

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERÍA
FACULTAD DE INGENIERÍA ECONÓMICA, ESTADÍSTICA
Y CIENCIAS SOCIALES**



TESIS

**“EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVERSIÓN
PÚBLICA EN SALUD Y SEGURIDAD CIUDADANA EN LA
REGIÓN JUNÍN: 2009-2018”**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS
CON MENCIÓN EN PROYECTOS DE INVERSIÓN**

ELABORADO POR:

JUAN MAXIMO SOSA HUAYLINOS

ASESOR:

Dr. VICTOR HUMBERTO CARRANZA ELGUERA

LIMA – PERU

2022

DEDICATORIA

A mi madre que me dio toda la fuerza energía y capacidad para lograr llegar a estudiar la maestría y seguir algún día con el doctorado en esta gran Universidad Nacional de Ingeniería.

Un agradecimiento especial a mi asesor el Dr. Víctor Carranza Elguera quien me ha apoyado y asesorado en esta tesis.

Juan Máximo

AGRADECIMIENTO

A mi madre

A mis compañeros de estudio

A mis profesores de la Facultad de ingeniería Económica, Estadística y Ciencias Sociales (FIEECS-UNI)

A mis profesores de la Maestría en Ciencias con mención en Proyectos de Inversión.

ÍNDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN.....	xii
CAPITULO I.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1. Descripción de la realidad problemática	14
1.2. Formulación del problema de investigación	20
1.2.1 Problema general	20
1.2.2 Problemas específicos	20
1.3. Objetivos de la investigación	21
1.3.1 Objetivo general.....	21
1.3.2 Objetivos específicos	21
1.4. Justificación de la investigación.....	21
1.4.1 Justificación social	21
1.4.2 Justificación económica	22
1.4.3 Justificación metodológica.....	22
CAPITULO II.....	23
MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	23
2.1. Antecedentes de la investigación.....	23
2.1.1 Autor: Jaime Ricardo Pérez Souza.....	23
2.1.2 Autor: Wilson Galo Flores Flores	26
2.1.3 Autor: Verde Mallqui Filomena.....	28
2.1.4 Autor: Leiva Tarazona Armando	29
2.1.5 Autor: Alexis Acevedo Rubilar.....	30
2.1.6 Autor: Casimiro Cabello Juan. M	33
2.2. Teorías básicas	34

2.2.1 Teoría sobre la inversión pública (El Estado emprendedor: Mariana Mazzucato).	34
2.2.2 Teoría del desarrollo humano sostenible. Amartya Sen	37
2.3. Marco conceptual	39
2.4. Enfoque teórico-conceptual asumido	42
2.5. Marco legal	44
CAPITULO III	47
METODOLOGIA	47
3.1. Clasificación de la investigación	47
3.1.1 Diseño de la investigación	47
3.1.2 Nivel de investigación	48
3.1.3 Propósito de la investigación	48
3.3.4 Enfoque de la investigación	49
3.1.5 Método de la investigación	49
3.2. Población y muestra	50
3.2.1 Población	50
3.2.2 Muestra	50
3.3. Instrumentos de análisis	51
3.4. Técnicas estadísticas	51
CAPÍTULO IV	52
ANALISIS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	52
4.1. La inversión pública en salud y su expresión en los resultados sociales	53
4.1.1 Inversión pública en salud de la región Junín	53
4.1.2 Resultado social en relación a la inversión en salud	61
4.1.3 Estimación de relación con cada indicador entre inversión pública en salud y resultado social	67
4.2. Inversión pública en seguridad y su expresión en los resultados sociales de la región Junín.	71
4.2.1 Inversión pública en seguridad	71
4.2.2 Resultado social en relación a la inversión en seguridad	78
4.2.3 Estimación de relación con cada indicador en cuanto a la inversión en seguridad y resultado social	85
4.3. Interpretación de resultados	90
4.3.1 Dimensión política (normas, institucionalidad,)	91

4.3.2 Dimensión económica (recursos, eficacia y eficiencia).....	92
4.3.3 Dimensión Social (cultura, corrupción).....	93
4.3.4 Dimensión tecnológica.....	95
4.3.5 Dimensión ambiental (contaminación del agua, aire, acústico).....	97
4.3.6 Dimensión legal	99
CONCLUSIONES.....	101
RECOMENDACIONES	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS	109
Anexo 1. Matriz de consistencia	109
Anexo 2. Análisis estadístico	110
Anexo 3. Relación de inversión pública en salud ejecutados periodo 2009-2018 región Junín.	111
Anexo 4. Relación de inversión pública en salud sin ejecutar 2009-2018, región Junín ..	115
Anexo 5. Relación de inversión pública en seguridad ejecutados periodo 2009-2018, región Junín	121
Anexo 6. Relación de inversión pública en seguridad sin ejecutar periodo 2009-2018, región Junín.	122

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	52
Tabla 2 Inversión pública en salud ejecutado y en ejecución, 2009-2018, Junín.....	53
Tabla 3 Inversión pública en salud infraestructura gastos generales e imprevistos, ejecutado, 2009-2018, Junín.....	56
Tabla 4 Inversión pública en salud equipamiento ejecutado, 2009-2018, Junín	57
Tabla 5 Inversión pública en salud recursos humanos y capacitación ejecutado, 2009-2018, Junín	58
Tabla 6 Recursos humanos e infraestructura de salud región junín 2011 recursos humanos en salud	59
Tabla 7 Inversión en salud por componentes región Junín 2009-2018	60
Tabla 8 Tasa de morbilidad por genero, 2009-2018, Junín.....	62
Tabla 9 Tasa de mortalidad infantil, 2009-2018, Junín	64
Tabla 10 Tasa de acceso a servicios de salud, 2009-2018, Junín.....	65
Tabla 11 Relación entre inversión pública en salud y el indicador morbilidad, 2009-2018, Junín	67
Tabla 12 Relación entre inversión pública en salud y el indicador mortalidad infantil, 2009-2018, Junín	68
Tabla 13 Relación entre inversión pública en salud y el indicador acceso y Cobertura, 2009-2018, Junín	70
Tabla 14 Inversión pública en seguridad, 2009-2018, Junín	72
Tabla 15 Inversión pública en seguridad: infraestructura, gastos generales e imprevistos, ejecutado, 2009-2018, Junín.....	74
Tabla 16 Inversión pública en seguridad: equipamiento, ejecutado, 2009-2018, Junín.....	75
Tabla 17 Inversión pública en seguridad: recursos humanos y capacitación, ejecutado, 2009-2018, Junín	76
Tabla 18 Inversión en seguridad por componentes 2009-2018 Junín	77

Tabla 19 Delitos conocidos, 2009-2018, Junín	79
Tabla 20 Denuncias por violencia sexual y familiar, Junín 2009-2018	81
Tabla 21 Índice de victimización, Junín 2009-2018.....	83
Tabla 22 Relación entre inversión pública en seguridad y el indicador delitos conocidos, 2009-2018, Junín	85
Tabla 23 Relación entre inversión pública en seguridad y el indicador índice de victimización, 2009-2018, Junín	86
Tabla 24 Relación entre inversión pública en seguridad y el indicador denuncias por violencia familiar y sexual, 2009-2018, Junín.....	88
Tabla 25 Tabla producto bruto interno, casos de salud y seguridad, 2009-2018, Junín.....	90

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Diseño de la Investigación	47
Figura 2 Inversión pública en salud ejecutado y en ejecución, 2009-2018, Junín	54
Figura 3 Inversión pública en salud por componentes región Junín 2009-2018.....	61
Figura 4 Tasa de morbilidad Junín 2009-2018.....	63
Figura 5 Tasa de mortalidad infantil, 2009-2018, Junín (por cada 1000 nacidos vivos) ...	65
Figura 6 Acceso a seguro de salud región Junín (%)	66
Figura 7 Relación entre inversión en salud y morbilidad, Junín 2009-2018.....	67
Figura 8 Relación entre inversión en salud y mortalidad infantil, Junín 2009-2018	69
Figura 9 Relación entre inversión en salud y acceso y cobertura, Junín 2009-2018.....	70
Figura 10 Inversión en seguridad ejecutado y en ejecución Junín 2009-2018.....	73
Figura 11 Inversión publica en seguridad por componentes región Junín 2009-2018.....	78
Figura 12 Delitos conocidos	80
Figura 13 Denuncias por violencia sexual y familiar Junín 2009-2018.....	82
Figura 14 Índice de victimización	84
Figura 15 Relación entre inversión en seguridad y delitos conocidos, Junín 2009-2018 ..	85
Figura 16 Relación entre inversión en seguridad e índice de victimización, Junín 2009-2018	87
Figura 17 Relación entre inversión en seguridad y denuncias por violencia familiar y sexual, Junín 2009-2018	89

RESUMEN

La presente Tesis tiene como objetivo fundamental evaluar la gestión de los proyectos de inversión en las instituciones de Salud y Seguridad en la región Junín a fin de mejorar el bienestar de su población.

En este sentido, aplicando el método analítico sintético, se ha realizado una investigación cuyo propósito es básico, de nivel descriptivo, de enfoque cuantitativo y de diseño no experimental.

Estadísticamente, se han aplicado técnicas descriptivas que permiten pasar revista a los proyectos de inversión en salud y en seguridad en la región Junín en el período 2009 – 2018.

Las conclusiones evidencian la falta de efectividad de la inversión en salud y en seguridad en Junín, lo que ha motivado diversas recomendaciones para superar los factores críticos citados.

ABSTRACT

The main objective of this thesis is to evaluate the management of investment projects in Health and Safety institutions in the Junín region in order to improve the well-being of its population.

In this sense, applying the synthetic analytical method, a research has been carried out whose purpose is basic, of descriptive level, of quantitative approach and of non-experimental design.

Statistically, descriptive techniques have been applied to review health and safety investment projects in the Junín region in the period 2009 – 2018.

The conclusions show the lack of effectiveness of the investment in health and safety in Junín, which has motivated several recommendations to overcome the critical factors cited.

INTRODUCCIÓN

En los últimos treinta años, si bien en el sistema económico peruano se viene dando nuevos cambios debido a la evolución que se va generando en el crecimiento económico en el que se desenvuelven los agentes empresariales, ya sea mediante la migración indígena, el crecimiento demográfico, la expansión de las provincias que tienden a evolucionar propiciando la reorganización, en especial, respecto al área rural; sin embargo, en la Región Junín encontramos condicionantes de orden natural (diversidad geográfica y ecológica) interactuando con procesos y condiciones de orden económico, pero, aún no se aplican políticas y estrategias que promuevan estilos de vida saludables en donde los gobiernos en esta Región garanticen la salud y los derechos de una vida sin violencia ni maltratos, tendiente a garantizar la seguridad alimentaria y social.

Por tanto, en esta tesis ha de estudiar planificadamente políticas y proyectos conjuntamente con estrategias que no sólo impulsen el crecimiento económico regional, sino, también supere los problemas de salud y la seguridad.

Por tanto, el objetivo de la investigación es describir de qué manera la inversión pública en salud y en seguridad interactúan con el resultado social en la región Junín 2009 – 2019, es por ello que se tocarán los siguientes temas por capítulos:

En el primer capítulo se describe y expone sobre la problemática en el campo social y demográfico de la Región Junín y el sistema de prestaciones del Ministerio de Salud – MINSA.

para lo cual se presenta en tres dimensiones: por un lado, respecto a los problemas sanitarios; por otro lado, respecto a los problemas del sistema de salud; y en un tercer lado respecto a los problemas de la seguridad.

En el segundo capítulo se describe a partir de los problemas y objetivos para el desarrollo de la Tesis, el marco teórico conceptual tanto en sus antecedentes de otros trabajos o tesis como de los planteamientos teóricos básicos generales y específicos del estudio complementado con el marco teórico-conceptual de mi persona como investigador de la tesis.

En el tercer capítulo, se describe la metodología de cómo se va a llevar a cabo el desarrollo de la Tesis.

En el cuarto capítulo se precisa el cuadro de Operacionalización de las variables también se evalúa los aspectos concernientes a las inversiones públicas en salud y seguridad lo cual genera bienestar social de la Región Junín, así como, respecto a la infraestructura, equipamiento y los recursos humanos y su capacitación igualmente, respecto al resultado social y las tasas de morbilidad y mortalidad, los recursos de acceso a los servicios de salud y a la seguridad. Luego se arriba a conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La salud y la seguridad ciudadana son factores esenciales para el bienestar de la población en todo el mundo. Por ello los gobiernos invierten importantes recursos para conseguir resultados eficientes de su desempeño.

En el Perú los problemas de salud más conocidos son:

En primer lugar, la sobredemanda de establecimientos de salud públicos. Generando un malestar a la población, debido a insuficiente infraestructura, camas de atención hospitalaria, escasez de medicamentos, tiempos de atención insuficientes, lo cual atenta contra la salud.

En segundo lugar, la falta de estrategias y acciones gubernamentales de parte de autoridades de turno del sector salud. el porcentaje menor de utilización de los servicios tiene que ver con el desfase de la infraestructura, el equipamiento, los recursos humanos, los medicamentos o insumos, por no hablar de los distanciamientos culturales de los servicios y su personal con los usuarios. Esto hace que exista una brecha entre el aseguramiento y el acceso real a la atención, lo que promueve la ampliación del gasto de bolsillo en salud.

De acuerdo al informe del Ministerio de Salud [MINSa] (2019) para la determinación de los problemas que afectan a la mayor parte de las regiones del Perú, se utilizaron los siguientes criterios de análisis:

- Enfermedades que producen mayor mortalidad general.

- Enfermedades que producen mayor mortalidad prematura y exceso de muerte, evaluado mediante la matriz intercuartílica de razón de años de vida potencialmente perdidos y razón estandarizada de mortalidad, RAVPP-REM.
- Enfermedades que producen mayor carga de discapacidad.
- Enfermedades que demandan mayor atención por consulta externa en los establecimientos del Ministerio de Salud y EsSalud.
- Enfermedades que producen mayor hospitalización en los establecimientos del Ministerio de Salud y EsSalud.

Por otro lado, los problemas de seguridad más conocidos son los siguientes:

Espín (2010) dice lo siguiente:

Como punto de partida, señalar que el fenómeno de la inseguridad ciudadana tiene una dimensión objetiva y una subjetiva. La dimensión objetiva se fundamenta en la existencia de un riesgo real, es decir, de la probabilidad estadística que tiene una persona de ser víctima de un delito. Mientras que, la dimensión subjetiva se fundamenta en un riesgo percibido, es decir, en el temor de las personas a la delincuencia (p. 9).

Por ejemplo, en el 2010, 37 personas de cada cien habitantes han sido víctimas de delitos incrementándose a 41 personas en el 2014.

La delincuencia y/o falta de seguridad ciudadana en otras palabras la inseguridad y la violencia son resultado de un complejo entramado de problemas sociales y económicos relacionados con la pobreza y marginación, infraestructura física precaria, la desintegración y violencia familiar e intrafamiliar, presencia de pandillas juveniles, presencia de crimen organizado, presencia de armas, drogas, alcohol y los precarios niveles de cobertura en educación, salud, cultura y deporte, así como de equivocación e impunidad en los sistemas de impartición de justicia, cabe resaltar que, tanto para los problemas de salud, como para los problemas de seguridad, el gobierno peruano no realiza las inversiones en el nivel apropiado. Por este hecho, no se superan los indicadores deficitarios en estos aspectos.

Problemática de la situación de la salud en la región Junín

En la región Junín los problemas más impactantes de la salud son:

- a. Desnutrición Infantil, que es crónica y aguda en los niños menores de 5 años en 2011 alcanzó niveles de 35.5% que si bien ha asumido una tendencia decreciente en el año 2012 de 31.3. % y en el año 2015 se ha reducido al 23.7%, sin embargo, la tasa de desnutrición aguda sigue siendo creciente por lo que es muy importante revertir esta

situación mediante actividades y proyectos, de lo contrario tenderá a crecer. Sobre todo, en las madres de idioma nativo que ha superado el 62.5% de igual modo el 40.6% de hijos de madres analfabetas, también acontece con las madres que tienen más de 5 hijos que constituyen el 42.1% en donde los hijos también padecen de desnutrición crónica.

- b.** Mortalidad Materna, esta es frecuente en los hospitales de la Región Junín habiéndose calculado 17 a 20 muertes anuales entre 2010-2011, asimismo, de las muertes maternas registradas en el año 2015 fue de 20 por cien mil nacidos vivos el 54% fueron en el puerperio, el 23% en el parto y el 19% por aborto; igualmente, el 61% de las defunciones ocurrieron en los establecimientos de salud, como los hospitales y centros de salud, 23% se produjeron en los domicilios, 12% en el trayecto y apenas el 4% se produjo en una clínica local.
- c.** Mortalidad Infantil, en el año 2010- 2011 por cada mil niños nacidos vivos, 19.5 fallecieron antes de cumplir un año de edad, la tasa de mortalidad infantil fue la más alta en los niños que en las niñas 20.5 y 18.4 defunciones por cada mil niños nacidos vivos respectivamente. Entre las principales causas de muerte de los niños de 0a 9 años se encuentran en enfermedades del sistema respiratorio con 36.6% ciertas enfermedades infecciones y parasitarias con 12.6% enfermedades del sistema circulatorio con 5.9% enfermedades del sistema nervioso con 5.6% entre otros.
- d.** Respecto a la Mortalidad General, en el quinquenio 2010-2015 muestra una tasa de 6.6. la mayor causa de la mortalidad son las enfermedades del sistema respiratorio que representa el 28.4%, los tumores (neoplasias) enfermedades del sistema circulatorio es 15.3% ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con el 9.8%, enfermedades del sistema digestivo 9.6% enfermedades del sistema nervioso 9.6%.
- e.** Respecto a la Morbilidad En el año 2013, la tasa de infecciones respiratorias agudas fue de 740.16 casos por 10000 niños menores de 5 años; en el año 2009 fue de 1158.67, es decir, que en el año 2009 existe una tasa de 418.51 más veces que en el año 2013. seguido de las enfermedades infecciones con 20.0% y enfermedades del sistema digestivo con el 17.9%. también se presentaron otras enfermedades como la malaria con más de 5,593 casos, el dengue con 121 casos. Leishmaniasis con 278 casos, VIH sida con 84 casos. Tuberculosis con el 22.9% en la Región.

- f. Respecto a la Infraestructura de Salud, La Región Junín cuenta con 12 hospitales de los cuales siete son administrados por la Dirección Regional de Salud-Junín, y cinco por ESSALUD, también se tiene 51 centros de salud y 395 puestos sanitarios, o cual representa una relación de 3.6 establecimientos por cada 10 mil habitantes superiores al promedio nacional que es de 3.2. respecto a las camas, se cuenta 8 camas por 10 mil habitantes, el promedio nacional es de 6 camas por cada 10 mil habitantes.
- g. Respecto a los Recursos Humanos en la región Junín existen 6.3 médicos por cada 10 mil habitantes, en cambio a nivel nacional es de 15 médicos por cada 10 mil habitantes. Respecto a las enfermeras, existen 7.3. enfermeras por cada 10 mil habitantes, respecto a las obstétricas cuentan 2.2. obstétricas por cada 10 mil habitantes en cambio a nivel nacional es de 6 obstétricas por cada 10 mil habitantes.

Problemática de la situación de la seguridad en la región Junín

En la región Junín los problemas más impactantes de la seguridad son:

Violencia familiar y sexual, siendo una de las regiones conjuntamente con la Región Cuzco que más reportes tienen en los Centros Emergencia Mujer (CEM) después de la Región Lima.

Delitos y faltas genéricas, cometidos y asociados con la violencia a la libertad sexual es una de las grandes aristas de la problemática de la seguridad ciudadana que aún mantiene una tendencia creciente y desfavorable en nuestra Región y en la Sociedad.

La micro comercialización de drogas, la cantidad de droga incautada, en kilogramos, en el periodo 2015 muestra que si hubo incidencia en lo que respecta la micro comercialización de drogas. Los lugares de mayor incidencia de comercialización son los bares, night clubs, centro de diversión, etc. La labor desarrollada por la policía ha permitido la desarticulación de los puntos críticos de comercialización y bandas organizadas dedicadas al abastecimiento y expendio de drogas.

Tenencia ilegal de armas, la tenencia ilegal de armas de fuego se asocia a los hechos delictivos en nuestra Región. La normatividad vigente permite la adquisición y uso de dichas armas de manera indiscriminada, sin regularización ni control alguno. Ciertamente, de acuerdo a la información que maneja la PNP, los armamentos y explosivos recuperados han sido mínimos

El pandillaje en la Región Junín es otro de los problemas que afecta la seguridad ciudadana, estos grupos de personas están concentrados en lugares estratégicos que denominaremos puntos críticos, donde se suscitan con mayor incidencia asaltos y otros delitos. Existe un promedio de 02 pandillas por punto crítico en la ciudad de Huancayo.

Por otro lado, la evolución en la incidencia de denuncias por violencia familiar en nuestra Región (Agresiones de tipo físico y/o psicológico) ha mantenido una tendencia creciente también.

Otros de los temas que se debe de considerar, es la mano de obra barata. que se viene percibiendo en las ciudades de la Región Junín. involucrando a jóvenes que recién se vienen incorporando a la actividad laboral que engrosan la bolsa de subempleo y los indicadores económicos de marginalidad.

En síntesis, se puede señalar como los principales problemas a nivel regional referente al tema de seguridad ciudadana, son los siguientes:

- Incremento del índice delincencial, y su no atención en el tiempo oportuno
- Transitoria e insuficiente participación de la ciudadanía
- Pérdida de los valores éticos y morales en la población
- Elevados índices de consumo de alcohol y estupefacientes. que inducen a incrementarse el tráfico ilícito de drogas y la apertura de bares y cantinas sin las respectivas licencias de funcionamiento.
- Incremento de la prostitución clandestina.
- Crecimiento del comercio informal y ambulatorio. así como la aparición de lugares donde se expenden toda clase de artículos robados.
- Aparición del pandillaje juvenil, como consecuencia de hogares desintegrados. violencia familiar, pocas oportunidades y acceso a la educación y trabajo.

Según el INEI en el 2015 Junín es el departamento que presenta un nivel de percepción de 87,2%, siendo un 8,4% mayor con respecto al año anterior, quedando en el lugar 14 percepción de inseguridad ciudadana frente a los departamentos de Cuzco con un 95,40%; Tacna con 95,30% y Madre de Dios con 94,40%.

En el año 2015, el 30,8% de la población de 15 y más años de edad del área urbana del país, manifestó haber sido víctima de algún hecho delictivo que atentó contra su seguridad durante los últimos doce meses previos al día en que fueron entrevistados

Los hechos delictivos que más afectaron a la población urbana de 15 y más años de edad en el año 2015, fueron el robo o intento de robo de dinero, cartera, celular y la estafa, donde el primer hecho delictivo afectó a 20 de cada 100 habitantes de 15 y más años de edad, mientras que 9 de cada 100 habitantes de 15 y más años de edad fueron víctimas de estafa.

En menor porcentaje, se presentan el robo o intento de robo de vehículo y las amenazas e intimidaciones con tasas de 3 y 2 víctimas por cada 100 habitantes de 15 y más años de edad respectivamente.

Desagregando el robo del intento de robo, 16 víctimas por cada 100 habitantes de 15 y más años de edad fueron víctimas de robo, dinero, cartera, celular, mientras que 5 de cada 100 habitantes de 15 y más años de edad fueron víctimas de intento de robo de dinero, cartera, celular.

Esta situación hace que prospere la idea del temor en la ciudad y a la ciudad, lo cual se expresa no solo en el crecimiento de los índices delictivos y de inseguridad, sino también en los sistemas de autoprotección domiciliaria, vecinal, empresarial y personal. Es importante mencionar que los medios de comunicación muchas veces tienden a incrementar la sensación de inseguridad en la poblacional sobredimensionando las noticias.

Respecto a las inversiones públicas en los sectores salud y seguridad en la región Junín

En la Región Junín, como en el resto de las regiones en el Perú, las inversiones públicas no avanzan, debido a que en la gestión municipal anualmente, sólo tienden a ejecutar alrededor de la mitad del presupuesto del año para inversión pública, lo cual implica que este ritmo de ejecución le quita competitividad y dinamismo a la economía nacional y regional, pues, las obras de inversión tienden a ayudar a cerrar brechas de acceso a servicios y crean empleos temporales, más aún, cuando cada proyecto de inversión pública tiende a generar un mayor gasto de recursos de la administración pública, por cuanto requiere contratar la elaboración del perfil del proyecto, el desarrollo del expediente técnico y procesos de contratación de la obra y su supervisión.

Cabe mencionar que según el Instituto Peruano de Economía (IPE) en el 2018, cerca de 1500 nuevos proyectos de inversión fueron registrados para Junín en el banco de proyectos del Ministerio de Economía y Finanzas, presentando un presupuesto conjunto de tres mil millones de soles, de los cuales casi un cuarto de los proyectos representa menos del 1% del valor total de la cartera, mientras que el 40% presentan un monto entre 100 mil soles y un millón de soles. más aún cuando casi dos tercios de los proyectos son pequeños con una inversión menor al millón de soles, para esta región que responden a 124 municipalidades entre distritales y provinciales. En ese escenario, los proyectos pequeños con una inversión menor al millón de soles, constituyen casi el 70% de la cartera formulada para este nivel. Actualmente, la Región Junín cuenta con 2,555 proyectos por ejecutar, de los cuales dos tercios se encuentran en una escala muy reducida de inversión que abarca menos de 100 mil soles, lo cual significa que gran parte de la capacidad de gestión se dedique a llevar a cabo obras que solo constituyen el 2.6% del total del presupuesto de inversión de la región y más aún, si en los proyectos de inversión en las instituciones de salud y seguridad no logran brindar un mejor bienestar social a la ciudadanía en esta Región en el momento actual, como evaluaremos más adelante en el desarrollo de esta tesis.

