



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución - 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Vea una copia de esta licencia en <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>





FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ECONOMÍA

Tesis

Inversión en infraestructura de salud y acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018

Para optar el título profesional de Economista

Autores:

Jair Ushiñahua Tello

<https://orcid.org/0000-0001-8175-9307>

Martha Elena Flores Macahuachi

<https://orcid.org/0000-0002-1579-294X>

Asesora:

Econ. Mg. Flor de María Torres Gálvez

<https://orcid.org/0000-0003-1989-2953>

Co-asesora:

Econ. Mtra. Olga Adriana Arévalo Cueva

<https://orcid.org/0000-0001-8586-0373>

Tarapoto, Perú

2023



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN

Tesis

Inversión en infraestructura de salud y acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018

Para optar el título profesional de Economista

Autores:

Jair Ushiñahua Tello

Martha Elena Flores Macahuachi

Sustentado y aprobado el 31 de marzo del 2023, por los siguientes jurados:

Presidente de jurado
Econ. Dr. Réniger Sousa
Fernández

Secretario de jurado
Econ. Mg. Juan Segundo
Ríos Pérez

Vocal de jurado

CPC. M. Sc. Oscar Antonio Pineda Morales

Asesora
Econ. Mg. Flor de María
Torres Gálvez

Co asesora
Econ. Mtra. Olga Adriana
Arévalo Cueva

Tarapoto, Perú

2023



**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE SAN MARTÍN**



**FACULTAD DE
CIENCIAS ECONÓMICAS**

TELÉFONO: 042 - 480134 (ANEXO 3100)
Df. AXIOMARCA N° 334 - CIUDAD UNIVERSITARIA - MORALES

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN CONDUCENTES A GRADOS Y TÍTULOS Nº 003

Jurado reconocido con Resolución N° 076-2020-UNSM/FCE-CF/NLU, Facultad de Ciencias Económicas, Escuela profesional de Economía/Programa de pregrado.

En el auditorio de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de San Martín, a las **8:30 horas** del día **viernes 31 de marzo del año dos mil veintitrés**, inició al acto público de sustentación del trabajo de investigación:

"INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA DE SALUD Y ACCESO A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS EN LA REGIÓN SAN MARTÍN 2013 - 2018"; para optar título profesional de **ECONOMISTA**, presentado por las bachilleres: **JAIR USHIÑAHUA TELLO y MARTHA ELENA FLORES MACAHUACHI**, con la asesoría de la **Mg. FLOR DE MARÍA TORRES GÁLVEZ**.

Instalada la Mesa Directiva conformada por el **DR. RÉNIGER SOUSA FERNÁNDEZ** (presidente del jurado), **Mg. JUAN SEGUNDO RÍOS PÉREZ** (secretario), **M.Sc. OSCAR ANTONIO PINEDA MORALES** (vocal), y acompañada por la **Mg. FLOR DE MARÍA TORRES GÁLVEZ** (asesora); y la **MTRA. OLGA ADRIANA ARÉVALO CUEVA** (Co asesora); el presidente del jurado dirigió brevemente unas palabras y a continuación el secretario dio lectura a la **Resolución N° 076-2020-UNSM/FCE-CF/NLU**.

Seguidamente los autores expusieron el trabajo de investigación y el jurado realizó las preguntas pertinentes, respondidas por los sustentantes y eventualmente, con la venia del jurado, por la asesora.

Una vez terminada la ronda de preguntas el jurado procedió a deliberar para determinar la calificación final, para lo cual dispuso un receso de quince (15) minutos, con participación de la asesora con voz, pero sin voto; sin la presencia de las sustentantes y otros participantes del acto público.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE SAN MARTÍN**



**FACULTAD DE
CIENCIAS ECONÓMICAS**

TELÉFONO: 042 - 480334 (CENTRO J100)
30. AMORARCA N° 334 - CIUDAD UNIVERSITARIA - MORALES

Luego de aplicar los criterios de calificación con estricta observancia del principio de objetividad y de acuerdo con los puntajes en escala vigesimal (de 0 a 20), según el Anexo 4.2 del RG – CTI, la nota de sustentación otorgada resultante del promedio aritmético de los calificativos emitidos por cada uno de los miembros del jurado fue, 16; tal como se deja constar.

Se deja constancia que la presente acta se inscribe en el Libro de Sustentaciones N° 001 de la Facultad de Ciencias Económicas.

Firman los integrantes del Jurado; los autores del trabajo de investigación y el Asesor en señal de conformidad, dando por concluido el acto a las 9:30 horas, el mismo día.

DR. RÉNIGER SOUSA FERNANDEZ
Presidente

Mg. JUAN SEGUNDO RÍOS PÉREZ
Secretario

M.Sc. OSCAR ANTONIO PINEDA MORALES
Vocal

JAIR USHIÑAHUA TELLO
Autor 1

MARTHA ELENA FLORES MACAHUACHI
Autor 2

Mg. FLOR DE MARÍA TORRES GÁLVEZ
Asesor

Mtra. OLGA ADRIANA AREVALO CUEVA
Co asesora

Declaratoria de autenticidad

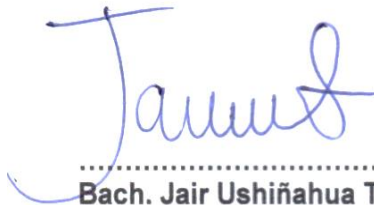

Jair Ushiñahua Tello, con DNI N° 71196405 y **Martha Elena Flores Macahuachi**, con DNI N° 72434797 egresados de la Facultad de Ciencias Económicas, Escuela Profesional de Economía, de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la tesis titulada: **Inversión en infraestructura de salud y acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018**.

Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumimos bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de nuestro accionar, sometiéndonos a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín.

Tarapoto, 31 de marzo de 2023.

Bach. Jair Ushiñahua Tello

DNI N° 71196405




Bach. Martha Elena Flores Macahuachi

DNI. N° 72434797

Ficha de identificación

<p>Título del proyecto Inversión en infraestructura de salud y acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018</p>	<p>Área de investigación: Línea de investigación: Sublínea de investigación: Grupo de investigación (indicar resolución): Tipo de investigación: Básica <input type="checkbox"/> Aplicada <input checked="" type="checkbox"/> Desarrollo experimental <input type="checkbox"/></p>
<p>Autores: Jair Ushiñahua Tello Martha Elena Flores Macahuachi</p>	<p>Facultad de Ciencias Económicas Escuela Profesional de Economía https://orcid.org/0000-0001-8175-9307 https://orcid.org/0000-0002-1579-294X</p>
<p>Asesor: Econ. Mg. Flor de María Torres Gálvez</p>	<p>Dependencia local de soporte: Facultad de Ciencias Económicas Escuela Profesional de Economía. Unidad o Laboratorio: https://orcid.org/0000-0003-1989-2953</p>
<p>Coasesor: Econ. Mtra. Olga Adriana Arévalo Cueva</p>	<p>Contraparte científica: Facultad o Institución: Unidad o Laboratorio: País: Perú https://orcid.org/0000-0001-8586-0373</p>

Dedicatoria

La presente tesis dedico a Dios por ser el inspirador y darme fuerzas para continuar con este proceso de obtener uno de mis anhelos más inspirados, a mis padres Lindey y Natividad, por su amor, trabajo y sacrificio todos estos años, gracias a ellos eh logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

Jair

En primer lugar, dedico esta tesis a Dios por guiarme y permitirme llegar a esta etapa de mi vida profesional, con mucho amor dedico a mis padres Edward y Daicy quienes me apoyan en cada decisión y a mi hija Luanna quien es el motor y motivo para seguir cumpliendo mis metas.

Martha Elena

Agradecimiento

Agradecemos a la Universidad Nacional de San Martín por habernos brindado las enseñanzas para poder estudiar nuestra carrera.

A los diferentes maestros que nos tocaron en nuestra carrera universitaria gracias por brindarnos sus conocimientos.

A nuestra Asesora Econ. Mg. Flor de María Torres Gálvez y Co-Asesora Econ. Mtra. Olga Adriana Arévalo Cueva por brindarnos su tiempo y dedicación para guiarnos durante este proceso de la tesis.

A los miembros del jurado calificador Econ. Dr. Réniger Sousa Fernández, Econ. Mg. Juan Segundo Ríos Pérez, CPCC. M.Sc. Oscar Antonio Pineda Morales, por tomarse el tiempo de leer el presente trabajo y los comentarios hechos al respecto.

A todas las personas que de una y otra forma nos brindaron sus apoyos en la realización de nuestra tesis.

Jair & Martha E.

Índice general

Ficha de identificación	6
Dedicatoria	7
Agradecimiento	8
Índice general	9
Índice de tablas	11
Índice de figuras	12
RESUMEN	13
ABSTRACT	14
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN	15
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.2. Fundamentos teóricos	23
CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS	31
3.1. Ámbito y condiciones de la investigación	31
3.1.1. Contexto de la investigación	31
3.1.2. Periodo de ejecución	31
3.1.3. Autorizaciones y permiso	31
3.1.4. Control ambiental y protocolo de bioseguridad	31
3.1.5. Aplicación de principios éticos internacionales	32
3.2. Sistema de variables	32
3.2.1. Variables principales	32
3.2.2. Variables secundarias	32
3.3 Procedimientos de la investigación	34
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
4.1 Resultado específico 1	37
4.2 Resultado específico 2	39
4.3. Resultado específico 3	42

	10
4.4. Resultado general	44
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	55

Índice de tablas

Tabla 1 Descripción de variables por objetivo específico 1	33
Tabla 2 Descripción de variables por objetivo específico 2	33
Tabla 3 Descripción de variables por objetivo específico 3	33
Tabla 4 Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro de Salud en la Región San Martín 2013-2018	38
Tabla 5 Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) en la Región San Martín 2013-2018	41
Tabla 6 Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro Social de Salud (EsSalud) en la Región San Martín 2013-2018	43
Tabla 7 Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018	46

Índice de figuras

Figura 1 Ubicación geográfica de la región San Martín	31
Figura 2 Diseño de la investigación	34
Figura 4 Influencia de la inversión en infraestructura de salud para que se beneficie el acceso al Seguro de Salud en la Región San Martín 2013-2018 (PIM)	38
Figura 6 Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) en la Región San Martín 2013-2018 (PIM)	40
Figura 7 Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro Social de Salud (EsSalud) en la Región San Martín 2013-2018 (PIA)	42
Figura 8 Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro Social de Salud (EsSalud) en la Región San Martín 2013-2018 (PIM)	42
Figura 9 Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018 (PIA)	44
Figura 10 Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018 (PIM)	45

RESUMEN

Inversión en infraestructura de salud y acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018

El estudio tuvo como objetivo principal: determinar cómo influye la inversión en infraestructura de salud para que se favorezca el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018. La metodología fue de tipo aplicada con diseño no experimental – longitudinal con un nivel correlacional-descriptivo, además, la muestra conformada base de datos y registros de la inversión en infraestructura de salud y el acceso a los servicios hospitalarios, para ello se aplicó una guía de análisis documental. Los principales hallazgos indicaron que no siempre el valor del presupuesto de apertura (PIA) contribuye en el acceso al seguro de salud o se asocia con el aumento del mismo. Asimismo, se ubicó que no siempre mientras mayor sea el valor del presupuesto modificado mayor será la población afiliada al seguro de salud, o que no siempre el valor del presupuesto modificado (PIM) contribuirá a una elevación del acceso al seguro de salud. Además, no existe una relación significativa entre la inversión en infraestructura de salud y el acceso al Seguro de Salud en la Región San Martín 2013-2018, debido a que su valor de significancia bilateral fue $0,173 > 0,05$. Se concluyó que, la inversión en infraestructura de salud no influye significativamente en el acceso al seguro de Salud, pudiendo existir otros factores que inciden en su aumento, tales como que las personas accedan a un trabajo formal.

Palabras claves: Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), Presupuesto Institucional Modificado (PIM), Inversión en infraestructura, acceso servicios hospitalarios.

ABSTRACT

Investment in health infrastructure and access to hospital services in the San Martín Region 2013-2018

The main objective of the study was to determine how investment in health infrastructure influences access to hospital services in the San Martín Region for 2013-2018. The methodology was of applied with non-experimental design - longitudinal with a correlational-descriptive level, furthermore, the sample was conformed by database and records of investment in health infrastructure and access to hospital services. A documentary analysis guide was applied for this purpose. The main results indicated that the value of the opening budget (IOP) does not always contribute to access to health insurance or is associated with an increase in access to health insurance. Likewise, it was found that the higher the value of the modified budget, the higher the population affiliated to health insurance, or that the value of the modified budget (MIP) does not always contribute to an increase in access to health insurance. In addition, there is no significant relationship between investment in health infrastructure and access to health insurance in the San Martín Region 2013-2018, because its bilateral significance value was $0.173 > 0.05$. It was concluded that investment in health infrastructure does not significantly influence access to health insurance, and that there may be other factors that influence its increase, such as people's access to formal employment.

