

Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Nuevos Tiempos, Nuevas Ideas

Escuela de Posgrado

“Doctor Luis Claudio Cervantes Liñán”

Doctorado en Administración



Tesis:

**La Inversión Pública y Privada en el Desarrollo de la Infraestructura de
Salud en el periodo: 2000-2014**

Presentado por:

Giuliano Próspero Ordoñez Tello

Para optar el grado de Doctor en Administración

Asesora Doctora María Nelly Mego Perez

2017

A mi Dios, por darme la perseverancia en el logro de este Objetivo.

A mi Madre Hilda, cuya ternura trascendió en el tiempo.

A mi Aurora, por su amor y comprensión de esposa.

Agradezco a la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, y al Doctor Luis Claudio Cervantes Liñán, Rector de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

A los profesores del Doctorado de Administración por su alto grado de profesionalismo.

Agradecimiento especial a los profesores que participaron durante el desarrollo de esta tesis.

A mis hijos, por ser el motor y motivo para el inicio y culminación de este trabajo de investigación.

Índice

Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción.....	10
 Capítulo I: Fundamentos teóricos de la investigación.....	 13
1.1 Marco histórico	13
1.2 Marco teórico	22
1.2.1. Sistema de Inversión Pública, Etapas y Efectos.....	22
1.2.1.1. Sistema de Inversión Pública.....	22
1.2.1.2. Etapas.....	23
1.2.1.3. Efectos de la Inversión Pública.....	25
1.2.2. Gasto Público.....	26
1.2.3. Gestión por Resultados, Características y Paradigmas.....	28
1.2.3.1. La Gestión por Resultados	28
1.2.3.2. Características.....	29
1.2.3.3. Paradigmas.....	29
1.2.4. Presupuestos por Resultados	30
1.2.5. Infraestructura de Salud e Importancia.....	31
1.2.5.1. Infraestructura de Salud.....	31
1.2.5.2. Importancia de la Infraestructura de Salud.....	33
1.2.6. Sistema de Inversión en Infraestructura de Salud.....	36
1.2.7. Inversión Pública.....	36

1.2.8.	Inversión Privada	40
1.2.9.	Desarrollo de la Infraestructura de Salud	46
1.3	Investigaciones.....	52
1.4	Marco legal.....	58
1.4.1.	Constitución Política del Perú.....	59
1.4.2	Decreto Legislativo N° 1012 que aprueba la Ley Marco de Asociaciones Público-Privadas para la Generación del Empleo Productivo y dicta normas para la Agilización de los Procesos de Promoción de la Inversión Privada	60
1.4.3	Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.....	60
1.4.4.	Ley N° 26842, Ley General de Salud.....	60
1.4.5.	Ley de la Promoción de la Inversión Privada en Obras Públicas Públicas de Infraestructura y Servicios Públicos (D.L. N°839).....	61
1.4.6.	Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.....	62
1.4.7	Decreto Supremo N° 146-2010-EF.....	62
1.4.8.	Ley Marco de Promoción de la Inversión Descentralizad Ley N° 28059	63
1.4.9.	Decreto Supremo N° 127-2014-EF.....	65
1.4.10.	La Ley N° 29230 Obras por Impuestos	66
1.4.11.	Decreto Legislativo N° 1238.....	67
1.4.12.	Decreto Supremo N° 376-2014-EF.....	67

1.4.13. Ley N° 30296- Ley que Promueve la Reactivación de la Economía...	69
1.5 Marco filosófico.....	72
1.6 Marco conceptual.....	76
Capítulo II: Problema de investigación, objetivos, hipótesis y variables.....	82
2.1. Planteamiento del problema.....	82
2.1.1. Descripción de la realidad problemática.....	82
2.1.2. Antecedentes teóricos.....	86
2.1.3. Definición del problema.....	87
2.2. Finalidad y objetivos de la investigación.....	87
2.2.1. Finalidad.....	87
2.2.2. Objetivo general y específico.....	88
2.2.3. Delimitación del estudio.....	89
2.2.4. Justificación e importancia del estudio.....	89
2.3. Hipótesis y variables.....	94
2.3.1. Supuestos teóricos.....	94
2.3.2. Hipótesis principal y específicos.....	97
2.3.3. Variables e indicadores.....	97
Capítulo III: Método, técnica e instrumentos	
3.1. Población y muestra.....	99
3.2. Diseños utilizados en el estudio.....	99
3.3. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	99
3.4. Procesamiento de datos.....	100
3.5. Técnicas de prueba de hipótesis.....	101

Capítulo IV: Presentación y análisis de los resultados.....	102
4.1. Presentación y análisis de resultados.....	102
4.1.1. Análisis descriptivo.....	102
4.1.1.1. Inversión pública.....	102
4.1.1.2. Inversión privada.....	126
4.1.1.3. Desarrollo de la infraestructura salud.....	142
4.1.2. Análisis de regresión.....	174
4.2. Contrastación de hipótesis.....	184
4.3. Discusión de resultados.....	189
Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.....	193
5.1. Conclusiones.....	193
5.2. Recomendaciones.....	195
Bibliografía.....	197
Anexos.....	208

Resumen

La presente investigación, tuvo como fin analizar el comportamiento de la Inversión Pública, Privada y su aporte al Desarrollo de la Infraestructura de Salud durante los años: 2000-2014.

En esa línea, resulta importante expresar que para el desarrollo de la presente investigación se empleó el método descriptivo, analítico y correlacional. El Universo, del cual nace esta investigación lo constituye la información estadística brindada a través de anuarios y memorias de instituciones como: Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud-Essalud, Banco Central de Reserva del Perú, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Proinversion, Universidad del Pacifico, Universidad ESAN, Ministerio de Economía y Finanzas e Instituto Nacional de Estadística e Informática entre otras Instituciones. Nuestra muestra de estudio comprende el periodo: 2000-2014.

Nuestra investigación, fue de tipo aplicada y cuantitativa, así mismo y gracias a la estimación de Mínimos Cuadrados Ordinarios (CMO) se determinó un modelo de regresión lineal múltiple, mostrando un coeficiente de regresión el cual evidencia una alta correlación existente entre la Inversión Pública, Privada y el Desarrollo de la Infraestructura de Salud, durante los años 2000-2014.

El resultado de la investigación fue que:

La Inversión Pública y Privada influyeron favorablemente en el desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana (**crowding in**) en el Periodo: 2000-2014.

Palabras Claves: Inversión Pública, Inversión Privada, Desarrollo de la Infraestructura de Salud.

Abstract

The purpose of this research was to analyze the behavior of public and private investment and its contribution to the development of health infrastructure during the years 2000-2014.

In this line, it is important to express that for the development of the present investigation the descriptive, analytical and correlational method was used. The Universe, from which this research is born, is the statistical information provided through annuals and reports of institutions such as: Ministry of Health, Social Security of Health-Essalud, Central Reserve Bank of Peru, Pan American Health Organization, World Organization of Health, Proinversion, University of the Pacific, ESAN University, Ministry of Economy and Finance and National Institute of Statistics and Informatics among other Institutions. Our sample of study includes the period: 2000-2014.

Our research was of an applied and quantitative type, and thanks to the estimation of Ordinary Least Squares (CMO) we determined a multiple linear regression model, showing a regression coefficient which shows a high correlation between Public Investment, Private and the Development of Health Infrastructure, during the years 2000-2014.

The result of the investigation was that:

Public and Private Investment favorably influenced the Development of the Peruvian Health Infrastructure (crowding in) in the Period: 2000-2014.

Key Words: Public Investment, Private Investment, Health Infrastructure Development.

Introducción

Hablar de Salud, es hablar de bienestar en ese sentido los gobiernos de turno han buscado dar este beneficio a su población, por ello para nuestro punto de vista, invertir en Salud es hablar de una economía próspera con altos índices de productividad y bienestar.

Si bien es cierto, que nuestro país a lo largo de la historia republicana ha vivido momentos de crisis y de bonanza, sin embargo, en la actualidad persisten brechas en distintas aristas de nuestra realidad y dentro ellas destaca la infraestructura de salud. A pesar que, en las últimas décadas, se ha incrementado la cantidad de establecimientos, los estudios disponibles y las opiniones de los expertos coinciden que aún existe un gran déficit de establecimientos de salud, recursos humanos, entre otras necesidades para atender la demanda creciente y cada vez más compleja de nuestra población.

Observamos que como resulta de una infame política sanitaria, tenemos una mala distribución de los servicios especializados, tomando en consideración como muestra el recurso estratégico “cama hospitalaria”, se hace evidente que al 2014 al menos 13 de las 25 regiones de nuestro país, tienen un número de camas por debajo del promedio a nivel nacional de 1.5 por 1,000 habitantes, la Costa cuenta con la mayor densidad de camas hospitalarias (1.7), mientras que las regiones Sierra y Selva oscilan en (1.3) respectivamente.

En esa línea, la infraestructura es el mejor medio para que los bienes y servicios lleguen a donde deben llegar, y para que ayuden a generar prosperidad y crecimiento, así como a resolver las necesidades en educación, salud, seguridad y medio ambiente, no avanzar

en el cierre de la brecha de infraestructura significará que millones de peruanos no vean los beneficios del modelo y crecimiento económico, de las inversiones, y se pierdan posibilidades de generación de empleo.

Bajo el escenario descrito, nace la investigación denominada: **La Inversión Pública y Privada en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014;** la misma que tiene como objetivo analizar el comportamiento de la inversión pública, privada en el desarrollo de la infraestructura de salud peruana entre los años: 2000-2014. Por ello el presente análisis, busca interesarse en torno a la participación de los sectores público y privado en el desarrollo de la infraestructura salud, propiciándose las condiciones, pautas y reflexiones a fin de estimular su crecimiento y cerrar la brecha existente.

El presente trabajo de investigación comprende cinco (05) capítulos.

Capítulo I: comprende los fundamentos teóricos: antecedentes de la investigación, marco histórico, teórico, legal y conceptual sobre los cuales se levanta la presente investigación.

Capítulo II: comprende el problema de la investigación, el cual se constituye en un abanico conformado por: descripción de la realidad problemática, delimitación, planteamiento del problema, los objetivos, las hipótesis, las variables e indicadores y por último la justificación e importancia de la investigación.

En el Capítulo III: se presenta el tipo y diseño de la investigación, universo y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos y las técnicas de procesamiento - análisis de datos y prueba de hipótesis.

Capítulo IV: abarca la presentación y discusión de resultados, sobre la base de un análisis descriptivo, análisis regresional, contrastación de hipótesis, así como la discusión de resultados.

En tanto que el **Capítulo V:** comprende las conclusiones y recomendaciones.

Debemos indicar que mediante esta investigación se busca llamar la atención de las Autoridades Gubernamentales sobre la importancia de desarrollar la infraestructura salud, como elemento de bienestar y desarrollo de nuestro país.

Finalmente se presenta la bibliografía y anexos.

Capítulo I: Fundamentos teóricos de la investigación

1.1. Marco histórico

Hablar de Infraestructura de Salud, nos sumerge en la historia de los hospitales al respecto resulta importante citar lo que concluye De Jesús, C. (2008); en su obra antecedentes, raíces y evolución histórica de los Hospitales. “La historia nos dice que la Iglesia creó los hospitales, y que ha influido decisivamente en su evolución a lo largo de los últimos mil setecientos años” (p.48). En tal sentido los hospitales modernos tienen su origen, e incluso su nombre en las casas de acogida y en los hospitales establecidos por la Iglesia cristiana durante el final del Imperio Romano. La difusión del cristianismo significó dos cambios fundamentales para la asistencia médica: una consideración distinta del enfermo y una nueva norma en las relaciones humanas basada en la caridad. La consecuencia principal de este cambio de valores fue la aparición de una asistencia organizada para toda la población, que condujo a la creación del hospital como institución específica, la valoración positiva del enfermo fue introducida en Europa por el cristianismo, desde sus comienzos, el cristianismo pidió a sus fieles que ayudarán a los enfermos. A partir de la Edad Moderna los hospitales fueron pasando de la tutela de la Iglesia a diversas instituciones seculares, motivadas por factores de índole económica, entre otros móviles, así vemos el paso de la transferencia de la administración de los hospitales a cargo de entidades como Ministerio de Salud.

En América, la fundación de hospitales en tierras de misión, se enmarcó con la consolidación de la invasión española y el asentamiento de los españoles, al

analizar el origen y desarrollo de los hospitales en esta época se debe destacar el trabajo de las hermandades religiosas y el rol que tuvo la autoridad, en este caso la Corona Española, que impulsó a través de las Reales Células y Leyes de la Corona, el desarrollo de estos servicios. La Recopilación de las Leyes de Indias de 1680 igualmente obligaba a la fundación de hospitales en todos los pueblos de indios y españoles para curar a los enfermos (Real Célula del 7 de octubre de 1541, Libro I Título IV de la Recopilación) entre otras reales células.

En tal sentido, el desarrollo de los hospitales se encuentra muy ligado con la evolución de los servicios de salud de la Ciudad de Lima. Es así que por el año 1538 se crea el primer servicio o casa de enfermería, ubicada en la Calle la Rinconada de Santo Domingo (posteriormente se convertiría en el Hospital San Andrés), sobre dos solares asignados por el fundador don Francisco Pizarro, el cual estaba dirigida a población de bajos recursos y enfermos sin distinción. En Lima llegaron a haber casi tantos hospitales y asilos como templos, entre los cuales cabe mencionar la Primera Enfermería (1538), el hospital de Santa Ana para indígenas (1549), Hospital de San Andrés para españoles (1551), Hospital o Ladrería de San Lázaro(1559), Hospital de Santa María de La Caridad (San Cosme y Damián) para mujeres pobres (1563), Hospital del Espíritu Santo de los Marinos (1575), Hospital de Convalecencia de San Diego (1593), Hospital de Sacerdotes de San Pedro (1594), Hospital de Niños Huérfanos y Expósitos (1598), Hospital San Bartolomé para negros (1646), de Convalecencia de Naturales Nuestra Señora del Carmen (1648), Hospital de Santiago del Cercado

para los Indios (1648), Hospital de Niñas Santa Cruz de Atocha (1649), y Hospital Refugio de Incurables Santo Toribio de Mogrovejo (1669).

Por otro lado, como parte del avance de la República, tenemos que, en 1935, se crearon los Ministerios de Educación, de Salud Pública y Previsión Social; este último comprendía las Direcciones de Salubridad, Trabajo, Previsión Social y Asuntos Indígenas, teniendo como base la Dirección General de Salubridad creada en 1903, la Juntas de Sanidad de 1826, así mismo se fortaleció con la creación del Seguro Social Obligatorio y la Caja Nacional del Seguro Social, en 1936.

En 1940, el Perú tenía 8 millones de habitantes, era un país básicamente rural, su perfil ocupacional era principalmente agrícola-minero y su problemática sanitaria se resumía en un perfil epidemiológico propio de un país atrasado. En 1948 el Estado Peruano, estableció el Seguro Social del Empleado, con la apertura del Hospital del mismo nombre, que tuvo la oposición del gremio médico nacional de ese entonces, que consideraba esto, como un peligro para la demanda de la atención médica privada. En aquel entonces existía una sola escuela de medicina, que albergaba la salud asistencialista y el proselitismo político tradicional, siendo prioritaria la recuperación del paciente con poco énfasis en la prevención.

A partir de 1960 con el incremento de la industrialización, la población emigró a las ciudades en busca de nuevas oportunidades de trabajo. El proletariado que trabajaba en el campo, pasó a residir en la periferia de las grandes ciudades, convirtiéndose en mano de obra barata y ocasional. Esta rápida urbanización en

la década de los 60 y 70, alentó el crecimiento de las enfermedades crónico-degenerativas sin disminución importante de patologías infecto-contagiosas.

Por otro lado, debido al rápido crecimiento poblacional y a la influencia de los países desarrollados, los gobiernos de los países de América Latina comenzaron a invertir en el desarrollo de programas de planificación familiar, desarrollando paralelamente una variada infraestructura de educación y servicios, facilitando el acceso de la población al conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos, tanto para el sector público, privado como para el sector laico de la Iglesia Católica, estas actividades, fueron interrumpidas en la primera fase del Gobierno Militar (1968 - 1975), incluyendo los servicios de información. Según las estadísticas, la década de los 60 fue el "boom" de la educación, de la expansión de la infraestructura sanitaria a través del Plan Hospitalario Nacional, crecimiento vertiginoso del Seguro Social y del incremento de los gastos en vivienda. En este período, se desarrolló la modernización de la estructura sanitaria y la extensión de cobertura, en 1969 se promulgó el Código Sanitario constituyendo el marco jurídico de las acciones y de las relaciones en el campo de la salud, formalizando una ideología sanitaria concordante con los principios de la salud pública, casi simultáneamente se promulgó la Ley Orgánica del Sector Salud.

Desde este período, el quehacer sanitario en el Perú sigue muy de cerca las políticas sanitarias propulsadas por organismos internacionales, especialmente la Organización Panamericana de la Salud-OPS, Fondo de las Naciones Unidas

para la Infancia -UNICEF y Fondo de Población de las Naciones Unidas - FNUAP.

En la década del 70, se originaron algunos cambios en la salud, se unieron las Sociedades de Beneficencia con el Ministerio de Salud y el Seguro Obrero con el Seguro del Empleado, se estableció la maternidad gratuita y se instaló el Servicio Civil de Graduados en medicina, enfermería y odontología (Secigra-Salud), considerado como requisito obligatorio para la obtención del título profesional.

En 1974, el Perú reconoció la existencia de un problema poblacional, debido al acelerado crecimiento demográfico iniciado a partir de la industrialización, comprometiéndose por ello a definir su política de salud poblacional, elaborándose los "Lineamientos de Políticas de Población" en la segunda fase del gobierno militar (1976-1980), aprobado en agosto de 1976. La expansión de los servicios sociales del Estado terminó con el inicio de la crisis fiscal desencadenado por la deuda externa y la crisis económica general de 1975. Desde ese momento, el Estado abandonó las responsabilidades sociales, situación que repercutió principalmente en los servicios de salud y educación. Es importante mencionar que, a pesar de la expansión de los servicios públicos, durante 1963-1975, siempre existió un alto porcentaje de la población sin acceso a los servicios de salud y de seguridad social.

La década del 80 fue denominada como "la década perdida", el Perú pasó por dos gobiernos democráticos: el primero un tanto débil, con devaluación monetaria diaria y desorganización en la salud y el segundo caótico, caracterizado por un

incremento notable del terrorismo, con constantes procesos de devaluación monetaria y cambio del símbolo monetario e hiperinflación. En ese momento el sector salud enfrentaba varios problemas relacionados a los establecimientos de salud (hospitales, centros y puestos de salud) colapsados y en quiebra, por los escasos recursos económicos y en la falta de credibilidad en el sector. La inseguridad política y la crisis económica aceleraron la emigración de una gran parte de la población hacia otros países, destacándose la emigración de profesionales, siendo ésta una pérdida importante para los recursos humanos del País. Por otro lado, es importante mencionar la exclusión del Perú de los círculos financieros internacionales, como resultado de las decisiones tomadas por el presidente Alan García Pérez en 1989, en relación con el pago de la deuda externa. El Estado Peruano, llega a los años noventa atravesando intensas crisis relacionados con su capacidad de gestión pública, su rol como garante del orden y la seguridad de los ciudadanos cada vez más amenazados por la violencia política, su autoridad en importantes ámbitos geográficos, su legitimidad y su representatividad ante la sociedad. En este contexto, las políticas de salud fueron formuladas con base en la reforma del Sistema de Salud, a través de la regionalización y descentralización como estrategias para lograr cambios, reorientando el modelo de atención para lograr una mayor cobertura de la población, los principios que guiaron el proceso de reforma fueron los siguientes: equidad, universalidad, solidaridad, calidad, eficacia y eficiencia, buscando construir un nuevo marco jurídico para el desarrollo de las acciones de salud, nuevas y mayores capacidades de gobierno, nuevo sistema de cuidado de la salud

individual, nuevo sistema de atención de la salud colectiva, nuevo sistema de financiamiento del cuidado de la salud, entre otros aspectos.

En la actualidad nuestro Sistema de Salud se encuentra organizado en cinco subsistemas, con financiamiento contributivo o de rentas generales. En primer lugar, el Gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables, a través del Seguro Integral de Salud (SIS) que subsidia la provisión de servicios a la población en situación de pobreza, la prestación de servicios, tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al SIS, se realiza mediante la red de establecimientos de los Gobiernos Regionales y del Ministerio de Salud (Minsa), que están ubicados en las regiones y en la Capital de la República. Este subsistema está estructurado en tres niveles: Nacional, Regional y Local. El Nivel Nacional está conformado por el Minsa, los órganos desconcentrados del Minsa (Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud y los Institutos especializados). El Nivel Regional está representado por las Direcciones Regionales de Salud (Diresa), pertenecientes a los gobiernos regionales y, el nivel local, por algunas municipalidades encargadas de la administración y el presupuesto de los establecimientos de salud de sus jurisdicciones. Los otros cuatro subsistemas que brindan servicios de salud son: 1) el Seguro Social de Salud - EsSalud adscripto al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, que opera con su propia red de hospitales y centros de salud; 2) las Sanidades de las Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército), adscritas al Ministerio de Defensa que cuenta con sus propias instalaciones; 3) la Sanidad de la Policía

Nacional del Perú (PNP), adscrita al Ministerio del Interior, que también cuenta con sus propias instalaciones, y 4) las instituciones del sector privado: entidades prestadoras de salud (EPS), aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil, mayor detalle ver Figura 1: Sistema de Salud.



Figura 1: Sistema de Salud en el Perú. Fuente: Ministerio de Salud, enero 2011.

Elaboración Propia.

En consecuencia, el sistema peruano, al igual que otros sistemas de la región, se caracteriza por una importante fragmentación y segmentación. Al respecto **La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2013)** concluye:

Cada uno de los subsistemas cuenta con su propia infraestructura y recursos humanos. En los servicios básicos predomina la oferta del Ministerio de Salud y las Direcciones Regionales. En cambio, la mayoría de los hospitales o institutos de alta complejidad pertenecen al sector privado (208 hospitales o institutos, contabilizados en 2005), mientras

que EsSalud también concentra un porcentaje relevante de este tipo de establecimientos (78 hospitales o institutos, contabilizados en 2008, según Banco Mundial, 2011). La disponibilidad de profesionales de la salud (del MINSA y de EsSalud) por cada 10 mil habitantes, durante 2007, fue de 6,4 en el caso de los médicos, 6,7 enfermeros, 2,6 obstetras y 0,8 odontólogos. Estas cifras presentan grandes diferencias regionales, lo que afecta la equidad del sistema. Un problema adicional surge de la pérdida de recursos humanos calificados, ya que estos emigran a países con mejores condiciones laborales. (p.163)

Como punto final y después de haber realizado una recapitulación histórica sobre el desarrollo de la infraestructura de salud, resulta importante precisar, según información brindada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI sobre Infraestructura del Sector Salud por Tipo de Establecimiento, según Departamento 2013, el Sistema de Salud Peruano se encontraba integrado por una oferta de establecimientos de salud conformada por 511 hospitales, 15 Institutos de Salud Especializados, 2,096 Centros de Salud y 7,124 Puestos de Salud, lo expresado refleja, el desarrollo historio de la oferta de los servicios de salud y los niveles de inversión realizada en su momento, en su afán por consolidar un sistema de salud, con los matices que implica su organización en el tiempo, pero que sin embargo el matiz político no ha permitido satisfacer las necesidades de salud de nuestra Sociedad.

1.2. Marco Teórico

1.2.1. Sistema de Inversión Pública, Etapas y Efectos

1.2.1.1. Sistema de Inversión Pública

El regentado de la economía de un país depende del enfoque macroeconómico con que se le administre, en las últimas décadas se han asentado en el mundo dos tradiciones intelectuales. Una que cree que los mercados funcionan mejor si no se interviene en ellos: los monetaristas, los nuevos clásicos; en el otro extremo encontramos a los keynesianos, nuevos keynesianos que creen que la intervención del gobierno en los mercados puede mejorar notablemente su funcionamiento. El aporte de ambas tradiciones está dado por los refinamientos que vienen haciendo a las bases de la teoría económica y a partir del cual los gobiernos fundamentan sus políticas económicas, el Perú no es la excepción así encontramos que durante la década de los noventa se disolvió el referente inmediato anterior al Sistema Nacional de Inversión Pública del Perú, el Sistema Nacional de Planificación, cuyo órgano rector el Instituto Nacional de Planificación se disolvió en el año de 1992, asumiendo interinamente las funciones el Ministerio de Economía y Finanzas.

En el año 2000, mediante la Ley N° 27293 se crea en nuestro país el Sistema Nacional de Inversión Pública con la finalidad de optimizar el uso de los recursos públicos destinados a la inversión, buscando lograr los objetivos de: la aplicación del ciclo de proyectos, fortalecer la capacidad de planeación del sector público y crear las condiciones para la elaboración de los planes de inversión multianuales. La aplicabilidad del Sistema Nacional de Inversión Pública fue en forma progresiva ya que en sus inicios excluía a los gobiernos locales, para posteriormente a través de la Resolución Directoral N° 007-2003-EF/68.01, aprobar la Directiva N° 004- 2003-EF/68.01 Directiva para los Gobiernos Regionales y Gobiernos locales donde se determinó incluirlos según parámetros establecidos.

1.2.1.2. Etapas

Los proyectos de inversión pública se sujetaban a las siguientes fases: a. Fase de Preinversión, se realizan los estudios para sustentar y obtener la viabilidad del proyecto. b. Fase de Inversión, se inicia una vez obtenido la viabilidad del proyecto. c. Fase de Post Inversión.

A continuación, mostramos las fases:

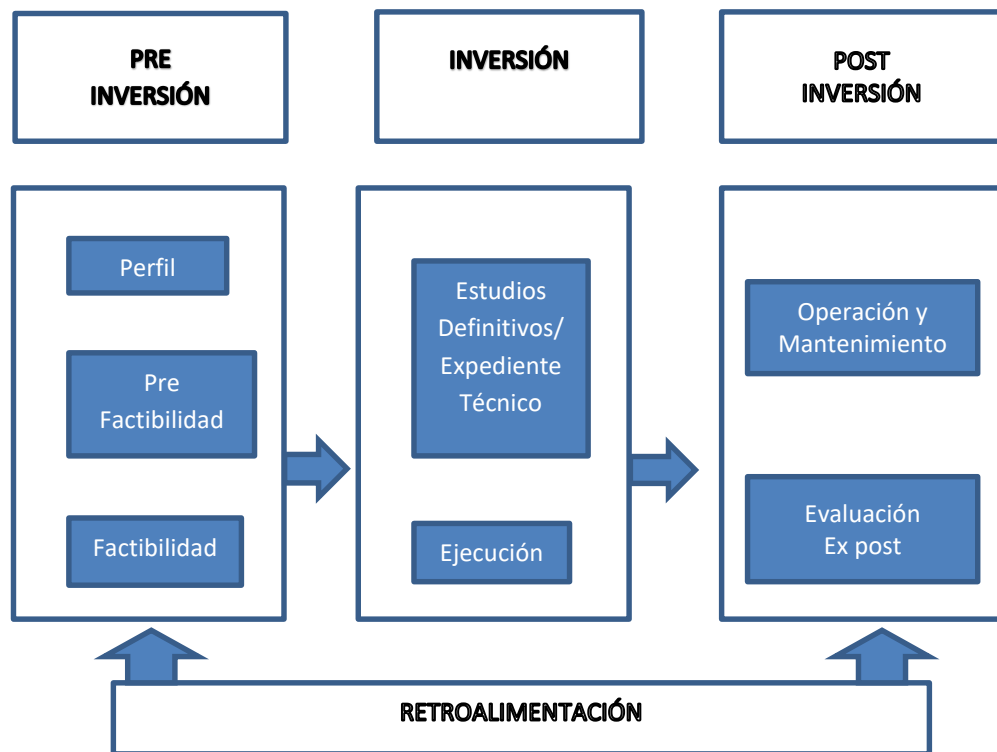


Figura N° 02: Fases de un proyecto de Inversión Pública. Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), 2011.

Con respecto al Sistema de Inversión Pública, resulta importante citar la reflexión realizado por **Andia (2014)** quien concluye:“...para obtener mejores resultados en la implementación del Sistema Nacional de Inversión Pública es necesario corregir las metodologías de transmisión de información hacia los usuarios, adecuar los parámetros y esquemas de presentación de los proyectos a las características propias de las necesidades de sus usuarios” (p.72).

1.2.1.3. Efectos de la Inversión Pública

Los efectos de la Inversión Pública, son explicados por **Máttar (2015)** quien concluye: “que los efectos de la inversión son: expande demanda agregada, empleo y crecimiento, aumenta dotación de capital y la frontera de posibilidades de producción, provee bienes públicos, genera inversión complementaria (crowding in), es clave para el crecimiento redistributivo, en infraestructura eleva PBI de corto y largo plazo” (p.1).

En el Perú, los procesos y procedimientos de la inversión pública que desarrollan las entidades del Estado de los diferentes niveles de gobierno se sujetan a las reglas que emite el Ministerio de Economía y Finanzas a través de la Dirección General de Inversión Pública (DGIP). Al respecto el **Ministerio de Economía y Finanzas (s.f)** afirma:

Existe una amplia literatura económica teórica y empírica que establece una relación estrecha y positiva entre inversión pública y crecimiento económico y bienestar social, así tenemos que un incremento de la inversión pública permite aumentar el stock de capital disponible en la economía, el cual ejerce influencia sobre las variables de crecimiento económico y progreso social. (p.1)

1.2.2. Gasto Público

El gasto público, comprende las compras y gastos que un estado realiza están los gastos de inversión, los gastos de funcionamiento y los gastos destinados al servicio de la deuda tanto interna como externa, esto es al pago de en un periodo determinado, que por lo general es un año.

El gasto público es uno de los elementos más importantes en el manejo macroeconómico de un país, puesto que dependiendo del nivel de gasto que realice el Estado, así mismo será el efecto que se tenga dentro de la economía. El gasto público puede desde dinamizar la economía hasta ser el causante de fenómenos como la inflación y la devaluación y/o revaluación de la moneda.

El gasto público es también uno de los elementos que inciden en la política impositiva de un país y en el conocido déficit fiscal, fenómeno común a todos los estados.

Con respecto a este concepto resulta importante citar lo expresado por **Vera (2009)** quien afirma:

El gasto público no sólo debe ser estudiado como causa de los ingresos requeridos para poner en funcionamiento las actividades mediante las cuales se satisfacen necesidades públicas. La evolución del concepto demuestra que el gasto público, por sí solo y con prescindencia de la financiación de servicios públicos, significa un importante factor de redistribución del ingreso y del

patrimonio nacional, de estabilización económica, de incremento de la renta nacional y que su influencia es decisiva sobre aspectos tan esenciales como la plena ocupación, el consumo, el ahorro y la inversión.

Esta evolución del concepto está íntimamente ligada a la nueva concepción sobre la misión del Estado, la que se expresa a continuación:

a) **Para los hacendistas clásicos**, el Estado es un mero consumidor de bienes: los gastos públicos constituyen una absorción de una parte de esos bienes que están a disposición del país. Es cierto que ello es indispensable porque el Estado tiene importantes cometidos a cumplir (ejército, policía, justicia), pero eso no quita que económicamente sea un factor de empobrecimiento de la comunidad, la cual se ve privada de parte de su riqueza. Éstas caen a un “abismo sin fondo” del cual no retornan. De ahí, la expresión vulgarizada del “estado pozo”.

b) **Para las concepciones modernas**, el Estado no es un consumidor sino un redistribuidor de riquezas. Ellas no desaparecen en un abismo sin fondo, sino que son devueltas íntegramente al circuito económico. Es decir, el conjunto de sumas repartidas a los particulares mediante el gasto público es equivalente al conjunto que le fue recabado mediante el recurso público. El Estado actúa, de esta manera, como un “filtro” o como

una “bomba aspirante e impelente”: procede a modo de bomba aspirante de las rentas de la comunidad y como impelente de la riqueza obtenida, mediante los gastos públicos, expandiéndola sobre toda la economía. (p.1-2)

1.2.3. Gestión por Resultados, Características y Paradigmas

1.2.3.1. La Gestión por Resultados

Es una combinación de sistemas, valores y procedimientos para lograr más y mejores resultados, con igual o menor cantidad de recursos. A diferencia del sistema burocrático donde los procedimientos rígidos, la centralización de decisiones y la conformidad con la norma determinan el éxito, la gestión por resultados enfoca a la organización en la realización de los objetivos deseados, otorgándoles mayor flexibilidad para gestionar sus recursos a cambio de una transparencia total en las operaciones y decisiones, y un monitoreo estricto de los resultados alcanzados. La finalidad de la gestión por resultados es contar con gobiernos y organizaciones públicas que actuando de manera ética y transparente busquen constantemente diferentes maneras de mejorar su desempeño.

A modo de resumen, expresamos que la Gestión por Resultados, se constituye en una forma distinta de administrar los recursos donde los resultados buscan mejorar el bienestar de una determinada colectividad.

1.2.3.2. Características

Quedan plasmadas como parte de lo expresado por **Makon (2013)**, quien afirma que las características de la Gestión por Resultados son: “direccionalidad, alineamiento entre plan – presupuesto organización, descentralización y delegación, cambio de cultura gerencial e información precisa y oportuna” (p.3).

1.2.3.3. Paradigmas

Como su nombre lo indica, la Gestión por Resultados, hace referencia a un tipo de administración y desarrollo de procesos de planificación, encaminada a la obtención de resultados. Más que un nombre, se trata de una categoría utilizada en los sistemas modernos de planificación del desarrollo, tanto en el sector público como en el sector privado y en la comunidad de organizaciones de sociedad civil, cuyas acciones están encauzadas a la superación de desigualdades sociales, ambientales, políticas y económicas de la gente.

Al respecto **Álvarez (2014)** afirma:

... que la Gestión por Resultados implica un cambio en el modo de pensar: en lugar de iniciar con los insumos y las acciones planificadas y luego analizar sus probables resultados, se inicia centrándose en los resultados deseados (productos, efectos e impactos).

La Gestión para Resultados busca modificar el modo de funcionamiento de las instituciones, mediante el mejoramiento de la actuación, las orientaciones programáticas prioritarias y la ejecución. Proporciona un enfoque integral a la gestión organizativa al vincular de forma sistemática la planificación con la ejecución operativa, es decir, la estratégica con la acción. (p.4)

1.2.4. Presupuesto por Resultados

El Presupuesto por Resultados, no significa condicionar mecánicamente las asignaciones de recursos, ni adornarla con información sino, organizar una discusión presupuestaria, capaz de integrar información sobre resultados.

En ese contexto resulta importante citar lo expresa por **Mayor (2009)**, quien lo define como:

... todo tipo de mecanismo y proceso destinado a estrechar el vínculo entre la financiación de los programas y los resultados (outputs o outcomes) a través del uso sistemático de información de desempeño (información no solo de resultados, sino también del costo de lograrlos). Como hemos señalado con el “presupuesto por resultado” se busca enfatizar que todo este proceso tiene como eje articular a la población y el logro de resultados a su favor. (p.27)

La implementación del Presupuesto por Resultados en nuestro país data del año 2007, su coordinación está a cargo de la Dirección Nacional de Presupuesto Público (DNPP) del Ministerio de Economía y Finanzas.

En ese sentido, podemos expresar que el Presupuesto por Resultados se constituye en una nueva forma de hacer Presupuesto Público donde los recursos y resultados giran en torno a dar bienestar a la colectividad objetivo.

1.2.5. Infraestructura de Salud e Importancia

1.2.5.1. Infraestructura de Salud

A pesar que, en las últimas décadas, se ha incrementado la cantidad de establecimientos de salud, los estudios disponibles

y las opiniones de los expertos coinciden que aún existe un gran déficit de infraestructura para atender la demanda creciente, y para satisfacer la necesidad por servicios cada vez más. Al déficit de la infraestructura del sector salud, se suma la falta de mantenimiento preventivo y correctivo de las edificaciones e instalaciones; así como las limitadas condiciones de seguridad frente a eventos naturales que generan desastres como los sismos, lluvias intensas e inundaciones. Al respecto resulta importante citar lo expresado en **Bambarén y Alatrística (2015)** quienes concluyen:

La inversión y el desarrollo de la infraestructura social y productiva es un importante factor para el crecimiento de un país. La existencia de una óptima infraestructura contribuye al incremento de competitividad y a la productividad debido a que disminuye los costos de producción, ayudando a la diversificación de la producción y generando un mayor empleo a través de la demanda de los bienes y servicios utilizados en su provisión. La dotación de una infraestructura moderna y acorde a las necesidades de la población facilita mejorar la calidad de vida y la inclusión social. La Inversión en la infraestructura de los sectores sociales mejora

el acceso de la población especialmente de la más pobre y vulnerables a la salud y educación.