La formulación de los PIP de servicios de Seguridad Ciudadana puede ser realizada por los Gobiernos Locales, los Gobiernos Regionales y el Ministerio del Interior. Se debe tener en cuenta que la prestación de los servicios de Seguridad Ciudadana, vinculados con la prevención de la violencia y el delito, es competencia de los Gobiernos Locales y de la Policía Nacional del Perú.

1.2. Formulación del problema de investigación

1.2.1 Problema general

- ¿De qué manera la inversión pública en salud y en seguridad ciudadana interactúan con el resultado social en la región Junín 2009 – 2018?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿De qué manera la inversión pública en salud interactúa con el resultado social en la región Junín 2009 – 2018?
- ¿De qué manera la inversión pública en seguridad ciudadana interactúa con el resultado social en la región Junín 2009 – 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- Describir de qué manera la inversión pública en salud y en seguridad ciudadana interactúan con el resultado social en la región Junín 2009 – 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir de qué manera la inversión pública en salud interactúa con el resultado social en la región Junín 2009 – 2018.
- Describir de qué manera la inversión pública en seguridad ciudadana interactúan con el resultado social en la región Junín 2009 – 2018.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Justificación social

Esta investigación contribuirá al bienestar social de la región Junín, por cuanto amplía la comprensión de los problemas de salud y seguridad ciudadana, al mismo tiempo que propone acciones de inversión pública para superarlos.

Cabe señalar que, los beneficiarios con los resultados de esta investigación será la población de la región Junín y la sociedad peruana, en general, pues estarán conscientes que existen alternativas de inversión estratégicamente identificadas en el sector salud y seguridad y así disminuir el gasto que emplea la población en salud y seguridad.

Adicional a ello, permitirá conocer que no solo es necesario invertir en infraestructura y equipamiento sino permitiéndonos conocer, que componentes de la inversión es necesaria y urgente actúan de manera más directa para lograr un bienestar social de la población de la región Junín en el sector salud y seguridad ciudadana.

La presente tesis tiene como objetivo analizar y describir de qué manera la contribución de las inversiones en infraestructura equipamiento y capacitación de recursos humanos en salud y seguridad ciudadana son efectivas generando bienestar a la población de la región Junín, ya que, al no haber suficientes estudios empíricos sobre el impacto de las

inversiones en esta área, resulta difícil distinguir cuáles intervenciones son positivas y cuáles no.

Además, las autoridades locales necesitan conocer cómo invertir su presupuesto (en muchos casos deficiente) para poder reducir las tasas de mortalidad, morbilidad y mayor acceso a los servicios de salud pública y respecto a seguridad ciudadana reducir los crímenes o el miedo a los delitos en sus distritos y provincias.

1.4.2 Justificación económica

En el campo económico esta investigación contribuirá con aportar conocimientos de proyectos de inversión ejecutados y en ejecución de los sectores salud y seguridad ciudadana, en cuanto se invirtió y se está invirtiendo, asimismo, ahondará respecto al nivel de efectividad y logro de objetivos de dichos proyectos en cuanto a número de beneficiarios se refiere.

En base a ello, los resultados de esta investigación benefician directamente a los pobladores de la región Junín y de manera indirecta a las autoridades regionales y locales que tendrán a disposición una investigación, que muestra el nivel de efectividad o no de la inversión en ambos sectores fundamentales que ayuda al desarrollo y crecimiento económico de la nación.

Consecuentemente la mejora de los servicios de salud y seguridad de la población de la región Junín puede generar bienestar social y consecuentemente desarrollo económico ya que los efectos directos son sobre el bolsillo de los habitantes, al no tener que invertir en salud y seguridad en la zona involucrada. Ya que el estado a través de la inversión en dichos sectores se debe hacer cargo.

1.4.3 Justificación metodológica

Esta investigación tiene el propósito de contribuir en la aplicación de una metodología centrada en la Post evaluación de la Inversión Pública realizada en la región Junín, específicamente en los sectores de salud y seguridad ciudadana.

La metodología aplicada evalúa la eficiencia y eficacia de la inversión ejecutada en infraestructura, equipamiento y capacitación en recursos humanos. Los resultados se refieren a los beneficios sociales considerados en la fase de pre inversión del proyecto.

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1 Autor: Jaime Ricardo Pérez Souza

Obra: “La inversión pública para la salud comunitaria, una herramienta eficaz para mejorar la atención de los servicios de salud en la comunidad del caso de la República de Panamá” 2016.

Pérez (2016) plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cómo puede un Estado prestar un servicio de salud eficaz para contribuir a mejorar el bienestar de la gente en su comunidad? (p. 29)

En relación a los objetivos, el citado autor plantea lo siguiente:

Objetivo general: Estructurar una propuesta de lineamientos para mejorar el proceso de gestión, formulación, programación y ejecución de las inversiones públicas para la salud comunitaria, derivado del proceso de consulta con los funcionarios involucrados en el ejercicio de la programación de inversiones públicas. (p. 33)

Objetivos específicos:

- Explorar los factores político-administrativos y el comportamiento eficiente del proceso de programación y ejecución de las inversiones en la salud comunitaria que influyen en el proceso de atención del servicio de salud local.
- Consultar unidades de salud local para conocer experiencias de sistemas colaborativos de formulación de perfiles de proyectos de inversión para la comunidad.

- Examinar las estrategias y métodos de gestión horizontal para la planificación de la salud comunitaria, en aras de estructurar un esquema horizontal de acción participativa.
- Aplicar técnicas metodológicas cualitativas acordes con la intervención y participación de actores con experiencia en el ejercicio de funciones afines al tema y objeto de la investigación. (Perez, 2016, p. 34)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo internacional del sistema de las Naciones Unidas (NU) responsable de la salud que, a partir de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS) de Almá-Atá (1978) viene fortaleciendo el sistema de valores de salud para todos en el mundo.

Esta investigación aborda el tema de la salud pública en función de dos variables altamente ligadas al proceso de Atención Primaria de la Salud (en adelante APS), la inversión pública y la salud comunitaria: la primera, controlada por los sistemas nacionales de inversión pública (SINIP), como es el caso de América latina; y la segunda, por los sistemas nacionales de salud pública (SNSP), como en el resto del mundo; tema que revela un estado de ineficiencia del uso de la inversión pública. (Perez, 2016, p. 3)

El trabajo sigue una metodología de corte exploratorio, por no haber sido la cuestión estudiada con anterioridad. En esencia, la actual tesis, con una imagen objetivo-estratégica, intenta proyectar el rol y el impacto que una herramienta financiera como la inversión pública utilizada de manera eficaz puede causar sobre el bienestar y la calidad de vida de una población en su entorno comunitario, desde la perspectiva desafiante que asume la ingeniería de proyectos, al abrir un abanico multidisciplinario de líneas de especialización que dan paso a diversos enfoques de estudios doctorales. Se realizó bajo las técnicas de acción participativa, con el propósito de buscar datos altamente confiables mediante encuestas y entrevistas a funcionarios de los Ministerios de Economía y Finanzas (MEF) y Salud (MINSA) de la República de Panamá, en las esferas de inversión pública y salud local, respectivamente. (Perez, 2016, p. 3)

Como conclusiones de la investigación, Pérez (2016) señala las siguientes:

Conforme el primer objetivo, el principal factor, ineficiencia 100% se asocia a la centralización que constituye una barrera burocrática a las pretensiones participativas de todo un ejército de profesionales de la salud del ámbito territorial local, cuyos vínculos a la gestión presupuestaria les ha permitido exteriorizar una visión estratégica de acción colectiva

en pro de construir un nuevo esquema de gestión horizontal de preparar y ejecutar proyectos de salud comunitaria; Entrevistar y encuestar casi un centenar de profesionales comprometidos con la salud comunitaria le otorgó un alto grado de validación a esta proposición al prever detrás de un segundo objetivo conocer de viva voz de los involucrados aspectos íntimos de manejo y desempeño de la inversión en salud comunitaria. Paralelamente, dio como resultado ventajoso una respuesta masiva y espontánea al tercer objetivo, rescatando por consenso de opinión el deseo de impulsar un esquema horizontal de gestión de planificación y programación de inversión para la salud comunitaria. (Perez, 2016, p. 133).

Apreciación crítica

En base a todo lo mencionado correspondiente a esta investigación, se amerita la siguiente apreciación crítica:

En esta investigación, como ya se mencionó previamente, el autor no logra desarrollar el objetivo principal en su totalidad, ya que menciona en dicho objetivo lo siguiente: “Estructurar una propuesta de lineamientos para mejorar el proceso de gestión, formulación, programación y ejecución de las inversiones públicas para la salud comunitaria” solo centrándose en los objetivos específicos donde consulta explora y examina estrategias y métodos de gestión horizontal,

Parece muy interesante que el autor menciona la palabra bienestar de la población, en el planteamiento del problema, pero durante el logro de los objetivos principal y específicos no se menciona dicho termino quitándole el motivo principal y por el cual los proyectos en salud deberían lograr con eficacia y eficiencia el uso de recursos del estado.

Además, por ser una tesis de carácter exploratorio ya que no habría estudios anteriores referentes al tema se realiza, bajo las técnicas de acción participativa, con el propósito de buscar datos altamente confiables mediante encuestas y entrevistas a funcionarios involucrados en la administración de recursos del Estado.

Finalmente, la importancia de este estudio de investigación radica principalmente en la buena administración de recursos del Estado, direccionada a los proyectos de inversión en salud, en bien de la población involucrada en sectores donde no hay acceso y/o acceso limitado a los servicios de salud, generando en consecuencia bienestar social.

2.1.2 Autor: Wilson Galo Flores Flores

Obra: “Efectos de la Inversión en Salud sobre el índice de miseria de Okun (Malestar Económico) en Bolivia”

Flores (2018), plantea el siguiente problema: ¿Cuáles son los efectos que tiene la inversión pública en salud sobre el malestar económico medido a partir del índice de miseria Okún para la economía boliviana considerando el periodo 1990 - 2018? (p.28).

En relación a los objetivos Flores plantea el siguiente objetivo general: Proponer escenarios (límite inferior y superior) de inversión pública en salud que permitan incrementar la tasa de crecimiento del PIB y reducir el índice de miseria de Okún (malestar económico) (pp.28-29).

Los objetivos específicos son:

- Exponer las principales teorías sobre malestar económico, tasa de crecimiento del producto interno bruto, inversión pública en salud y aspectos relacionados con la investigación.
- Recopilar información estadística necesaria para diagnosticar las variables macroeconómicas que influyen en el malestar económico de la economía boliviana dentro el periodo de estudio con el fin de conocer el comportamiento presentado por las mismas.
- Estimar el modelo econométrico OLS (Ordinary Least Squares)¹³ para cuantificar la magnitud de los efectos de la inversión pública en salud sobre el índice de miseria de Okún (malestar económico) y proponer escenarios (límite inferior y superior) de inversión pública en salud. (Flores, 2018, pp. 28,29).

El trabajo de investigación de Flores sigue una metodología cuantitativa, porque permite recopilar la información-datos de manera objetiva, para su respectivo análisis a través de procesos estadísticos y econométricos. La presente investigación busca encontrar la relación entre la inversión pública en salud y el índice de miseria de Okun (malestar económico) en Bolivia. Para tal fin, se considera a la inversión pública en salud como variable instrumento, se considera a la tasa de crecimiento del PIB como variable interviniente, y al Índice de miseria de Okun (Malestar Económico) como variable objetivo. De esta manera, se busca indagar sobre los efectos de incrementos de la inversión pública

en salud sobre el índice de miseria de Okún (malestar económico), mediante la utilización de un modelo OLS (Ordinary Least Squares) (Flores, 2018, pp. 98,99).

Como conclusión de la investigación se puede extraer lo siguiente:

Bolivia se caracteriza por tener un sistema de salud “débil y fragmentado”, que no garantiza el acceso universal (servicios en el sector público para las personas de bajos ingresos, servicios de seguro social para los trabajadores formales y servicios privados para quienes puedan costearlos). El estudio realizado es de gran importancia porque se generan conocimientos que permiten reducir significativamente la segregación y desigualdad de los servicios de salud en los diferentes grupos poblacionales. (Flores, 2018, p. 140)

Existe un claro consenso en cuanto a la relación que tiene la inversión en salud con el crecimiento económico. La evidencia empírica ha demostrado que mayores niveles de inversión en salud ayudan a promover el crecimiento económico. Los resultados de la investigación demuestran que esta relación también se cumple en el Caso de Bolivia. La teoría económica no ha llegado a un consenso sobre los efectos que tiene la inversión pública en salud sobre el índice de miseria de Okún (malestar económico). (Flores, 2018, p. 141).

A partir de los modelos econométricos empleados en dos etapas y la evaluación de los supuestos MCO al 95% de confianza, se demostró la hipótesis planteada: “El incremento de la inversión pública en salud en el mercado nacional incide positivamente en la reducción del malestar económico en Bolivia”, (p.143).

En base a la investigación de Flores se puede rescatar la siguiente apreciación crítica:

La investigación tiene relevancia y pertinencia en el campo social, económico y político. Particularmente en lo referente a políticas públicas dirigidas a la prestación de servicios básicos a la población por parte del sector público; dada la importancia de la salud para los procesos productivos, para mejorar la calidad de vida de los habitantes de Bolivia, el estudio indaga el efecto de la inversión pública en salud sobre el índice de miseria de Okún (malestar económico); lo cual permite el desarrollo de los conocimientos de las ciencias políticas y económicas; aportando significativamente a la solución de problemas sociales, económicos, políticos y administrativos que atraviesan los países de Latinoamérica.

2.1.3 Autor: Verde Mallqui Filomena

Obra: “Los efectos de la inversión pública en la salud de la población en la región Huánuco 2016 – 2018”.

Verde (2018) plantea el siguiente problema de investigación ¿La salud de la población de la Región Huánuco es precaria debido a que la inversión pública en el sector es deficitaria en el período 2016-2018? (p.17).

En lo específico, plantea lo siguiente: 1) ¿La salud de la población de Huánuco tiene deficiencias y es de baja calidad? 2) ¿La inversión pública en el sector salud es deficitaria por lo que la salud de la población es cada vez más precaria? 3) ¿Cuál es el grado de incidencia entre la inversión pública para el sector salud y la salud poblacional de la región Huánuco para el periodo 2016- 2018? (Verde, 2019, p. 17).

En base a los problemas planteados la autora plantea el objetivo general y los siguientes objetivos específicos respectivamente: Contribuir a mejorar la salud poblacional de la Región Huánuco, a través del análisis cuantitativo y cualitativo del presupuesto de Inversión Pública para el sector salud en el periodo 2016 – 2018.; Determinar las características deficitarias del sector salud en la Región Huánuco en el periodo 2016 -2018. → Establecer la relación de causa y efecto entre la Inversión Pública y la calidad de salud de la población de la Región Huánuco en el periodo 2016 – 2018. → Describir el grado de influencia de la Inversión Pública en el sector salud y los efectos en la calidad de salud poblacional de la Región Huánuco en el período 2016 – 2018 (Verde, 2019, p. 18).

Respecto a la metodología aplicada a la investigación es descriptivo – explicativo, cuyo interés se centra primero en describir los hechos a raíz de la luz de los datos existentes, es decir explicar el incremento de la inversión pública en qué medida afecta o genera mejoras en las condiciones de salud. corresponde al tipo de estudio correlacional donde se pretende describir y explicar la relación de causa y efecto de una variable independiente sobre otra variable dependiente en función del cual se probará la relación hipotética de nuestras variables, inversión pública y salud (Verde, 2019, p. 79).

Como conclusión de la investigación se puede extraer lo siguiente: 1. La Región Huánuco se encuentra entre uno de las regiones más pobres del Perú el mismo que refleja en los indicadores de salubridad y educación. 2. La inversión pública en el sector salud se ha ido incrementando en cada periodo trianual, sin embargo, los resultados en la salubridad de la población no reflejan la inversión que hace el estado. 3. La inversión pública no es

eficiente y con ello los índices de salubridad de la población son cada vez más precarias. 4. La capacidad de gasto del sector salud en la Región Huánuco tiene un promedio de un 60%, el mismo que está entre los más ineficientes a nivel nacional. 5. La cobertura de la salubridad poblacional alcanza un 55% lo que significa que tiene un déficit de cobertura, el mismo que no está en los planes de las autoridades de turno. 6. Las tasas de mortalidad infantil, juvenil, adulto y adulto mayor tienen un incremento en cada periodo trianual. (Verde, 2019, p. 139).

Apreciación crítica.

En base a la investigación de Verde, se puede rescatar la siguiente apreciación crítica. La investigación no plantea los problemas tanto general como los específicos. Con una pregunta concreta, ya que más parece una afirmación y/o Hipótesis, excepto el problema específico 3, pregunta sobre es el grado de incidencia entre la inversión pública para el sector salud y la salud poblacional de la región Huánuco para el periodo 2016- 2018.

2.1.4 Autor: Leiva Tarazona Armando

Obra: “Evaluación del impacto de las organizaciones de juntas vecinales en la seguridad ciudadana en el distrito de San Martín de Porres Lima- Perú 2016”.

Leyva (2016), plantea el siguiente problema de investigación ¿Cuál será el impacto de las organizaciones de juntas vecinales en la seguridad ciudadana en el Distrito de San Martín de Porres Lima- Perú, 2016? (p.3)

En lo específico, plantea lo siguiente: ¿Cuál será el impacto de la coordinación de las organizaciones de juntas vecinales con: la Policía Nacional; la Municipalidad; los vecinos del barrio, en la seguridad de la victimización y homicidio en el distrito de San Martín de Porres, Lima - Perú, 2016? (Leiva Tarazona, 2016, p. 3)

En base a los cuestionamientos el autor plantea el objetivo general, Determinar el impacto de las organizaciones de juntas vecinales en la seguridad ciudadana en el distrito de San Martín de Porres, Lima - Perú, 2016 y específicamente a. Determinar el impacto de la coordinación de las organizaciones de juntas vecinales con: la Policía Nacional; la Municipalidad; los vecinos del barrio, en la seguridad de la victimización y homicidio en el distrito de San Martín de Porres (Leiva, 2016, p. 4)

La metodología aplicada a la investigación es de enfoque cuantitativo para evaluar el impacto del proyecto de las organizaciones de juntas vecinales en la seguridad ciudadana en el distrito de San Martín de Porres Lima Perú 2016. La metodología usada en esta

investigación es de tipo descriptivo, de diseño cuasi experimental de comparaciones reflexivas porque se compara la victimización, y homicidio a un proyecto y sin proyecto de la organización de las juntas vecinales. (Leiva, 2016, p. 48)

Conclusión si hubo un impacto significativo de las organizaciones de juntas vecinales en la seguridad ciudadana en el distrito de San Martín de Porres Lima Perú 2016. Específicamente concluye que si hubo un impacto significativo de la coordinación de las organizaciones de juntas vecinales con la Policía Nacional; la Municipalidad; los vecinos del barrio en la victimización y homicidio en el distrito de SMP Lima Perú 2016.

Apreciación crítica.

La presente investigación es muy importante para mi tesis, porque se tiene una alternativa muy interesante hacia la mejora del bienestar social, contando con las organizaciones de juntas vecinales que se podría implementar en otras regiones como la de Junín, complementadas con las inversiones públicas en seguridad ciudadana; en infraestructura, equipamiento y capacitaciones periódicas, se lograría resultados positivos mejorando el resultado social.

2.1.5 Autor: Alexis Acevedo Rubilar

Obra: “Aporte de la inversión pública en infraestructura en la percepción de seguridad ciudadana” (2010)

La investigación de Acevedo (2010) establece como situación problemática que la inversión pública en infraestructura: “Han sido un componente significativo de las políticas públicas para prevenir el temor al delito de los últimos años”. (p. ii)

Uno de los conceptos claves que se trabaja en esta memoria es el de Prevención Situacional, definido como el tipo de prevención que busca diseñar estrategias que manipulen el ambiente inmediato de forma sistemática y permanente, para posibilitar la reducción de las oportunidades para cometer delitos e incrementar la percepción de seguridad en la población. En función de este enfoque, se analizaron las inversiones en infraestructura pública relevantes en Seguridad Ciudadana, especialmente las que fomentan la vigilancia natural y el refuerzo de los lazos afectivos. (p. ii)

En relación a los objetivos, el citado autor plantea lo siguiente:

Objetivo General. Analizar la relación entre Inversión Pública en Infraestructura y la Percepción de Seguridad enfocada en la comuna de La Pintana.

Objetivos específicos

Caracterizar el rol que la inversión en infraestructura juega en la política de Seguridad Ciudadana, tanto en Chile como en la experiencia internacional.

Identificar los tipos de inversión pública en infraestructura relevantes en el tema de Seguridad Ciudadana.

Evaluar el impacto de diferentes tipos de inversión en infraestructura en la percepción de seguridad en barrios con diferentes características de dotación.

Proponer medidas de Políticas Públicas que pueda ayudar a la toma de decisiones de Inversión en Infraestructura Pública en Seguridad Ciudadana (Acevedo, 2010, p. 3)

La investigación se inicia con un marco teórico donde se revisan los conceptos y orientación es más importantes con respecto a la inversión en infraestructura como parte de una estrategia preventiva de Seguridad Ciudadana, así como también revisa las políticas implementadas por el Gobierno desde los noventa hasta la actualidad y cuál ha sido el rol de la inversión infraestructura en los distintos programas o estrategias que se han ejecutado tanto a nivel nacional como internacional. (Acevedo, 2010, p. 1)

Con esta información se espera en mi Tesis poder identificar las inversiones públicas e infraestructura relevantes para la investigación en cuanto a la Prevención y Protección en, donde intervienen las condiciones sociales y ambientales que explican la ocurrencia de delitos y la sensación de inseguridad.

Metodología

Acevedo (2020) se basa en:

Un análisis exploratorio donde se buscó tener conocimiento de la percepción de un vecino de la comuna de La Pintana sector sur de Santiago (Capital de Chile) con respecto a una inversión relevante en Seguridad Ciudadana construida (o reparada) cercana a su domicilio. el instrumento utilizado fue una encuesta de percepción de seguridad con una estructura de escala, el autor decidió trabajar sobre una pequeña muestra formada por 12 inversiones relevantes de la comuna construidas en los últimos tres años, donde cada una

estará representada por 12 encuestados mayores de 18 años (6 hombres y 6 mujeres), con domicilio cercano a la inversión. (Acevedo, 2010, p. 40)

Como Conclusión de la investigación de Acevedo (2020),

En el análisis global se observó que las inversiones pertenecientes a barrios con dotación deficiente fueron las peor evaluadas, lo que podría explicar que los habitantes de estos barrios, al vivir en carencia de equipamiento no valoran el aporte de una inversión adicional como sí lo hacen los vecinos que viven en barrios mejor dotados, lo que es más notorio en las inversiones en Alumbrado Público y sedes sociales. Por este motivo, es aconsejable invertir en barrios vulnerables y con dotación deficiente en diferentes tipos de inversión de manera simultánea, ya que las inversiones puntuales no ayudan a reducir el temor de forma considerable como en barrios mejor dotados.

Pareciera ser que tiene una mayor trascendencia en el temor de la población, el tipo de inversión a construir o reparar que el barrio donde intervenir, ya que en general las áreas verdes, multicanchas y alumbrado público obtienen resultados positivos en diferentes tipos de barrios por lo que los proyectos de inversión en prevención situacional deberían centrarse en estos tres tipos de inversión. (Acevedo, 2010, p. 72)

Apreciación crítica

En base a todo lo mencionado correspondiente a esta investigación, se amerita la siguiente apreciación crítica:

Muy importante el logro del autor, al analizar diferentes segmentos de población para direccionar la inversión en infraestructura pública necesaria acorde con la realidad de la zona Acevedo (2020),

... es necesario complementar este estudio con información de variables que no han sido consideradas, como por ejemplo analizar cómo influye la inversión en infraestructura pública en la disminución de la victimización, ya que el objetivo de la inversión no sólo es reducir la percepción de temor sino que también reducir los delitos cometidos, como también es necesario complementar este documento con un análisis de costo – beneficio, lo que ayudaría a los tomadores de decisión a tomar líneas de acción con toda la información disponible y así transparentar los objetivos de las inversiones, lo que enfocaría el impacto de las medidas. (Acevedo, 2010, p. 73)

Finalmente, la importancia de esta tesis radica en cómo se podría reducir la inseguridad ciudadana, ya que cada vez más está en crecimiento acelerado y no hay políticas de inversión específicas que ayudan a direccionar eficientemente el gasto en infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

2.1.6 Autor: Casimiro Cabello Juan. M

Obra: “Seguridad Ciudadana según la opinión de los empresarios turísticos en el distrito de Santa María, 2017”, Huaura, Lima.

Casimiro. (2017), plantea el siguiente problema de investigación, “¿Cómo incide la seguridad ciudadana en la opinión de los empresarios turísticos en el Distrito de Santa María 2017?” (p. 24).

