

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS CON MENCIÓN
EN PROYECTOS DE INVERSION**



**Evaluación de las inversiones en infraestructura y
equipamiento de los establecimientos del primer nivel de
atención de la Gerencia Regional de Salud de
Lambayeque en el año 2020**

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN CIENCIAS
CON MENCIÓN EN PROYECTOS DE INVERSIÓN**

AUTORA

Bach. Verónica Shirley Pariacuri Cabrera

ASESOR

Dr. Willy Rolando Anaya Morales

<https://orcid.org/0000-0003-4474-2674>

LAMBAYEQUE, 2022

“Evaluación de las Inversiones en Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos del Primer Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque en el año 2020”.



Bach. Verónica Shirley Pariacuri Cabrera
Autor



Dr. Willy Rolando Anaya Morales
Asesor

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo
para optar el Grado Académico de: MAESTRA EN CIENCIAS CON MENCION EN
PROYECTOS DE INVERSION

Aprobado por:



Dra. Ana Bertha Cotrina Camacho
Presidente del jurado



MSc. Segundo Zamora Rodríguez
Secretario del jurado



Dra. María Magdalena Barrantes Quiroz
Vocal del jurado

Lambayeque, 2021

Acta de Sustentación (copia)

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS 027

Siendo las 13.30 horas del día Once de Diciembre del año Dos Mil veintitres, en la Sala de Sustentación de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque, se reunieron los miembros del Jurado, designados mediante Resolución N° 888-2023-EPG de fecha 20/09/23, conformado por:

<u>Dra. Ana Bertha Cotrina Camacho</u>	PRESIDENTE (A)
<u>Mg. Segundo Heruiggenes Zamora Rodríguez</u>	SECRETARIO (A)
<u>Dra. María Magdalena Barrantes Quivoz</u>	VOCAL
<u>Mg. Willy Rolando Anaya Morales</u>	ASESOR (A)

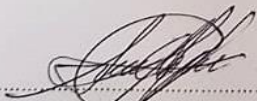
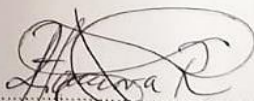


Con la finalidad de evaluar la tesis titulada "Evaluación de las Inversiones en Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos del Primer Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque en el Año 2020"

presentado por el (la) Tesista Verónica Shirley Pariacuri Cabrera sustentación que es autorizada mediante Resolución N° 1130-2023-EPG de fecha 11 de diciembre de 2023

El Presidente del jurado autorizó del acto académico y después de la sustentación, los señores miembros del jurado formularon las observaciones y preguntas correspondientes, las mismas que fueron absueltas por el (la) sustentante, quien obtuvo 18 puntos que equivale al calificativo de Muy Buena

En consecuencia el (la) sustentante queda apto (a) para obtener el Grado Académico de: Maestro en Ciencias con Mención en Proyectos de Inversión.

Siendo las 14.30 horas del mismo día, se da por concluido el acto académico, firmando la presente acta.

 PRESIDENTE	 SECRETARIO
 VOCAL	 ASESOR

Declaración Jurada de Originalidad

Yo, Verónica Shirley Pariacuri Cabrera investigador principal, y Willy Rolando Anaya Morales, asesor del trabajo de investigación “Evaluación de las Inversiones en Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos del Primer Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque en el año 2020”, bajo juramento manifestamos que este trabajo no ha sido plagiado y no contiene información falsa. De probarse lo contrario, asumiré de manera responsable de la cancelación de este informe y de las diligencias administrativas que en su caso se inicien. Esto puede resultar en la anulación del título o grado otorgado en base a este informe.

Lambayeque, 05 de marzo de 2023

Nombre del autor: Verónica Shirley Pariacuri Cabrera

Nombre del asesor: Willy Rolando Anaya Morales

Dedicatoria

A mis padres Ofelia Cabrera Gastelo de Pariacuri y Pablo Pariacuri De La Cruz con mucho amor y cariño, le dedico todo mi esfuerzo y trabajo puesto para la realización de esta tesis.

Son la razón y mi fuerza que me levanto cada día esforzándome por el presente y el mañana, son mi principal motivación mis niños Oziel Mathias, Leandro Valentino y Alessia Antonella, que son mi vida y mi corazón LOS AMO MIS NIÑOS.

Agradecimiento

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi Asesor por su guía y apoyo en mi proyecto de tesis. Siempre estuvo dispuesto a escuchar, brindar consejos valiosos y compartir experiencias conmigo. Gracias a usted por su dedicación y paciencia en guiarme en este proceso tan importante en mi vida académica.

Índice General

Índice General.....	7
Introducción.....	13
I. Diseño Teórico.....	18
1.1 Antecedentes de la Investigación.....	18
1.1.1 Ámbito internacional.....	18
1.1.2 Ámbito nacional	20
1.2 Base Teórica	24
1.2.1 Economía de la Salud	24
1.2.2 Inversión en infraestructura y equipamiento en salud pública.....	29
1.2.3 Gestión de la infraestructura y equipamiento en salud	36
1.3 Definiciones Conceptuales.....	48
1.3.1 Inversión pública.....	48
1.3.2 Sistema de salud.....	48
1.3.3 Establecimiento del primer nivel de atención	48
1.3.4 Infraestructura	48
1.3.5 Equipamiento	49
1.3.6 Tecnología sanitaria	49
1.4 Operacionalización de Variables	50
III. Diseño Metodológico.....	51
3.1 Tipo de Investigación.....	51
3.2 Método de Investigación.....	51
3.3 Diseño de Contratación	52
3.4 Población y Muestra	52
3.4.1 Población.....	52
3.4.2 Muestra.....	53
3.5 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos.....	53
3.5.1 Técnica	53

3.5.2 Instrumento.....	54
3.6 Procesamiento y Análisis de Datos.....	55
IV. Resultados.....	56
4.1 Evaluación de las inversiones en infraestructura y equipamiento de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque	56
4.2 Determinar las condiciones básicas sanitarias de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque.	58
4.3 Determinar el abastecimiento y modernidad sanitaria de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque	59
4.4 Determinar el diagnóstico de brechas de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque.	60
4.5 Perfil de los recursos de la EE. SS	61
V. Discusión	64
Conclusiones.....	66
Recomendaciones	68
Referencias Bibliográficas.....	70
Anexos.....	73

Índice de Tablas

Tabla 1 Indicadores referidos al I Nivel de Atención.....	45
Tabla 2. Situación de los EE.SS del Primer Nivel de Atención por Categorías.....	46
Tabla 3 Situación de los EE.SS del Primer Nivel de Atención por Categorías.....	47
Tabla 4 Operacionalización de Variables	50
Tabla 5 Calificación de las inversiones por parte de los entrevistados	57
Tabla 6 Matriz de correlaciones de las dimensiones de la variable inversiones.	57
Tabla 7 Calificación de las inversiones por parte de los entrevistados	58
Tabla 8 Nivel de calificación del abastecimiento y modernidad sanitaria	59
Tabla 9 Nivel de calificación de las brechas de los establecimientos	60
Tabla 10 Perfil de entrevistado socioeconómico de los entrevistados	62
Tabla 11 Perfil demográfico de los entrevistados	62
Tabla 12 Perfil profesional de los entrevistados.....	63
Tabla 13 Perfil de los establecimientos de salud de la GERESA.....	63

Índice de Figuras

Figura 1 Niveles de calificación promedio de las dimensiones de la inversión	56
Figura 2 Nivel de calificación de las condiciones básicas sanitaria	59
Figura 3 Nivel de calificación del abastecimiento y modernidad sanitaria	60
Figura 4 Nivel de calificación de las brechas de los establecimientos	61

Resumen

La situación del sector de la salud pública en el Perú siempre es de emergencia, de crisis perpetua que se acrecienta en épocas de desastres climatológicos o de contagios masivos como el cólera hace algunos años y ahora como el actual Covid 19. Por ello, la presente investigación tiene el propósito de evaluar las inversiones en infraestructura y equipamiento de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque en el año 2020. Mediante un método de investigación cuantitativo se aplicó un cuestionario a los involucrados en los establecimientos de salud, para medir su percepción de las condiciones de trabajo sobre estos recursos físicos. Los resultados muestran que la variable es calificada con un nivel bajo, al igual que sus dimensiones; estando en niveles medios de alrededor de dos de un rango de entre uno y cinco. Lo que denota un claro descuido de la atención de la salud pública, que debe ser revertido por la actual gestión.

Palabras clave: Inversión pública, Salud pública, Infraestructura, Equipamiento,

Clasificación JEL: I13, I18, H54

Abstract

The situation of the public health sector in Peru is always an emergency, a perpetual crisis that increases in times of weather disasters or massive infections such as cholera a few years ago and now as the current Covid 19. Therefore, this the purpose of this research is to evaluate the investments in infrastructure and equipment of the establishments of the first level of care of the Lambayeque Regional Health Management in the year 2020. Using a quantitative research method, a questionnaire was applied to those involved in the health establishments. health, to measure their perception of working conditions on these physical resources. The results show that the variable is qualified with a low level, as are its dimensions; being at medium levels of around two out of a range between one and five. Which denotes a clear neglect of public health care, which must be reversed by the current management.

Keywords: Public investment, Public health, Infrastructure, Equipment,

JEL classification: I13, I18, H54

Introducción

La situación experimentada hasta el presente por diversos países en el mundo, con respecto a las inversiones en salud como: infraestructura y equipamiento, las metodologías empleadas, los progresos alcanzados y sus desafíos dependen de sus políticas implementadas y sus recursos técnicos disponibles. La limitada implementación de infraestructura y equipamientos en el cuidado de la salud de las poblaciones locales son una de las causas visibles que no permite a cada país tener ciudadanos sanos para el desarrollo del capital y las condiciones de vida. La limitada infraestructura hospitalaria y los limitados recursos humanos médicos, enfermeros y técnicos se hace cada vez más evidente en diversas regiones del mundo. A nivel mundial Noruega es el país a que más invierte en salud, con 9.055 dólares por persona, esto según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), procesadas por el Banco Mundial, que incluyen tanto el gasto público como el privado, así mismo se indica que Suiza ocupa el segundo lugar con 8.979 dólares per cápita, mientras que Estados Unidos ocupa el tercer lugar con 8.895 dólares por persona.

Algunos países de América Latina, presentan infraestructuras más desarrolladas en comparación a las demás naciones. Según un estudio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), desde mediados de la década de 2000 la inversión en el sector salud ha aumentado a la par que los ingresos fiscales. El sistema público de salud en Argentina, está enfocado principalmente a las personas sin seguro de salud formal y que ingresan al sistema por medio de los Centros de Atención Primaria de Salud – CAPS).

En Perú, la distribución de los fondos destinados a la inversión pública en salud a nivel nacional, regional y local no se rige por políticas de distribución equitativa que tengan

en cuenta las necesidades actuales de cada población, sino que está fuertemente influenciada por los recursos disponibles en cada región y la eficacia con que estos fondos son distribuidos y utilizados por las autoridades competentes; todo esto nos conlleva a una problemática vista desde hace muchos años, porque todos los que formamos parte de este sector, ya sea como trabajador, paciente o espectador, conocemos que las necesidades en salud de la población superan la disponibilidad del sistema y no son suficientes para abastecerlas.

En este sentido, el Ministerio de Economía y Finanzas - MEF asigna anualmente un presupuesto para ser utilizado en el sector salud a nivel nacional, regional y local, en gastos para la adquisición de activos no financieros, gastos destinados a incrementar la producción, adquisición de bienes de capital, mejoras y reparaciones de la capacidad productiva, estudios de proyectos de inversión (elaboración de estudios de preinversión y Expedientes Técnicos) en la que se consideran la adquisición y compra de bienes inmuebles, construcción, equipos, intangibles, contratación de personal y de más gastos necesarios.

El sistema de salud peruano presentaba falencias reflejadas en las brechas de calidad, inclusive antes de la pandemia generada por el coronavirus la cual puso en evidencia su situación verdadera. El Ministerio de Salud - MINSA informó que había 13,6 médicos por cada 10000 personas en el país. Del mismo modo, sólo se contaba con 0,4 camas de UCI por cada 100000 habitantes. La escasez de infraestructura y equipamiento también se evidencio, ya que solo se registraron cinco ventiladores mecánicos por cada 100000 personas en el país, según estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud.

La pandemia a causa del COVID – 19 en el país puso al descubierto el débil y precario estado del sistema de salud, nuestro país muestra que la situación es bastante

delicada, estudios actualizados sobre todo locales, han demostrado que el estado no invierte en las regiones colindantes como es la región Piura, que consta con solo 330 establecimientos de salud, Trujillo cuenta con 368 EESS., la situación es cercana a Lambayeque es similar.

Según Durand, hasta el año 2019, el ámbito local manifestaba que en el departamento de Lambayeque solo el 46.7% de la población, tiene acceso al servicio de salud, nuevamente los distritos más alejados son los más afectados por la escasez de recursos de centros médicos y muchas veces la ausencia de personal capacitado. La realidad de los establecimientos de salud en la región Lambayeque es de 182 EE.SS (Establecimientos de salud). que se divide en red, Chiclayo, red Lambayeque y red Ferreñafe.