La gestión del cambio no solo es la asignación y entrega de recursos económicos para construir o mejorar la infraestructura en salud, sino que también existen otros factores importantes como el mejoramiento de la capacidad de gestión especialmente en los niveles descentralizados, contar con el recurso humano en la cantidad y con las capacidades requeridas, asegurar los recursos para la operación y mantenimiento a largo plazo , e instaurar mecanismos de rendición de cuentas para que la población conozca como la inversión repercute en mayor acceso y calidad de los servicios esenciales como salud y educación. (p.5)

1.2.5.2. Importancia de la Infraestructura de Salud

La mayoría de los servicios de salud están representados por hospitales, clínicas, puestos, postas e institutos especializados de salud, los cuales son manejados por el gobierno y por el sector privado. Los hospitales normalmente ofrecen servicios de atención médica de emergencia, atención secundaria y terciaria, mientras que los puestos y postas de

salud ofrecen atención primaria y algunos cuidados básicos o de primeros auxilios.

Las instalaciones de la salud, juegan un papel muy importante y significativo en la mitigación de desastres debido a su particular función en el tratamiento de heridos y enfermedades.

Los hospitales geriátricos y psiquiátricos son relativamente de menos importancia excepto cuando ocurren daños en sus instalaciones o cuando hay un gran impacto psicológico sobre los individuos de la población afectada. El papel fundamental de los puestos y postas de salud es la vigilancia, algunos están equipados para tratar personas con heridas leves, lo cual es extremadamente útil para reducir la congestión y remisión hacia los hospitales e instalaciones de mayor complejidad. Los hospitales requieren consideraciones especiales en relación con la mitigación de riesgos debido a los siguientes factores:

- 1.- Su complejidad y sus características de ocupación.
- 2.- Su papel durante situaciones de desastre, en relación con la preservación de la vida y la buena salud, especialmente en el diagnóstico y tratamiento de heridas y enfermedades; los hospitales pueden ser descritos como un sistema, compuesto a su vez de subsistemas: hospitalización, consulta externa o ambulatorios, ayudas diagnósticas y apoyo, y oficinas administrativas.

El crecimiento en la demanda asistencial y la limitación en la oferta de servicios han generado un proceso de racionalización de recursos, traducido en conceptos de planificación, organización y estructura como:

La red hospitalaria, entendida como un sistema compuesto por centros asistenciales de diferente nivel de complejidad de atención, con mecanismos de interacción definidos, donde el principio de complementariedad regula las relaciones.

La clasificación por niveles de atención, la cual constituye una herramienta fundamental para la conformación de la Red Hospitalaria, emplea criterios como las características de la población usuaria, áreas de cobertura, morbilidad, tipo de servicios y recurso humano disponible.

La categorización o calificación, dentro de la conceptualización de la red hospitalaria y la clasificación por niveles de atención, en donde surge la necesidad de evaluar individualmente los recursos institucionales en cuanto a planta física, instrumental y equipo, tipo y nivel de formación del personal vinculado, uso de tecnología y otros parámetros que facilitan la caracterización de cada centro asistencial.

Los sistemas de referencia y contra-referencia, entendidos como el conjunto de normas, protocolos y procedimientos ordenados a fin de orientar la atención y remisión de pacientes

de los niveles inferiores de la organización de los servicios de salud hacia los niveles superiores y de los superiores a los inferiores respectivamente. Este aspecto, pretende racionalizar al máximo los recursos disponibles bajo parámetros de eficiencia, efectividad y oportunidad en la atención en salud.

1.2.6. Sistema de Inversión en Infraestructura de Salud

La inversión es un elemento importante en los niveles de oferta de servicios de salud de un país y como tal es un elemento gravitante de política, que puede ser utilizado para reducir las inequidades en el acceso a estos servicios. En el caso de la economía peruana donde el principal prestador de servicios, es el sector público, los criterios de inversión no son necesariamente establecidos por criterios técnicos. En ese sentido, resulta importante citar lo expresado por **Madueño y Sanabria (2003)** que establecen: “que las inversiones públicas no están exceptas de estar a) influidas por **factores políticos**, b) determinadas a partir de análisis de **niveles históricos** y c) limitadas por **restricciones fiscales**, pudiendo generar asignaciones poco eficientes de los recursos y/o poco articulados con las necesidades de salud de la población” (p.1).

1.2.7. Inversión Pública

En esta parte de nuestro marco teórico, resulta importante mencionar a **Adam Smith (1776)** y su concepto de “mano invisible” bajo el cual los

individuos multiplican sus fuerzas y motivaciones guiadas por esa mano invisible para lograr un resultado socialmente deseable, defensor del laissez-faire porque creía que la regulación gubernamental debía ser mínima para el buen funcionamiento de la economía, en tanto que una “mano invisible” se encargaba de equilibrar el mercado. Ello, aunado a la capacidad del gobierno para producir capital con el crédito público; así como la posibilidad de atender a las demandas individuales de la población, se daría así las bases para la teoría de los bienes públicos como principal instrumento en el fomento del crecimiento económico. Pero también se le confiere al Estado el papel de estabilizador de la economía ante posibles factores externos que revelarían las imperfecciones del mercado.

En otro aspecto de la inversión pública, resulta importante tomar conocimiento de lo expresado por **Barro (1990)** que argumenta a favor de una función de producción con un bien público provisto por el Estado y financiado a través de un impuesto sobre la renta. Rescata que la inversión pública tiene un efecto positivo sobre la sostenibilidad de la tasa de crecimiento de la economía, y es considerada por los agentes privados como una variable que generará una externalidad positiva sobre su nivel de producción, al respecto afirma: “...I assume that these services are provided without user charges, and are not subject to congestion effects (which might arise for highways or other public services). That is, the

model abstracts from externalities associated with the use of public services” (p.106).

Posteriormente, **De Oliveira y Teixeira (1999)**; realizan un estudio econométrico, que estima el comportamiento de la inversión privada como una función del producto agregado (Y), de la tasa de interés de corto plazo (r) y de la inversión pública (I pública) para la economía brasileña en el periodo: 1947-1990; concluyendo que:

La inversión privada es desplazada por la inversión pública en el corto plazo, mientras que en largo plazo los coeficientes del vector de cointegración indican que existe una relación de complementariedad entre las variables. Así mismo la inversión privada en Brasil parece poco sensible a la tasa de interés, pero muy reactiva a las expectativas de la demanda, representada en este estudio por el producto agregado y la inversión pública. (p.71)

Rossiter (2002); elaboró un estudio sobre la relación entre inversión pública y privada. Para ello, tomo en consideración los datos de la economía de Estados Unidos y realizó un análisis a través del uso de la cointegración estructural, demostrando que en el largo plazo la inversión pública en capital fijo, desplazaba a la inversión privada (crowding out); mientras que la inversión pública en infraestructura si tenía un efecto de complementariedad (crowding in) en la inversión privada. Los resultados confirmaron que en el caso de la inversión en infraestructura la convergencia al equilibrio era mucho más persistente en el tiempo.

En esa misma línea, encontramos lo postulado por **Erden y Holcombe (2005)**; quienes aplicaron una serie de especificaciones de un modelo de inversión standard a un panel de economías en desarrollo para el periodo 1980-1997. En dicho estudio se encontró: “que la inversión pública complementa a la inversión privada, (...). Los resultados también señalaron que la inversión privada está restringida por la disponibilidad de un crédito bancario en economías en desarrollo” (p.99).

Por otro lado, **Fretes, Humphrey y Polastri (2006)**; realizan un trabajo de investigación relacionado a evidenciar que para lograr el ansiado crecimiento resulta importante la participación activa de la inversión pública en la economía como elemento medular para lograr crecimiento y prosperidad, en virtud de ello concluyen:

Para los años 1990-2004 para las economías emergentes del Este Asiático, así como de América, la inversión pública se concibió como piedra angular de la estrategia de crecimiento de sus economías. El sector público de Singapur invirtió en promedio 11% del PBI cada año entre 1990 y 2004, Tailandia 7% y Malasia 5%, al mismo tiempo que mantenían las cuentas fiscales bajo control. El sector público de la China invirtió un asombroso 18% del PBI cada año entre 1990 y 2004, y siguió en ese periodo una política fiscal sólida. En América Latina, las economías más dinámicas son también aquellas con los niveles más altos de inversión pública: Chile y México promediaron, ambos 5% del

PBI en inversión pública entre 1990 y 2004, y Colombia alcanzó una cifra tan alta como 7.5% del PBI. (p. 57)

La reflexión dejada por los autores, sobre el tema de inversión pública, es que la misma se constituye en agente dinamizador de la economía, promotor y socio estratégico del sector privado. Por ello, resulta de suma importancia, realizar las sinergias necesarias con el sector privado, en donde la asociatividad de ambos, es eje fundamental a fin de cerrar las diversas brechas existentes en nuestro País.

1.2.8. Inversión Privada

La inversión es entendida como la aplicación de recursos financieros a la creación, renovación, ampliación o mejora de la capacidad operativa de la empresa. La explicación de por qué la inversión alcanza un nivel determinado y no otro ha sido fuente de distintas hipótesis en la teoría económica. Una de las hipótesis más simples es la correspondiente al principio de aceleración. De acuerdo con este principio, la inversión responde a las cambiantes condiciones de la demanda. Si esta aumenta, habrá un exceso de demanda de bienes. En tal situación, las firmas tienen dos opciones o bien elevar los precios, o bien satisfacer la demanda elevando su oferta. Bajo ciertas condiciones, especialmente en la visión keynesiana del mundo, los ajustes por cantidad tienen precedencia. Las firmas aumentan su capacidad de producción invirtiendo en planta y equipamiento. Empero, en el mundo real incierto, es de esperar que las

firmas no aumenten en forma inmediata su capacidad sino en forma gradual. En línea a lo expresado sobre Inversión por el keynesianismo, resulta interesante lo expresado por **Irving Fisher (1930)** economista americano graduado en Yale que realizó importantes contribuciones a la revolución marginalista, entre ellas su introducción de las curvas de indiferencia en el análisis económico, la distinción entre flujos y stocks, el teorema de separación y su teoría de los fondos prestables. Fue clave en la resurrección de la Teoría Cuantitativa del Dinero, realizó una importante investigación sobre la teoría de los Números Índice (1922) y sobre la Curva de Phillips (1926) entre otros trabajos.

En ese sentido la **Teoría del Capital y la Inversión (1930)**, esta teoría fisheriana del producto está relacionada más con la inversión que con el stock de capital. Para entender esta teoría vamos suponer un mundo simplificado que transcurre en solo dos periodos ($t=1,2$) de la inversión.

La inversión en el periodo 1 produce producto en el periodo 2. Llamamos I_1 a la inversión del periodo 1 e Y_2 al producto del periodo 2. La frontera de producción puede ser dibujada como una función cóncava como en la figura siguiente, bajo el supuesto de que el empleo de trabajo es constante y de que los rendimientos marginales de la inversión son decrecientes.

El espejo de esta relación es una función $Y_2=f(I_1)$ en la cual toda la superficie por debajo de la misma es considerada accesible. Si r es la tasa de interés, el costo total de invertir un monto I_1 es $(1+r) I_1$. Los ingresos derivados de la venta del producto son iguales a Y_2 (si fijamos su precio

como igual a la unidad). Luego, los beneficios de la inversión son $Y_2 - (1+r) I_1$ (Ver *Figura 3*) y, dada la restricción tecnológica (o curva de oportunidades productivas) la inversión óptima es cuando la pendiente de la curva f' es igual a $(1+r)$.

Fisher denominó a la pendiente $f' - 1$ la tasa de rendimiento marginal sobre los costos, la cual sería denominada más tarde por Keynes como “eficiencia marginal de la inversión”, a medida que se eleva la tasa de interés, a efectos de igualar r y la eficiencia marginal de la inversión, la inversión debe disminuir, estableciéndose una relación inversa entre “tasa de interés e inversión”.

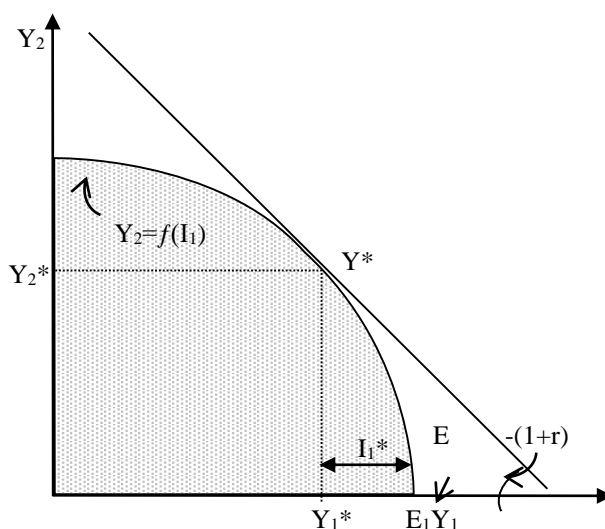


Figura 3: La Teoría del Capital y la Inversión de Irving Fisher

Por otro lado, resulta importante hablar sobre eficiencia de la inversión.

La Eficiencia Marginal de la Inversión, no es un concepto de stock sino de flujo, es, además, una tasa en porcentaje.

Tiene, pues, una dimensión temporal e indica el monto del gasto que se efectuará por unidad de tiempo (un año, un trimestre, etc.). Por otro lado, la Eficiencia Marginal de la Inversión no es el producto marginal del capital, pues este es el producto corriente obtenido de la adición de una nueva unidad de capital a los factores de producción empleados (Ver *Figuras 4 y 5*).

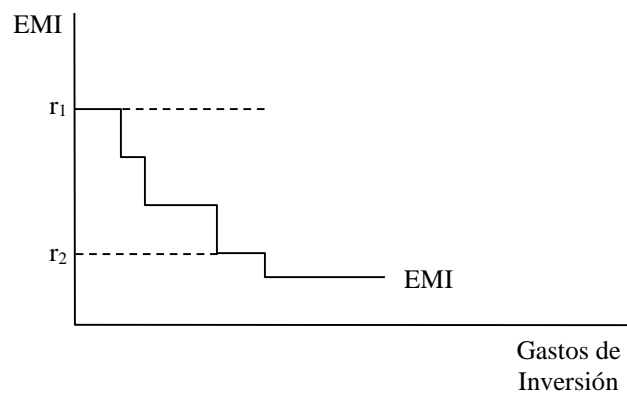


Figura 4: Eficiencia Marginal de los Proyectos de Inversión

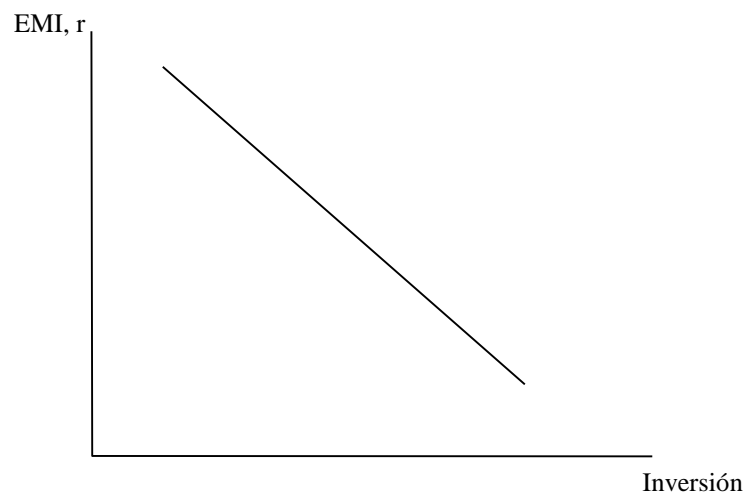


Figura 5: Curva de la Eficiencia Marginal de la Inversión

Como hay numerosas razones que explican que buena parte de la inversión es autónoma con respecto al ingreso, hay razones que fundamentan por qué otra parte de esta inversión depende del ingreso. Cuando los ingresos son más altos y las empresas obtienen grandes beneficios, gastan buena parte de estos beneficios en inversión. En las épocas de recesión, por el contrario, los planes de inversión se suspenden por falta de financiación interna. Esta es la llamada teoría de los “fondos residuales”.

La idea de que las variaciones ocurridas anteriormente en el ingreso determinan la inversión corriente es conocida como el principio de aceleración y permite explicar la acentuación de las fluctuaciones de la economía. En periodo de boom, los gastos de inversión crecen más rápido que el producto y, en los periodos de recesión los gastos de inversión caen con mayor rapidez. En virtud de lo cual, queda definida una función de inversión de la forma:

$$I_t = v (Y_t - Y_{t-1})$$

$$I_t = v \Delta (Y_t)$$

Donde:

V: Es el acelerador

$\Delta (Y_t)$: Es la variación del ingreso corriente

(Jiménez, 2006, p.261-263).

Asimismo, **Saludijan (2008)**, en su obra analiza las aportaciones desarrolladas por Michael Kalecki: De los Ciclos Económicos a la Volatilidad Macroeconómica. En tal sentido resulta importante citar lo expresado por Michael Kalecki:

Es verdad, que una mayor rentabilidad estimula la inversión, pero ese estímulo no funcionara inmediatamente ya que los empresarios esperan hasta que estén convencidos de la permanencia de su mayor rentabilidad. Por lo tanto, el efecto inmediato de las mayores ganancias será una acumulación de las reservas monetarias en manos de los empresarios y de los bancos. [...]Que el gobierno emita letras del Tesoro y las vendas a los bancos. El gobierno gasta dinero, por ejemplos, en construcción de ferrovías. [...] crece el empleo en las industrias de bienes de inversión y, consecutivamente, también en las industrias de bienes de consumo como resultado del mayor poder de compras de los trabajadores. (Saludijan, 2008, p.144)

En la línea de lo expresado, resulta importante citar a **Paredes (2009)**; quien realiza un análisis sobre la implicancia de la eficiencia de la inversión durante el periodo: 1960-1999, al respecto concluye:

Que alcanzar tasas altas y sostenidas de crecimiento económico en el Perú requerirá mejorar significativamente la productividad en el país, esto pasa por mejorar la eficiencia de la inversión. Esto último requiere, por un lado, de un marco macroeconómico

estable y de un marco jurídico y de política económica que permita que la inversión privada fluya de manera rápida a aquellas actividades en las que el país goza de ventajas comparativas y en las que consecuentemente, la productividad del capital es alta. Por otro lado, se requiere mejorar de manera sustancial la calidad de la inversión pública. (p.20-21)

A modo de reflexión, en atención a lo expresado por los autores respecto a la inversión privada y los aspectos que fluyen en su decisión como: tasa de interés, expectativas de consumo, eficiencia, escenario interno y externo del país, entre otros, han permitido que en el 2008 la economía peruana crezca a niveles del 9.8 por ciento en términos reales, la tasa más alta en los últimos 14 años, con un nivel de inversión privada del orden del 36 por ciento.

1.2.9. Desarrollo de la Infraestructura de Salud

Para hablar de Infraestructura de Salud, en el Perú, resulta importante remitirse a la estadística que sobre el particular emite el Ministerio de Salud, en tal sentido y según el último Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud (1996); concluye:

Entre los resultados obtenidos del Censo Sanitario 1996, sabemos que existen 7,306 establecimientos de salud, de los cuales el Ministerio de Salud administra el 81%; comparativamente con respecto al censo de 1992, se ha incrementado el número de

establecimientos del primer nivel de atención: el número de centros de salud en 71% y el número de puesto de salud en 58%. (p.12)

En esa línea y complementando lo expresado anteriormente, resulta importante tomar en cuenta el aporte realizado por el equipo multidisciplinario y multiinstitucional conformado por: Ministerio de Salud, ESAN, Essalud, Organización Panamericana de la Salud, Universidad Estatal de Nueva York en Stony Brook y la Universidad Peruana Cayetano Heredia, cuyo estudio se basó en un Análisis del Sector Salud en el periodo: 1975-1985, en sus diversos componentes: estado de la salud de la población peruana, demanda de la población por servicios de salud, participación comunitaria en el mejoramiento de la salud, recursos físicos, humanos y farmacéuticos disponibles en el sector y financiamiento de los servicios de la salud del Ministerio de Salud, del Seguro Social de Salud-Essalud y sector no público.

En tal sentido, **el Ministerio de Salud, et al. (1986)** con respecto al componente Recursos Físicos concluyen:

La infraestructura de salud, medida en términos de tipo, tamaño de hospitales, número de camas, centros de salud y puestos de salud, no guarda relación alguna con la distribución de la población en el territorio, ni con el acceso que pobladores de bajos ingresos deben tener hacia todo tipo de establecimiento de salud. En efecto, existe una gran concentración de hospitales y camas en

el área metropolitana, proporción superior a la población residente (Lima tiene 55% de las camas hospitalarias en funcionamiento y solo 31% de la población nacional), sucediendo lo contrario en las áreas más deprimidas del país, en especial en el departamento de Cajamarca y la zona del Trapecio Andino.

Si bien los centros y puestos de salud están mejor distribuidos en el espacio, lo que responde a las características de estos establecimientos, con la distribución de estos, tampoco guarda relación con el nivel de morbilidad, demanda de atención y localización de la población en el territorio, ni con el nivel de ingreso de la población. Aquello se manifiesta al constatar, por un lado, que existe mayor número de centros y puestos en las áreas hospitalarias sedes de región, que en las zonas rurales y más alejadas de los centros urbanos; aquello es saltante sobre todo en las regiones de Cajamarca, Lambayeque, Cusco y Huancayo; y, además, al observar la carencia, en términos relativos, de centros y puestos en las áreas urbano-marginales de las grandes ciudades. Este hecho es notorio sobre todo en Lima y Callao, que muestran los índices más bajos sobre este indicador. (p.34-35)

Por otro lado, **Fay y Yepes (2003)** estiman la demanda de infraestructuras, como bienes de consumo de los agentes económicos, y como insumos de la función de producción de la economía. Por el lado del consumo, estos autores toman en consideración a las demandas de

infraestructura (I_i) de los individuos (j). Estas serían una función del ingreso de cada individuo (Y_i) y de los precios del servicio (q_I):

$$I_j = f(Y_j, q_I)$$

A partir de este desarrollo teórico, los autores sugieren estimar la siguiente regresión econométrica:

$$I_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 I_{it-1} + \alpha_2 pbit + \alpha_3 At + \alpha_4 Mt + \alpha_5 Ut + \alpha_6 P_{obt} + \varepsilon_t \quad (7)$$

Donde todas las variables se expresan en logaritmos naturales, α_0 es la constante del modelo, en tal sentido determinan que I_{it} es la demanda o stock de infraestructura i en el periodo t , $pbit$ es el PBI per cápita en el periodo t , At es la participación de la agricultura en el PBI en el periodo t , Mt es la participación de las manufacturas en el PBI en el periodo t , Ut es el porcentaje de la población en el ámbito urbano en el periodo t , P_{obt} es la población en el periodo t y ε_t es el error de estimación del modelo que distribuye normal (media cero y varianza uno).

En esa línea, resulta importante citar el aporte realizado por el **Instituto Peruano de Economía (IPE, 2009)**. En este aporte se explica el reto que enfrenta el Perú, al momento de crear las condiciones necesarias que permitan el desarrollo de largo plazo del País, para lo cual se ha realizado

la estimación de inversión requerida, que le permita cerrar la brecha de infraestructura, en un horizonte de diez años. En esa línea concluye:

La brecha de inversión en infraestructura muestra que, a pesar de los avances que se hayan presentado, el acervo de capital en infraestructura y el acceso a los servicios son aún insuficientes. Por ello, es necesario diseñar políticas y mecanismos que estimulen la inversión pública y privada en esta área.

Dado que el papel del sector privado ha sido importante para la inversión en Infraestructura en el Perú y considerando la limitación de los recursos públicos en relación a las necesidades de inversión identificadas, resulta necesario crear las condiciones que permitan una mayor participación del sector privado en la provisión de infraestructura básica.

Por ello, se requiere del compromiso firme de Pro Inversión y otros actores públicos en la entrega de concesiones, así como avances en la utilización de mecanismos como las asociaciones público privadas (APP), para de esta manera avanzar hacia el cierre de la brecha en infraestructura de transporte, ascendente a US\$ 10,709 millones, 49% (US\$ 5,240 millones) corresponde a la brecha existente en redes viales, lo cual refleja la insuficiente infraestructura y el lento avance de las inversiones en el sector .(p.163)

Recientemente, **Zambano y Aguilera (2011)** calcularon las brechas de infraestructura para la subregión andina, el costo de cerrar dichas brechas y basado en un panel de países desde 1960, estimaron los potenciales impactos de cerrar dichas brechas sobre el crecimiento y la desigualdad del ingreso. El análisis se realizó para los países de Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia. Los resultados concluyen:

Que persisten en la subregión andina importantes brechas en infraestructura y que el costo de cerrar dichas brechas implica una movilización de recursos físicos y financieros de gran magnitud. A pesar de los costos, la inversión en infraestructura resultaría beneficiosa, puesto que se alcanzaría un mayor crecimiento 4 puntos adicionales en promedio. (p.37)

Por otro lado, luego de revisar la estadística sobre la evolución de los recursos humanos y la infraestructura física del sector salud en el Perú, en el lapso 1992-1996, resulta importante destacar el trabajo realizado por **Cruz (2014)**, quien realiza un análisis sobre la vigencia de la inequidad de la distribución del gasto en salud y de los recursos humanos a nivel departamental, concluyendo:

La oferta del Sector Salud tanto en la disponibilidad de recursos humanos como infraestructura física ha tenido incremento en los últimos años, al haber crecido el presupuesto asignado al sector y mejorado los niveles de inversión tanto con recursos internos como con los provenientes de la cooperación internacional, lo que

ha permitido recuperar la operatividad de los establecimientos de salud del sector público.

Finalmente, a pesar de haberse recuperado la operatividad de los establecimientos de salud del sector público, mediante equipamiento y dotación de profesionales de salud, todavía existen brechas importantes en la distribución espacial de los recursos. Especialmente las diferencias se dan entre los indicadores de Lima y Callao, y los departamentos de la Sierra y Selva del país. (p.79-80)

Al respecto, debo indicar que en la actualidad no existe un consenso solido acerca de la magnitud de la influencia de las inversiones en infraestructura en el crecimiento, como para usarlos de base para la elaboración de políticas de inversión en infraestructura, sin embargo existen muchos estudios sobre el tema que han llegado a la conclusión de que el papel de la infraestructura en el crecimiento es sustancial, importante y con frecuencia mayor que el de las inversiones en otros activos fijos. En resumen, se evidencia una relación positiva entre la dotación de infraestructura y el desempeño económico y social de un país.

1.3 Investigaciones

En relación a nuestro trabajo de investigación: **La Inversión Pública y Privada en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014;**

resulta importante citar las siguientes investigaciones relativas al objeto de estudio:

Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional (AFIN, 2015) que en su trabajo de investigación denominado: **“Plan Nacional de Infraestructura 2016-2025”**; quienes tomando como base a la propuesta de **Fay y Yepes (2003)**, y considerando las limitaciones de la data disponible, propusieron para la estimación de las brechas en infraestructura un modelo auto regresivo de primer orden con un componente estructural (el PBI per cápita) es:

$$I_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 I_{it-1} + \alpha_2 \log(PBI_t) + \epsilon_t$$

Donde I_{it} es el stock de la infraestructura i en el período t , $\log(PBI_t)$ es el logaritmo del PBI per cápita en el período t y ϵ_t es el error del modelo, y se distribuye $id(0, \sigma^2)$

Como resultado de esta estimación econométrica AFIN determinó que la brecha en el tema de infraestructura alcanzaría la cifra de US\$ 159,549 millones; la cual debería ser cubierta en el periodo: 2016-2025. En tal sentido sostienen que el cierre de la brecha de infraestructura para el período 2016-2025 implicaría una inversión promedio anual del 8,27 por ciento del PBI (es decir, US\$ 15,955 millones en promedio anual). En tal sentido esta investigación concluye:

Se puede establecer una relación positiva entre la inversión en infraestructura y el crecimiento de largo plazo. En la medida que la política fiscal se encuentre orientada a cerrar las brechas de infraestructura, se mejorará el bienestar de la sociedad, al permitir crecer más y por tanto ampliar las posibilidades de consumo de largo plazo. Por otro lado, la mayor deuda puede afectar las tasas de interés a la que se

financia un país, lo cual puede generar un efecto crowding out negativo sobre la acumulación de capital en el sector privado. Por esta razón, conceptualmente, la política óptima de endeudamiento debe tener en cuenta estos dos efectos, así como también la realidad de los mercados financieros. (AFIN, 2015, p.226)

Monje (2011) en su investigación: **Equidad e Inversión en Salud Publica en la República del Perú** concluye:

Que, a pesar de los incrementos significativos, en términos monetarios, de la inversión pública en salud de los últimos años realizada por el gobierno peruano, no ha habido mayor incidencia en reducir las serias inequidades en la asignación de recursos que afectan a las poblaciones más pobres de este País. Los modelos vigentes de gestión de la inversión pública, tanto nacional como regional y local, presentan graves ausencias que limitan muy seriamente su efectividad a nivel de logros sanitarios al no cumplir con los parámetros mínimos de suficiencia, calidad y solidaridad. (p.459)

Paredes (2009) en su obra denominada: **Crecimiento, Productividad y Eficiencia de la Inversión en el Perú**, analiza entre otros aspectos la eficiencia de la inversión en el Perú, para lo cual plantea un modelo econométrico que concluye:

Una correlación alta y negativa entre el índice de eficiencia de la inversión y la participación de la inversión pública dentro del PBI (-0.65), lo que indica que en el período bajo análisis incrementos en la inversión pública

han venido acompañados por reducciones en la eficiencia del esfuerzo de inversión del país como un todo. Este resultado se ve reforzado por el análisis de regresión, el cual corrobora la hipótesis que la eficiencia de la inversión como un todo y, por lo tanto, la productividad del capital y el crecimiento en la Productividad Total de los Factores - PTF, han estado inversamente relacionadas con la inversión pública en el Perú. Asimismo, el análisis de regresión muestra que el desorden macroeconómico (el cual se incrementa con la aceleración de la inflación) afecta negativamente a la eficiencia de la inversión y al crecimiento económico. Como se ha podido apreciar, el Perú ha evolucionado de forma positiva en la disponibilidad y calidad de infraestructura durante el último quinquenio, no obstante, los resultados a nivel agregado estarían escondiendo la gran disparidad a nivel regional. Por ejemplo, mientras que en Huánuco y Loreto solo el 67 por ciento de los hogares accede a electricidad, en Ica, Callao y Lima prácticamente todos los hogares acceden a este servicio; un resultado similar se observa en el sector agua y saneamiento. En este punto es importante resaltar que los departamentos de la Selva - específicamente, Loreto, Amazonas, Madre de Dios y Ucayali - y algunos de la Sierra - Huánuco, Ayacucho, Huancavelica, Pasco y Junín, son aquellos en los que la disponibilidad de infraestructura se encuentra muy por debajo del promedio nacional y; por tanto, son regiones a las que se les debe prestar mayor atención. (p.20)

González (2007) en su trabajo de investigación denominado: **Inversión Pública e Inversión Privada en el Uruguay: ¿Crowding-in o Crowding-out?** analiza la relación existente entre la inversión pública y la inversión privada a nivel agregado, intentando responder si la primera de ellas complementa (efecto crowding-in), o desplaza (efecto crowding-out) a la segunda. El marco teórico elegido por el autor se basa en el modelo de Robert Barro sobre crecimiento y gasto público, y su período de estudio abarca los años 1955-2005. La metodología empleada utiliza la estimación de vectores de cointegración propuesta por Johansen. De acuerdo a los resultados obtenidos, la principal conclusión “es la existencia para el caso uruguayo de una relación de largo plazo positiva entre la inversión pública y privada a nivel agregado, lo que se conoce como efecto crowding-in” (p.124).

Berta (2005) en su trabajo de investigación denominado: **La Inversión en Salud como Gasto Público Productivo: Un Análisis de su Contribución al Crecimiento Económico;** analiza los efectos de la inversión en salud sobre el crecimiento económico a través de diferentes canales que repercuten, a nivel microeconómico, sobre la productividad individual y, a nivel macroeconómico, sobre el producto en términos agregados. *La buena salud de la población no es sólo una consecuencia, sino también una causa del desarrollo*, por lo que el sector sanitario no debe verse únicamente como generador de gasto, sino también como un sector de actividad que ejerce efectos beneficiosos en el conjunto de la economía. Así, las inversiones destinadas a la mejora de la salud además de una

obligación moral o social, son también políticas eficientes desde un punto de vista social y económico. En ese contexto concluye:

Además de tener importantes consecuencias para el tamaño y la estructura de la población, una mejor salud, ha contribuido a aumentar las tasas de crecimiento económico en todo el mundo. El crecimiento económico y la mejora en los niveles de salud se retroalimentan. Debido a las características del sector salud, una asignación óptima de recursos de inversión en salud depende de políticas públicas adecuadas que no sólo actúen de forma eficiente en el sector, sino que también tomen en consideración sus efectos sobre el crecimiento. Las políticas de salud deben tener en cuenta, además, los aspectos distributivos. A la hora de planificar servicios de salud efectivos es importante conocer cómo se desarrollarán las necesidades de inversión en salud en un futuro. La justificación de invertir en salud para el crecimiento económico implica necesariamente desarrollar criterios para una asignación más eficaz de los recursos públicos, es decir, para gastar en aquellas intervenciones y servicios que proporcionarán una tasa más alta de rendimiento en la formación de capitales humanos y el aumento de los ingresos. (p.117)

Vizzio (2000) público con el auspicio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Cepal, el trabajo de investigación: **Los Sistemas de Inversión Pública en América Latina y el Caribe**; estableciendo como conclusión final: “la no aplicación de un Sistema de Inversión Pública eficaz y eficiente por

parte de los Gobiernos conduce inexorablemente a la dilapidación de recursos, con la consiguiente disminución del bienestar de sus comunidades” (p.109).

Rostow (1961); en un trabajo pionero publicado en 1961, manifestaba que el desarrollo de las redes de infraestructura en particular, redes de transporte era una precondition esencial para el desarrollo económico, lo que fue refrendado por Taaffe en 1963. En ambos trabajos, el crecimiento fue planteado como una función del acervo de infraestructura pública, además de la tasa de crecimiento de la inversión, entre otros factores que inciden en el crecimiento. La ecuación postulada tenía entonces la siguiente forma básica:

$$\text{Crecimiento económico} = f(\text{stock de infraestructura pública, tasa de crecimiento de la inversión, etc.})$$

Tanto Rostow como Taaffe asumieron que la infraestructura pública condicionaba el ritmo del crecimiento agregado de la economía, por lo que procedieron a evaluar el impacto directo de la primera sobre la segunda, estimando así, la ecuación arriba presentada.

1.4. Marco legal

Con el fin de formar un marco sobre la legislación que rige **“La Inversión Pública y Privada en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014”**, se ha visto por conveniente tomar la legislación que sobre la materia tiene nuestro país en Instituciones como: Minsa, Essalud y el

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Esta última Institución esquematiza la información legal a través de su publicación denominada “Compendio de Legislación de Promoción de la Inversión Privada”. En tal sentido se pasará a detallar el Marco Legal, con los comentarios que en su momento se permitan:

1.4.1. Constitución Política del Perú 1993

Fecha de publicación: 30 de diciembre 1993

Artículo 9º Política Nacional de Salud

El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

Artículo 58: Economía Social de Mercado.

Libertad de iniciativa privada “La Iniciativa privada es libre, se ejerce en una economía social de mercado. Bajo este régimen, el estado orienta el desarrollo del país, y actúa principalmente en las áreas de promoción de empleo, salud, educación, seguridad, servicios públicos e infraestructura”.

Artículo 62: Libertad de contratación y contrato Ley. Art 1357 de Código Civil.

Artículo 63: Igualdad para la Inversión Nacional y Extranjera.

Artículo 73: Concesiones sobre bienes de uso público.

1.4.2. Decreto Legislativo N° 1012 que aprueba la Ley Marco de Asociaciones Público - Privadas para la Generación de Empleo Productivo y dicta normas para la Agilización de los Procesos de Promoción de la Inversión Privada.

Fecha de publicación: 13 de mayo 2008

El presente Decreto Legislativo tiene por objeto establecer los principios, procesos y atribuciones del Sector Público para la evaluación, implementación y operación de infraestructura pública o la prestación de servicios públicos, con participación del sector privado, así como establecer el marco general aplicable a las iniciativas privadas.

1.4.3. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.

Fecha de publicación: 28 de enero 2002

Artículo 2°

El Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo. Es el **Ente Rector** del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana.

1.4.4. Ley N° 26842, Ley General de Salud.

Fecha de publicación: 15 de julio 1997

Artículo 122°

La Autoridad de Salud se organiza y se ejerce a nivel central, desconcentrado y descentralizado. La Autoridad de Salud la ejercen los

órganos del Poder Ejecutivo y los órganos descentralizados de gobierno, de conformidad con las atribuciones que les confieren sus respectivas leyes de organización y funciones, leyes orgánicas o leyes especiales en el campo de la salud.

1.4.5. Ley de la Promoción de la Inversión Privada en Obras Públicas de Infraestructura y Servicios Públicos (D.L, N° 839).