En base a este cuestionamiento planteado, el objetivo que se plantea el investigador, Casimiro. (2017), es el de “describir como incide la seguridad ciudadana en la opinión de los empresarios turísticos en el Distrito de Santa María 2017” (Casimiro, 2017, p. 25).

Y específicamente Conocer como incide el liderazgo en la opinión de los empresarios turísticos en el Distrito de Santa María 2017. Describir como incide el compromiso social en la opinión de los empresarios turísticos en el Distrito de Santa María 2017. Describir como incide la responsabilidad social en la opinión de los empresarios turísticos en el Distrito de Santa María 2017. Conocer como incide la organización en la opinión de los empresarios turísticos en el Distrito de Santa María 2017. Describir como incide la prevención en la opinión de los empresarios turísticos en el Distrito de Santa María 2017. 26 conocer como incide la participación en la opinión de los empresarios turísticos en el distrito de Santa María 2017. (p.25).

La metodología usada en esta investigación, es de diseño no experimental, de tipo básica, descriptiva - correlacional, y con un enfoque cuantitativo, Básica o pura. Se aplicará a la realidad, buscando que obtener datos primarios directamente de la población investigada. Sus resultados solo servirán para dar recomendaciones y sugerencias, sin buscar que se cambie lo existente en forma inmediata, sino para que sirva para elaborar estrategias de intervención.

De esta manera, la investigación de Casimiro. (2017) plantea la siguiente hipótesis:

La seguridad ciudadana incide en la opinión de los empresarios turísticos en el Distrito de Santa María 2017, asimismo el liderazgo, el compromiso social, la responsabilidad social, la organización, la prevención y la participación incide en la opinión de los empresarios turísticos en el Distrito de Santa María 2017. (Casimiro, 2017, p. 51,52)

Por tanto, como conclusión Casimiro. (2017):

obtuvo que la seguridad ciudadana si incide en la opinión de los empresarios turísticos en el Distrito de Santa María 2017 así mismo el compromiso social; la responsabilidad; la organización; la prevención; la participación; si inciden en la opinión de los empresarios turísticos en el Distrito de Santa María 2017 (p. 78)

Apreciación crítica

Esta tesis es muy importante para mi trabajo de investigación respecto a nuestras instituciones de seguridad para un mejor bienestar de la ciudadanía, tendiente a fortalecer las instituciones en la región Junín, el cual es nuestra preocupación. Ya que la opinión de los empresarios, emprendedores, comerciantes y población en general son muy importantes para direccionar la inversión pública, en este caso particular referido a la necesidad de la población de contar con seguridad ciudadana eficaz y eficiente, para desarrollarse económica y socialmente dentro de la región y sumar al crecimiento del PBI regional y nacional.

2.2. Teorías básicas

2.2.1 Teoría sobre la inversión pública (El Estado emprendedor: Mariana Mazzucato)

Pensar en los rendimientos de la inversión pública nos obliga a repensar la terminología con la que describimos el Gobierno. Representar al Gobierno como un creador de valor más activo: invertir, no solo gastar, y tener derecho a obtener una tasa de rendimiento, eventualmente puede modificar cómo es considerado y cómo se comporta. Con demasiada frecuencia, los Gobiernos se ven solo como "facilitadores" de un sistema de mercado, en oposición a cocreadores de riqueza y mercados. E, irónicamente, esto produce exactamente el tipo de Gobierno que a los críticos les gusta criticar: débil y aparentemente "amigable para los negocios", pero abierto a la captura y la corrupción, privatizando partes de la economía que deberían estar creando bienes públicos y colectivos. Sin embargo, este triste resultado es innecesario El papel del Gobierno en la creación de valor debe reflejarse

mejor, no solo en el PIB, sino también, en el concepto de "valor público". Si bien este término se ha utilizado en la literatura de la administración pública, con demasiada frecuencia ha servido para presionar al Gobierno para que obtenga "Relación calidad-precio" en lugar de permitir que los procesos democráticos participen en un debate abierto sobre por cuál tipo de sociedad deberíamos estar luchando, y el papel del gasto público, la inversión y la regulación para lograrla (Mazzucato, 2018).

La autora busca conectar el gasto fiscal propuesto por Keynes con las inversiones en innovación argumentadas por Schumpeter. "El apoyo a la innovación puede tomar forma a través de inversiones en I+D, infraestructura, desarrollo de habilidades laborales y soporte directo e indirecto a tecnologías y compañías específicas" La economía neoclásica proveía un modelo de crecimiento en la que se ignoraba el impacto de la innovación y el cambio tecnológico en la producción. Esta formulación fue replanteada a partir del trabajo de Joan Robinson en el que se propone una nueva teoría del crecimiento económico en donde la tecnología es modelada como el resultado endógeno de la función de inversión tanto en I+D como en la formación de capital humano.

El énfasis teórico en la importancia del cambio tecnológico sobre el crecimiento económico llevó a la formulación de políticas públicas que soportaran la naciente economía del conocimiento. La discusión se torna no por la cantidad de fondos asignados a I+D, sino por la efectividad de los sistemas de innovación (al nivel sectorial, regional y nacional) en la creación y difusión de nuevas tecnologías. Para ilustrar este punto, la autora compara los sistemas de innovación de Japón y la Unión Soviética en 1970-1980. Mientras Japón destinó en promedio el 2% del PIB a I+D, la Unión Soviética hizo lo propio con un promedio del 4%.

A pesar de esta significativa diferencia en el monto destinado a investigación y desarrollo, Japón sostuvo tasas de crecimiento más altas en las décadas mencionadas. La diferencia se dio en la estructura de los sistemas de innovación de cada país. La inversión en la URSS se enfocaba en el sector aeroespacial y defensa, por el contrario, la inversión japonesa se distribuyó en diversos sectores de la economía; adicionalmente, en Japón existía una fuerte integración entre las actividades de I+D, producción y comercialización de tecnologías; mientras que en la URSS el esquema no permitía a las empresas comercializar tecnologías desarrolladas con inversión estatal. Las políticas industriales del Ministerio de Industria y Comercio Internacional de Japón (MITI) lograron un impacto altamente significativo, pasando de la simple selección de empresas promisorias (Picking Winners) a

la coordinación de todo un sistema de innovación nacional con eslabonamientos intraindustriales e intersectoriales que facilitaron el crecimiento conjunto a través de la cooperación.

Teoría de Keynes

Inversión Pública – Inversión Privada

Los conceptos de inversión pública y privada desde la teoría Keynesiana que reconoce el papel intervencionista del estado en el logro del equilibrio general. “En la inversión pública el análisis de los beneficios y costos de un proyecto se efectúa desde el punto de vista de toda la colectividad” (Ruiz, 2015, p. 135). Con esto no se entiende necesariamente la colectividad nacional, pues puede tratarse muy bien de una región, sino sencillamente de un grupo de individuos lo suficientemente amplio para incluir intereses diversos y hasta contrapuestos.

De esta forma será posible identificar el efecto del proyecto sobre el público en general. Naturalmente, esto no excluye que la autoridad pública pueda también proceder a un análisis económico desde el punto de vista de los beneficios privados del proyecto en cuestión, en particular para determinar su capacidad de pago y eventualmente cargar sobre ellos parte de los costos del proyecto, pero éste es un aspecto secundario del problema que ahora se trata”. En la inversión privada el análisis recae sobre la búsqueda de beneficio desde los intereses individuales o de unidades económicas empresariales determinadas, en las condiciones de las fuerzas del mercado. En las condiciones de los países tercermundistas el estímulo a la inversión privada choca con la falta de iniciativa privada y el deseo de afrontar riesgos. En resumen, la inversión pública y privada, aunque son complementarias ponderan de diversas formas los elementos estructurales del desarrollo, interviniendo por vías distintas (Ruiz, 2015, p. 136).

Luego, de la “Gran Depresión”, el economista británico John Maynard Keynes propuso, como salida a la crisis, una nueva teoría que ubicaba al Estado como participante en la economía, el Estado era un agente de la economía. En su obra llamada Teoría General del Empleo, el Interés y el Dinero, publicada en el año 1936, Keynes explicaba las razones por las que se provocó la crisis antes mencionada y los mecanismos para salir de ella. El Estado con su papel de eje estratégico en el marco de la teoría Keynesiana, destacó la importancia de la política fiscal en el crecimiento económico, partiendo del estudio de la

demanda agregada mediante la incorporación de la inversión, gasto público y el consumo como variables macroeconómicas (Ruiz, 2015, p. 136).

De acuerdo con Jahan, Saber y Papageorgiou (2014) Los keynesianos propondrían incurrir en un gasto deficitario destinado a proyectos de infraestructura que demanden mucha mano de obra para estimular el empleo y estabilizar los salarios cuando la economía se contrae, y elevarán los impuestos para enfriar la economía y evitar la inflación ante un abundante crecimiento de la demanda. La política monetaria también podría utilizarse para estimular la economía, por ejemplo, bajando las tasas de interés para alentar la inversión (p. 53).

Con base en lo anteriormente expuesto, se observa un claro ejemplo de cómo el Estado, según el pensamiento Keynesiano, podría incidir en la generación de empleo o la producción. Keynes determina que el gasto público puede condicionar una política fiscal expansiva o contractiva, según su aplicación.

2.2.2 Teoría del desarrollo humano sostenible. Amartya Sen

El Informe sobre Desarrollo Humano fue creado en 1990 con el aporte de importantes académicos, especialmente, del economista Amartya Sen. Su contribución se centra en tres conceptos fundamentales: libertades, capacidades y agencia; a partir de estos conceptos se configura una perspectiva del desarrollo fundada en la idea del aumento de la riqueza de la vida humana en lugar de la riqueza de la economía en la que las personas viven. Esta configuración permite determinar una nueva perspectiva del *desarrollo humano*. En este documento se presentan los principales argumentos con los que Amartya Sen sustenta su contribución en el Informe de Desarrollo Humano y con los elementos que configuran un Índice de Desarrollo Humano, centrado en la medición de “tres elementos esenciales de la vida humana: longevidad, conocimientos y niveles decentes de vida” (Picazzo, Gutiérrez, Infante, y Cantú, 2011, p. 257).

La capacidad de una persona depende de varios factores, que incluyen las características personales y los arreglos sociales. Por supuesto, una explicación total de la libertad de un individuo debe ir más allá de las capacidades de la vida personal y prestar atención a los otros objetivos de la persona (por ejemplo, metas sociales que no están directamente relacionadas con su propia vida), pero las capacidades humanas constituyen una parte importante de la libertad individual (Sen, 1998, p. 58).

Diagrama construcción del índice de desarrollo humano:

Componente	Una vida larga y saludable	Conocimientos		Un nivel de vida decoroso
Indicador	Esperanza de vida al nacer	Tasa de alfabetización de adultos	Tasa bruta de matriculación	PBI per cápita
Índice del componente	Índice de esperanza de vida	Índice de alfabetización de adultos	Índice de tasa bruta de matriculación	Índice del PBI Índice de educación

Fuente: adaptado del Informe de Desarrollo Humano (1990).

Amartya Sen, recopilando la clasificación de Hirschman, agrupa las teorías del desarrollo en dos grandes grupos (Pedrajas, 2006):

- Las teorías duras del desarrollo que consideran el desarrollo como un proceso estrictamente económico que requieren un gran sacrificio de la generación actual, que de acuerdo con Churchill exigen: “Sangre, sudor y lágrimas”. En esta modalidad se incluyen la teoría de la acumulación, teoría de la modernización, teoría de la dependencia entre otras. Estas teorías presentan aspectos positivos que se incorporaran al enfoque de desarrollo humano.
- Las teorías amables del desarrollo que consideran el desarrollo como un proceso amigable, destacando la cooperación entre los individuos y para consigo mismos. En esta modalidad se incluirían las reflexiones sobre el desarrollo sostenible, las teorías del capital humano y capital social, el enfoque de la satisfacción de las necesidades humanas y, finalmente, el desarrollo humano.

Los fines y los medios del desarrollo obligan a colocar la perspectiva de la libertad en el centro del escenario. En este enfoque, los individuos han de verse como seres que participan activamente —si se les da la oportunidad— en la configuración de su propio destino, no como meros receptores pasivos de los frutos de ingeniosos programas de desarrollo. El Estado y la sociedad tienen un gran papel que desempeñar en reforzamiento y en la salvaguardia de las capacidades humanas. Su papel es ayudar, no proporcionar algo ya acabado. El enfoque de los fines y los medios del desarrollo basado en la libertad reclama nuestra atención. (Sen, 2000, p. 75)

Las oportunidades sociales se refieren a los sistemas de educación, salud, entre otros, que tiene la sociedad y que incluyen en la libertad fundamental del individuo para vivir mejor. Estos servicios son importantes tanto para la vida privada de los individuos para tener

una vida sana y larga, como para participar más eficazmente en las actividades económicas y políticas. (Sen, 2000)

Amartya Sen aporta su concepción sobre el desarrollo como un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfruta el individuo. Este contraste lleva a focalizar la atención en los fines del desarrollo y no solo en los medios para alcanzarlo. (Sen, 2000)

Para el logro del desarrollo se deben eliminar las fuentes de privación de la libertad: la pobreza y la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y las privaciones sociales sistemáticas, el abandono en la prestación de los servicios públicos y la intolerancia o el exceso de intervención de los Estados represivos.

2.3. Marco conceptual

Evaluación de resultados

Resultado social

Un indicador social es una medida de resumen, de preferencia estadística, referente a la cantidad o magnitud de un conjunto de parámetros o atributos de una sociedad. Permite ubicar o clasificar las unidades de análisis (personas, naciones, sociedades, bienes, etc.) con respecto al concepto o conjunto de variables que se están analizando.

Existen indicadores simples e indicadores complejos. Por ejemplo, la tasa de analfabetismo y el acceso al agua potable son indicadores sociales simples, ya que se refieren a atributos cuya presencia o nivel calidad se puede constatar de forma simple y empírica. Diferente es el caso de indicadores como clase social o prestigio, que requieren un marco conceptual más complejo, al ser ambos una construcción teórica y no tener una equivalencia empírica concreta. En la composición de indicadores se deben tener conceptos claros y precisos, que no requieran un gran desarrollo matemático o estadístico. (Bobadilla, 1998).

Bienestar social

El concepto bienestar se refiere a las actitudes y comportamientos que mejoran la calidad de vida y nos ayuda a llegar a un estado de salud óptima. Es aquel proceso activo dirigido a mejorar nuestro estilo de vida en todas sus dimensiones (Donatell, Snow y Wilcox, 1999, p. 26).

El bienestar social es sencillamente “la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad” (Keyes, 1998, p. 122).

Éste es también el marco en el que inscribimos la propuesta sobre el bienestar social: la necesidad de tomar en consideración lo individual y lo social, el mundo dado y el mundo intersubjetivamente construido, la naturaleza y la historia, por utilizar los términos de Vygotski; ambas caras de la existencia tienen relación con la salud cívica y el capital social (Putnam, 2000), con la salud física (Cabañero et al., 2004), y muy especialmente con la salud mental (Keyes y Shapiro, 1999).

Evaluación social del proyecto

La evaluación social de proyectos compara los beneficios y costos que una determinada inversión puede tener para la comunidad de un país en su conjunto. No siempre un proyecto que es rentable para un particular también lo es para la comunidad, y viceversa.

Tanto la evaluación social como la privada usan criterios similares para estudiar la viabilidad de un proyecto, aunque difieren en la valoración de las variables determinantes de los costos y beneficios que se les asocian. A este respecto, la evaluación privada trabaja con el criterio de precios de mercado, mientras que la evaluación social lo hace con precios sombra o sociales. Estos últimos, con el objeto de medir el efecto que tendrá implementar un proyecto sobre la comunidad, deben tener en cuenta los efectos indirectos y externalidades que generan sobre su bienestar, por ejemplo, la redistribución de los ingresos o la disminución de la contaminación ambiental. (Sapag, y Sapag, 2014, p. 7).

Inversión pública en salud

Proyecto de inversión pública

Un proyecto de inversión pública es una alternativa o un instrumento para optimizar la utilización de los recursos públicos destinados a la inversión. Para tal efecto, los organismos del Estado aplican un conjunto de principios, normas técnicas, métodos y procedimiento en la identificación, formulación, evaluación y ejecución de los proyectos. Siendo el propósito de generar un beneficio económico, social, ambiental y sectorial. Puede decirse que utiliza total o parcialmente los recursos públicos, con el fin de crear, ampliar, mejorar, modernizar o recuperar la capacidad productora de bienes o servicios. Su objetivo es dar solución a algún problema identificado en determinada área o en una población específica por lo que debe satisfacer un fin social con su ejecución. (Cerron, 2012, pp. 399,400).

Inversión en salud

La inversión en salud va mucho más allá de su rendimiento reflejado en la prosperidad económica a través del producto interno bruto (PIB). Las personas dan un gran valor monetario a los años de vida adicionales que las inversiones en salud pueden proporcionar –un valor inherente a permanecer con vida por más tiempo, que no tiene que ver con la productividad. Los encargados del diseño de políticas deben esforzarse más para asegurar que el gasto en salud refleje las prioridades de la gente. Para asegurar que los servicios sean accesibles para todos, la función del gobierno en el financiamiento de la salud es muy clara. Sin financiamiento público, habrá quienes no podrán costear los servicios que requieren y se verán forzados a elegir la enfermedad –o incluso la muerte– y la ruina económica, una elección devastadora que ya está llevando a 150 millones de personas a la pobreza cada año. En países de bajos ingresos (PBI) y países de ingresos medios (PIM), el financiamiento público debería ser utilizado para alcanzar la cobertura universal con un paquete de intervenciones altamente costo-efectivas (mejores inversiones u opciones). Los gobiernos que no protejan la salud y el patrimonio de su pueblo de esta manera serán incapaces de obtener los beneficios de una prosperidad económica y un crecimiento a largo plazo. (Yamey, 2017, p. 322)

Seguridad ciudadana

Las definiciones de seguridad ciudadana han enfatizado distintas dimensiones y niveles del fenómeno, en especial su intangibilidad y su carácter subjetivo. La seguridad ciudadana se define, de una manera amplia, como la preocupación por la calidad de vida y la dignidad humana en términos de libertad, acceso al mercado y oportunidades sociales. La pobreza y la falta de oportunidades, el desempleo, el hambre, el deterioro ambiental, la represión política, la violencia, la criminalidad y la drogadicción pueden constituir amenazas a la seguridad ciudadana. Desde otra perspectiva, se plantea que la seguridad ciudadana tiene como principal significado el no temer una agresión violenta, saber respetada la integridad física y sobre todo, poder disfrutar de la privacidad del hogar sin miedo a ser asaltado y poder circular tranquilamente por las calles sin temer un robo o una agresión. La seguridad sería una creación cultural que hoy en día implica una forma igualitaria de sociabilidad, un ámbito libremente compartido por todos (Arriagada, Godoy, 1999, p. 9).

Salud

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aparece una definición amplia: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La Constitución afirma también que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Es poco probable que se disienta de esas afirmaciones, pese a que implican la existencia de grados diversos de salud”. La definición de la OMS expresa un ideal más que un objetivo alcanzable. (Documentos básicos, 38a edición. Ginebra), (OMS, 1990)

Salud física

La salud física, debe entenderse como el óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, ya que tiene que ver con nuestro cuerpo; con nuestro caparazón y vehículo el cual nos ha transportado desde el día que nacimos y lo hará hasta el día de nuestra muerte. Para asegurarnos de que sí vamos a llegar lo más lejos posible en la vida, tenemos que cuidar a nuestro cuerpo de la mejor manera. Dicha salud física, se logra con ejercicio o deporte, buena alimentación y con una buena salud mental. (Programa institucional actividades de educación para una vida saludable. Lic. Velásquez Cortez Suhail) (Velásquez Cortez, 2013).

Salud emocional

La salud emocional es el manejo responsable de los sentimientos, pensamientos y comportamientos; reconociéndolos, dándoles un nombre, aceptándolos, integrándolos y aprovechando la energía vital que generan para que estén al servicio de los valores. Las personas emocionalmente sanas controlan sus sentimientos de manera asertiva y se sienten bien acerca de sí mismo, tienen buenas relaciones personales y han aprendido maneras para hacerle frente al estrés y a los problemas de la vida cotidiana. (Programa institucional actividades de educación para una vida saludable. Lic. Velásquez Cortez Suhail) (Velásquez Cortez, 2013).

2.4. Enfoque teórico-conceptual asumido

Teniendo en consideración los enfoques teóricos citados (2.2) en esta investigación se asume los siguientes aspectos:

Se adoptará el enfoque teórico metodológico empleado por Amartya Sen en primer lugar las teorías duras del desarrollo que consideran el desarrollo como un proceso

estrictamente económico. En esta modalidad se incluyen la teoría de la acumulación, teoría de la modernización, teoría de la dependencia entre otras. Estas teorías presentan aspectos positivos que se incorporaran al enfoque de desarrollo humano. En segundo lugar, Las teorías amables del desarrollo que consideran el desarrollo como un proceso amigable, considerando las teorías del capital humano y capital social, el enfoque de la satisfacción de las necesidades humanas y, finalmente, el desarrollo humano. así como los entornos institucionales, políticos y sociales que permiten el acceso a la salud. Los indicadores están considerados por estrategias mundiales como el Índice de Desarrollo Humano (IDH).

Se asume dichas teorías del desarrollo humano, porque la teoría del desarrollo humano y la sustentabilidad constituyen una plataforma básica, una agenda para la acción que permite sentar las bases para que la salud sea una piedra angular dentro de los derechos y libertades humanas universales en el marco de las oportunidades que la sociedad puede construir en beneficio de todos.

También se puede señalar que para poder analizar los avances o retrocesos de estos entornos y del logro de las oportunidades sociales es necesario contar con indicadores, como los planteados por Amartya Sen IDH Índice de desarrollo humano que nos hablan de la calidad de vida promedio de las distintas naciones. De esta manera, con una nueva medición centrada en los destinatarios del desarrollo se buscaba impulsar una tendencia internacional para que los países se preocuparan por crear las condiciones estructurales, institucionales, sociales y culturales, a fin de que los individuos pudiesen tener la libertad de alcanzar la realización de sus justas aspiraciones y teniendo en el horizonte avanzar hacia la equidad social, los cuales permitirán no sólo mostrar la realidad en materia de salud, sino además proporcionarán herramientas claras para la toma de decisiones en beneficio de la aplicación de políticas en materia de salud.

Respecto a la seguridad ciudadana se puede adoptar el enfoque teórico metodológico planteados por Amartya Sen como un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutan los individuos donde pueden realizar cosas valiosas para ellos y sus familias quien nos hablan de la calidad de vida promedio de las distintas naciones, algo que no se puede lograr si existe una inseguridad ciudadana en crecimiento en las diferentes regiones del Perú, y específicamente en la región Junín.

En relación al enfoque teórico referido a la inversión pública, se asume el desarrollado en la obra El estado emprendedor de Mariana Mazzucato, con los siguientes criterios:

Un estado emprendedor invierte en áreas en las que el sector privado no invertiría, como son seguridad y salud accesible para toda la población sin distinción alguna.

Una inversión pública que es el medio a través del cual el Estado produce los bienes y servicios que permiten alcanzar los objetivos establecidos en el plan de gobierno. Así, el objetivo de mejorar la calidad de vida de los niños se logra mediante la entrega de servicios de salud, la provisión de una educación adecuada y el acceso a mecanismos jurídicos que protejan sus derechos cuando sean vulnerados. Sin atención hospitalaria, servicios educativos, administración de justicia o seguridad ciudadana. Sin estos programas y proyectos de inversión las instituciones de salud y seguridad no lograrían un mejor bienestar en nuestra sociedad peruana.

Finalmente, en esta investigación se asume el enfoque keynesiano referido al papel fundamental de la inversión pública para el cierre de brechas económicas y sociales en épocas de crisis. Teniendo en consideración la crítica situación de la salud y la seguridad ciudadana en la región Junín y el poco interés de la inversión privada en su solución en este trabajo rescatamos el enfoque de Keynes por cuanto ha demostrado su eficacia en los países en los que se ha aplicado.

2.5. Marco legal

Cabe mencionar los siguientes aspectos legales importantes para el estudio:

1. El Consejo Regional de Junín en Sesión Ordinaria celebrada a los 26 días del mes de agosto del año 2005, en la provincia de Huancayo, de conformidad con lo previsto en los artículos 197 y 198 de la Constitución Política del Perú de 1993, modificada por la Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV,
2. Respecto a la Descentralización - Ley N° 27680, la Ley de Bases de la Descentralización - Ley N° 27783,
3. Respecto a la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales - Ley N° 27867, su modificación en parte por la Ley N° 27902 y demás Normas Complementarias, y
4. El Dictamen N° 001-2005-GRJ/CR/CPDS, con el cual la Comisión Permanente Desarrollo Social del Consejo Regional - Junín, eleva al Pleno el Proyecto de Ordenanza que aprueba el “Plan Regional Concertado de Salud 2005-2012”;
5. Que mediante la Ley N° 30823 Ley que delega en el Poder Ejecutivo, la facultad de legislar en materia de gestión económica y competitividad, de integridad y de lucha

contra la corrupción, de prevención y protección de personas en situación de violencia y vulnerabilidad de modernización de la gestión del Estado.

6. El Decreto Legislativo N° 1432 crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones, modifica el Decreto Legislativo N° 1252 y deroga la ley N° 27293, Ley del Sistema Nacional de inversión Pública.