Key words: Opening Institutional Budget (OIB), Modified Institutional Budget (MIP), investment in infrastructure, access to hospital services.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

La salud es un derecho fundamental en el hombre, y en estos momentos críticos que atraviesa el país y el mundo, es fundamental que se valore mucho más, por ello su disponibilidad es fundamental para una sociedad que necesita enfrentarse a los riesgos de nuevas enfermedades y patologías y, cada estado tiene que preocuparse por ello para alcanzar niveles óptimos de salud y una mayor calidad y esperanza de vida. De la apreciación anterior, es fundamental mencionar que los problemas en salud aún se generan alrededor del mundo, fundamentalmente en el acceso a este servicio. Tal como lo menciona la Organización Panamericana de la Salud OPS (2017), los países de las Américas, siguen siendo lugares donde aún existe un desequilibrio en el acceso a los servicios de salud de manera integral. Además, durante los años 2013 y 2014, pudieron haberse evitado cerca de 1.2 millones de fallecimientos, si los sistemas de salud de los países hubieran sido los adecuados, y se hubieran entregado de manera oportuna y accesible.

También cabe resaltar que, en países de Suramérica como Perú, Colombia, Brasil y Argentina, casi no se emplean los servicios de salud a modo preventivo, debido a que, en promedio de 100 personas 15 a 21 mencionan que han visitado los establecimientos una vez al año para prevenir posibles enfermedades, y cuanto más pobre sean los habitantes de un país menor será esta actitud que tomen. Justamente las consecuencias se perciben en aquellos que son más vulnerables, en riesgo de mortalidad de todo tipo. Una de las posibles causas de esta situación se encuentra en la influencia de un buen financiamiento y un mal empleo de los recursos disponibles, por tanto, las barreras financieras dificultan que se pueda generar dichos problemas e incluso desigualdades. Entre las muertes y problemas que trae el ineficiente acceso a los servicios de salud, se resaltan las muertes maternas ocasionadas por una inadecuada prestación de servicio de salud, ya que, se han generado cerca del 81% de muertes de este tipo (Organización Panamericana de Salud, 2017).

La Organización Mundial de la Salud OMS (2019), también refuerza el hecho de que la desigualdad en el acceso a los servicios de salud hace que la esperanza de vida sea diferente entre las personas, existiendo una brecha de esperanza de vida de 18.1 años entre los países ricos y pobres. Dicha desigualdad puede deberse a que los gobiernos no están invirtiendo lo suficiente en salud, además, la población de más bajos recursos o de una clase media baja no obtiene lo que necesita; mientras que, las personas que

disponen de más riqueza, se atienden en entidades privadas que comúnmente otorgan una atención de calidad.

A nivel nacional, diversos especialistas han advertido sobre la problemática del acceso al sistema de salud peruano. En este sentido, Soto (2019), señaló las limitantes de la cobertura del sistema de salud. Así, por ejemplo, en el caso del Sistema Integral de Salud (SIS) el acceso está restringido a quienes ganan menos de 100 dólares al mes. Dicho requerimiento limita el acceso a la mayoría de personas, dado que, a pesar de ganar un sueldo mínimo no clasifican a la categoría de pobre o pobre extremo. En consecuencia, se ha podido generar que exista cerca de 12 000 pacientes con insuficiencia renal que no tiene acceso al tratamiento por no estar afiliados a ningún sistema de salud. Por otro lado, Soto (2019) también resaltó que los establecimientos de salud no cuentan con la infraestructura adecuada para poder brindar servicios de salud de calidad. En esa línea, un informe de La Contraloría General de la República (2018), expuso que el 53% de los centros de estudios por imágenes en establecimientos de atención de mediana y alta complejidad del sistema de salud (incluyendo el Seguro Social ESSALUD, Ministerio de Salud y Fuerzas Armadas); no cuentan con la infraestructura adecuada. Además, el 53% no puede ofrecer los ambientes propicios.

Ambos problemas mencionados mantienen relación entre sí; no obstante, puntualmente se procederá a investigar el acceso a los servicios de salud, dado que también logra evidenciarse en la región San Martín. La deficiencia en ese ámbito obedecería a la ineficaz inversión destinada a la infraestructura y equipamiento por parte de las autoridades regionales, tanto las pertenecientes al gobierno regional como a la dirección regional de salud; impidiendo una satisfactoria construcción de nuevos hospitales y la adquisición de nuevas tecnologías a fin de optimizar la atención de la salud. En este contexto cabe precisar que, de conformidad con los comentarios de los trabajadores de salud, que muchos pacientes de lugares alejados de la ciudad necesitan reciben atención especializada; sin embargo, los centros hospitalarios habilitados no disponen del personal médico requerido y de las herramientas para garantizar una intervención apropiada y, mucho menos, proceder con un servicio de hospitalización ya que no se cuentan con espacios operativos para tal función.

Es válido señalar que, de seguir con esta coyuntura problemática, muchos de los beneficiarios al seguro de salud no podrían acceder a servicios sanitarios de calidad; sea en materia de accesibilidad como en términos de la atención misma. Por consiguiente, la situación podría agravar el padecimiento de una enfermedad al prolongar y/o intensificar la afectación de los síntomas; inclusive podría aumentar la tasa

de mortalidad de los pobladores sanmartinenses, constituyendo así, un problema social alarmante. De este modo, es importante conocer la vinculación que existe entre la inversión en infraestructura y el acceso a los servicios de salud, para así poder plantear alternativas que puedan orientarse a la mejora y disponibilidad de los servicios, o comprender aquellos otros factores involucrados para la toma de acciones en base a los resultados obtenidos, buscando, en general, asegurar la calidad de vida de la comunidad.

A partir de ello, se formuló el siguiente problema: ¿Cómo influye la inversión en infraestructura de salud para que se favorezca el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018? Ante lo mencionado la hipótesis general fue: La inversión en infraestructura de salud influye significativamente en el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018. Asimismo, tuvo como objetivo general: determinar cómo influye la inversión en infraestructura de salud para que se favorezca el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018, mientras que sus objetivos específicos fueron, identificar cómo influye la inversión en infraestructura de salud para que se beneficie el acceso al Seguro de Salud en la Región San Martín 2013-2018, establecer cómo influye la inversión en infraestructura de salud para que se favorezca el acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) en la Región San Martín 2013-2018; identificar cómo influye la inversión en infraestructura de salud para que se beneficie el acceso al Seguro Social de Salud (EsSalud) en la Región San Martín 2013-2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Internacionales.

Lan et al. (2021), en su investigación “Inversiones gubernamentales en infraestructura hospitalaria entre regiones y su eficiencia en China: una evaluación de la construcción de edificios”, China. Tuvo como objetivo averiguar si la inversión eficiente de infraestructuras hospitalarias es menor, considerando que predomina el principio de equidad. El estudio se caracterizó por ser cuantitativo, de nivel correlacional, de diseño no experimental y corte transversal. Por otro lado, se empleó como técnica el análisis documental en 330 proyectos de construcción de edificios hospitalarios. Se apreció una leve concentración de inversiones gubernamentales en regiones económicamente desarrolladas; mientras que se reconoció una asociación negativa con el desarrollo económico regional con la eficiencia de la inversión en establecimientos hospitalarios. Se concluyó que China no destina mayoritariamente su inversión en infraestructura hospitalaria en regios de condiciones socioeconómicas menos favorables.

Kapologwe (2020), en su estudio “Desarrollo y mejora de las instalaciones públicas de atención primaria de la salud con infraestructura de servicios quirúrgicos esenciales: una estrategia para lograr la cobertura sanitaria universal en Tanzania”, Tanzania. Tuvo como finalidad evaluar la gestión pública en aras de beneficiar la infraestructura de las instalaciones de atención primaria de salud entre 2005 y 2019. Posee un enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, diseño no experimental y corte transversal. Asimismo, se aplicó como técnica la guía documental. Entre los resultados se obtuvo que la demanda de nuevas edificaciones de atención sanitaria es alta, contemplando que sólo el 17,4% de los 115 hospitales podían otorgar servicios de transfusión de sangre y el 33% (1673), cuentan con agua corriente y el 5,1%, un sistema de telecomunicaciones fijo. Se concluye que se requiere de una mayor inversión destinada a la construcción de centros de salud y refacciones en los ya existentes.

Iwegbu y Oguntunde (2020), en su estudio “El papel de la infraestructura sanitaria en la incidencia de la mortalidad en Nigeria”, Nigeria se propuso establecer la influencia de la infraestructura de salud sobre la tasa de mortalidad (infantil, menores de cinco años y materna). Se aplicó una guía de análisis documental considerando los datos de población y nutrición del Banco Mundial durante el periodo 2000 y 2017, siendo un estudio cuantitativo, aplicado, explicativo, no experimental y longitudinal. Se halló que la

cantidad de médicos y enfermeras disponibles, se consideran infraestructura de salud clave que reducen la incidencia de mortalidad. Además, la disponibilidad de instalaciones de saneamiento básico, de servicios básicos de agua potable, así como la cantidad de camas de hospital disponibles y la provisión de instalaciones de inmunización actuales, no son suficientes para reducir la incidencia de mortalidad. Por ello, se concluye que se debe invertir masivamente en la provisión de infraestructura de salud aumentando su gasto en el sector de la salud desde el promedio para alcanzar el estándar mínimo recomendado por la UNESCO para un país en desarrollo.

Kumar (2019), en su estudio “Escenario de la infraestructura de salud en la India y su aumento después de la independencia”, India. Se propuso conocer el escenario de infraestructura de salud en India, por lo que se aplicó una guía de análisis documental, siendo un estudio aplicado, descriptivo, no experimental y longitudinal. Se obtuvo que la mayoría de los hospitales de la India ni siquiera tienen instalaciones básicas como suministro de agua, electricidad y ni siquiera simples analgésicos. Existe la necesidad de una asociación del sector privado. Es necesario mejorar la infraestructura médica, mediante la construcción de clínicas rurales, el desarrollo de sistemas de TI de salud optimizados, la estandarización de los procedimientos de diagnóstico y la mejora de la eficiencia. una forma de mejorar el estado de la atención primaria en India. La conclusión fue que existe una necesidad urgente de mejorar la infraestructura. Tanto el sector público como el privado deben unirse para construir la infraestructura y desarrollar los conjuntos de habilidades necesarios para brindar atención.

Kerr y Hendrie (2018), en su investigación “¿La inversión de capital en los hospitales australianos financia efectivamente el acceso de los pacientes a una atención hospitalaria pública eficiente?”, Australia, Tuvo como finalidad describir si la inversión en hospitalarios contribuye con la disponibilidad de cobertura sanitaria. El enfoque fue cuantitativo, nivel descriptivo, diseño no experimental y corte transeccional. Asimismo, la técnica aplicada fue el análisis documental. Se halló que los sistemas australianos de gestión de capital para hospitales públicos no concuerdan con las directrices respecto a la eficiencia de asignación, productividad y eficiencia dinámica en favor de los servicios de salud. Cabe añadir que Australia se ubicó en una posición por debajo del promedio en el financiamiento del acceso a hospitales de funcionamiento competente. La conclusión fue que las áreas de administración de capital no se ciñen oportunamente a las políticas que se direccionan a velar por la disponibilidad a servicios de salud en Australia.

Tangcharoensathien, Witthayapipopsakul, Panichkriangkrai, Patcharanarumol y Mills (2018), en su estudio “Desarrollo de sistemas de salud en Tailandia: una plataforma sólida para la implementación exitosa de la cobertura universal de salud”, Tailandia. Tuvo como objetivo conocer la evolución de la inversión en infraestructura de salud y su importancia en la cobertura universal de salud. Se aplicó una guía de análisis documental, siendo un estudio cuantitativo, aplicado, descriptivo, no experimental y longitudinal. Se encontró que desde 1970, el desarrollo sanitario se ha centrado en la inversión en infraestructura de salud a nivel de distrito. Desde 1975, los planes de seguros específicos para diferentes grupos de población mejoraron el acceso financiero a la atención médica hasta la implementación de la cobertura universal de salud en 2002. La evidencia empírica muestra una reducción sustancial en los niveles de pagos y los gastos ingentes en salud. Se concluyó que la inversión en infraestructura de salud resultó importante para aumentar el acceso a los servicios públicos a través de las compras estratégicas bien diseñadas que contribuyeron a la eficiencia, la contención de costos y la equidad.