Fecha de publicación: 27 de diciembre 1996

Esta Ley también permitió crear la Comisión de Promoción de Concesiones Privadas (Promcepri), la cual estuvo a cargo de conducir los procesos de privatizaciones y de concesiones de infraestructura hasta el año 2002, fecha en la que se crea, mediante D.S. N° 027-2002 –PCM, la Agencia de Promoción a la Inversión-Pro inversión; entidad que tiene a su cargo la realización de los procesos de concesión y de privatización de la infraestructura de servicios públicos. Es de aclarar que, a la fecha los Decretos Supremos -D.S.- N° 059-96-PCM y D.S. N° 060-96-PCM regulan la entrega en concesión de las obras públicas de infraestructura. Además, mediante D. S. N° 146-2008-EF, se aprobó el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1012 “Ley Marco de las Asociaciones Público Privadas”, el cual se constituye en elemento normativo, que sirve de referencia para el proceso de entrega en Concesión al Sector Privado y para iniciativas del Sector Privado en el desarrollo de infraestructura.

1.4.6. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (fecha de publicación: 30 de marzo del 2009). Decreto Supremo N° 008-2010-SA, Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (fecha de publicación: 03 de abril 2010).

Tienen como objeto establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento, con miras a establecer un marco integrado, sistémico y coordinado, que permita el acceso a todo residente en el territorio nacional a las prestaciones esenciales de cobertura de salud, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en el marco del proceso de descentralización y dentro de un criterio de progresividad, para comprender a toda la población residente en el territorio nacional.

1.4.7. Decreto Supremo N° 146-2010-EF

Fecha de publicación: 05 de julio 2010

Artículo 1°.- Del diseño de los procesos de promoción de la inversión privada que incorporan la suscripción de un contrato de asociación en participación En los casos en los cuales la participación de la inversión privada en proyectos de infraestructura pública de servicios públicos incorporados al proceso de promoción de la inversión privada a cargo de

la Agencia de Promoción de la Inversión Privada - Proinversión, se realice través de la modalidad de asociación en participación. El diseño del proceso de promoción correspondiente deberá considerar la celebración de dicho contrato como una obligación de la sociedad concesionaria en virtud a la relación jurídica principal que será el contrato de concesión correspondiente, constituyéndose la suscripción del contrato de asociación en participación como una de las condiciones de la fecha de cierre de la relación concesional.

1.4.8. Ley Marco de Promoción de la Inversión Descentralizada

Ley N° 28059

Fecha de publicación: 12 de agosto 2003

Artículo 1°.- Objeto

La presente Ley establece el marco normativo para que el Estado, en sus tres niveles de gobierno, promueva la inversión de manera descentralizada como herramienta para lograr el desarrollo integral, armónico y sostenible de cada región, en alianza estratégica entre los gobiernos regionales, locales, la inversión privada y la sociedad civil.

Artículo 2°.- Garantías a la inversión descentralizada El Gobierno Nacional, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales promueven el desarrollo de inversiones en las regiones para fortalecer el proceso de descentralización productiva en el país respetando los siguientes criterios y garantías:

1. El Estado garantiza la libre iniciativa e inversión privada, nacional y extranjera, efectuadas o por efectuarse, en todos los sectores de la actividad económica, en cualquiera de las formas empresariales y contractuales permitidas por la Constitución y las leyes.
2. La inversión del Estado está orientada a proveer de infraestructura básica, social y económica para el mejor desempeño de la inversión privada en la actividad productiva y de servicios.
3. La actividad empresarial que realiza el Estado en su rol subsidiario de acuerdo a la Constitución en sus tres niveles de gobierno gozará del tratamiento y condiciones que se otorgan a la inversión privada. Conforme a la normatividad vigente el Estado puede convenir con el capital privado la gestión de servicios públicos.
4. La simplicidad, celeridad y transparencia en todo procedimiento administrativo para la promoción de la inversión privada.
5. La economía social de mercado se promueve en todos los niveles de gobierno y se desarrolla sobre la base de la libre y leal competencia, así como del libre acceso a la actividad económica.

6. El Estado en todos sus niveles de gobierno garantiza la estabilidad jurídica para la inversión privada descentralizada con arreglo a la Constitución y las leyes.

1.4.9. Decreto Supremo N° 127-2014-EF

Reglamento del Decreto Legislativo N° 1012 que aprueba la ley marco de asociaciones público privadas para la generación del empleo productivo y dicta normas para la agilización de los procesos de promoción de la inversión privada.

Fecha de publicado: 31 de mayo 2014

La presente norma tiene por objeto dictar las disposiciones reglamentarias para la aplicación del Decreto Legislativo N° 1012 que aprueba la Ley Marco de Asociaciones Público Privadas para la generación del empleo productivo y dicta normas para la agilización de los procesos de promoción de la inversión privada, y sus modificatorias. Se sujetan a lo dispuesto en el presente Reglamento todas las entidades del Sector Público No Financiero según la definición prevista en la Ley N° 27245, Ley de Responsabilidad y Transparencia Fiscal, o norma que la modifique o sustituya. Cuando en el presente Reglamento se haga mención a la Ley, se entenderá como el Decreto Legislativo N° 1012 y sus modificatorias.

1.4.10. La Ley 29230 Ley que Impulsa la Inversión Pública Regional y Local con Participación del Sector Privado-Obras por Impuestos

Fecha de publicación: 19 de mayo 2008

Artículo 1.- Objetivo

El objetivo de la presente Ley es impulsar la ejecución de proyectos de inversión pública de impacto regional y local, con la participación del sector privado, mediante la suscripción de convenios con los gobiernos regionales y/o locales.

Artículo 2.- Proyectos de inversión

En el marco de lo establecido en la presente Ley, las empresas privadas que firmen convenios, conforme a lo establecido en el artículo 4 de la presente Ley, podrán financiar y/o ejecutar proyectos de inversión pública en infraestructura que deberán estar en armonía con las políticas y planes de desarrollo nacional, regional y/o local, y contar con la declaratoria de viabilidad, que especifique la valorización implícita del Sistema Nacional de Inversión Pública – SNIP.

Artículo 4.- Convenios de inversión pública regional y local

Autorízase a los gobiernos regionales y/o locales a firmar convenios de inversión pública regional y local con las empresas seleccionadas, de conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la presente Ley para

financiar y/o ejecutar uno o más proyectos de inversión, en el marco de lo establecido en el artículo 2 de la presente Ley. La empresa privada se compromete, en virtud de dicho convenio, a transferir al gobierno regional y/o local respectivo las obras ejecutadas.

1.4.11. Decreto Legislativo N° 1238

Decreto Legislativo que modifica la Ley N° 29230, Ley que impulsa la inversión pública regional y local con participación del sector privado.

Fecha de publicación: 26 de setiembre 2015

Modificó el marco normativo aplicable al mecanismo de Obras por Impuestos en los tres niveles de gobierno, con el objeto de establecer precisiones y simplificar los procesos regulados por Ley 29230. En tal sentido, las modificaciones propuestas pretenden garantizar la transparencia y facilitarán la aplicación de este mecanismo; generando un mayor incentivo a la participación de la empresa privada.

1.4.12. Decreto Supremo N° 376-2014-EF

Modifican el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1012, que aprueba la Ley Marco de Asociaciones Público Privadas para la Generación del Empleo Productivo y dicta Normas para la Agilización de los Procesos de Promoción de la Inversión Privada, aprobado mediante Decreto Supremo N° 127-2014-EF

Fecha de publicado: 31 de diciembre 2014

Artículo 5.- Clasificación de las Asociaciones Público Privadas (...)

5.2 En las Asociaciones Público Privadas cofinanciadas a que se refiere el literal b) del artículo 4 de la Ley, se considerará lo siguiente: (...)

b) Se considerará como cofinanciamiento a cualquier pago proveniente de los recursos del Estado o que administren las entidades comprendidas dentro del ámbito de aplicación de la Ley, total o parcial a cargo de la entidad para cubrir las inversiones, operación que incluye la gestión, y mantenimiento a ser entregado mediante una suma única periódica, y/o cualquiera que convengan las partes en el marco del contrato de Asociación Público Privada. No se considerará cofinanciamiento la cesión en uso, en usufructo o bajo cualquier figura similar, de la infraestructura o inmuebles pre-existentes, siempre que no exista transferencia de propiedad y estén directamente vinculados al objeto del proyecto. Asimismo, no se considerará cofinanciamiento a los pagos por concepto de peajes, precios o tarifas, cobrados directamente a los usuarios finales o indirectamente a través de empresas, incluyendo aquellas de titularidad del Estado o entidades del mismo para su posterior entrega al titular del proyecto, en el marco del contrato de Asociación Público Privada.

**1.4.13. Ley N° 30296 -Ley que promueve la reactivación de la
Economía**

Fecha de Publicación: 31 de diciembre 2014

CAPÍTULO II

**RÉGIMEN ESPECIAL DE RECUPERACIÓN ANTICIPADA DEL
IMPUESTO GENERAL A LAS VENTAS PARA PROMOVER LA
ADQUISICIÓN DE BIENES DE CAPITAL**

Artículo 2. Objeto

Establécese, de manera excepcional y temporal, un Régimen Especial de Recuperación Anticipada del Impuesto General a las Ventas, a fin de fomentar la adquisición, renovación o reposición de bienes de capital.

**Artículo 3. Del Régimen Especial de Recuperación Anticipada del
Impuesto General a las Ventas.**

El régimen consiste en la devolución del crédito fiscal generado en las importaciones y/o adquisiciones locales de bienes de capital nuevos, efectuadas por contribuyentes que realicen actividades productivas de bienes y servicios gravadas con el Impuesto General a las Ventas o exportaciones, que se encuentren inscritos como microempresas en el Remype, de conformidad con la Ley de Promoción y Formalización de la Micro y Pequeña Empresa. El crédito fiscal objeto del régimen a que se refiere el párrafo anterior será aquel que no hubiese sido agotado como

mínimo en un periodo de tres (3) meses consecutivos siguientes a la fecha de anotación en el registro de compras.

Para el goce del presente régimen los contribuyentes deberán cumplir con los requisitos que establezca el reglamento, los cuales deberán tomar en cuenta, entre otros, un periodo mínimo de permanencia en el Registro Único de Contribuyentes, así como el cumplimiento de obligaciones tributarias.

A continuación, se presenta mediante una serie de tiempo, un extracto de las principales normas legales existentes durante nuestro periodo de investigación, cualquier omisión, es de nuestra entera responsabilidad.

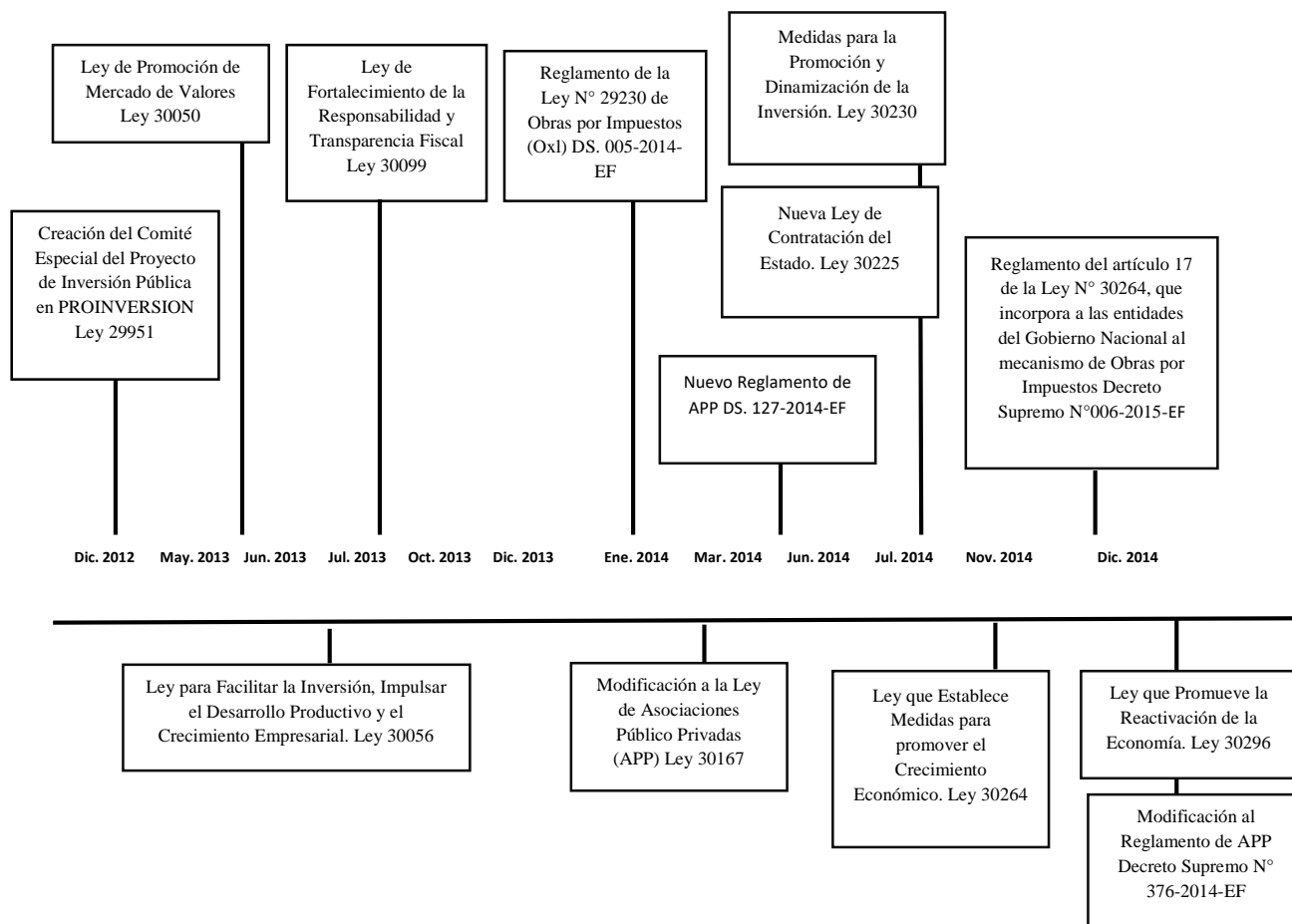


Figura 6: Principales Normas. Fuente Minsa, Essalud y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Elaboración Propia

1.5. Marco filosófico

La Inversión se concibe como un elemento primordial y dinamizador en la economía de un país; desde esta perspectiva lógica, se pretende explicar qué puede implicar La Inversión en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud. En este contexto, se entiende que la Salud se constituye en motor y motivo para generar bienestar en la población. Ahora, no puede asumirse el bienestar de nuestros pacientes sin atender conceptos afines como: establecimientos de salud competitivos, innovados, humanizados, con políticas institucionales claras, transparencia y de sobre manera éticamente y moralmente regentados.

La filosofía es útil para lograr comprender mejor la concepción de “Bienestar”. La ética, como disciplina o ámbito propio de la filosofía, permite entender la concepción de bienestar desde la moral. En tal sentido, la moralidad asume el término en mención, y sus conceptos afines, a partir de dos categorías, que pueden considerarse excluyentes: una grecolatina-aristotélica y otra utilitarista-hedonista.

Al respecto Aristóteles habla del bien como el fin último de todas las acciones y, por ende, de toda la naturaleza humana. Dicho fin no es un ideal, ajeno y distante al mundo físico que padece el ser humano, como lo concibe Platón: intemporal y eterno, sólo posible de ser alcanzado por el alma. Aristóteles concibe el bien en las relaciones humanas concretas y lo asume como un quehacer necesario a la hora de regular las diversas formas de interacción social; de tal modo, que las relaciones entre los seres humanos se pueden concretar como buenas, si son excelentes o perfectas, si tiene el areté (del griego, ἀρετή).

Desde esta concepción aristotélica, el bien implica establecer que todas las acciones, del animal racional y político, pretenden alcanzar la felicidad. Dicho fin implica una relación con otros semejantes; entonces, el carácter de lo colectivo se va dando desde y para la suma de acciones que buscan felicidad, lo cual es el bien en sí.

Contraria a lo planteado por el estagirita, el utilitarismo-hedonista identifica el bien fundado en el placer (hedonismo del griego, ευχαρίστηση). Desde las concepciones de Epicuro, se pudo comprender mejor este fundamento que va a regular las relaciones sociales, contradiciendo el concepto de la areté. Para el autor en mención, existe un placer menor, (que satisface sólo alma o cuerpo en forma excluyente), y un placer mayor, (que satisface cuerpo y alma a la vez). Ambas formas son de carácter personal e individual. De tal modo, que el placer siempre se genera y evoluciona desde y para el cuerpo-alma de cada individuo, renunciando a lo colectivo.

Para los hedonistas, el placer mayor es la felicidad en sí. En esta concepción, el semejante pasa a ser un medio ya que se trata de alcanzar la plenitud personal para el alma y el cuerpo. El bienestar colectivo pierde sentido y valor frente a la consolidación de lo individual como valor primario en las relaciones sociales.

La presencia de una teoría del *bienestar fundamentada en el desarrollo de lo colectivo y otra fundada en la consolidación de lo individual* evidencia dos posturas éticas, contrarias. Estas posturas éticas son determinantes para comprender el bienestar social. En las últimas décadas, las políticas de Estado se han orientado hacia el desarrollo de las capacidades individuales, como garantía

de éxito en “un mundo competitivo”. Así, hoy predomina una ética hedonista al momento de identificar la Filosofía del Estado del Bienestar.

Las concepciones hedonistas de Jeremy Bentham, citadas por John Stuart Mill, para hacer referencia a ética permiten comprender mejor cómo se ha venido imponiendo la moral del individuo sobre la ética de lo colectivo:

Aunque la inexistencia de un primer principio reconocido ha hecho de la ética no tanto una guía, cuanto una consagración de los sentimientos afectivos del hombre, no obstante, como los sentimientos humanos de atracción y aversión están muy influidos por los que se suponen ser efecto de las cosas sobre la felicidad, el principio de utilidad o, como últimamente lo ha llamado Bentham, el principio de la mayor felicidad ha tenido una gran participación en la formación de las doctrinas morales, aun en aquellos que más desdeñosamente rechazan su autoridad. **Mill (1980)** expresa: “.... La influencia de las acciones sobre la felicidad es la consideración más voluminosa e incluso la predominante, en muchos detalles de la moral, por poco inclinadas que se encuentren a reconocerla como principio fundamental de la moral y fuente de la obligación moral” (p.135).

Otro autor que habla sobre el bienestar colectivo, es el filósofo escocés Adam Smith, que fue el primero en describir los principios económicos básicos que definen al capitalismo. En su obra clásica **una Investigación sobre la Naturaleza y Causas de la Riqueza de las Naciones (1776)**, Smith intentó demostrar que era posible buscar la ganancia personal de forma que no sólo se pudiera alcanzar el objetivo individual sino también la mejora de la sociedad. Los intereses sociales radican en lograr el máximo nivel de producción de los bienes que la

gente desea poseer. Con una frase que se ha hecho famosa, Smith decía que la combinación del interés personal, la propiedad y la competencia entre vendedores en el mercado llevaría a los productores, "**gracias a una mano invisible**", a alcanzar un objetivo que no habían buscado de manera consciente: el bienestar de la sociedad.

Continuando con la relación de bienestar y Desarrollo de la Infraestructura de Salud, es de dominio público, que la *Salud se constituye en elemento de competitividad y fortaleza de las empresas y de un país*. Para que una sociedad alcance niveles altos de desarrollo humano, en el entendido que las personas puedan desplegar su potencial y tener vidas plenas en un entorno que habilite ese desarrollo, son necesarias políticas públicas e inversiones que favorezcan una adecuada complementariedad entre las demandas de la sociedad y las necesidades y derechos de los individuos sobre una esfera de transparencia y honestidad. Un buen ejemplo de este entorno habilitante es la inversión pública y privada en infraestructura de Salud, fortalecer esta infraestructura tiene un impacto potencial sobre el desarrollo económico y el bienestar de la población.

La inversión, *basada en una óptima infraestructura de salud promueve una calidad de vida de nuestros pacientes, reduce la incidencia de enfermedades, muertes etc. Además, esta infraestructura de salud puede ser determinante para generar empleos de calidad y para aumentar la competitividad en la producción de bienes y servicios de los países, al incidir de manera significativa en el aumento de la productividad y la eficiencia reflejada en menores costos*.

Cuando se cumple con los criterios fundamentales de sostenibilidad,

participación y transparencia, invertir en infraestructura es invertir en una condición *“sine qua non”* para el desarrollo humano, a modo referencia lo exponemos en la Figura N°07.

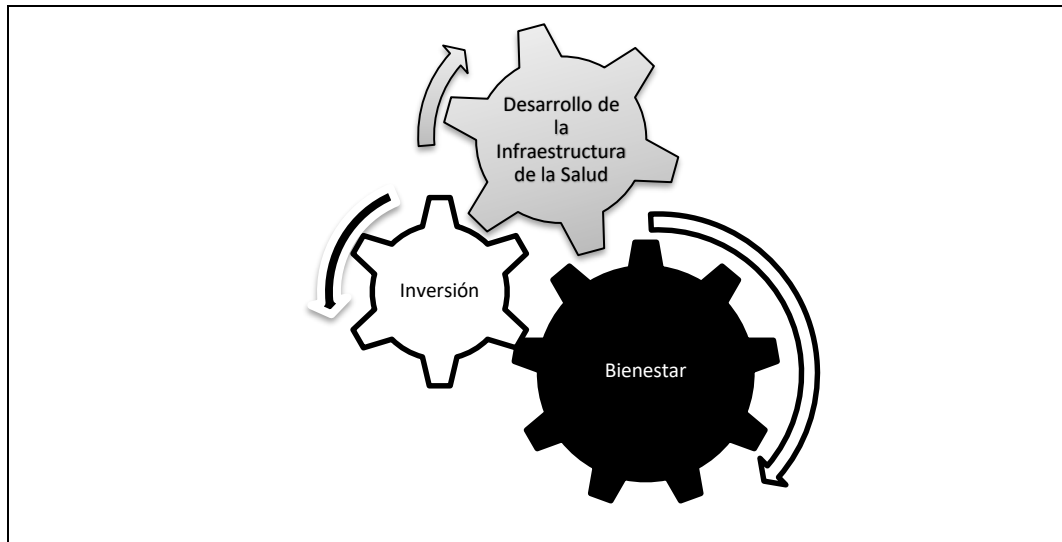


Figura 7: Inversión y bienestar. Elaboración Propia

En resumen, podemos expresar que las inversiones en salud se constituirían en mecanismo que incremente la productividad y el bienestar colectivo de un país.

1.6. Marco Conceptual

En línea con señalar las definiciones inherentes al tema de investigación, pasaremos a definir los principales conceptos:

Asociación Público/Privada(APP)/Asociación Público/Público (App). Para fines de nuestra investigación, definiríamos este concepto como la modalidad de participación del sector público/privado en la provisión de infraestructura y servicios públicos. Las APP/App son formalizadas mediante contratos de concesión, convenios los cuales distribuyen los riesgos de los proyectos, entre el

Estado, considerado concedente, y el público/privado, considerado concesionario.

Camas de hospital por cada mil habitantes. – Muestra el grado de cobertura de los servicios de salud, según la cantidad de camas hospitalarias por cada mil habitantes.

Metodología:

Formula del Indicador: (Número de camas hospitalarias públicas y privadas) /
(dividido por Cantidad de Habitantes) *(multiplicado por) 1000

<http://atlasid.planificacion.gob.ar/>

Densidad Hospitalaria- Para fines de nuestra investigación, definiríamos este concepto, como la concentración de población, en torno a un centro hospitalario; en otras palabras, expresión de la demanda existente en torno a este tipo de establecimiento de salud.

Densidad Territorial/Hospitalaria. - Es el cociente que resulta de dividir la superficie territorial (Km²) y el número de Hospitales existente en una zona determinada. Para fines de nuestra investigación es la superficie que separa un hospital de otro.

Desarrollo de la Infraestructura de Salud. - Para fines de nuestra investigación, definiríamos el presente concepto, como la inversión de ingentes recursos económicos a cargo del sector público y privado en nueva construcción, ampliación y remodelación de establecimientos de salud.

Infraestructura de Salud. - Con respecto a esta definición hemos visto por conveniente tomar la definición realizada por el Instituto Nacional de Estadística

e Informática (INEI, 2015) en su publicación anual denominada: " **Compendio Estadístico Perú 2015**" quien afirma:

Es el conjunto correlacionado de establecimientos, instalaciones y recursos, que sirven de base para realizar acciones de salud. Abarca los hospitales, centros de salud, puestos sanitarios, con sus instalaciones fundamentales, tales como abastecimiento de agua, sistemas de alcantarillado, incinerador de desechos sólidos, dispositivos contra la contaminación del aire e instalaciones diversas de prestación de salud (INEI, 2015, p.841).

[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/.](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/)

Inversión Privada. - Es un término económico que hace referencia a la colocación de capital en una operación, proyecto o iniciativa empresarial con el fin de recuperarlo con intereses en caso de que el mismo genere ganancias. Para la economía y las finanzas las inversiones tienen que ver tanto con el ahorro, como con la ubicación del capital y aspectos vinculados al consumo. Una inversión es típicamente un monto de dinero que se pone a disposición de terceros, de una empresa o de un conjunto de acciones con el fin de que el mismo se incremente producto de las ganancias que genere ese fondo o proyecto empresarial. En la inversión privada suelen considerarse tres variables distintas. El rendimiento esperado, es decir, la rentabilidad que se considera que tendrá en términos positivos o negativos. El riesgo aceptado, es decir, la incertidumbre sobre el rendimiento, la posibilidad de que la inversión no se recupere. Y por

último el horizonte temporal, o bien el período a corto, mediano o largo plazo durante el que la inversión se sostendrá.

<http://www.definicionabc.com/economia/inversiones.php>.

Inversión Pública. La inversión pública es el conjunto de erogaciones públicas que afectan la cuenta de capital y se materializan en la formación bruta de capital (fijo y existencias) y en las transferencias de capital a otros sectores. Erogaciones realizadas por las diversas dependencias del gobierno central, organismos descentralizados y empresas de participación estatal tienen como destino la construcción, ampliación, mantenimiento y conservación de obras públicas y en general todos aquellos gastos destinados a aumentar, conservar y mejorar el patrimonio nacional.

<http://www.definicion.org/inversion-publica>.

OCDE.- Es la **sigla** que corresponde a la **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico**, una entidad internacional que reúne a treinta y cuatro países. Su finalidad es lograr la coordinación de las principales políticas de los Estados miembro en lo referente a la **economía** y a los **asuntos sociales**. Suele calificarse a la **OCDE** como una **organización** de naciones ricas, ya que sus integrantes generan cerca del 80% del Producto **Nacional Bruto** a nivel mundial. Los países que integran la **OCDE** trabajan en conjunto a través de unos doscientos comités y grupos de especialistas de las áreas más diversas. Los últimos países que se incorporaron a la **OCDE** son **Chile** (única nación sudamericana que forma parte del grupo), **Eslovenia**, **Israel** y **Estonia**.

<http://definicion.de/ocde/>.

Puesto de Salud: Establecimiento encargado de desarrollar actividades de promoción, protección y recuperación de la salud, tales como atención médica elemental, primeros auxilios, inmunizaciones, promoción de saneamiento ambiental, son atendidos por técnicos en salud y auxiliares debidamente adiestrados. Reciben supervisión periódica del Centro de Salud. Incluye a Postas de Salud, Policlínicos de las FF. Armadas / Policiales y privados.

<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/health-sector-establishments/>.

Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud-Sunasa. - Organismo público técnico especializado adscrito al Ministerio de Salud, se constituye como el ente encargado de registrar, autorizar, supervisar y regular a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud en el ámbito de su competencia. Asimismo, es la institución encargada de registrar, autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las entidades prepagas de salud y de todas las entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan servicios bajo la modalidad de pago regular o anticipado. Para ejercer sus funciones, la Sunasa cuenta con facultades sancionadoras.

Sector Salud. - Es el espacio social de confluencia de personas, organizaciones y entidades, que realizan actividades (todas o algunas de ellas) relacionadas directamente con la salud pública e individual en el país, o que repercuten indirectamente en ella. No se establecen necesariamente entre ellas, una relación de dependencia orgánica, funcional o jurídica, sino de coincidencia de acciones.

<http://www.camaralima.org.pe/bismarck/>

Seguro Universal de Salud en el Perú. - Es el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna que tiene toda la población residente en el Perú

[http://www.camaralima.org.pe/bismarck/.](http://www.camaralima.org.pe/bismarck/)

Capítulo II: El problema, objetivos, hipótesis y variables

2.1. Planteamiento del problema

2.1.1. Descripción de la realidad problemática

Las Estadísticas del Banco Mundial reflejan el rápido crecimiento del Perú en relación a otros países de la región entre los años 2002 y 2013 (a una tasa de crecimiento promedio de 6.1 por ciento), esto debido a un contexto externo favorable, políticas macroeconómicas prudentes y reformas estructurales que configuran el alto crecimiento (y baja inflación, de 2.6 por ciento) del país. Sin embargo, debido a condiciones externas e internas adversas, el impulso del crecimiento se ha desacelerado en el año 2014 (a un 2.4 por ciento) y la inflación finalizó ligeramente por encima del rango meta (3.2 por ciento). A pesar de esto, la economía peruana se ubicó en el puesto 69 a nivel mundial (de un total de 140 economías analizadas) según ranking de competitividad del World Economic Forum (WEF) 2015 – 2016.

No obstante, a pesar de haber escalado muchos puestos durante los últimos años, el país aún no ha avanzado lo esperado en relación a la calidad de infraestructura, según las percepciones de expertos en el tema, Perú se ubica en el puesto 112 a nivel mundial con respecto a la calidad de la infraestructura, con lo que se encuentra por detrás de varios países de la región y muy por debajo de los países mejor ubicados en este ranking, lo que refleja un retroceso de 7 posiciones respecto del ranking

de competitividad del WEF 2014 – 2015, cuando ocupó el lugar 105 a nivel mundial.

Observamos así mismo que a lo largo del siglo pasado se ha producido en el Mundo una profunda transformación en la salud de las poblaciones que ha posibilitado vidas más largas, más sanas y más productivas. La esperanza de vida aumentó durante los siglos XIX y XX, especialmente en éste último, en Europa y posteriormente en el resto de países. Este aumento estudiado por historiadores económicos y demógrafos se atribuye, en un principio, a un incremento de la renta, y por lo tanto mejoras en saneamiento y alimentación, lo que posibilitó una disminución de las tasas de mortalidad y un aumento de la longevidad.

A nivel de nuestro país, observamos que nuestro sistema de salud es fragmentado y segmentado, resultado del surgimiento de múltiples subsistemas de salud: Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud-Essalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de las Fuerzas Policiales, Beneficencia Pública y Servicios Privados. Donde cada uno tiene como responsabilidad la atención de un determinado grupo social, con funciones competitivas y facultades para formular su propia política sanitaria, determinando así una “excesiva concentración de recursos en zonas urbanas”; principalmente en Lima Metropolitana, en contraste, a zonas con menores recursos y mayores necesidades de salud, como: Cajamarca, Ancash, Huancavelica, Apurímac, Amazonas, entre otras. Cabe señalar, que esta distribución de recursos al responder más a

criterios de asignación basados en la distribución de la oferta de servicios más que a *criterios de demanda o de las necesidades de la población*, tiende a agravar los problemas de inequidad en el acceso a los servicios de salud. A lo cual debemos agregar el efecto que produce la segmentación del mercado laboral que ha condicionado la distribución espacial de la oferta de servicios de salud. Así tenemos que la población asalariada se encuentra mayoritariamente en las áreas urbanas, al respecto según la Encuesta Nacional de Nivel de Vida(ENNV); realizada en el año 2000, se expresa que el 73 por ciento de los establecimientos de la Seguridad Social se hallaban localizados en estas zonas; mientras que el 63 por ciento de los establecimientos administrados por Minsa(principalmente centros y puestos) se hallaban en las zonas rurales, las zonas rurales concentran la población con menores recursos y sie seguros.

Debemos precisar, que el modelo de atención definido por el sector público hasta 1970 fue hospitalario, para luego plantearse un esquema de extender la cobertura de los servicios, basándose en los servicios primarios. Es así que en la década de los '90 hubo una importante expansión de los servicios primarios (debido a la inversión en infraestructura por Foncodes y algunos proyectos del Minsa), según los resultados del Censo Sanitario de 1996, existían en nuestro país 7,302 establecimientos de salud habiéndose incrementado la oferta en 58% con respecto al censo de 1992, siendo que 89% pertenecían al sector público

(Ministerio de Salud, I.P.S.S, Sanidad de Fuerzas Armadas y Policiales y otros), por otro lado Lima y Callao administraba 1,258 establecimientos de salud, teniendo la mayor cantidad de hospitales, clínicas e institutos especializados, concentrando el 42% del total de camas en funcionamiento del país.

El escenario descrito anteriormente ha conllevado que en los últimos años se hayan puesto en marcha diversas iniciativas de modernización del estado y de la reforma del sector salud, apuntando hacia aristas como calidad, oferta, acceso, disponibilidad de medicamentos y financiamiento entre otros. Para nosotros se constituye en elemento de reflexión plantear el problema de investigación denominado: **¿Cómo la Inversión Pública y Privada influyen en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014?**

Por último, se felicita la decisión tomada por el Ministerio de Salud, en torno a la creación del “Programa Nacional de Inversión en Salud” cuyo fin es cerrar la brecha de infraestructura (al respecto, la Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional: Plan Nacional de Infraestructura 2016-2025; estima una brecha de infraestructura de salud del orden de los US\$ 18,944 Millones de Dólares Americanos) y oferta de servicios en el sector, a través de la ampliación y mejoramiento de la calidad resolutive de los establecimientos de salud en el Perú. Para este fin, este programa tiene por objeto formular, ejecutar y supervisar a nivel nacional, los estudios de preinversión y los proyectos de inversión en

salud para todos los niveles de complejidad, además de la asistencia técnica integral, en el marco de las disposiciones legales y técnicas vigentes, así como los convenios respectivos.

2.1.2. Antecedentes Teóricos

Tal como lo expresan, los diversos autores citados como parte de nuestro marco teórico, la Infraestructura y la Salud, se constituyen en variables, que fusionadas permiten tener mejores servicios de salud, mejores índices económicos, sociales, incrementa la productividad, entre otros. Al respecto debemos indicar que en la actualidad no existe un consenso sólido acerca de la magnitud de la influencia de las inversiones en infraestructura en el crecimiento, como para usarlos de base para la elaboración de políticas de inversión en infraestructura, sin embargo existen muchos estudios sobre el tema que han llegado a la conclusión de que el papel de la infraestructura en el crecimiento es sustancial, importante y con frecuencia mayor que el de las inversiones en otros activos fijos. En resumen, evidenciaría una relación positiva entre la dotación de infraestructura y el desempeño económico y social de un país.

2.1.3. Definición del problema

2.1.3.1. Problema principal

¿Cómo la Inversión Pública y Privada influye en el desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014?

2.1.3.2. Problemas específicos

- a.- ¿En qué forma la Inversión Pública influye en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014?
- b.- ¿De qué manera la Inversión Privada influye en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014?

2.2. Finalidad y objetivos de la investigación

2.2.1. Finalidad

El presente trabajo de investigación, busca explicar el comportamiento experimentado por la Inversión Pública, Privada y su impacto en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014.

En general, al analizar el estado de la infraestructura peruana en relación con los estándares de América Latina, se encuentra que, de acuerdo con el Reporte Global de Competitividad 2012, el Perú tiene una calidad de infraestructura similar a la del promedio de los países de América Latina (alrededor de 3,6 por ciento sobre un máximo de 7,8 por ciento).

Sin embargo, el nivel alcanzado aún refleja la necesidad de incrementar las inversiones. Esto es notorio al comparar el valor del índice peruano (3,6) con el valor en países como Chile (4,7) y Uruguay (4,5). Por otro lado, el análisis de la evolución de los indicadores de infraestructura de cada sector en el país revela que entre los años 2005 y 2011 la disponibilidad y calidad de la infraestructura ha mejorado.

Así, se observa que el porcentaje de la red vial nacional pavimentada se incrementó en dos puntos porcentuales y el porcentaje de agricultores con acceso de infraestructura de riego creció en cinco puntos porcentuales. De igual forma ocurre con el acceso a servicios básicos: agua potable, desagüe y electricidad, cuya cobertura se ha incrementado en 8, 10 y 15 por ciento respectivamente.

En resumen, el fin que persigue esta investigación es realizar un examen cuidadoso de la inversión y su impacto sobre la infraestructura de salud, durante el periodo: 2000-2014; y a la luz de los resultados, recomendar estrategias que beneficien a los usuarios del sistema de salud peruano.

2.2.2. Objetivo general y específico

2.2.2.1. Objetivo general

Determinar como la Inversión Pública y Privada influyen en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014.

2.2.2.2. Objetivos específicos

- a.- Establecer como la Inversión Pública influyen en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014.
- b.- Determinar como la Inversión Privada influyen en el Desarrollo de la Infraestructura Salud en el periodo: 2000-2014.

2.2.3. Delimitación del estudio

2.2.3.1. Delimitación espacial

Se analizó el comportamiento de la Inversión Pública y Privada y su impacto en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana.