Inversión pública

Inversión pública es toda intervención limitada en el tiempo que utiliza total o parcialmente recursos públicos, con el fin de crear, ampliar, mejorar, modernizar o recuperar bienes o servicios que se brinda a la población¹. Las inversiones públicas tienen como fin mejorar la calidad de vida de la población y el desarrollo de la comunidad. A través de las inversiones públicas, las autoridades y funcionarios del Estado (esto incluye ministerios, gobiernos regionales y locales) deben responder a las necesidades de la población y, por lo tanto, a las prioridades de desarrollo local que ayuden a mejorar su calidad de vida haciendo uso responsable de los recursos financieros con que cuenta. (www.mef.gob.pe, pág. [invierte.pe](http://www.mef.gob.pe)).

Proyecto de inversión pública

Los PIP están definidos como “las acciones temporales, orientadas a desarrollar las capacidades del Estado para producir beneficios tangibles e intangibles en la sociedad”

Un Proyecto de Inversión debe cumplir con las características de ser una intervención limitada en el tiempo que implique la aplicación de recursos públicos con el fin de ampliar, mejorar y modernizar la capacidad productora de bienes o prestadora de servicios, cuyos beneficios son independientes de los de otros. Inversión Pública [invierte.pe](http://www.mef.gob.pe) (www.mef.gob.pe).

Identificación del proyecto

Es definir claramente el problema central identificado con objetivo de cómo se pueden plantear alternativas de solución para resolver dicho problema que afecta a una población determinada. Primero será necesario conocer a fondo dicho problema, para luego, y en base a ello, poder proponer diferentes soluciones, cada una de las cuales estará asociada a diferentes costos y beneficios. Toda esta información deberá analizarse en forma conjunta para determinar cuál será la alternativa de solución más eficiente. Para poder lograr este objetivo, será necesario seguir un proceso con las siguientes 3 etapas principales: 1. Diagnóstico de la situación negativa que afecta a una población 2. Definición del problema 3. Planteamiento del Proyecto de Inversión Pública (PIP) para mitigar el problema

(Identificación, Formulación y Evaluación de un Proyecto de Inversión Pública Mef.)
(www.mef.gob.pe)

Formulación del proyecto

El objetivo de este módulo es dimensionar el servicio en función a una población demandante y plantear alternativas técnicas, a fin de estimar los costos del proyecto. En este sentido, el proceso de formulación cuenta con los siguientes elementos principales: Horizonte de evaluación, análisis de la demanda, determinación de la brecha del proyecto, aspectos técnicos, gestión del proyecto y costos. (Identificación, Formulación y Evaluación de un Proyecto de Inversión Pública) (Mef).

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. Clasificación de la investigación

3.1.1 Diseño de la investigación

En primer lugar, cabe mencionar que el Diseño de la investigación es no experimental longitudinal pues, no se hará variar intencionalmente las variables independientes debido a que solo se efectuará la observación del fenómeno, tal y como, se da en su contexto natural a través del tiempo, para después analizarlos (Hernández, Fernández, y Baptista, 2003).

Figura 1

Diseño de la investigación



Fuente: Elaboración Propia

3.1.2 Nivel de investigación

Descriptiva “Diseño de investigación descriptiva. El diseño de investigación descriptiva es un método científico que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera”.

“El método descriptivo es uno de los métodos cualitativos que se usan en investigaciones que tienen como objetivo la evaluación de algunas características de una población o situación en particular. En la investigación descriptiva, el objetivo es describir el comportamiento o estado de un número de variables”.

“El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.”

debido a que tiene como propósito medir el grado de influencia del crecimiento del PBI respecto a los casos de salud, y respecto a los delitos producidos en la Región Junín, debido a que interesa describir y explicar porque la variable bienestar tiende a mantener una fuerte relación con las actividades institucionales de los servicios de salud y seguridad que vienen aplicando en las provincias de la Región Junín fin de contribuir en el bienestar social de la ciudadanía de dicha región.

3.1.3 Propósito de la investigación

BÁSICA: “La ciencia básica, investigación básica o investigación fundamental (muy a menudo identificada como la ciencia pura, concepto que puede tener otros significados), es la ciencia o investigación que se lleva a cabo sin fines prácticos inmediatos, sino con el fin de incrementar el conocimiento de los principios fundamentales de la naturaleza o de la realidad por sí misma.”

“Al no arrojar beneficios inmediatos (económicos o sociales), podría ser vista como un simple ejercicio de curiosidad (que en realidad es una cualidad humana básica y una de las razones esenciales de la actividad científica de todos los tiempos). No obstante, en un plazo mayor o menor los resultados de la investigación básica encuentran aplicaciones

prácticas, en forma de desarrollos comerciales, nuevas técnicas o procedimientos en la producción o las comunicaciones, u otras formas de beneficio social y conocimientos.”

3.3.4 Enfoque de la investigación

Es cuantitativo: “La investigación o metodología cuantitativa es el procedimiento que busca cuantificar los datos y en general aplicar alguna forma de análisis estadístico señalar, entre ciertas alternativas, usando magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante herramientas del campo de la estadística. Por eso la investigación cuantitativa se produce por la causa y efecto de las cosas.”

“Para que exista metodología cuantitativa se requiere que entre los elementos del problema de investigación exista una relación cuya naturaleza sea representable por algún modelo numérico ya sea lineal, exponencial o similar. Es decir, que haya claridad entre los elementos de investigación que conforman el problema, que sea posible definir lo, limitarlos y saber exactamente dónde se inicia el problema, en qué dirección va y qué tipo existe entre elementos:

- Su naturaleza es descriptiva.
- Permite al investigador "predecir" el comportamiento del consumidor.
- Los métodos de investigación incluyen experimentos y encuestas.
- Los resultados son descriptivos y pueden ser generalizados.

Determinamos que este tipo de investigación utiliza datos cuantitativos para recopilar información real y objetiva, podemos citar cifras. Brindan el respaldo necesario para llegar a conclusiones generales de la investigación debido a que estos datos son estadísticos y estructurados.”

3.1.5 Método de la investigación

Analítico-sintético:

Se usará el método analítico – sintético, porque después de realizar la recolección de los datos, se analizarán para comprender mejor su influencia y sintetizarlas con la finalidad de demostrar la hipótesis emergente El Método analítico- sintético es aquel método de investigación que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos y después relacionar cada reacción mediante la elaboración de una síntesis general del fenómeno estudiado.

El método analítico es un proceso que requiere de observación constante en cada etapa, independientemente de que una de ellas lleve dicho nombre. Al mismo tiempo, la experimentación es crucial para determinar comportamientos de la muestra analizada. Tanto como un proceso, así como también, como diferentes partes que componen el proceso.

Por último y con el objetivo de que el estudio no sólo sea cualitativo y descriptivo, es importante contar con herramientas cuantitativas, que permitan medir cada etapa y/o proceso. Por ello, se debe generar un instrumento para estos efectos. En general, se utilizan instrumentos de tipo estadísticos para el análisis de este método.

El método sintético es una forma de razonamiento científico. El cual tiene como objetivo principal resumir los aspectos más relevantes de un proceso.

El método sintético utiliza el análisis como medio para alcanzar su objetivo. De esta forma, utiliza un método que permite realizarlo de forma ordenada y con un protocolo de actuación. Así, la ciencia es ciencia cuando puede ser refutable y, sobre todo, repetible.

Friedrich Engels considera el análisis como un paso necesario para la síntesis. Creía que hay que conocer todo el contexto para poder realizar un resumen adecuado. Solo así este reflejaría de forma clara el contenido del que se extrajo.

3.2. Población y muestra

3.2.1 Población

La población está constituida por las instituciones de servicios de salud y seguridad ciudadana localizadas en la región Junín. Esto compromete al conjunto de entidades quienes intervienen en la identificación, formulación, evaluación y ejecución de las inversiones públicas en salud y seguridad ciudadana:

3.2.2 Muestra

La investigación propuesta es un caso centrado en serie histórica por tanto no existe tamaño de muestra. En este caso la información de inversiones en salud y seguridad ciudadana se obtiene de las instituciones públicas involucradas en la investigación. Inei, Diresa Minsa, Banco de inversiones del Mef, Mininter. Contando con el total de proyectos públicos formulados e inscritos en el banco de inversiones del Mef. en salud y seguridad ciudadana del periodo de análisis 2009-2018.

3.3. Instrumentos de análisis

- **Análisis documental.**

En opinión de Hurtado (2002), las técnicas de recolección de datos comprenden procedimientos y actividades que le permiten al investigador obtener la información necesaria para dar respuesta a su pregunta de investigación.

- **Fuentes de información primaria y secundaria**

Los instrumentos constituyen la vía mediante la cual es posible aplicar una determinada recolección de información.

- **Datos de fuentes primarias**

Para elaborar la tesis se utilizarán fuentes primarias, es decir, fuentes directas de primera mano, relacionadas con los principales asuntos relacionados con los servicios institucionales en la gestión de las actividades, tanto del gobierno regional como también los gobiernos locales, asimismo, de las instituciones que prestan sus servicios de salud en esta Región.

- **Instrumentos de recolección de datos**

Dada la naturaleza de la investigación, no se efectuarán, entrevistas ni cuestionarios, debido a que la información relativa a las diferentes Variables de Investigación se encuentra en las fuentes primarias antes mencionadas.

3.4. Técnicas estadísticas

Como ya se ha manifestado, para la elaboración de esta Tesis se utiliza la técnica de análisis documental y la Computación. Para ello, el procesamiento de los datos para la obtención de las variables, se efectuará utilizando los cuadros estadísticos para un periodo de años 2009 al 2018

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

En este capítulo, se operativizarán las siguientes variables, dimensiones e indicadores:

Tabla 1

Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICA ANÁLISIS	DE INSTRUMENTO	FUENTE	
INVERSION PUBLICA	SALUD	Infraestructura	Documental	Ficha de registro en el BP	Banco de Inversiones Mef	
		Equipamiento	Documental	Ficha de registro en el BP	Banco de Inversiones Mef	
		Recursos Humanos y Capacitación	Documental	Ficha de registro en el BP	Banco de Inversiones Mef	
		Infraestructura	Documental	Ficha de registro en el BP	Banco de Inversiones Mef	
	SEGURIDAD CIUDADANA	Equipamiento		Documental	Ficha de registro en el BP	Banco de Inversiones Mef
				Documental	Ficha de registro en el BP	Banco de Inversiones Mef
		Recursos Humanos y Capacitación	Documental	Ficha de registro en el BP	Banco de Inversiones Mef	
		Tasa de Morbilidad	Documental	Informe anual de salud	Diresa Minsa	
		Tasa de Mortalidad. Defunciones	Documental	Informe anual de salud	Diresa Minsa	
			Documental	Informe anual de salud	Diresa Minsa	
RESULTADOS SOCIALES	SALUD	Recursos acceso y cobertura	Documental	Informe anual de salud	Diresa Minsa	
			Documental	Informe anual de salud	Diresa Minsa	
			Documental	Informe anual de salud	Diresa Minsa	
			Documental	Informe anual de salud	Diresa Minsa	
	SEGURIDAD CIUDADANA	Delitos conocidos (hurto: robo de dinero, cartera, celular)	Documental	Estadística policial	Organismos policiales	
		Índice denuncia Denuncia por violencia sexual.	Documental	Estadística judicial - penal	Sistema penitenciario	
		Denuncia por violencia familiar	Documental	Estadística judicial - penal	Sistema penitenciario	
		(Complemento) Índice de victimización	Documental	Estadística	Mín inter	

Fuente: Elaboración Propia

La investigación describirá, en su análisis y evaluación, el modo de comportamiento de las variables: a) inversión pública y b) resultados sociales.

4.1. La inversión pública en salud y su expresión en los resultados sociales

La variable “inversión pública” es analizada y evaluada en dos dimensiones: a) inversión pública en salud y b) inversión pública en seguridad ciudadana.

4.1.1 Inversión pública en salud de la región Junín

Tabla 2

Inversión pública en salud ejecutado y en ejecución, 2009-2018, Junín

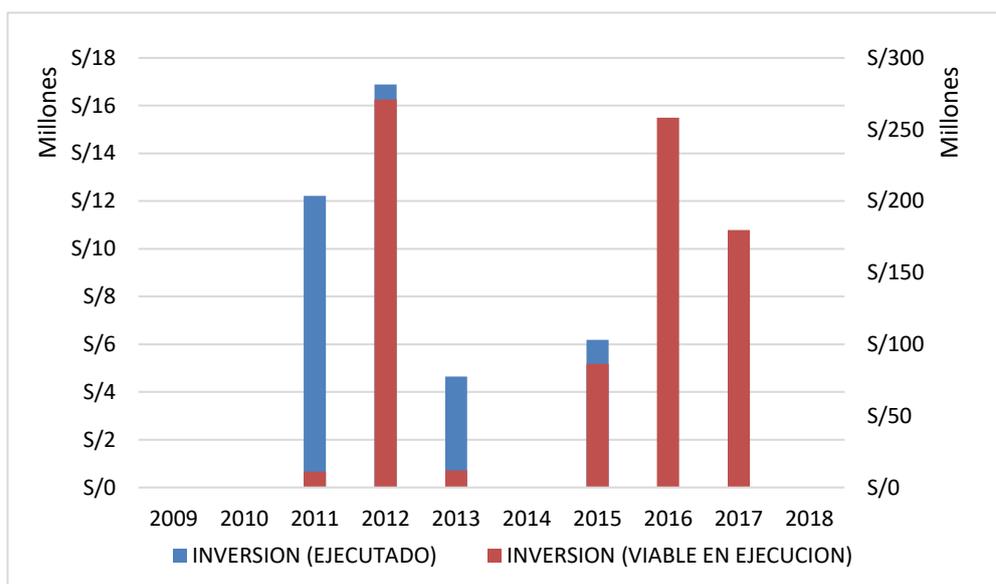
AÑO	INVERSION (EJECUTADO)	INVERSION (VIABLE EN EJECUCION)
2009		
2010		
2011	12,221,291.12	10,997,156.00
2012	16,883,713.00	270,983,331.00
2013	4,654,310.00	11,980,239.25
2014		
2015	6,182,588.66	86,372,648.16
2016		258,238,953.81
2017		179,857,002.85
2018		
TOTAL	39,941,902.78	818,429,331.07

Fuente: Elaboración propia a partir de – Banco de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas 2009-2018

Para el caso de nuestra investigación analizamos la variable Inversión pública en salud, en la tabla 02, se puede apreciar que hay un decrecimiento desde el año 2011 al año 2015, y a su vez no habiendo proyectos de inversión en los años 2009,10,14 16,17 y 18, respectivamente, a diferencia que si hay proyectos de inversión en salud viables que se están ejecutando por un monto de 818 millones de soles, siendo el año 2012 en el cual empezó la ejecución de proyectos que suman más de 270 millones de soles y el año 2016 y 17 por más de 420 millones, que actualmente se encuentran en fase de ejecución de proyectos en la región Junín.

Figura 2

Inversión pública en salud ejecutado y en ejecución, 2009-2018, Junín



Fuente: Elaboración propia a partir de – Banco de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas 2009-2018

En la figura 2, se puede apreciar que las mayores inversiones que se ejecutaron en salud fueron por los años 2011 y 2013, a diferencia a las inversiones en fase de ejecución que actualmente están en marcha, las más representativas fueron por los años 2012 y 2016 respectivamente, sumados ambos resultan más de 529 millones en inversión en salud en la región Junín, dichos datos estadísticos representan a cuarenta y tres proyectos ejecutados y ochenta y cuatro proyectos en marcha que están en plena ejecución.

Entre los proyectos de salud más importantes ejecutados en dicho periodo en la región Junín se pueden mencionar a:

1. Mejoramiento de la capacidad resolutoria del departamento de diagnóstico por imágenes del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo, región Junín”, ejecutado el año 2011, con un monto de inversión de 6 millones 488 mil 760 soles, de los cuales se invirtió más de 6 millones en equipamiento, proyecto que considera a 23 mil 267 beneficiarios.
2. Instalación del servicio. de medicina familiar para la atención primaria de salud en los pobladores de los sectores periurbanos del distrito de Satipo y los centros poblados de Villa Pacifico y nueva esperanza del distrito. de rio negro, prov. de Satipo – Junín”, ejecutado el año 2012, con monto de inversión de 4 millones 172 mil 988 soles.

invirtiendo la mayor cantidad en infraestructura y equipamiento, beneficiando a 15 mil 427 habitantes de la región.

3. Mejoramiento de la salud bucal en los estudiantes de los niveles primario y secundario de las instituciones educativas de gestión estatal de las provincias de Chanchamayo, Tarma y Satipo - región Junín” ejecutado el año 2012, ejecutado el año 2013, con monto de inversión de 4 millones 142 mil 578 soles, invirtiendo cerca de 2 millones en equipamiento, beneficiando a 92 mil 899 personas.
4. Mejoramiento de la capacidad resolutive del servicio de apoyo al diagnóstico por imágenes del hospital ii-1 Domingo Olavegoya de Jauja-región Junín” con monto de inversión de 3 millones 599 mil 310 soles, el cual se asignó a equipamiento e infraestructura, 2 millones 905 mil y 490 mil 193 soles respectivamente. beneficiando a 88 mil 171 personas de la región Junín.
5. instalación del servicio de medicina familiar para la atención primaria de salud en los pobladores de los barrios de progreso, Miraflores, Mantarana, San Bartolomé y dos de mayo del distrito de Tarma, provincia de Tarma – Junín” con monto de inversión de 3 millones 350 mil 431 soles, asignando la mayor cantidad a infraestructura cerca de 3 millones, beneficiando a 11 mil 761 habitantes de la región Junín.

4.1.1.1 Inversión pública en salud respecto a infraestructura

Un componente importante de la inversión en salud es la variable inversión en infraestructura, lo cual está comprendido por obras civiles, conformado por los hospitales, postas, centros de salud, en lo que corresponde básicamente a las diferentes construcciones de ambientes, como son consultorios, laboratorios, salas de operaciones, farmacias, áreas administrativas, áreas complementarias como son: sala de espera, servicios higiénicos, entre otros de acuerdo a la Norma Técnica de Salud N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercero, Segundo y Primer nivel de Atención”.

Tabla 3

Inversión pública en salud infraestructura gastos generales e imprevistos, ejecutado, 2009-2018, Junín

AÑO	INFRAESTRUCTURA	GASTOS GENERALES E IMPREVISTOS
2009		
2010		
2011	390,251	264,650
2012	5,609,201	945,416
2013	490,193	79,500
2014		
2015	257,048	
2016		
2017		
2018		
TOTAL	6,746,693	1,289,566

Fuente: Elaboración propia a partir de – Banco de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas 2009-2018

En la tabla 03, se puede apreciar que la inversión en infraestructura fue ejecutándose en los años de 2011 a 2015, notando una mayor inversión el año 2012 por más de 5 millones, a su vez se puede apreciar los gastos generales e imprevistos que ocasionaron los cuarenta y tres proyectos, que representan los cuatro años, en donde se realiza la inversión en infraestructura. Por tanto, apreciamos que en total se invierte en infraestructura la suma de 6.74 millones de soles. Y gastos generales e imprevistos 1.28 millones de soles.

4.1.1.2 Inversión pública en salud respecto a equipamiento

La variable inversión en equipamiento en salud, correspondiente a la inversión pública de los diferentes proyectos ejecutados, cuarenta y tres en total, lo cual se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 4*Inversión pública en salud equipamiento ejecutado, 2009-2018, Junín*

AÑO	EQUIPAMIENTO
2009	
2010	
2011	11,642,626
2012	7,452,136
2013	3,685,000
2014	
2015	101,952
2016	
2017	
2018	
TOTAL	22,881,714

Fuente: Elaboración propia a partir de – Banco de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas 2009-2018

De acuerdo a los datos obtenidos, en la tabla 04, se puede apreciar que el 2011 se hizo la mayor inversión en equipamiento, sumado en 11.6 millones, de soles, de tal forma que el equipamiento en salud comprende, adquisición de equipos: tomógrafo, resonador magnético, ecógrafo, equipo de rayos x, ambulancias, equipos de laboratorios, etc. Y el año 2015 solo 101,952 soles, notando una disminución en la inversión en equipamiento en el sector salud de la región Junín, cabe mencionar que en el periodo de estudio se realizó una inversión total en equipamiento de 22.8 millones de soles. Cabe señalar que se han identificado que, en la Región Junín se requiere la reposición de 6094 bienes de equipamiento, de los cuales 3994 (65.54%) son equipos, 1918 (31.47%) son mobiliarios y 182 vehículos (2.99%).

4.1.1.3 Inversión pública en salud respecto a recursos humanos y capacitación

La variable inversión en recursos humanos y capacitación, representa la contratación de más personal médico especializado y capacitado, o lo que se tiene se capacita para mejorar el servicio de atención en salud. De tal forma que se invierte en una adecuada capacitación del personal médico, por ejemplo, en el manejo de equipos de diagnóstico por imágenes, respecto al periodo de investigación, se obtuvo la información de la inversión en recursos humanos y capacitación en la siguiente tabla.

Tabla 5

Inversión pública en salud recursos humanos y capacitación ejecutado, 2009-2018, Junín

AÑO	RRHH Y CAPACITACION
2009	
2010	
2011	218,760
2012	2,142,543
2013	129,574
2014	
2015	6,623,153
2016	
2017	
2018	
TOTAL	9,114,030

Fuente: Elaboración propia a partir de – Banco de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas 2009-2018

En la tabla 05 se puede apreciar que hay un aumento de la inversión pública destinada a recursos humanos y capacitación, desde el 2011 que solo se invierte 218,760 soles y el año 2015 más de 6.1 millones de soles, el cual nos indica que hubo una mayor necesidad de este componente de los proyectos ejecutados, cuarenta y tres en total. También se puede apreciar que dichos proyectos ejecutados suman más de 9.1 millones de soles invertidos en recursos humanos y capacitación en la región Junín.

Notando que los años 2009,10,14,16,17 y 18 no se viabilizó ningún proyecto de inversión en salud en la región.

Tabla 6

Recursos humanos e infraestructura de salud región Junín 2011 recursos humanos en salud

	NUMERO			HABITANTES POR		
	MEDICO	OBSTETRA	ENFERMERA/O	MEDICO	OBSTETRA	ENFERMERA/O
NACIONAL	48942	26839	61274	602	1110	486
JUNIN	1514	698	3631	862	1879	499
INFRAESTRUCTURA						
	NUMERO			HABITANTES POR		
	HOSPITAL	CENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD	HOSPITAL	CENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD
NACIONAL	580	2741	6529	51375	10871	4562
JUNIN	27	101	432	48577	12986	3036

1/ Al 2010.

2/ Hospitales del Ministerio de Salud, de ESSALUD, Fuerzas Armadas y Policiales y clínicas particulares que tienen Más de 10 camas hospitalarias.

Fuente: INEI, julio 2012.

Uno de los principales indicadores de la oferta de salud son los recursos humanos y de infraestructura. En el 2011, en la región existe un total de 1,5 mil médicos, cerca de 700 obstetras y 3,6 mil enfermeras (os), los que hacen una ratio de 862 habitantes por médico, 1,9 mil habitantes por obstetra y cerca de 500 habitantes por enfermera.

En materia de recursos humanos, la región Junín se encuentra con una disponibilidad menor respecto al promedio nacional (en el Perú existen 602 habitantes por médico en la región Junín, 862).

Con relación a la infraestructura de salud, la región cuenta con 27 hospitales tanto del sector público y privado, 101 centros de salud y un poco más de 400 puestos de salud. Las ratios al 2011 son cerca de 49 mil habitantes por hospital, aproximadamente 13 mil habitantes por centro de salud y 3 mil habitantes por puesto de salud. La ratio habitante por hospital y puestos de salud es menor al promedio nacional, por lo que la región se ubica en una mejor posición relativa; sin embargo, no sucede lo mismo respecto a los centros de salud.

Según el documento Análisis de la Situación de Junín 2010 del Gobierno Regional de Junín, muchos de los hospitales de la región están concentrados en la Provincia de Huancayo, por lo que habría que darle prioridad al mejoramiento e incremento de la oferta de servicios en el resto de provincias de la región para que la atención sea oportuna. Buscando descentralizar la prevención, detección y tratamiento de las enfermedades neoplásicas se está elaborando el expediente técnico para la construcción del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de la Macro Región Centro del Perú (IREN16). Este

proyecto será ejecutado por el Gobierno Regional de Junín y cubrirá también las regiones de Huancavelica, Pasco y Huánuco. El estudio definitivo tiene un costo aproximado de S/. 3 millones y según refieren los entrevistados, la inversión en infraestructura y equipamiento llegaría a alrededor de S/. 200 millones. Se espera que para finales de 2013 o inicios de 2014 se comenzará la construcción física en un terreno de aproximadamente 20 mil metros cuadrados.

Asimismo, ha entrado en funcionamiento el moderno Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de la Región Junín, en su primera etapa, con una inversión de aproximadamente S/. 22 millones. La segunda etapa demandará, según refiere el Gobierno Regional, un monto de S/. 122 millones. También está prestando servicios el hospital de EsSalud, Selva Central y Enfermedades Tropicales Hugo Pesce Pescetto, en la ciudad de La Merced, capital de la provincia de Chanchamayo. Este establecimiento de salud beneficiará a los asegurados de las provincias de Chanchamayo, Tarma y Satipo, en Junín; y Oxapampa, en Pasco.