En infraestructura la mayoría de los EE.SS se encuentran deteriorados, el 75% que es la parte de las paredes, parte eléctrica, sanitaria, malla de protección, cerco perimétrico, con el pasar del tiempo, no han tenido un mantenimiento adecuado, sobresaliendo los EE.SS de primer nivel de atención.

En la parte de equipamiento, los establecimientos médicos no cuentan con equipos básicos necesarios para la atención en el primer nivel, ya que por el pasar del tiempo el personal no realiza las bajas respectivas de los equipos, los cuales siguen figurando en el siga patrimonial y en la hora de reponer, la gran parte del equipamiento figura que todavía está en uso, aunque haya pasado años, esto nos conlleva a una gran problemática de nunca acabar.

En los centros y puestos de salud, el personal responsable es el médico SERUM o personal nombrado, personal asistencial (CAS), la cual ellos deben saber lo que necesitas de su establecimiento, y deberán realizar la gestión administrativa en la mejora de infraestructura, equipos y dotar de personal. Los puestos de salud I-1 y I-2 consta de un

médico SERUM, un técnico y una obstetra a una población aproximada de 1500 habitantes. Si el establecimiento desea subir de categorización se debe atener a las Normas Técnica de Salud N°113-MINSA/DGIEM-V.01 del MINSA, el principal ente regulador.

Ante esta situación la investigación busca responder ¿Cuál es la situación de las inversiones en infraestructura y equipamiento de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque en el año 2020? El objetivo de la investigación fue realizar una evaluación de las inversiones en infraestructura y equipamiento de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque en el año 2020. Los objetivos específicos: (1) Determinar las condiciones básicas sanitarias de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque, (2) Determinar el abastecimiento y modernidad sanitaria de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque, (3) Determinar el diagnóstico de brechas de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque y (4) Determinar el perfil de los recursos de la EE.SS

La importancia de la investigación radica, en la importancia del tema de la inversión pública en el sector de salud que influye en el desarrollo de la economía en el Perú e incrementa su competitividad a nivel internacional. Según la OMS, todos los países deben asegurarse de tener suficientes gastos en salud para lograr la cobertura universal; se reconoció que, la necesidad de fortalecer la naturaleza de los recursos disponibles, el sistema de un desarrollo sostenible en el sector y su uso adecuado, son fundamentales para ajustar la calidad de los fondos públicos a través de resultados.

La investigación permitirá la aplicación de un cuestionario que genere datos que ayudarán a implementar mecanismos de monitoreo y fiscalización de manera periódica, con el objetivo de medir el avance e impacto del presupuesto asignado al sector en la región; de este modo, los resultados puedan servir a futuras investigaciones.

Este estudio no está excluido de tener limitaciones sobre todo al momento de recopilar los datos, por lo general la poca disponibilidad para brindarlos por un personal sanitario siempre ocupado en sus tareas cotidianas. Esto restringe y limita la futura planificación que pueda llevarse a cabo en la autoridad regional. Se sabe de la inadecuada infraestructura de datos en el sector que deriva en el escaso monitoreo de las condiciones en la que se encuentra la inversión en salud de la región.

I. Diseño Teórico

1.1 Antecedentes de la Investigación

1.1.1 Ámbito internacional

Carreón, Guijarro, & Ibarra (2012), en su investigación “Infraestructura y Cobertura Universal en Salud”, planteó analizar la infraestructura y los recursos humanos existentes (hospitales, camas, quirófanos, médicos , enfermeras, etc.) del sistema de salud de México, con el fin de determinar la capacidad existente del sector para satisfacer la demanda potencial que necesitó la cobertura nacional en salud, esto a través del ordenamiento de datos estadísticos con series de tiempo obtenidos de portales oficiales del sector, el cual determinó un escenario factible en materia de infraestructura requerida 160 000 camas adicionales, 202 000 nuevas enfermeras, inclusión de nueva tecnología médica, además de criterios de descentralización, financiamiento y aseguramiento con el sector privado.

De acuerdo con Croskayna (2020), en su informe de tesis titulado "Los proyectos del presupuesto de inversión pública en el sector salud en Bolivia; 2000-2018", identifica el tema de la desigual ejecución de los proyectos del presupuesto de inversión pública en el sector salud de su país y su objetivo es demostrar la distribución de la ejecución del presupuesto de inversión pública utilizando una metodología deductiva, cuantitativa y descriptiva. Entre sus hallazgos, se señala que la distribución de la ejecución presupuestaria de la inversión pública considera como prioridad aquellos proyectos capitalizables con mayor intervención en la economía plural, así mismo se contrasta con un considerable incremento de establecimientos del primer nivel y un menor crecimiento de los establecimientos del segundo y tercer nivel.

Torres (2015), en su investigación titulada “Efectos de la Pérdida de Infraestructura Hospitalaria sobre la Calidad del Servicio de Salud”, esto partiendo del escenario del terremoto del año 2010 como un shock exógeno y los efectos de este sobre las diferentes variables de salud, la atención sanitaria, recursos de equipamiento y la pérdida de infraestructura del sector, para lo cual se implementó un análisis de Diferencias en Diferencias (Diff-in-Diff), comparando grupos antes y después del desastre en zonas afectadas y no afectadas, dicho análisis concluye en un 10% al aumento de patologías propias de hospitales esto en función a una disminución de recursos para atender y prevenir enfermedades, un déficit en infraestructura de hospitales públicos, esto detallando una inversión del 7.3% del PIB nacional, cifra por debajo del promedio de países de la OCDE de 9.3%, finalmente se recomienda realizar un análisis de la inversión en el sistema de salud en Chile, en infraestructura hospitalaria como en equipamiento tecnológico y formación de especialistas.

En su tesis titulada "La Inversión Pública de Nicaragua en el Sector Salud Orientada a la Renovación de la Red Hospitalaria Nacional (2014-2017)", Tunnermann & Torres (2018) manifestaron que su objetivo fue examinar los efectos socioeconómicos de la inversión pública en la renovación de la red hospitalaria, en el ámbito del sector salud nicaragüense, utilizando una metodología descriptiva porque resalta la comparación de las tendencias de la PGR nicaragüense en un periodo actual y dos periodos antecesores. Como resultado concluyeron que se debería proponer la construcción o remodelación de por lo menos 16 centros adicionales urgentemente enfatizando la infraestructura, equipamiento y la calidad de la atención médica, acción que estaría a cargo del gobierno nacional.

Pérez (2015), en su tesis doctoral “La inversión pública para la salud comunitaria, una herramienta eficaz para mejorar la atención de los servicios de salud en la comunidad: el caso de la República de Panamá”, esta investigación utiliza dos variables estrictamente ligadas al proceso de Atención Primaria en Salud (APS), la inversión pública y la salud comunitaria, esto a través de una metodología de corte exploratorio, con imagen objetivo-estratégica a fin de proyectar como la inversión del gobierno utilizada eficazmente puede mejorar la calidad de vida en un entorno comunitario, para esto además se aplicó acciones participativas, encuestas y entrevistas a funcionarios en las esferas de la inversión pública y salud local, que concluyeron lo siguiente; un reconocimiento del 73.1% a la inversión pública como herramienta eficaz para mejorar la salud comunitaria, un 100% reconocen el carácter viable y eficaz de implantar la descentralización, un 32.8% recalcó la importancia de capacitarse en formulación y evaluación de proyectos de salud y un 22.9% señaló lo determinante de mejorar el desarrollo de la planificación estratégica en inversión comunitaria.

1.1.2 Ámbito nacional

Ministerio de Salud (2021), en su “Diagnóstico de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud”, el cual está alineado a los objetivos estratégicos del Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM), este previamente articulado al Plan Estratégico Institucional (PEI). Dicho diagnóstico tiene como fin actualizar la situación de las brechas del sector para servir como base a la Programación Multianual de Inversiones (PMI) del 2022-2024, esto a través de los indicadores establecidos por la OPMI, los cuales determinaron un 97% de EE.SS del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada, un 44% de nuevos EE.SS del primer nivel de atención por implementar, 96% de

hospitales con capacidad instalada inadecuada, 41% de nuevos hospitales por implementar, 77% de institutos especializados con capacidad instalada inadecuada, así como un 95% de laboratorios del Instituto Nacional de Salud con capacidad instalada inadecuada, el 96% de laboratorios regionales de salud pública con capacidad instalada inadecuada, el 69% de centros de promoción y vigilancia comunal requeridos, un 79% de sedes administrativas con adecuado índice de ocupación y el 76% de sistemas de información de salud que no funcionan adecuadamente.

Medina (2019), en su tesis “Incidencia de la inversión pública en la brecha de infraestructura y/o acceso a los servicios públicos, de los sectores estratégicos en la provincia de Hualgayoc, durante el periodo 2007 – 2017”, la cual planteó como objetivo analizar el aporte de la inversión pública a las brechas del sector salud, educación y transporte, además se pretendió estimar el intervalo de tiempo que tomaría cerrar las mismas, esto bajo 3 escenarios; pesimista, moderado y optimista, por lo que se diseñó una investigación de tipo aplicada, de temporalidad longitudinal y correlacional, con método de estudio deductivo-inductivo, analítico-sintético, e histórico y con una aplicación econométrica, de lo cual se obtuvo referido al sector salud; un 3% del total de la inversión en la provincia (S/. 12.81 millones).

Además de un crecimiento desordenado con tendencia positiva, una brecha de cobertura con tendencia negativa de 68.7% en 2007 a 54.2% en 2017, en la estimación econométrica, un R cuadrado de 27.7%, con una relación inversa de la inversión en salud con las brechas en 2.39% y una estimación hasta el 2025 para cerrar la brecha de infraestructura y/o acceso a los servicios en el escenario optimista, hasta el 2030 en el moderado y para el escenario pesimista una estimación al año 2045.

Espinoza, Gamarra, Torres, & Villanueva (2017), en su investigación “Planeamiento Estratégico para el Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín”, cuyo fin fue describir el primer nivel de atención en la región y presentar un plan estratégico que influya en la prestación de un servicio de calidad, basado en una prestación eficiente del servicio, el abastecimiento adecuado de medicamentos, el equipamiento médico operativo y una infraestructura adecuada.

Como conclusión se determinó que en el primer nivel de atención de la región Junín, el 27% de las infraestructuras de los establecimientos de salud se encontraban inconclusos, además no prestaban el mantenimiento ni acceso a los servicios sanitarios básicos de manera adecuada, asimismo el 100% de los establecimientos carecía del equipamiento mínimo y el 49% tenía equipos médicos inoperativos, una gestión de abastecimiento y control del stock de medicamentos de forma ineficiente y la carencia de indicadores de dirección y control del personal que labora en los establecimientos de salud por parte de los gestores y responsables. Así mismo se evidencio la flexibilidad de los horarios de atención y la parcialización acorde al régimen laboral ya que bajo la modalidad de contrato 1057 referido a los contratos Administrativos de servicios (CAS) representan un 27.9% del total de profesionales asistenciales mientras que el personal bajo el régimen laboral 276 representan el 60.94%, lo que genera un panorama de incertidumbre, inseguridad y estancamiento laboral.

Cervantes (2017), en su investigación “La Inversión Pública y Privada en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014”, planteó analizar el comportamiento de las dos variables relacionadas a la inversión y su contribución al mejoramiento de la infraestructura en el sector salud en general (público y privado), empleando un método descriptivo, analítico y correlacional, partiendo de anuarios y

memorias de instituciones representativas del sector MINSA, ESSALUD, BCRP, Organización Mundial de la Salud, etc. Es una investigación de tipo aplicada y cuantitativa, con una estimación de Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO), también se determinó un modelo de regresión lineal múltiple, para determinar la correlación existente entre la inversión y el desarrollo de la infraestructura en salud, concluyendo respecto a la inversión pública, un coeficiente de regresión de 3.93%, así como un aporte en S/. 8,049 millones de soles al desarrollo en infraestructura, así como un 81% de la oferta de camas hospitalarias en posesión del sector del estado (MINSA, Gobiernos regionales y locales, Sanidad de las FFAA y PNP y ESSALUD), es decir una influencia favorable.

Villalobos (2015), en su investigación “Impacto de la Inversión Pública en el Sector Salud, en la Calidad de los Servicios de Salud, por parte de la Municipalidad Distrital de Tabaconas periodo 2011 – 2014”, cuyo propósito fue determinar la calidad de los servicios de salud provistos para la población, esto en función de la relación causa efecto de las mejoras en el sector y la implementación de los proyectos de inversión en el sector, para lo cual se diseñó una investigación de tipo no experimental con uso de datos transversales, descriptivos y explicativos, esto en análisis de dos proyectos público del sector en Tabaconas, que comprenden un 20% del total de la oferta distrital del servicio de salud, para lo cual, se recogió datos estadísticos, se aplicó una entrevista y una encuesta a fin de realizar un tipo de evaluación ex – post.

Se determinó en el mediano plazo, una disminución de las tasas de morbilidad (de 16.29% a 10.79%), así como un impacto de la inversión medido en una mejor calificación de la eficiencia de estos proyectos, tanto del Puesto de Salud de Tabaconas (0.67) como del Puesto de Salud de Carmen Cautivo (0.78).