2.2.3.2. Delimitación temporal

El presente estudio de investigación abarco el periodo: 2000-2014.

2.2.4. Justificación e importancia del estudio

2.2.4.1. Justificación

La razón de ésta investigación estriba en analizar como el actuar de la inversión sea de índole pública o privada influyó

en el desarrollo de la infraestructura de salud en el periodo: 2000-2014; en el entender de cerrar la brecha que existe en esta materia, bajo la lógica que el Sector Salud no debe verse como un generador de gasto sino es una actividad medular, inherente hacia el Desarrollo Nacional bajo el panorama que al 2014 según información difundida por el INEI; 31,0 por ciento de la población peruana no tiene ningún tipo de seguro.

Desarrollar esta investigación, responde al interés profesional por tratar de conocer la relación que existe entre la inversión se está de índole pública o privada y su impacto en desarrollar la infraestructura de salud durante el periodo: 2000-2014; en razón que somos testigos que tanto a través de eventos empresariales y en los medios informativos, escritos y televisivos, muchas veces se llevan a cabo discusiones sobre estos aspectos. Bajo ese hemisferio, el interesado considera justificable el desarrollo de este trabajo de investigación.

2.2.4.2. Importancia

El Sector Salud no debe verse únicamente como un generador de gasto, sino como una actividad que ejerce efectos beneficiosos en el conjunto de la economía, en el entendido que la salud es además uno de los determinantes fundamentales del desarrollo (*invertir en salud es invertir en desarrollo*). Así bajo la perspectiva económica, la salud ejerce efectos

multiplicadores sobre otros sectores (estamos hablando básicamente de 03 ramas de la actividad económica con las que el sector presenta una mayor vinculación: industria química-productos farmacéuticos, fabricación de equipos médicos y aparatos de precisión y otras actividades empresariales), creación de empleo y efectos redistributivos sobre la renta de los hogares. Por otro lado, existe un importante impacto de la salud sobre el desarrollo a través de diversos canales por los que la inversión en salud tiene efectos beneficiosos sobre el **“crecimiento económico y el desarrollo social”**. En este sentido, las inversiones destinadas al sector salud deberían considerarse no únicamente como una obligación moral o social, sino también como una forma de favorecer el **“crecimiento económico de nuestro país”**.

En ese contexto resulta importante que nuestro país impulse el gasto en salud, en el sentido y como medio de reflexión encontramos que al revisar las estadísticas sanitarias mundiales 2010, de la Organización Mundial de la Salud, encontramos que al 2007 existen países que sin ser ricos viene asignado un mayor presupuesto a este sector, así tenemos Cuba (10.4 por ciento), Chile (6.2 por ciento), Ecuador (5.8 por ciento), Bolivia(5.0 por ciento) en comparación a nuestro país que asigna un 4.3 por ciento del Producto Bruto Interno (PBI),

inferior en 2.5 por ciento al nivel del promedio de América Latina al 2007 (Ver. *Figura 8: Gasto Total en Salud Principales Economías Latinoamericanas*)

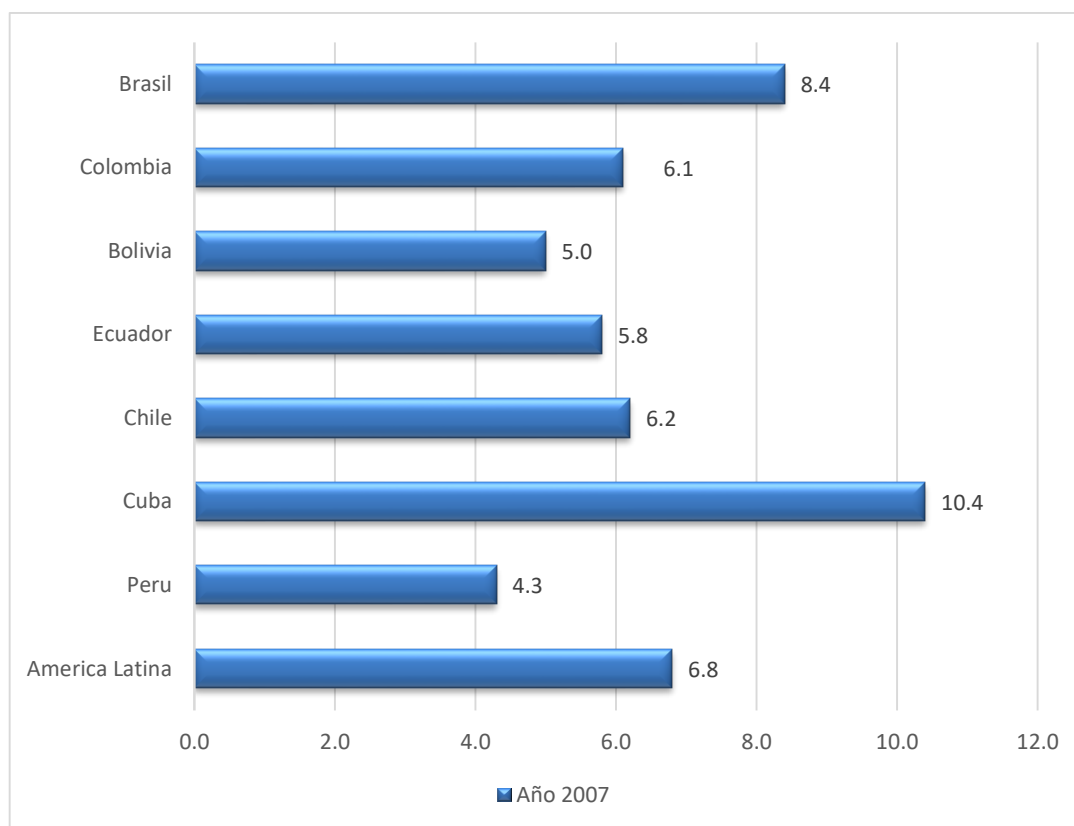


Figura 8: Gasto Total en Salud Principales Economías Latinoamericanas. Fuente Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010, de la Organización Mundial de la Salud.

En esa línea resulta importante destacar lo expresado por el Ministerio de Salud en su trabajo denominado: “Plan Nacional Concertado de Salud” quien concluye:

Se puede afirmar que existe escasez, mala distribución, obsolescencia, deficiente

mantenimiento preventivo y recuperativo de la infraestructura y el equipamiento de salud. En términos generales, existen limitaciones importantes en los hospitales de referencia regionales en cuanto a la capacidad resolutive necesaria para solucionar los problemas de mayor complejidad. (p.93)

La importancia de la realización de esta investigación estriba en que como resultado de la evaluación que se realice a la inversión: pública, privada y desarrollo de la infraestructura de salud, durante el periodo 2000-2014 se brinde aportes que amalgamen los esfuerzos que datan de décadas y que tienen como horizonte cerrar la brecha existente en infraestructura salud, que según el Instituto Peruano de Economía(IPE), alcanzaría los US\$ 18,994 millones de dólares americanos y que su lento avance agudizaría nuestra competitividad e Inserción en este proceso de Globalización que se vive.

Al respecto y parafraseando lo expresado en la III Conferencia Académica: ***Hacia una infraestructura del sector salud con calidad y seguridad para todos los peruanos en el siglo XXI***; “un dólar invertido en infraestructura genera un retorno económico que va del 5% al 25%”.

2.3. Hipótesis y variables

2.3.1. Supuestos teóricos

Si una economía crece, entonces implica que los agentes económicos: sector público y sector privado tiene mayores recursos para invertir. En el caso del sector público, estos ingentes recursos serán reinvertidos en proyectos de carácter social, entre otros tendientes a mejorar la calidad de vida, competitividad y bienestar de la colectividad. En caso del sector privado evaluará escenarios en sus diversas aristas: entorno externo-interno, político, mercado, entre otros, para luego decidir en qué sector de la economía direccionará sus recursos, buscando en todo momento su rentabilidad. En esta coyuntura los nichos de inversión son diversos, por lo tanto, invertir en Salud se constituye en elemento con alto grado de rentabilidad, hacía el camino del ***Bienestar de la Nación***, que todo estado debe tomar en cuenta.

En ese sentido la hipótesis general de nuestra investigación señala que la Inversión Pública y Privada influyen favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el periodo: 2000-2014; como lo hemos expresado la inversión tiene varios efectos, dentro de los cuales destacan el efecto sobre la capacidad productiva de la economía, se señala que la evolución de la inversión privada está muy ligada al ciclo económico, es mas muchos especialistas en el tema sostienen que es el ***“ciclo económico”*** en sí. En cambio, el comportar de la inversión pública

responde más al hecho de la *“provisión de los servicios públicos”*, para nuestro punto de vista su nivel en el caso peruano está determinado por la capacidad fiscal y por política. En nuestro entender la inversión pública y privada en nuestra Economía sigue un comportamiento procíclico, crece más en los años en los que la economía se acelera y menos cuando esta se desacelera.

Al respecto **González (2007)**; en su trabajo de investigación denominado: Inversión pública e inversión privada en el Uruguay: ¿crowding-in o crowding-out? analiza la relación existente entre la inversión pública y la inversión privada a nivel agregado, intentando responder si la primera de ellas complementa (efecto crowding-in), o desplaza (efecto crowding-out) a la segunda. El marco teórico elegido por el autor se basa en el modelo de Robert Barro sobre crecimiento y gasto público, y su período de estudio abarca los años 1955-2005. De acuerdo a los resultados obtenidos, la principal conclusión: “la existencia para el caso uruguayo de una relación de largo plazo positiva entre la inversión pública y privada a nivel agregado, lo que se conoce como efecto crowding-in” (p.124).

En esa misma línea, encontramos lo postulado por **Erden y Holcombe (2005)**; quienes aplicaron una serie de especificaciones de un modelo de inversión standard a un panel de economías en desarrollo para el periodo 1980-1997. En dicho estudio se encontró: “que la inversión pública complementa a la inversión privada, (...). Los resultados también

señalaron que la inversión privada está restringida por la disponibilidad de un crédito bancario en economías en desarrollo” (p.99).

Por otro lado, **Zambano y Aguilera (2011)** calcularon las brechas de infraestructura para la subregión andina, el costo de cerrar dichas brechas y basado en un panel de países desde 1960, estimaron los potenciales impactos de cerrar dichas brechas sobre el crecimiento y la desigualdad del ingreso. El análisis se realizó para los países de Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia. Concluyendo:

Que persisten en la subregión andina importantes brechas en infraestructura y que el costo de cerrar dichas brechas implica una movilización de recursos físicos y financieros de gran magnitud. A pesar de los costos, la inversión en infraestructura resultaría beneficiosa, puesto que se alcanzaría un mayor crecimiento 4 puntos adicionales en promedio. (p.37)

Entendida la complementariedad, inversión pública y privada expresada en su carácter procíclico, crowding- in y que su direccionalidad al desarrollo de la infraestructura resulta beneficiosa para el crecimiento de nuestra economía, es menester su atención.

2.3.2. Hipótesis principal y específicos

2.3.2.1. Hipótesis principal

La Inversión Pública y Privada influyen favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014.

2.3.2.2. Hipótesis específicas:

a.- La Inversión Pública influye favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014.

b.- La Inversión Privada no influye favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014.

2.3.3. Variables e indicadores

En atención a nuestra investigación: “La Inversión Pública y Privada en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014”, se presenta a continuación las Variables e Indicadores (Ver Tabla N° 01).

Tabla 1 *Variables e indicadores*

Variables	Indicadores
Variables independientes	
Pub_t = Inversión Pública	Millones de Soles, invertidos por el Sector Público en la Economía.
$Priv_{t-1}$ = Inversión Privada	Millones de Soles, invertidos por el Sector Privado en la Economía.
Variable dependiente	
$Infra_t$ = Desarrollo de la Infraestructura de Salud	a.- Millones de Soles, destinados a desarrollar la Infraestructura de Salud.
	b.- Cantidad de Establecimientos de Salud.
	c.- Cantidad de la infraestructura hospitalaria existente.
	d.- Número de Camas/1,000 hab

Capítulo III: Método, Técnica e Instrumentos

La presente investigación es de tipo aplicada y cuantitativa, se ha recogido estadísticas sobre Inversión en el Perú, Privada y Pública, así los como montos de las mismas direccionadas a desarrollar la Infraestructura de Salud durante el periodo: 2000-2014, encontrándose relación entre estas variables.

3.1. Población y Muestra

El presente trabajo de investigación se levantó sobre la base de una serie cronológica que abarca el periodo: 2000-2014. Por ello no se aplicará el concepto de población y muestra.

3.2. Diseño(s) utilizado(s) en el Estudio

El presente trabajo de investigación presenta un diseño ex-posfacto, por cuanto se ha realizado un análisis del comportamiento de la Inversión Pública y Privada y su impacto en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014.

3.3. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

La técnica de recolección de datos consistió en la revisión y recolección bibliográfica y documental, es por ello que para la presente investigación no se utilizó, instrumento de investigación.

La estadística recolectada provino de instituciones como: Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Salud, Essalud, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Proinversion, Universidad del Pacifico, Universidad ESAN entre otras Entidades.

3.4. Procesamiento de Datos

El procesamiento de los datos se basó en la elaboración de una base de datos con información referida a las variables: Inversión Pública (Pub_t), Privada ($Priv_{t-1}$), y Desarrollo de la Infraestructura Salud ($Infra_t$) en el lapso de 15 años periodo: 2000-2014 entre otras.

Con la base de datos obtenida se procedió y gracias al uso de la estadística descriptiva se procedió a calcular una serie de medidas estadísticas, para ello se utilizó el software estadístico como Excel. Por otro lado, debemos indicar que este estudio además se sustenta en un modelo de regresión lineal múltiple cuyo soporte es el software: Econometric Views (EViews). Con el cual se ha determinado datos estadísticos como: coeficiente de correlación, de determinación, Durbin-Watson, entre otros.

La construcción del modelo econométrico, permitirá complementar la validez o descarte de las hipótesis planteadas.

El modelo planteado para el presente estudio es el siguiente:

$$Infra_t = b_o + b_1 Pub_t + b_2 Priv_{t-1} + \hat{u}_t$$

Donde:

Infra_t: Desarrollo de la Infraestructura de Salud en millones de soles del 2007; en el año t

Pub_t: Inversión pública en millones de soles del 2007; en el año t

Priv_{t-1}: Inversión privada en millones de soles del 2007; en el año t-1

b_o, *b₁* y *b₂*: Son los coeficientes de regresión, representan las Elasticidades (dada la especificación logarítmica).

û_t: Variable aleatoria(estocástica).

El método de estimación de los parámetros se basa en los mínimos cuadrados ordinarios, por permitir obtener un resultado lineal de los parámetros. Los resultados obtenidos son presentados, en tablas y figuras.

3.5. Técnicas de Prueba de Hipótesis

Para determinar la significancia del modelo de regresión, las pruebas estadísticas utilizadas fueron:

- Prueba t, utilizada para contrastar la significancia estadística de cada coeficiente de manera individual con un nivel de confianza del 95 por ciento.
- Estadístico F, se utiliza para contrastar la significancia de todos los coeficientes con un nivel de confianza del 95 por ciento.

Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados

4.1. Presentación de Resultados

4.1.1. Análisis Descriptivo

En esta parte del capítulo, se presenta el análisis descriptivo de las variables: Inversión Pública, Inversión Privada y Desarrollo de la Infraestructura de Salud, durante el periodo: 2000-2014.

4.1.1.1. Inversión Pública Periodo: 2000-2014

La inversión pública, ha sido tradicionalmente mal empleada como una variable de ajuste de las cuentas fiscales, en tanto el gasto corriente y el pago del servicio de la deuda externa son variables que presentan importante rigidez a la baja, en ese entender el recorte de la inversión pública ha servido para equilibrar el déficit público en períodos recesivos. Sin embargo, en los últimos años, la variable inversión pública ha sido parte fundamental de un “plan de estímulo económico” en el contexto de la implementación de una política fiscal “contra cíclica”.

En tal sentido, la Inversión Pública es entendida como la amplitud del Estado de aumentar la capacidad económica del País, en la prestación de servicios, mediante la asignación de

recursos disponibles en proyectos de inversión pública en el presente, para generar un mayor bienestar en el futuro.

Actualmente, la inversión pública representa la quinta parte de la inversión total del País, los otros 4/5 están determinados por la inversión privada. Sobre esta proporcionalidad numérica, algunos analistas incorrectamente no solo desdeñan la inversión pública como factor catalítico de la inversión privada, sino que, a la vez, minimizan el efecto de la inversión pública sobre la dinámica de la demanda agregada. ¿La inversión pública simplemente suma a la privada, o más que aditividad hay en realidad un efecto multiplicativo? Miremos estos asuntos. Al respecto, expresamos que la inversión total (%PBI); durante nuestro periodo de investigación: 2000-2014 oscilo alrededor del 23,0 por ciento. De los cuales, 5 por ciento representa la parte pública, en tanto 18,0 por ciento restante corresponde a la inversión privada. Dada esta descripción, ¿la inversión pública es, como algunos dicen, poco importante? A nuestro modo de ver no es lo que parece. Claro, numéricamente, la inversión pública gira alrededor del 20.0 por ciento de la inversión total en tanto que el 80.0 por ciento explica la inversión privada, pero el caso es que, en la práctica, el desarrollo de proyectos de **“inversión pública facilita la realización de proyectos privados”**. Por ejemplo, alguien

tendría alguna duda de que la entrada en operación de un proyecto público de irrigación, como el de Majes-Siguas II (US\$ 540 millones), al ampliar la oferta agrícola, entonces ¿la inversión privada agroindustrial, aplicada en estas tierras, incrementaría la producción privada agroindustrial? La respuesta es un rotundo si, dado el grado de complementariedad de estas. Algunas veces, esta **“relación de complementariedad”** no es tan explícita, como sí lo es, como cuando, por ejemplo, el Estado construye una carretera. Con lo cual, se integran productores agrícolas con los mercados, y se desarrolla una serie de actividades conexas, la teoría denomina a esto la ocurrencia de externalidades" positivas". *En tal sentido expresamos que la inversión pública tiene un rostro social, y que al mismo tiempo tiene un carácter de complemento hacia la inversión privada.*

A continuación, pasaremos a revisar descriptivamente, el comportamiento de la inversión pública en nuestra economía, durante los años 2000-2014.

Así **durante el año 2000** la economía peruana estuvo recuperándose de la crisis financiera internacional, pero sufrió un desaceleramiento de su actividad productiva debido a la inestabilidad política interna, a lo anterior se aunó el efecto de una política fiscal restrictiva desde el tercer trimestre, la misma

que se adoptó luego de una fase expansiva vinculada al período electoral y ante las limitaciones para el financiamiento del déficit económico del sector público. El menor dinamismo en la inversión del gobierno central fue reflejo de las medidas de ajuste y austeridad fiscal iniciadas en agosto del 2000.

Los sectores más afectados por esta contracción en la inversión del gobierno central fueron Transportes y Comunicaciones, Agricultura y el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (Foncodes). La inversión financiada con recursos provenientes de endeudamiento externo ascendió a US\$ 454 millones de dólares americanos, monto inferior en US\$ 155 millones de dólares americanos respecto a 1999.

El Ministerio de Transportes, Comunicaciones, Vivienda y Construcción destino US\$ 127 millones de dólares americanos, a financiar la ejecución de proyectos de rehabilitación y mejoramiento de carreteras y caminos rurales. El Ministerio de la Presidencia empleó US\$ 55 millones de dólares americanos para el Programa de Sistema Alcantarillado en la Zona Sur de Lima Metropolitana y en otros programas de Saneamiento.

En el caso del Ministerio de Agricultura, la inversión con recursos externos alcanzó los US\$ 53 millones de dólares americanos principalmente destinados a proyectos de recursos

naturales y alivio a la pobreza en la Sierra, así como a proyectos de irrigación.

El Ministerio de Economía y Finanzas orientó US\$ 46 millones de dólares americanos al Programa de Apoyo a la emergencia originada por el Fenómeno del Niño y, por su parte, Foncodes empleó una suma similar en programas sociales.

El Ministerio de Educación gastó US\$ 43 millones de dólares americanos principalmente en los programas referidos a la mejora de la educación primaria y de la calidad de la educación. Por otro lado, el Ministerio de Energía y Minas utilizó US\$ 35 millones de dólares americanos, en la Central Hidroeléctrica de San Gabán y Yuncán y el programa de ampliación de la frontera eléctrica.

El resto de pliegos del gobierno central gastaron en conjunto US\$ 49 millones de dólares americanos, en proyectos de inversión, entre los que destacan los de irrigación a cargo del Instituto Nacional de Desarrollo (Inade), entre otras inversiones del sector público.

Durante el 2001 la participación de la inversión pública pasó de 4.0 por ciento del PBI en el 2000 a 3.1 por ciento en el 2001, lo cual se asocia con una posición más austera en el gasto del sector público no financiero. El gobierno central orientó sus recursos principalmente hacia los pliegos de Transportes y

Comunicaciones (14 por ciento), Agricultura (7 por ciento), Salud (5 por ciento), Educación (4 por ciento), Energía y Minas (3 por ciento), entre otros.

Los proyectos que tuvieron una mayor asignación destacan aquellos ejecutados por el Ministerio de Transportes, Comunicaciones, Vivienda y Construcción destinados a rehabilitación de carreteras (S/ 320 millones de soles), construcción y mejoramiento de carreteras (S/ 220 millones de soles) y rehabilitación y mantenimiento de caminos rurales (S/ 163 millones de soles); el Foncodes con los proyectos de emergencia social productiva (S/ 225 millones de soles); el Inade con los proyectos de infraestructura y aprovechamiento hidroagrícola (S/ 151 millones de soles).

Por otro lado, el Ministerio de Energía y Minas destino recursos a la ampliación de la frontera eléctrica (S/ 123 millones de soles). El Ministerio de Agricultura destino recursos en proyectos destinados a la rehabilitación y reconstrucción post Fenómeno del Niño (S/ 100 millones de soles). El Ministerio de Educación con el Programa Especial de Mejoramiento de la Educación Primaria destino (S/ 120 millones de soles); el Ministerio de la Presidencia con el proyecto de mejoramiento del sistema de alcantarillado de la zona sur de Lima destino (S/ 57 millones de soles); y los Consejos Transitorios de

Administración Regional – CTAR- con los proyectos de construcción y mejoramiento de carreteras (S/ 91 millones de soles) y los proyectos de apoyo social y obras de emergencia (S/ 71 millones de soles) entre otras inversiones realizado por el Estado.

Durante el 2002, la inversión del sector público descendió por tercer año consecutivo con lo que alcanzó el menor nivel de los últimos 10 años (2.80 por ciento). Las mayores reducciones en los gastos de inversión se presentaron en los proyectos financiados con recursos externos y, respecto a los gastos con recursos del Tesoro Público, en los proyectos dirigidos por el Instituto Nacional de Desarrollo (Inade).

Las únicas entidades que registraron incrementos en sus gastos de inversión fueron el Ministerio de Trabajo, con su Programa «A Trabajar Urbano», y los CTAR's, que fueron desactivados, finalizado el 2002, con el advenimiento de los nuevos gobiernos regionales. Los principales proyectos de inversión incluyeron la rehabilitación, construcción y mejoramiento de carreteras (S/ 367 millones de soles) del Ministerio de Transportes, Comunicaciones, Vivienda y Construcción; Apoyo a la producción agropecuaria (S/ 157 millones de soles) del Ministerio de Agricultura; Rehabilitación y Reconstrucción del Fenómeno del Niño (S/ 146 millones de soles), Proyecto

de Emergencia Social Productivo A Trabajar Urbano (S/ 113 millones de soles) del Ministerio de Trabajo y A Trabajar Rural (S/ 161 millones de soles) de Foncodes; y Promoción de la Producción Agraria (S/ 137 millones de soles) del Instituto Nacional de Desarrollo, entre otras inversiones realizadas en el 2002.

La inversión pública durante el **2003** se dirigió a los sectores como transportes (S/ 972 millones de soles), para proyectos de rehabilitación de carreteras, para proyectos de construcción y mejoramiento de carreteras y para el Programa de Caminos Rurales entre otros; a los gobiernos regionales (S/ 674 millones de soles), al sector Agricultura (S/ 402 millones de soles) y al Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social - Foncodes- (S/ 226 millones de soles), básicamente para el Programa de Desarrollo Social en la Sierra y Selva y para el Proyecto de Emergencia Social Productivo; entre los más importantes. Entre los proyectos ejecutados en el sector transportes destacan la rehabilitación de las vías Tingo María-Aguaytía- Pucallpa, los tramos I y II de Chalhuanca-Abancay y Olmos-Corral Quemado, así como el mejoramiento de la vía Cajamarca-San Marcos.

La inversión ejecutada a través de los Programas A Trabajar Urbano del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

ascendió a S/ 155 millones de soles y A Trabajar Rural a cargo del Foncodes a S/ 81 millones de soles. La inversión financiada con desembolsos externos totalizó US\$ 248 millones de dólares americanos, superior en US\$ 6 millones al ejecutado el 2002. Las entidades que registraron un mayor uso de desembolsos externos fueron el Ministerio de Energía y Minas (US\$ 17 millones de dólares americanos) en proyectos de ampliación de la frontera eléctrica, el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (US\$ 16 millones), el Foncodes (US\$ 16 millones) en proyectos de Desarrollo Social de la Selva y de inversión social del sector y el Ministerio de Educación (US\$ 11 millones) en la Primera Fase del Programa Especial de Mejora de la Calidad de la Educación Secundaria. Cabe mencionar que en el periodo bajo reseña se dio inicio a las operaciones del Programa Techo Propio, destinado a atender las necesidades de vivienda de la población de menores recursos, el monto del gasto por este concepto ascendió a S/ 6 millones de soles.

Durante el año 2004, el Perú siguió en la senda de crecimiento económico sostenido, iniciado a mediados de 2001 y acumuló 42 meses de crecimiento consecutivo a diciembre de 2004. La tasa de crecimiento nominal del producto fue de 8.86 por ciento, impulsada por el contexto internacional favorable a las

exportaciones y la mayor demanda interna, esta última a su vez estuvo asociada a la estabilidad macroeconómica, al mayor financiamiento y las menores tasas de interés. El dinamismo del producto se observó principalmente en los sectores no primarios y favoreció el incremento del empleo tanto en Lima como en el interior del país, así como la recuperación de los niveles de ingreso de la población. Las inversiones estuvieron dirigidas a atender proyectos del Ministerio de Transportes y Comunicaciones (S/ 938 millones), proyectos diversos de los gobiernos regionales (S/ 1 227 millones) y programas del Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (S/ 369 millones), entre los que destaca, el Proyecto de Emergencia Social Productiva (A Trabajar Rural), asimismo, el Ministerio de Agricultura (S/ 281 millones) atendió programas de titulación y registro de tierras, conservación de suelos, irrigación y apoyo a la producción agropecuaria; a las universidades públicas (S/ 190 millones) para la construcción de infraestructura.

El Ministerio de Trabajo destino (S/ 155 millones) al Programa de Formación Laboral Juvenil y el Programa de Emergencia Social Productiva (A Trabajar Urbano); el Ministerio de Energía y Minas (S/ 136 millones) a la realización de proyectos de generación y transmisión de energía eléctrica; el Ministerio

de Educación destinó sus recursos (S/ 249 millones) principalmente al proyecto de mejora de la calidad de la educación primaria y secundaria.

El Ministerio de Salud destino recursos (S/ 94 millones) al programa de apoyo a la reforma del Sector Salud, infraestructura y equipamiento, entre otros. Finalmente, el Instituto Nacional de Desarrollo (Inade) ejecutó S/. 107 millones en proyectos de promoción de la producción agraria, extensión rural, saneamiento, entre los más importantes.

Durante el 2005, la evolución de la actividad económica, se dio en un entorno internacional favorable, caracterizado por un crecimiento sostenido de la economía mundial, en especial de nuestros socios comerciales y de mejora de nuestros términos de intercambio. La inversión pública, creció 15,41 por ciento durante el 2005, reflejando principalmente los mayores gastos del gobierno central en sectores tales como saneamiento, rehabilitación y mejora de carreteras, transportes y comunicaciones, así como obras emprendidas por empresas públicas como Sedapal, Enapu y Petroperú.

En el sector Educación destacó el proyecto del Programa Especial de Mejoramiento de la Calidad de la Educación

Primaria; en el sector Vivienda y Construcción destacó el crecimiento del Programa de Mejoramiento del Sistema de Agua y Alcantarillado en Chimbote. En el caso de los gobiernos regionales, aumentó sus niveles de inversión en alrededor de 31 por ciento en términos nominales, debido principalmente a los siguientes proyectos: actividades de Apoyo al Sector Educación; Rehabilitación, Construcción y Mejoramiento de las Vías Urbanas; Apoyo a la Producción Agropecuaria y Gestión de Proyectos.

Durante el 2006, la inversión pública creció 13.30 por ciento; entre los principales proyectos de inversión ejecutados destacan: la construcción y rehabilitación de carreteras (S/ 708 millones) a cargo del Ministerio de Transportes y Comunicaciones; la rehabilitación, construcción y mejoramiento de las vías urbanas (S/ 412 millones) a cargo de los gobiernos regionales; y el apoyo a la producción agropecuaria (S/ 354 millones).

Durante el 2007; los ingresos del sector público mejoraron significativamente, en especial la recaudación tributaria, debido al alto crecimiento económico, así como a las mayores utilidades de las empresas, asociadas principalmente a los altos precios de los minerales. La inversión pública durante el 2007

creció 20.74 por ciento destacando las inversiones de Essalud y de las empresas públicas, así como la de los gobiernos regionales, Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, Ministerio de Transportes y Comunicaciones, Ministerio de Educación y el Sector Electricidad.

Los principales proyectos realizados durante 2007 son la carretera Reposo Saramirza Eje Vial N° 4, los Proyectos de Emergencia Social Productiva – PESP, la carretera Ingenio-Chachapoyas, la rehabilitación, mejoramiento y construcción del Eje Vial 01 Piura-Guayaqui entre otras inversiones.

Durante el 2008 la inversión pública creció nominalmente 48.47 por ciento, cabe resaltar que esta registró su más alto nivel de los últimos nueve años. Así mismo contribuyó a este crecimiento el gasto en inversión realizado por las empresas estatales, destacando Sedapal y las empresas regionales de electricidad.

En cuanto al gobierno central, los sectores que ejecutaron los mayores gastos fueron: Transportes (mejoramiento, rehabilitación y construcción de carreteras: Carretera Tingo María – Aguaytía - Pucallpa, Carretera Tocache - Tocahe, Carretera Saramirza Eje Vial N° 04, entre otras), Agropecuario (en apoyo a la producción agropecuaria); Educación

(mejoramiento de la infraestructura y calidad educativa), Electricidad (instalación de pequeños sistemas eléctricos en diversos poblados), Vivienda (ampliación y mejoramiento del sistema de agua potable y alcantarillado en apoyo al sector habitacional), entre otras inversiones realizadas.

Durante el 2009 las finanzas públicas se desarrollaron en un contexto de desaceleración del crecimiento mundial, lo cual influyó en el deterioro de los términos de intercambio. Asimismo, el menor ritmo de crecimiento de la actividad económica interna impactó negativamente en el nivel de recaudación. Para atenuar los efectos de la crisis financiera internacional sobre la economía local, el gobierno durante el 2009, dispuso la aplicación de un plan de estímulo que consistió principalmente, en una mayor ejecución de la inversión pública.

De igual forma, el consumo público aumento 16.5 por ciento durante este año, reflejo de las mayores compras de bienes y servicios del gobierno nacional (21.7 por ciento), así como de los gobiernos subnacionales (14.4 por ciento los regionales y 8.8 por ciento los locales).

Por su parte, la inversión pública se incrementó 31.75 por ciento, motivado por las mayores erogaciones de los gobiernos subnacionales (18.0 por ciento), en tanto que el gasto en

inversión de las empresas estatales, creció 32.5 por ciento destacando las inversiones de Enapu, de la Grúa Pórtico y el Proyecto Reforzamiento del Muelle 3, de las empresas regionales de electricidad, proyectos de ampliación, remodelación y renovación de redes de distribución y sistemas de transmisión y de Sedapal, Proyecto de Mejoramiento Sanitario de Áreas Marginales de Lima, Programa Agua para Todos y Reposición de Redes de Agua Potable y Alcantarillado.

Los sectores del gobierno central que ejecutaron los mayores gastos fueron: Transportes (S/ 3 272 millones de soles) en la rehabilitación y mejoramiento de carreteras, entre otros; Educación (S/ 616 millones de soles) en el perfeccionamiento de la infraestructura y calidad educativa, Agricultura (S/ 509 millones de soles) en el mejoramiento de la infraestructura de riego y preservación de recursos naturales, Vivienda (S/ 183 millones de soles) en el mejoramiento y rehabilitación de veredas, avenidas y parques, y sistemas de agua potable y alcantarillado y en el Proyecto Nacional de Agua Potable y Saneamiento Rural; y Electricidad (S/ 473 millones de soles) en la instalación de pequeños sistemas eléctricos en diversos poblados.

En el **2010**, la inversión pública se ubicó alrededor del 14.0 por ciento observándose que la inversión pública se incrementó por los mayores gastos del gobierno nacional, en los sectores de transportes por proyectos de concesiones viales, tren eléctrico, concesiones aeroportuarias, rehabilitación de carreteras, mejoramiento y ampliación de la boca de entrada al terminal portuario del Callao.

En educación por proyectos de mejoramiento de la infraestructura educativa, en electricidad, en proyectos de electrificación rural, en agropecuario en infraestructura de riego y en apoyo al agro, en salud, en mejoramiento y equipamiento del servicio de emergencia de hospitales, entre otras inversiones.

Durante el 2011 la inversión pública se destinó a obras como: carreteras Iirsa Sur y Norte (S/ 1 831 millones de soles), el Tren Eléctrico (S/ 1 110 millones de soles), las expropiaciones destinadas a la construcción de la segunda pista de aterrizaje del Aeropuerto Internacional Jorge Chávez (S/ 884 millones de soles) y la carretera Chongoyape-Cochabamba-Cajamarca (S/ 442 millones). Estas cuatro obras concentraron el 18.0 por ciento del total de inversión ejecutada por el gobierno general para el 2011.

Para el **2012**, la inversión pública creció un 23.57 por ciento, los sectores que ejecutaron los mayores inversiones públicas fueron los sectores: Transportes (por proyectos de concesiones viales, tren eléctrico y rehabilitación de carreteras), Educación (mejora de la infraestructura y calidad educativa), Salud (mejora y equipamiento del servicio de emergencia de hospitales), Agropecuario (mejora de la infraestructura de riego y preservación de recursos naturales), Electricidad(instalación de pequeños sistemas eléctricos en diversos poblados), Justicia(mejora de los servicios de administración de Justicia), Vivienda(Proyecto Nacional de Agua Potable y Saneamiento Rural).

Los principales proyectos de inversión del gobierno nacional fueron las obras de las carreteras Iirsa sur y norte (S/ 1 374 millones de soles), el tren eléctrico (S/ 1 284 millones de soles), la carretera Ayacucho-Abancay (S/ 385 millones de soles) y la carretera Chongoyape-Cochabamba-Cajamarca (S/ 373 millones de soles), estas cuatro obras concentraron el 12 por ciento del total de inversión ejecutada por el gobierno nacional para ese año.

Para el 2013 la inversión pública creció 16.86 por ciento; impulsada principalmente por proyectos de inversión de los sectores: Transportes (concesiones viales y rehabilitación de

carreteras), Educación, (mejora en infraestructura), Salud (equipamiento de hospitales). En tal sentido la formación bruta de capital del gobierno nacional se concentró principalmente en el sector Transportes (S/ 5 433 millones de soles) que representó el 57 por ciento de la inversión del gobierno nacional. Destacándose los mayores gastos efectuados en concesiones viales y en obras relacionadas con la Iniciativa para la Integración de la Infraestructura Regional Sudamericana (Iirsa) sur y norte, la carretera Ayacucho Abancay, el Proyecto Especial Sistema Eléctrico de Transporte Masivo de Lima y Callao y la construcción y mejoramiento de la carretera Camaná-Quilca-Matarani-Ilo-Tacna, entre otras inversiones.

Para el 2014 la inversión pública redujo su crecimiento de dos dígitos lograda en años previos, ubicándose así en un 2.02 por ciento, motivado principalmente por la menor ejecución en el gasto de inversión de los Gobiernos subnacionales. No obstante, la inversión del Gobierno Nacional aumentó 8.50 por ciento en el año 2014, principalmente por los mayores gastos en construcción, rehabilitación y mejoramiento de carreteras por parte del Ministerio de Transportes y Comunicaciones.

La formación bruta de capital del gobierno nacional se concentró principalmente en el sector Transportes (S/ 6 779

millones de soles) que representó el 51 por ciento de la inversión del gobierno nacional. En este sector, destacaron los mayores gastos efectuados en concesiones viales y en obras relacionadas con la construcción de la Línea 2 y Ramal Avenida Faucett–Gambeta del Metro de Lima y Callao, la construcción y mejoramiento de la carretera Camaná-Quilca-Matarani-Ilo-Tacna, la rehabilitación y mejoramiento de la carretera Huaura-Sayán-Churin y el mejoramiento de la Avenida Néstor Gambetta-Callao.