Setoodehzadeh, Rashidian y Sefiddashti (2018), en su estudio “Desarrollo de infraestructura de salud en áreas rurales y urbanas de Irán entre 1976 y 2011”, Irán. Tuvo como objetivo evaluar el estado regional del desarrollo de la infraestructura de salud entre 1976 y 2011. Se aplicó una guía de análisis documental considerando los datos nacionales de población y vivienda de 1976, 1986, 1996, 2006 y 2011, así como los datos del censo de salud, siendo un estudio aplicado, descriptivo, no experimental y longitudinal. Se halló que brecha entre las áreas rurales y urbanas y entre las diferentes regiones del país fue grande en 1976. La velocidad de construcción de los centros de salud fue muy lenta. Entre 1986 y 1996, las variables de infraestructura experimentaron una buena mejora. Después de la guerra, la tendencia ascendente continuó con mayor velocidad, por lo que la brecha entre las áreas rurales y urbanas disminuyó drásticamente, se llegó a la conclusión que Irán tuvo un gran desarrollo en las variables de infraestructura producto, probablemente, de varias organizaciones voluntarias. Aunque la brecha entre las áreas rurales y urbanas ha disminuido con el tiempo, la inequidad entre provincias aún es alta y este tema requiere más atención.

Aida (2017), en su estudio “Desarrollo regional a través de inversiones en la infraestructura de salud en Rumania, período de programación 2007-2013”, Rumania. Tuvo como objetivo conocer la situación de los proyectos financiados ejecutados con el apoyo financiero del Programa Operativo Regional 2007-2013. Se aplicó una guía de análisis documental, siendo un estudio aplicado, descriptivo, no experimental y longitudinal. Se halló una inadecuada calidad de infraestructura de los servicios

sanitarios es una de las cuestiones clave identificadas, cuya solución se buscó mediante el uso de fondos estructurales y de cohesión. La insuficiencia de fondos y los problemas encontrados especialmente en términos de déficit de recursos humanos en este ámbito, han hecho que la necesidad de mejorar el sistema médico persista dentro del período de programación 2014-2020. Se concluyó que las asignaciones financieras del período de programación fueron insuficientes. Es necesario un mayor esfuerzo de las autoridades locales para mejorar la infraestructura de salud, ya que, la inversión en infraestructura sanitaria y social contribuye a reducir las desigualdades en términos de salud y promueve la inclusión social al mejorar el acceso a los servicios sociales.

2.1.2. Nacionales

Blas (2017), en su estudio titulado “El presupuesto institucional y la prestación de los servicios de salud en el hospital nivel II de EsSalud Huánuco – 2014”, Huánuco. El estudio tuvo como objetivo determinar la incidencia del presupuesto institucional sobre la prestación de servicios de salud. Fue de tipo aplicada, de diseño no experimental transversal y nivel descriptivo correlacional. La muestra se conformó de 373 asegurados y al jefe de la unidad de presupuesto y el de seguros. Los instrumentos empleados fueron guías de observaciones, cuestionarios y entrevistas. Se halló que el presupuesto institucional influye en la prestación de servicios de salud en hospitales de nivel II de EsSalud. El 39% aseguró que la ejecución presupuestaria no es la mejor viéndose demostrado en los servicios que presta. El 28% manifestó que se necesita una mejor infraestructura. De este modo, se concluye que cuanto mejor sea el presupuesto que se destine a salud los servicios serán mejores.

Huincho (2019), en su estudio “Inversión pública en el sector salud y su impacto socioeconómico en la población beneficiaria del distrito de Ahuaycha – Tayacaja, ejecutado 2013”, Huancavelica. Su objetivo central fue determinar el impacto socioeconómico de la inversión pública en salud de los usuarios de la región. La metodología empleada fue el diseño no experimental de nivel descriptivo, explicativo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 117 familias beneficiarias. Los instrumentos empleados fueron los cuestionarios, guías de entrevista y fichas de registro. Se concluyó que la ejecución del proyecto de inversión redujo las muertes de las enfermedades más comunes que se suscitan en la región ya que hubo más personal y una mejor infraestructura.

Salazar y Yanác (2018), en su investigación “Influencia de la inversión pública en educación y salud en el desarrollo humano en el Perú en el periodo 2000-2015”, Huaraz.

Tuvo como objetivo diagnosticar la influencia de la inversión pública en educación y salud sobre el desarrollo humano en el Perú en el periodo 2000-2015. Fue de diseño no experimental de nivel descriptivo correlacional y corte transversal. La muestra estuvo conformada por el acervo documental del índice de desarrollo e inversión pública desde el 2000 hasta el 2015. Los instrumentos empleados fueron guías de análisis documental. Se concluyó que la inversión en salud posee variaciones que se dan de manera desfavorable, cayendo entre los años de 2001-2005. En general se encuentra deficiencias en estos aspectos reflejados en la carencia de recursos de salud.

Apolaya, Díaz y Rodríguez (2018), en su estudio “Correlación entre la inversión en establecimientos de salud y los indicadores de proceso de salud de la madre en regiones influenciadas por la segunda fase del programa de apoyo a la reforma del sector saludparsalud II”, Lima. Tuvo como finalidad evaluar la relación entre la inversión en establecimiento de salud y los indicadores de salud de madres en las regiones. Se aplicó una guía de análisis documental considerando los datos de inversiones en establecimientos de salud beneficiados por PARSALUD II, y del Sistema Integral en Salud, siendo un estudio cuantitativo, aplicado, relacional, no experimental y longitudinal durante el periodo 2000-2014. Se encontró que existe una relación directa/fuerte y significativa entre la inversión per-cápita y la administración de anticonvulsivantes en gestantes con hipertensión para el primer nivel ($r=0.98$, $p=0.01$), segundo ($r=0.87$, $p=0.02$) y para ambos niveles de atención ($r=0.83$, $p=0.03$). Existe una relación directa/fuerte entre la inversión per-cápita y la suplementación con hierro-ácido fólico en gestantes del primer nivel de atención ($r=0.56$, $p=0.001$). Conclusiones: Una mayor inversión en los establecimientos de salud se acompañaría de una mejora en los suministros necesarios para las madres gestantes.

Ordoñez (2017), en su investigación “La Inversión Pública y Privada en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014”, Lima. Tuvo como finalidad describir la evolución de la inversión pública, privada y su importancia en el desarrollo de la infraestructura de la salud durante el periodo 2000-2014. Se aplicó una guía de análisis documental, siendo un estudio cuantitativo, aplicado, explicativo, no experimental y longitudinal durante el periodo 2000-2014. Se estimó en los resultados un coeficiente de regresión igual a 0.03 ($t=5.797365$) en relación a la inversión pública. En tanto que, el coeficiente de la inversión privada resultó igual a 0.00862 ($t=3.986693$). Se concluye que hay un efecto crowding in entre la inversión pública y privada y el desarrollo de la infraestructura de la salud peruana.

2.1.3 Regionales y locales

Se hace mención de que no se encontraron antecedentes en el entorno local, por tanto, la investigación es novedosa y aporta al incremento de información sobre el tema.

2.2. Fundamentos teóricos

2.2.1. Inversión en infraestructura de salud

2.2.1.1. Inversión

La inversión es una propuesta de tipo económica y técnica para poder dar solución a un problema en base a una necesidad haciendo uso de distintos recursos, tanto materiales como humanos (Ministerio de Economía y Finanzas, MEF, 2010). La inversión pública es una herramienta fundamental para generar crecimiento en la economía de un país y así generar bienestar en la comunidad (Dirección General de Inversión Pública, 2016).

Adaptándolo al tema de investigación: inversión en infraestructura de salud, se concibe como toda aquella erogación de los recursos públicos para crear, ampliar o mejorar la infraestructura o conjunto de recursos estructurales y no estructurales en relación a una edificación que favorezca a que el sector salud funcione adecuadamente y otorgue las prestaciones pertinentes (Ministerio de Economía y Finanzas, 2010).

2.2.1.2. Objetivo de la inversión

El objetivo que persigue la inversión, esto gracias a la actuación de las entidades del estado, es sacarle el máximo provecho a los recursos del pueblo en proyectos que generen una mejora en la calidad de vida la sociedad, el cual puede favorecer a un corto o largo plazo. La inversión incluye desde la idea de la propuesta hasta la ejecución y culminación de la misma (MEF 2010). El Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP) que es la entidad que regula estos aspectos busca lograr los siguientes objetivos: favorecer la aplicación del ciclo del proyecto invertido, fortificar la labor de planificación del sector público y generar entornos favorables para que se elaboren los planes de inversión pública en varios periodos de tiempo, generalmente de varios años, no menos de 3 años (MEF 2010).

2.2.1.3. Proceso para ubicación del establecimiento de salud

Existen diversos criterios, entre ellos se encuentra el relacionado a la disponibilidad de los servicios básicos, lo cual quiere decir que el terreno debe poseer todos los servicios básicos, así como la red de desagüe general. También debe ser una zona accesible, según a la estructura vial, para favorecer el tránsito fluido de los usuarios y trabajadores. Además, estos establecimientos deben estar en zonas seguras y con estabilidad. Deben

tener un diseño arquitectónico que favorezca la circulación, ambiente ergonómico para asegurar la comodidad, la funcionalidad de los recursos hospitalario y que evite riesgos para la salud (Ministerio de Salud [MINSA], 2015).

2.2.1.4. Órgano técnico-normativo a cargo de la infraestructura hospitalaria

La Dirección de Infraestructura es un órgano de línea de la Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento (DGIEM) del MINSA, la cual cumple el rol de realizar labores de asesoramiento en la organización y catastro de las dependencias públicas del sector salud, además, realiza normas técnicas y desarrolla investigaciones de pre-inversión con respecto a la infraestructura hospitalaria. Esta a su vez tiene dos unidades: la unidad funcional de estudios y la unidad funcional de obras (Congreso de la República, 2016).

2.2.1.5. Establecimiento de salud.

Se tratan de establecimientos en donde se dan la atención, pudiendo ser de tipo ambulatorio o por medio del internamiento, a modo de prevenir, promocionar, diagnosticar, tratar y rehabilitar, de tal modo que mantengan o restablezcan la salud de los beneficiarios o usuarios que optan por el servicio en dicho lugar. Viene a ser una unidad operativa que otorga servicios de salud, de acuerdo a su nivel y categoría. Contempla distintos recursos como en toda organización y también ejecuta actividades para prevenir riesgos laborales dañinos a la salud entre otros para otorgar buena salud a individuos y sociedad en general. Según el Reglamento Nacional de Edificaciones, estas son de categoría esencial (MINSA, 2015). Los establecimientos de salud vienen a ser instalaciones básicas para dar el servicio hospitalario de manera confiable y con calidad. La entrega obligatoria de una buena atención a los beneficiarios, se vincula con las herramientas y/o recursos, los cuales tienen que ser los óptimos siempre, volviéndose una exigencia el encontrarse en el mejor estado posible (Ministerio de Salud Pública, 2015).

2.2.1.6. Importancia de la infraestructura hospitalaria

La infraestructura de salud, es fundamental para así poder otorgar de manera constante los servicios de salud a los pobladores. El mejorar la infraestructura de los centros hospitalarios, incide de manera favorable no únicamente a la economía y su crecimiento, sino también, cuando se invierte en esta área (dando trabajo al sector construcción y a los profesionales de la salud mental), se cubre las necesidades hospitalarias de los pobladores mejorando su salud (Congreso de la República, 2016). El proyecto para poder desarrollar o ejecutar la construcción de una infraestructura de salud, favorecerá

a la mejora de la infraestructura física, para que se atienda a las necesidades básicas de los pobladores, asegurando el cumplimiento de ciertos estándares para otorgar la atención pertinente (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

2.2.1.7. Evaluación de la inversión en infraestructura de salud

Para evaluar la inversión en infraestructura de salud, se considera como definición de inversión pública a las erogaciones de los recursos del estado para poder emplearlos en la creación, ampliación o mejoramiento del capital físico social o que le pertenece a este, para así incrementar la capacidad que tiene la nación en entregar productos y servicios a la comunidad (MEF, 2010). Según el MINSA (2015), la infraestructura en salud, se refiere al conjunto de recursos estructurales y no estructurales organizados con respecto a una edificación, el cual facilite el funcionamiento del sector salud en lo referente a sus prestaciones. De esta manera, se entiende que la inversión en infraestructura de salud es toda aquella erogación de los recursos públicos para crear, ampliar o mejorar la infraestructura o conjunto de recursos estructurales y no estructurales en relación a una edificación que favorezca a que el sector salud funcione adecuadamente y otorgue las prestaciones pertinentes. Así mismo, dentro de sus dimensiones se considera:

Presupuesto Institucional de Apertura (PIA): Es el presupuesto inicial de una entidad del estado que ha sido aprobado por la autoridad respectiva y que dispone de los fondos que se estipulan para gasto del año corriente. Ciertos créditos presupuestarios se establecen por decreto supremo en caso de las entidades descentralizadas (MEF, 2013). En ese sentido esta dimensión tuvo como indicador el valor del presupuesto de apertura, realizados por un periodo de 6 años desde el 2013 al 2018.