1.2 Base Teórica

1.2.1 Economía de la Salud

La OMS estableció el término "salud" en 1946 para referirse a una condición de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no sólo a la ausencia de enfermedades y afecciones. Por lo tanto, gozar de buena salud implica satisfacer todas las necesidades básicas de una persona, incluidas las afectivas, físicas, nutricionales, sociales y culturales. Sin embargo, esta concepción resulta ser poco realista ya que según estimaciones sólo entre el 10% y el 25% de la población mundial goza de una salud perfecta, lo que dificulta la satisfacción de las necesidades básicas de todos.

Según Valenzuela (2013), desde un enfoque de función de producción, los servicios de salud son el resultado de combinar la cantidad de insumos utilizados, que engloba desde los recursos humanos, equipos, medicamentos y otros materiales hasta servicios adicionales o de apoyo, y la cantidad de productos obtenidos o intermedios los cuales son servicios como como consultas, pruebas complementarias, operaciones, etc. El producto resultante de esta función de producción en el sector salud junto con la participación de otros sectores de la economía (educación, cultura, etc) contribuye al producto final que resulta ser el Estado de salud de la población.

Las interrelaciones entre los elementos teóricos y metodológicos de la disciplina de la Economía de la salud, articula los intereses de los profesionales de la salud en la elección de alternativas para resolver problemas vinculados con las necesidades de los servicios de salud cuando se realiza el análisis el lugar que tiene en el sistema de reproducción social la salud pública.

En el campo de investigación Eficiencia y economía de la Salud del Ministerio de Salud, determina las temáticas siguientes: Análisis de la demanda de servicios de salud y Análisis de la oferta de servicios de salud:

- (1) Análisis de la demanda de servicios sanitarios.
- (2) Análisis de la oferta de servicios sanitarios.

3.2.1.1 Oferta de los servicios de salud

La oferta se traduce en la proporción de un bien que un productor esta presto a producir y vender a un precio específico durante un periodo lapso de tiempo y en circunstancias de mercado establecidas. Los factores de la oferta más importante son:

- (1) Precio de factores de producción o servicio
- (2) Estado de la tecnología
- (3) Objetivos empresariales de los productores
- (4) Precio del bien o servicio producido.

Por lo tanto, los factores estructurales, productivos, los equipos, esquemas organizativos y el financiamiento deben ser analizados para estandarizar la oferta. La estrategia de dirección aborda aquellas acciones para adoptar ofertas de servicios que satisfaga las demandas cambiantes, así como también lograr maximizar la eficiencia mediante el despliegue de la fuerza laboral multitareas y aumentando la participación de los consumidores o compartiendo la capacidad de servicio.

Sin embargo, la oferta en el sector Salud está terminada por:

- (1) Capacidad instalada

- (2) Recursos Humanos
- (3) Tecnología sanitaria
- (4) Otros recursos y servicios.

Como factor de la oferta en los servicios de salud, la capacidad instalada está compuesta por los espacios físicos o áreas donde se desarrollan las actividades propias de un establecimiento de salud. Por su parte el recurso humano es el elemento esencial que desempeña dichas actividades del centro de salud en cuestión y está compuesto por el personal profesional o especialistas, técnicos y trabajadores administrativos y de servicios. (Valenzuela, 2013-p.83)

En cuanto a la tecnología sanitaria comprende el equipamiento médico, productos farmacéuticos, recursos de laboratorio y diversos departamentos técnicos; además abarca los procesos, técnicas y procedimientos médicos. Al respecto de otros recursos y servicios, se considera aquellos equipos no médicos tales como calderas, centrales o plantas eléctricas, equipos pertenecientes a las áreas de lavandería, cocina, transporte entre otros; a su vez se incluyen servicios de apoyo (alimentación, mantenimiento, esterilización, etc.) para el desarrollo de actividades esenciales.

1.2.1.2 Demanda de los servicios de salud

La demanda es entendida como la disposición de un agente económico para adquirir algún producto o servicio determinado que satisfaga su deseo o necesidad, sin embargo este agente económico o también denominado consumidor debe contar con los recursos necesarios para transformar dicho deseo en demanda.

La relación entre el precio de un producto y las diferentes cantidades que una persona puede comprar en un periodo de tiempo determinado da como resultado la función de demanda de un comprador. La demanda y la necesidad generan un vínculo manifestado en que la necesidad es una condición fisiológica o psicológica que se refleja en la carencia o falta de algo, que es común en los seres humanos independientemente de factores étnicos y culturales, en tanto que la demanda es la representación de un deseo que está supeditado por los recursos que tiene el demandante a su disposición.

La infinidad de necesidades de una persona contrasta con los recursos limitados que pueda tener, por lo que el comprador de acuerdo a sus posibilidades pretenderá obtener aquellos bienes o servicios ofertados por el proveedor quien tiene la responsabilidad poder satisfacer varias necesidades simultáneamente. Una forma de poder lograr este propósito a modo de ejemplo se apertura áreas de lectura en la sala de espera, realizar charlas o capacitaciones educativas, entre otras estrategias que permitan además de brindar el servicio de salud curativo ofrecer atención preventiva que pueda estimular la demanda como el uso de anticonceptivos, procedimientos de inmunizaciones, realizar un plan de dieta, etc.

La característica particular de la demanda de los servicios de salud es que resulta de la decisión del facultativo o médico especialista quien decreta, ya sea de manera individual o colectiva, el tipo de servicio determinado que va a recibir el usuario o consumidor por lo cual este último queda excluido en la toma de decisiones sobre el servicio de salud que podría recibir.

La incertidumbre es más notoria en este tipo de servicio ya que una enfermedad resulta ser in evento inesperado el cual no es posible predecir cuándo y con qué intensidad

podrá ocurrir, esto marca una diferencia notable a comparación con otros productos o servicios donde el consumidor o usuario tiene la posibilidad de decidir qué comprar o adquirir para satisfacer sus necesidades particulares.

Estas particularidades ponen en manifiesto las deficiencias de este mercado, el cual merece un tratamiento o abordaje diferente debido a sus implicancias étnicas. La estrategia de dirección de la demanda busca orientarla hacia la disponibilidad de los servicios existentes cuyo éxito se podrá alcanzar mediante su desarrollo fuera de las horas pico, haciendo uso de los servicios complementarios y a través de la creación de un sistema de reservas. (Valenzuela, 2013-p.85)

1.2.2.3 Atención primaria de la salud (APS)

Los cambios o transiciones que la atención primaria de la salud ha contribuido son los siguiente:

- (1) De la curación a la atención preventiva.
- (2) De la atención hospitalaria a la atención en la comunidad.
- (3) De la atención urbana a la rural.
- (4) De los factores determinantes dentro del sector de la salud a los de fuera del sector.
- (5) De los servicios centralizados de salud a los servicios descentralizados.

Como parte integrante del Sistema Nacional de Salud (SNS), la Atención Primaria de Salud (APS) resulta ser la función central y principal núcleo de desarrollo, traducándose en el primer nivel en el que las personas, familias y la comunidades entran en contacto con el

Sistema Nacional de Salud, además en la medida de lo posible acerca la atención de salud hacia las áreas o zonas donde las personas viven y trabajan estableciéndose como el primer elemento de asistencia sanitaria de carácter estable.

El programa del Médico y la Enfermera es el axioma primordial de la Atención Primaria de Salud (APS) cuyo objetivo es brindar mayor resolución y desarrollar el compromiso de participación de la comunidad a través del movimiento de municipios, lo que permitirá incrementar la calidad de la atención primaria contando con una mejor de los recursos humanos y tecnológicos, a su vez aumentando la satisfacción de la población y elevando la eficiencia técnico económica del modelo de atención tratado.

Las principales características de los beneficios de la APS se denotan en la prevención por excelencia, promoción de la salud mediante el empleo de programas efectivos, intervención de especialidades médicas diversas, implementación del ingreso domiciliario, receta de medicamentos genéricos para el primer nivel de atención, organización y participación responsable de factores sociales y reducido coste unitario. (Valenzuela, 2013-p.137)

1.2.2 Inversión en infraestructura y equipamiento en salud pública

Durante la década de 1950, los economistas Winslow y Myrdal alegaban que las inversiones en salud generarían un alto rendimiento en capital humano, manifestaron que los costos en salud deben proveer beneficios económicos en virtud a la reducción en la movilidad y mortalidad de la fuerza laboral, además que los planes o programas de salud debían integrarse en el desarrollo económico general.

Como indica Vásquez (2019), un sistema de salud está conformado por aquellos organismos, instituciones y medios que tienen la finalidad de mejorar la salud mediante acciones relacionados a este objetivo, en la cual se incluyen el sector público y privado, así como también sectores tradicionales e informales.

De acuerdo con Westreicher (2020), indica que el estado realiza gastos con fines productivos mediante el gobierno central, regional o local y que tienen como objetivo la provisión de bienes, servicios o infraestructura que se considerados fundamentales o básicos, dichos gastos se traducen en la inversión pública.

La infraestructura pública del sector salud peruano está compuesta por puestos de salud, centros de salud y hospitales generales, los que están en condiciones de brindar diferentes tipos de servicios médicos por lo que cuentan con el equipamiento médico necesario para tal fin; sin embargo, muchos carecen de equipos para la atención como tomógrafos o ambientes como quirófanos, laboratorios de análisis o institutos especializados. Es así que existe una diferencia entre centros de salud en los cuales se intervienen en consultas básicas y los denominados puestos de salud que en su mayoría se encuentran en zonas rurales y en los que se atienden casos comunes y no complicados; sin embargo, cuentan con equipamiento básicos viendo la necesidad de referir los casos más complicados hacia los centros de salud u hospitales de mayor nivel.

1.2.2.1 Condiciones básicas

Una de las cualidades de los sistemas de salud es la capacidad que deberían tener para atender las necesidades de las personas en el ámbito social y de salud. Los sistemas nacionales y locales tienen que ir al encuentro de los ciudadanos y motivarlos para que

mejoren su salud haciendo hincapié en el fomento de la salud y en la prevención de las enfermedades. Los esfuerzos deberían orientarse hacia una clara identificación de las necesidades básicas de salud y la organización de servicios integrales dentro de una base demográfica bien definida.

Los sistemas de salud pueden adoptar muchas formas. Los servicios de atención primaria de salud, que constituyen el primer nivel de contacto de las personas con el sistema sanitaria nacional, están concebidos para llevar dicha asistencia lo más cerca posible de donde la gente vive y trabaja. Sobre la base de la atención primaria, los sistemas de salud deberían ser comunitarios e integrales, con componentes de prevención, fomento curación y rehabilitación, estar siempre al alcance del usuario, contar con la financiación adecuada; estar estrechamente vinculados en todos los niveles con los servicio sociales y ambientales; y estar integrados en una red de consultorios más amplia y de alta calidad en todos los países. (Organización Mundial de la Salud, 1998)

La atención sanitaria de buena calidad está integrada por los siguientes componentes: competencia profesional, utilización eficaz de los recursos, reducción mínima de los riesgos para los pacientes, satisfacción y resultados sanitarios favorables. El aspecto social exige una atención particular y requiere la integración de la salud en la vida comunitaria diaria, el desarrollo del apoyo comunitario, la máxima participación de la población en el mantenimiento de la salud de sus familias y sus comunidades, y la garantía de que lo más pobres tengan acceso a los servicios de salud, y estos cumplan con mantener condiciones básicas sanitarias de buena calidad y mayor abastecimiento.

En el núcleo de este sistema debe estar principalmente los profesionales de la salud debidamente capacitados, entre otros indicadores básicos como, por ejemplo, áreas operativas, fiscalización, equipos médicos operativos, abastecimientos de materiales (estetoscopios, termómetros, balanzas, ventiladores manuales, maletín de urgencia, set's instrumentales, transportador de vacunas), la disposición de al menos un vehículo de emergencia, entre otros.

1.2.2.2 Modernidad Sanitaria

Actualmente, la tecnología ha alcanzado un importante desarrollo encontrándose en expansión con algunos rasgos de globalización. En el ámbito de la salud, la tecnología contribuye a una mejora en la calidad de la atención así como también al aumento del gasto sanitario. No obstante, el aporte verdadero de las tecnologías en la salud y la calidad de vida de las personas en su mayoría es aún desconocida debido a que la mayor parte de su uso habitual todavía no se evalúa formal ni adecuadamente. Esta es la razón por la cual las decisiones sobre el empleo de las Tecnologías Sanitarias (TS) han sido dadas por profesionales de la salud, especialmente médicos, cuya información es obtenida mediante la observación empírica.

En la década de 1960, los ensayos clínicos los cuales funcionaban como método de evaluación de las Tecnologías Sanitarias se volvieron más comunes como requisito previo a la comercialización de productos farmacéuticos y biotecnológicos. En el año de 1965 se acuñó el término de evaluación de tecnología gracias al congresista estadounidense Doddario, sin embargo, en la década del setenta es cuando la Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS) fue fuertemente impulsada mediante la creación de la Office of Technology

Assement (OTA), siendo el primer organismo público que generó información ligada a este campo, prueba de ello se publica en 1976 su primer informe al respecto. (Valenzuela, 2013-p.149)

1.2.2.2.1 Situación de la infraestructura en salud

El acceso a una asistencia sanitaria de calidad es un medio para luchar contra la pobreza, avanzar en el desarrollo social y reducir las desigualdades. En este sentido, la mejora de las infraestructuras hospitalarias es necesaria para ofrecer una atención médica de alta calidad.