En resumen, podemos expresar que durante nuestro periodo: 2000-2014 los niveles de inversión pública experimentaron un crecimiento equivalente a cuatro (04) veces pasando de S/ 7 777 millones de soles en el 2000 hasta alcanzar en el 2014 la cifra de S/ 32,902 millones de soles, resultado del manejo responsable, la buena performance de la economía y del entorno externo favorable (Ver Tabla N° 02).

Tabla 2 *Inversión Pública & PBI Periodo: 2000-2014 (Millones de Soles)*

Detalle	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Inversión Pública	7,777	6,182	5,902	6,285	7,087	8,179	9,267	11,189	16,612	21,886	24,952	22,333	27,597	32,250	32,902	240,400
PBI Nominal	194,431	199,433	210,781	224,472	244,366	263,834	289,590	319,693	369,161	383,964	422,912	465,260	511,059	556,041	587,527	5,242,524
% PBI	4.00%	3.10%	2.80%	2.80%	2.90%	3.10%	3.20%	3.50%	4.50%	5.70%	5.90%	4.80%	5.40%	5.80%	5.60%	4.59%

Nota: Fuente INEI, SBS, BCR 2016. Elaboración Propia

Por otro lado, observamos que gradualmente los “gobiernos regionales y locales”, gracias al proceso de descentralización han venido progresivamente ganando espacio en torno a la recepción y ejecución de fondos para invertir, **es así que durante el periodo: 2000-2014; su ejecución alcanzo los US\$ 41 346 millones de dólares americanos, encontrándose que su participación se ubica por encima del 50 por ciento de la inversión pública ejecutada**, destinando los mismos a actividades como: apoyo al sector educación; rehabilitación, construcción y mejoramiento de las vías urbanas; apoyo a la producción agropecuaria y gestión de proyectos entre otras. Por otro lado, las inversiones del Gobierno Central, se concentran en los sectores como: transporte, comunicaciones, vivienda, construcción y saneamiento, educación, agricultura entre otros (Ver Tabla N° 03).

Tabla N° 3 *Ejecución de la Inversión Pública por Principales Sectores 2000 - 2014 (Millones de US\$ Dólares)*

SECTOR	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL GENERAL	OREDEN DE PRELACIÓN
AGRICULTURA	165	112	123	116	83	69	143	152	182	171	149	121	152	208	288	2235	5
EDUCACION	135	70	65	68	74	129	115	103	125	205	275	373	298	337	387	2758	4
ENERGIA Y MINAS	50	47	15	46	40	49	19	47	67	115	192	140	101	81	77	1087	7
GOBIERNOS LOCALES	0	0	0	0	0	0	0	842	2433	2995	3478	3014	4509	5110	4825	27207	1
GOBIERNOS REGIONALES	0	0	0	0	227	303	433	669	927	1271	1730	1641	2367	2450	2123	14139	3
PRESIDENCIA	573	455	214	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1242	6
SALUD	43	84	18	18	28	38	19	30	24	64	98	108	93	117	118	900	8
TRANSPORTES, COMUNICACIONES VIVIENDA, CONSTRUCCION Y SANEAMIENTO	326	239	296	390	347	373	346	422	514	1147	1864	2254	1969	2148	2492	15129	2
TOTAL GENERAL	1293	1006	731	638	798	961	1076	2265	4272	5967	7786	7651	9489	10451	10311	64695	

Fuente: MEF-Dirección General de Inversión Pública. Elaboración Propia.

Por último, debemos indicar que el aporte del sector público al Desarrollo de la Infraestructura de Salud durante nuestro periodo de investigación: 2000-2014 alcanzo los S/. 8,049.49 Millones de Soles, 94% de los fondos invertidos para este fin. En tal sentido creemos que la Inversión Pública es el que debe guiar la tarea titánica de cerrar la brecha de infraestructura de salud que actualmente aqueja nuestro país, no en vano está demostrado que la financiación pública sigue siendo el modelo absolutamente predominante en todo el mundo, proporcionando más del 90 por ciento de la inversión en infraestructura. Por ello somos convencidos que la inversión debe ubicarse por encima del 8 por ciento anual, como meta de gobierno. Por otro lado, resulta importante afianzar, meriturar y mejorar los esquemas de participación (obras por impuesto, Asociación Público-Público, Asociación Público-Privada u otro) en el tema de la salud. En el caso particular de las Asociaciones Públicas-Privadas proponemos el esquema OT (Operación y Transferencia), en ese sentido **Hall (2015)** afirma:

Las numerosas ventajas de la alternativa pública...EEUU
un nuevo informe sobre las APPS en el sector del agua en
EEUU. Compara el coste total de financiación de la misma
cantidad de infraestructura a través del endeudamiento

público y la financiación privada. La financiación privada cuesta entre un 50% y un 150 por ciento más. En Rialto, California, el coste anual de la financiación privada en una nueva concesión de APP en el sector del agua es de 16 millones de dólares, más del doble del coste que supone financiar la misma deuda e inversión por la autoridad pública. (p.1421)

En ese contexto, somos unos convencidos que los costos de financiación son elevados para la empresa privada y por qué somos convencidos que debemos mejorar la gestión pública, por ello proponemos la modalidad de Asociación Pública-Privada, descrita anteriormente. Además, creemos que debería profundizarse la experiencia bajo el mecanismo de Asociaciones Públicas-Públicas, de tal suerte que el gobierno central, regional local pueden seguir desarrollando la infraestructura, utilizando financiación pública para la inversión, y a las organizaciones del sector público para prestar el servicio. Estos mecanismos proporcionarán al sector público una serie de ventajas, como la flexibilidad, el control, y la eficiencia en la gestión pública.

4.1.1.2. Inversión Privada Periodo: 2000-2014

Hablar de inversión privada, es referirse a uno de los principales pilares de nuestra economía, esta representa el 80.0 por ciento de la inversión total, por lo que su peso macroeconómico es decisivo para explicar la dinámica de nuestra economía peruana. Sin embargo, su aporte varía según el horizonte de tiempo de evaluación, así en el largo plazo, la inversión del sector privado constituye uno de los principales determinantes del crecimiento económico por su contribución a la formación del acervo de capital. En el corto plazo, las fluctuaciones de la inversión explican una proporción significativa de los cambios en el producto y en la demanda agregada.

En esa línea, utilizando datos trimestrales desde 1980 para la economía peruana, se encuentra que, en los periodos de contracción económica, la inversión representa en promedio alrededor de un tercio de la caída del producto, mientras que en expansión el aporte promedio es de casi dos tercios del producto. Asimismo, se verifica que la contribución de la inversión al crecimiento ha sido mayor durante los episodios de expansión más recientes. **Gonzales (1996)** afirma: “la inversión privada aumenta cuando la inflación es baja, cuando

hay estabilidad política y cuando las brechas interna, externa y fiscal muestran tendencia al equilibrio” (p.50).

La inversión privada durante nuestro periodo de investigación: 2000-2014 en términos generales mantuvo una tendencia ascendente, desde el primer trimestre de 2005 la inversión privada comenzó a acelerarse, aumentando a tasas cada vez más elevadas y por un período prolongado y estuvo asociado a la ejecución de proyectos y a las expectativas favorables sobre el desempeño futuro de la economía, en tal sentido, al 2014 la inversión privada equivalió a cuatro veces el nivel alcanzado en el año 2000.

A modo de referente, en el año **2008** la economía peruana presento la tasa más alta en los últimos 14 años, con la cual el país alcanzó diez años consecutivos de expansión, siendo esta la fase de crecimiento más larga desde la década de los sesenta. A diferencia de ciclos anteriores, esta evolución se ha logrado en un entorno de sano equilibrio macroeconómico. Este mayor crecimiento se dio no obstante la difícil situación por la que atravesaba el resto de la economía mundial, luego que se desatara la crisis financiera en los Estados Unidos y afectara rápidamente al resto de economías, tanto desarrolladas como emergentes, y tuviera como efecto una menor demanda del exterior por nuestros productos. El crecimiento económico del

país durante 2008 estuvo principalmente asociado al aumento en la demanda interna, la cual creció a ritmos superiores a los del PBI durante los últimos tres años, reflejando el dinamismo del consumo privado y de la inversión privada y pública.

La inversión privada en términos nominales creció 42.03 por ciento en el 2008, este dinamismo se reflejó en la construcción de nuevas plantas y en la ampliación de otras existentes para equiparar la oferta con la mayor demanda de la población, asociada esta última al proceso de crecimiento económico.

Entre las inversiones privadas más importantes destacan: el proyecto de construcción Camisea II, ejecutado por Perú LNG considerado como uno de los más importantes en el país, los proyectos ejecutados por Southern, como Tía María y las ampliaciones en Toquepala y Cuajone. También figuran las inversiones ejecutadas por Yanacocha, Shougang y Milpo en ampliaciones de minas y plantas de concentración. Esta última empresa incluso adelantó la ampliación de su mina Cerro Lindo para fines de 2008, un semestre antes de lo programado. Por el lado de los hidrocarburos, destacan las inversiones de BPZ Energy en la explotación de gas y exploración de petróleo en Piura y Tumbes entre otros.

Siguiendo con esta serie de tiempo, observamos que la economía peruana registró nominalmente un crecimiento de

4.01 por ciento en el año **2009**, luego de venir creciendo a una tasa promedio de 10.49 por ciento en los últimos cinco años, al haber sido afectada por la crisis financiera internacional intensificada tras la caída del banco de inversión Lehman Brothersen (Estados Unidos). Hay que destacar que dicho crecimiento se registró a pesar de la contracción de 0.8 por ciento en la actividad económica mundial, la desaceleración de la economía peruana se observó principalmente en las actividades con estrechos vínculos, tanto de manera directa como indirecta con el comercio exterior así, rubros como la agroindustria y las ramas manufactureras de insumos y de bienes de capital registraron los mayores descensos en tanto, la inversión privada pasó al terreno negativo, dado que la mayor incertidumbre, generada por la crisis financiera internacional y la retracción de la demanda, llevaron a las empresas a reconsiderar la puesta en marcha de nuevos proyectos.

El escenario descrito de incertidumbre asociado a la crisis financiera internacional repercutió de manera particular en los planes de inversión de los agentes económicos, quienes postergaron una serie de proyectos programados para el año 2009, en un contexto de desaceleración de la demanda y en previsión de un posible recorte en las líneas de financiamiento,

como ocurrió durante la crisis asiática. De esta manera, la inversión privada se contrajo en el año 2009, luego de venir creciendo a tasas de dos dígitos durante los últimos cinco años. No obstante, el flujo de inversión durante el año 2009 fue explicado por la continuidad de una serie de proyectos en el sector de minería e hidrocarburos como la construcción de la planta de licuefacción de gas natural a cargo de Perú LNG, el de Fosfatos Bayóvar de Minera Miski Mayo, perteneciente al grupo Vale Rio Doce, la ampliación de la Compañía Minera Antamina con la finalidad de aumentar la vida útil de la mina de 23 a 34 años y la expansión de Marcona por Shougang. Adicionalmente, destacaron las inversiones en exploración y extracción de petróleo de Perenco en el Lote 67 en Loreto y de BPZ Resources en el Z-1 en Tumbes, así como de gas en el Lote 88 de Pluspetrol en el Cusco.

En el sector de manufactura sobresalió la ampliación de Cementos Lima, así como de la refinería Cajamarquilla por su propietaria Votorantim Metais, cuyas obras concluyeron en el 2010. El sector construcción fue uno de los principales receptores de inversión durante el año 2009, reflejando las obras de ampliación y apertura de nuevos centros comerciales como el de tiendas Oechsle del grupo Interbank, Maestro Ace

Home Center, Lima Plaza Norte, tanto en Lima como en provincias, entre otras.

Durante el periodo 2010-2013 observamos que la inversión privada vuelve a crecer en términos generales a niveles de dos dígitos, con excepción del año 2012; retomando los niveles alcanzados en el quinquenio: 2004-2008. Observamos que luego de la incertidumbre generada por la crisis financiera internacional, el **2010** se constituye en un año durante el cual los agentes económicos retomaron los proyectos de inversión que tenían pendientes, a los cuales se sumaron nuevos planes asociados a las perspectivas de la economía peruana.

Los proyectos de inversión que sustentaron el dinamismo en el 2010 se concentraron principalmente en los sectores minero, energético e infraestructura, aunque también sobresalieron los orientados a los sectores comercio y turismo.

Para el **2011** el escenario de la economía nacional presentó un moderado crecimiento asociada a la incertidumbre propia de un año electoral. Así, mientras el consumo privado se mantuvo creciendo a tasas altas casi todo el año, la dinámica del gasto público y de la inversión privada, especialmente en el segundo semestre, llevaron a una desaceleración de la demanda interna. Con ello, el PBI pasó de crecer 10.14 por ciento durante 2010

a 10.01 por ciento en el 2011, mayor al promedio 2002-2011 que fue de 8.88 por ciento.

Para el año **2012** la inversión privada creció 8.27, durante este año se registraron inversiones en los diferentes sectores de la economía, así tenemos: Chinalco Perú (proyecto Toromocho) y Xstrata (proyectos Antapaccay), Yanacocha, Antamina y Cerro Verde entre otros. Para el año **2013** la economía peruana creció en términos nominales 8.80 por ciento, tasa inferior a la registrada en 2012 (9.84 por ciento). El menor ritmo de crecimiento reflejó en gran medida el menor impulso externo asociado a un escenario internacional menos favorable, con un alto grado de incertidumbre y de desaceleración de las economías emergentes más importantes. Al menor crecimiento de las exportaciones se le sumó la desaceleración, tanto del consumo como de la inversión privada (en un contexto de deterioro de expectativas que se manifestó durante casi los tres primeros trimestres del año).

Durante el **2014** la economía peruana creció nominalmente 5.66 por ciento, luego de expandirse 8.80 por ciento en el 2013, el menor ritmo de crecimiento reflejó, en gran medida, el menor impulso externo asociado a un escenario internacional menos favorable, caracterizado por un alto grado de incertidumbre y una desaceleración en las economías

emergentes más importantes. Esto provocó una caída de las exportaciones, que se sumó al descenso de la inversión privada que registró una tasa de variación negativa de (-0.55 por ciento), que contrasta con el crecimiento del año previo (16.72 por ciento). El entorno internacional menos favorable y el deterioro de los términos de intercambio afectaron el desempeño de la inversión privada. Acentuaron este resultado los choques transitorios de oferta y el retraso de algunos proyectos, principalmente vinculados a los sectores primarios. Dicha tendencia se reflejó en la caída del volumen de las importaciones de bienes de capital, y en la desaceleración del sector construcción.

En términos nominales, observamos que durante nuestro periodo de investigación: 2000-2014 la contribución de la inversión privada en la generación del PBI ha oscilado entorno a un promedio del 18.5 por ciento, (ver mayores resultados en la **Tabla 4**).

Tabla 4 *Inversión Privada & PBI Periodo: 2000-2014 (Millones de Soles)*

Detalle	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Inversión Privada	31,498	31,311	32,882	35,018	32,012	32,979	46,334	59,783	84,907	57,979	81,622	97,239	105,278	122,885	122,206	973,932
PBI Nominal	194,431	199,433	210,781	224,472	244,366	263,834	289,590	319,693	369,161	383,964	422,912	465,260	511,059	556,041	587,527	5,242,524
% PBI	16.20%	15.70%	15.60%	15.60%	13.10%	12.50%	16.00%	18.70%	23.00%	15.10%	19.30%	20.90%	20.60%	22.10%	20.80%	18.58%

Fuente: INEI, BCR-Memoria Anual: 2000-2014 y SBS. Elaboración: Propia.

En esa línea y continuando con nuestro análisis descriptivo de la inversión privada, vemos que esta tiene dos componentes: a) Inversión Privada Nacional y b) Inversión Privada Extranjera, esta última muy focalizada en el sector primario-exportador y servicios, jugado un papel preponderante en el proceso de acumulación y en la configuración de la estructura económica peruana, teniendo repercusiones macroeconómicas importantes por el lado de las exportaciones, de la balanza de pagos y el PBI. Al respecto resulta importante citar lo expresado por **Gonzales (1996)** quien señala:

La inversión extranjera también ha jugado un papel significativo en los ajustes estructurales de los años cincuenta, setenta y noventa, pues los inversionistas extranjeros han generado señales que han sido seguidas por los inversionistas nacionales, quienes han sido conservadores debido a su limitada información y apreciación de riesgos e incertidumbre (Thorp y Bertram 1978, Gonzales 1994b). Además, se han asociado en varias oportunidades. La evolución de la inversión privada nacional ha seguido de cerca la evolución

de la inversión extranjera, lo que sugiere la existencia de una relación de complementariedad.

(p.13)

En tal sentido, debemos indicar que durante nuestro periodo de investigación: 2000-2014; se **“evidencia la existencia de complementariedad entre la inversión privada nacional y la inversión privada extranjera”** (ver **Tabla 5** y **Tabla 6**). Es importante indicar que, en términos promedios durante nuestro periodo de investigación, la inversión privada extranjera (nos estamos refiriendo a Inversión Directa Extranjera Neta, entendida esta como la inversión directa en la economía, una vez deducida la inversión directa de residentes de esa economía en el exterior, incluye la reinversión de utilidades) representó el 22 por ciento de la inversión privada, en tanto que la inversión privada nacional representó el 78 por ciento de la inversión privada.

Tabla 5 *Inversión Privada Extranjera & Inversión Privada Nacional**(En Millones US Dólares Americanos)*

Detalle	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total	%
Inversión Privada																	
Extranjera	936	1,137	2,277	1,355	1,646	2,561	3,361	5,109	6,056	4,206	8,531	7,600	12,010	9,464	8,070	74,319	22.39%
Inversión																	
Privada Nacional	9,177	7,788	7,071	8,710	7,731	7,443	10,789	13,998	22,963	15,041	20,354	27,699	27,895	36,003	34,970	257,631	77.61%
Inversión																	
Privada	10,114	8,925	9,348	10,065	9,377	10,004	14,150	19,106	29,019	19,248	28,885	35,299	39,905	45,466	43,040	331,951	100%

Fuente: Fondo Monetario Internacional, CEPAL, BCRP-Memoria Anual: 2000-2014 e INEI. Elaboración Propia.

Tabla 6 *Inversión Privada Extranjera (%PBI): 2000-2014*

Detalle	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio
Inversión																
Privada	2%	2%	4%	2%	2%	3%	4%	5%	5%	3%	6%	5%	6%	5%	4%	4%
Extranjera																
Inversión																
Privada	16%	16%	16%	16%	13%	13%	16%	19%	23%	15%	19%	21%	21%	22%	21%	18%

Fuente: Fondo Monetario Internacional, CEPAL, BCRP –Memoria Anual: 2000-2014 e INEI. Elaboración Propia.

Por otro lado, revisando la participación de la inversión extranjera (como % PBI) en América Latina y el Caribe encontramos que durante el 2009 en países como: Brasil la inversión extranjera directa neta (como %PBI) alcanzo (2,3 por ciento), Colombia (1,8 por ciento), Chile (2,9 por ciento), Ecuador (0,6 por ciento) y México (0,4 por ciento).

Si a lo antes expresado, agregamos que la participación promedio de la inversión extranjera directa neta (como %PBI) en estos países durante el periodo: 2000-2009(Ver **Tabla 7**) oscilo en torno al promedio de 2,4 por ciento del PBI. Por otro lado, observamos que durante nuestro periodo de investigación: 2000-2014; la contribución de la Inversión Privada Extranjera a la generación del PBI se ubicó alrededor de un 4,0 por ciento. Por ello resulta de suma importancia que entidades como Proinversión, despierten el interés de los inversores privados, de sobremanera nacionales en invertir en sectores no tradicionales como el “sector salud”, dado que la inversión privada nacional representó durante nuestro periodo de investigación el 78.0 por ciento de la inversión privada realizada.

Tabla 7 *Inversión Extranjera Directa Neta(% PBI):2000-2009*

Países de América Latina y el Caribe	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Promedio
Colombia	2.56%	1.30%	0.82%	2.45%	3.81%	3.41%	0.41%	3.44%	1.79%	2.22%
Chile	3.76%	3.27%	3.65%	5.86%	4.06%	3.10%	6.06%	4.21%	2.89%	4.10%
Ecuador	2.53%	3.17%	3.07%	2.56%	1.33%	0.65%	0.43%	1.84%	0.60%	1.80%
Brasil	4.46%	2.79%	1.79%	1.26%	1.42%	-0.86%	2.01%	1.50%	2.29%	1.85%
México	3.38%	3.12%	2.17%	2.54%	1.83%	1.43%	1.86%	2.03%	0.44%	2.09%
Promedio	3.34%	2.73%	2.30%	2.93%	2.49%	1.55%	2.15%	2.60%	1.60%	2.41%

Fuente Fondo Monetario Internacional, CEPAL, BCRP e INEI. Elaboración Propia.

Al respecto, debemos precisar que el aporte del sector privado al Desarrollo de la Infraestructura de Salud (según información brindada por la Dirección General de Política de Promoción de la Inversión Privada-MEF) se focalizó: 2009, 2012, 2013 y 2014 con una inversión acumulada del orden de S/ 542 millones de soles, 6.3 por ciento de la inversión ejecutada en el periodo: 2000-2014, bajo la modalidad de las APPs y Obras por Impuestos.

En tal sentido, juzgamos pertinente afianzar, merituar y/o mejorar los mecanismos de promoción existentes, de tal forma que el sector privado encuentre condiciones de inversión en el desarrollo del sector salud; así como vemos en otros sectores como Infraestructura Vial que durante los años: 2000-2009 acumulo inversión por US\$ 1,540 millones de dólares americanos vía Asociaciones Público-Privadas.

Como reflexión final, debemos indicar que el dinamismo de la inversión privada durante los años 2000-2014 estuvo asociado al entorno económico favorable, caracterizado por la estabilidad de precios, el fortalecimiento de las finanzas públicas, las mejores condiciones de financiamiento, las mayores utilidades empresariales y el comportar de los mercados, por ello observamos que los niveles de inversión entre los años 2000 y 2014 se cuadruplicaron pasando de

S/ 31,498 Millones de soles en el año 2000 hasta alcanzar en el 2014 la cifra de S/. 122,206 Millones de soles, acumulando una inversión de S/. 973,932 millones de soles.

4.1.1.3. Desarrollo de la Infraestructura de Salud

Periodo: 2000-2014

Hablar de Salud, nos lleva a pensar en las dos caras de una misma moneda, por un lado, tenemos la oferta y por el otro lado la demanda de estos servicios de salud. Con respecto a este último punto resulta importante tomar la data estadística que sobre el particular ofrece el instituto de Estadística e Informática-INEI; así de acuerdo con el último censo (2007), el Perú contaba con una población de 28 481 901 habitantes, distribuida de manera muy desigual en el territorio nacional y marcadamente concentrada en Lima y Callao. De esta cifra 15 408 537 personas habitaban la costa, el 55 por ciento se concentraban en Lima y Callao, donde se cuenta con la mejor red vial y la mayor cobertura de servicios públicos. A junio del 2014 tenemos una población de 30 814 175 habitantes, de los cuales 15 438 887 hombres; en tanto que 15 375 288 mujeres con una distribución geográfica que no habría tenido mayores cambios, experimentándose un incremento del orden 8 puntos porcentuales. Por el lado de la Oferta de Servicios y con fin de

explicar la dinámica de nuestra Infraestructura de Salud durante nuestro periodo de investigación, resulta de suma importancia tomar para estos fines, como información basal los resultados de los dos últimos Censos Sanitarios realizados en nuestro país, nos referimos a los realizados en los años 1992 y 1996. Es así que según el Censo Sanitario de 1996, se conoce que existieron 7,306 establecimientos de salud de los cuales el Minsa administraba el 81.0 por ciento, en tanto que la Seguridad Social administraba el 4.0 por ciento; se observa además, que durante el periodo intercensal 1992-1996 existió un incremento del 57.80 puntos porcentuales en el número de establecimientos de salud, explicado por la ampliación de la red de infraestructura de atención primaria (95.48 por ciento de esta ampliación). En la **Figura 9** se presentan los principales resultados.

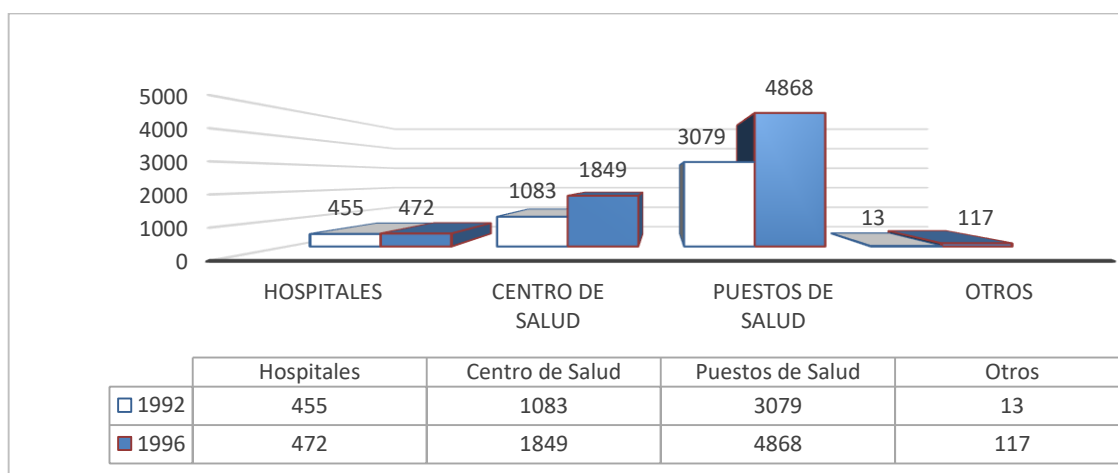


Figura 9: Infraestructura de Salud, por Tipo de Establecimiento: 1992-1996. Fuente: Minsa-Oficina de Estadística e Informática (Censo de Infraestructura 1992,1996).

Observando nuestro periodo de investigación: 2000-2014; vemos que la política sanitaria mantiene el mismo sesgo, “atención primaria” así tenemos que el incremento de la oferta de infraestructura de salud suscitada durante nuestro periodo de investigación bordeó la cifra de 2 852 nuevos establecimientos de salud, de los cuales 2 752 corresponde a nuevos centros y puestos de salud, en otras palabras, atención *primaria* (Ver mayor detalle en la **Figura 10** *Infraestructura de Salud, por Tipo de Establecimiento: 2000-2014*).

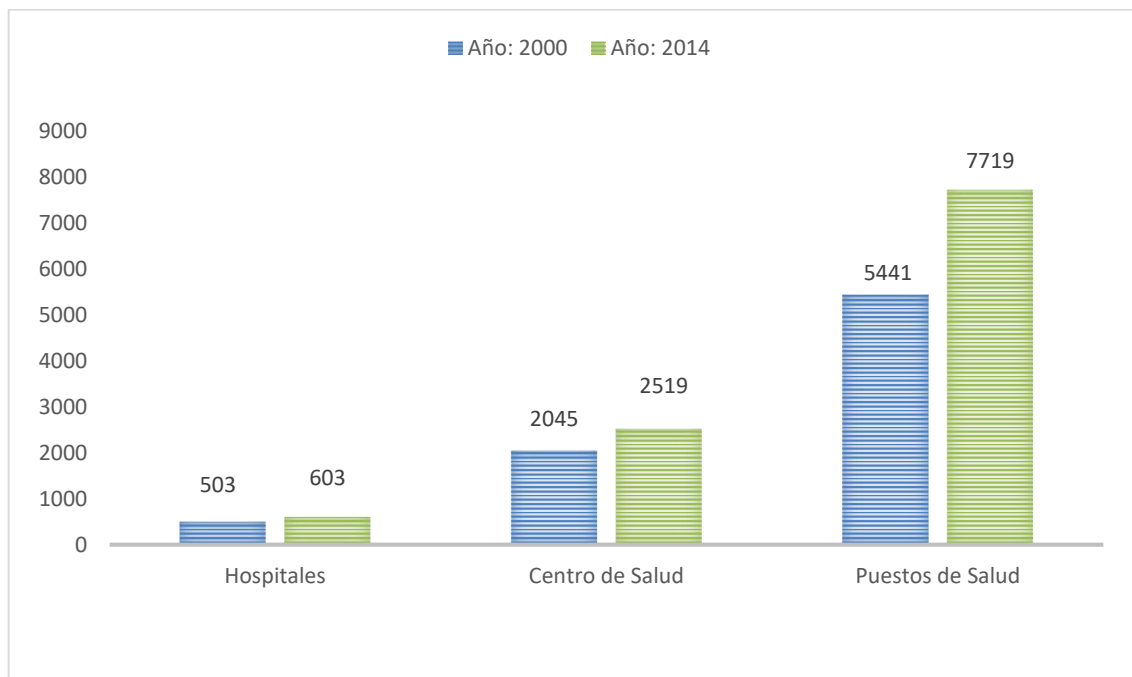


Figura 10 *Infraestructura de Salud, por Tipo de Establecimiento: 2000-2014*. Fuente: Minsa-Oficina General de Estadística e Informática, Essalud-Ex Gerencia Central de Infraestructura. Elaboración Propia.

Continuando con el análisis descriptivo sobre el Desarrollo de la Infraestructura de Salud, durante nuestro periodo: 2000-2014; resulta importante revisar los niveles de inversión realizada por el sector público: a nivel de los sectores nacional, regional, local, y de Essalud; así como del sector privado (estadística brindada por el MEF/Dirección General de Política de Promoción de la Inversión Privada).

Al respecto vemos que durante el periodo: 2000-2014 la inversión acumulada en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud alcanzó los S/ 8,591.69 millones de soles (0,16 por ciento del PBI); de los cuales el 93.69 por ciento corresponde al aporte realizado por el sector público, en tanto que el aporte del sector privado para el Desarrollo de la Infraestructura de Salud fue del orden 6.3 por ciento equivalente a S/ 542.29 millones de soles, de los cuales el 27.0 por ciento constituyó aporte del sector privado realizado durante los años: 2012-2014; bajo la modalidad de “Obras por Impuestos”. Mientras que el 73 por ciento correspondió al aporte privado realizado durante el año 2009, bajo el esquema de “Asociaciones Público Privadas”; información brindada por la Dirección General de Política de Promoción de la Inversión Privada, del Ministerio de Economía y Finanzas. Es importante precisar que este aporte se ha propiciado gracias al marco normativo que permitió la

ejecución de obras bajo la modalidad de asociaciones público
privadas y obras por impuesto (Ver mayor detalle en la **Tabla
8**).

Tabla 8 *Inversión en infraestructura de salud: 2000-2014(millones de soles)*

Inversión en infraestructura de salud: 2000-2014 (millones de soles)						
Año	Sector Público		Sector Privado 2/	Total	PBI Nominal	% PBI
	Gobierno 1/	ESSALUD				
2000	75.74	47.70		123.44	194,431.13	0.06%
2001	64.87	14.38		79.25	199,433.36	0.04%
2002	18.01	8.87		26.88	210,781.06	0.01%
2003	16.82	13.07		29.89	224,472.00	0.01%
2004	33.46	3.40		36.86	244,365.96	0.02%
2005	73.88	0.42		74.30	263,834.07	0.03%
2006	89.32	2.76		92.08	289,589.83	0.03%
2007	157.26	0.00		157.26	319,693.00	0.05%
2008	356.03	197.84		553.87	369,160.53	0.15%
2009	576.54	161.56	397.53	1,135.63	383,963.98	0.30%
2010	751.38	147.86		899.24	422,912.28	0.21%
2011	774.73	167.60		942.33	465,260.44	0.20%
2012	982.52	178.68	9.36	1,170.56	511,058.51	0.23%
2013	1,435.60	39.44	77.45	1,552.49	556,041.36	0.28%
2014	1,617.53	42.13	57.95	1,717.61	587,526.83	0.29%
TOTAL	7,023.69	1,025.71	542.29	8,591.69	5,242,524.34	0.16%

Nota:

1/ Incluye las inversiones realizadas a nivel de Gobierno Nacional, Regional y Local; 2/ Monto de Inversión Ejecutada, bajo la Modalidad de APPs-Obras por Impuestos; MEF/Dirección General de Política de Promoción de la Inversión Privada; ESSALUD/Informe de Evaluación Presupuestaria Anual; Consulta Amigable del Portal Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas- Actualizado al 16.09.2016

En tal sentido y en virtud a lo expresado anteriormente, creemos necesario afianzar y mejorar los mecanismos existentes de concesiones o convenios: Asociaciones Público-Público, Asociaciones Público- Privadas y Obras por Impuesto, entre otros mecanismos de promoción de tal forma que el sector privado encuentre un buen nicho de inversión en Desarrollar la Infraestructura de Salud Peruana; así como lo vemos en otros sectores cercanos, como Infraestructura Vial que durante los años: 2000-2009 la inversión privada en este sector, alcanzó los US\$ 1,540 millones de dólares vía Asociaciones Público-Privadas.

Por ello resulta necesario las sinergias público-público, público-privado sobre la base del “bien común” que propicien cerrar la brecha existente en infraestructura de salud, al respecto la **Asociación para el Fomento de la Infraestructura-AFIN (2015)** establece: “la brecha de infraestructura de salud alcanzaría la cifra de US\$ 18,944 millones de dólares americanos” (p119).

Continuando con este análisis descriptivo sobre el Desarrollo de la Infraestructura de Salud, debemos resaltar los esfuerzos realizados por el Estado Peruano en este tema, así observamos que durante el periodo: 2000-2014 los recursos destinados a este fin pasaron de S/ 123.44 millones de soles en el 2000 a

S/ 1,717.61 millones de soles para el 2014; lo cual se traduce en un crecimiento equivalente a 14 veces, complementado a lo expresado anteriormente, debemos indicar que la distribución geográfica de nuestra Infraestructura de Salud muestra que los centros y puestos de salud se hallan focalizados fundamentalmente en las “**zonas rurales**”, mientras que los hospitales se hallan concentrados en la “**zona costa-centro de nuestro país**”. Esto último explicado a nuestro punto de vista por elementos: densidad poblacional (movimiento migratorio, desde el campo y las zonas socialmente deprimidas hacia las grandes ciudades) y económico, elementos a nuestro punto de vista que justificarían el cubrimiento de los costos que demanda el establecer este tipo de infraestructura, en los mercados céntricos de nuestro país. En tal sentido, la posibilidad de expansión hospitalaria en las áreas rurales de nuestro país, se hallaría explicada básicamente por el factor “económico”.

En tal sentido, resulta de suma importancia que la política sanitaria tenga un rostro social y busque equilibrar esta situación. A continuación, se presentan a través de las **Tablas 9 y 10**; los principales resultados

Tabla 9 *Visión zona densidad poblacional & establecimientos hospitalarios*

Perú	Población al 30 de junio del 2014	Superficie Territorial(Km2)	Densidad Poblacional	N° de Hospitales	Densidad Hospitalaria	Densidad Territorial/Hospitalaria
Norte	8,956,117.00	572,964.80	15.63	189	47,387	3,031.56
Centro	16,085,475.00	323,099.00	49.78	308	52,226	1,049.02
Sur	5,772,583.00	389,151.90	14.83	106	54,458	3,671.24
Total	30,814,175.00	1,285,215.70	23.98	603	51,101	2,131.37

Fuente INEI; Estimaciones y Proyecciones, de Población por Sexo, según Departamentos, Provincia y Distrito, 2000-2015 Boletín Especial N° 18, Elaboración Propia.

Tabla 10 *Visión región densidad poblacional & establecimientos hospitalarios*

Perú	Población al 30 de junio del 2014	Superficie Territorial(Km2)	Densidad Poblacional	N° de Hospitales	Densidad Hospitalaria	Densidad Territorial/Hospitalaria
Costa	17,132,476.00	168,379.20	101.75	357	47,990	471.65
Sierra	10,778,320.00	469,781.70	22.94	190	56,728	2,472.54
Selva	2,903,379.00	647,054.80	4.49	56	51,846	11,554.55
Total	30,814,175.00	1,285,215.70	23.98	603	51,101	2,131.37

Fuente INEI; Estimaciones y Proyecciones, de Población por Sexo, según Departamentos, Provincia y Distrito, 2000-2015 Boletín Especial N° 18. Elaboración Propia.