Presupuesto Institucional Modificado (PIM): Se basa en un presupuesto, el cual es actualizado por la entidad del estado debido a que se realizan modificaciones en el presupuesto en el mismo año fiscal en base al PIA (MEF, 2013). Por ello, la presente dimensión tuvo como indicador de estudio el valor del presupuesto modificado estipulado entre los años 2013 y 2018.

2.2.2. Acceso a los servicios de salud

Este se basa en el acceso a las prestaciones de servicios de tipo hospitalario, los cuales tienen que cumplir con la calidad, accesibilidad y disponibilidad hacia el beneficiario, siendo elementos que favorecen y caracterizan a un buen sistema de salud, en favor del bienestar del usuario, para que de este modo pueda llevar una vida productiva

(Secretaría de Salud, 2002). Es necesario que los servicios de salud estén disponibles debido a que, toda persona sin distinción, debe satisfacer su necesidad ser atendido y mejorar su salud, por ello el tener establecimientos con todos los recursos disponibles para poder atender a las personas, es fundamental. Aunque la disponibilidad sea algo básico, también se consideran otros aspectos para poder efectivizarla. Cabe precisar que, el hecho de que un servicio esté disponible, no implica necesariamente que un individuo lo emplee. La accesibilidad posee elementos como la distancia, los horarios de atención, las dotaciones y otras particulares para demandar el servicio (Sánchez, 2015).

2.2.2.1. La accesibilidad en salud

La accesibilidad se puede enfocar desde tres aspectos:

Como parte del proceso de instauración de políticas públicas: Esta se basa en buscar mejorar la calidad de vida para la comunidad, donde el estado tiene que afrontar distintas dificultades, como las políticas, el presupuesto, etc. Aunque se prioriza la accesibilidad, ya que, al no existir se genera una brecha para su implementación.

Como un pilar de la política pública integral establecido por la OMS: según la entidad, el derecho a la salud se compone de cuatro elementos fundamentales y entre ellos se encuentra la accesibilidad:

- i. Disponibilidad: se tiene que poseer cierta cantidad de establecimientos, servicios y bienes de salud.
- ii. Accesibilidad: Consta que todos los recursos deben estar al alcance de la comunidad que lo necesita, sin distinguir o discriminar, debe ser accesible de manera física, económica, deben otorgar la información pertinente a los usuarios para que sean atendidos de manera eficiente y efectiva.
- iii. Aceptabilidad: la totalidad de los establecimientos tienen que respetar la ética profesional, con enfoque inclusivo, intercultural y sensibles a las necesidades de género y el ciclo de vida.
- iv. Calidad: el establecimiento tendrá que otorgar una adecuada atención en las mejores condiciones, según la necesidad de los usuarios. Se basaría en el medio necesario para hacer realidad el bienestar de los individuos expresado en su satisfacción por el servicio.

El acceso al mejor estándar accesible de salud física y mental es un derecho humano fundamental y un imperativo moral para las naciones (Soto, 2019).

Como eslabón que vincula los procesos de oferta y demanda: dicho de otro modo, no es suficiente que existan las condiciones necesarias para otorgar el servicio, las personas deben necesitarla y usarla.

2.2.2.2. Salud

Al habla de salud se hace referencia a una condición necesaria para que una persona se desarrolle y como un canal básico para conseguir el bienestar personal y social. Es por ello que proteger la salud es una función pública y deber del estado, con respecto a su regulación, vigilancia, promoción y protección (Ley N° 26842, 2018).

También se establece en esta Ley que:

- i. Todo individuo posee el derecho de ser protegido en su salud según como establece la ley.
- ii. Dicho derecho no es renunciabile.
- iii. El Estado tiene el deber de mantener la salud pública.
- iv. La salud pública también es compartida por la persona, la comunidad y el estado.
- v. El Estado no puede renunciar a otorgar salud a la población.
- vi. El Estado intercede para provisionar el servicio médico en base a un equilibrio de necesidades (Congreso de la República, 2016).

2.2.2.3. Sistema de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), hace referencia a un sistema de salud que admite a toda entidad, recursos materiales y humanos que estén orientados a la mejora de la salud. La OMS ha sentido la aflicción de líderes con respecto a la necesidad de fortalecer estos sistemas. Cualquier sistema de salud necesita un sin número de recursos para cubrir las necesidades de la población. El Sistema del Sector Salud en el Perú, se compone del MINSA, en el cual se encuentra el Seguro Integral de Salud (SIS), siendo un asegurador social, autónomo administrativo, también se encuentra el Seguro Social de Salud anexo al Ministerio de Trabajo, las sanidades de las Fuerzas Armadas vinculadas al Ministerio de Defensa; la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, vinculada al Ministerio del Interior y, finalmente, se encuentran las instituciones del sector privado (Congreso de la República, 2016).

2.2.2.4. Factores negativos hacia el servicio de salud

Aquellos factores que inciden de manera negativa y hacen difícil el desarrollo de las actividades dentro de sector salud: son, el deficiente estado de la infraestructura, los materiales en mal estado, baja calidad de medicamentos, problemas en la gestión, poca capacitación del personal, así como deficiencias en la selección de los mismos y pocos recursos financieros (Congreso de la República, 2016).

2.2.2.5. Servicios de salud

Al hablar de servicios de salud, se hace referencia a la prestación del mismo, que es la unidad básica la cual ampliamente aúna los procesos brindados a los beneficiarios en los establecimientos de salud. Con respecto a las entidades que son prestadoras de tal servicio (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS), se trata de organizaciones ya sean privadas o públicas, que se establecen como personas naturales o jurídicas y que posean la capacidad de brindar servicios de salud (MINSA, 2015).

Se consideran los dos principales seguros que existen en la nación (Gobierno del Perú, 2020):

Seguro Integral de Salud (SIS): Se trata de un seguro que está orientado a las personas de nacionalidad peruana y extranjera que residen en el país que no poseen algún tipo de seguro, dicho seguro cubre las medicinas, procesos, operaciones, bonos de sepelio y traslados cuando se suscita una emergencia. Se encarga de cubrir más de 1400 enfermedades, entre ellos algunos tipos de cáncer.

Existen cinco planes de seguro SIS:

- i. SIS Gratuito: dirigido personas de elevada pobreza, madres en gestación bomberos, niños y otros.
- ii. SIS Para Todos: aquellos que no poseen algún tipo de seguro sin importar su condición económica.
- iii. SIS Independiente: para cualquier individuo a un precio accesible.
- iv. SIS Microempresas: aquellos gerentes de microempresas que inscriban a sus empleados.
- v. SIS Emprendedor: dirigido a trabajadores sin colaboradores en subordinación (como peluqueros, modistas, gasfiteros, etc.).

El SIS realiza el pago de las atenciones y medicamentos, sin embargo, no se responsabiliza de la atención, eso lo hace el establecimiento.

Seguro Social de Salud (EsSalud): este seguro más reconocido como EsSalud, está orientado a todo ciudadano que posea determinadas características. La entidad dentro de sus servicios, promociona, previene, recupera, rehabilita y hace prestaciones económicas y sociales.

EsSalud posee cinco tipos:

- i. Seguro Regular (+SEGURO): para los trabajadores que dependen de una entidad y familia. También se dirige a pensionistas.
- ii. Seguro Potestativo (+SALUD): para individuos o personas que trabajan de manera independiente, los cuales pueden aportar de manera individual.
- iii. Seguro Complementario de Trabajos de Riesgo (+PROTECCIÓN): dirigido a trabajadores que realicen labores con riesgo de posible accidente.
- iv. Seguro Agrario EsSalud: para personas que realicen labor agrícola, pudiendo ser de cultivo o crianza de animales, entre otros. Dicho seguro no contempla trabajadores de industria forestal.
- v. Seguro contra Accidentes EsSalud (+VIDA): se trata de un seguro de accidentes de tipo personal, que indemniza en situación de muerte o invalidez por algún accidente. Este se puede otorgar únicamente a quienes cuentan con seguro regular, potestativo o agrario (Gobierno del Perú, 2020)

2.2.2.6. Importancia del acceso a los servicios de salud.

La importancia se basa en tener que dar una respuesta oportuna a lo que los usuarios necesitan, respondiendo a su vez a las expectativas de la población, siendo esta tarea de los responsables del área de salud (Zamora, 2016).

2.2.2.7. Evaluación del acceso a los servicios hospitalarios.

El acceso a acciones y servicios de salud representa la capacidad del paciente para obtener, cuando sea necesario, cuidados de salud de manera conveniente y oportuna (Figuroa y Cavalcanti, 2014). Como dimensiones se considera las siguientes según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018). Dichas dimensiones son tomadas de referencia, dado que, se alinean al propósito de la investigación.

Acceso al Seguro de Salud: Se trata del acceso a las instituciones que son prestadoras de salud pública, de acuerdo al régimen establecido. Como indicador

se tiene la cantidad de población afiliada al Seguro de Salud (Gobierno del Perú, 2020).

Acceso al Seguro Integral de Salud (SIS): Se basa en el acceso al seguro que está orientado a personas en condición pobreza extrema y pobreza, aunque también asegura a mypes y trabajadores independientes. Tiene como indicador a la población afiliada al Seguro Integral de Salud (Gobierno del Perú, 2020).

Acceso al Seguro Social de Salud (EsSalud): El seguro se dirige a trabajadores que dependen de una empresa, cubriendo labores de riesgo e indemnizando por accidentes o muerte. Su indicador es la población afiliada al Seguro Social de Salud (Gobierno del Perú, 2020).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ámbito y condiciones de la investigación

3.1.1. Contexto de la investigación

El presente desarrollo de tesis se llevó en la región San Martín, que se encuentra ubicada en la zona norte del país, teniendo como capital a la ciudad de Moyobamba. Limita al norte con la región de Amazonas, al sur con Huánuco y al oeste con la región La Libertad.

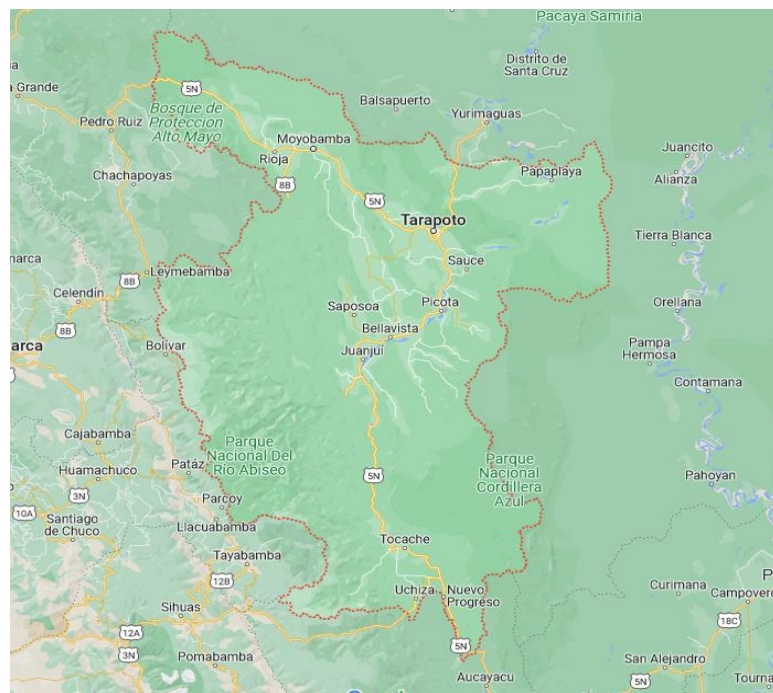


Figura 1. Ubicación geográfica de la región San Martín
Fuente: Google Maps

3.1.2. Periodo de ejecución

La investigación se llevó a cabo en el año 2022.

3.1.3. Autorizaciones y permiso

No aplica.

3.1.4. Control ambiental y protocolo de bioseguridad

No aplica.

3.1.5. Aplicación de principios éticos internacionales

Este estudio respetó rigurosamente los principios éticos de la investigación, descritos y señalados por Moscoso y Díaz (2018), el primero de ellos, el principio de no maleficencia dado que se procurará que los participantes del estudio no sean perjudicados directa o indirectamente, segundo, el principio de beneficencia, el cual pretende originar beneficios sobre la población que es objeto de estudio, ya sea solucionando el problema o estableciendo los factores del mismo, tercero, el principio de autonomía, el cual indica que los participantes seleccionados como muestra deben saber de qué se trata la investigación, para que puedan decidir si quieren participar o no de ella, a través de un consentimiento informado, por último, el principio de justicia que determinar una trato con equidad e igualdad a todos los colaboradores del estudio.

3.2. Sistema de variables

3.2.1. Variables principales

Variable Independiente: Inversión en infraestructura de salud

Variable empírica 1: Presupuesto Institucional de Apertura, indicador: Valor del presupuesto de apertura

Variable empírica 2: Presupuesto Institucional Modificado, indicador: Valor del presupuesto modificado

3.2.2. Variables secundarias

Variable dependiente: Acceso a los servicios hospitalarios

Variable empírica 1: Acceso al Seguro de Salud, indicador: Población afiliada al Seguro de Salud

Variable empírica 2: Acceso al Seguro Integral de Salud (SIS), indicador: Población afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS).