4.1.1.4 Resultados consolidados de la dimensión inversión pública en salud por sus indicadores

Tabla 7

Inversión en salud por componentes región Junín 2009-2018

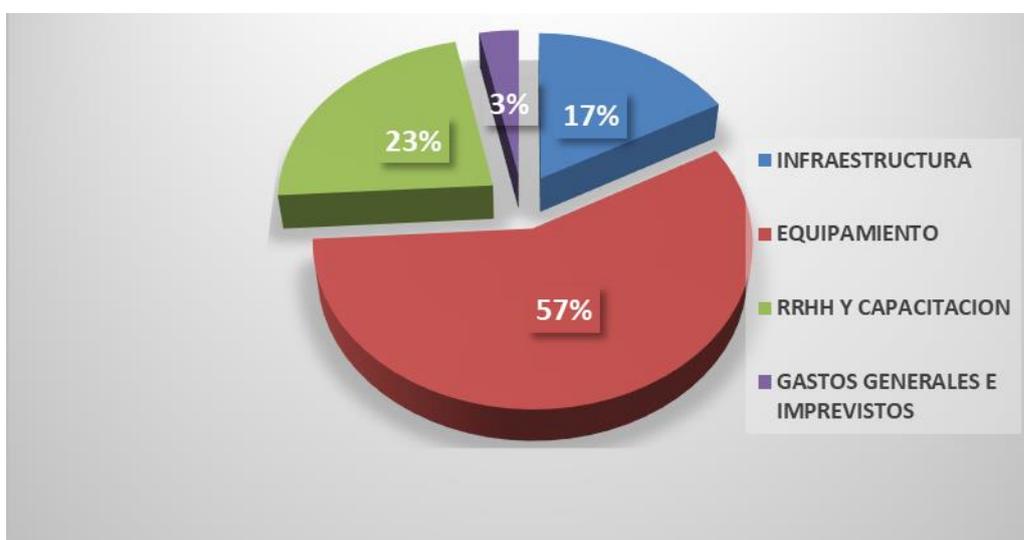
INFRAESTRUCTURA	EQUIPAMIENTO	RRHH Y CAPACITACION	GASTOS GENERALES E IMPREVISTOS
6,746,693	22,881,714	9,114,030	1,289,566

Fuente: Elaboración propia a partir de – Banco de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas 2009-2018

En la tabla 07, se puede apreciar el total de inversión por componentes, de los 43 proyectos de inversión pública ejecutados en el sector salud en la región Junín, los cuales suman un total de 40 millones 032 mil 003 soles, mayor a los 39 millones 941 mil 903 mil soles al de la tabla 02, esto se debe a que los proyectos fueron actualizados en presupuesto y hubo adicionales por un monto de 90 mil 100 soles, en el momento de ejecución del proyecto.

Figura 3

Inversión pública en salud por componentes región Junín 2009-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de – Banco de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas 2009-2018

En la figura 3, se observa que hay un mayor porcentaje de inversión pública en equipamiento, medido de todos los proyectos analizados (43 en total) 57%; en segundo lugar se aprecia con 23% la inversión que se ejecutó en recursos humanos y capacitación, cabe señalar que dicha inversión se realiza para contratar mayor personal en el sector salud, médicos enfermeros, personal de servicio y otros, capacitando al personal actual en las diferentes áreas de especialidad, de los centros de asistencia médica, para poder brindar un servicio en salud de calidad. En tercer lugar, con un 17%, de inversión en infraestructura, obras civiles, construcción de ambientes, consultorios, laboratorios y otros, finalmente está la inversión en gastos generales e imprevistos representado por un 3%. Lo cual se considera en todo proyecto de inversión como tal.

4.1.2 Resultado social en relación a la inversión en salud

La variable resultado social se analiza y evalúa en su dimensión salud: *Esta dimensión es analizada y evaluada en tres indicadores: a) tasa de morbilidad, b) tasa de mortalidad y c) acceso y cobertura.*

4.1.2.1 Resultado social respecto a la tasa de morbilidad

Los datos de la salud de la región Junín durante 2009 -2018 se expresan en el siguiente cuadro: en cuanto al indicador tasa de morbilidad.

Tabla 8*Tasa de morbilidad por genero, 2009-2018, Junín*

AÑO	Hombres %	Mujeres %
2009	17.2	25.4
2010	25.9	32.4
2011	31.4	37.8
2012	32.8	40
2013	29.8	37.3
2014	30.3	36.8
2015	31.8	39.6
2016	32.6	37.8
2017	30.7	39.4
2018	29.6	40.1

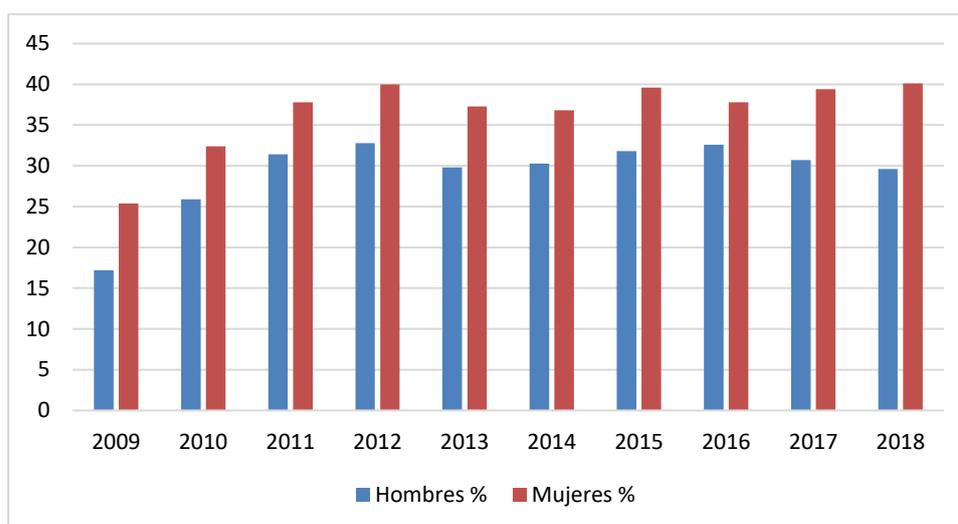
Fuente: Elaboración propia a partir de – MINSA, Dirección General de Epidemiología 2009-2018

En la tabla 08 se puede apreciar un incremento de la tasa de morbilidad en el periodo de análisis, siendo mayor este indicador para las mujeres, 25.4% y hombres 17.2% en el año 2009, tal incremento se da hasta el año 2012, mujeres 40% y hombres 32.8%, en general se puede observar un crecimiento promedio de ambos géneros de 13% aproximadamente.

En el año 2013, en la Región Junín, las primeras causas de consulta externa en la población en general fueron: Infecciones agudas de las vías respiratorias agudas (21.6%), Neoplasias maligna del colon y recto (11.0%), Infecciones de transmisión sexual (6.4%), Enfermedades infecciosas intestinales (4.8%), Neoplasias malignas de los órganos digestivos excepto estómago, colon y recto (4.4%), constituyen las 5 primeras causas de morbilidad en la Región Junín. En el año 2009 tenemos: Infecciones agudas de las vías respiratorias (30.0%), Enfermedades infecciosas intestinales (7.5%), Desnutrición y deficiencias nutricionales (4.6%), Caries dental (3.8%), Helmintiasis (3.7%) Para el año 2013 la Desnutrición y deficiencias nutricionales que en el 2009 ocupaban el 3er lugar descendió al 9no lugar, la Neoplasia maligna del colon y recto ocupa la 2da causa de morbilidad lo que no se observa en el año 2009. Las infecciones de transmisión sexual ocupan la 4ta causa, mientras que las caries dentales ya no se observan en las diez primeras causas de morbilidad. Estos daños requieren de una intervención de prevención. y control.

Figura 4

Tasa de morbilidad Junín 2009-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de – Instituto Nacional de Estadística e Informática
2009-2018

En la figura 4, se puede apreciar el aumento histórico de la tasa de morbilidad para los dos tipos de géneros, de tal forma, que la tasa de morbilidad respecto a las primeras causas de consultas externas es mayor en las mujeres que en los hombres, llegando a un 40% en los años 2012,15,17 y 18 a diferencia que los porcentajes bajos como en el 2009 corresponden a la tasa de morbilidad de las mujeres, se observa en general un aumento en ambos géneros, tendencia a nivel descriptivo, de tal modo que desde el año 2009 al 2018, el porcentaje de morbilidad en la región Junín aumenta.

4.1.2.2 Resultado social respecto a la tasa de mortalidad

En el año 2013, en la Región Junín, las primeras causas de mortalidad general fueron: Infecciones respiratorias agudas bajas (9.1%), Enfermedades cerebrovasculares (4.0%), Lesiones de intención no determinada (4%) Cirrosis y ciertas otras enfermedades del hígado (3.9%), Insuficiencia respiratoria (3.6%), constituyen las 5 primeras causas de mortalidad general. En el año 2009, en la región Junín, las primeras causas de mortalidad en la población en general fueron: Infecciones respiratorias bajas (12%), Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (4.8%), Lesiones de intención no determinada (4.2%), Insuficiencia renal, incluye la aguda, crónica y la no especificada (3.8%) Enfermedades cerebrovasculares (3.7%) constituyendo las 5 primeras causas de mortalidad en la región Junín desde ya se observa que las enfermedades no transmisibles van escalando posiciones

en la primeras causas de mortalidad que orienta el desarrollo de intervenciones sanitarias. Las causas como neoplasia maligna del estómago y los accidentes de transporte terrestre se mantienen como 9na y 10ma causa de mortalidad en los años 2009 y 2013.

Tabla 9

Tasa de mortalidad infantil, 2009-2018, Junín

AÑO	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (Por cada 1000 nacidos vivos)
2009	23
2010	23.6
2011	22.5
2012	19
2013	23
2014	23
2015	20.4
2016	20
2017	20
2018	21

Fuente: OEI-DIRESA Junín elaborado por Epidemiología DIRESA Junín

En la tabla 09, se puede apreciar la reducción de la tasa de mortalidad infantil ha sido uno de los logros más importantes en materia de salud pública en la Región Junín hasta el año 2011, en 0.5%, 2012 menos 4% pero actualmente esto tiene tendencia ascendente ya que todavía persisten grandes inequidades al interior de la región en el 2013, la tasa de mortalidad infantil en la región Junín es de 23.0 x mil N.V; en el año 2015 se observa una reducción a 20.0 x mil N.V; pero actualmente tiene tendencia ascendente siendo para el 2018 21.0 x mil N.V. así incrementándose la tasa de defunción infantil.

Figura 5

Tasa de mortalidad infantil, 2009-2018, Junín (por cada 1000 nacidos vivos)



Fuente: Elaboración propia a partir de – Instituto Nacional de Estadística e Informática 2009-2018

En la figura 5, se puede apreciar la tendencia decreciente en general del 2009 hasta el 2018 en menos 2.0 x mil N.V. pero el 2012 se logró la menor tasa de mortalidad infantil que fue del 19.0 x mil N.V. y después persistiendo una tendencia ascendente hasta la actualidad.

4.1.2.3 Resultado social respecto a los recursos acceso y cobertura

Tabla 10

Tasa de acceso a servicios de salud, 2009-2018, Junín

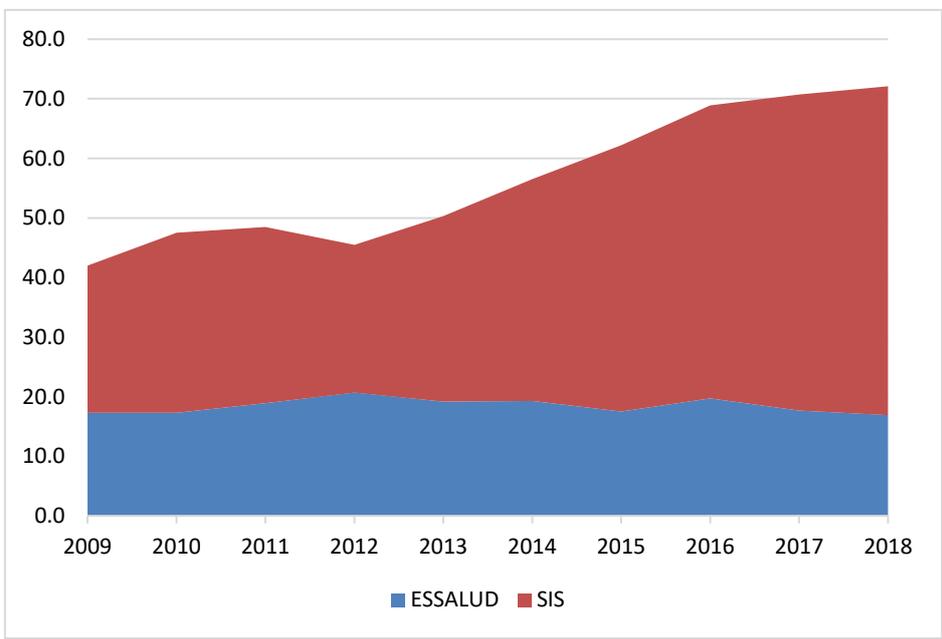
AÑO	ESSALUD	SIS
2009	17.3	24.7
2010	17.3	30.2
2011	18.9	29.6
2012	20.7	24.8
2013	19.2	31.1
2014	19.3	37.2
2015	17.5	44.7
2016	19.7	49.2
2017	17.7	53.0
2018	16.9	55.2

Fuente: Elaboración propia a partir de – Instituto Nacional de Estadística e Informática 2009-2018

En la región Junín el acceso y cobertura a los servicios de salud es limitada, como se observa en la tabla 10, la cobertura y acceso se da a través de los centros del seguro social de salud conocido como EsSalud y el seguro integral de salud SIS gratuito, en el 2009 hubo un acceso a los servicios de salud del 17.3% de la población asegurada en Essalud, tendiendo al crecimiento hasta el año 2012 hasta un 20.7% de la población y a partir del año 2014 desciende hasta llegar a un 16.9% en el 2018.

Figura 6

Acceso a seguro de salud región Junín (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de – Instituto Nacional de Estadística e Informática 2009-2018

A diferencia del seguro integral de salud, SIS gratuito si hubo una tendencia creciente siendo el año 2009 del 24.7%, hasta 55.2% el año 2018, como se puede apreciar en la figura 6, el área correspondiente al SIS es mayor que el de EsSalud, que se mantiene constante, lo cual nos indica que se amplió la cobertura y acceso a servicios de salud en el sector o nivel socio económico pobre no asegurada de la región Junín.

4.1.3 Estimación de relación con cada indicador entre inversión pública en salud y resultado social

4.1.3.1 Inversión pública en salud y tasa de morbilidad

Tabla 11

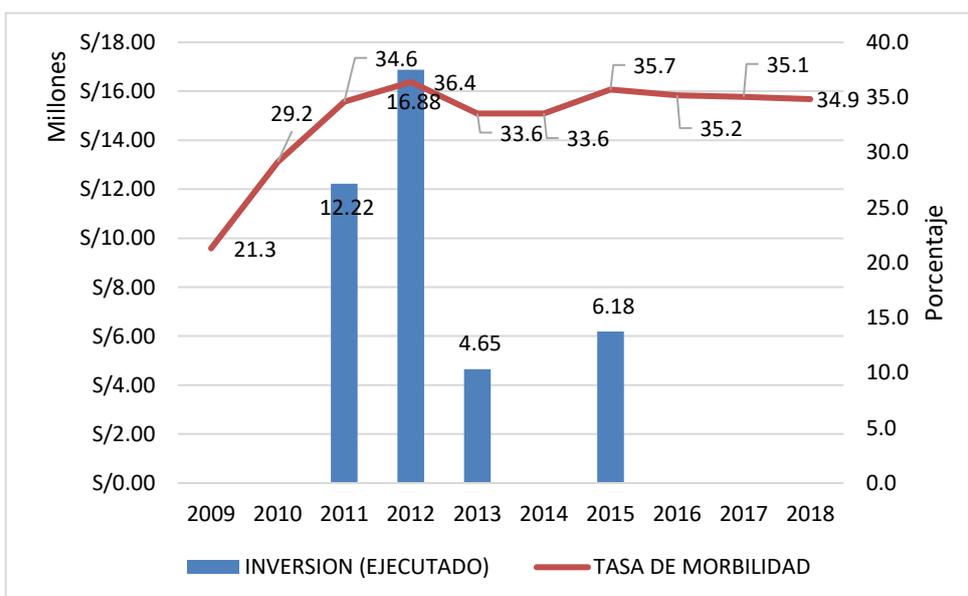
Relación entre inversión pública en salud y el indicador morbilidad, 2009-2018, Junín

AÑO	INVERSION (EJECUTADO)	TASA DE MORBILIDAD
2009		21.3
2010		29.2
2011	12,221,291.12	34.6
2012	16,883,713.00	36.4
2013	4,654,310.00	33.6
2014		33.6
2015	6,182,588.66	35.7
2016		35.2
2017		35.1
2018		34.9

Fuente: Elaboración propia a partir de – Inei, Mef, Minsa, 2009-2018

Figura 7

Relación entre inversión en salud y morbilidad, Junín 2009-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de – Inei, Mef, Minsa, 2009-2018

En la tabla 11, se observa que la variable dependiente “resultado social” y la tasa de morbilidad (porcentaje del total de la población Región Junín) estadísticamente a nivel descriptivo, no tiene el mismo comportamiento a nivel de sus tendencias evolutivas, una de las razones que estaría condicionando este comportamiento, es el tema de la brecha de inversión en salud específicamente en infraestructura a nivel de región que aun cuando se haya ejecutado 43 proyectos de inversión pública en salud en la región Junín en el periodo de investigación la brecha continua. Después de incrementarse desde el 2009, de 21.3% a 34.9% en el 2018. Al igual que en la figura 7, se aprecia que las inversiones se dan solo en cuatro años, lo cual no es suficiente para revertir la tasa de morbilidad en la Región Junín, que por el contrario está aumentando, y manteniéndose alrededor del 36%.

4.1.3.2 Inversión pública en salud y tasa de mortalidad

Tabla 12

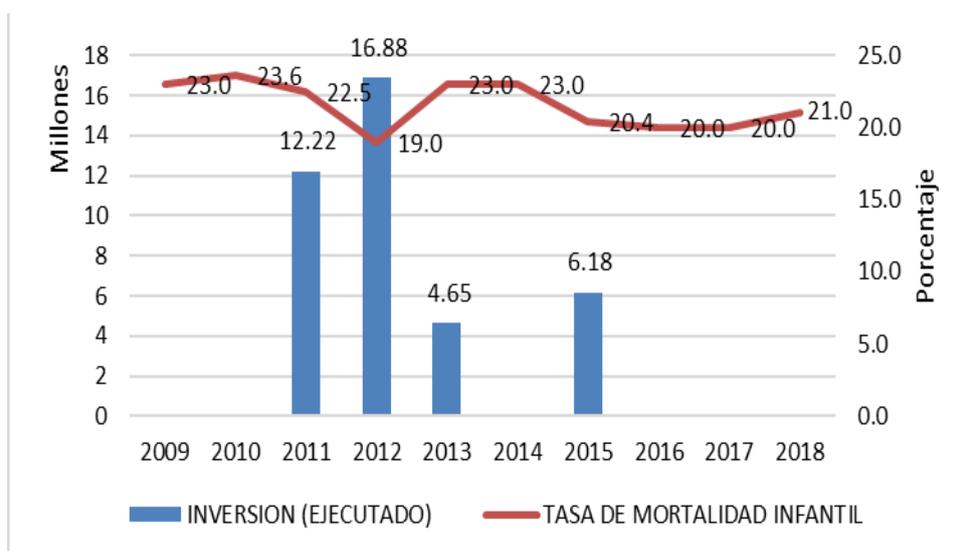
Relación entre inversión pública en salud y el indicador mortalidad infantil, 2009-2018, Junín

AÑO	INVERSION (EJECUTADO)	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
2009		23.0
2010		23.6
2011	12,221,291.12	22.5
2012	16,883,713.00	19.0
2013	4,654,310.00	23.0
2014		23.0
2015	6,182,588.66	20.4
2016		20.0
2017		20.0
2018		21.0

Fuente: Elaboración propia a partir de – INEI, MEF, MINSA, 2009-2018

Figura 8

Relación entre inversión en salud y mortalidad infantil, Junín 2009-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de – INEI, MEF, MINSA, 2009-2018

En la tabla N° 12, se puede observar la inversión que ha sido ejecutado en solo cuatro años: 2011, 2012, 2013 y 2015, y relacionando con la tasa de mortalidad infantil, se puede apreciar que existe un descenso desde 23 % a 21%, mejor se puede apreciar en la figura N° 8, la tasa de mortalidad infantil se mantiene en el rango de 19% y 23%, notando que dicho indicador aún no ha sido solucionado por los proyectos públicos en salud ejecutados (43 en total) en la Región Junín. Por tanto, no siendo suficiente la inversión destinada al sector, o no habiendo proyectos viables y ejecutables en la mayoría de años del periodo de estudio. Por tanto, se nota que a partir del año 2016 en adelante se está incrementando la tasa de mortalidad infantil, siendo muy preocupante para la población de la Región Junín.

4.1.3.3 Inversión pública en salud y acceso y cobertura

Tabla 13

Relación entre inversión pública en salud y el indicador acceso y Cobertura, 2009-2018,

Junín

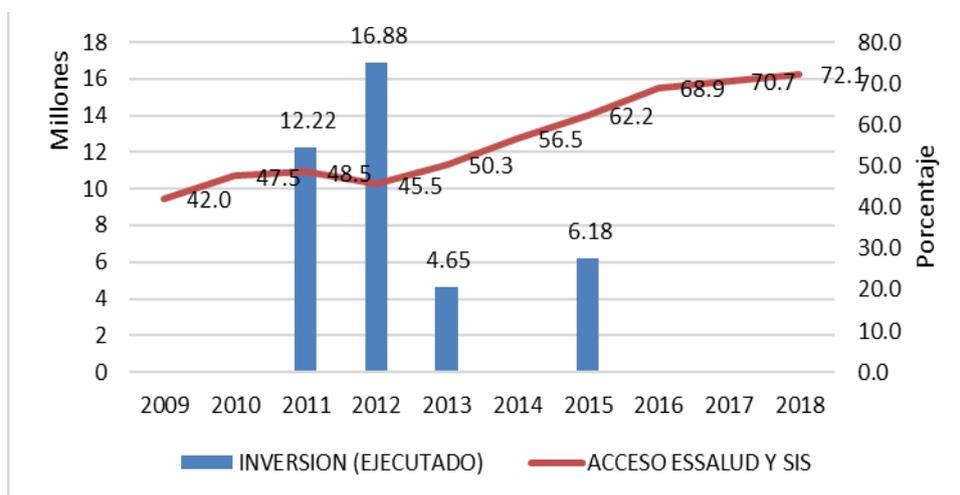
AÑO	INVERSION (EJECUTADO)	ACCESO ESSALUD Y SIS
2009		42.0
2010		47.5
2011	12,221,291.12	48.5
2012	16,883,713.00	45.5
2013	4,654,310.00	50.3
2014		56.5
2015	6,182,588.66	62.2
2016		68.9
2017		70.7
2018		72.1

Fuente: Elaboración propia a partir de – INEI, MEF, MINSA, 2009-2018

Relacionando la inversión ejecutada en salud a través de los 43 proyectos analizados y el acceso y cobertura a los servicios de salud, de la población de la región Junín, se puede apreciar en la tabla N° 13 y la figura 10, que se incrementa, toda vez que existen más establecimientos, que están brindando servicios de salud, desde 42% de la población hasta más del 70% de la población de la región Junín, ya cuentan con acceso y cobertura para su atención médica correspondiente.

Figura 9

Relación entre inversión en salud y acceso y cobertura, Junín 2009-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de – INEI, MEF, MINSA, 2009-2018

Analizando la oferta de salud, La Región Junín, está a cargo de 495 establecimientos de salud de los cuales el 56.97% corresponde a la categoría I-1, el 28.08% a la categoría I-2, el 10.71% a la categoría I-3 y el 2.22% a la categoría I-4. Asimismo, cuenta con 1.61% establecimientos de salud del Nivel II. Los establecimientos de salud están organizados en 08 redes de salud y se tiene 03 establecimientos que a la fecha no se han asignado a ninguna red porque son los Hospitales Daniel A. Carrión, Hospital el Carmen y el Hospital Oncológico adscrito a la DIRESA. En la Región Junín, la provincia de Satipo es la que cuenta con el mayor número de establecimientos de salud (112) mas 01 Hospital que no es una unidad ejecutora independiente, seguido de las provincias de Huancayo con (108) establecimientos de salud 03 hospitales dos de ellos son unidades ejecutoras independientes y el Oncológico adscrito a la DIRESA, más un laboratorio Referencial que no se encuentra categorizado.