En esa línea y con el fin de complementar lo expresado anteriormente, resulta importante citar lo expresado por **Madueño y Sanabria (2003)** que señalan:

Dado que la población asalariada se encuentra mayoritariamente en las áreas urbanas, el 73% de los establecimientos de Essalud se hallan localizados en estas zonas, mientras que el 63% de

los establecimientos administrados por el Minsa (principalmente centros y puestos) se hallan en las zonas rurales. Esto es así debido a que las áreas rurales concentran la población de menores recursos y sin cobertura de seguros. (p.11)

Por otro lado, **Madueño y Sanabria (2003)** afirman:

(...) las principales implicancias de este conflicto son: a) que el 60% de las provincias del Perú no cuentan con infraestructura hospitalaria en sus localidades quedando excluida de este servicio 4.3 millones de personas y b) se elevan relativamente el costo de transacción para aquellos que accede a la atención hospitalaria, en términos del costo monetario del traslado y el tiempo de desplazamiento. Al respecto, cabe mencionar que el tiempo promedio de recorrido a un hospital en las localidades de la sierra que no existe infraestructura fluctúa entre 2 y 4 horas, frente a una media de 40 minutos en las zonas que cuentan con instalaciones hospitalarias. En tal sentido, las posibilidades de expansión hospitalaria en las áreas rurales se hallan limitadas por factores económicos que reducen significativamente el tamaño de

mercado y restringen la posibilidad de recuperación de los costos de los establecimientos hospitalarios. (p.13)

En otra parte, los autores **Madueño y Sanabria (2003)** concluyen:

Si bien el modelo de atención primaria ha contribuido de manera efectiva a la reducción de las tasas de mortalidad global e infantil, éste tiende a entrar en conflicto con la realidad presente, donde se observa que la demanda potencial por servicios hospitalarios en las áreas rurales representa el 10,5% de la demanda potencial del país y el 51% de la demanda de la zona. Este porcentaje puede ir aumentando si se tiene en consideración, los cambios demográficos y socioeconómicos que se están produciendo y que contribuyen al actual proceso de transición epidemiológica (Alarcón, 2002). Como consecuencia, en la carga de morbilidad y mortalidad estarían adquiriendo mayor importancia relativa enfermedades asociadas a problemas cardiacos, neoplasias, violencia, tuberculosis, entre otros, los que requieren servicios de atención hospitalaria. Estos

resultados sugieren la poca sostenibilidad, en términos políticos, económicos y sociales, de mantener una política de salud basada exclusivamente en un modelo de atención primaria, y revela la necesidad de buscar una composición más equilibrada de la oferta mejorando la asignación de recursos hacia los servicios de atención hospitalarios en las áreas rurales o reforzando la organización de redes. (p.192-193)

A continuación, mediante la **Tabla 11** se presenta la estadística en el tiempo de la oferta de establecimientos de salud entre hospitales, centros y postas de salud en nuestro país, periodo: 2000-2014.

Tabla 11 *Infraestructura de Salud por Tipo de Establecimiento, Según Departamento: 2000-2014*

Departamento	Tipo de establecimiento: 2000				Hospitales	Tipo de establecimiento: 2001			Hospitales	Tipo de establecimiento: 2002		
	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Total		Centros de Salud	Puestos de Salud	Total		Centros de Salud	Puestos de Salud	Total
Total	503	2045	5441	7989	483	2045	5441	7969	483	2095	5440	8018
Amazonas	7	40	257	304	7	40	257	304	7	41	256	304
Áncash	24	88	330	442	24	88	330	442	24	85	350	459
Apurímac	7	40	188	235	9	40	188	237	9	41	197	247
Arequipa	18	109	193	320	19	109	193	321	19	109	197	325
Ayacucho	12	52	326	390	12	52	326	390	12	54	329	395
Cajamarca	11	106	469	586	14	106	469	589	14	113	499	626
Callao	14	74	4	92	10	74	4	88	10	76	4	90
Cusco	15	88	203	306	14	88	203	305	14	82	207	303
Huancavelica	3	54	236	293	3	54	236	293	3	54	235	292
Huánuco	11	36	200	247	11	36	200	247	11	48	195	254
Ica	20	56	98	174	19	56	98	173	19	58	99	176
Junín	30	85	387	502	26	85	387	498	27	84	387	498
La Libertad	29	98	171	298	28	98	171	297	29	87	170	286
Lambayeque	34	65	105	204	32	65	105	202	31	59	107	197
Lima	164	600	446	1210	145	600	446	1191	144	579	458	1181
Loreto	11	45	268	324	11	45	268	324	11	53	280	344
Madre de Dios	4	15	98	117	4	15	98	117	4	27	98	129
Moquegua	5	31	31	67	8	31	31	70	8	41	33	82
Pasco	8	29	235	272	8	29	235	272	8	29	234	271
Piura	23	99	317	439	26	99	317	442	26	98	319	443
Puno	21	97	340	458	17	97	340	454	17	100	338	455
San Martín	18	63	291	372	21	63	291	375	21	74	291	386
Tacna	6	25	54	85	6	25	54	85	6	35	55	96
Tumbes	5	27	36	68	5	27	36	68	5	37	35	77
Ucayali	3	23	158	184	4	23	158	185	4	31	67	102

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud – Intendencia de Investigación y Desarrollo – Registro Nacional de Establecimiento de Salud. - Ministerio de Salud (Minsa) – Oficina General de Estadística e Informática. Elaboración Propia.

Tabla N° 11 Infraestructura de Salud por Tipo de Establecimiento Según Departamento:2000-2014

Departamento	Tipo de establecimiento: 2003				Tipo de establecimiento: 2004				Tipo de establecimiento: 2005			
	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Total	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Total	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Total
Total	452	1784	5828	8064	441	1926	5591	7958	453	1932	5670	8055
Amazonas	7	41	256	304	6	43	295	344	6	44	298	348
Áncash	24	85	350	459	24	83	351	458	24	83	351	458
Apurímac	9	41	197	247	8	40	196	244	8	40	200	248
Arequipa	19	109	197	325	19	85	198	302	19	88	197	304
Ayacucho	12	54	329	395	9	57	280	346	9	62	292	363
Cajamarca	14	113	499	626	13	134	507	654	13	140	539	692
Callao	10	76	4	90	10	73	4	87	12	71	4	87
Cusco	14	82	207	303	14	65	213	292	14	65	213	292
Huancavelica	3	54	235	292	2	56	238	296	2	56	241	299
Huánuco	11	48	195	254	9	34	209	252	9	34	213	256
Ica	19	58	99	176	15	56	97	168	15	56	98	169
Junín	27	84	387	498	17	80	404	501	17	79	411	507
La Libertad	29	87	170	286	36	100	169	305	36	100	170	306
Lambayeque	31	59	107	197	13	66	116	195	13	66	116	195
Lima	113	268	846	1227	144	439	441	1024	150	432	442	1024
Loreto	11	53	280	344	9	60	279	348	9	61	283	353
Madre de Dios	4	27	98	129	3	18	98	119	3	18	98	119
Moquegua	8	41	33	82	5	29	33	67	5	29	33	67
Pasco	8	29	234	271	10	34	223	267	10	34	224	268
Piura	26	98	319	443	29	106	317	452	29	106	317	452
Puno	17	100	338	455	18	101	347	466	18	101	350	469
San Martín	21	74	291	386	15	91	319	425	19	91	321	431
Tacna	6	35	55	96	5	31	55	91	5	31	55	91
Tumbes	5	37	35	77	3	24	29	56	3	24	29	56
Ucayali	4	31	67	102	5	21	173	199	5	21	175	201

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud – Intendencia de Investigación y Desarrollo – Registro Nacional de Establecimiento de Salud. - Ministerio de Salud (Minsa) – Oficina General de Estadística e Informática. Elaboración Propia.

Tabla N° 11 Infraestructura de Salud por Tipo de Establecimiento Según Departamento:2000-2014

Departamento	Tipo de establecimiento: 2006				Tipo de establecimiento: 2007				Tipo de establecimiento: 2008			
	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Total	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Total	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Total
Total	463	1972	5802	8237	470	1990	5835	8295	485	2049	6016	8550
Amazonas	7	45	344	396	9	52	347	408	8	63	413	484
Áncash	22	81	351	454	23	83	343	449	23	88	343	454
Apurímac	9	42	204	255	10	41	217	268	9	51	237	297
Arequipa	18	86	195	299	18	91	192	301	18	100	189	307
Ayacucho	10	62	296	368	10	63	295	368	10	66	297	373
Cajamarca	16	145	592	753	16	145	612	773	17	149	619	785
Callao	12	73	3	88	13	73	3	89	13	75	3	91
Cusco	12	67	229	308	13	67	237	317	15	71	235	321
Huancavelica	2	56	243	301	2	56	245	303	2	57	278	337
Huánuco	7	48	207	262	7	42	213	262	6	43	219	268
Ica	15	57	99	171	15	57	99	171	14	58	99	171
Junín	16	81	412	509	16	81	397	494	15	83	404	502
La Libertad	40	96	177	313	40	97	179	316	42	103	184	329
Lambayeque	16	63	123	202	16	63	124	203	21	63	133	217
Lima	158	446	428	1032	160	447	430	1037	165	447	443	1055
Loreto	10	60	291	361	10	61	290	361	11	61	294	366
Madre de Dios	3	18	102	123	3	18	102	123	3	18	102	123
Moquegua	5	29	33	67	5	29	33	67	5	30	33	68
Pasco	10	37	224	271	10	39	222	271	10	38	225	273
Piura	29	107	319	455	29	107	320	456	29	109	320	458
Puno	16	103	350	469	16	102	353	471	16	103	355	474
San Martín	19	91	320	430	18	92	321	431	19	89	327	435
Tacna	4	32	55	91	4	32	55	91	4	35	55	94
Tumbes	2	25	29	56	2	28	28	58	4	26	28	58
Ucayali	5	22	176	203	5	24	178	207	6	23	181	210

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud – Intendencia de Investigación y Desarrollo – Registro Nacional de Establecimiento de Salud. - Ministerio de Salud (Minsa) – Oficina General de Estadística e Informática. Elaboración Propia.

Tabla N° 11 Infraestructura de Salud por Tipo de Establecimiento Según Departamento:2000-2014

Departamento	Tipo de establecimiento: 2009				Tipo de establecimiento: 2010				Tipo de establecimiento: 2011			
	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Total	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Total	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Total
Total	469	2321	6165	8955	527	2377	6655	9559	580	2741	6529	9850
Amazonas	8	65	418	491	8	60	431	499	9	72	427	508
Áncash	22	87	347	456	21	94	375	490	21	110	360	491
Apurímac	9	54	271	334	6	57	278	341	7	60	308	375
Arequipa	18	121	192	331	20	129	197	346	20	150	201	371
Ayacucho	10	66	303	379	10	52	371	433	10	56	336	402
Cajamarca	16	152	650	818	16	130	726	872	19	163	720	902
Callao	12	131	4	147	14	161	14	189	14	146	31	191
Cusco	18	70	248	336	19	87	254	360	20	90	251	361
Huancavelica	2	63	281	346	2	55	319	376	3	67	344	414
Huánuco	5	59	208	272	4	50	228	282	4	69	222	295
Ica	13	73	97	183	17	73	101	191	21	81	105	207
Junín	18	91	405	514	26	61	469	556	27	101	432	560
La Libertad	37	103	197	337	46	109	200	355	60	138	177	375
Lambayeque	22	64	137	223	27	81	143	251	28	97	148	273
Lima	158	574	462	1194	192	593	489	1274	210	675	473	1358
Loreto	11	60	304	375	10	68	317	395	11	73	315	399
Madre de Dios	3	18	98	119	4	20	110	134	5	21	97	123
Moquegua	5	30	34	69	6	24	41	71	6	30	35	71
Pasco	9	40	226	275	7	34	253	294	8	36	241	285
Piura	25	113	320	458	28	122	324	474	29	157	320	506
Puno	19	107	358	484	18	131	384	533	19	148	364	531
San Martín	19	88	333	440	11	93	344	448	13	98	334	445
Tacna	3	35	57	95	4	36	60	100	4	48	60	112
Tumbes	3	31	29	63	5	28	33	66	5	26	36	67
Ucayali	4	26	186	216	6	29	194	229	7	29	192	228

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud – Intendencia de Investigación y Desarrollo – Registro Nacional de Establecimiento de Salud. - Ministerio de Salud (Minsa) – Oficina General de Estadística e Informática. Elaboración Propia.

Tabla N° 11 Infraestructura de Salud por Tipo de Establecimiento, Según Departamento:2000-2014

Departamento	Tipo de establecimiento: 2012				Tipo de establecimiento: 2013				Tipo de establecimiento: 2014			
	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Total	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Total	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Total
Total	628	2981	6632	10241	551	2303	7178	10032	603	2519	7719	10841
Amazonas	9	72	427	508	9	72	404	485	10	77	404	491
Áncash	21	110	360	491	25	94	374	493	25	103	394	522
Apurímac	7	60	308	375	10	69	319	398	10	75	334	419
Arequipa	20	150	201	371	20	105	266	391	22	111	285	418
Ayacucho	10	56	336	402	11	68	328	407	13	68	370	451
Cajamarca	19	163	720	902	25	154	735	914	27	172	749	948
Callao	14	146	31	191	10	47	111	168	12	54	142	208
Cusco	20	90	251	361	18	120	251	389	22	121	263	406
Huancavelica	3	67	344	414	4	69	353	426	5	73	361	439
Huánuco	4	69	222	295	4	68	235	307	5	78	253	336
Ica	21	81	105	207	26	54	144	224	26	57	161	244
Junín	27	101	432	560	28	114	430	572	31	128	488	647
La Libertad	60	138	177	375	45	118	233	396	47	125	256	428
Lambayeque	28	97	148	273	31	131	145	307	33	153	149	335
Lima	258	915	576	1749	173	393	787	1353	189	455	914	1558
Loreto	11	73	315	399	14	88	354	456	15	98	373	486
Madre de Dios	5	21	97	123	5	18	100	123	5	14	121	140
Moquegua	6	30	35	71	6	32	41	79	6	34	50	90
Pasco	8	36	241	285	7	31	236	274	7	30	258	295
Piura	29	157	320	506	28	153	361	542	33	161	367	561
Puno	19	148	364	531	20	147	360	527	23	154	385	562
San Martín	13	98	334	445	15	74	310	399	18	87	323	428
Tacna	4	48	60	112	4	34	69	107	5	37	76	118
Tumbes	5	26	36	67	6	20	36	62	6	22	37	65
Ucayali	7	29	192	228	7	30	196	233	8	32	206	246

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud-Intendencia de Investigación y Desarrollo-Registro Nacional de Establecimientos de Salud. – Ministerio de Salud (Minsa)-Oficina General de Estadística e Informática. Elaboración Propia.

Como vemos al 2014 la Oferta de Servicios de Salud entre hospitales, centros y postas de salud alcanzó la cifra de 10,841, de los cuales Lima y Callao concentro el 16 por ciento, seguido de Cajamarca con el 9 por ciento y en una tercera ubicación encontramos a Junín con un 6 por ciento. Observamos que los departamentos o regiones ubicadas al norte de nuestro país concentran el 31 por ciento del acervo de establecimientos de salud, en tanto que los departamentos ubicados al centro concentran el 51 por ciento; las regiones o departamentos ubicados en la parte sur de nuestro país concentran el 18 por ciento de establecimientos de salud. En la **Figura 10** se presentan los principales resultados

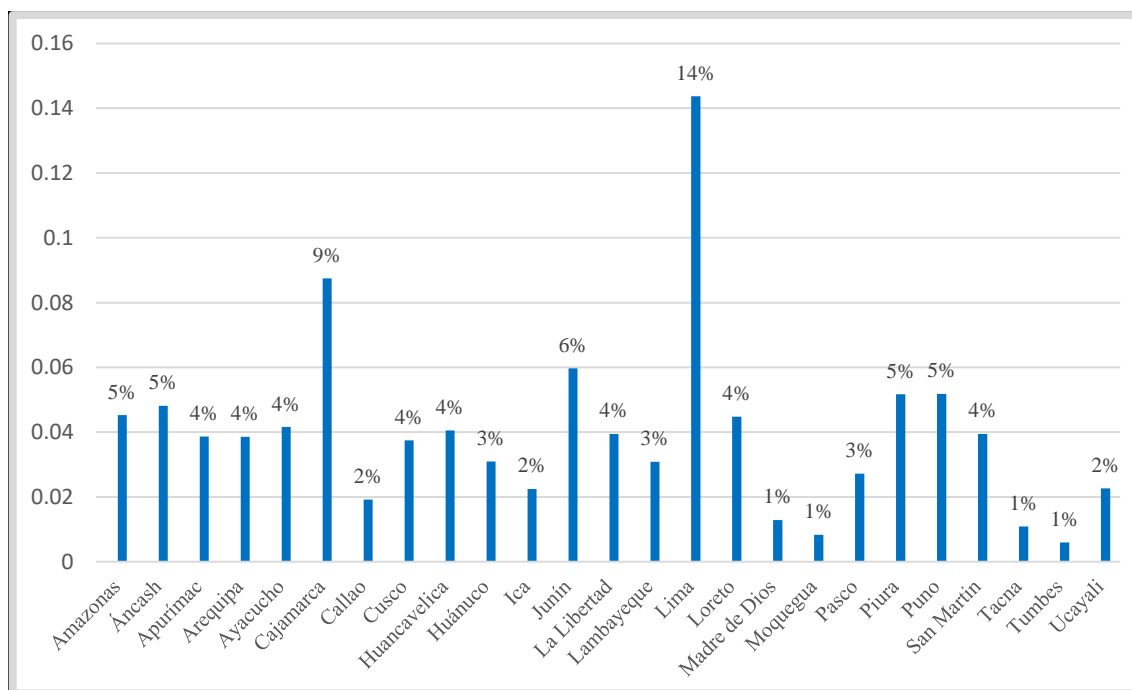


Figura 11 Infraestructura de Salud por Tipo de Establecimiento, según Departamento: 2014. Fuente:

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Elaboración propia.

En tal sentido, esta situación no hace más que corroborar la Política de Estado, sesgada que se tiene en cuanto al crecimiento de la Infraestructura de Servicios de Salud, bajo el parámetro de ofertar servicios de salud primaria, para las áreas rurales, como parte de una estrategia del Minsa de **“reducir la inequidad en el acceso y el mejoramiento de la salud poblacional mediante intervenciones con mejor coste efectividad”**.

Al respecto desde 1970 el Minsa planteó extender la cobertura de servicios, basándose en servicios primarios, estrategia impulsada posteriormente por la Organización Mundial de la Salud con la meta “Salud para todos en el año 2000” y la Estrategia de Atención Primaria de Salud, esta se dio principalmente en los servicios del Minsa. Estos servicios se desarrollaron en un entorno de marginación política, económica y cultural de la población rural; por esta razón, los servicios de salud eran entendidos como atención de salud de menor calidad para poblaciones marginadas.

En esa línea, resulta importante citar lo expresado por el **Ministerio de Salud (2007)** que señala:

Estos servicios se desarrollaron en un entorno de marginación política, económica y cultural de la población rural, por esta razón, los servicios de

salud eran entendidos como atención de salud de menor calidad para poblaciones marginadas. Por otro lado, desde 1964 la infraestructura hospitalaria se ha mantenido prácticamente sin variación.

(p.93)

Bajo ese esquema, se profundizaran los problemas del sistema de salud: insuficiente aseguramiento en salud (población desprotegida que no accede a servicios de salud por falta de recursos económicos), inadecuada oferta de servicios (infraestructura y equipamiento insuficientes), servicios fragmentados, deficiente organización de la redes, servicios de salud de menor calidad para poblaciones marginadas, deficiente financiamiento en salud (bajo gasto en salud, distribución inequitativa del financiamiento y gasto ineficiente en salud), deficiente rectoría (falta desarrollar y fortalecer el rol rector del Minsa en el contexto de la descentralización y modernización del Estado), entre otros.

A nuestro punto de vista, un modelo de salud garantizará su éxito, partiendo de instituciones eficientes, que tracen objetivos de largo plazo, bajo un esquema de rigurosidad en su cumplimiento con un esquema holístico, transparente y de espaldas a la corrupción. Por ello toda reforma a implementarse en el sector salud debe partir

por desterrar el desorden, la corrupción y la improvisación entre otros elementos.

Por otro lado, resulta de suma importancia expresar que no hay un solo modelo que garantice la salud de la población, y que esta meta se puede alcanzar con estrategias muy diferenciadas. Creemos que la precariedad y sesgo político en el manejo de la infraestructura sanitaria de nuestro país a través de décadas se ha constituido en el detonante insoslayable al evaluar el grado de éxito de nuestro sistema y de sobremanera la oferta de infraestructura de salud. En ese sentido, es imposible que las personas vivan muchos años en una nación con una infraestructura sanitaria precaria. Por el contrario, cuanto mejor sea esta, y mayores los cuidados que pueda brindar a los ciudadanos, más probable será que vivan más. Observamos que economías como Cuba¹, Chile y Costa Rica presentan según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los mayores éxitos de su sistema de salud, a modo referencial tenemos que la esperanza de vida en Chile, es la más alta de América Latina y el Caribe (81 años en promedio), por otro lado Cuba lidera el ranking de la menor tasa de mortalidad infantil, la probabilidad de morir antes de los cinco años es (6 cada 1.000 nacidos vivos); así como el indicador más alto de camas de hospital por cada 1,000 hab. (5.3), ver mayores detalles en los

¹ Sistema de Salud de Cuba, según datos estimados para el 2009, Cuba contaba con 11 238,412 habitantes, con una Oferta de Camas Hospitalarias del orden de 66,306.63, con 5.9 camas de asistencia médica por 1 000 habitantes. p.169

resultados expuestos en la **Tabla 12**; por otro lado el gasto en salud como porcentaje del PIB, Costa Rica y Cuba están en el promedio de 9.9 puntos porcentuales y 8.8 puntos porcentuales de su PBI (base de datos cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud, periodo 2011-2015).

Tabla 12 *América Latina y el Caribe Camas Hospitalarias por cada 1,000 habitantes*

Países	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Argentina	4.1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4.5	4.5	4.7	..	..
Bolivia	1.0	1.0	..	1.1	1.1	1.1	1.1	..	1.1	1.1	..	..
Colombia	1.1	1.2	..	1.0	1.0	..	..	..	1.4	1.5	..	..
Brasil	2.6	..	..	2.4	..	..	..	2.4	2.4	2.3	2.3	..	..
Chile	2.6	..	2.4	..	2.3	..	..	2.1	2.0	2.1	..	..	..
Ecuador	1.5	1.7	..	..	..	..	1.5	1.5	1.6	1.6	..	..	..
México	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	..	1.6	1.7	1.6	1.6	1.7	1.5	..	..	..
Panamá	2.5	..	2.4	2.2	..	2.2	..	2.2	2.4	2.2	..	..	..
Paraguay	1.2	..	..	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	..	..	..
Perú	1.4	0.9	..	..	1.2	1.2	1.5	1.5	1.5	1.5	..	..
Uruguay	1.9	..	2.4	2.9	2.9	..	..	1.2	3.0	2.5	..	..
Venezuela	..	0.8	..	0.9	..	..	..	1.3	..	1.1	..	0.9	..	..	..
Cuba	4.9	..	4.9	4.9	4.9	6.0	5.9	5.9	5.1	5.3	..	..

Fuente: Banco Mundial <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS..> Elaboración Propia

Por otro lado, con respecto al **indicador camas hospitalarias**, expresamos que el número de camas hospitalarias, según departamentos, 2000-2014 ha experimentado un crecimiento a partir del 2005 a razón de una tasa promedio anual del 0.58 puntos porcentuales, concentrando al 2014 Lima y Callao el 43 por ciento de este inventario, seguido de la Libertad y Arequipa con 5 por ciento, en tanto que Piura, Junín, Cusco se ubican con 4 por ciento respectivamente (**Ver Tabla 13**).

Tabla 13 *Número de Camas Hospitalarias, Según Departamento, 2000-2014*

Total	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	% de Participación
	47340	43074	43074	41824	41802	42159	42613	44195	44355	44618	44926	45582	45922	46574	47027	
Amazonas	645	571	571	570	570	570	571	645	545	645	645	645	645	645	651	1%
Áncash	1593	1339	1339	1354	1354	1354	1339	1602	1604	1604	1733	1561	1579	1593	1609	3%
Apurímac	732	639	639	621	621	621	639	627	627	627	619	665	677	732	739	2%
Arequipa	2118	1990	1990	2036	2036	2036	1990	1940	1940	1941	1964	2078	2148	2118	2139	5%
Ayacucho	1121	1032	1032	967	967	1017	1032	1064	1064	1095	1095	1097	1109	1121	1132	2%
Cajamarca	1532	1358	1358	1346	1346	1346	1358	1436	1437	1428	1465	1478	1501	1532	1547	3%
Callao	1956	1648	1648	1617	1617	1647	1648	1764	1764	1820	1820	1990	1988	1956	1975	4%
Cusco	1763	1723	1723	1621	1621	1621	1623	1643	1702	1722	1730	1736	1720	1763	1780	4%
Huancavelica	400	381	381	382	382	382	381	382	382	382	382	380	380	400	404	1%
Huánuco	919	840	840	837	837	837	840	925	909	909	909	917	919	919	928	2%
Ica	1449	1350	1350	1354	1354	1354	1350	1388	1389	1397	1413	1403	1421	1449	1463	3%
Junín	1809	1579	1579	1560	1560	1560	1579	1595	1596	1612	1713	1787	1799	1809	1827	4%
La Libertad	2496	2231	2231	2209	2209	2209	2231	2283	2296	2367	2380	2416	2476	2496	2520	5%
Lambayeque	1830	1294	1294	1188	1188	1188	1294	1273	1364	1378	1378	1521	1526	1830	1848	4%
Lima	18715	17446	17446	16666	16644	16921	17085	17719	17808	17648	17537	17719	17817	17949	18124	39%
Loreto	1084	1106	1106	1086	1086	1086	1106	1083	1110	1100	1100	1074	1079	1084	1095	2%
Madre de Dios	227	231	231	208	208	208	231	232	232	232	247	227	227	227	229	0%
Moquegua	368	317	317	317	317	317	317	317	317	317	317	368	368	368	372	1%
Pasco	627	660	660	652	652	652	660	672	664	664	658	632	627	627	633	1%
Piura	1968	1924	1924	1811	1811	1811	1924	1903	1930	1916	1933	2014	2041	1968	1987	4%
Puno	1372	1269	1269	1275	1275	1275	1269	1353	1342	1378	1435	1370	1372	1372	1385	3%
San Martín	1028	719	719	709	709	709	719	839	817	921	941	911	911	1028	1038	2%
Tacna	559	467	467	467	467	467	467	513	515	515	515	560	559	559	564	1%
Tumbes	349	337	337	345	345	345	337	349	353	354	351	351	351	349	352	1%
Ucayali	680	623	623	626	626	626	623	648	648	646	646	682	682	680	687	1%

Fuente: Ministerio de Salud (Minsa)-Oficina de Estadística e Informática-Registro Nacional de Establecimientos de Salud. Elaboración Propia.

En esa misma línea, observamos que al evaluar el **indicador camas hospitalarias por cada 1000 hab.** Observamos que las regiones de Cerro de Pasco y Moquegua lideran este indicador con (2.1), la Provincia Constitucional del Callao se posiciona en un segundo lugar con (2.0), en tanto que Lima e Ica ocupan el tercer lugar con un indicador de (1.9) (Ver Figura 12).

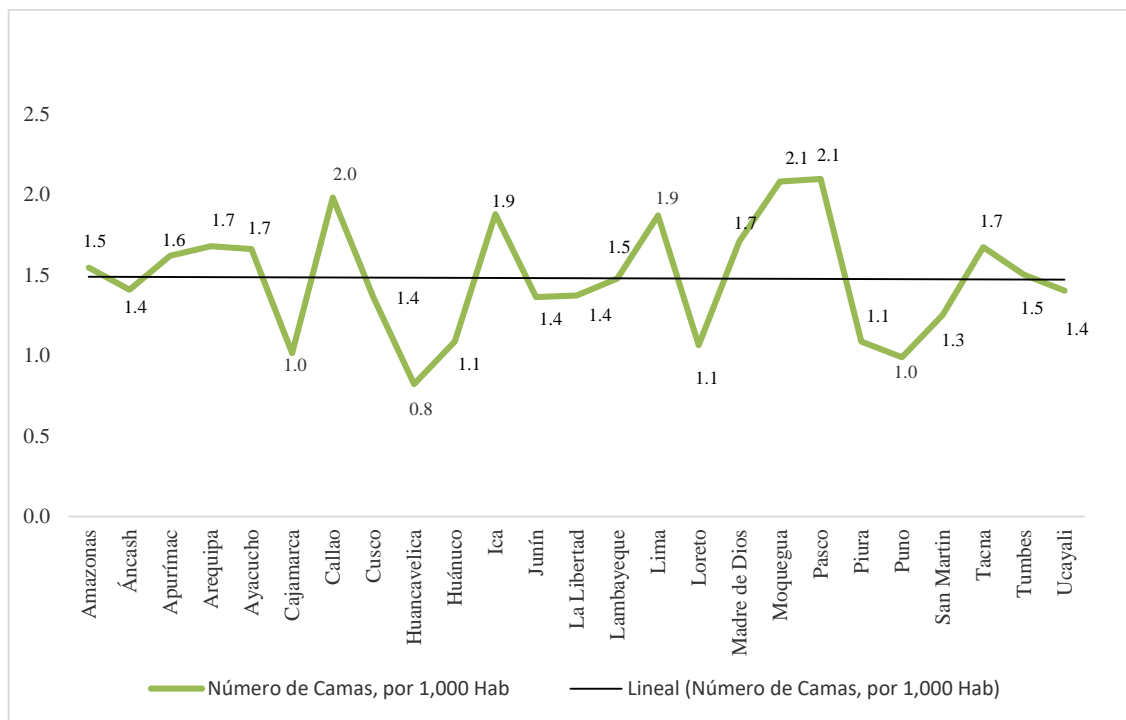


Figura N° 12 Número de Camas por cada 1,000 hab, según departamento, 2014. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Ministerio de Salud. Elaboración Propia.

En ese sentido y acuerdo a lo señalado por la OCDE, el indicador número de camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes, es la expresión de como un sistema de salud está preparado para entregar servicios oportunos a quienes los necesiten. Al respecto vemos que nuestro país presenta al 2014, 1.5 camas de hospital por cada 1,000 habitantes, muy por debajo de lo que presentan países de América

Latina y el Caribe como: Cuba, Argentina, Brasil, Uruguay entre otros. Al respecto a pesar de la negativa situación con respecto al resto del mundo en materia de infraestructura hospitalaria.

Cabe destacar, que existe una tendencia en los países desarrollados a disminuir el número de camas de hospitalarias, de hecho, las cifras de la OCDE muestran que en el periodo 2000-2013 el número promedio de camas por cada 1,000 habitantes de los países miembros había caído de 5.5 a 4.8; para nuestro entender existiría una causal básica y estaría en la crisis financiera del 2008, que habría llevado a varios países a avanzar en políticas de contención del gasto público en salud.

Por último, debemos expresar que al 2014; 13 de las 25 regiones de nuestro país tienen un número de camas por debajo del promedio a nivel nacional de 1.5 por 1,000 habitantes. La Costa cuenta con una mayor densidad de camas hospitalarias (1.7), mientras que las regiones Sierra y Selva oscilan en (1.3) respectivamente.

Por otro lado, debemos precisar que, según estimación realizada, el 57 por ciento de la oferta de camas hospitalarias existentes al 2013 están a cargo del sector gobierno (Minsa y Regiones), 19 por ciento a cargo del sector privado, 17 por ciento a cargo de Essalud y el 7 por ciento a favor de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales (**Ver Figura 13**). En otras palabras, en promedio en nuestro país por cada cama privada hay 4 camas públicas, situación que dista de realidades

como la chilena donde en promedio por cada cama privada hay dos camas públicas.

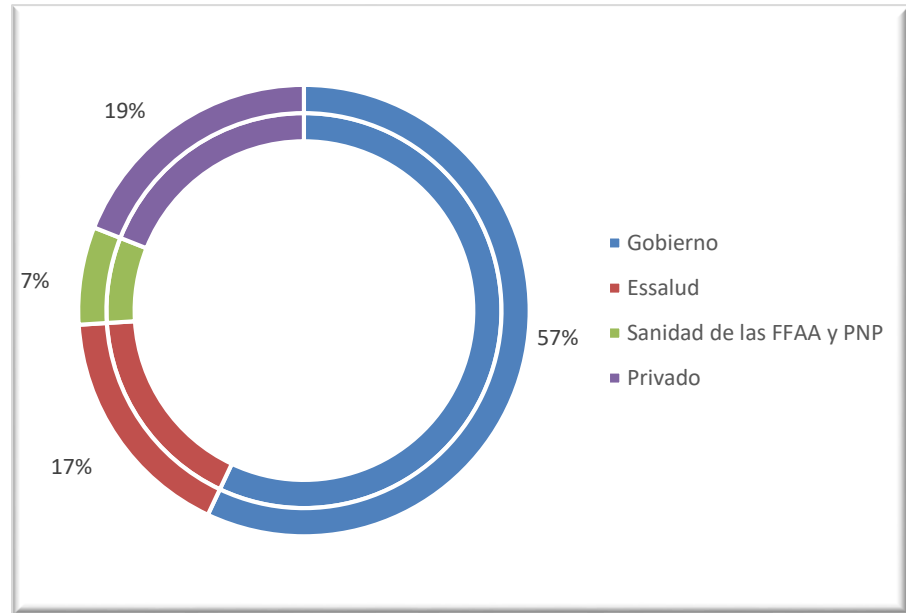


Figura 13 Camas Hospitalarias por Institución, 2013. Fuente: Minsa, Essalud, Apoyo Consultoría. Elaboración Propia

Por otro lado, debemos indicar que la baja calidad y cantidad del gasto es una característica común en la administración pública peruana. Pese a que durante muchos años se han logrado canalizar mayores recursos a diversos sectores, muchos indicadores no muestran el avance que se esperaría con los mayores presupuestos. Por ejemplo, durante los últimos años el presupuesto del sector educación se ha incrementado en 24 por ciento, no obstante, las mejoras significativas en el rendimiento de los alumnos no son significativas y las pruebas nacionales e internacionales muestran que Perú cuenta con uno de los peores sistemas educativos. En el caso de salud, observamos en la **Tabla 14** que durante nuestro

periodo de investigación: 2000-2014 el gasto en salud (público y privado) se triplico, en la misma dirección el gasto per cápita pasó de S/ 304 soles por habitante en el 2000 a S/ 730 soles en el 2014 experimentándose un incremento equivalente a los 140 por ciento, sin embargo, los indicadores de salud siguen siendo muy pobres.

Tabla 14 *Gasto Destinado al Sector Salud, 2000-2014*

Año	Publico	Privado	Total1/	Población2/	Gasto Per cápita	PBI Nominal	Gasto Total %PBI Nominal	Gasto Público %PBI Nominal
2000	2233	5643	7876	25.94	303.64	194,431.13	4.05%	1.15%
2001	2236	6009	8245	26.35	312.95	199,433.36	4.13%	1.12%
2002	2688	6328	9016	26.75	337.07	210,781.06	4.28%	1.28%
2003	2650	6727	9377	27.15	345.40	224,472.00	4.18%	1.18%
2004	2861	7118	9979	27.55	362.27	244,365.96	4.08%	1.17%
2005	3004	7411	10415	27.22	382.64	263,834.07	3.95%	1.14%
2006	3190	7964	11154	28.35	393.47	289,589.83	3.85%	1.10%
2007	5487	5194	10681	28.22	378.49	319,693.00	3.34%	1.72%
2008	6072	5597	11669	29.15	400.28	369,160.53	3.16%	1.64%
2009	7239	6011	13250	29.56	448.32	383,963.98	3.45%	1.89%
2010	7792	6548	14340	29.96	478.69	422,912.28	3.39%	1.84%
2011	8579	7015	15594	30.36	513.62	465,260.44	3.35%	1.84%
2012	10265	7625	17890	30.77	581.49	511,058.51	3.50%	2.01%
2013	11643	8270	19913	31.17	638.85	556,041.36	3.58%	2.09%
2014	13934	9117	23051	31.57	730.09	587,526.83	3.92%	2.37%

Nota:

1/ En términos nominales, millones de soles; 2/ En millones; Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI- Dirección Nacional de cuentas Nacionales, 2000-2014.; Elaboración: Propia

Al analizar la calidad del gasto público en salud como porcentaje del PBI observamos que en el año 2000 este oscilaba en torno al 1.15 por ciento en tanto que en el año 2014 oscilo alrededor del 2.37 por ciento; experimentando un crecimiento del 1.22 punto porcentual durante nuestro periodo de investigación. A nuestro punto de vista, el origen principal de esta carencia tendría su razón de ser en la **deficiente planificación estratégica**.

En resumen, al referirnos al Desarrollo de la Infraestructura de Salud podemos expresar los esfuerzos realizados por los sectores público y privado en este tema. Así observamos que durante el periodo: 2000-2014 los recursos destinados para este fin pasaron de S/ 123.44 millones de soles en el año 2000 a S/ 1,717.61 millones de soles para el 2014; lo cual se tradujo en un crecimiento equivalente a 14 veces. Precizando que durante el periodo: 2000-2014 la inversión acumulada en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud alcanzó los S/ 8,591.69 millones de soles; de los cuales el 93,69 por ciento correspondió al aporte realizado por el sector público en tanto que el del 6.3 por ciento vino del sector privado.