Sin embargo, las condiciones de seguridad de los establecimientos de salud son inadecuadas, prueba de ello el 27% de total de hospitales están ubicados en áreas vulnerables, el 15% en áreas inundables, el 8% en zonas erosionables y el 4% son vulnerables a otras amenazas como deslizamientos de tierra, huaycos, entre otros. (Ministerio de Salud, 2006)

A fines de la década de 1990 se construyeron por primera vez muchos de los hospitales principales de las más importantes ciudades del Perú, los cuales no presentan los estándares sísmicos modernos volviéndolos extremadamente vulnerables ante los sismos de gran y mediana escala. Un claro ejemplo de este panorama se dio en el año 2007 en la región Ica, específicamente en la ciudad Pisco la cual fue azotada por un gran sismo que afectó gravemente a 8 hospitales de la región y el 95% de las camas hospitalarias se perdieron. (Organización Panamericana de la Salud, 2010)

En cuanto a información más reciente sobre la calidad de infraestructura es proporcionada por el III Censo de Infraestructura Hospitalaria, la cual se llevó a cabo en el

año 2005 y puso al descubierto la obsolescencia de muchos establecimientos de salud a causa de su antigüedad o por contar con equipos inadecuados. Debido al deterioro de la infraestructura el 31% de las instalaciones hospitalarias necesitaba de medidas de intervención, el 23% de los hospitales han presentado una antigüedad de más de 50 años y la infraestructura física de algunos de los más importantes hospitales han superado su vida útil. (Ministerio de Salud, 2006)

1.2.3.2 Situación del equipamiento en salud

La necesidad de avanzar continuamente en los conocimientos, la preparación y la disponibilidad de equipos médicos se ha desarrollado como resultado de los diversos problemas a los que se enfrenta a diario el sector salud. Esto es necesario para satisfacer la numerosa demanda que plantea en campo de la salud gracias a la eficiencia y eficacia que los expertos médicos han comprobado en diversas situaciones con sus pacientes, por lo cual el uso de la tecnología médica de vanguardia es ahora una demanda creciente.

El 57% de las camas son propiedad del Ministerio de Salud, mientras que el 43% restante se reparte entre varios proveedores del servicio como EsSalud, las Fuerzas Armadas, la Policía del Perú y el sector privado. Existe un déficit de 5000 camas hospitalarias, de las cuales 4700 corresponden al sector público, según los expertos. La cantidad de camas hospitalarias en el país es de 1,5 por cada 1000 habitantes, cifra inferior a la media en América Latina que es de 1,67. (CAPECO, 2016)

1.2.3.2.1 *Avances tecnológicos en equipos médicos*

Los continuos avances tecnológicos que cotidianamente tratan de resolver los misterios que plantean dificultades a los profesionales sanitarios han permitido el desarrollo del sector médico. A continuación, se enumeran algunas herramientas que destacan en este sentido:

(1) Inteligencia artificial (AI)

Dado que se trata de un componente esencial de la atención al paciente, las mejoras en la atención al usuario también han sido objeto de atención en los avances de la tecnología médica. El resultado es un servicio integral que cubre todas las garantías necesarias para sus clientes.

(2) Radiografías a color

Dado que los equipos de ultrasonidos proporcionan resultados con imágenes a color brindando información al paciente en el lugar o zona donde se realiza el examen, podría conducir potencialmente a un diagnóstico más preciso, lo que la convierte en un avance significativo en el campo de la salud.

(3) Biotecnología

Se centra en una serie de elementos que pretenden mejorar la calidad de vida de las personas, como la posibilidad de adaptar los medicamentos a las necesidades únicas de cada paciente.

1.2.2.3 Diagnóstico de brechas

El proceso de diagnóstico de brechas implica la recopilación, sistematización, procesamiento y análisis de datos que permitan conocer la situación actual y los avances en la superación de brechas de infraestructura y/o acceso a los servicios prestados por el Estado, tales como seguridad ciudadana, salud y educación, entre otros.

En general, el diagnóstico de brechas pretende determinar los elementos que impiden el progreso de una nación a partir del análisis de los múltiples aspectos de cada brecha y de sus causas primarias:

- (1) Reconociendo la multidimensionalidad de las brechas, se trata de establecer cuáles se consideran más relevantes en el contexto específico del país. Por ejemplo, en el caso de la brecha de salud, se analiza la calidad de la salud.
- (2) Después de evaluar la relevancia de esas dimensiones con la ayuda de los indicadores adecuados, se prosigue con el análisis de sus respectivos determinantes y factores subyacentes, es decir, la estructura social y económica del país y su institucionalidad.

1.2.3 Gestión de la infraestructura y equipamiento en salud

Cinco organizaciones conforman el sistema sanitario descentralizado de Perú: el Ministerio de Salud (MINSA), que atiende al 60% de la población del país; EsSalud, que atiende al 30% de la población; las Fuerzas Armadas (FFAA), la Policía Nacional (PNP) y el sector privado, que atienden al 10% restante de la población. La consecuencia final es un sistema con varios proveedores de servicios y seguros que están coordinados de manera

deficiente y que con frecuencia realizan tareas similares. Por su lado, los profesionales de la salud suelen desarrollar varios trabajos en diversos subsectores.

1.2.3.1 Normativa nacional sanitaria para la vigilancia en salud pública

Leyes aplicables según el Ministerio de Salud, al año 2021:

(1) Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Ley N° 29344

Se decreto el 8 de abril de 2009 y sus principales objetivos son establecer las bases jurídicas del aseguramiento universal, con la finalidad de garantizar a todas las personas el derecho pleno y progresivo a la seguridad social en salud, así como también normar el acceso y las operaciones de regulación, financiamiento, brindado y supervisión del aseguramiento.

(2) Ley General de Salud, Ley N° 26842

Decreta que la salud es una condición esencial para el desarrollo humano y un medio elemental para alcanzar el bienestar tanto individual como colectivo, en consecuencia, es deber del Estado regular, vigilar y promover la salud, así como apoyar la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, además es de su competencia la capacitación, formación y preparación de recursos humanos para la atención de la salud.

De conformidad con el artículo 76 de esta Ley, corresponde a la Autoridad de Salud a nivel nacional encaminar y normar las acciones orientadas a prevenir la propagación de las enfermedades transmisibles, lograr su control y erradicarlas en el territorio nacional, así como realizar la vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria además de dictar las disposiciones pertinentes.

(3) Decreto Ley N°17642

Instituye los Institutos Nacionales de Salud los cuales se establecen como un organismo público descentralizado. Sin embargo, en el año de 1981 la entidad cambia su denominación a Instituto Nacional de Salud (INS) mediante de la Ley N°070 - Ley de Organización del Sector Salud, y se aprueba mediante Decreto Supremo N° 020-81-SA el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, cuyos numerales 43 al 47 definieron las atribuciones, funciones, estructura y relaciones del INS como entidad de apoyo del Ministerio de Salud.

De acuerdo con el artículo 43, el INS es el organismo responsable de plantear las normas de investigación en salud y velar por su cumplimiento además de ejecutar proyectos de investigación en salud, promover la capacitación del personal de los laboratorios de salud pública del sector, entre otras facultades.

(4) Decreto Legislativo N° 584

El Instituto Nacional de Salud (INS) el día 18 del mes de abril del año 1990 fue designado como organismo público descentralizado del Ministerio de Salud, con personería jurídica otorgándole autonomía económica, administrativa y financiera.

Mediante Resolución Ministerial N° 547 - 2008 – MINSA el Ministerio de Salud encomendó al Instituto Nacional de Salud la facultad de gestionar las actividades relacionadas a la investigación sobre el uso de las Tecnologías de las Comunicaciones en el sector salud.

(5) Resolución Ministerial N° 793-2006/MINSA de fecha 7.08.2006

Se crea el RIS - Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional. La Dirección de Vigilancia Epidemiológica y la Dirección de Alerta y Respuesta del Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades (CDC) son las encargadas de llevar a cabo este mandato. Así mismo, se encargan de la notificación internacionalmente sobre la existencia de una emergencia de salud pública de importancia internacional utilizando los protocolos de notificación descritos en el RSI, que mantendrá informado al país con la OMS.

1.2.3.2 Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones

Según Rodríguez (2021), el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (INVIERTE.PE) tiene como objetivo dirigir el uso de los fondos o recursos públicos asignados a la inversión para brindar servicios y dotar de infraestructura. En este sentido, el INVIERTE.PE resulta ser un sistema de administración que permite el cumplimiento de la inversión pública con los estándares de eficacia, eficiencia, sostenibilidad y transparencia en el empleo de los recursos públicos.

En otras palabras, su objetivo es el cierre de brechas de acceso a los servicios e infraestructura de todos los sectores, incluido el sector salud, mediante la inversión pública beneficiando a la ciudadanía, esto proceso es realizado mediante el Ciclo de Inversiones el cual consta de 04 fases:

(1) Programación Multianual de inversiones

Implica la realización del diagnóstico del panorama de las brechas de acceso a los servicios o infraestructura pública, cuya la información es necesaria para trazar los objetivos a cumplir con respecto la situación actual, así como también establecer los indicadores de resultado en un horizonte de 3 años como mínimo.

(2) Formulación y evaluación

Mediante la aplicación de fichas técnicas y estudios de pre inversión los proyectos de inversión deben cumplir con los criterios técnicos para su respectiva formulación y evaluación. Esto permitirá evaluar la relevancia del planteamiento técnico del proyecto teniendo en cuenta los niveles de servicio y estándares de calidad. La rentabilidad social y sostenibilidad del servicio son otros aspectos que se examinan en esta fase.

(3) Ejecución

En esta fase se abarca la elaboración del Expediente Técnico de la inversión y su ejecución física y financiera de la misma, además por medio de herramientas del INVIERTE.PE como la denominada Sistema de Seguimiento de Inversiones – SSI se podrá brindar un adecuado monitoreo de la inversión ya que relaciona la información registrada en el Banco de Inversiones con la del Sistema Integrado de Administración Financiera – SIAF SP.

(4) Funcionamiento

La etapa de funcionamiento denota aquellos gastos de operación y mantenimiento que se generan de los activos derivados de la inversión pública, además en esta fase se puede

realizar una evaluación de los proyectos de forma constructiva con la finalidad de adquirir experiencia necesaria para próximas inversiones.

1.2.3.3 El Ministerio de Salud (MINSA)

Según lo establece la Ley N° 26842, Ley General de Salud, el MINSA es la Autoridad de Salud a nivel nacional, teniendo la facultad rectora, de formulación, dirección y gestión en todo el país sobre la política nacional de salud. Para la gestión de la salud, el MINSA cuenta con dos Viceministerios, el Despacho Viceministerial de Salud Pública y el Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; aparte de su composición interna, cuenta con órganos adscritos como el Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD y el Seguro Integral de Salud – SIS.

Es necesario remarcar que el Control de Enfermedades pasará a formar parte del Instituto Nacional de Salud, para lo cual se llevarán a cabo los arreglos institucionales correspondientes además de la actualización del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud.

1.2.3.4 Instituto Nacional de Salud (INS)

El Instituto Nacional de Salud – INS es un organismo público Ejecutor del MINSA destinado a investigar sobre temas de priorización en salud y al avance de la tecnología. El INS se encarga de formular políticas y normas, fomentar el desarrollo y la difusión de la investigación científico y tecnológica así como también prestar servicios en los ámbitos de la salud pública, la prevención y el tratamiento de las enfermedades transmisibles y no

transmisibles, nutrición y alimentación, la producción de productos biológicos, el control de calidad de los alimentos, productos farmacéuticos y demás relacionados, salud ocupacional, salvaguardar el medio ambiente y la salud intercultural con la finalidad generar un incremento en la calidad vida de la población.

Bajo esta premisa y conforme a lo establecido en el Reglamento del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones – INVIERTE.PE, el INS mediante su Unidad Formuladora de proyectos ha ido formulando el proyecto denominado “Mejoramiento y Ampliación de los Servicios Brindados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública”.

(1) Unidad Formuladora del INS

La Unidad Formuladora del Instituto Nacional de Salud forma parte de la Oficina Ejecutiva de Planificación Presupuesto e Inversiones de la Oficina General de Asesoramiento Técnico. Esta tiene en cuenta los objetivos, metas e indicadores desarrollados en la fase de Programación Multianual para la formulación y evaluación de los proyectos, aplicando los contenidos, criterios y metodologías del INVIERTE.PE para una formulación adecuada.

(2) Unidad Ejecutora del INS

La Unidad Ejecutora de Inversiones pertenece a la Oficina General de Administración, esta posee las capacidades de gestión necesarias para llevar a cabo el proyecto, así como su ejecución. Al igual que la Unidad Formuladora la cual integra la Oficina ejecutiva de Planificación, presupuesto e Inversiones forman parte de la estructura

organizacional del Instituto Nacional de Salud y ambos están registrados en el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones.