Variable empírica 3: Acceso al Seguro Social de Salud (EsSalud), indicador: Población afiliada al Seguro Social de Salud (EsSalud).

Tabla 1*Descripción de variables por objetivo específico 1*

Objetivo específico Nº 1: Identificar la influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro de Salud en la Región San Martín 2013-2018.			
Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Acceso al Seguro de Salud	Población afiliada al Seguro de Salud	Guía de análisis documental	Razón

Tabla 2*Descripción de variables por objetivo específico 2*

Objetivo específico Nº 2: Establecer la influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) en la Región San Martín 2013-2018.			
Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Acceso al Seguro Integral de Salud (SIS)	Población afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS)	Guía de análisis documental	Razón

Tabla 3*Descripción de variables por objetivo específico 3*

Objetivo específico Nº 3: Identificar la influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro Social de Salud (EsSalud) en la Región San Martín 2013-2018.			
Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Acceso al Seguro Social de Salud (EsSalud)	Población afiliada al Seguro Social de Salud (EsSalud)	Guía de análisis documental	Razón

3.3 Procedimientos de la investigación

Tipo de investigación

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, el cual facilitó al investigador hacer un análisis de los datos de manera numérica, incluyendo lo referente a la prueba de hipótesis (Cáliz, Zazueta y Macías 2012). Por ello, la información que obtenga se procesó y expresó en números para mejor y mayor entendimiento. Además, el estudio fue de tipo aplicado, que se basó en emplear el conocimiento adquirido, para poder dar solución a un problema existente el cual se estudia (Lozada, 2014). Es por ello que los resultados del estudio facilitaron la generación de alternativas de solución para que sean empelados por las autoridades respectivas, favoreciendo a los ciudadanos de la región San Martín.

Nivel de investigación

La investigación se ubicó en un nivel descriptivo relacional. A nivel descriptivo, se realizó un análisis de los fenómenos o variables observadas, entendiendo así su estado actual y las características que poseen (Sánchez, Reyes y Mejía, 2018). Y a nivel relacional, el estudio buscó conocer la asociación entre dos o más variables en cierto momento de análisis (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Es por ello, que se expuso cómo se viene llevando a cabo la inversión en infraestructura de salud y el acceso a los servicios de salud, para, posteriormente determinar la asociación entre estas variables.

Diseño de investigación

El diseño de estudio implica la manera en que se procedió para poder conseguir alcanzar los objetivos de una investigación, considerando los siguiente:

Diseño no experimental, se trata de aquel en el cual no se manipula alguna variable. Los fenómenos se observan tal y como se presentan en un tiempo para su análisis (Palella y Martins, 2012).

Longitudinal, estuvo orientado al conocimiento de los cambios que experimentaron las variables durante determinado tiempo (Palella y Martins, 2012).

El diseño de la investigación puede ser representado mediante el siguiente esquema:

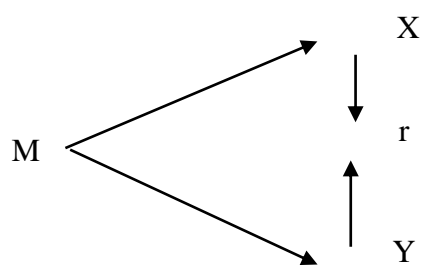


Figura 2. Diseño de la investigación

En donde:

- M : Acervo documentario 2013-2018
- X : Inversión en infraestructura de salud
- Y : Acceso a servicios hospitalarios
- r : Relación

Procesamiento y análisis de datos

Con respecto al procesamiento de los datos y su análisis, primero, gira en torno a la recopilación de datos de fuentes primarias extraídas principalmente de internet y los repositorios en donde se ubicó la información que otorga el estado peruano. Esto se plasmó en las guías que se almacenaron en una base de datos empleando el programa de Microsoft Excel. Así mismo, mediante fórmulas y operaciones aritméticas, se cuantificaron los datos que luego fueron representados en tablas y figuras para tener una perspectiva clara y que pueda ser comprensible. Posteriormente, por medio del programa estadístico SPSS, se realizó la prueba de hipótesis basada en la correlación de las variables a través de la prueba de correlación de Pearson y determinar así la influencia de las variables

Materiales de investigación

Para la realización de la investigación en cada una de sus etapas, se hizo uso de equipos tecnológicos como una computadora o computadora portátil, así como, servicios de internet y de luz. Por último, también se usó información virtual como libros, revistas, trabajos académicos disponibles por la web y varios suministros de oficina.

Métodos de investigación.

Se trata de los procesos que tiene que considerar el investigador para poder así concretar los objetivos planteados, dando respuesta a las interrogantes o problemas de investigación y corroborando las hipótesis. Este proceso es lógico, sistematizado y llevado en orden, de tal modo que, se consiga el propósito de estudio, para luego de obtener los conocimientos e intentar emplearlo para resolver un problema (Sánchez et al., 2018).

Método inductivo – deductivo, se basa en dos procesos inversos: inducción y deducción. La inducción se refiere al razonamiento donde un aspecto particular se lleva al conocimiento general, reflejando la similitud de los acontecimientos individuales. Dicho método se basa en la repetición de hechos que generan patrones comunes para la generalización. Mientras que, el aspecto deductivo se basa en el conocimiento de los aspectos generales, llevándolos hacia los específicos (Rodríguez y Pérez, 2017).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultado específico 1

Objetivo específico 1: Identificar cómo influye la inversión en infraestructura de salud para que se beneficie el acceso al Seguro de Salud en la Región San Martín 2013-2018.

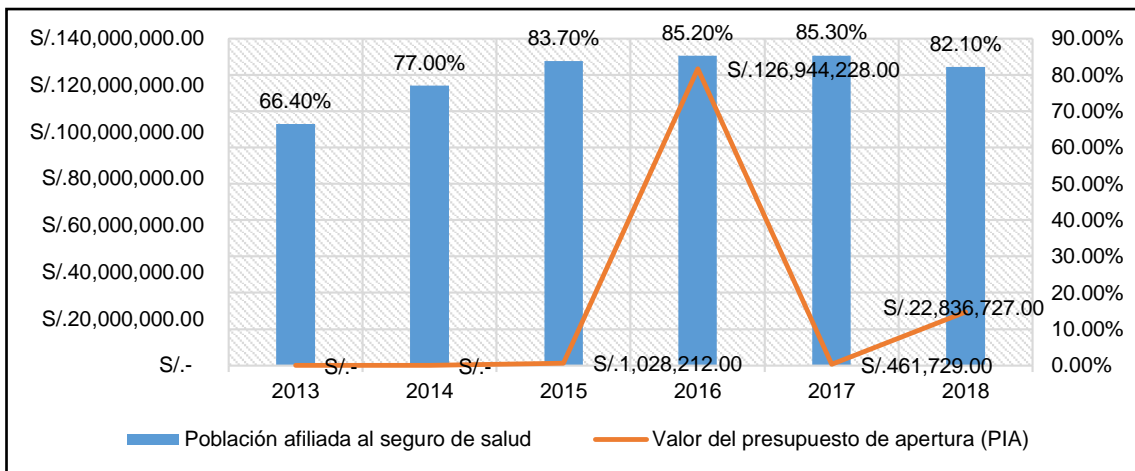


Figura 3. Influencia de la inversión en infraestructura de salud para que se beneficie el acceso al Seguro de Salud en la Región San Martín 2013-2018 (PIA).

En la figura 3 se observa que en los años 2012 y 2014 no hubo Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), llegando a ser S/. 1,028, 212 en el año 2015, coincidiendo en este caso con el acceso al seguro de salud que es dado por el porcentaje de población afiliada que fue de 83.73%, asimismo, para el año 2016 se elevó a 85,20% la población afiliada al seguro de salud, coincidiendo con la elevación de la subida del valor de presupuesto de apertura a S/. 126, 944, 228. Difiriendo con el periodo 2018 donde el valor del presupuesto de apertura se elevó, sin embargo, la población afiliada disminuyó a 82.10%. De lo cual se puede inferir que no siempre el valor del presupuesto de apertura (PIA) contribuye en el acceso al seguro de salud o se asocia con el aumento del mismo.

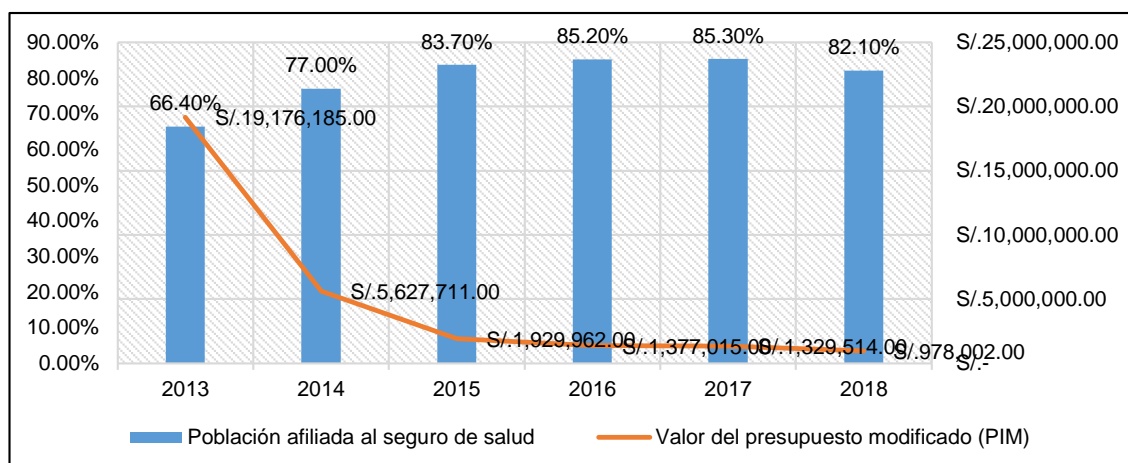


Figura 4. Influencia de la inversión en infraestructura de salud para que se beneficie el acceso al Seguro de Salud en la Región San Martín 2013-2018 (PIM)

En la figura 4 se observa que en el 2013 la población afiliada al seguro de salud fue del 66.40%, relacionándose con el valor del presupuesto modificado (PIM) que fue S/. 19,176,185, difiriendo con el del año 2015 ya que disminuyó a S/. 5,627,711 en el valor del presupuesto modificado y elevándose a 77% la población afiliada al seguro de salud. De la misma forma, se dio en los años 2016, 2017, siendo distinto en el año 2018 donde bajó al valor del presupuesto modificado a S/. 978,002 y coincidiendo con ello la población afiliada al seguro de salud. Lo descrito manifiesta que no siempre mientras mayor sea el valor del presupuesto modificado mayor será la población afiliada al seguro de salud, o que no siempre el valor del presupuesto modificado contribuirá a una elevación del acceso al seguro de salud.

Tabla 4

Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro de Salud en la Región San Martín 2013-2018

			Inversión en infraestructura de salud	Seguro de salud
Rho de Spearman	Inversión en infraestructura de salud	Coefficiente de correlación	1,000	-,638
		Sig. (bilateral)	.	,173
		N	6	6
	Acceso al Seguro de salud	Coefficiente de correlación	-,638	1,000
		Sig. (bilateral)	,173	.
		N	6	6

En la tabla 4 se observa que no existe una relación significativa entre la inversión en infraestructura de salud y el acceso al Seguro de Salud en la Región San Martín 2013-2018, debido a que su valor de significancia bilateral fue $0,173 > 0,05$. Demostrándose con ello que la inversión en infraestructura de salud no influye en el acceso al seguro de Salud, pudiendo existir otros factores que inciden en su aumento.

Lo evidenciado presenta similitudes con lo manifestado por Tangcharoensathien et al. (2018), quienes encontraron que, si bien la inversión en infraestructura de salud es importante, está no contribuye en gran cuantía a que el acceso a seguros de salud, se eleve, pudiendo existir otras estrategias que contribuyan a la elevación de este último tales como eficiencia del gasto y equidad, así como los planes de seguros que existen. Además, Setoodehzadeh et al. (2018) evidenció que, aunque se reduzcan las brechas sobre inversión en infraestructura entre el ámbito rural y urbano, esta puede no tener relación con la elevación o contribución al acceso a seguros de salud, existiendo aún inequidades en la población. Evidenciándose lo necesario de mejoras en las estrategias de inversión.

Los resultados manifestados se enmarcan en lo mencionado por el Congreso de la República (2016), donde se sostiene que la infraestructura de salud, es fundamental para así poder otorgar de manera constante los servicios de salud a los pobladores. Además, Según el Gobierno del Perú (2020) el acceso al Seguro de Salud, consiste en el acceso a las instituciones que son prestadoras de salud pública, de acuerdo al régimen establecido. Demostrándose con ello que la inversión en infraestructura de salud no influye significativamente en el acceso al seguro de Salud, pudiendo existir otros factores que inciden en su aumento, tales como que las personas accedan a un trabajo formal.