Por otro lado, la distribución geográfica de nuestra Oferta de Establecimientos de Salud muestra que los centros y puestos de salud se hallan focalizados fundamentalmente en las **“zonas rurales”**, mientras que los hospitales se hallan concentrados en la **“zona costa-centro de nuestro país”**. En esa misma línea de los 10,841

establecimientos de salud entre hospitales, centros y postas de salud, Lima y Callao concentran el 16 por ciento, seguido de Cajamarca con el 9 por ciento y en una tercera ubicación encontramos a Junín con un 6 por ciento. Observamos así mismo, que los departamentos o regiones ubicadas al norte de nuestro país concentran el 31 por ciento del acervo de establecimientos de salud, en tanto que los departamentos ubicados al centro concentran el 51 por ciento; las regiones o departamentos ubicados en la parte sur de nuestro país concentran el 18 por ciento.

Por otro lado, debemos precisar que, según estimación realizada, el 57 por ciento de la oferta de camas hospitalarias existentes al 2014 están a cargo del sector gobierno (Minsa y Regiones), 19 por ciento a cargo del sector privado, 17 por ciento a cargo de Essalud y el 7 por ciento a favor de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales; en otras palabras, en promedio en nuestro país por cada cama privada hay 4 camas públicas. Así mismo se evidencia que al 2014; 13 de las 25 regiones tienen un número de camas por debajo del promedio a nivel nacional de 1.5 por 1,000 habitantes. La costa cuenta con una mayor densidad de camas hospitalarias (1.7), mientras que las regiones Sierra y Selva oscilan en (1.3) respectivamente.

4.1.2. Análisis de regresión

En esta parte del capítulo, se presenta el análisis regresional de las variables: Inversión Pública, Inversión Privada y Desarrollo de la Infraestructura de Salud, durante el periodo: 2000-2014. En tal sentido, resulta importante citar lo expresado por **Pulido y Pérez (2001)** quienes afirman: “el proceso de elaboración de un modelo econométrico parte del planteamiento, o existencia, inicial de una hipótesis o ley de comportamiento (teoría) que debemos contrastar frente a un conjunto de datos o realizaciones observadas concretas” (p.34).

En virtud a los argumentos expuestos por los autores antes mencionados, hemos visto por conveniente plantear un modelo de regresión lineal múltiple; en función de las variables:

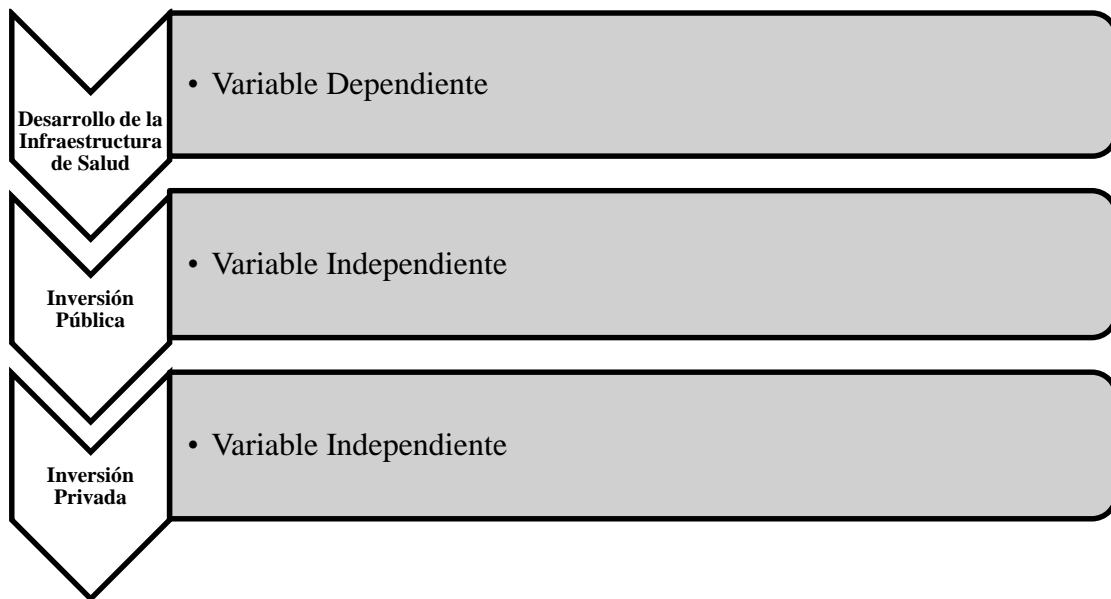


Figura 14: Variables de la Regresión Lineal Múltiple. Elaboración Propia.

El modelo planteado para el presente estudio es el siguiente

$$Infra_t = b_o + b_1Pub_t + b_2Priv_{t-1} + \hat{u}t$$

Donde:

$Infra_t$: Desarrollo de la Infraestructura de Salud en millones de soles del 2007

Pub_t : Inversión pública en millones de soles del 2007; en el año t

$Priv_{t-1}$: Inversión privada en millones de soles del 2007; en el año t-1

b_0, b_1 y b_2 = Son los coeficientes de regresión, representan las Elasticidades.

\hat{u}_t = Variable aleatoria.

Tabla 15 *Inversión en Infraestructura de Salud, Privada y Pública (Millones de Soles del 2007)*

Año	Infraestructura de Salud	Inversión Privada	Inversión Pública
2000	141.0	35,997.5	8,888.3
2001	88.8	35,077.7	6,877.3
2002	30.1	36,771.4	6,617.6
2003	32.7	38,409.9	6,850.6
2004	38.9	33,767.9	7,475.3
2005	77.1	34,246.4	8,493.1
2006	93.7	47,135.7	9,427.1
2007	157.3	59,782.6	11,189.3
2008	523.6	80,252.3	15,701.5
2009	1,042.9	53,240.2	20,097.3
2010	813.4	73,799.3	22,560.4
2011	824.6	85,073.9	19,538.5
2012	988.1	88,842.2	23,288.7
2013	1,274.8	100,890.9	26,478.2
2014	1,366.0	97,220.0	26,174.6

Fuente: MEF, BCR-Memoria Anual: 2000-2014. Elaboración Propia
Aplicando el método de mínimos cuadrados, obtenemos:

Estimación del modelo de regresión

Obteniendo los coeficientes del modelo y las pruebas estadísticas de validación del modelo.

Tabla 16 *Dependent Variable: INFRA*

Dependent Variable: INFRA

Method: Least Squares

Sample (adjusted): 2001 2014

Included observations: 14 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-569.7898	52.01343	-10.95467	0.0000
PUB	0.039335	0.006785	5.797365	0.0001
PRIV(-1)	0.008762	0.002198	3.986693	0.0021
R-squared	0.984310	Mean dependent var		525.1306
Adjusted R-squared	0.981457	S.D. dependent var		508.4511
S.E. of regression	69.23660	Akaike info criterion		11.50035
Sum squared resid	52730.77	Schwarz criterion		11.63729
Log likelihood	-77.50242	Hannan-Quinn criter.		11.48767
F-statistic	345.0422	Durbin-Watson stat		1.653485
Prob(F-statistic)	0.000000			

El modelo de regresión lineal múltiple es:

$$\text{Infra}_t = -569.7898 + 0.039335\text{Pub}_t + 0.008762\text{Priv}_{t-1}$$

Ahora interpretemos estos coeficientes de regresión: 0.039335 es el coeficiente de regresión parcial de la Inversión Pública (Pubt) e indica que, si se mantiene constante la influencia de la Inversión Privada

(Priv t-1) conforme la Inversión Pública (Pubt) se incrementa, por ejemplo, en un millón de soles en promedio, la inyección de inversión direccionada al Desarrollo de la Infraestructura de Salud aumenta en S/ 39,335 soles. El coeficiente 0.008762 señala que si la influencia de la Inversión Pública (Pubt) se mantiene constante, conforme la Inversión Privada (Privt-1) se incrementa, por ejemplo, en un millón de soles en promedio, la inyección de inversión direccionado al Desarrollo de la Infraestructura de Salud aumenta en S/ 8,762 Soles. El valor del intercepto de alrededor de S/ -569.7898, significaría que si los valores del Inversión Pública (Pubt) y de la Inversión Privada (Privt-1) fuesen cero, el perjuicio sobre el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en términos promedio sería más o menos de S/ 569 millones de soles (en términos constantes año 2007).

Por otro lado, el valor de R^2 de 0.98 significa que casi 98% de la variación del Desarrollo de la Infraestructura de Salud se explica mediante la Inversión Pública (Pubt) y la Inversión Privada (Privt-1), lo cual es un gran porcentaje si se considera que el valor máximo que puede tener R^2 es 1. En términos generales podemos afirmar que el ***“Desarrollo de la Infraestructura de Salud, tiene una relación directa con la Inversión Pública y el aporte de la Inversión Privada”***.

Para validar el modelo propuesto, hacemos los siguientes análisis:

- a. Multicolinealidad:** Al correlacionar las variables explicativas se observa que no existe asociación entre ambas variables. Así tenemos, el R² del modelo principal (98,4%) es superior al R² del modelo auxiliar (86,6%), por lo tanto, no tenemos evidencia de colinealidad entre las variables explicativas.

Tabla 17 Dependent Variable: PUB

Dependent Variable: PUB

Method: Least Squares

Sample (adjusted): 2001 2014

Included observations: 14 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-2240.202	2116.392	-1.058500	0.3107
PRIV(-1)	0.301427	0.034238	8.803824	0.0000
R-squared	0.865933	Mean dependent var		15054.97
Adjusted R-squared	0.854760	S.D. dependent var		7729.604
S.E. of regression	2945.776	Akaike info criterion		18.94570
Sum squared resid	1.04E+08	Schwarz criterion		19.03699
Log likelihood	-130.6199	Hannan-Quinn criter.		18.93724
F-statistic	77.50732	Durbin-Watson stat		2.227923
Prob(F-statistic)	0.000001			

b. Normalidad de los residuos:

Los residuos del modelo planteado deben seguir una distribución normal, por ello observaremos el test de Jarque Bera, cuyo valor probabilístico nos indica que hay evidencias de que los residuos tienen un comportamiento normal.

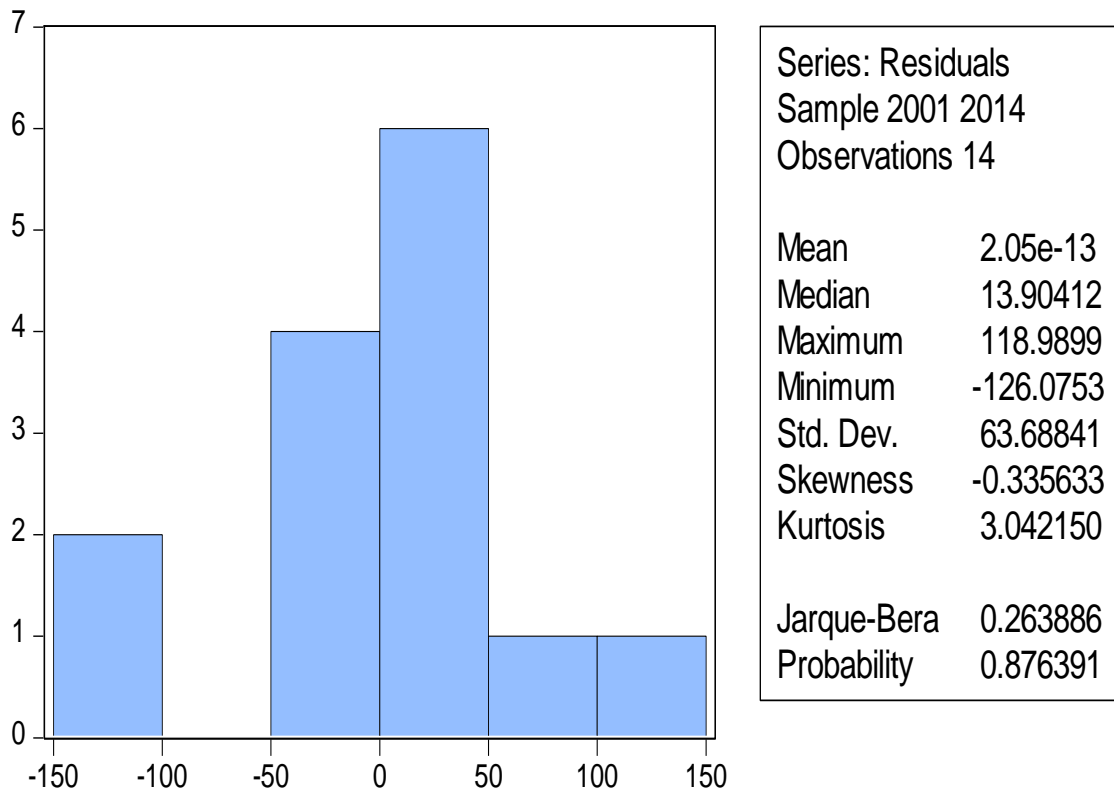


Figura 15 Normalidad de los residuos- test de Jarque Bera

c. Normalidad de los residuos:

Para analizar la correlación de los residuos utilizaremos el test de Breusch y Godfrey, del resultado obtenido se puede afirmar que no hay presencia de autocorrelación entre los residuos.

Tabla 18 *Normalidad de los residuos- test de Breusch y Godfrey*

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:

F-statistic	2.108433	Prob. F(2,9)	0.1774
Obs*R-squar	4.466727	Prob. Chi-Square(2)	0.1072

d. Heterocedasticidad:

El modelo planteado debe ser homocedástico, de los resultados obtenidos con el test de White, se puede afirmar que el modelo no muestra presencia de heterocedasticidad.

Tabla 19 Heteroskedasticity Test: Breush-Pagan-Godfrey

Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey

F-statistic	0.530058	Prob. F(2,11)	0.6029
Obs*R-squared	1.230636	Prob. Chi-Square(2)	0.5405
Scaled explained SS	0.775741	Prob. Chi-Square(2)	0.6785

Test Equation:

Dependent Variable: RESID^2

Method: Least Squares

Sample: 2001 2014

Included observations: 14

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	82.40858	4356.603	0.018916	0.9852
PUB	-0.426007	0.568300	-0.749616	0.4692
PRIV(-1)	0.175985	0.184085	0.955999	0.3596

R-squared	0.087903	Mean dependent var	3766.484
Adjusted R-squared	-0.077933	S.D. dependent var	5585.631
S.E. of regression	5799.202	Akaike info criterion	20.35624
Sum squared resid	3.70E+08	Schwarz criterion	20.49318
Log likelihood	-139.4937	Hannan-Quinn criter.	20.34356
F-statistic	0.530058	Durbin-Watson stat	2.155591
Prob(F-statistic)	0.602874		

e. Quiebre estructural:

El modelo debe cumplir el criterio de estabilidad en el periodo de estudio, por ello se observa si hay algún cambio estructural, del gráfico obtenido, se concluye que no tenemos ningún cambio en el patrón de comportamiento en la serie.

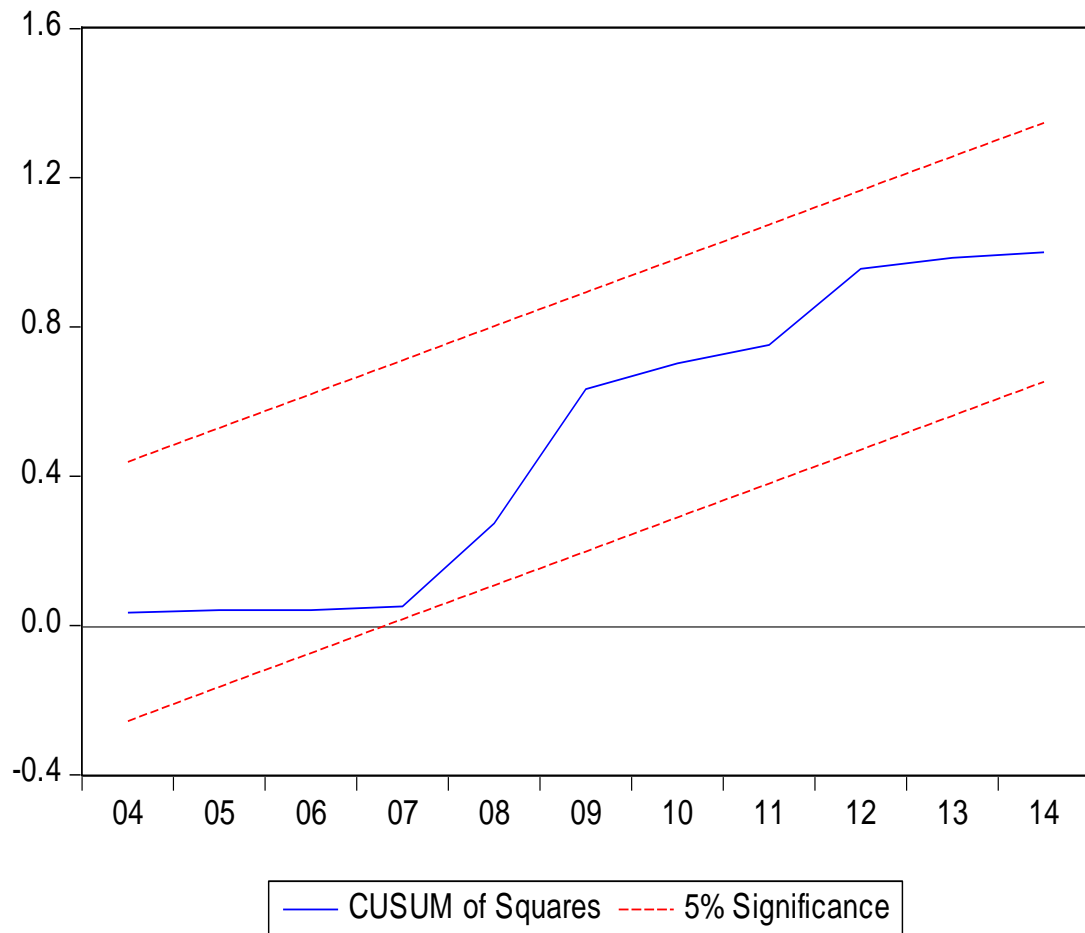


Figura 16 Quiebre estructural

4.2. Contrastación de Hipótesis

Pruebas de hipótesis de los coeficientes del modelo:

Hipótesis 1:

Ho: La Inversión Pública no influye favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014.

Ha: La Inversión Pública influye favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014.

El p-valor calculado 0.01 por ciento es menor al 5.0 por ciento de significancia, por lo tanto, no hay evidencias para aceptar la hipótesis nula, es decir, **la Inversión Pública influyó favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014.**

La Inversión Pública destinada al Desarrollo de la Infraestructura de Salud ha permitido pasar de 7 989 establecimientos de salud en el 2000 ha 10 841 establecimientos, para el 2014 lo que se traduce en un crecimiento de nuestra Infraestructura de Salud de 36 por ciento.

Desde otra óptica, el destino de la Inversión Pública al Desarrollo de la Infraestructura de Salud paso de un 1.59 por ciento en el año 2000 ha 5.04 por ciento en el año 2014, de acuerdo al esquema que se indica a continuación (Ver **Figura N° 17 y Figura N° 18**).

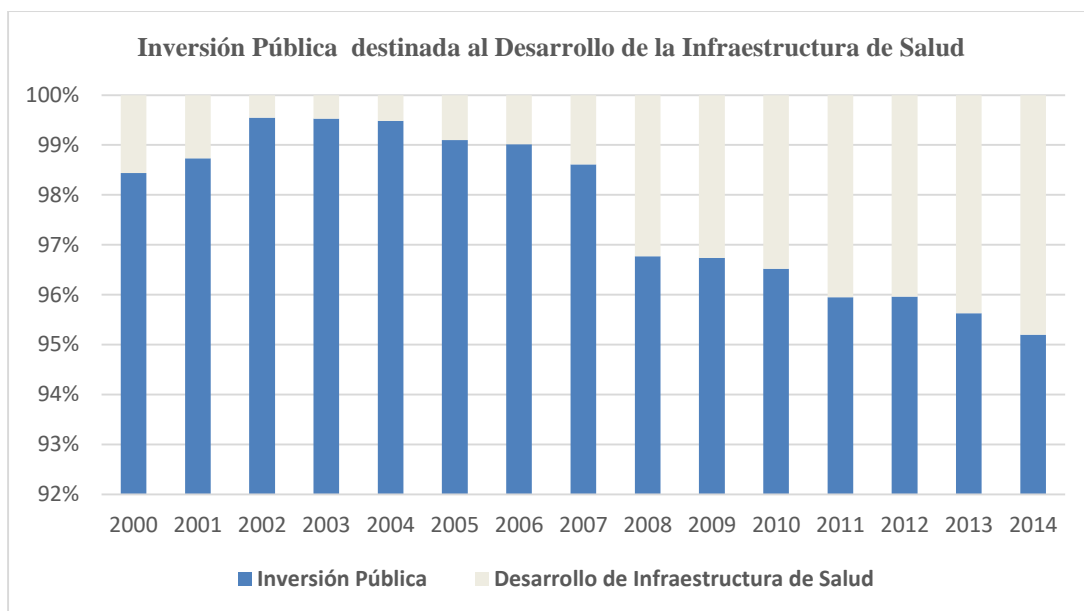


Figura N° 17 Desarrollo de la Infraestructura de Salud & Inversión Pública: 2000-2014(En Millones de Soles). Fuente MEF/Dirección General de Política de Promoción de la Inversión Privada, ESSALUD/ Informe de Evaluación Presupuestaria Anual. Consulta Amigable del Portal Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas.

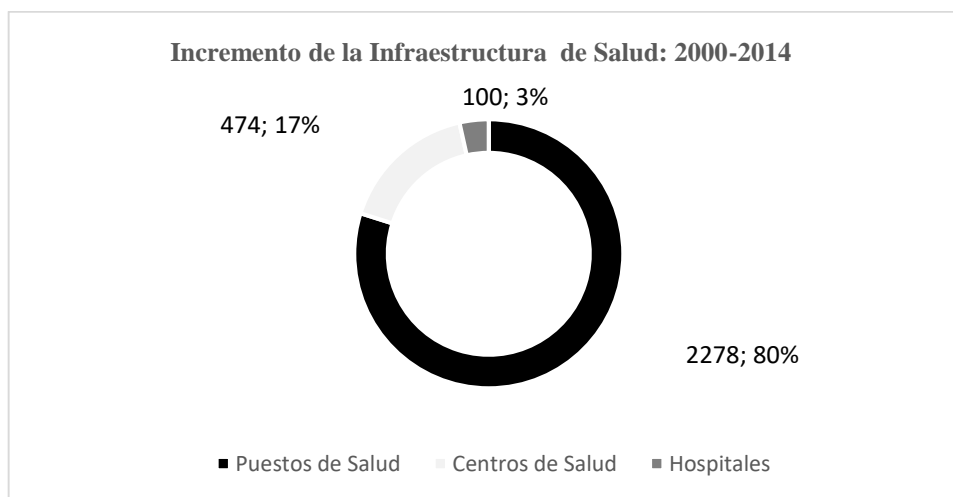


Figura N° 18 Incremento de la Infraestructura de Salud: 2000-2014. Fuente: Ministerio de Salud (Minsa)- Oficina de Estadística e Informática- Registro Nacional de Establecimientos de Salud.

Hipótesis 2:

Ho: La Inversión Privada no influye favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014.

Ha: La Inversión Privada influye favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014.

El p-valor calculado 0.21 por ciento es menor al 5.0 por ciento de significancia, por lo tanto, no hay evidencias para aceptar la hipótesis nula, es decir, **la Inversión Privada influyo favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014.**

El aporte brindado por el Sector Privado para el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014 fue de S/ 542.29 millones de soles, de los cuales el 27.0 por ciento fue realizada durante el periodo: 2012-2014; bajo la modalidad de “Obras por Impuestos” como: Construcción y Ampliación del Centro de Salud Carumas,-Moquegua, Ampliación y Mejoramiento del Hospital de Apoyo San Martín de Porres de Macusani-Puno entre otras obras; el 73 por ciento registrada en el 2009, bajo el esquema de “Asociaciones Público Privadas” tales como: Nuevo Hospital III Callao, Almacén de Materiales, Nuevo Hospital III Villa María del Triunfo (estadística brindada por la Dirección General de Políticas de Promoción de la Inversión Privada-MEF).

Prueba de significancia global del modelo

Hipótesis General

La Inversión Pública y Privada influyen favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo:2000-2014.

Hipótesis Nula (Ho): La Inversión Pública y Privada no influyen favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014

Ho: $b_1=b_2=0$

Hipótesis Alternativa (Ha): La Inversión Pública y Privada influyen favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014

Ha: $b_1=b_2 \neq 0$

Nivel de significancia de 5%

Prueba estadística: Distribución Fisher para ver la bondad del modelo.

El p-valor calculado 0.00 por ciento es menor al 5.0 por ciento de significancia por lo tanto, no hay evidencias para aceptar la hipótesis nula, es decir, **La Inversión Pública y Privada influyen favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014.**

Al respecto vemos que durante el periodo: 2000-2014 la inversión acumulada en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud alcanzó los S/ 8,591.69 millones de soles (0,16 por ciento del PBI); de los cuales el 93.69 por ciento corresponde al aporte realizado por el sector público (S/ 8,049.4 millones de soles); en tanto que

el aporte del sector privado para el Desarrollo de la Infraestructura de Salud fue del orden 6.3 por ciento (S/ 542.29 millones de soles).

Por otro lado, la Inversión Pública y Privada encaminada al Desarrollo de la Infraestructura de Salud, paso del S/ 123.44 millones de soles en el 2000 a 1,717.61 millones de soles en el 2014 lo que se traduce en un crecimiento equivalente a 14 veces. Observándose al margen del sesgo “atención primaria”; la oferta de infraestructura de salud se incrementó en 2 852 nuevos establecimientos de salud.

En ese contexto, expresamos los esfuerzos realizados tanto por el sector público-privado al Desarrollo de la Infraestructura de Salud y la cual pese a las vicisitudes ha permitido la construcción de 2,852 establecimientos entre postas de salud, centros de salud y hospitales, así como la mejora o remodelación de los ya existentes, durante nuestro periodo de investigación: 2000-2014.

Por otro lado, para el caso peruano ha quedado demostrado una relación de largo plazo positiva entre la inversión pública y privada, lo que se conoce como efecto *crowding-in*. Además, el comportar de la inversión privada para fines de nuestro modelo de regresión se sustentaría entre otros factores, en la teoría fisheriana del producto, que expresa que los niveles de inversión realizada en un momento dado, se materializa en producción en el periodo subsiguiente

4.3. Discusión de Resultados

Esta investigación tuvo como propósito explicar cómo la Inversión Pública y Privada influyen en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud durante el periodo: 2000-2014. Para este fin se realizó en primera instancia un análisis descriptivo de las variables en estudio, para luego complementarlo con la realización de una “análisis por modelo multivariado” basada en una regresión lineal múltiple con las variables: Inversión Pública, Inversión Privada y Desarrollo de la Infraestructura. En ese orden de ideas resulta de suma importancia citar lo expresado por **Pulido y Pérez (2001)** quienes afirman: “el proceso de elaboración de un modelo econométrico parte del planteamiento, o existencia inicial de una hipótesis o ley de comportamiento (teoría) que debemos constatar frente a un conjunto de datos o realizaciones observadas concretas” (p.34).

Como resultado del análisis descriptivo de las variables antes mencionadas observamos que durante el periodo: 2000-2014 la inversión destinada al Desarrollo de la Infraestructura de Salud fue S/ 8,591.69 millones de soles de los cuales el 93.7 por ciento correspondió aporte realizado por el sector público; en tanto que el aporte del sector privado fue de 6.3 por ciento (equivalente a S/ 542.29 millones de soles) accionar que permitió entre otros temas la construcción de 2 852 establecimientos de salud de los cuales el 79.87 por ciento son puestos de salud, 16.62 por ciento, centros de salud y 3.51 por ciento de este incremento lo encontramos a nivel de hospitales, esquema que corrobora el trabajo realizado por

Hall (2015) de la Unidad de Investigación de la Internacional de Servicios Públicos en Greenwich University, Reino Unido (Psiru) quien señala:

A pesar del esfuerzo de promoción masivo, las APPs tienen dificultades para proporcionar algo más que una parte ínfima de la inversión mundial en infraestructura. La financiación pública sigue siendo el modelo absolutamente predominante en todo el mundo, proporcionando más del 90 por ciento de la inversión en infraestructura. (p.10)

Por otro lado, el 81 por ciento de la oferta de camas hospitalarias existente al 2014 están en manos del sector público (Minsa, Regiones, Sanidad de las FFAA y PNP y Essalud), y el aporte del sector privado alcanzó el 19 por ciento; en tal sentido expresamos que en nuestro país por cada cama privada hay cuatro camas públicas, situación que dista de realidades de América Latina, así tenemos el trabajo de investigación desarrollado por *el Centro de Estudios e Investigación Privado: Libertad y Desarrollo(2016)*, que realiza un análisis de las deficiencias de la infraestructura en salud en Chile describiendo que:

De hecho, al 2014 el total de camas de hospital en Chile habría alcanzado un total de 37,548, lo cual equivale a un promedio de 2,1 camas por cada 1,000 habitantes. 67% del total (24,983) corresponde a camas del sistema público y 33% al sistema privado (12,565). En otras palabras, en promedio en Chile por cada cama privada hay dos camas públicas. (p.2)

Luego de realizar una evaluación descriptiva de las variables en el presente estudio y de expresar los esfuerzos favorables de la Inversión direccionada al Desarrollo de la Infraestructura de Salud, se llevó a cabo una evaluación complementaria a través de un modelo de regresión lineal múltiple que corrobora lo planteado en nuestras hipótesis general la Inversión Pública y Privada influyen favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el periodo: 2000-2014, quedado demostrado una relación de largo plazo positiva entre la inversión pública y privada, lo que se conoce como efecto crowding-in, con Coeficiente de Determinación y de Correlación de Pearson (muy cercanos a 1) lo que evidencia una fuerte afinidad entre las variables esbozadas en nuestra investigación, es decir la regresión lineal múltiple estima o explica bastante bien el comportamiento del Desarrollo de la Infraestructura de Salud (R^2 ajustado = 0.981457) corroborando así el trabajo realizado por **Rossiter (2002)** quien elaboró un estudio sobre la inversión pública y privada en Estados Unidos, demostrando que en el largo plazo la inversión pública en infraestructura tiene un efecto de complementariedad (crowding in) con la inversión privada.

Al respecto **González (2007)**; analiza la relación existente entre la inversión pública y la inversión privada a nivel agregado, intentando responder si la primera de ellas complementa (efecto crowding-in), o desplaza (efecto crowding-out) a la segunda. El marco teórico elegido por el autor se basa en el modelo de Robert Barro sobre crecimiento y gasto público, y su período de estudio abarca los años 1955-2005. De acuerdo a los resultados obtenidos, la principal conclusión: “es la existencia para el caso uruguayo de una relación de largo plazo positiva entre la

inversión pública y privada a nivel agregado, lo que se conoce como efecto crowding-in” (p.124).

En esa misma línea, encontramos lo postulado por **Erden y Holcombe (2005)**; quienes aplicaron una serie de especificaciones de un modelo de inversión standard a un panel de economías en desarrollo para el periodo 1980-1997. En dicho estudio se encontró: “que la inversión pública complementa a la inversión privada, (...). Los resultados también señalaron que la inversión privada está restringida por la disponibilidad de un crédito bancario en economías en desarrollo” (p.99).

En ese contexto, creemos que debemos darle la espalda a la precariedad y sesgo político en el manejo de la infraestructura sanitaria de nuestro país expresada a través de décadas y que esta permita cerrar la brecha que sobre este sector existe en la actualidad y su permanencia se constituye en el detonante insoslayable al evaluar el grado de éxito como país. En ese sentido, debemos imitar a economías como Cuba, Chile y Costa Rica que presentan según la *base de datos de cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), periodo 2011-2015* un gasto en salud en promedio 9.9 puntos porcentuales y 8.8 puntos porcentuales de su PBI.

Es necesario que se continúe investigando sobre la Inversión Pública y Privada en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud, sería recomendable, para futuras investigaciones, que se tomen en cuenta las sensibilidades públicas y privadas y los mecanismos a aplicarse para lograr cerrar la brecha que sobre este sector existe en la actualidad en la visión de dar salud a nuestro país.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

1.- La inversión pública y privada influyeron favorablemente en el desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana (**crowding in**) en el Periodo: 2000-2014.

Esto ha quedado demostrado no solamente a través del Modelo Econométrico, sino también vía el análisis descriptivo realizado en el periodo: 2000-2014. Así observamos que el aporte del sector público y privado destinado a financiar el desarrollo de nuestra Infraestructura de Salud alcanzó la cifra de S/ 8592 millones de soles, así los recursos destinados a este fin pasaron de S/ 123.44 millones de soles en el 2000 a S/. 1,717.61 millones de soles para el 2014; multiplicándose por catorce las inversiones realizadas durante los quince años de nuestra Investigación, incrementándose nuestra Infraestructura de Salud en 36 por ciento pasando de 7 989 establecimientos de salud en el 2000 ha 10 841 establecimientos, para el 2014.

Por otro lado, se concluye que la oferta de camas hospitalarias experimento a partir del 2005 un crecimiento anual de 0.58 por ciento, concentrando al 2014 Lima y Callao el 43 por ciento de este acervo.

Debemos indicar que la distribución geográfica de nuestra Infraestructura de Salud muestra que los centros y puestos de salud se hallan focalizados fundamentalmente en las “**zonas rurales**”, mientras que los hospitales se hallan concentrados en la “**zona costa-centro de nuestro país**” Esto último explicado a nuestro punto de vista por elementos: densidad poblacional (movimiento

migratorio, desde el campo y las zonas socialmente deprimidas hacia las grandes ciudades) y económico, elementos a nuestro punto de vista que justificarían el cubrimiento de los costos que demanda el establecer este tipo de infraestructura, en los mercados céntricos de nuestro país.

En tal sentido, la posibilidad de expansión hospitalaria en las áreas rurales de nuestro país, se hallaría explicada básicamente por el factor “económico”.

Esta conclusión corroboraría el trabajo realizado por **Rossiter (2002)** quien elaboró un estudio sobre la relación entre inversión pública y privada de Estados Unidos, demostrando que en el largo plazo la inversión pública en infraestructura tiene un efecto de complementariedad (crowding in) con la inversión privada.

2.- La inversión pública influyó favorablemente en el desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014.

Esto ha quedado demostrado no solamente a través del Modelo Econométrico (coeficiente de la regresión 0.039335), sino también vía el análisis descriptivo realizado en el periodo: 2000-2014. Así tenemos que el aporte del sector público al desarrollo de la Infraestructura de Salud alcanzó la cifra de S/ 8,049 millones de soles, equivalente al 93.68 por ciento de lo invertido para este fin, esto se traduce que al 2013, el 81 por ciento de la oferta de camas hospitalarias existente esté en manos del sector público (Minsa, Regiones, Sanidad de las FFAA y PNP y Essalud).

3.- La inversión privada influyó favorablemente en el desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014.

Esto ha quedado demostrado no solamente a través del Modelo Econométrico (coeficiente de la regresión 0.008762), sino también vía el análisis descriptivo realizado en el periodo: 2000-2014. Así observamos que su aporte alcanzó la cifra de S/ 542 millones de soles; cifra invertida bajo los mecanismos de APPs y Obras por Impuestos, focalizado en cuatro años (04): 2009, 2012, 2013 y 2014, lo cual ha permitido que al 2013, el 19 por ciento de la oferta de camas hospitalarias existente esté en manos del sector privado.

5.2. Recomendaciones

1.- Es necesario afianzar y acrecentar esta complementariedad pública, privado tendiente a desarrollar la Infraestructura de Salud, sobre la base de cerrar la brecha en este sector, para ello resulta de suma importancia afianzar, merituar, mejorar y transparentar los esquemas de participación (obras por impuesto, Asociación Público-Público, Asociación Público-Privada u otro). En el caso particular de las Asociaciones Públicas-Privadas proponemos el esquema OT (Operación y Transferencia) porque somos unos convencidos que los costos de financiación son elevados para la empresa privada y por qué somos convencidos que debemos mejorar la gestión pública (en experiencia y tecnología). Además, creemos que debería profundizar el mecanismo de Asociaciones Públicas-Públicas de tal suerte que el gobierno central, regional local pueda seguir desarrollando la Infraestructura de Salud, utilizando financiación pública para la inversión, y a las organizaciones existentes del sector público para el intercambio

prestacional. Esto proporcionaría al sector público una serie de ventajas, como: experiencia, flexibilidad, control, y la eficiencia en la gestión pública.

2.- Es necesario transparentar e incrementar el aporte del Sector Público a fin de Desarrollar la Infraestructura de Salud de nuestro País; por ello sugerimos que Minsa, Essalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales asigne no menos del 10 por ciento de su Presupuesto en un horizonte de 10 años afín de cerrar su brecha existente, sobre la base de un planteamiento holístico y estratégico como país.