4.1.3.4 Inversión en salud y resultado social (análisis consolidado)

Respecto al objetivo específico n° 01 que tiene el propósito de: “Describir de qué manera la inversión pública en salud interactúa con el resultado social en la región Junín 2009 – 2018”, concluimos que evidentemente, existen un conjunto de proyectos de inversión pública en salud ejecutados en la Región Junín para el periodo 2009-2018 que tienden a generar resultados sociales, entendido como reducción de tasas de morbilidad, mortalidad y el aumento al acceso y cobertura a servicios de salud, solo 43 proyectos han sido ejecutados en solo 4 años que suman alrededor de 40 millones de soles de inversión y 84 proyectos que están en ejecución que suman en total más de 818 millones de soles, considerados en 6 años, lo cual no están siendo reflejados en los indicadores de morbilidad demostrando un incremento de 21.3% a 34.9% y la tasa de mortalidad infantil una ligera baja en 2 puntos de 23% a 21% excepto por el indicador, acceso y cobertura a seguro de salud se afirma que existe un incremento del acceso a servicios de atenciones en el SIS seguro integral de salud de la población, de 42% a 72.1% incrementando así levemente el bienestar social de la población de la Región Junín en el periodo en estudio 2009-2018.

4.2. Inversión pública en seguridad ciudadana y su expresión en los resultados sociales de la región Junín.

4.2.1 Inversión pública en seguridad ciudadana

Según el último informe técnico de Seguridad Ciudadana del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 78,3% de la población de la región Junín se siente

inseguro al momento de salir de casa. El estudio realizado durante el semestre octubre 2014-marzo 2015, precisa que el 37,2% de la población ha sido víctima de algún hecho delictivo. Entre los delitos más comunes están: robo de dinero, cartera o celular (20.7%), robo de vehículo (3,1%), robo de negocio (1,2%), estafa (6,1%), amenazas e intimidaciones (4%), maltrato y ofensa sexual (2,2%) y secuestro y extorsión (0,3%).

En la tabla 14, se puede apreciar que el 2009 se invirtió en seguridad 286 mil 946 soles, el 2010 se invirtió más de 6 millones, no habiendo ninguna inversión el 2011, de igual modo el año 2014, se ejecutó proyectos públicos en seguridad por un monto de 7 millones de soles, incrementándose la inversión en seguridad ciudadana que realizaron el año 2015, los 123 gobiernos locales -distritos y provincias- de la región Junín suma 8 millones 136 mil 322 soles, según el portal de Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

Tabla 14

Inversión pública en seguridad ciudadana, 2009-2018, Junín

AÑO	INVERSION EJECUTADO	INVERSION EN EJECUCION
2009	286,946.00	4,364,794.77
2010	6,796,502.00	360,692.60
2011		
2012	662,962.03	6,802,937.19
2013	442,921.42	3,645,722.70
2014	6,961,655.00	9,745,213.13
2015	8,136,322.00	3,372,330.00
2016	2,135,035.00	15,324,260.00
2017	8,986,857.00	4,171,088.00
2018	15,886,829.00	4,368,563.00
TOTAL	50,296,029.45	52,155,601.39

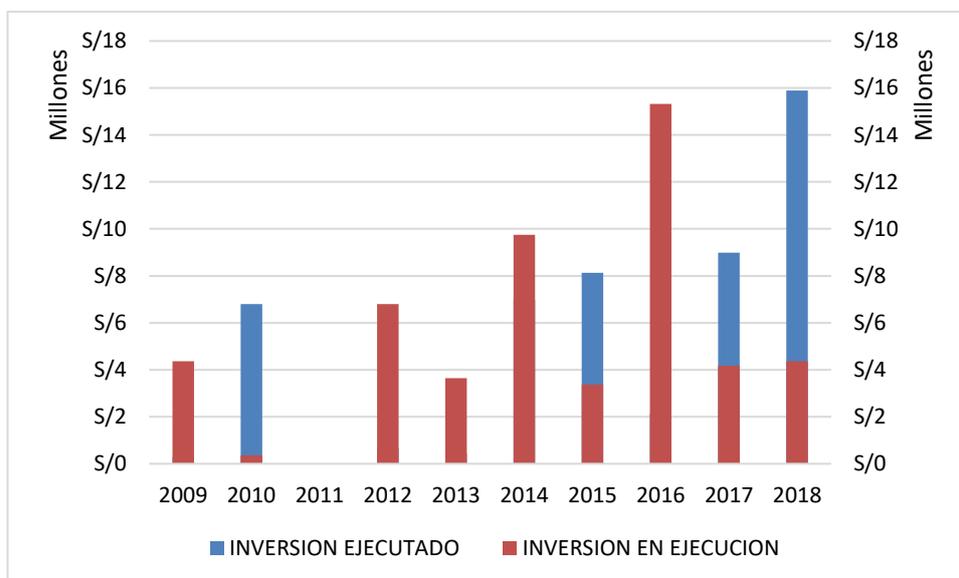
Fuente: Elaboración propia a partir de – Banco de Inversiones del MEF, 2009-2018 y Mininter, Fondo Especial de Seguridad Ciudadana

Según el mencionado portal, Huancayo (28 distritos) es la provincia que más recursos ha destinado para la seguridad ciudadana: 3 millones 844 mil 159 soles en el 2015 por ejemplo, La otra cara de la moneda se registra en la provincia de Jauja (34 distritos) que solo ha consignado 312 mil 369 soles. En el año 2016 solo se invierte 2 millones 135 mil 035 soles y en adelante existiendo una tendencia creciente hasta el año 2018, que se llega a ejecutar proyectos en seguridad por un monto de 15 millones 886 mil 829 soles. Por tanto,

en el periodo de análisis en total se ejecutan proyectos por 50 millones 296 mil 029 soles, cabe mencionar también que actualmente se están realizando proyectos, y están en fase de inversión por un monto que supera los 52 millones de soles.

Figura 10

Inversión en seguridad ciudadana ejecutado y en ejecución Junín 2009-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de – Banco de Inversiones del MEF, 2009-2018

En la figura 10, se puede apreciar la evolución de la inversión en los proyectos de inversión pública en seguridad ciudadana es creciente, en lo ejecutado y los que están en ejecución. Por tanto, se puede señalar que dichas inversiones están compuestas por: infraestructura, equipamiento y recursos humanos destinados a la seguridad de la población de la región Junín.

Entre los proyectos de seguridad ciudadana más importantes ejecutados en dicho periodo en la región Junín se pueden mencionar a:

1. Mejoramiento del servicio de seguridad ciudadana en el distrito de Huancayo, provincia de Huancayo – Junín, ejecutado el año 2015, con monto de inversión de 8 millones, 136 mil, 322 soles, beneficiando a 121 mil 476 personas.
2. mejoramiento del servicio de seguridad ciudadana en el distrito de Pilcomayo - Huancayo – Junín, ejecutado el año 1918, con un monto de inversión de 6 millones 267 mil 303 soles, beneficiando a 311 mil 402 personas.

3. Mejoramiento del servicio de seguridad ciudadana en el distrito de Jauja, provincia de Jauja – Junín, ejecutado el año 2018, con monto de inversión de 5 millones 462 mil 512 soles, beneficiando a 16 mil 524 personas.
4. Fortalecimiento del área de serenazgo de la municipalidad provincial de Huancayo, distrito de Huancayo, provincia de Huancayo – Junín, ejecutado el año 2010, con monto de inversión de 5 millones 843 mil 311 soles, beneficiando a 119 mil 741 personas.
5. Mejoramiento y ampliación del servicio de seguridad ciudadana, distrito de Oroya, provincia de Yauli – Junín, ejecutado el año 2012, con monto de inversión de 627 mil 706 soles, beneficiando a 15 mil, 935 personas.

4.2.1.1 Inversión pública en seguridad ciudadana en cuanto a infraestructura

Componente e indicador importante de la inversión pública en seguridad es la variable inversión en infraestructura, lo cual está comprendido por obras civiles, conformado por: espacios físicos para casetas, casetas de vigilancia, puestos de auxilio rápido (fijo-móvil), puestos de respuesta inmediata, central de monitoreo, observatorio del crimen, área de serenazgo, para la provisión de servicios de seguridad ciudadana, en la cantidad demandada y con los estándares de calidad y eficiencia establecidos.

Tabla 15

Inversión pública en seguridad ciudadana: infraestructura, gastos generales e imprevistos, ejecutado, 2009-2018, Junín

AÑO	INFRAESTRUCTURA	GASTOS GENERALES E IMPREVISTOS
2009	15,642	19,321
2010		63,776
2011		
2012	16,996	117,041
2013	10,500	69,570
2014	16,856	23,400
2015	2,563,342	158,000
2016	1,002,747	69,512
2017	3,444,822	553,177
2018	3,747,773	1,135,021
TOTAL	10,818,678	2,208,818

Fuente: Elaboración propia a partir de – Banco de Inversiones del MEF, 2009-2018

En la tabla 15, se observa que la inversión en infraestructura en el conjunto de proyectos de inversión en seguridad ciudadana de la región Junín (22 en total), en el año 2009 fue de 15 mil 642 soles, en realidad no se llegó a ejecutar proyectos en el 2010 y 2011, siendo los imprevistos de 63 mil 776 soles, el cual corresponde a un expediente técnico deficiente, deficiencias en el diseño del proyecto (pre inversión), deficiencias en el área administrativa, falta de personal calificado en la unidad ejecutora, las metas no fueron realistas. Por el contrario, en los años 2012 a 2018 si hubo inversión en infraestructura en seguridad ciudadana, desde 10 mil 500 soles el 2013, y 3 millones 747 mil 773 soles el 2018, por los cuales el periodo de investigación suma más de 10 millones en inversión en infraestructura para combatir la inseguridad ciudadana en la región Junín.

4.2.1.2 Inversión pública en seguridad ciudadana en cuanto a equipamiento

Segundo indicador de la inversión pública en seguridad que comprende la inversión en equipos: vinculados con sistemas de comunicación (radios portátiles-fijos, centrales, silbatos, alarmas), con sistemas de información integrado (software, hardware, GPS), con sistemas de video vigilancia (cámaras, central de monitoreo), entre otros; Unidades móviles para la vigilancia: motorizados (automóvil, motocicleta, cuatrimotor, lanchas o similares) y no motorizados (bicicleta, animales), entre otros. Materiales y accesorios de seguridad: esposas, chalecos antibalas, garrotes, guantes, botas, uniformes, cascos, entre otros.

Tabla 16

Inversión pública en seguridad ciudadana: equipamiento, ejecutado, 2009-2018, Junín

AÑO	EQUIPAMIENTO
2009	185,762
2010	
2011	
2012	597,580
2013	364,959
2014	165,189
2015	5,351,331
2016	1,023,049
2017	3,022,232
2018	11,002,610
TOTAL	21,712,713

Fuente: Elaboración propia a partir de – Banco de Inversiones del MEF, 2009-2018

En la tabla 16, la inversión en equipamiento en seguridad ciudadana tiende a crecer, en el 2009, 185 mil 762 soles, no habiendo inversión en los años 2010 y 2011, por motivos explicados en inversión en infraestructura, mientras que, en los años 2012, 2015 y 2018 se observa una inversión en equipamiento bastante ascendente, llegando desde 597 mil, 5 millones y 11 millones respectivamente, entre tanto el 2014 se da una inversión menor solo de 165 mil 189 soles. En consecuencia, sumando más de 22 millones invertidos en equipamiento en seguridad ciudadana, en el periodo de investigación de la región Junín.

4.2.1.3 Inversión pública en seguridad en cuanto a recursos humanos y capacitación

Tercer indicador de la inversión pública en seguridad consistente en invertir en personal: donde se evalúa la disponibilidad y competencias (conocimientos, destrezas y valores) de serenos, personal especializado, administrativos, juntas vecinales, rondas campesinas, entre otros; Capacidades de gestión institucional en materia de Seguridad Ciudadana, teniendo en cuenta: i) la estructura organizacional, ii) los procesos y procedimientos para brindar el servicio de seguridad ciudadana, iii) promoción de la seguridad ciudadana (inducción, difusión y sensibilización en materia de seguridad ciudadana). Entrenamiento y capacitación del personal: serenos, personal especializado, administrativos juntas vecinales rondas campesinas entre otros. Sensibilización en materia de seguridad ciudadana durante la fase de inversión del PIP.

Tabla 17

Inversión pública en seguridad ciudadana: recursos humanos y capacitación, ejecutado, 2009-2018, Junín

AÑO	RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACION
2009	10,230
2010	
2011	
2012	26,270
2013	36,393
2014	58,800
2015	63,649
2016	39,727
2017	199,760
2018	505,282
TOTAL	940,111

Fuente: Elaboración propia a partir de – Banco de Inversiones del MEF, 2009-2018

En la tabla 17, se puede apreciar, la inversión que se ejecutó en recursos humanos y capacitación, en el 2009 solo se invirtió 10 mil 230 soles, no habiendo inversión en los años 2010 y 2011, a diferencia en el año 2012 se duplica con relación al 2009 llegando a invertir 26 mil 393 soles; el 2013, 36 mil 393 soles; notándose un incremento mucho mayor los años 2017 y 2018; se invierte, 199 mil 760 soles y 505 mil 282 soles observando una tendencia creciente hasta el año 2018, siendo este el de mayor inversión en RRHH y Capacitación. En consecuencia, sumando más de 940 mil soles invertidos en personal y capacitación, en los proyectos de inversión pública (22 proyectos) correspondiente a seguridad, en el periodo de investigación de la región Junín.

4.2.1.4 Resultados consolidados de la dimensión inversión pública en seguridad ciudadana por sus indicadores

Tabla 18

Inversión en seguridad ciudadana por componentes 2009-2018 Junín

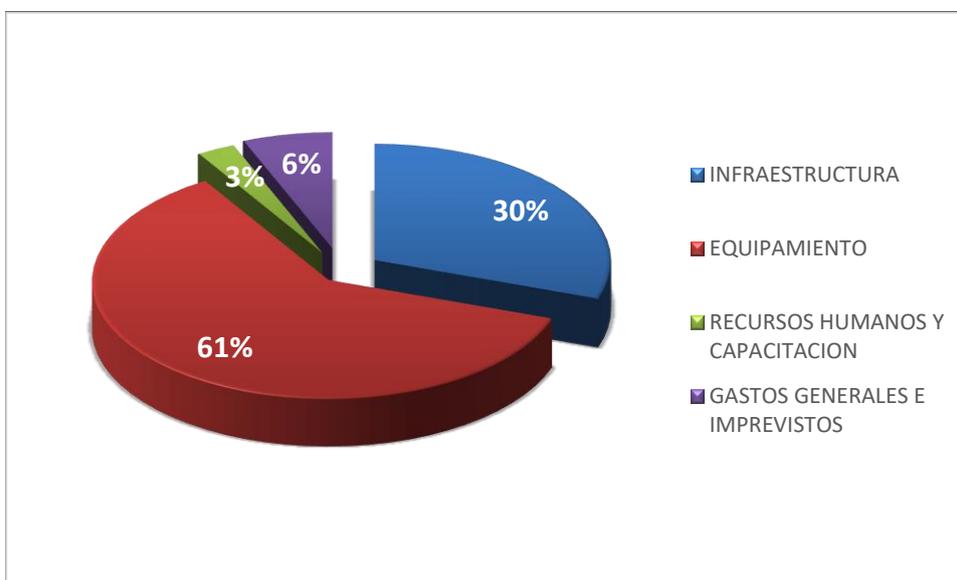
INFRAESTRUCTURA	EQUIPAMIENTO	RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACION	GASTOS GENERALES E IMPREVISTOS
10,818,678	21,712,713	940,111	2,208,818

Fuente: Elaboración propia a partir de – Banco de Inversiones del MEF, 2009-2018

En la tabla 18, se puede apreciar la inversión ejecutada por componentes, que sumados en total, resulta 35 millones 680 mil 320 soles ejecutados, en proyectos en seguridad ciudadana (22 proyectos en total) en la región Junín, cabe señalar que no coincide con la inversión ejecutada mencionada en la tabla 14, por los siguientes motivos: existe deficiencias en el diseño de los perfiles de proyectos; expediente técnico deficientes; deficiencias en el área administrativa; falta de personal capacitada en la unidad ejecutora. Por tanto, existió limitaciones o problemas encontrados durante la ejecución del proyecto. Habiendo una reducción de 14 millones 615 mil 710 soles, con relación al dato inicial. Quedando algunos proyectos de inversión pública en seguridad solo en expediente técnico no llegándose a ejecutar.

Figura 11

Inversión pública en seguridad ciudadana por componentes región Junín 2009-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de – Banco de Inversiones del MEF, 2009-2018

En la figura 11, se puede apreciar que el 61% del total de inversión ejecutada correspondió a la compra de equipos de seguridad, y equipamiento de los diferentes centros y/o establecimientos de seguridad dentro de la región Junín, ello implica inversión en sistemas de seguridad, cámaras de vigilancia, vehículos motorizados y otros, inversión ejecutada en infraestructura toma el segundo lugar con un 30%, respecto a la inversión total. Cabe señalar que dicha inversión se realiza en obras civiles, conformado por: espacios físicos para, casetas de vigilancia, puestos de auxilio rápido (fijo-móvil), puestos de respuesta inmediata, central de monitoreo, observatorio del crimen, área de serenazgo y otros, en tercer lugar, se encuentra con un 6% gastos generales e imprevistos, superando a la inversión en recursos humanos y capacitación que solo representa un 3% del total de inversión pública en seguridad. Realizado en la región Junín.

4.2.2 Resultado social en relación a la inversión en seguridad ciudadana

Esta dimensión es analizada y evaluada en cuatro indicadores: a) Delitos conocidos, (hurto: robo de dinero, cartera, celular), b) Denuncia por violencia sexual, c) Denuncia por violencia familiar y d) Índice de victimización.

4.2.2.1 Resultado social respecto a los delitos conocidos

Entendido como una infracción o una conducta que va en contra al ordenamiento jurídico de la sociedad y será castigado con la correspondiente pena o sanción. La

información para el análisis de la tesis fue obtenida de denuncias por comisión de delitos por tipo de delito: contra el patrimonio; contra la vida, el cuerpo y la salud contra la seguridad pública y contra la libertad. Respecto a la variable delitos conocidos, el cual está representado por: robo de dinero, cartera y celular, en el informe del INEI, revela que el 38,2% de la población fueron víctimas de algún hecho delictivo en el año 2019, mientras que, en el año 2018, era menor con un 35,4%.

Tabla 19

Delitos conocidos, 2009-2018, Junín

Fuente: Elaboración propia a partir de – Estadísticas de Seguridad Ciudadana INEI, Ministerio del Interior, 2009-2018

AÑO	DELITOS CONOCIDOS
2009	9,662
2010	7,500
2011	6,783
2012	11,112
2013	11,920
2014	11,403
2015	9,554
2016	12,813
2017	12,893
2018	13,597

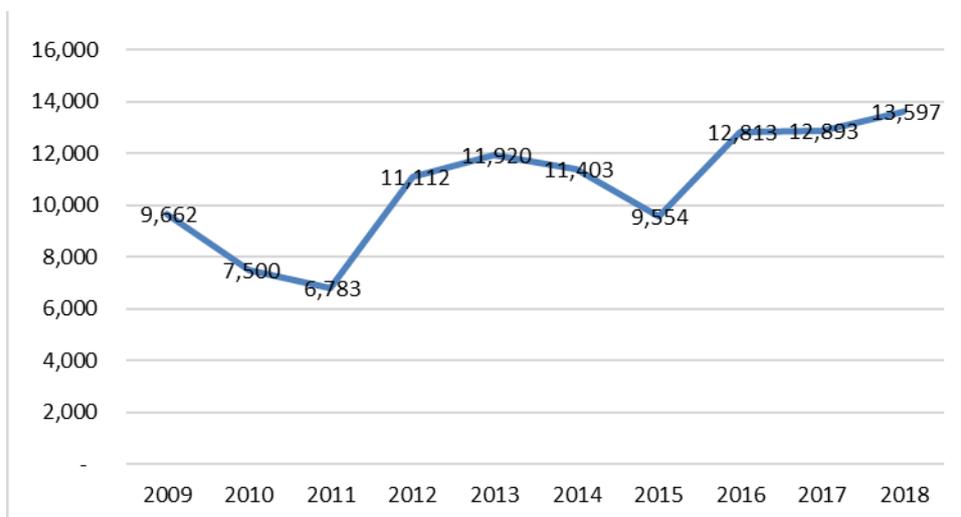
Nota: Delitos Conocidos: Hurto, Robo de dinero, cartera, celular

En la tabla 19, se puede apreciar que el 2009, existe 9 mil 662 casos de delitos, disminuyendo en los años 2010 y 2011, hasta 6 mil 783 casos, ya en el año 2012, los delitos se incrementan hasta más de 11 mil casos, por año hasta el año 2014, bajando en el 2015 a 9 mil 554 casos de delitos conocidos, a partir del año 2016 hay una tendencia creciente y preocupante, ya que el número de casos de delitos conocidos va en aumento, de 12 mil 813 casos a 13 mil 597 delitos el año 2018.

En la figura 12, se puede apreciar claramente la tendencia de los delitos registrados desde el año 2009 hasta el 2018, en donde se observa una tendencia creciente, con dos ligeras disminuciones en los años 2011 y 2015, cabe señalar que más de la mitad de los delitos son contra el patrimonio, por hurto en un 53.8%.

Figura 12

Delitos conocidos



Fuente: *Elaboración propia a partir de – Estadísticas de Seguridad Ciudadana INEI Ministerio del Interior, 2009-2018*

La figura 12, ilustra de manera representativa a nivel descriptivo, que la variable delitos conocidos tiene ligeras caídas en los años 2011 y 2015, de 9 mil a 6 mil 783 casos de delitos y desde casi 12 mil se reduce a 9 mil casos por tanto tiene tendencia de crecimiento en el periodo de estudio, resaltando notoriamente un crecimiento de la variable que responde a un aumento de hechos delictivos en la región Junín.

4.2.2.2 Resultado social respecto a la denuncia por violencia sexual y familiar

En relación a este indicador, información estadística del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señala que, para considerar que el hecho de victimización ha sido denunciado, el informante debe asegurar que dicha denuncia quedó registrada en un acta o en el cuaderno de ocurrencias que se maneja en las comisarías o en un atestado policial. Violencia sexual referido al que, con violencia o grave amenaza, obliga a una persona a practicar el acto sexual u otro análogo, o y si la violación se realiza a mano armada por dos o más sujetos, será reprimido de su libertad; Violencia familiar, Son todos los actos de agresión que se producen en el seno de un hogar, incluye casos de violencia contra la mujer, maltrato infantil o violencia contra el hombre.

Tabla 20*Denuncias por violencia sexual y familiar, Junín 2009-2018*

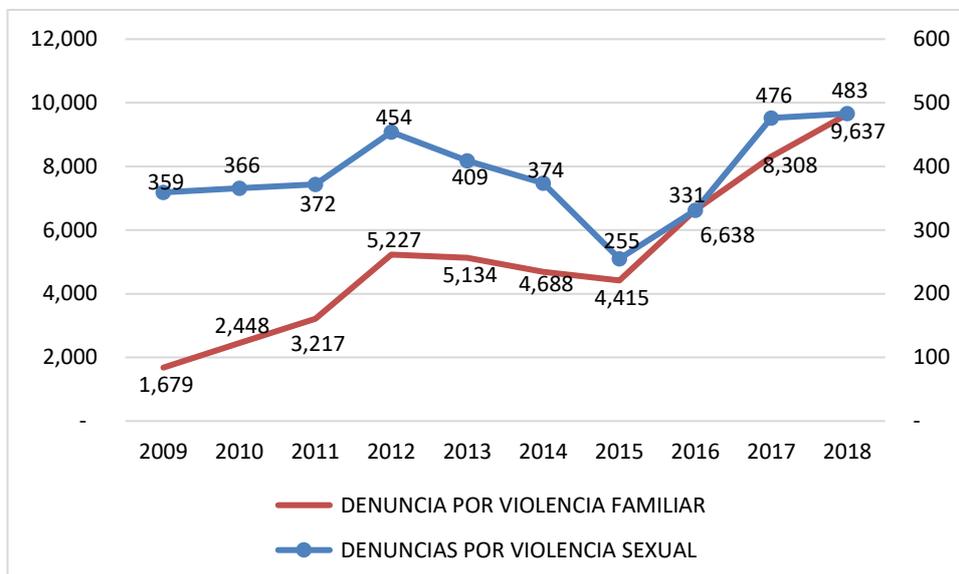
AÑO	DENUNCIAS POR VIOLENCIA SEXUAL	DENUNCIA POR VIOLENCIA FAMILIAR
2009	359	1679
2010	366	2448
2011	372	3217
2012	454	5227
2013	409	5134
2014	374	4688
2015	255	4415
2016	331	6638
2017	476	8308
2018	483	9637

Fuente: Elaboración propia a partir de - Ministerio del Interior e INEI Anuario Estadístico de la Criminalidad y seguridad Ciudadana, 2009-2018

En la tabla 20, podemos apreciar que las denuncias van en aumento de año a año, en el 2009, se tiene 359 denuncias por violencia sexual y mil 679 por violencia familiar, en el 2010 aumenta las denuncias, 366 por violencia sexual y dos mil 448 por violencia familiar, excepto el 2015 hay una disminución de denuncias por violencia sexual llegando a 255 y violencia familiar a 4 mil 415 denuncias, y en adelante incrementándose, en 483 denuncias por violencia sexual y 9 mil 637 por violencia familiar en el 2018, respectivamente. Lo cual es preocupante para las autoridades de turno, y en especial para la población en general, de la Región Junín.