4.2 Resultado específico 2

Objetivo específico 2: Establecer cómo influye la inversión en infraestructura de salud para que se favorezca el acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) en la Región San Martín 2013-2018.

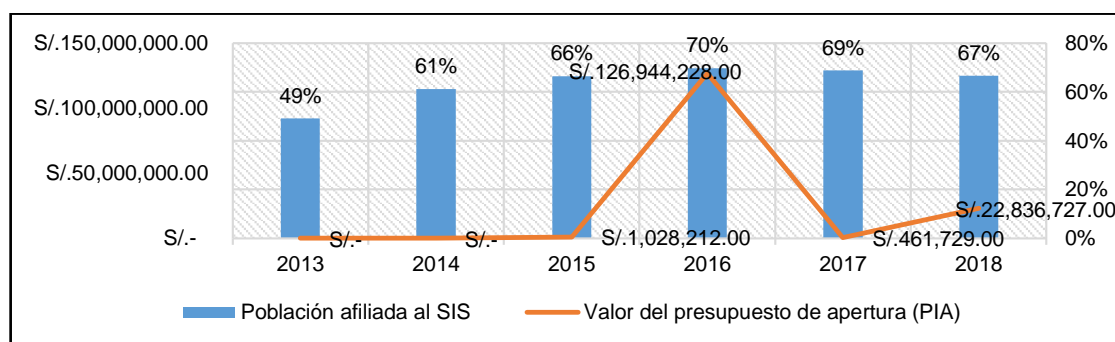


Figura 5. Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) en la Región San Martín 2013-2018 (PIA)

En la figura 5 se observa que en el 2014 la población afiliada al SIS fue 61%, mientras que el valor del presupuesto de apertura (PIA) continuó siendo 0, al 2015 el valor del

presupuesto de apertura se elevó siendo S/. 1,028,212 y la población afiliada al SIS fue 66%, asimismo en el 2016 se elevó a 70% siendo el valor del presupuesto de apertura fue S/. 126, 944, 228, en el 2017 el valor del presupuesto de apertura fue de S/. 461,729 igualmente la población afiliada al SIS disminuyó al 69%, mientras que en el 2018 se elevó el valor del presupuesto de apertura a S/. 22,836, 727, y la población afiliada al SIS disminuyó a 67%. Lo descrito manifiesta que no siempre mientras mayor sea el valor del presupuesto de apertura o mayor será la población afiliada al SIS, o que no siempre el valor del presupuesto de apertura contribuirá a una elevación del acceso al seguro integral de salud.

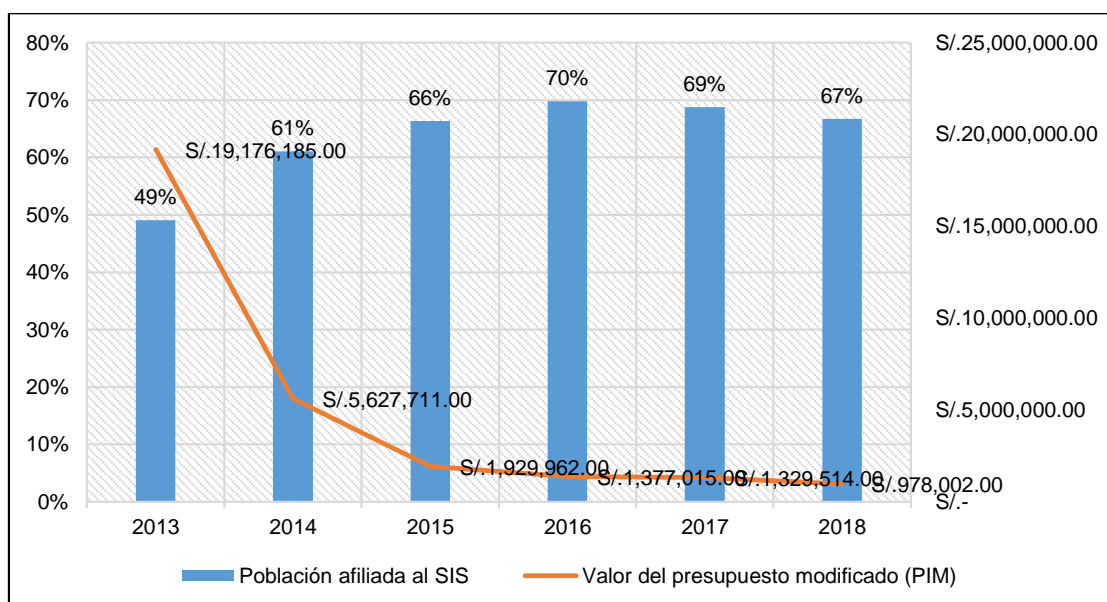


Figura 6. Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) en la Región San Martín 2013-2018 (PIM)

En la figura 6 se observa que en el 2014 el valor del presupuesto modificado bajó a S/. 5,627,711, mientras que la población afiliada al SIS se elevó al 61%, asimismo en el 2015 la población afiliada al SIS se elevó al 66% y el valor del presupuesto modificado fue disminuido a S/. 1,929,962. En el 2016 el valor del presupuesto modificado fue S/. 1,377,015, y la población afiliada al SIS fue de 70%, en el 2017 el valor del presupuesto modificado (PIM) bajó a S/.1329,514, mientras que la población afiliada al SIS también disminuyó a 69%, finalmente en el 2018 el valor del presupuesto modificado (PIM) bajó y fue S/. 978,002 y la población afiliada al SIS fue el 67%. Lo evidenciado significa que no siempre se va a relacionar el aumento del valor del presupuesto modificado con el aumento de la población afiliada al SIS.

Tabla 5

Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) en la Región San Martín 2013-2018.

				Inversión en infraestructura de salud	Acceso al Seguro Integral de Salud (SIS)
Rho Spearman	de	Inversión en infraestructura de salud	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	-,771
			N	.	,072
				6	6
		Acceso al Seguro Integral de Salud (SIS)	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,771	1,000
			N	,072	.
				6	6

En la tabla 5 se observa que no existe una relación significativa entre la inversión en infraestructura de salud y el acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) en la Región San Martín 2013-2018, debido a que su valor de significancia bilateral fue $0,072 > 0,05$. Demostrándose con ello que la inversión en infraestructura de salud no influye significativamente en el acceso al Seguro Integral de Salud (SIS), pudiendo existir otros factores que inciden en su aumento.

Los resultados manifestados presentan similitudes con lo encontrado por Tangcharoensathien et al. (2018), quienes ubicaron que la inversión en infraestructura de salud resultó importante para elevar el acceso a servicios públicos como el seguro integral de salud, sin embargo, es importante que se implementen mejores estrategias para que esto no varíe de escenario en escenario, dejando sin efecto la elevación en la inversión. Mientras que para Setoodehzadeh et al. (2018), evidenció que la disminución en el desarrollo en la inversión en infraestructura en salud no siempre genera mayores inequidades de atención.

Lo mencionado anteriormente se enmarca en lo dado por Congreso de la República, (2016) donde se sostiene que la infraestructura de salud, es fundamental para así poder otorgar de manera constante los servicios de salud a los pobladores, sin embargo no siempre se cubren todas las necesidades hospitalarias de los pobladores, además según el Gobierno del Perú (2020), el Acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) está orientado a personas en condición pobreza extrema y pobreza, aunque también asegura a Mypes y trabajadores independientes. Demostrándose así que la inversión en infraestructura de salud no influye significativamente en el acceso al Seguro Integral de Salud (SIS), pudiendo existir otros factores que inciden en su aumento.

4.3. Resultado específico 3

Objetivo específico 3: Identificar cómo influye la inversión en infraestructura de salud para que se beneficie el acceso al Seguro Social de Salud (EsSalud) en la Región San Martín 2013-2018

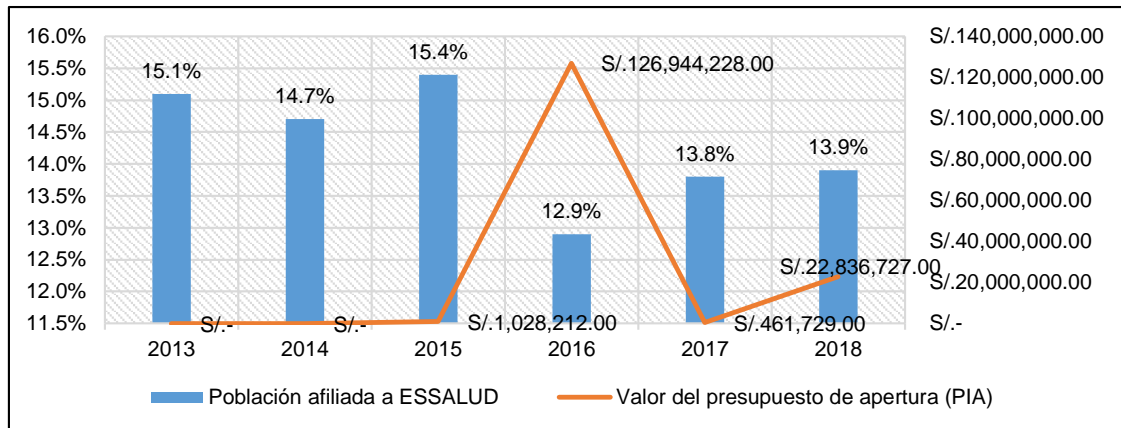


Figura 7. Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro Social de Salud (EsSalud) en la Región San Martín 2013-2018 (PIA).

En la figura 7 se observa un aumento en el 2015 del valor del presupuesto de apertura a S/. 1,028,212, mientras que la población afiliada a ESSALUD fue de 15.4%, en el año 2016 se dio una bajada de la población afiliada a ESSALUD a 12.9%, mientras que el valor del presupuesto de apertura se elevó a S/. 126,944,288. En el 2017 se elevó la población afiliada a ESSALUD a 13.8%, con un valor del presupuesto de apertura disminuido de S/. 461,729, finalmente, en el año 2018, se elevó su valor del presupuesto de apertura en un S/. 22,836,727, asimismo la población afiliada aumentó. Ello significa que no siempre mientras el valor del presupuesto de apertura aumente, significará que la población afiliada a ESSALUD será mayor.

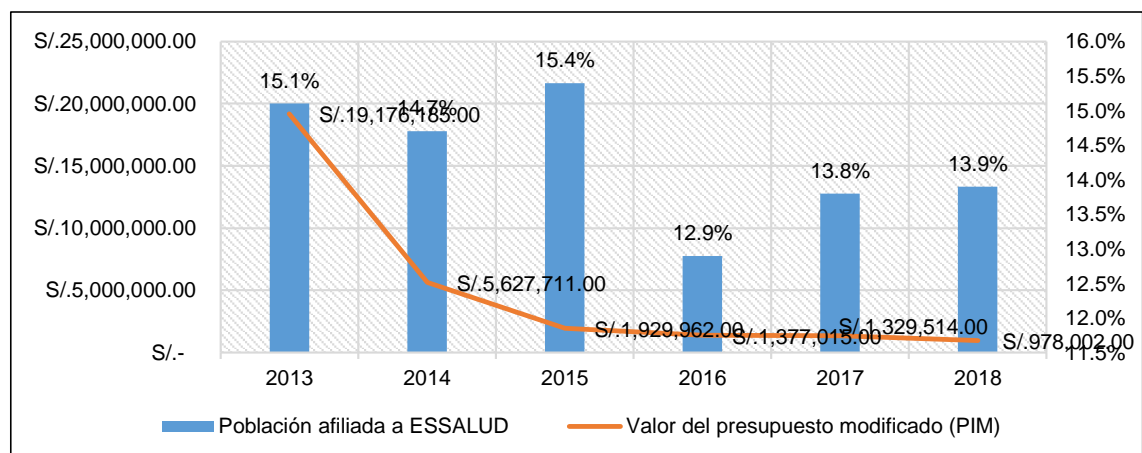


Figura 8. Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro Social de Salud (EsSalud) en la Región San Martín 2013-2018 (PIM).

En la figura 8 se observa una disminución en el 2014 del valor del presupuesto modificado a S/. 5,627,711, mientras que la población afiliada a ESSALUD fue de 14.7%, en el año 2016 se dio una bajada de la población afiliada a ESSALUD a 12.9%, mientras que el valor del presupuesto de apertura se elevó a S/. 1,377,015. En el 2017 se elevó la población afiliada a ESSALUD a 13.8%, con un valor del presupuesto modificado disminuido de S/. 1,329,514 finalmente, en el año 2018, se disminuyó su valor del presupuesto modificado en un S/. 978,002, asimismo la población afiliada aumentó. Ello significa que no siempre mientras el valor del presupuesto modificado aumente, significará que la población afiliada a ESSALUD será mayor.

