Perú durante el periodo 2009-2014</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Conocer el impacto del Gasto Público en los Indicadores de Salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014.</p> <p>Conocer el impacto de la eficacia de las políticas y estrategias sectoriales en los indicadores de salud en el Perú durante el periodo 2009-2014.</p> <p>Desarrollar y proponer políticas y estrategias sectoriales para mejorar el logro de metas de salud del Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021.</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL: El gasto público y las políticas y estrategias del sector han tenido un impacto limitado en los indicadores de salud en el Perú durante el periodo 2009-2014.</p> <p>HIPOTESIS ESPECÍFICAS: El gasto público ha tenido un impacto limitado en los indicadores de salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014; por presupuesto sectorial insuficiente y por deficiencias en la asignación y gestión de recursos.</p> <p>Las políticas y estrategias sectoriales fueron parcialmente eficaces en los Indicadores de Salud en el Perú durante el Periodo 2009-2014, generando inequidad en su impacto por ubicación geográfica, situación socio-económica, étnico-cultural y niveles de urbanización.</p> <p>Existen Políticas y Estrategias de Gasto Público en Salud que permitirán mejorar el logro de Metas Sectoriales del Plan Bicentenario, El Perú Hacia el 2021.</p>	<p>VI = Gasto Público en Salud (X)</p> <p>VD = Indicadores de Salud (Y)</p> <p>VI = Eficiencia y eficacia del Gasto Público en Salud (X1)</p> <p>VD = Evolución de Indicadores de Salud (Y1)</p> <p>VI = Eficacia de las políticas y estrategias del sector salud (X2)</p> <p>VD = Calidad en impacto en los Indicadores de salud (Y2)</p> <p>VI = Políticas y estrategias del sector salud (X3)</p> <p>VD = Logro de metas de salud del Plan Bicentenario (Y2)</p>	<p>GASTO PÚBLICO EN SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gasto nacional en salud como porcentaje del PBI - Gasto público como porcentaje del gasto total - Gasto Per Cápita en Salud <p>INDICADORES DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cobertura de vacunación - Desnutrición crónica de niños menores a cinco años - Egreso hospitalario - Esperanza vida al nacer - Razón mortalidad materna - Tasa de morbilidad - Tasa de mortalidad general - Tasa de mortalidad infantil - Tasa global de fecundidad <p>- Porcentaje de ejecución presupuestal anual.</p> <p>- Avance físico de meta presupuestal</p> <p>- Evaluación de la ejecución presupuestaria del gasto</p> <p>- Evaluación de impacto de políticas y estrategias del sector salud.</p> <p>- Evaluación de evolución de indicadores de salud</p> <p>- Tasa Crecimiento Promedio Anual (%) 2009-2014</p> <p>- Metas de salud del Plan Bicentenario y OMS</p> <p>- Proyección indicador del 2014 al 2021</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Investigación Retrospectiva y Cuantitativa Correlacional de tipo No Experimental Longitudinal con Diseño de Tendencia</p> <p>POBLACIÓN: Conformada por los usuarios internos y externos del Sector Salud que brindan servicios de salud público a nivel nacional.</p> <p>MUESTRA: La muestra mínima se ha seleccionada por conveniencia a la población asegurada por el Sistema Integral de Salud a nivel nacional que es el 76 % de regiones (19 regiones).</p> <p>RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observación directa y participativa - Análisis documental y de datos: Portal de Transparencia Económica; INEI ENDES; BCR; MINSA; OMS. - Técnicas de análisis de datos: Procesados estadísticamente correlacionando las variables e indicadores <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de tablas y cuadros - Tabulación estadística SPSS - Aplicación medidas de posición <p>PROCESAMIENTO DATOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de orden cuantitativo y cualitativo (interpretativas) en el análisis correlativo de datos - Se contrasta cada hipótesis de investigación mediante la regresión econométrica

Fuente: Elaboración e interpretación propia del autor.