(3) Equipo de Gestión del Proyecto

El INS integra el Equipo de Gestión del Proyecto de Inversión (EGP) gracias al convenio pactado con el Banco Mundial, dicho equipo estará conformado por los especialistas siguientes:

0.1 Coordinador del Proyecto	0.4 Especialista Social (a tiempo parcial)
0.2 Especialista en Adquisiciones	0.5 Especialista Ambiental (a tiempo completo)
0.3 Especialista en Gestión Financiera	0.6 Especialistas Técnicos conforme a los componentes del Proyecto de Inversión

El Manual de Operaciones del Proyecto (MOP) proporcionará las funciones detalladas a desempeñar por cada uno de estos profesionales. Al respecto del marco institucional para su establecimiento, el EGP estará supeditado de manera directa por la Jefatura del Instituto Nacional de Salud además contará con equipos administrativos y técnicos para garantizar las exigencias del Banco Mundial y la Normatividad Nacional, por lo cual se coordinará constantemente con la Unidad Ejecutora del INS. (Ministerio de Salud, 2021)

1.2.3.5 Gerencia regional de salud Lambayeque

A nivel de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque, la conforma tres Redes de Servicios de Salud, 26 Micro redes, desagregados en 43 Centros de Salud, 139 Puestos de

Salud que constituye el primer nivel de atención, en el segundo nivel 03 hospitales y en el tercer nivel 01 hospital.

Competencia Institucional de la GERESA

La Gerencia Regional de Salud Lambayeque tiene definidas las siguientes competencias:

- (1) Promover y regular actividades y/o servicios en materia de salud conforme a ley.
- (2) Fomentar la competitividad, las inversiones y el financiamiento para la ejecución de proyectos y obras de infraestructura de alcance e impacto regional.
- (3) Ejercer las demás atribuciones inherentes a su función, conforme a ley.

Promover y ejecutar las inversiones públicas de ámbito regional en proyectos de infraestructura de servicios básicos de ámbito regional, con estrategias de sostenibilidad, competitividad.

Categorías de los establecimientos del sector salud del primer nivel de atención

- (1) Categoría I-1. Puesto de salud, posta de salud o consultorio con SERUM y Técnicos de Enfermería.
- (2) Categoría I-2. Puesto de salud o posta de salud (con médico). Además de los consultorios médicos generales, Obstetrix y Técnico de Enfermería.
- (3) Categoría I-3. Corresponde a los centros de salud, centros médicos, centros médicos especializados y policlínicos.
- (4) Categoría I-4. Agrupan los centros de salud y los centros médicos con camas de internamiento y sin internamiento.

Infraestructura y equipamiento de los EE.SS del primer nivel de atención en Lambayeque

La GERESA, presenta en su “Diagnóstico de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del año 2019”, de los 10 indicadores establecidos por el MINSA, para efecto del diagnóstico mencionado, solo se consideró 8 indicadores, respectivamente articulados a los objetivos sectoriales, institucionales y los establecidos por el Gobierno Regional.

Tabla 1

Indicadores referidos al I Nivel de Atención

Indicador de brechas	Valor absoluto	Porcentaje
Porcentaje de Establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención con capacidad instalada inadecuada.	176	97%
Porcentaje de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención Requeridos.	11	6.25%
Porcentaje de Laboratorios Regionales de Salud Pública con Capacidad Instalada Inadecuada.	1	100%
Porcentaje de Sedes Administrativas con Inadecuado Índice de Ocupación.	5	90%
Porcentaje de Sistemas de Información de Salud que no funcionan adecuadamente.	9	82%

Nota: Tomado de “Diagnóstico de Brechas del Sector Salud 2019 – Lambayeque”

Elaboración: Unidad Formuladora de la GERESA y OPMI del GORE LAMB

Establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada.

Los EE.SS con capacidad instalada adecuada, son aquellos que tienen una infraestructura y equipamiento adecuado, de acuerdo a normas técnicas vigentes, adicionalmente con los recursos humanos suficientes de acuerdo a su categoría.

Se detalla en la tabla 1, los 182 EE.SS del primer nivel de atención 176 EE.SS, el 97% no cumplen los criterios técnicos, por lo que su capacidad instalada es inadecuada.

Tabla 2.

Situación de los EE.SS del Primer Nivel de Atención por Categorías

Estado situacional de los EE.SS según categoría					
Categoría	Red de salud	Bueno	Bueno	Bueno	Total
I-1	Red de salud Chiclayo	0	6	9	15
	Red de salud Lambayeque	2	17	11	30
	Red de salud Ferreñafe	0	4	2	6
	Total	2	27	22	51
I-2	Red de salud Chiclayo	0	18	8	26
	Red de salud Lambayeque	0	34	11	45
	Red de salud Ferreñafe	0	13	4	17
	Total	0	65	23	88
I-3	Red de salud Chiclayo	4	14	6	24
	Red de salud Lambayeque	0	11	1	12
	Red de salud Ferreñafe	0	5	1	6
	Total	4	30	8	42
I-4	Red de salud Chiclayo	0	1	0	1
	Red de salud Lambayeque	0	0	0	0
	Red de salud Ferreñafe	0	0	0	0
	Total	0	0	0	1

Nota: Tomado de “Diagnóstico de Brechas del Sector Salud 2019 – Lambayeque”.

Elaboración: Unidad Formuladora de la GERESA y OPMI del GORE LAMB

Establecimientos de salud del primer nivel de atención requeridos

Según el Ministerio de Salud indica que los establecimientos de salud del primer nivel de atención ejercen el rol de puerta de entrada a los servicios sanitarios siendo además la unidad operativa de la oferta de menor capacidad resolutive. Dentro de sus funciones se

encuentra la prestación de atención en salud preventiva, promocional, recuperativa y rehabilitación de la persona, familia y la comunidad.

Por tanto, es necesaria una cobertura total del servicio de salud, sin embargo, tal y como detalla la tabla 3, de los 182 establecimientos de salud del primer nivel de atención (cifra óptima), solo se han incorporado 11 nuevos establecimientos de salud (6%).

Tabla 3

Situación de los EE.SS del Primer Nivel de Atención por Categorías

% De nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención requeridos	6%
Nuevos establecimientos de salud requeridos del primer nivel de atención	11
Cantidad óptima de establecimientos de salud del primer nivel de atención	182

Nota: Tomado de “Diagnóstico de Brechas del Sector Salud 2019 – Lambayeque”.

Elaboración: Unidad Formuladora de la GERESA y OMPI del GORE LAMB

1.3 Definiciones Conceptuales

1.3.1 Inversión pública

Es un sistema administrativo del estado que tiene como finalidad orientar el uso de los recursos públicos destinados a la inversión para la efectiva prestación de servicios y la provisión de la infraestructura necesaria para el desarrollo y crecimiento de los diferentes sectores del país.

1.3.2 Sistema de salud

Es una estructura social formada por una serie de individuos, actividades y organizaciones encaminados a mantener y mejorar la salud de la población.

1.3.3 Establecimiento del primer nivel de atención

Conforman la red de salud organizados en relación a la demanda de salud de la población, perfil epidemiológico del área y accesibilidad geográfica. Desde un enfoque arquitectónico, estos factores condicionan la conformación de unidades, áreas y ambientes acordes a su capacidad resolutive.

1.3.4 Infraestructura

La infraestructura se define a efectos de esta norma como el conjunto coordinado de componentes estructurales, no estructurales y del equipamiento de una instalación o edificación que permite el desarrollo de servicios y actividades sanitarias.

1.3.5 Equipamiento

El equipamiento perteneciente a un establecimiento de salud está conformado por equipamiento biomédico, mobiliario, instrumentales y vehículos; los cuales son necesarios para el correcto y eficiente brindado del servicio de salud, así como también de actividades administrativas.

1.3.6 Tecnología sanitaria

Comprende los procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos, dispositivos, medicamentos, sistemas de información de carácter organizativo o de apoyo además de los programas de salud destinados a prevenir, diagnosticar, tratar y/o rehabilitar afecciones clínicas específicas y mejorar la calidad de vida tanto individual como comunitaria.

1.4 Operacionalización de Variables

Tabla 4

Operacionalización de Variables

Variables	Definición de la Variable	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Evaluación de las Inversiones en infraestructura y equipamiento	El estado situacional del nivel de inversión en infraestructura y equipamiento de los EESS de primer nivel de atención.	Condiciones Básicas Sanitarias	Áreas operativas	Cuestionario
			Control Sanitario	
		Modernidad Sanitaria	Equipos médicos operativos	
			Abastecimiento de materiales básicos	
Evaluación de las Inversiones en infraestructura y equipamiento	El estado situacional del nivel de inversión en infraestructura y equipamiento de los EESS de primer nivel de atención.	Condiciones Básicas Sanitarias	Vehículo de emergencia	Cuestionario
			Condiciones de edificación	
		Diagnóstico de brechas	Productos farmacéuticos	
			Calidad de quipos médicos	
Evaluación de las Inversiones en infraestructura y equipamiento	El estado situacional del nivel de inversión en infraestructura y equipamiento de los EESS de primer nivel de atención.	Diagnóstico de brechas	Espacios acondicionados	Cuestionario
			Equipos de comunicación	
		Diagnóstico de brechas	Establecimiento con capacidad instalada inadecuada	
			Establecimiento con atención requerida	
Evaluación de las Inversiones en infraestructura y equipamiento	El estado situacional del nivel de inversión en infraestructura y equipamiento de los EESS de primer nivel de atención.	Diagnóstico de brechas	Laboratorio con capacidad instalada inadecuada	Cuestionario
			Sedes administrativas con inadecuado índice de ocupación	
		Diagnóstico de brechas	Funcionamiento adecuado del sistema de información	

Nota: Elaboración propia

III. Diseño Metodológico

3.1 Tipo de Investigación

La presente investigación, es de tipo aplicada y de nivel descriptivo. Es una investigación aplicada, ya que según Murillo (2009) sostiene que, en esta clase de investigación, busca aplicar los conocimientos planteados en base a la teoría que se ha recopilado para la presente tesis, además de ello, se busca implementarla de manera sistematizada. Lo anterior implica que busca confirmar una teoría, o como es en esta investigación, la teoría de las inversiones en infraestructura y equipamiento de los establecimientos médicos de atención primaria, perteneciente al departamento de Lambayeque.

Es explicativo porque va a encontrar relaciones de causalidad entre dos o más variables, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, p.93). El uso del estudio y los resultados de investigación que da como resultado una forma rigurosa, ordenada y sistemática de conocer la realidad. (p.159).

3.2 Método de Investigación

La investigación es de enfoque cuantitativo, ya que como indica Hernández et al. (2014) se pretende comprobar una hipótesis a través de la recolección de datos en una escala numérica para luego ser procesado a través de un análisis estadístico que permiten comprobar teorías contrastando la hipótesis planteada por el autor.

3.3 Diseño de Contrastación

El diseño es no experimental, ya que se aplicará de manera transversal. Tal y como lo menciona Hernández et al. (2014) el diseño de esta investigación es no experimental puesto que no se manipularán las variables estudiadas para esta investigación, tomándose en su contexto natural para posteriormente analizar los resultados; además, de corte transversal ya que se recolectará la información de un momento determinado en el tiempo para toda la población.

3.4 Población y Muestra

3.4.1 Población

La población según Hernández et al. (2014) “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones. Esta debe situarse claramente por sus características de contenido, lugar y tiempo” (p. 174). La población de la presente investigación está conformada por todos los establecimientos de salud (EE.SS) del I nivel de atención, entre Centros de Salud (C.S) y Puestos de Salud (P.S), los mismos que se encuentran agrupados en las 3 redes de salud existentes y sus respectivas categorías determinadas por la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque, los cuales de una manera imparcial, serán evaluados en su infraestructura y el equipamiento, por el personal de salud que labora en su establecimiento correspondiente, toda esta población está conformada por 182 establecimientos de salud.

3.4.2 Muestra

Debido al gran número de establecimientos pertenecientes a nuestra población, se procedió a calcular una muestra.

Según Hernández (2014) “La muestra es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que se le llama población” (p. 175). Es por eso que para efectos de esta investigación se ha tomado en consideración una muestra de 52 establecimientos de salud del I nivel de atención, aplicando una fórmula de cálculo para muestra con población finita y teniendo en cuenta un nivel de confianza de 95%, con un margen de error de 5%.

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

e = Margen de error 5%

N = Tamaño de la población

p = Probabilidad de éxito 95%

Z = Valor nivel de confianza 1.96

q = Probabilidad de fracaso 5%

3.5 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

3.5.1 Técnica

La técnica que se utilizará será la encuesta, que según Yuni & Urbano (2014) será definida de esta manera: “Es la técnica de obtención de datos mediante la interrogación a sujetos que aportan información relativa al área de realidad a estudiar” (p. 65).

3.5.2 Instrumento

El instrumento para utilizar para esta investigación será el cuestionario que según Hernández et al. (2014), consta de una serie de preguntas en relación con las variables que se medirán, a su vez deben ser congruentes con el planteamiento del problema.

La primera parte del cuestionario constará de preguntas de respuesta corta y de opción múltiple, relacionadas la obtención de datos del perfil del encuestado y del establecimiento de salud a evaluar, siendo un total de 8 preguntas.

La segunda parte consistirá en 5 enunciados a calificar, referidos a la salud y sus condiciones básicas en infraestructura y equipamiento del respectivo establecimiento de salud.