Tabla 6

Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro Social de Salud (EsSalud) en la Región San Martín 2013-2018

				Inversión en infraestructura de salud	Acceso al Seguro Social de Salud	
Rho Spearman	de	Inversión en infraestructura de salud	Coficiente correlación Sig. (bilateral)	de	1,000	,741
			N		6	,092
		Acceso al Seguro Social de Salud	Coficiente correlación Sig. (bilateral)	de	,741	1,000
			N		6	,092

En la tabla 6 se observa que no existe una relación significativa entre la inversión en infraestructura de salud y el acceso al Seguro Social de Salud en la Región San Martín 2013-2018, debido a que su valor de significancia bilateral fue $0,092 > 0,05$. Demostrándose con ello que no siempre la inversión en infraestructura de salud influye en el acceso al acceso al Seguro Social de Salud, pudiendo existir otros factores que inciden en su aumento.

Lo encontrado presenta similitudes con lo manifestado por Tangcharoensathien et al. (2018), quien pese a que encontró que la inversión en infraestructura de salud es importante para aumentar el acceso a los servicios públicos a través de las compras estratégicas bien diseñadas que contribuyeron a la eficiencia, la contención de costos y la equidad, esto no siempre es definitivo, pudiendo existir otros factores determinantes como el hecho de que los individuos tengan o no un trabajo formal. Asimismo, Setoodehzadeh et al. (2018) encontró que una disminución en la inversión de infraestructura de salud no siempre tiene relación con que el acceso e inequidad en

servicios sociales de salud bajen o se eleven, respectivamente. Sin embargo, Aida (2017) evidenció que la inadecuada calidad de infraestructura de los servicios sanitarios es una de las cuestiones clave identificadas, que contribuye a reducir las desigualdades en términos de salud y promueve la inclusión social al mejorar el acceso a los servicios sociales. Asimismo, Blas (2017) encontró que el presupuesto institucional influye en la prestación de servicios de salud en hospitales de nivel II de EsSalud. De este modo cuanto mejor sea el presupuesto que se destine a salud los servicios serán mejores.

Los resultados manifestados se encuentran enmarcados en lo dado por el Gobierno del Perú (2020) donde el acceso al Seguro Social de Salud (EsSalud), se dirige a trabajadores que dependen de una empresa, cubriendo labores de riesgo e indemnizando por accidentes o muerte. Por lo cual, se evidencia que el mismo no tiene total relación con la inversión de infraestructura de salud, existiendo otros factores como que el trabajo que tengan los individuos sea formal y le incluyan el mencionado seguro. Demostrándose que la inversión en infraestructura de salud no influye significativamente en el acceso al acceso al Seguro Social de Salud.

4.4. Resultado general

Objetivo general: Determinar cómo influye la inversión en infraestructura de salud para que se favorezca el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018.

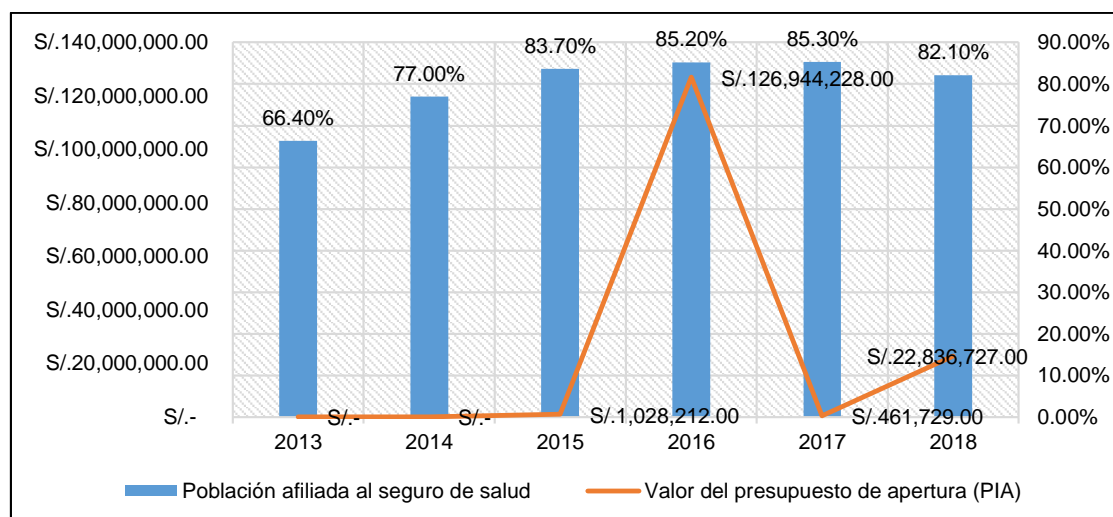


Figura 9. Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018 (PIA).

En la figura 9 se observa que en los años 2012 y 2014 no hubo Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), llegando a ser S/ 1,028, 212 en el año 2015, coincidiendo en este caso con el acceso a los servicios hospitalarios que es dado por el porcentaje de

población afiliada que fue de 83.73%, asimismo, para el año 2016 se elevó a 85,20% la población afiliada al seguro de salud, coincidiendo con la elevación de la subida del valor de presupuesto de apertura a S/. 126, 944, 228. Difiriendo con el periodo 2018 donde el valor del presupuesto de apertura se elevó, sin embargo, la población afiliada disminuyó a 82.10%. De lo cual se puede inferir que no siempre el valor del presupuesto de apertura (PIA) contribuye en el acceso a los servicios hospitalarios o se asocia con el aumento del mismo.

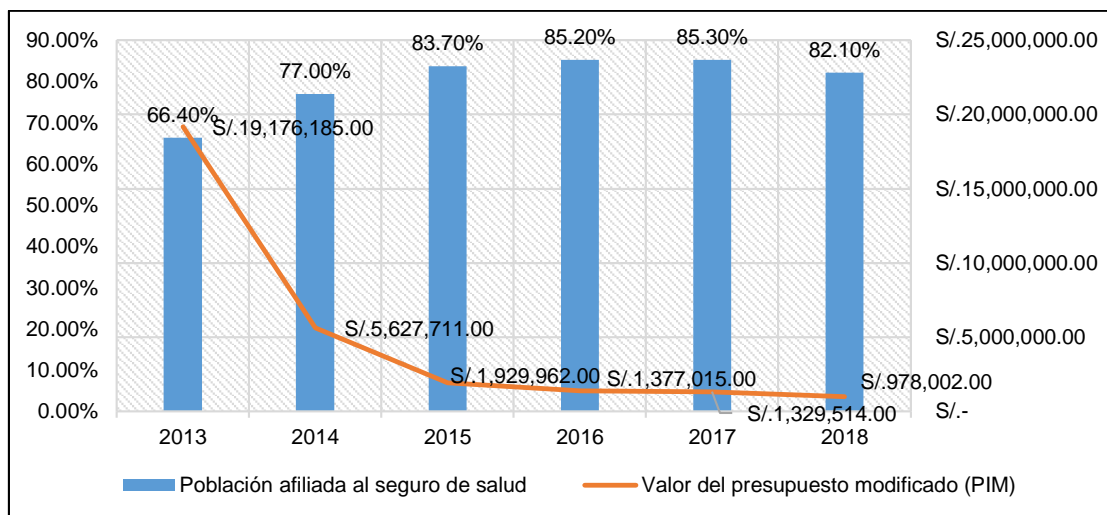


Figura 10. Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018 (PIM).

En la figura 10 se observa que en el 2013 la población afiliada al seguro de salud fue del 66.40%, relacionándose con el valor del presupuesto modificado (PIM) que fue S/. 19,176,185, difiriendo con el del año 2015 ya que disminuyó a S/. 5,627,711 en el valor del presupuesto modificado y elevándose a 77% el acceso a los servicios hospitalarios. De la misma forma, se dio en los años 2016, 2017, siendo distinto en el año 2018 donde bajó al valor del presupuesto modificado a S/. 978,002 y coincidiendo con ello el acceso a los servicios hospitalarios. Lo descrito manifiesta que no siempre mientras mayor sea el valor del presupuesto modificado mayor será el acceso a los servicios hospitalarios, o que no siempre el valor del presupuesto modificado contribuirá a una elevación del acceso a los servicios hospitalarios.

Tabla 7

Influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018

				Infraestructura de salud	Acceso a los servicios hospitalarios
Rho Spearman	de	Infraestructura de salud	Coefficiente correlación	de 1,000	-,638
			Sig. (bilateral)	.	,173
			N	6	6
		Acceso a los servicios hospitalarios	Coefficiente correlación	de -,638	1,000
			Sig. (bilateral)	,173	.
			N	6	6

En la tabla 7 se observa que no existe una relación significativa entre la inversión en infraestructura de salud y el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018, debido a que su valor de significancia bilateral fue $0,173 > 0,05$. Demostrándose con ello que la inversión en infraestructura de salud no influye en el acceso a los servicios hospitalarios, pudiendo existir otros factores que inciden en su aumento.

Lo evidenciado presenta similitudes con Lan et al. (2021), quienes manifestaron que leve concentración de inversiones gubernamentales en regiones económicamente desarrolladas; no se relaciona significativamente con el acceso a servicios hospitalarios, pero si con el desarrollo de las regiones. Para Kapologwe (2020), siempre se requiere de una mayor inversión destinada a la construcción de centros de salud y refacciones en los ya existentes, para mejorar los servicios, pero ello no eleva directamente el acceso a los mismos. A modo de complemento Iwegbu y Oguntunde (2020), manifestaron que se debe invertir masivamente en la provisión de infraestructura de salud aumentando su gasto en el sector de la salud para alcanzar el estándar mínimo recomendado por la UNESCO para un país en desarrollo. Kumar (2019), evidenció que existe una necesidad urgente de mejorar la infraestructura y que tanto el sector público como el privado deben unirse para construir la infraestructura y desarrollar los conjuntos de habilidades necesarios para brindar atención.

Por su parte, Kerr y Hendrie (2018), manifestaron que la inversión en salud posee variaciones y dichas variaciones se ven reflejados en aspectos de la carencia de recursos de salud. Para Apolaya et al. (2018), una mayor inversión en los establecimientos de salud se acompañaría de una mejora en los suministros necesarios para las madres gestantes, sin embargo, no en mayor acceso a los centros hospitalarios.

Los resultados detallados anteriormente se enmarcan en la literatura de Figueroa y Cavalcanti (2014), quienes sostienen que el mejorar la infraestructura de los centros hospitalarios, incide de manera favorable no únicamente a la economía y su crecimiento, sino también algunas veces tiene relación con que se cubran las necesidades hospitalarias de los pobladores mejorando su salud, es decir el acceso a acciones y servicios de salud representa la capacidad del paciente para obtener, cuando sea necesario, cuidados de salud de manera conveniente y oportuna. Demostrándose que la inversión en infraestructura de salud no influye significativamente en el acceso a los servicios hospitalarios, pudiendo existir otros factores que inciden en su aumento.

CONCLUSIONES

1. En primer lugar, se identificó que no siempre el valor del presupuesto de apertura (PIA) contribuye en el acceso al seguro de salud o se asocia con el aumento del mismo. Asimismo, se ubicó que no siempre mientras mayor sea el valor del presupuesto modificado mayor será la población afiliada al seguro de salud, o que no siempre el valor del presupuesto modificado (PIM) contribuirá a una elevación del acceso al seguro de salud. Además, no existe una relación significativa entre la inversión en infraestructura de salud y el acceso al Seguro de Salud en la Región San Martín 2013-2018, debido a que su valor de significancia bilateral fue $0,173 > 0,05$.
2. Se estableció que no siempre mientras mayor sea el valor del presupuesto de apertura (PIA), mayor será la población afiliada al SIS, o que no siempre el valor del presupuesto de apertura contribuirá a una elevación del acceso al seguro integral de salud. Asimismo, se ubicó que no siempre se va a relacionar el aumento del valor del presupuesto modificado (PIM) con el aumento de la población afiliada al SIS. Por lo tanto, no existe una relación significativa entre la inversión en infraestructura de salud y el acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) en la Región San Martín 2013-2018, debido a que su valor de significancia bilateral fue $0,072 > 0,05$.
3. Se identificó que mientras el valor del presupuesto de apertura (PIA) aumente, no significará siempre que la población afiliada a ESSALUD será mayor. Además, se evidenció que no siempre mientras el valor del presupuesto modificado aumente, significará que la población afiliada a ESSALUD será mayor o viceversa. Por lo tanto, no existe una relación significativa entre la inversión en infraestructura de salud y el acceso al Seguro Social de Salud en la Región San Martín 2013-2018, debido a que su valor de significancia bilateral fue $0,092 > 0,05$.
4. Finalmente, se determinó que no siempre el valor del presupuesto de apertura (PIA) contribuye en el acceso a los servicios hospitalarios o se asocia con el aumento del mismo. Además de que no siempre mientras mayor sea el valor del presupuesto modificado (PIM) mayor será el acceso a los servicios hospitalarios, o que no siempre el valor del presupuesto modificado contribuirá a una elevación del acceso a los servicios hospitalarios. En la tabla 5 se observa que no existe una relación significativa entre la inversión en infraestructura de salud y el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018, debido a que su valor de significancia bilateral fue $0,173 > 0,05$.