Figura 13

Denuncias por violencia sexual y familiar Junín 2009-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de - Ministerio del Interior e INEI Anuario Estadístico de la Criminalidad y seguridad Ciudadana, 2009-2018

De acuerdo con la figura 13, se observa la tendencia de denuncias por violencia familiar: en 2009 las dependencias policiales de la región Junín registraron mil 679, denuncias por violencia familiar, que al año siguiente (2010) se incrementó en 2 mil 448 casos, llegando a 5 mil 227. En el 2012, A partir de allí, las denuncias comenzaron a disminuir paulatinamente, cada año, hasta 4 mil 415 casos en 2015. Luego en el 2016, 2017 subieron hasta llegar a 9 mil 637 casos en el 2018.

Observando la figura 13, se muestra que en el 2009, se registraron 359 denuncias por violencia sexual con agresión física y maltrato psicológico; para el año 2012 los casos se incrementaron, registrándose 454 denuncias de violencia sexual con agresión física y maltrato psicológico; para el 2013 hubo un leve descenso de las denuncias de violencia sexual llegando a 255 que se muestra en el 2015, a partir de allí se incrementan los casos, en el 2016, 17 y 18, llegando a registrar 483 casos de denuncias por violencia sexual con maltrato físico y psicológico. En la región Junín se presentan los siguientes proyectos de inversión según las actividades de prevención de la violencia y el delito, el control y persecución del delito, la rehabilitación y reinserción social, y la atención de las violaciones, así tenemos:

4.2.2.3 Resultado social respecto al índice de victimización (de algún hecho delictivo)

En esta investigación, se considera como “víctima” a la persona de 15 y más años de edad del área urbana que haya sufrido al menos un hecho delictivo durante el periodo de referencia (últimos 12 meses). Además, se considera como hecho delictivo a todo evento que atenta contra la seguridad, vulnera los derechos de la persona y conlleva al peligro, daño o riesgo como: Robo o intento de robo de dinero, cartera, celular; robo o intento de robo de vehículo automotor (auto, camioneta, etc.), robo de autopartes, mototaxi, motocicleta, bicicleta, amenazas e intimidaciones, maltrato físico y/o psicológico por parte de algún miembro del hogar, ofensas sexuales, secuestro e intento de secuestro, extorsión, estafa y robo de negocio. (Informática, 2017, p. 21)

Tabla 21

Índice de victimización, Junín 2009-2018

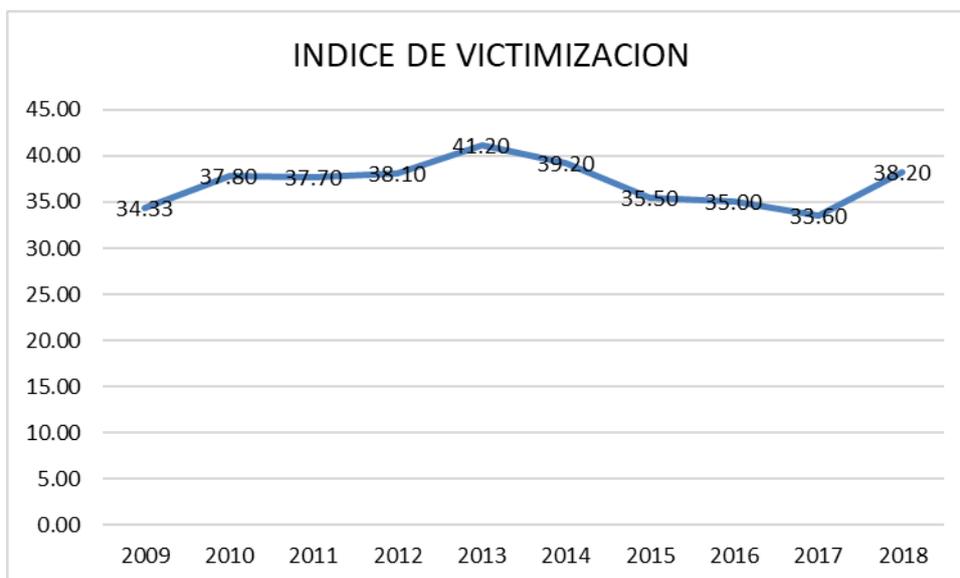
AÑO	INDICE DE VICTIMIZACION
2009	34.33
2010	37.80
2011	37.70
2012	38.10
2013	41.20
2014	39.20
2015	35.50
2016	35.00
2017	33.60
2018	38.2

Fuente: Elaboración propia a partir de – Estadísticas de Seguridad Ciudadana INEI, Ministerio del Interior, 2009-2018

En la tabla 21, se puede observar que hay una tendencia creciente en porcentaje de víctimas, desde el 2009, 34.33%, hasta el 2013, 41.20% de población víctima en la región Junín, en el 2014 se puede apreciar una ligera baja del porcentaje de población víctimas, 39.20%, llegando hasta un 33.60% el 2017 y en el 2018 nuevamente incrementándose en 38.20%, en consecuencia, podemos afirmar que hubo una diferencia estadística altamente significativa, entre los dos últimos años de análisis.

Figura 14

Índice de victimización



Fuente: Elaboración propia a partir de – Estadísticas de Seguridad Ciudadana INEI, Ministerio del Interior, 2009-2018

En la figura 14, se puede apreciar que los porcentajes de victimización se encuentran por encima de 30.00% de población víctima, observando el porcentaje más alto en el año 2013, de 41.20% de población víctima en la región Junín, la menor tasa se observa en el año 2017 con 33.60% y el 2009 34.33% de población víctima, cabe señalar que dicha región muestra una de las mayores tasas de población víctima. En comparación a otras regiones del Perú.

4.2.3 Estimación de relación con cada indicador en cuanto a la inversión en seguridad ciudadana y resultado social

4.2.3.1 Inversión pública en seguridad ciudadana y delitos conocidos

Tabla 22

Relación entre inversión pública en seguridad ciudadana y el indicador delitos conocidos, 2009-2018, Junín

AÑO	INVERSION EJECUTADO	DELITOS CONOCIDOS
2009	286,946.00	9,662
2010	6,796,502.00	7,500
2011		6,783
2012	662,962.03	11,112
2013	442,921.42	11,920
2014	6,961,655.00	11,403
2015	8,136,322.00	9,554
2016	2,135,035.00	12,813
2017	8,986,857.00	12,893
2018	15,886,829.00	13,597

Fuente: Elaboración propia a partir de – Estadísticas de Seguridad Ciudadana INEI, Ministerio del Interior y Mef, 2009-2018

Figura 15

Relación entre inversión en seguridad ciudadana y delitos conocidos, Junín 2009-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de – Estadísticas de Seguridad Ciudadana INEI, Ministerio del Interior y Mef, 2009-2018

En la tabla 22 y figura 15, se puede apreciar la interacción y relación que existe entre la inversión pública en seguridad ciudadana ejecutada y los delitos conocidos, ambos tienen tendencia creciente, lo cual nos conlleva a hacer un análisis más exhaustivo, ya que a mayor inversión pública en seguridad ciudadana debería disminuir los delitos conocidos, pero por el contrario están aumentando. Por tanto, no basta la inversión pública en seguridad para que disminuyan los delitos conocidos, se necesitaría complementar con alguna otra inversión específica en seguridad, y así reducir los delitos conocidos en la región Junín. La relación que existe entre inversión en seguridad y delitos conocidos, es una relación positiva, ya que ambos están en crecimiento, por ejemplo en el año 2010, se ejecutan proyectos por un monto de 6 millones 800 mil, y se cometen 7 mil 500 delitos, el 2018, se invierte en seguridad ciudadana por más de 15 millones de soles y el indicador delitos conocidos llega hasta 13 mil 597 delitos, confirmando así el sentido ascendente de los indicadores, inversión en seguridad y delitos conocidos en la región Junín, durante el periodo de estudio.

4.2.3.2 Inversión pública en seguridad ciudadana e índice de victimización

Tabla 23

Relación entre inversión pública en seguridad ciudadana y el indicador índice de victimización, 2009-2018, Junín

AÑO	INVERSION EJECUTADO	INDICE DE VICTIMIZACION
2009	286,946.00	34.33
2010	6,796,502.00	37.80
2011		37.70
2012	662,962.03	38.10
2013	442,921.42	41.20
2014	6,961,655.00	39.20
2015	8,136,322.00	35.50
2016	2,135,035.00	35.00
2017	8,986,857.00	33.60
2018	15,886,829.00	38.20

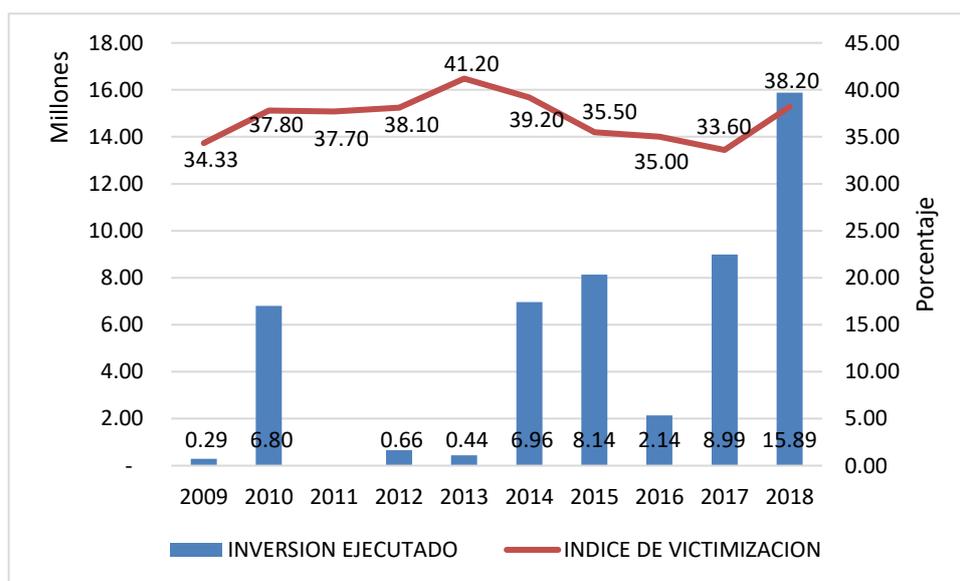
Fuente: Elaboración propia a partir de – Estadísticas de Seguridad Ciudadana INEI, Ministerio del Interior y Mef, 2009-2018

En la tabla N° 23 se puede apreciar que el índice de victimización se incrementa desde 34.33% en el 2009 hasta 38.20% en el año 2018, incrementándose aún mayor en el

año 2013 llega al pico más alto de 41.20% y va descendiendo hasta 33.60% en el año 2017, por tanto este indicador presenta un incremento que demuestra el aumento de la inseguridad, se puede apreciar la interacción y relación que existe entre la inversión pública en seguridad ejecutada y el índice de victimización, ambos tienen tendencia creciente, lo cual nos conlleva a hacer un análisis más exhaustivo, ya que a mayor inversión pública en seguridad ciudadana debería disminuir el índice de victimización, pero por el contrario están aumentando.

Figura 16

Relación entre inversión en seguridad ciudadana e índice de victimización, Junín 2009-



2018

Fuente: Elaboración propia a partir de – Estadísticas de Seguridad Ciudadana INEI, Ministerio del Interior y Mef, 2009-2018

En este caso de interacción, entre inversión en seguridad ciudadana e índice de victimización, se puede apreciar en la tabla N° 23 y la figura 16, que la inversión en seguridad, no es tan efectiva, para hacer disminuir al índice de victimización, ya que se observa que se mantiene por encima de 30% y debajo de 40%. Por tanto, no resultando efectiva la ejecución de proyectos públicos en seguridad en la región Junín. Con respecto a esta variable de índice de victimización. Se observa que por el contrario hay un incremento en el año 2018 llegando hasta 38.20%, subiendo en 4% desde el inicio del periodo de investigación.

4.2.3.3 Inversión pública en seguridad ciudadana y denuncias por violencia familiar y sexual

Tabla 24

Relación entre inversión pública en seguridad ciudadana y el indicador denuncias por violencia familiar y sexual, 2009-2018, Junín

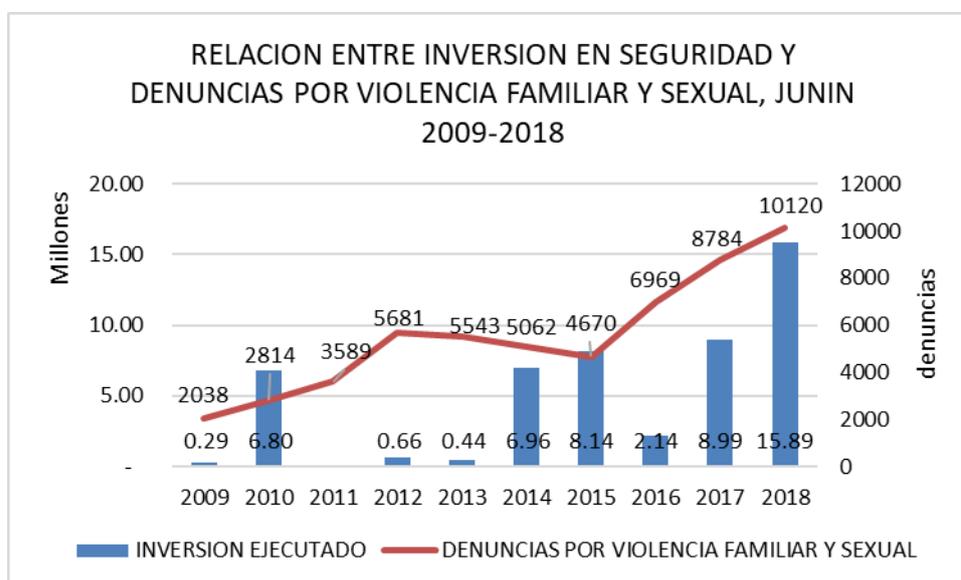
AÑO	INVERSION EJECUTADO	DENUNCIAS POR VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL
2009	286,946.00	2039
2010	6,796,502.00	2814
2011		3589
2012	662,962.03	5681
2013	442,921.42	5543
2014	6,961,655.00	5062
2015	8,136,322.00	4670
2016	2,135,035.00	6969
2017	8,986,857.00	8784
2018	15,886,829.00	10120

Fuente: Elaboración propia a partir de – Estadísticas de Seguridad Ciudadana INEI, Ministerio del Interior y Mef, 2009-2018

En la tabla N° 24 se observa un crecimiento constante de las denuncias por violencia familiar y sexual de parte de la población de la región Junín, en el 2009 se tenía 2039 denuncias incrementándose hasta 10 mil 120 denuncias en el año 2018, a pesar que existe una inversión en seguridad ciudadana muy considerable desde el año 2010 por más de 6 millones de soles, y el 2014 casi 7 millones de soles llegando a casi 9 millones de soles en el año 2017, finalmente en el año 2018 se ejecutó proyectos en seguridad cerca de 16 millones de soles.

Figura 17

Relación entre inversión en seguridad ciudadana y denuncias por violencia familiar y sexual, Junín 2009-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de – Estadísticas de Seguridad Ciudadana INEI, Ministerio del Interior y Mef, 2009-2018

La interacción identificada prácticamente es nula ya que se observa en la figura 17 que las denuncias se están incrementando pese a la inversión en seguridad, si describimos una relación respecto a los indicadores, inversión en seguridad y denuncias por violencia familiar y sexual es directa, ya que al incrementarse la ejecución de proyectos públicos en seguridad, también se están incrementando las denuncias de 2038, en el 2009 hasta 10 mil, 120 denuncias en el 2018, notando de esta manera una gran ineffectividad de los proyectos en seguridad en la región Junín, ya que no están siendo reflejados en la disminución de denuncias por violencia familiar y sexual, por el contrario notándose una tendencia creciente. Del indicador que nos representa el bienestar social, por el contrario, generando malestar de parte de la población de la Región Junín.

4.2.3.4 Inversión en seguridad ciudadana y resultado social (análisis consolidado)

Respecto al objetivo específico n° 02, que tiene el propósito de “Describir de qué manera la inversión pública en seguridad interactúan con el resultado social en la región Junín 2009 – 2018”, concluimos que en lo que respecta a la inversión pública en seguridad, en el periodo de investigación 2009-2018 se llevaron a cabo el análisis de 22 proyectos de inversión pública en seguridad ejecutados, que suman más de 50 millones de inversión que tienden a generar resultados sociales como, la reducción de delitos conocidos, disminución de denuncias por violencia familiar y sexual, disminución del índice de victimización de la

población de la región Junín, y no logrando la reducción ya que los indicadores siguen en aumento y se mantienen por tanto no resultando efectiva la ejecución de los proyectos de inversiones durante 9 años y existen 27 proyectos que están en ejecución, que suman más de 52 millones en total, considerados también en 9 años, por tanto la inversión ejecutada y en ejecución respecto al sector salud, es mayor de tal forma que no se refleja el aumento del bienestar social ya que los resultados sociales delitos cometidos, el índice de victimización y las denuncias por violencia sexual y familiar siguen aumentando, significativamente dentro del periodo de análisis.

4.3. Interpretación de resultados

La inversión pública en salud y en seguridad, en relación al PBI de la región Junín indican su falta de eficacia y de eficiencia, por cuanto, no obstante, el incremento de la inversión pública los problemas de salud, específicamente la TBC mantienen un alto índice de prevalencia. Del mismo modo, en el caso de la seguridad, los delitos producidos en la región Junín presentan un elevado orden de magnitud. Como se observa en la tabla N° 25.

Tabla 25

Tabla producto bruto interno, casos de salud y seguridad ciudadana, 2009-2018, Junín

AÑO	PBI	SALUD	SEGURIDAD CIUDADANA
2009	9,039,077	673	5043
2010	9,518,659	681	7500
2011	10,009,485	772	7123
2012	10,718,558	770	8337
2013	11,095,514	740	9433
2014	12,387,421	671	8791
2015	14,464,035	700	7632
2016	14,294,929	680	9375
2017	14,926,884	638	11627
2018	15,420,106	541	15018

Fuente: Elaboración propia a partir de – Instituto Nacional de Estadística e Informática y Ministerio de Economía y Finanzas 2009-2018

Fuente: INEI-MEF

Nota.-

PBI / PBI de la Región Junín (en miles) a precios constantes.

SALUD / Casos de TBC- como indicador de problemas de salud en la Región Junín SEGURIDAD/ Delitos producidos en la Región Junín – como indicador de seguridad ciudadana.

Los resultados obtenidos en la investigación son interpretados sobre la base del análisis PESTAL, en sus dimensiones: política, económica, social, tecnológica, ambiental y legal, en los dos sectores materia de esta investigación: Salud y Seguridad ciudadana.

4.3.1 Dimensión política (normas, institucionalidad,)

4.3.1.1 En relación a la salud

La inversión pública en el sector salud de la región Junín es un eje fundamental para la economía, donde intervienen diferentes factores como el político que afecta de forma directa el comportamiento de la inversión pública en infraestructura, equipamiento, capacitación de recursos humanos, para brindar un mejor y mayor acceso a los servicios de salud a la población de la región Junín, siendo el Gobierno Regional Junín, la entidad encargada de gestionar todos los proyectos de salud, a través de sus unidades formuladoras: sub gerencia de estudios, Dirección regional de salud Junín, gerencia regional de desarrollo social, gerencia regional de planeamiento, presupuesto y acondicionamiento territorial. Y respecto a la unidad ejecutora se tiene a la administración central Minsa, región Junín- sede central.

Hay la necesidad de financiamiento público para disminuir el gasto de bolsillo de la población de la región Junín especialmente en salud.

Creo que, entonces, tenemos un problema con múltiples dimensiones. Por un lado, un retraso crónico del gasto que nos pone muy lejos de los requerimientos para entrar a la OCDE, (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) y por otro lado una baja capacidad de ejecución del sector público del presupuesto asignado, también crónica, por lo menos en palabras del Ministro de Economía. 2015.

4.3.1.2 En relación a la seguridad ciudadana

La inversión en seguridad ciudadana de igual forma es un eje fundamental para la región Junín, en este caso efectuado por los gobiernos locales los encargados de formular y ejecutar los proyectos de inversión en seguridad ciudadana, La seguridad ciudadana es una de las principales demandas de la ciudadanía, que requiere de una intervención pública multisectorial, siendo el encargado de la política sectorial el Ministerio del Interior y correspondiendo a diversas entidades de los tres niveles de gobierno realizar acciones estratégicas para su cumplimiento. En ese sentido, son los gobiernos locales los responsables de la atención local a través del servicio de serenazgo, el cual debe articularse a los lineamientos establecidos. Del análisis de los indicadores, se evidencia que los municipios,

cuyos distritos son los más inseguros, poseen mayor porcentaje de inoperatividad de sus equipos, tienen poca coordinación y articulación, no cuentan con instrumentos de gestión y tienen poco personal en promedio para atender a una gran cantidad de población. Adicionalmente, a nivel general, es mínimo el involucramiento de la ciudadanía en los aspectos de seguridad ciudadana, hecho que se ha evidenciado en las pocas consultas ciudadanas realizadas y en la baja recaudación obtenida, que solo llegó a representar la tercera parte de los recursos gastados en atender este servicio.

En marzo del 2017 el SNIP (Sistema Nacional de Inversión Pública) es reemplazado por Invierte.pe Inicialmente se han identificado 51 tipos de inversiones estándar (entre 70% y 80% del presupuesto de inversión que evaluaba el SNIP) A partir del 2017, el MEF en conjunto con los sectores desarrollará progresivamente las fichas técnicas necesarias.

4.3.2 Dimensión económica (recursos, eficacia y eficiencia)

4.3.2.1 En relación a la salud

La salud de la población es muy importante dentro de toda economía, ya que sin ella no se podría realizar las diferentes actividades, sociales, culturales y económicas, por lo general su comportamiento es directamente proporcional al comportamiento de la economía de la región Junín, por tanto, se debería apuntar al aseguramiento universal, problema que es grave, y que tiene un gran impacto en el aseguramiento universal, es la oferta de los recursos humanos. El número de especialistas en el país es muy bajo en relación al número total de médicos, hay más de 73 mil médicos colegiados y solo algo más de 25 mil médicos especialistas. Y los especialistas están concentrados principalmente en Lima y las principales capitales de departamento; incluso en Lima ya tenemos algunas dificultades para poder encontrar médicos especialistas de todas las especialidades en el número suficiente que uno quisiera. Si en Lima pasa eso, si en San Isidro pasa eso, imagínense que pasa en otras capitales de departamentos, en la región Junín donde a veces a duras penas hay un anesthesiólogo, un cardiólogo, algunos traumatólogos, por poner un ejemplo. Entonces, ahí viene un tema conceptual que siempre nos ha preocupado y es que el PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud) ha generado tanta expectativa y no tiene una implementación plena, entre otras cosas, porque enfrenta el reto de contar con una dotación de profesionales suficientes que hagan cumplir el PEAS en todos sus alcances. Mientras no haya especialistas suficientes, ¿de dónde vamos a sacar psiquiatras u oncólogos suficientes para atender el

PEAS a nivel nacional? El MINSA es el primero que enfrenta esta problemática, el Seguro Social también y, sin duda, para el sector privado no hay incentivos para hacer inversiones en infraestructura y servicios de salud más allá de Lima y las principales capitales de departamento.

EsSalud tiene otro fondo de financiamiento que normalmente no tomamos en cuenta. Siempre hablamos de gasto público y asumimos que eso es el SIS y en realidad es EsSalud es una institución pública también y representa, igual que el subsector público tradicional el 30% del gasto en salud. Haciendo un análisis del gasto en salud, y el 87% del gasto en salud es en hospitales y solo el 13% es en el primer nivel. Es imposible que el 30% de nuestro gasto en salud, que está mediado por el aseguramiento contributivo, pueda mejorar su eficiencia si no cambia este modelo de atención.

4.3.2.1 En relación a la seguridad ciudadana.

La seguridad de la población es fundamental para realizar cualquier actividad económica en la región frente a la delincuencia como principal problema y a la percepción negativa que tienen los ciudadanos hacia la Policía y otras autoridades, se ven obligados a tomar medidas de seguridad en sus hogares, tales como cambiar o colocar cerraduras y/o candados, instalar alarmas y/o videocámaras de seguridad, colocar rejas en las viviendas, realizar acciones conjuntas con los vecinos, colocar cercos de seguridad, alambre de púa o murallas, contratar vigilancia privada en las calles y como última estrategia comprar un perro guardián. Acuden a estas estrategias por miedos, temores de ser víctimas de la inseguridad y frente a la inoperancia de la policía Nacional y el Serenazgo. Todo ello afectando la economía de la población involucrada. Generando un gasto en seguridad.

4.3.3 Dimensión Social (cultura, corrupción)

4.3.3.1 En relación a la salud

El Ministerio de Salud está haciendo un esfuerzo ahí, planteando por ejemplo algunos esquemas de eso que nosotros llamamos de atención primaria de salud, llevando más cerca de la población los aspectos diagnósticos, asegurando que en el primer nivel de atención haya acceso adecuado a medicamentos, y obviamente, mejorando la calidad de atención necesaria ahí. El otro aspecto que también es interesante mencionar es el nivel de satisfacción que tiene

una persona cuando acude a un establecimiento de salud. Afortunadamente el sector privado tiene el nivel de satisfacción más alto comparado con los demás subsectores, pero

dentro del aseguramiento en general, los privados representan a duras penas poco más del 4% a nivel nacional. El número de personas afiliadas a un seguro privado no es significativo comparado con los afiliados al SIS o EsSalud, pero de alguna manera refleja la calidad de los servicios que se prestan. Sería bueno que la calidad de los servicios pueda estar refrendados a través de sistemas de acreditación en salud, que permitan ver de manera abierta y transparente si el establecimiento de salud público o privado cumple o no con los estándares que garanticen la prestación de los servicios.