La tercera parte consistirá en 5 enunciados a calificar, referidos a la tecnología sanitaria y su relación con las inversiones en infraestructura y equipamiento del respectivo establecimiento de salud.

La cuarta parte consistirá en 5 enunciados a calificar, referidos al diagnóstico de brechas y su relación con las inversiones en infraestructura y equipamiento del respectivo establecimiento de salud.

Además, a partir de la pregunta 9, la calificación los enunciados del cuestionario, estará constituida por 5 ítems con escalamiento de tipo Likert a través de los cuales se medirá a criterio de los trabajadores de los EE.SS, la calificación de las inversiones en infraestructura y equipamiento del mismo, siendo 1 la menor puntuación (totalmente en desacuerdo) hasta

5, la máxima puntuación (totalmente de acuerdo), obteniendo de ese modo información valiosa para análisis de nuestra variable en cuestión.

3.6 Procesamiento y Análisis de Datos

Para el análisis de datos se utilizará el programa estadístico SPSS 25 de IBM, a través del cual, con la información recopilada por los formularios enviados a través de Google Forms, se analizará estadísticamente y se obtendrán algunos gráficos de frecuencias, así como promedios y cálculos de las variables. A través de este programa permitirá generar gráficos y tablas que permitirán mostrar de manera detallada las tablas de frecuencias, correlaciones y el alfa de Cronbach que logro es de 0,741 lo que revela una alta confiabilidad del instrumento cuestionario test de Likert aplicado. Finalmente, se utilizará el programa MS Excel, el cual será útil para generar los distintos gráficos que permitirán una mejor interpretación de los resultados.

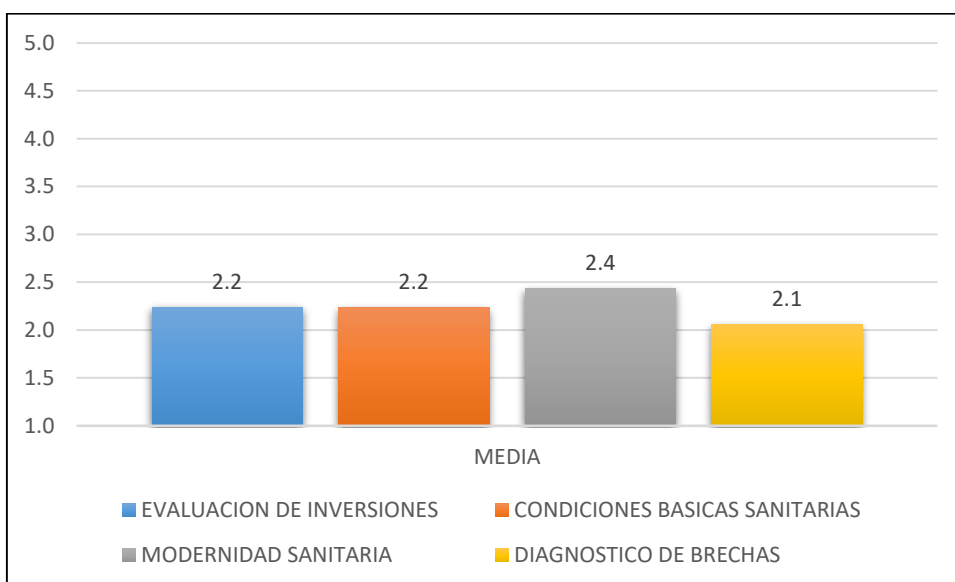
IV. Resultados

4.1 Evaluación de las inversiones en infraestructura y equipamiento de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque

La evaluación de las inversiones por parte de los entrevistados, como se ve en la Figura 1, alcanza un nivel promedio de 2,24 para toda la variable. Mientras que para cada una de las dimensiones estas tienen un valor promedio de: 2,2 para las básicas sanitarias, 2,4 para la modernidad sanitaria y 2,1 para el diagnóstico de brechas.

Figura 1

Niveles de calificación promedio de las dimensiones de la inversión



Nota: elaborado con información de trabajo de campo

Las calificación que recibe la evaluación de inversiones es de medio, por el 88,7% de los entrevistados, solo un 8,5% lo califica como alto y un 2,8% lo califica como bajo. Vease la Tabla 5.

Tabla 5

Calificación de las inversiones por parte de los entrevistados

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	2	2,8%
Medio	63	88,7%
Alto	6	8,5%
Total	71	100%

Nota: elaborado con información de trabajo de campo

En la Tabla 6 siguiente se evalúa las correlaciones que se dan entre las dimensiones de las variables. El Rho de Spearman es de 0,701, una alta correlación positiva entre las dimensiones condiciones básicas sanitarias y el diagnóstico de brechas, el mismo que es estadísticamente significativo. Mientras que el Rho de Spearman es de -,317, una baja correlación negativa entre las dimensiones condiciones básicas sanitarias y la modernidad sanitaria. Finalmente, el Rho de Spearman es de -,223, una baja correlación negativa que no resulta estadísticamente significativa.

Tabla 6

Matriz de correlaciones de las dimensiones de la variable inversiones.

				CONDICIONES BASICAS SANITARIAS	MODERNIDAD SANITARIA	DIAGNOSTICO DE BRECHAS
Rho de Spearman	CONDICIONES BASICAS SANITARIAS	Coefficiente de correlación	de	1,000	-,317**	,701**
		Sig. (bilateral)			0,007	0,000
		N		71	71	71
	MODERNIDAD SANITARIA	Coefficiente de correlación	de	-,317**	1,000	-0,223
		Sig. (bilateral)		0,007		0,062
		N		71	71	71
	DIAGNOSTICO DE BRECHAS	Coefficiente de correlación	de	,701**	-0,223	1,000
		Sig. (bilateral)		0,000	0,062	
		N		71	71	71

**, La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota: elaborado con información de trabajo de campo

4.2 Determinar las condiciones básicas sanitarias de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque.

Las calificación que se dan a las condiciones básicas es de un nivel medio, por el 90% de los entrevistados; solo un 7% lo califica como alto y un 4% lo califica como bajo. Vease la Tabla 7.

Tabla 7

Calificación de las inversiones por parte de los entrevistados

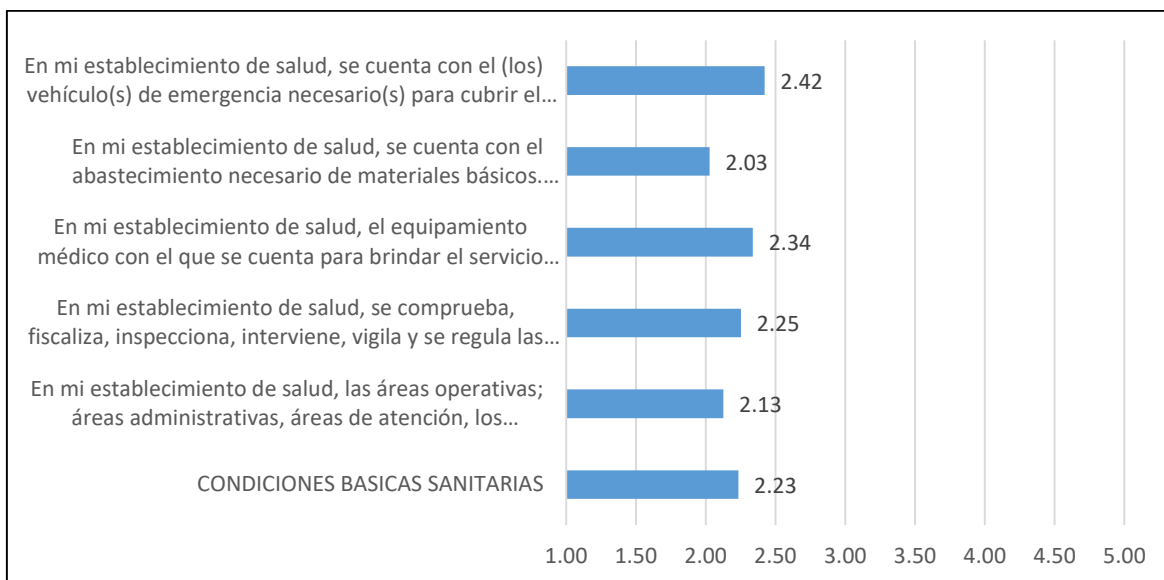
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	2	4%
Medio	64	90%
Alto	5	7%
Total	71	100%

Nota: elaborado con información de trabajo de campo

En la Figura 2, los entrevistados reafirman el nivel medio a cada una de los ítems. Ellos señalan un nivel medio de alrededor de dos. La afirmación que resulta con mejor promedio es el ítem sobre los vehículos de emergencia, el mismo que alcanza un nivel de 2,42

Figura 2

Nivel de calificación de las condiciones básicas sanitaria



Nota: elaborado con información de trabajo de campo

4.3 Determinar el abastecimiento y modernidad sanitaria de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque

Con respecto a esta dimensión sobre el abastecimiento y la modernidad sanitaria se observa la calificación de medio por el 51% de entrevistados; de alto por el 45% y del bajo por el 4.

Tabla 8

Nivel de calificación del abastecimiento y modernidad sanitaria

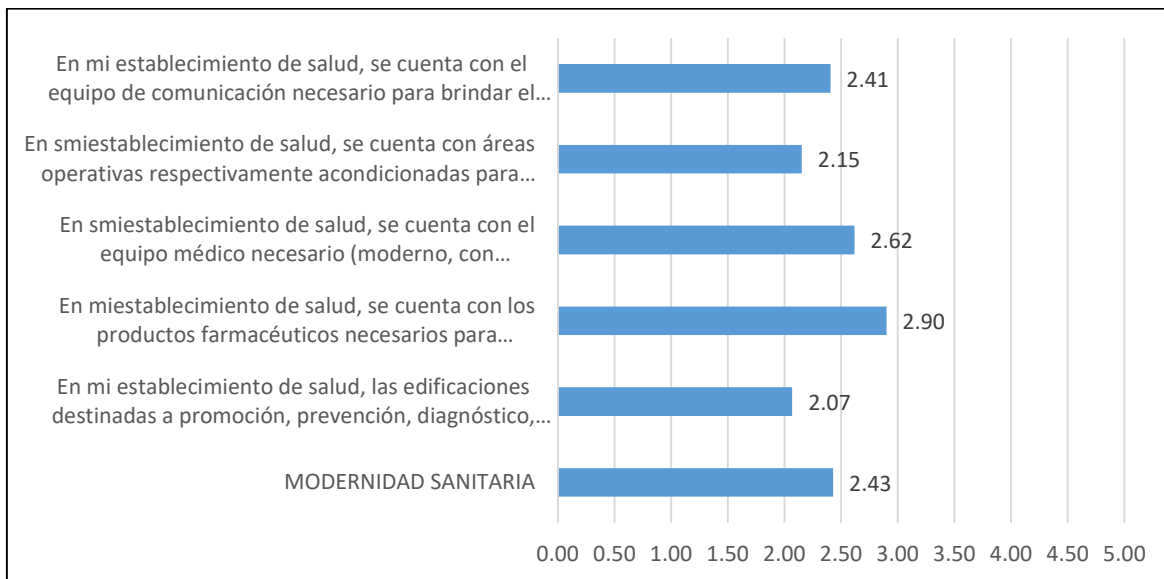
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	3	4%
Medio	36	51%
Alto	32	45%
Total	71	100%

Nota: elaborado con información de trabajo de campo

El indicador mejor calificado de toda la dimensión es sobre la disponibilidad de medicamentos en el centro de salud. La calificación alcanza un nivel de 2,9. Es un nivel medio, debiendo ser más alto.

Figura 3

Nivel de calificación del abastecimiento y modernidad sanitaria



Nota: elaborado con información de trabajo de campo

4.4 Determinar el diagnóstico de brechas de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque.

Tabla 9

Nivel de calificación de las brechas de los establecimientos

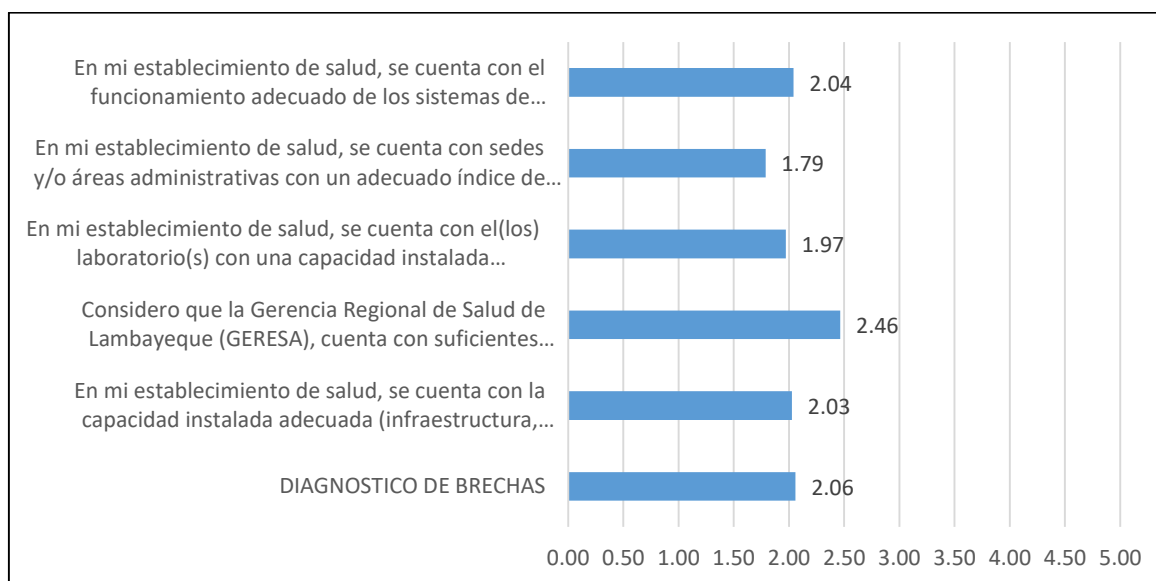
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	3	4%
Medio	64	90%
Alto	4	6%
Total	71	100%

Nota: elaborado con información de trabajo de campo

Respecto para determinar el diagnostico de brechas de los establecimientos de salud, la calificación de bajo es el 4%, la calificación medio es del 90%, y la calificación alto con el 6%.