RECOMENDACIONES

1. Se les recomienda a las autoridades del Gobierno Regional de San Martín, que promuevan las cifras que representan la inversión que se da en infraestructura de salud de manera anual, principalmente el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) e informe como estará distribuido dicho presupuesto, para que la población en general tenga conocimiento de la misma y sepa que a la larga podrá acceder a seguros de salud, con las atenciones necesarias y lo comunique a su entorno cercano.
2. A las autoridades del Gobierno Regional de San Martín se les sugiere que manifiesten, mediante reportes aprobados, las cifras que representan la inversión que se da en infraestructura de salud cada año, principalmente el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) e informe como estará distribuido dicho presupuesto, para que la población en general tenga conocimiento de la misma y sepa que a la larga podrá acceder a seguros de salud como el Seguro Integral de Salud (SIS), con las atenciones correspondientes.
3. Al Gobierno Regional de San Martín se le sugiere que comuniquen mediante informes aprobados las cifras que representan la inversión que se da en infraestructura de salud cada año, principalmente el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) e informe como estará distribuido dicho presupuesto, para que la población en general tenga conocimiento de la misma y sepa que a la larga podrá acceder a seguros de salud como el Seguro Social de Salud (EsSalud), con las atenciones y servicios correspondientes.
4. Finalmente, se recomienda al Gobierno Regional de San Martín que realicen foros de conversación anuales con los ciudadanos donde comuniquen las cifras que representan la inversión que se da en infraestructura de salud cada año e informe como estará distribuido dicho presupuesto, para que la población en general tenga conocimiento de la misma y sepa que a la larga podrá acceder a servicios hospitalarios, con las atenciones correspondientes y lo manifieste a su ámbito cercano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aida, C. (2017). Regional Development Through Investments in the Health Infrastructure in Romania, 2007-2013 Programming Period. *“Ovidius” University Annals, Economic Sciences Series*, 17(2), 79-83. <https://stec.univ-ovidius.ro/html/anale/ENG/2017-2/Section%20II/4.pdf>

Apolaya, M., Díaz, C., y Rodríguez, Y. (2018). Correlación entre la inversión en establecimientos de salud y los indicadores de proceso de salud de la madre en regiones influenciadas por la segunda fase del programa de apoyo a la reforma del sector saludparsalud II. *Rev. cuerpo méd. HNAAA*, 11(4), 232-240.

Bernal, C. (2016). *Metodología de la Investigación: Administración, Economía, Humanidades y Ciencias Sociales* (Cuarta ed.). Bogotá: Pearson.

Blas, J. (2017). *El presupuesto institucional y la prestación de los servicios de salud en el hospital nivel II de EsSalud Huánuco – 2014*. (Tesis de Maestría). Universidad de Huánuco, Huánuco, Perú. <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/463/BLAS%20MORA%2c%20JEDUTUM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cálix, C., Zazueta, L., y Macías, J. (2012). *Metodología de la investigación Científica*. México: Servicios Editoriales Once Río. http://uaprepassemi.uas.edu.mx/libros/3er_SEMESTRE/26_Metodologia_de_la_Investigacion_I.pdf

Congreso de la República. (2016). *La Infraestructura Hospitalaria pública en el Perú*. Informe de Investigación. [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/97D83D04226344EC0525809500726521/\\$FILE/INFRAESTRUCTURA_HOSPITALARIA.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/97D83D04226344EC0525809500726521/$FILE/INFRAESTRUCTURA_HOSPITALARIA.pdf)

Departamento Nacional de Planeación. (2018). *Construcción y dotación de infraestructura básica en salud*. Bogotá. <https://proyectostipo.dnp.gov.co/images/pdf/salud/PTsalud.pdf>

Dirección General de Inversión Pública. (2016). *Lineamientos generales para proyectos de inversión pública*. Ministerio de Economía y Finanzas. https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/normas/normasv/2016/RD-007-2016-EF/LINEAMIENTOS_GENERALES_PARA_PROYECTOS_DE_INVERSION_PUBLICA.pdf

Figuroa, D., y Cavalcanti, G. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 13(33), 267-278. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/administracion4.pdf>

Gobierno del Perú. (05 de Marzo de 2020). *Seguros de salud*. <https://www.gob.pe/281-seguros-de-salud>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill .

Huincho, S. (2019). *Inversión pública en el sector salud y su impacto socioeconómico en la población beneficiaria del distrito de Ahuaycha – Tayacaja, ejecutado 2013*. (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica, Perú. <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2785/TESIS-2019-CIENCIAS%20DE%20INGENIER%c3%8dA-HUINCHO%20LAPA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2018). *Acceso a seguro de salud*. <https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/acceso-a-seguro-de-salud-7994/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Acceso a seguro de Salud*. <http://m.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/access-to-health-insurance/>

Iwegbu, O., y Oguntunde, T. (2020). The role of health infrastructure on mortality incidence in Nigeria. *Reading on Financial System, Entrepreneurship and Institutional*, 174, 595-620. <https://ir.unilag.edu.ng/handle/123456789/9520>

Kapologwe, N., Meara, J., Kengia, J., Gwajima, D., Alidina, S., y Kalolo, A. (2020). Development and upgrading of public primary healthcare facilities with essential surgical services infrastructure: a strategy towards achieving universal health coverage in Tanzania. *BMC Health Serv Res*, 20(218), 1-14. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5057-2>

Kerr, R., y Hendrie, D. (2018). Is capital investment in Australian hospitals effectively funding patient access to efficient public hospital care? *Australian Health Review* , 42(5), 501-513. doi:<https://doi.org/10.1071/AH17231>

Kumar, T. (2019). Scenario Of Health Infrastructure In India And Its Augmentation After Independence. *International Journal of Scientific & Technology Research* , 8(9), 2103-2107.

La Contraloría General de la República. (2018). *Operativo de control "Por una salud de calidad"*. Lima.
https://doc.contraloria.gob.pe/documentos/operativos/OPERATIVO_POR_UNA_SALUD_DE_CALIDAD.pdf

Lan, T., Ting Chen, T., Hu, Y., Yili Yang, Y., y Pan, J. (2021). Governmental Investments in Hospital Infrastructure Among Regions and Its Efficiency in China: An Assessment of Building Construction. *Frontiers in Public Health*, 9(7), 1-14.
doi:<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.719839>

Ley N° 26842. (2018). *Ley General de Salud*. Lima.
<http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/ley26842.pdf>

Ministerio de Economía y Finanzas (2010). *Cuenta General de la República*.
https://www.mef.gob.pe/contenidos/conta_public/2010/tomo1/6_inversion_publica.pdf

Ministerio de Economía y Finanzas. (2013). *Consulta Amigable*.
<https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/default.aspx?y=2013&ap=ActProy>

Ministerio de Salud. (2015). *Resolución Ministerial N° 862-2015*. Lima.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322901/Infraestructura_y_equipamiento_de_los_establecimientos_de_salud_del_tercer_nivel_de_atenci%C3%B3n_20190621-17253-y3d9e9.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Guía de diseño arquitectónico para establecimientos de salud*. Santo Domingo.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28585/guia_disenos_arquitectonicos.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Moscoso, L., & Díaz Heredia, L.. (2017). Aspectos éticos en la investigación cualitativa con niños. *Revista Latinoamericana De Bioética*, 18(34-1), 51-67.
<https://doi.org/10.18359/rlbi.295>

Ordoñez, G. (2017). *La Inversión Pública y Privada en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014*. (Tesis doctoral) Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Perú.
http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1500/DOC.ADMI_ORDO%C3%91EZ_TELLO_GIULIANO%20PROSPERO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (4 de Abril de 2019). *El acceso desigual a los servicios de salud genera diferencias en la esperanza de vida: OMS*.

<https://www.who.int/es/news-room/detail/04-04-2019-uneven-access-to-health-services-drives-life-expectancy-gaps-who>

Organización Panamericana de Salud. (2017). *Acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad*. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=acceso-a-servicios-de-salud-exhaustivos-equitativos-y-de-calidad

Pallela, S., y Martín, F. (2012). *Metodología de la investigación cuantitativa*. FEDUPEL.

Rodríguez, A., y Pérez, A. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*(82), 1-26. <https://www.redalyc.org/pdf/206/20652069006.pdf>

Salazar, Y., & Yanac, M. (2018). *Influencia de la inversión pública en educación y salud en el desarrollo humano en el Perú en el periodo 2000-2015*. (Tesis de Grado). Universidad Nacional Santiago Antunez de Mayolo, Huaraz, Perú. http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2486/T033_46673542_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sánchez, D. (2015). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171q.pdf>

Sánchez, H., Reyes, C., y Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Lima: Universidad Ricardo Palma Vicerrectorado de Investigación.

Secretaría de Salud. (2002). *Programa de Acción: Hospital Universal*. México D.F. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/huniversal.pdf>

Setoodehzadeh, F., Rashidian, A., y Sefiddashti, S. (2018). Health Infrastructure Development in Rural and Urban Areas of Iran Between 1976 and 2011. *Health Scope*, 7(3). doi:10.5812/jhealthscope.13956

Soto, A. (2019). Barreas para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 304-311. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v36n2/a20v36n2.pdf>

Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., y Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: a solid

platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223. doi:10.1016/S0140-6736(18)30198-3

Zamora, S. (2016). Satisfacción sobre la infraestructura y la calidad de atención en la consulta de Gineco-Obstetricia de un establecimiento de atención primaria. *Horizonte Médico*, 16(1), 38-47. <https://www.redalyc.org/pdf/3716/371644760005.pdf>

ANEXOS

Anexo N° 01. Matriz de consistencia

Inversión en infraestructura de salud y acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Dimensiones	Indicadores	Técnicas de recolección
¿Cómo la inversión en infraestructura de salud influye en el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018?	Determinar la influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018	La inversión en infraestructura de salud influye significativamente en el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018.	Variable X Inversión en infraestructura de salud	Presupuesto Institucional de Apertura	Valor del presupuesto de apertura	Análisis documental
	Específicos			Presupuesto Institucional Modificado	Valor del presupuesto modificado	
Diseño	Identificar la influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro de Salud en la Región San Martín 2013-2018.	La inversión en infraestructura de salud no influye significativamente en el acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018.	Variable Y Acceso a los servicios hospitalarios	Acceso al Seguro de Salud	Población afiliada al Seguro de Salud	Análisis documental
	Establecer la influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) en la Región San Martín 2013-2018.			Acceso al Seguro Integral de Salud (SIS)	Población afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS)	
Enfoque: Cuantitativa Tipo: Aplicada Nivel: Descriptivo-correlacional Diseño: no experimental de corte longitudinal	Identificar la influencia de la inversión en infraestructura de salud en el acceso al Seguro Social de Salud (EsSalud) en la Región San Martín 2013-2018.			Acceso al Seguro Social de Salud (EsSalud)	Población afiliada al Seguro Social de Salud (EsSalud)	
	POBLACIÓN			MUESTRA		
Acervo documentario sobre la inversión realizada en infraestructura de salud y sobre la población afiliada a seguros de salud en la región San Martín durante los años 2013 - 2018.				Acervo documentario sobre la inversión realizada en infraestructura de salud y sobre la población afiliada a seguros de salud en la región San Martín durante los años 2013 - 2018.		

Anexo N° 02. Instrumentos de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
 FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
 ESCUELA PROFESIONAL DE ECONOMÍA



Inversión en infraestructura de salud

PERIODOS	Valor del presupuesto de apertura (PIA)	Valor del presupuesto modificado (PIM)	TOTAL	%
2013				
2014				
2015				
2016				
2017				
2018				
TOTAL				



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ECONOMÍA



Acceso a los servicios hospitalarios

AÑO	Población afiliada al seguro de salud	Población afiliada al SIS	Población afiliada a ESSALUD	TOTAL	%
2013					
2014					
2015					
2016					
2017					
2018					
TOTAL					100 %

Inversión en infraestructura de salud y acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018

por Jair Ushiñahua Tello Martha Elena Flores Macahuachi

Fecha de entrega: 17-jul-2023 02:23p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2132713604

Nombre del archivo: INFORME_DE_TESIS_DE_JAIR_Y_MARTHA_2.docx (3.82M)

Total de palabras: 13909

Total de caracteres: 78083

Inversión en infraestructura de salud y acceso a los servicios hospitalarios en la Región San Martín 2013-2018

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	tesis.unsm.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
6	www2.congreso.gob.pe Fuente de Internet	1%
7	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Nacional de San Martín Trabajo del estudiante	1%