3.- Juzgamos pertinente afianzar y/o mejorar los mecanismos existentes (obras por impuesto, Asociación Público-Privada u otro) de tal forma que el sector privado mejore su interés en el sector salud bajo un esquema holístico y estratégico, como destino de inversión, así como lo vemos en otros sectores, de nuestra realidad, como el Vial que durante los años: 2000-2009 la inversión privada en este sector, alcanzó los US\$ 1,540 millones de dólares vía Asociaciones Público-Privadas.

4.- Es necesario que la Política de Salud sea equitativa y acorde a la necesidad de la Población.

Por ello resulta importante la realización de sinergias: público-público, público-privado que propicien cerrar la brecha de infraestructura de salud estimada en algo de US\$ 18,944 millones de dólares.

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez, J (2014). El Paradigma de la Gestión para Resultado: Orígenes y Fundamentos. Recuperado de:
[file:///F:/El%20paradigma%20de%20la%20Gesti%C3%B3n%20para%20Resultados%20or%C3%ADgenes%20y%20fundamentos%20\(PDF%20Download%20Available\).html](file:///F:/El%20paradigma%20de%20la%20Gesti%C3%B3n%20para%20Resultados%20or%C3%ADgenes%20y%20fundamentos%20(PDF%20Download%20Available).html).
2. Andia, W (2014). Sistema Nacional de Inversión Pública. Un Análisis Crítico. Recuperado de:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/indata/Vol7_n1/pdf/sistema.pdf.
3. Aristóteles, (384-322 a. de C.), Obras completas: Ética a Nicómaco, [Obra trad. M. Araujo y J. Marías], Madrid, España: Imprenta de I. Rubio.
4. Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional (2012). Plan Nacional de Infraestructura 2012-2021. Recuperado de:

http://www.afin.org.pe/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=31&Itemid=110.

5. Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional (2015): Plan Nacional de Infraestructura 2016-2025. Recuperado de:
http://www.afin.org.pe/images/publicaciones/estudios/plan_nacional_infraestructura_2016_2025_2.pdf.
6. Apoyo Consultoría (2008). Impacto y Perspectivas de la Inversión Privada en el Perú. Recuperado de:
http://www.google.com.pe/search?q=la+inversion+privada+en+el+peru&hl=es&rlz=1T4RNSN_esPE409PE409&prmd=imvnsu&ei=Fg7YTsa4G8fYgQeeubH5Dg&start=70&sa=N&biw=1440&bih=633.
7. Araoz, M., Casas, C. y Noriega, S. (2002). Atracción de la Inversión Extranjera Directa en el Perú. Lima, Perú: Centro de Investigación de la Universidad del Pacifico.
8. Araoz, M., Bonifaz, J., Casas, C. y Gonzales, F. (2001). Factores limitantes de la inversión extranjera en el Perú. Lima, Perú: Centro de Investigación de la Universidad del Pacifico.

9. Bambarén, C. y De Alatrística, M. (2015). Hacia una infraestructura del sector salud con calidad y seguridad para todos los peruanos en el siglo XXI.
Recuperado de
<http://www.metasbicentenario.consortio.edu.pe/infraestructura/infraestructura-en-salud/>.
10. Barro, R. (1990). *Government Spending in a simple model of the endogenous growth. Journal of Political Economy*, 98 (5), 103-125.
11. Banco Central de Reserva del Perú (2009). Memoria Anual. Lima, Perú.
Recuperado de:
<http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Memoria/2009/Memoria-BCRP-2009.pdf>.
12. Banco Mundial (1994). Informe sobre el Desarrollo Mundial 1994 Infraestructura y Desarrollo. Estados Unidos de América. Oxford University Press.
13. Rivera, B. y Currais, L. (2005). La Inversión en Salud como Gasto Publico productivo: Un Análisis de su Contribución al Crecimiento Económico.
Recuperado de:
http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/39_InversionSalud.pdf.

14. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2000). Los Sistemas de Inversión Pública en América Latina y el Caribe. Recuperado de:
<http://archivo.cepal.org/pdfs/2000/S00020090.pdf>.
15. Conde, J. (2015). Antecedentes, Raíces y Evolución Histórica de los Hospitales. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/galileo-16/historia-hospitalaria-modificado>.
16. Comisión Económica para América Latina (2006). Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 2004-2005. Recuperado de:
http://books.google.com.pe/books?id=HW_QLY31qBoC&pg=PA122&dq=estudio+economico+de+america+latina+y+el+caribe+realizado+por+la+comision+economica+para+america+latina+y+el+caribe+durante+los+a%C3%B1os+2004-2005&hl=es&ei=pA3QTaTwKYPqgQe24ZmmDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CDEQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false.
17. Copleston, F (1969). Historia de la Filosofía. Vol. I: Grecia y Roma, Barcelona, España: Editorial Ariel.
18. Cruz, M. (2014). Distribución de la Oferta del sector Salud. Recuperado de:
http://economia.unmsm.edu.pe/org/arch_ije/st_mat/st_2014_mat/ST_MCruz_2014.pdf.

19. Cibils, V., Humphrey, C. y Polastri, R. (2006). La importancia del crecimiento para una sociedad próspera. Banco Mundial. Recuperado de:
[http://siteresources.worldbank.org/INTPERUINSPANISH/Resources/Cap.1. La importancia del crecimiento para una sociedad prospera.pdf.](http://siteresources.worldbank.org/INTPERUINSPANISH/Resources/Cap.1._La_importancia_del_crecimiento_para_una_sociedad_prospera.pdf)
20. De Oliveira, B. y Teixeira, J. (1999). Impacto de la Inversión Pública sobre La Inversión Privada en Brasil: 1947-1990. Revista de la Cepal, 67(1) ,71.
21. De Jesús, C. (2008). Antecedentes, Raíces y Evolución Histórica de los Hospitales. Recuperado de:
[https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=De+Jes%C3%BAs+Conde+Herranz+%2C+Antecedentes+%2C+ra+%C3%ADces+y+evoluci%C3%B3n+hist%C3%B3rica+de+los+Hospitales.](https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=De+Jes%C3%BAs+Conde+Herranz+%2C+Antecedentes+%2C+ra+%C3%ADces+y+evoluci%C3%B3n+hist%C3%B3rica+de+los+Hospitales)
22. Domínguez, E. (2011). El Sistema de Salud de Cuba. Recuperado de:
[http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/12.pdf.](http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/12.pdf)
23. Erden, L. y Holcombe, R. (2005). *The effects of Public Investment on Private Investment in Developing Economies*. Recuperado de:
[http://www.uamd.edu.al/new/wp-content/uploads/2014/03/Disertacioni.pdf.](http://www.uamd.edu.al/new/wp-content/uploads/2014/03/Disertacioni.pdf)
24. ESAN-Instituto de Regulación y Finanzas (2011). El despegue del Perú: Aporte de la Inversión Privada en Infraestructura. Recuperado de:

<https://books.google.com.pe/books?id=wKrTZwEACAAJ&dq=inauthor:%22Universidad+ESAN.+Instituto+de+Regulaci%C3%B3n+y+Finanzas%22&hl=es&sa=X&ved=0CDUQ6AEwAWoVChMI1-qmkZzjxgIVgloeCh3q9gbH>.

25. González, F. (2007). Inversión pública e inversión privada en el Uruguay: ¿crowding-in o crowding-out?. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/45337614_Inversion_publica_e_inversion_privada_en_el_Uruguay_crowding-in_o_crowding-out.
26. Gonzales, R., Rojas, V. y Villa, T. (2000). Visión Panorámica de la Situación de Salud en el Perú. *Rev. latinoam. enfermagem*, Ribeirão Preto, 8(6).10-14
27. Galende del Canto, J. (2007). Innovación en Asociaciones Público Privadas (PPPs): una aplicación al caso español.
Recuperado de: http://www3.uva.es/empresa/uploads/dt_10_07.pdf.
28. Gonzales de Olarte, E. (1996). Inversión privada, crecimiento y ajuste estructural: 1950-1995. Documento de Trabajo, 81, (26) ,5-13.
29. Hall, D. (2015). ¿Por qué las Asociaciones Público –Privadas (APPs) no Funciona? Las numerosas ventajas de la alternativa pública. Recuperado de:
http://www.worldpsi.org/sites/default/files/documents/research/rapport_sp_56pages_a4_lr.pdf.

30. Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI (2014). Estado de la Población Peruana 2014. Lima Perú: INEI.
31. Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI (2015). Compendio Estadístico Perú 2015. Lima Perú: INEI.
32. Instituto Peruano de Economía (2009). El Reto de la Infraestructura al 2018: La Brecha de Inversión en Infraestructura en el Perú 2008. Recuperado de: http://ipe.org.pe/wpcontent/uploads/2009/09/estudio_el_reto_de_la_infraestructura_al_2018.pdf.
33. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (Ilpes) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Aecid). (agosto, 2008). Seminario Internacional Políticas Presupuestales y Gestión por Resultados en América Latina y el Caribe. Recuperado de: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/ilpes/noticias/paginas/7/36837/p36837.xml&xs..>
34. Jiménez, F. (2006). Macroeconomía: Enfoques y Modelos. Lima, Perú: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
35. Libertad y Desarrollo (2016). Brecha de Infraestructura en Salud: ¿Son las Concesiones un Camino? Recuperado de: <http://lyd.org/wp-content/uploads/2016/03/TP-1247-CONCESIONES-SALUD.pdf>

- 36.** Madueño, M. y Sanabria, C. (2003). Estudio de Oferta de los Servicios de Salud en el Perú y el Análisis de Brechas 2003-2020. Recuperado de:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.phrplus.org/Pubs/Tech026s_fin.pdf.
- 37.** Máttar, J. (julio,2015). Seminario Internacional Las Mejores Prácticas e Innovaciones de los SNIP en el Mundo y el Crecimiento Económico. Inversión Pública Contribución al Crecimiento, Productividad y Competitividad. Ilpes-Cepal , Lima-Perú.
- 38.** Mayor, J. (2009). Marco Estructural del Presupuesto por Resultados. Recuperado de:
<http://www.osce.gob.pe/consuocode/userfiles/image/bonus.pdf>.
- 39.** Mill, J.S. (1980). Sobre la libertad/ El utilitarismo. Madrid, España. Aguilar.
- 40.** Monje,J. (2011). Equidad e Inversión en Salud Pública en la República del Perú. Revista Cubana de Salud Pública, 37(4) ,459.
- 41.** Ministerio de Salud (2007). Plan Nacional Concertado de Salud.
Recuperado de:
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/jer/pror_inve/Plan%20Nacional%20Concertado%20de%20salud.pdf.

42. Ministerio de Salud, et, al., (1986). Recursos Físicos del Sector Salud del Perú.
Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2287.pdf>.
43. Ministerio de Salud (2011). Situación Actual Sistema de Salud en el Perú:
Políticas de Salud Nacionales y Regionales. Recuperado de:
[http://www.camaralima.org.pe/bismarck/DESCARGAS/FORO_SALUD/5_CA
costa.pdf](http://www.camaralima.org.pe/bismarck/DESCARGAS/FORO_SALUD/5_CA_costa.pdf).
44. Saludijan, A (2008). De los Ciclos Económicos a la Volatilidad
Macroeconómica: el Aporte de M. Kalecki. Recuperado de:
<http://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/viewFile/2165/2549>.
45. Rozas, P., Sánchez, R., (2004). Desarrollo de Infraestructura y Crecimiento
Económico: Revisión conceptual. Recuperado de:
[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6441/S048642_es.pdf?sequ
ence=1&isAllowed=y](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6441/S048642_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
46. Tuszynsky, J., Brown, J., Crawford, E., Carpenter, E., Nip, M., Dicon, J., y
otros. (2005). Normas APA Versión 6. Centro de Escritura Javeriano.
Recuperado de:
[https://www.um.es/documents/378246/2964900/Normas+APA+Sexta+Edici%
C3%B3n.pdf/27f8511d-95b6-4096-8d3e-f8492f61c6dc](https://www.um.es/documents/378246/2964900/Normas+APA+Sexta+Edici%C3%B3n.pdf/27f8511d-95b6-4096-8d3e-f8492f61c6dc).

- 47.** Pontificia Universidad Católica del Perú (abril 2007). Economía Política de la Era Neoliberal Peruana: 1990-2006. Recuperado de:
<http://blog.pucp.edu.pe/item/9028/economia-politica-de-la-era-neoliberal-peruana-1990-2006>
- 48.** Paredes, C. (2009). Crecimiento, Productividad y Eficiencia de la Inversión en el Perú. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres-Instituto del Perú.
- 49.** Pulido, A. y Pérez J. (2001). Modelos Econométricos. Madrid España. Ediciones Pirámide.
- 50.** Proinversión (2011). Plan Estratégico Institucional 2011-2015.
Recuperado de:
http://www.proinversion.gob.pe/RepositorioAPS/0/1/JER/PLAN_ESTRATEGICO/Plan%20Estrategico%202011_2015.pdf.
- 51.** Madueño, M. y Sanabria, C. (2003). Estudio de la oferta de los servicios de salud en el Perú y el análisis de brechas 2003-2020. Recuperado de:
http://www.phrplus.org/Pubs/Tech026s_fin.pdf.
- 52.** Ministerio de Salud del Perú (1996). Segundo Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996. Recuperado de:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/OEI/319_OEI52-1.pdf.

- 53.** Ministerio de Justicia y Derechos Humanos del Perú (2012). Compendio de Legislación de Promoción de la Inversión Privada. Recuperado de:
<http://www.rree.gob.pe/promocioneconomica/invierta/Documents/CompendioLegislacionInversionPrivada.pdf>.
- 54.** Vera, S. (2009). Los Gastos Públicos. Recuperado de:
http://www.ispn4-santafe.edu.ar/Carreras/Programador/Trabajos/Finanzas_1.pdf.
- 55.** Vizzio, M. (2000). Los Sistemas de Inversión Pública en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, Chile: Cepal.

ANEXOS

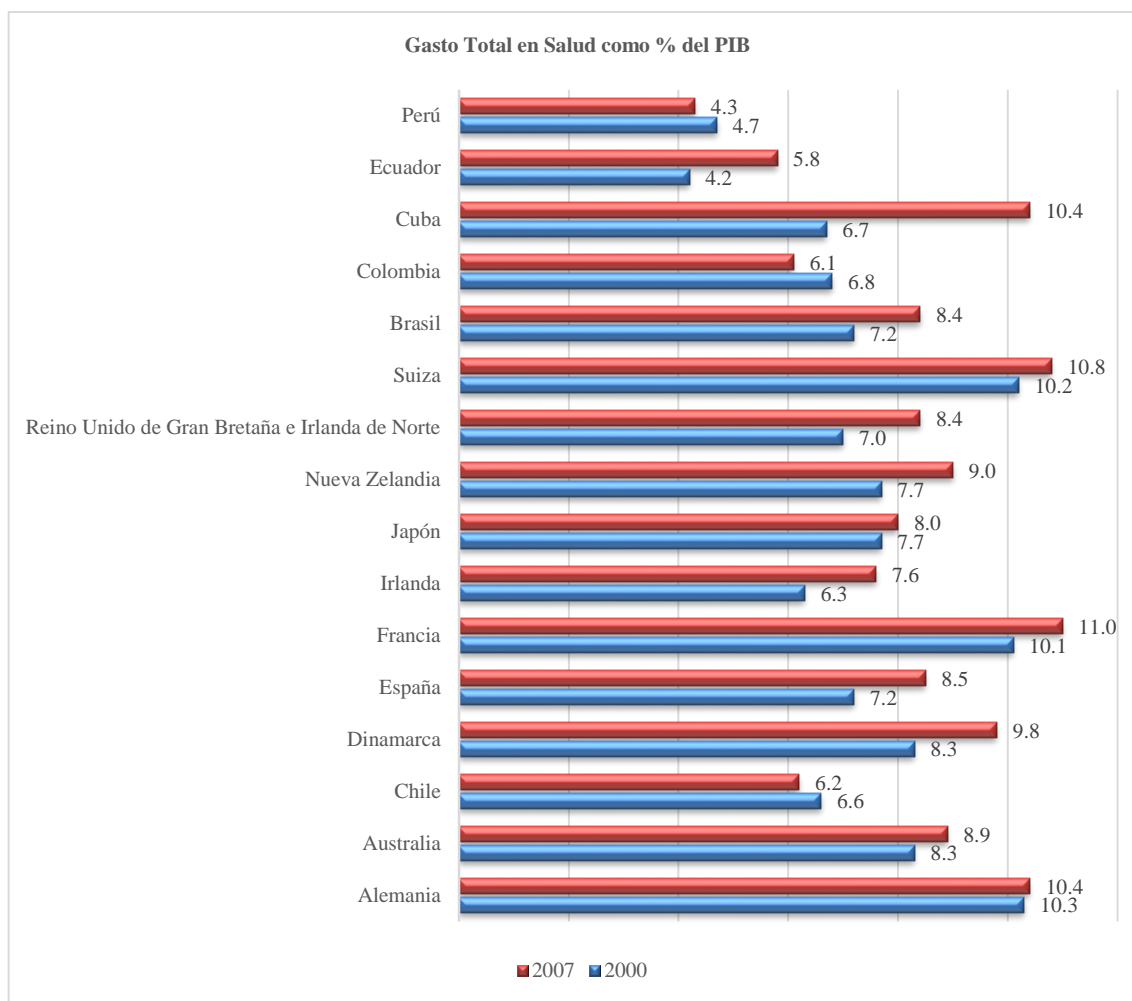


Figura N° 1 Gasto Total en Salud Principales Economías Latinoamericanas



Figura N° 2 Problemas del Sistema de Salud

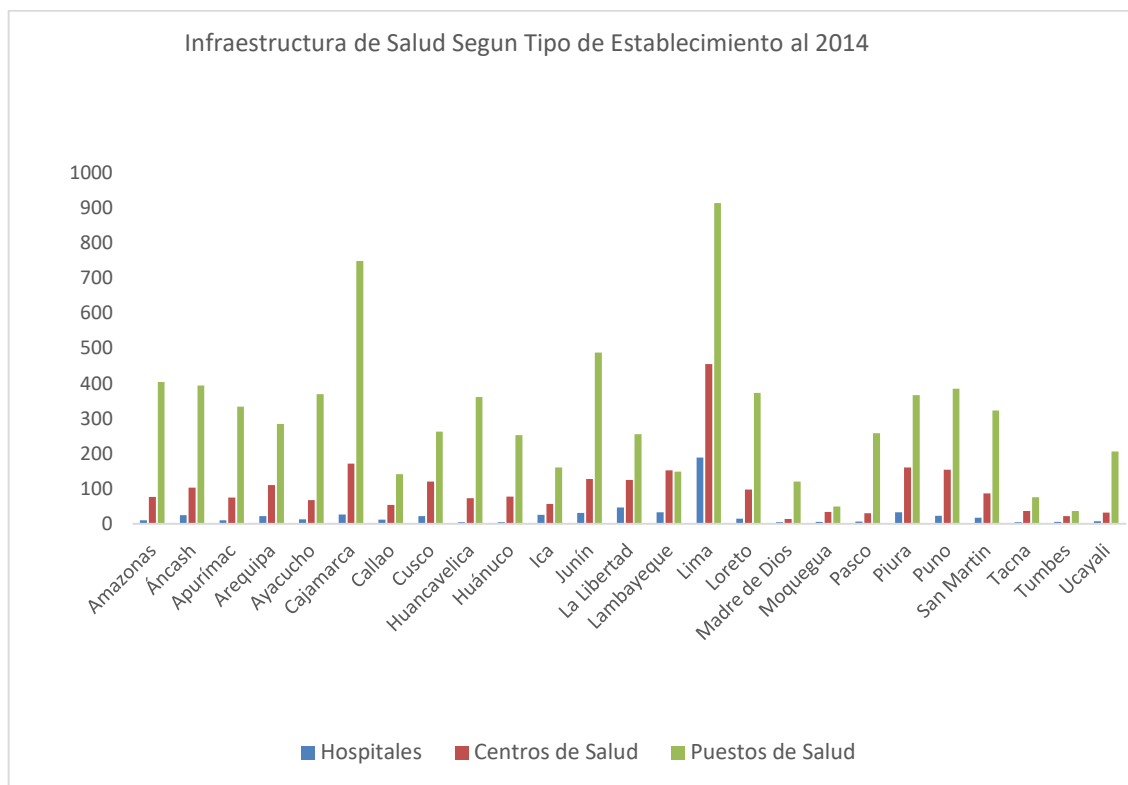


Figura N° 3 Camas Hospitalarias por cada 1,000 habitantes. Fuente: Ministerio de Salud(Minsa)- Oficina de Estadística e Informática-Registro Nacional de Establecimientos de Salud. Elaboración Propia.

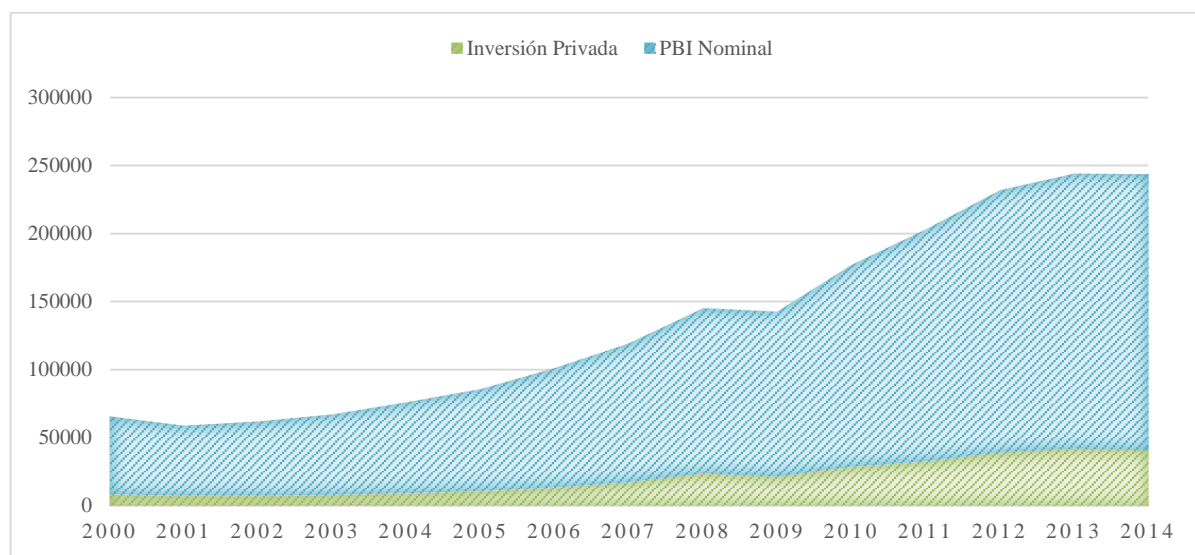


Figura N° 4 Inversión Privada & PBI:2000-2014

Tabla N° 1 Brecha de Infraestructura, según Tipo de Infraestructura 2016-2025

(Millones de US\$ Dólares)

Brecha de Infraestructura	
Agua y Saneamiento	12252
1.- Acceso a Agua Potables	2629
2.- Acceso a Saneamiento	9623
Telecomunicaciones	27035
3.- Suscriptores a Telefonía Móvil	6884
4.- Suscriptores de Banda Ancha	20151
Transporte	57499
5.- Kilómetros de Vía Férrea	16983
6.- Kilómetros de Vía Pavimentada	31850
7.- Aeropuertos	2378
8.- Puertos	6288
Energía	30775
9.- Electricidad	30775
Salud	18944
10.- Camas hospital	18944
Educación	4568
11.- Matricula Inicial	1621
12.- Matricula Primaria	275
13.- Matricula Secundaria	2672
Hidráulica	8476
14.- Tierra Irrigada	8476
Total	159549(*)

Fuente: Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional: Plan Nacional de Infraestructura 2016-2025

(*) Cabe mencionar que este cálculo únicamente considera aspectos de acceso a nueva infraestructura, así como al mantenimiento de nueva infraestructura. No considera el mantenimiento (o rehabilitación) de infraestructura ya concesionada o existente

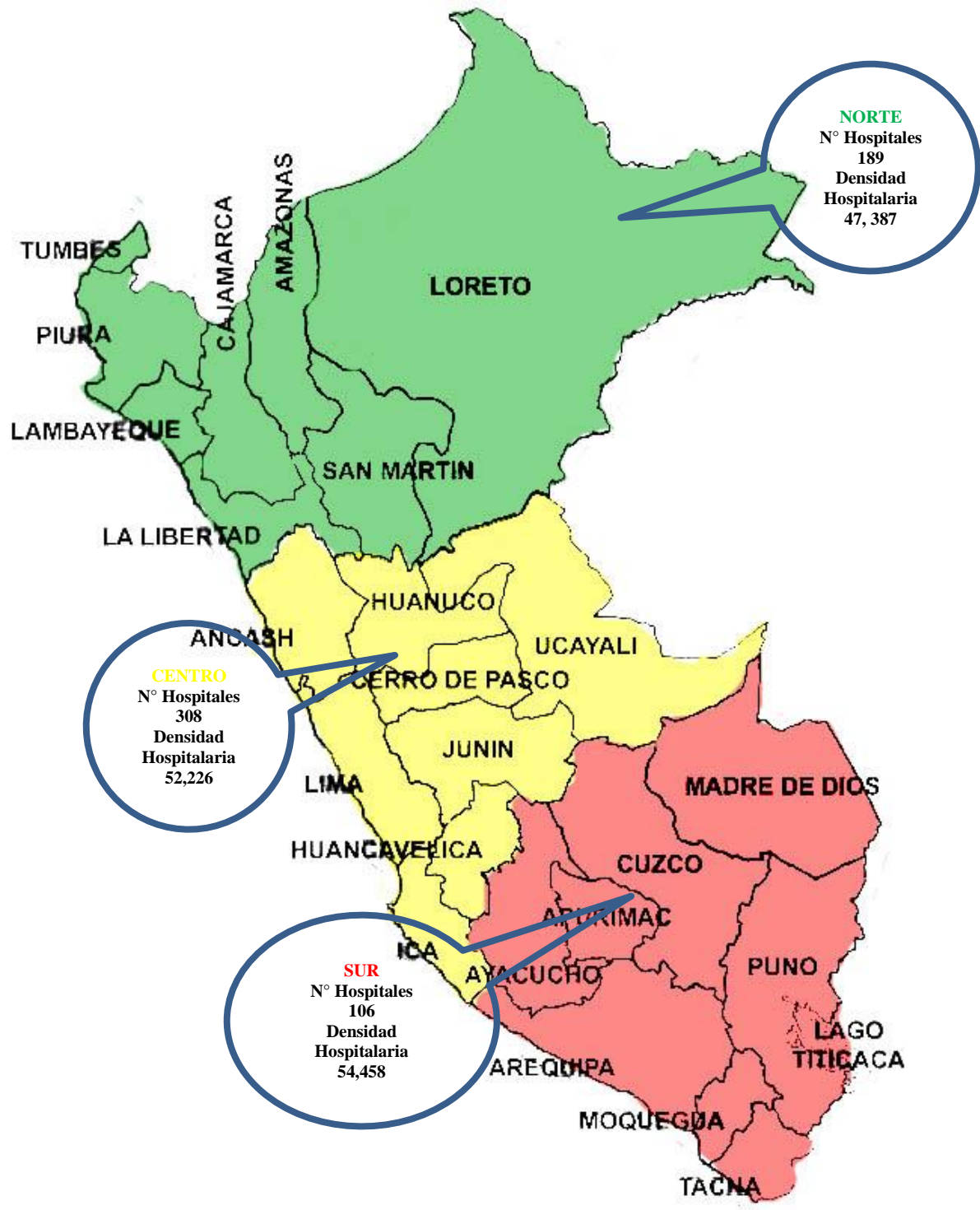


Figura N° 5 Densidad Hospitalaria



Figura N° 6 Densidad Hospitalaria

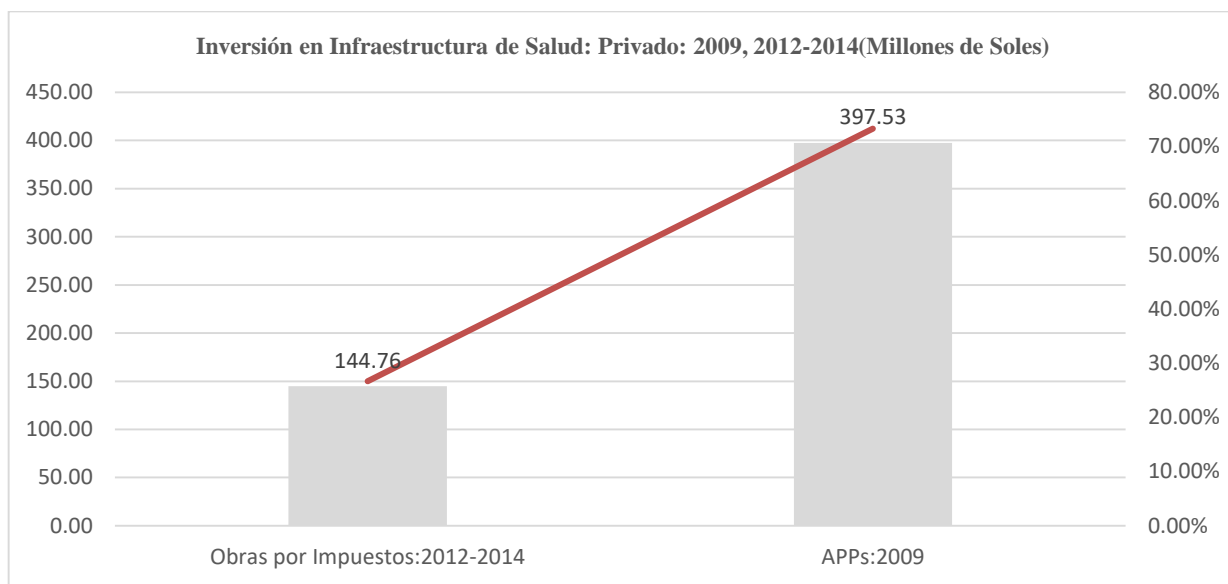


Figura N° 7 Inversión en Infraestructura de Salud: Público-Privada

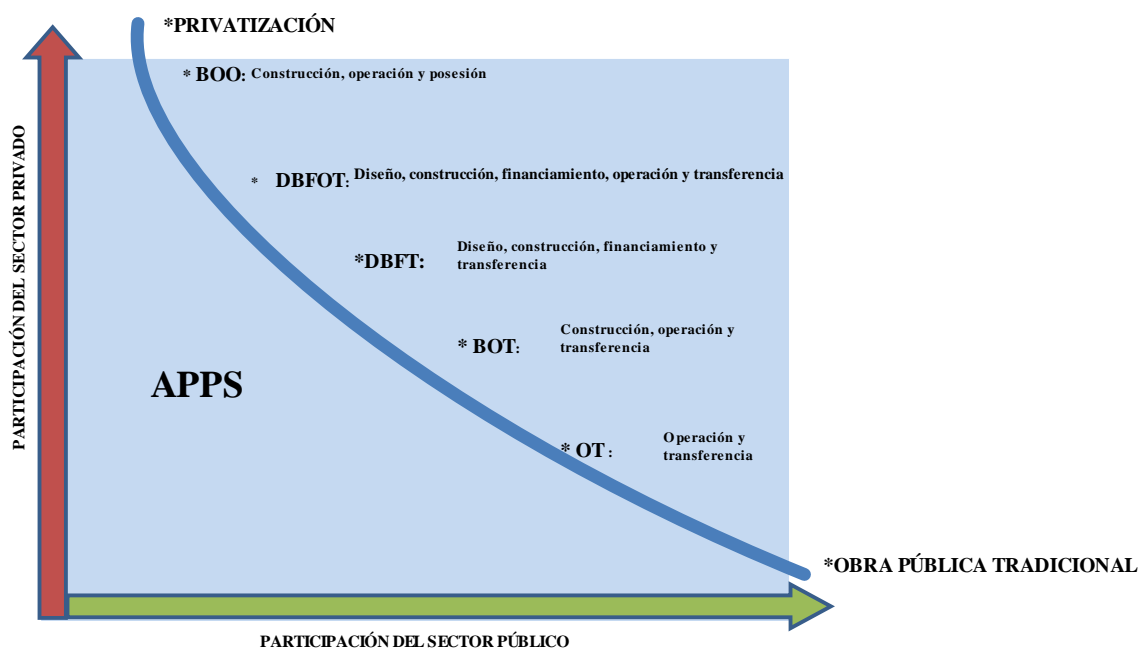


Figura N° 8 Esquemas APP



Figura N° 9 Evolución del marco regulatorio de la promoción de la inversión privada en el Perú

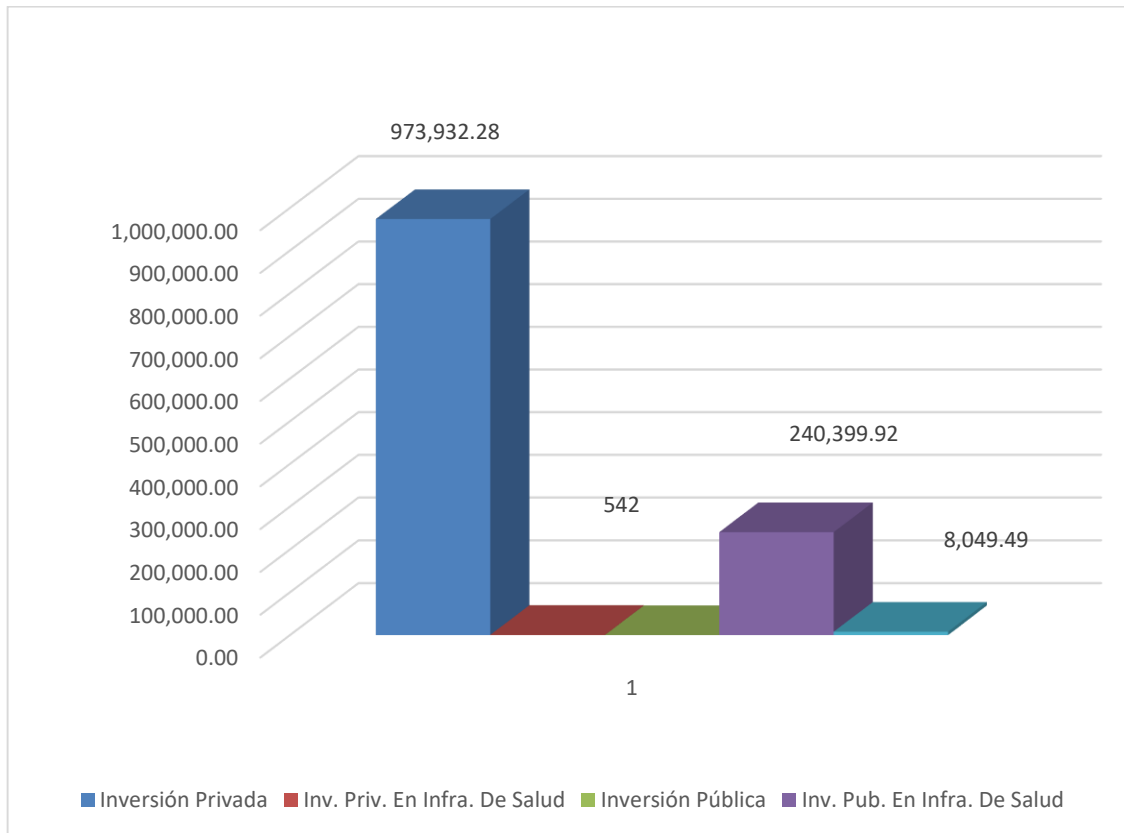


Figura N° 10 Inversión & Desarrollo de Infraestructura de Salud: 2000-2014(Em Millones de Soles)

PROBLEMA GENERAL	PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS GENERAL	HIPÓTESIS ESPECIFICAS	VARIABLES E INDICADORES
¿Cómo la Inversión Pública y Privada influye en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014?	a.- ¿En qué forma la Inversión Pública influye en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014?	Determinar como la Inversión Pública y Privada influyen en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014	a.- Establecer como la Inversión Pública influyen en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014	La Inversión Pública y Privada influyen favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014.	a.- La Inversión Pública influye favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el periodo: 2000-2014.	VI1=Inversión Pública (Pub_t) VI2=Inversión Privada ($Priv_{t-1}$) <u>Indicadores</u> a.- Millones de Soles invertidos por el sector público en la economía. b.- Millones de Soles invertidos por el sector privado en la economía.
	b.- ¿De qué manera la Inversión Privada influye en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014?		b.- Determinar como la Inversión Privada influyen en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014		b.- La Inversión Privada no influye favorablemente en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud Peruana en el Periodo: 2000-2014.	VD= Desarrollo de la Infraestructura de Salud ($Infra_t$). <u>Indicadores</u> a.- Millones de Soles, destinados a desarrollar la Infraestructura de Salud. b.- Cantidad de Establecimientos de Salud. c.- Cantidad de infraestructura hospitalaria existente. d.- Número de Camas/1,000 hab.

Figura N° 11 MATRIZ DE COHERENCIA INTERNA: La Inversión Pública y Privada en el Desarrollo de la Infraestructura de Salud en el periodo: 2000-2014