Figura 4

Nivel de calificación de las brechas de los establecimientos



Nota: elaborado con información de trabajo de campo

4.5 Perfil de los recursos de la EE. SS

Los resultados descriptivos del personal entrevistado de los establecimientos de salud fueron un total de entrevistados de 71 personas cada una responsable de uno de los 71 establecimiento de salud existentes a los que se investigó. Se observa que la edad promedio es de 41 años, la carga familiar promedio es de 1, 2 hijos por entrevistado y el nivel de ingresos promedio es de 2040.34 soles. En este último indicador habría que señalar que el rango es amplio, que va de un mínimo de 1,500 soles a 5,000 mil soles y que corresponde al personal técnico y al personal médico respectivamente.

Tabla 10

Perfil de entrevistado socioeconómico de los entrevistados

	N	Mínimo	Máximo	Media		Varianza
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Desv. Error	Estadístico
Edad	71	30	73	41,72	1,047	77,891
Número de Hijos	71	0	3	1,20	0,125	1,103
Nivel de Ingresos	71	1500	5000	2040,34	104,824	780149,827

Nota: elaborado con información de trabajo de campo

En la tabla siguiente se puede ver que la mayoría del personal en un 66,2% son mujeres y el 22,8% son varones. El estado civil de la personal asistencial es en un 53,5% es casado y en un 40,8% son soltero.

Tabla 11

Perfil demográfico de los entrevistados

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	24	33,8%
Mujer	47	66,2%
Total	71	100,0%
Estado Civil		
Soltero	29	40,8%
Casado	38	53,5%
Conviviente	4	5,6%
Total	71	100,0%

Respecto a la especialidad de los entrevistados al momento del levantamiento de datos del personal técnico en enfermería con el 64,8%, el personal médico 5,6%, las enfermeras 4,2% y los choferes 8,5%.

Tabla 12

Perfil profesional de los entrevistados

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Chofer	6	8,5%
Enfermera	3	4,2%
Médico	4	5,6%
Magister en servicio de salud	1	1,4%
Obstetra	3	4,2%
Servicios generales	1	1,4%
Técnico enfermería	46	64,8%
Técnico administrativo	1	1,4%
Técnico en computación e informática	6	8,5%
Total	71	100,0%

Nota: elaborado con información de trabajo de campo

Como se ve en la tabla, el perfil de los establecimientos del GERESA señala que la mayoría son centros de salud y la red más grande es la de Chiclayo

Tabla 13

Perfil de los establecimientos de salud de la GERESA

Tipo de EE.SS	Frecuencia	Porcentaje
Centro de salud	38	53,5%
Puesto de salud	33	46,5%
Total	71	100,0%
Red de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Red de salud de Ferreñafe	12	16,9%
Red de salud de Lambayeque	31	43,7%
Red de salud de Chiclayo	28	39,4%
Total	71	100,0%
Categoría del EE.SS	Frecuencia	Porcentaje
I-1	10	14,1%
I-2	29	40,8%
I-3	29	40,8%
I-4	1	1,4%
II-1	2	2,8%
Total	71	100,0%

Nota: elaborado con información de trabajo de campo

V. Discusión

El nivel de calificación de la evaluación de las inversiones en infraestructura y equipamiento de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque fueron señalados como medios. Se coincide con las calificaciones que se reciben en la mayoría de los países hispanoamericanos, como en el caso de México, que tiene una mayor población (Carreón, et al, 2012). Calificación que luego que ve expresado en la calidad del servicio, que como se ve no es el de los mejores y que como señala Villalobos (2015) en el mediano plazo la morbilidad disminuyo en solo 5% en Tabaconas

A pesar de las grandes necesidades, en la tesis se encuentra que los niveles de las condiciones básicas sanitarias de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque; son regulares a pesar de estar operando ya los IOARR, pero mucho de ellos no se ejecutan y los pocos se ejecutan lentamente. Hay muchos proyectos que están demorando en su ejecución. En este aspecto estos resultados difieren con el trabajo de Croskayna (2020), para el caso de Bolivia, en la que este nivel de atención a crecido por la prioridad que a este se le ha dado, por parte del gobierno.

Los resultados de la investigación señalan igualmente que el nivel de abastecimiento y modernidad sanitaria de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque, es regular.; necesitándose mejorar de modo urgente. Este es un elemento de preocupación permanente dado que, si esto ocurre en situaciones normales, induce a pensar que pasaría ante un escenario de crisis. Se coincide con el trabajo de Torres (2015) en el que la perdida de infraestructura hospitalaria luego de un terremoto, incrementan las patologías en un 10%. Una situación que se agrava, dado también al bajo presupuesto que

se destina al sector salud, cuyo nivel de inversión está alrededor del 7% del PBI, un nivel bajo para las grandes necesidades que se tienen. Se coincide con el trabajo de Tunnermann & Torres (2018), en el que se debe de priorizar la construcción de hospitales. En consecuencia, baja inversión en infraestructura, falta de previsión de riesgos, situaciones de peligro como terremotos y demoras en las ejecuciones condicionan la salud de la población.

El nivel del diagnóstico de brechas de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque, igualmente es regular, lo que indicaría que la brecha es cada vez más amplia y se requiere inversión. Se coincide con el trabajo de Pérez (2015) en que la inversión mejora la salud de la población; pero dicha inversión debe ser planificada, previo análisis situacional del sector (Ministerio de Salud, 2021) o como lo destaca Medina (2019), Espinoza, et al. (2017), en la que las brechas son amplias. Se coincide también con Cervantes (2017) en la relación directa de la inversión y el desarrollo de la infraestructura de salud. . Para cerrar brechas en el sector salud es necesario la ejecución de proyectos de inversión con enfoque integral considerando la capacidad resolutive que tiene casa centro de salud y la que se va a proyectar con la implementación del proyecto.

Conclusiones

Se alcanzó determinar el nivel de calificación de la evaluación de las inversiones en infraestructura y equipamiento de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque.

Se logró determinar los niveles de las condiciones básicas sanitarias de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque; aunque sus niveles de calificación son de nivel medio, lo que implica condiciones inadecuadas. Se esperaba niveles más altos de calificación dado el apoyo de los últimos meses nuevas inversiones; sin embargo, no se ha ejecutado proyectos de inversiones, solo IOARR, los cuales son inversiones puntuales sobre activos estratégicos que conforman una Unidad Productora, que consiste en la adquisición de equipos biomédicos, así como también vehículos.

Se esperaba que los niveles de condiciones básicas sanitarias presenten mayor calificación a causa de la mayor ejecución de inversiones tipo IOARR; sin embargo, dichas intervenciones son puntuales y se dan sobre activos estratégicos que conforman una Unidad Productora, la cual consiste en su mayoría en la adquisición de equipos biomédicos, así como también vehículos, por lo que es necesario la ejecución de proyectos que contemplen mejoras a nivel integral de los establecimientos de salud en la región.

Se precio también el nivel de abastecimiento y modernidad sanitaria de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque, el mismo que alcanza un nivel medio. En esta dimensión también se observa deficiente capacidad de atención a los usuarios. El equipamiento biomédico en los 183 EE. SS es

insuficiente si lo comparamos con lo establecido en la normatividad vigente y está en relación con la infraestructura, lo que implica que exista una baja capacidad resolutive de los establecimientos según su categoría, poniendo en riesgo la salud de la población que se atiende, en especial a madre y al niño.

Se alcanzó medir el nivel del diagnóstico de brechas de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque, el mismo que es de un nivel medio. Un nivel que refleja los pocos proyectos ejecutados, a pesar que muchos establecimientos tiene capacidad instalada inadecuada; esto es, los 183 establecimientos de salud no cumplen los criterios técnicos establecidos en la NTS N°113-2015/DGIEM-V01. Cabe indicar que para lograr un cierre de brechas en el acceso a la infraestructura y equipamiento en los establecimientos de salud del primer nivel de atención se tienen que ejecutar proyectos de inversión integrales ya que las Inversiones por Optimización, Ampliación Marginal, Reposición y Rehabilitación (IOARR) contribuyen al cierre de brechas, pero en menor cuantía y no son considerados en la cuantificación del porcentaje de cierre de brechas.

Finalmente, el perfil de los entrevistados denota y destaca, media experiencia y juventud en todos los centros y puesto de salud. Es personal que rota demasiado y en el caso del personal más calificado solo persiste un año en el lugar. Lo que señala la baja calidad de la atención de la salud en esos centros.

Recomendaciones

Dado que los niveles de calefacción son medio o regulares de las inversiones en infraestructura y equipamiento de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque, se recomienda de modo urgente mejorar las ejecuciones de inversiones, mediante una gestión más célere y transparente. Con propuestas que tengan un enfoque integral en la modernización e implementación de los estándares de calidad en la prestación del servicio de salud.

Se sugiere a las entidades pertinentes en salud se enfoquen en destinar mayores recursos a inversiones en salud y estas condiciones básicas ineficientes ponen en riesgo la salud los pacientes de más bajos ingresos. No se atiende emergencias sanitarias con la calidad que deben llevarse a cabo, existiendo recursos económicos para poder hacerlo.

Es recomendable y exigible que los entes rectores en materia de salud destinen mayores recursos para la ejecución de inversiones en el sector, ya que a nivel regional los establecimientos de salud del primer nivel de atención no ofertan los servicios de salud de manera adecuada a causa de factores como la falta de infraestructura física apropiada, equipamiento obsoleto y desfasado o por la falta de recurso humano que además está poco capacitado; situación pone en riesgo la salud de los pacientes que acuden a estos centros de salud muchos de ellos de bajos recursos y que puso al descubierto las graves falencias que presenta el sistema de salud ante situaciones de emergencias sanitarias en la región Lambayeque.

Se sugiere mejorar el abastecimiento y modernidad sanitaria de los establecimientos del primer nivel de atención de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque, a pesar de

que a medida y el pasar del tiempo esto ha mejorado sigue siendo insuficiente el abastecimiento de los insumos y productos

Se recomienda disminuir urgentemente las brechas mediante una mayor ejecución de proyectos integrales de salud se consideren la construcción de nuevos establecimientos, mejorar los que están funcionando en condiciones inadecuadas, adquisición de equipamiento acorde a su capacidad resolutive, así como también mayor dotación de recurso humano tanto asistencial como administrativo en los establecimientos de salud del primer nivel de atención en la región. Además, la implementación de metodologías que permitan, la agilización de los procesos para la ejecución de inversiones en salud ya que permitirá acelerar los plazos y mejorar las condiciones.

Se recomienda mejorar el perfil de los recursos humanos. Se debe de contar con personal profesional capacitado y adecuado para la atención en los EE.SS. el personal de mayor preparación deben de quedarse un mayor tiempo y disminuir la rotación del lugar.

Se debe contar con el recurso humano adecuado y capacitado para la atención en los Establecimientos de salud, mediante la implementación de planes o programas de capacitación periódicos tanto al personal asistencial y administrativo permitirá mejorar su desempeño en el marco de sus funciones, además es de consideración que aquellos que presenten una mayor preparación presenten poca frecuencia en cuanto a sus rotaciones y que permanezcan más tiempo en su área respectiva con la finalidad afianzar su desarrollo profesional y contribución a su área.

Referencias Bibliográficas

- Banco Interamericano de Desarrollo. (2021). Obtenido de Inter-American Investment Corporation: <https://www.idbinvest.org/es/sectores/infraestructura-social/brechas-salud-educaci%C3%B3n>
- CAPECO. (2016). *Lineamientos para promover la inversión en infraestructura en el Perú 2012 – 2016*. Lima.
- Carreón, V. G., Guijarro, M., & Ibarra, J. E. (2012). *Infraestructura y Cobertura Universal en Salud* (Vol. 548). Ciudad de México, México: Centro de Investigación y Docencia Económica A.C.
- Cervantes, C. (2017). *La Inversión Pública y Privada en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo:2000-2014*. Lima, Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Croskayna, H. E. (2020). *Los proyectos del presupuesto de inversión pública en el sector salud de Bolivia; 2000-2018*. La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés .
- Espinoza, J., Gamarra, C., Torres, S., & Villanueva, C. (2017). *Planeamiento Estratégico para el Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín*. Surco-Lima, Lima - Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Finanzas, M. d. (2020). *Definiciones de Inversión Pública*. Lima, Perú.
- Hernández, R., Fernández, R., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico DF: McGRAW-HILL/Interamericana Editores, SA. DE CV.
- Instituto Peruano de Economía. (2018). *Crecimiento económico del Perú*. Lima, Perú: IPE.
- Medina Campos, H. S. (2019). *Incidencia de la inversión pública en la brecha de infraestructura y/o acceso a los servicios públicos, de los sectores estratégicos en la provincia de Hualgayoc, durante el periodo 2007 – 2017*. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca.
- Ministerio de Salud. (2006). *Diagnóstico físico funcional de infraestructura, equipamiento y mantenimiento de los hospitales e institutos del Ministerio de Salud*. Lima.
- Ministerio de Salud. (2021). *Proyecto de inversión pública: Mejoramiento y Ampliación de los Servicios Brindados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública*. Lima: Instituto Nacional de Salud.

- MINSa, M. d. (2021). *Diagnóstico de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud*. Lima - Perú.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *La salud para todos en el siglo XXI*.
- Organización Mundial de la Salud. (29 de Julio de 2015). *Día Mundial de la Salud 2014*.
Obtenido de http://www.paho.org/world-health-day-2014/?page_
- Organización Mundial de Salud. (2014). *Documentos básicos*. Italia: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Terremoto de Pisco – Perú. A dos años del sismo, crónica y lecciones aprendidas en el sector salud*. Lima.
- Pablo, U. C. (2020). *Conoce qué es la inversión pública*. Arequipa: Escuela Postgrado.
- Perez Porto, J., & Merino, M. (2018). *Definición de brecha social*. Obtenido de <https://definicion.de/brecha-social/>
- Pérez Souza, J. R. (2015). *La inversión pública para la salud comunitaria, una herramienta eficaz para mejorar la atención de los servicios de salud en la comunidad: el caso de la República de Panamá*. Barcelona, España: Universidad Politécnica de Cataluña.
- República, C. G. (2015). *Efectividad de la inversión pública a nivel regional y local durante el periodo 2009 al 2014*. Lima, Perú.
- Rodríguez Abad, J. (2021). *Invierte.Pe: ¿qué es y qué papel juega en la inversión pública en salud?* Lima, Perú: Seminario Online Invierte.Pe para proyectos de salud.
- Sociedad de Comercio Exterior del Perú. (2019). *Calidad del Gasto Público en Salud*. Lima: COMEXPERU.
- Torres Contreras, C. I. (2015). *Efectos de la Pérdida de Infraestructura Hospitalaria sobre la Calidad del Servicio de Salud*. Santiago de Chile, Chile: POSTGRADO - ECONOMÍA Y NEGOCIOS, Universidad de Chile.
- Tunnermann, G. E., & Torres, J. J. (2018). *Inversión pública de Nicaragua en el sector salud orientado a la renovación de la red hospitalaria nacional (2014 – 2017)*. Managua, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
- Turnock. (2011). *Blueprint for a Healthy Community: A Guide for Local Health Department*. National Association of City and County Health Officers and CDC.
- Valenzuela Rodríguez, C. (2013). *Economía de la Salud*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.

Vásquez Arangoitia, C. (2019). *FUNDAMENTOS DE SALUD PÚBLICA*. Lima, Perú: Instituto Nacional de Salud.

Villalobos, C. (2015). *Impacto de la Inversión Pública en el Sector Salud, en la Calidad de los Servicios de Salud, por parte de la Municipalidad Distrital de Tabaconas periodo 2011 – 2014*. Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo.

Westreicher, G. (28 de enero, 2020). *Inversión Pública*. Lima, Perú: Economipedia.

Anexos

Anexo 1: Cuestionario

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN PROYECTOS DE INVERSIÓN

Cuestionario

Instructivo: *Estimado miembro del personal de salud, con la finalidad de evaluar las Inversiones en Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos del I Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud, a continuación, se le presentan una serie de opiniones a las cuales deberá responder con total sinceridad.*

Lea detenidamente y conteste cada una de estas preguntas de acuerdo a su realidad.

Marque con una X cada recuadro según corresponda.

I. Perfil del entrevistado

Nombre del EE.SS:

Tipo de establecimiento de salud: Centro de Salud (CS) – Puesto de Salud (PS)

Red de Salud a la que pertenece: Lambayeque (L) – Ferreñefe (F) Chiclayo (CH)

Cargo y/o función en el EE.SS:

Sexo:

Edad:

Años en el trabajo:

Especialidad:

II. Test

1. Totalmente en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. Neutral 4. De acuerdo y 5. Totalmente de acuerdo						
Inversiones en Infraestructura y Equipamiento		TD	ED	N	DA	TA
Dimensiones	Indicadores	1	2	3	4	5
Condiciones Básicas Sanitarias	<i>En mi establecimiento de salud, las áreas operativas; áreas administrativas, áreas de atención, los ambientes de servicio y zonas en general, son los necesarios para cubrir el servicio.</i>					
	<i>En mi establecimiento de salud, se comprueba, fiscaliza, inspecciona, interviene, vigila y se regula las condiciones sanitarias de los establecimientos en dónde se proveen los servicios de salud.</i>					
	<i>En mi establecimiento de salud, el equipamiento médico con el que se cuenta para brindar el servicio se encuentra operativo.</i>					
	<i>En mi establecimiento de salud, se cuenta con el abastecimiento necesario de materiales básicos. (Estetoscopios, termómetros, tensiómetros, balanzas, ventiladores manuales, maletín de urgencia, set's instrumentales, transportador de vacunas, etc.)</i>					
	<i>En mi establecimiento de salud, se cuenta con el (los) vehículo(s) de emergencia necesario(s) para cubrir el servicio requerido.</i>					
Modernidad Sanitaria	<i>En mi establecimiento de salud, las edificaciones destinadas a promoción, prevención, diagnóstico, recuperación y rehabilitación, cuentan con las condiciones necesarias de habitabilidad y seguridad.</i>					
	<i>En mi establecimiento de salud, se cuenta con los productos farmacéuticos necesarios para prevención, diagnóstico, tratamiento, conservación, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la pacientes.</i>					
	<i>En mi establecimiento de salud, se cuenta con el equipo médico necesario (moderno, con mantenimiento, operativo), para prevención, diagnóstico, tratamiento de enfermedades y rehabilitación de pacientes.</i>					
	<i>En mi establecimiento de salud, se cuenta con áreas operativas respectivamente acondicionadas para brindar el servicio.</i>					
	<i>En mi establecimiento de salud, se cuenta con el equipo de comunicación necesario para brindar el servicio.</i>					

Diagnóstico de Brechas	<i>En mi establecimiento de salud, se cuenta con la capacidad instalada adecuada (infraestructura, equipos de producción, óptimas instalaciones, recursos humanos, tecnologías, equipamiento, conocimientos, etc.), para atender las necesidades de salud.</i>					
	<i>Considero que la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque (GERESA), cuenta con suficientes establecimientos de salud del I nivel de atención para realizar la cobertura necesaria requerida por la población.</i>					
	<i>En mi establecimiento de salud, se cuenta con el(los) laboratorio(s) con una capacidad instalada adecuada. (Edificaciones propias, equipos de laboratorio operativos, tecnologías de laboratorio, recursos humanos, equipamiento moderno, conocimientos, áreas de investigación etc.)</i>					
	<i>En mi establecimiento de salud, se cuenta con sedes y/o áreas administrativas con un adecuado índice de ocupación. (Se cumplen los parámetros establecidos de condiciones adecuadas de trabajo, habitabilidad y funcionalidad)</i>					
	<i>En mi establecimiento de salud, se cuenta con el funcionamiento adecuado de los sistemas de información de gestión clínica y administrativa. (Sistema Geo Referenciada de MINSA, de discapacidad, Integrado de Egresos de Emergencia, de Registro de Nacido Vivo en Línea, Defunciones, Historia Clínica Electrónica, etc.)</i>					

Anexo: Validación de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

Escuela de Posgrado

MAESTRIA EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN PROYECTOS DE INVERSIÓN

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO

Quien suscribe, Lorena Karina Jara Saenz, mediante hago constar que el cuestionario de la tesis para obtener el título de Magister en Ciencias con mención en Proyectos de Inversión, titulado *“Evaluación de las Inversiones en Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos del Primer Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque”*, elaborado por la Bach. Verónica Shirley Pariacuri Cabrera; reúne los requisitos para ser considerados válidos, para ser aplicados en el logro de los objetivos de la investigación.

Chiclayo, 12 de Noviembre del 2021.



Firma:

Mg. Lorena Karina Jara Saenz
Maestría en Gestión Pública

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

Escuela de Posgrado

MAESTRIA EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN PROYECTOS DE INVERSIÓN

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO

Quien suscribe, Julia Estela Medina Díaz, mediante hago constar que el cuestionario de la tesis para obtener el título de Magister en Ciencias con mención en Proyectos de Inversión, titulado *"Evaluación de las Inversiones en Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos del Primer Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque"*, elaborado por la **Bach. Verónica Shirley Pariacuri Cabrera**; reúne los requisitos para ser considerados válidos, para ser aplicados en el logro de los objetivos de la investigación.

Chiclayo, 10 de Noviembre del 2021.


Firma:
Julia Estela Medina Díaz

Maestría: Gerencia de Servicios de Salud.

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

Escuela de Posgrado

MAESTRIA EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN PROYECTOS DE INVERSIÓN

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO

Quien suscribe, Milagros Mirella De la Cruz Rojas, mediante hago constar que el cuestionario de la tesis para obtener el título de Magister en Ciencias con mención en Proyectos de Inversión, titulado "*Evaluación de las Inversiones en Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos del Primer Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque*", elaborado por la Bach. Verónica Shirley Pariacuri Cabrera; reúne los requisitos para ser considerados válidos, para ser aplicados en el logro de los objetivos de la investigación.

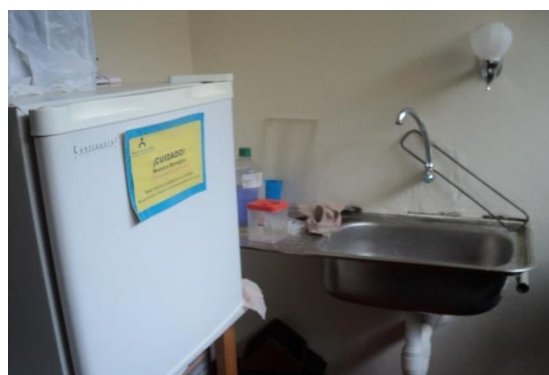
Chiclayo, 23 de Noviembre del 2021.



M^{te}. Milagros Mirella De la Cruz Rojas
C.E.P. 52606
R.E.M. 656

Anexo: Galería fotográfica de los centros de salud de la GERESA de Lambayeque

C.S. INKAWASI

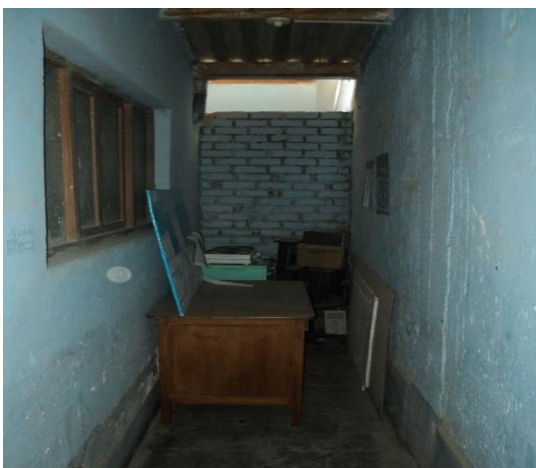


C.S. SAN ANTONIO





C.S. MAMAGPAMPA



C.S. SAN MARTIN



TESIS-INFORME-VERONICA_al 08-05-23

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%	9%	6%	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	documents1.worldbank.org Fuente de Internet	3%
2	www.infodienst-ausschreibungen.de Fuente de Internet	2%
3	sigla.regionlambayeque.gob.pe Fuente de Internet	2%
4	elperuano.pe Fuente de Internet	1%
5	www.minsa.gob.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uchile.cl Fuente de Internet	1%

Dr. Willy Rolando Anaya Morales
Asesor

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%



Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Veronica Parlacuri
Título del ejercicio:	TESIS DE POSTGRADO
Título de la entrega:	TESIS-INFORME-VERONICA_al 08-05-23
Nombre del archivo:	TESIS-INFORME-VERONICA_al_08-05-23.docx
Tamaño del archivo:	2.09M
Total páginas:	81
Total de palabras:	15,044
Total de caracteres:	82,321
Fecha de entrega:	08-may.-2023 12:13p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega...	2087743785



Dr. Willy Rolando Anaya Morales
Asesor

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, **WILLY ROLANDO ANAYA MORALES** Asesor de la tesis, del estudiante, **VERONICA SHIRLEY PARIACURI CABRERA**, Titulada: **EVALUACIÓN DE LAS INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LAMBAYEQUE**, luego de la revisión exhaustiva del documento constato que la misma tiene un índice de similitud de **9%** verificable en el reporte de similitud del programa Turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Lambayeque, 10 de ENERO de 2024



.....
Mag. Willy Rolando Anaya Morales
DNI: 16692786
ASESOR