En materia de financiamiento es mejorar la gestión de cada sol asignado al sector. El volumen de recursos que se pierden por corrupción, fraude o incapacidad en el sector salud no está adecuadamente medido en el Perú; sin embargo, se reconoce internacionalmente que este es un factor extremadamente relevante. Creo que es necesario hacer un esfuerzo por vigilar la corrupción y el fraude, así como dimensionar la pérdida y reducirlas. Nos referimos a aquellos recursos que debieron ser asignados a una actividad sanitaria que terminan desperdiciados en una mala compra o una mala asignación ya sea por corrupción o por incompetencia. Similar es el caso de recursos que son asignados y que no son utilizados; para poder reducirla al máximo debemos ser capaces de medirla, de monitorearla y de tomar acciones. Una fuente de desperdicio importante es cuando uno termina usando recursos del sector en atención curativa o en hospitales de alta complejidad para cargas de enfermedad de baja complejidad. Una diarrea, que es atendida en un hospital es, definitivamente, un desperdicio del cual no podemos darnos el lujo. Y, finalmente, otro elemento que hay que tomar en cuenta en el tema del financiamiento en general, es reducir el subsidio cruzado o subsidio regresivo: los pobres subsidiando a los ricos, los desempleados a los empleados, los viejos a los jóvenes. Hoy por hoy 50% del financiamiento se va para subsidiar al 40% más rico del país.

En Junín, hay cuatro millonarios proyectos de construcción de hospitales paralizados. Se trata de las obras de mejoramiento de los hospitales de Satipo, San Martín de Pangoa, Pichanaki y el Materno Infantil El Carmen, que en conjunto están valorizados en más de S/506 millones, todos financiadas por el gobierno central y su ejecución está a cargo del Gobierno Regional de Junín. El mejoramiento del Hospital de Apoyo “Manuel Higa Arakaki” de Satipo de Nivel II-1 fue adjudicado en junio del 2019 al Consorcio Arakaki II, por un monto de inversión de más de S/115 millones. El proyecto debió construirse en el distrito de Satipo, pero lo iniciaron en el distrito de Río Negro. Actualmente el proyecto, que comenzó a ejecutarse en agosto del año pasado reporta un

avance de 0.7%. Otra obra paralizada en Junín es la del Hospital Materno Infantil El Carmen de Huancayo, de nivel III-1, cuyo costo es de S/210 millones y comenzó a ejecutarse en diciembre del 2015 a cargo del Consorcio El Carmen II. Se estimaba que concluiría en octubre del 2018, pero hasta ahora registra un avance del 65%, según el MEF. El proyecto tuvo varias interrupciones, la última desde octubre del año pasado, así como seis ampliaciones de plazo por causas como “cambio de ubicación de terreno”; además de una adenda para sumar de S/13 millones adicionales el 2016 por supuestas deficiencias en el expediente técnico. En un informe del 2019, la Contraloría determinó que los problemas con este proyecto fueron el cambio de terreno, la licitación sin tener disponible el área para la obra y la entrega de adelantos sin justificación. La autoridad fiscalizadora determinó que todo ello generó un perjuicio económico de S/18 millones, e identificó como responsables a 21 funcionarios. Pese a que en octubre del 2018 se firmó el contrato, el proyecto de mejoramiento del Hospital San Martín de Pangoa, valorizado en más de S/89 millones, también está paralizado desde marzo del 2019 y tiene 0% de avance, según el MEF. La obra de mejoramiento del Hospital de Apoyo de Pichanaki, cuya ejecución comenzó en febrero del 2018 a cargo del Consorcio Selva Central, también está detenida. Esta obra, valorizada en más de S/92 millones debió concluirse en junio del 2019, pero según el MEF, tiene un avance a la fecha de solo el 47%. La obra está paralizada desde diciembre de 2019.

4.3.3.2 En relación a la seguridad ciudadana.

Sin seguridad ciudadana, que protege un núcleo básico de derechos, las personas no pueden desarrollar plenamente sus capacidades ni contribuir con todo su potencial a mejorar a sus familias, sus comunidades y las instituciones. Además, las amenazas a la seguridad ciudadana pueden impactar también a las personas no directamente afectadas e incluso a las generaciones futuras. Más aún, algunas formas de violencia no son hechos aislados, sino que se presentan de manera recurrente en la vida de las personas, lo que tiene un efecto sostenido de socavamiento de libertades y capacidades.

4.3.4 Dimensión tecnológica

4.3.4.1 En relación a la salud

Sistemas de Información en Salud, el tema de la tecnología en salud es muy importante no solamente porque tiene un impacto en la reducción de costos, sino porque además genera seguridad para las personas. No es posible que una persona pueda estar

acreditada o acceder al seguro solamente en un sector. Debería acceder en general a todas las redes de servicios de salud públicos o privados, especialmente en casos de atenciones de emergencia, para que el sistema realmente funcione como una red de referencia y contrarreferencia.

En si el SIS es o no una amenaza o un reto para la atención primaria de la salud, o cómo se maneja el fondo, a quién se paga, cómo se identifica a los beneficiarios, o el sistema de información. Por ejemplo, ¿cómo es posible que hasta la actualidad no se haya establecido el estándar de transmisión electrónica de datos en salud?, por mencionar el estándar HL7 (conjunto de estándares para facilitar el intercambio electrónico de información clínica). Es un estándar tan clásico, tan convencional, tan probado, tan demostradamente útil que no se explica cómo es que no está normado y formalizado.

Además, a esta brecha financiera, le tenemos que agregar, a lo dicho por el Ministro de Salud, una brecha de infraestructura, una brecha de recursos humanos y una brecha tecnológica (entendida como conocimiento).

Equipos médicos sin utilización por falta de especialistas en tecnología médica, los proyectos de inversión pública en salud no contemplan la consideración de personal especialistas como son Médicos radiólogos o técnicos radiólogos, que puedan operar los equipos médicos adquiridos por el proyecto, ya que en algunos casos existen equipos médicos sin utilizar ni una sola vez permaneciendo en almacén. Y así desfasándose por el avance tecnológico que va cambiando en forma acelerada y dejando obsoletos equipos nuevos.

4.3.4.2 Respecto a la seguridad ciudadana

Respecto a seguridad ciudadana, se crearon la video vigilancia y el serenazgo, en la práctica otra policía, y ahora la geolocalización vía GPS, y podrían configurarse como los clivajes del cambio en seguridad ciudadana. Las nuevas herramientas digitales han sofisticado los delitos tradicionales. Para robar dinero, por ejemplo, ya no hay que robar un banco. Inclusive, la tecnología ha permitido ataques cibernéticos que jamás nos hubiéramos imaginado. El cibercrimen no es una amenaza del futuro para la que nos debemos preparar. Los tipos de seguridad que utilizan Para ello, las tecnologías aplicadas a la seguridad ciudadana están conformadas por los tres sistemas esenciales para el control que son: los sistemas de video-vigilancia públicos y privados, los sistemas de geolocalización, los sistemas biométricos y de controles accesos públicos.

4.3.5 Dimensión ambiental (contaminación del agua, aire, acústico)

4.3.5.1 Respecto a la salud

La carencia de un servicio adecuado de agua y saneamiento tiene impacto negativo sobre la salud de las personas, su futuro desarrollo y calidad de vida. El contagio de enfermedades transmitidas por falta de aseo personal y la contaminación del medio ambiente se agrava por ausencia de agua y saneamiento, Insuficiencia o inexistencia de sistemas de recolección de basura, descontaminación de suelo, aire o agua, eliminación de vectores, etc.

En la mayoría de los proyectos no se considera por ejemplo el costo de separación de residuos hospitalarios. Lo cual debería considerarse en los costos de operación y mantenimiento de cada proyecto en el sector salud.

La contaminación ambiental es un problema que se ha venido agravando en las últimas décadas en el Perú. Generalmente el aire se contamina debido al desarrollo de actividades industriales, el parque automotor y la actividad industrial son las principales causas de contaminación del aire

En el 2010, a nivel nacional, los principales contaminantes del aire per cápita fueron dióxido de carbono, monóxido de carbono, óxido de nitrógeno y óxido de azufre; los cuales se han venido incrementando año tras año, a excepción del monóxido de carbono

El problema de la contaminación ambiental, no solo tiene efecto inmediato en la salud de las poblaciones, sino que contribuye a largo plazo a un fenómeno global conocido como cambio climático, el cual es producto del uso intensivo de combustibles fósiles, la quema de bosques y el cambio de uso de las tierras. Esto aumenta la concentración de gases de efecto invernadero en la atmósfera y genera el aumento de las temperaturas e incrementa la frecuencia e intensidad de eventos climáticos extremos.

Por esta razón, se están observando cambios en los patrones de lluvia, elevación del nivel del mar, pérdida sostenida de glaciares, las olas de calor, incendios forestales, contribuyendo a la expansión de enfermedades y de plagas agrícolas. En cuanto a la salud de la población se prevé un incremento de las enfermedades transmitidas por vectores (Dengue y Malaria) así como el Cólera (por uso de aguas contaminadas y colapso de servicios de saneamiento básico), además de las enfermedades respiratorias y dermatológicas. El incremento de la frecuencia e intensidad de los eventos climáticos

extremos afectara las viviendas, la infraestructura vial, centros de salud y educación, así como la generación de energía, abastecimiento de agua potable y saneamiento.

El Perú es un país en permanente riesgo de ocurrencia de desastres naturales, los cuales están asociados o influenciados por eventos climáticos extremos, por una reducida capacidad de las cuencas y por la fragilidad de los ecosistemas (producto de la degradación ambiental). Es así que se presentan inundaciones, sequías, deslizamientos y el fenómeno de El Niño. Por otro lado, el Perú está ubicado en el cinturón de fuego del Pacífico, lo que lo predispone a una permanente actividad sísmica, cuya frecuencia se viene incrementando cada año.

4.3.5.2 Respecto a la seguridad ciudadana

El crimen es una gran preocupación para los latinoamericanos. La contaminación también lo es cada vez más. Sin embargo, es poco usual considerar las relaciones y las concesiones que deben hacerse entre ambos factores. Aun así estos son precisamente los problemas que exploran el profesor visitante Paul Carrillo y sus colegas de la Universidad de Washington, Arun Malik y Andrea López en un estudio para el BID. Los autores tomaron como estudio de caso el programa de restricción vehicular de Quito, llamado Pico y Placa. Al igual que programas similares en ciudades alrededor del mundo, el Pico y Placa restringe, en días laborales alternos, el ingreso al área del centro de la ciudad a automóviles cuyas placas terminan en número par o impar. Sin embargo, a diferencia de muchos de estos programas, el Pico y Placa ha sido efectivo, y los niveles de monóxido de carbono disminuyeron en un 10% durante el periodo considerado de mayo de 2010 a mayo de 2011. Al parecer este fue el resultado de un monitoreo vigoroso por parte de la policía local y nacional en 11 puntos de control fijos en el perímetro del área restringida, y 15 puntos aleatorios dentro del área restringida, con una multa alta y la inmovilización del vehículo durante un día para quienes infringen la medida por primera vez. Incluso si algunas violaciones no se reportaron debido a sobornos, el Pico y Placa logró sus objetivos en gran medida.

Pero este éxito tuvo un precio sorprendentemente alto. Se estima que, dentro del área restringida, los delitos contra la propiedad se incrementaron entre un 5% y un 10%, solo durante las horas de la restricción: las horas pico en días laborales, entre las 7:00 am y las 9:30 am, y entre las 4:00 pm y las 7:30 pm. No hubo ningún incremento en las horas sin restricción. Este incremento general incluía un patrón todavía más inquietante: se estima que, durante esas horas, los delitos contra la propiedad cerca del perímetro del área

restringida –es decir, en lugares cerca del perímetro, pero lejos de los 11 puntos de control– aumentaron en un 60%. Entonces, ¿por qué limpiar el aire llevó a un incremento en el crimen? Los autores no encontraron ningún cambio evidente en el uso del transporte público, lo que hubiera generado un entorno con una cantidad de objetivos particularmente alta para los carteristas y ladrones. Sin embargo, el Dr. Carrillo y sus colegas sí encontraron un “desplazamiento”. En otras palabras, hay una cantidad limitada de policías. Los oficiales asignados a controlar las placas y a inmovilizar cerca de 200 vehículos todos los días no están disponibles para otras funciones policiales como patrullar las calles y monitorear actividades sospechosas. Si los criminales saben dónde está presente la policía, pueden inferir dónde es probable que la policía esté ausente, y actuar de acuerdo con esto.

4.3.6 Dimensión legal

4.3.6.1 Respecto a la salud

Aumentar y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia y avanzar hacia la eliminación del pago directo, que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de salud. Es decir, hay la necesidad de financiamiento público para disminuir el gasto de bolsillo. Y ahí hay varias cosas. Una de las preguntas que está planteada es: ¿cuánto es lo necesario para eso? En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) llega al 8% del PBI.

Así también, en lo que se refiere al marco sector salud, la Ley N° 29344 establece los mecanismos de implementación y desarrollo del aseguramiento universal en salud. En esta norma se señala que las entidades prestadoras de salud son todas las empresas e instituciones (públicas o privadas), distintas de EsSalud, que tienen como objetivo brindar servicios de atención de salud, con infraestructura propia o de terceros. Además, están los centros que operan dentro del régimen del seguro social de salud, financiando las atenciones a través de los aportes que dan los trabajadores y que se regulan en la Ley N° 26790.

Nosotros aquí en América Latina, estamos alrededor del 3.8%, en promedio. Lo que plantea el documento de la OPS es que el gasto público destinado a salud debe ser el 6% del PBI, cifra que deberá convertirse en una referencia útil para la mayoría de países. El planteamiento es, entonces, el aumento de la recaudación para poder financiar el gasto fiscal. Ahí hay aspectos que obviamente están totalmente fuera de la gobernabilidad del sector salud, pero que definitivamente tienen que ver con esto: la evasión de impuestos, la

corrupción y los mecanismos ineficientes de nuestros países para la recaudación de impuestos, tienen que ser mejorados para poder financiar la salud.

4.3.6.2 Respeto a la seguridad ciudadana

El incremento del delito en la región, en especial de aquellas modalidades que incorporan un mayor grado de violencia contra las personas, se constituye en una de las principales amenazas al derecho a la vida. Los mayores niveles de victimización se verifican respecto a adolescentes y jóvenes de los sectores de ingresos medios y bajos de la población, y a las mujeres. Sin perjuicio de ello, la criminalidad y las diferentes formas de violencia interpersonal y social ponen en riesgo el derecho a la vida de todas las personas que integran la sociedad, independientemente de franjas atareas o sectores sociales. La Comisión desea mencionar especialmente que el Estado, conforme a sus obligaciones positivas en materia de garantía y protección de los derechos humanos, debe diseñar e implementar, dentro de su política pública sobre seguridad ciudadana, planes y programas eficaces de prevención que tengan como objetivo disminuir el riesgo de reproducción de la violencia y el delito, a la vez que hacer efectivos todos los recursos necesarios para perseguir y poner a disposición de los organismos del sistema judicial a los autores de crímenes, en especial, aquellos que implican violencia contra las personas.

CONCLUSIONES

1. La inversión pública en salud en la Región Junín durante el periodo 2009 – 2018, fue estimada en 858,371,233 soles, y comprendía 127 proyectos. De este importe solo se ejecutaron 43 proyectos que representaron el 4.7% del presupuesto estimado; mientras que la diferencia de 84 proyectos que representaban el 95.3% del presupuesto asignado quedaron sin ejecutarse plenamente.

Esta investigación ha demostrado que la ineficacia de la inversión en salud se debió, fundamentalmente, a la no actualización de los montos de inversión total presupuestal de los proyectos originando la suspensión y/o paralización en su ejecución.

En relación a los objetivos propuestos, la aplicación presupuestal en salud motivó los siguientes resultados: a) la tasa de morbilidad se incrementó de 25.4% a 40.1% en mujeres y de 17.2 a 29.6%, en varones b) la tasa de mortalidad desciende de 23% a 21%, c) en cuanto a recursos acceso y cobertura con respecto a Es salud se reduce de 17.3% a 16.9% y al SIS se incrementa de 24.7% a 55.2%. Esto explica las carencias del servicio de salud para la población de Junín en sus aspectos de morbilidad, mortalidad y acceso y cobertura a los servicios.

Estos datos permiten apreciar lo siguiente. Que la inversión pública en salud en la región Junín es insuficiente para cumplir los servicios de salud de la población de la región, y, por lo tanto, no es eficaz y tampoco es eficiente por cuanto los recursos empleados no han permitido su incidencia positiva en la salud de la población de Junín.

2. La inversión pública en seguridad ciudadana en la Región Junín durante el periodo 2009 – 2018, fue estimada en 102,503,517 soles, y comprendía 49 proyectos. De este importe solo se ejecutaron 22 proyectos que representaron el 49.1% del presupuesto estimado; mientras que la diferencia de 27 proyectos que representaban el 50.9% del presupuesto asignado quedaron sin ejecutarse plenamente.

Esta investigación ha demostrado que la ineficacia de la inversión en seguridad se debió a la no actualización de la inversión total presupuestal de los proyectos originando la suspensión y/o paralización en su ejecución.

En relación a los objetivos propuestos, la aplicación presupuestal en seguridad motivó los siguientes resultados: a) los delitos conocidos se incrementó de 9.01% a 12.68%, b) el índice de victimización se incrementó de 9.26% a 10.31%, c) en cuanto a

denuncias por violencia sexual se incrementa de 9.26% a 12.45% y denuncias por violencia familiar es aún más significativo que se incrementa de 3.27% a 18.75%.

Estos datos permiten apreciar lo siguiente. Que la inversión pública en seguridad no es eficaz y tampoco es eficiente por cuanto los recursos empleados no han permitido su incidencia positiva en la seguridad ciudadana de la población de Junín. No se enfatiza proyectos para atender los ámbitos de prevención, fortalecimiento del tejido social, recuperación de espacios públicos o protección de poblaciones vulnerables. Solo se prioriza inversión en infraestructura, equipamiento y recursos humanos destinados a la rehabilitación.

3. La presente investigación muestra que, a nivel nacional, la inversión pública no está orientada al bienestar social de acuerdo a los parámetros internacionales.

En relación a la salud, la inversión nacional es el 4.8% del PBI considerada insuficiente en relación a la inversión promedio de Latinoamérica que llega al 6.8% del PBI. En la región Junín, el porcentaje de la inversión pública en salud, de acuerdo a los datos obtenidos de los años de análisis, es aún menos al promedio nacional. solo llega al 2% del PBI regional.

En relación a la seguridad ciudadana la inversión nacional fue de 1.29% del PBI considerada aún menor en relación a la inversión promedio en América Latina que llega al 1.45% del PBI. En la región Junín, el porcentaje de la inversión pública en seguridad, de acuerdo a los datos obtenidos de los años de análisis, es aún menor al promedio nacional. solo llega al 0.2% del PBI regional

Tal es así que el presupuesto para seguridad per cápita asciende a S/218 por cada habitante de la región Junín, estando por debajo del promedio nacional (S/356).

La región Junín está en el grupo con mayor riesgo de inseguridad ciudadana, oscilando entre 32.9% y 39.6%

RECOMENDACIONES

1. Promover el desarrollo social en el Perú y, específicamente, la mejora de la calidad de vida de la población nacional y regional, exige una dotación de recursos suficientes, así como la gestión eficaz y eficiente de los proyectos de inversión pública asignados al bienestar común. En el caso particular de esta investigación se enfatizan los sectores salud y seguridad.

Se recomienda que, entre las modalidades de ejecución del proyecto, se determine la modalidad que optimice el uso de recursos públicos, considerando para ello la magnitud del proyecto, la especialización en la ejecución, la prioridad y el tiempo que implica su ejecución; asimismo, evaluar las opciones de ejecución de proyectos con participación del sector privado como son las Asociaciones Públicas Privadas (APP) o las Obras por Impuestos.

La utilización de mecanismos como APP y Obras por Impuestos, requiere del fortalecimiento previo de los Gobiernos descentralizados involucrados, tanto en capacidades como en la gestión y monitoreo, requiriéndose también la participación del sector involucrado.

Por tanto, se recomienda investigar en ¿Qué estrategias se han pensado o se podrían implementar para cubrir la brecha financiera para universalizar el acceso al aseguramiento y a la atención de salud de toda la población? ¿Es conveniente mantener el modelo curativo vigente, costoso y reactivo?.

2. Se recomienda cumplir con el cronograma establecido en el proyecto de inversión en salud, ya que su incumplimiento impide la ejecución de los proyectos, en su debido momento necesitando actualización obligatoria de presupuestos en tiempos futuros, así como sobre las diferencias de los montos que se presentan en la ejecución, ya sea por modificaciones sustanciales, demoras, ampliaciones de plazos o adicionales de obra, que les permitan generar gestión del conocimiento sobre dichos temas y afrontar adecuadamente los problemas que se les presente en el futuro.

Generar capacitaciones a nivel de unidad formuladora, y equipos multidisciplinarios en donde se involucran técnicos y profesionales de la salud quienes tienen mejor conocimiento de los requerimientos de los proyectos de salud. En cuanto a infraestructura, equipamiento y recursos humanos se refiere.

3. Se recomienda considerar la prevención en seguridad ciudadana en los proyectos públicos, como son en iluminación, construcción de parques y jardines, infraestructura deportiva, locales sociales, asimismo priorizar su ejecución de los proyectos, en su debido momento y no necesitar actualización obligatoria de presupuestos en tiempos futuros, ya sea por modificaciones sustanciales, demoras, ampliaciones de plazos o adicionales de obra.

Generar capacitaciones a nivel de unidad formuladora, y equipos multidisciplinarios en donde se involucran a juntas vecinales de zonas involucradas, técnicos y profesionales de seguridad quienes tienen mejor conocimiento de los requerimientos de los proyectos de seguridad. En cuanto a infraestructura, equipamiento y recursos humanos se refiere.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, A. (2010). Aporte de la inversión pública en infraestructura en la percepción de seguridad ciudadana.
- Ancasi, J., Tenazo, S. (2018). Plan Estratégico de una Clínica Privada en el Periodo 2018-2022. Lima, Lima.
- Anibal, P. (1978). *Estilos de Desarrollo: Conceptos, Opciones, Viabilidad*. México: Revista El trimestre Económico.
- Arriagada, Godoy, I. (1999). *Seguridad Ciudadana y Violencia en America Latina: Diagnostico y politicas en los años noventa*. Santiago de Chile: ILPES.
- Avila, R. (2001). *Metodología de la Investigación*. Lima: Estudios y Ediciones R:A.
- Aznaran, G. (2000). *Globalización Competencia y Cooperación*. Lima: Derrama Magisterial.
- Badrinath, y Garreshan Wignareja. (2004). *Crear Competitividad en las Empresas. Forum de Comercio Internacional*.
- Betancourt, J. (2002). *Gestion Estrategica Navegando Hacia el Cuarto Paradigma*. Venezuela: Red 2000.
- Bobadilla, P. D. (1998). *Diseño y evaluación de proyectos de desarrollo*. Lima Perú: Pact-USAID.
- Casimiro, J. (2017). Seguridad Ciudadana Según la opinión de Los Empresarios Turisticos En el Distrito de Santa Maria.
- Cerron, J. (2012). *Manual de Proyectos de Inversión Privada y Pública*. Lima: San Marcos.
- Corona, R. (1996). *El Entorno Económico Internacional en un Mundo más Independiente*. México.
- Cristian, A. (2005). *Evaluación del Impacto*. Santiago de Chile: Cepal/Gtz.

- Espín, J. (2010). *La Seguridad Ciudadana y Los Procesos de Gobernabilidad y Convivencia Democrática en Los Paises de la Región Andina*. España: Flacso.
- Espinoza, J. (2017). *Planeamiento Estratégico para el Primer Nivel de Atención Pública del Sector Salud de la Región Junín*. Surco, Perú.
- Figueroa, C. (2014). *Exclusion Social en el Perú: Hacia una Nueva Política Social*. Lima: INEI.
- Flores, W. (2018). *Efectos de la Inversión en Salud sobre el Índice de Miseria de Okún (Malestar Económico) en Bolivia*. La Paz, Bolivia.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. Santa Fé de Bogotá Colombia: 2da Edicion.
- Informática, I. N. (2017). *Victimización en el Perú 2010 2017*. Lima, Perú.
- Joseph, S. (2002). *El Malestar en la Globalización*. España: TAURUS.
- Keyes, y Shapiro. (1999). *U.S. Department of Health and Human Services*. en prensa.
- Keyes, S. (1998).). *Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions*. *Journal of Personality and Social*.
- Leiva , A. (2016). *Evaluación del Impacto de las Organizaciones de Juntas Vecinales en la Seguridad Ciudadana en el Distrito de San Martín de Porres Lima - Perú 2016*.
- Loayza, V. (2008). *El Crecimiento Económico en el Perú*. Lima Perú: ISSN.
- Luis, V. (2009). *Del Crecimiento Económico al Desarrollo Sostenible: Una Aproximación*. Bogotá Colombia: CENES.
- Machicao, J. (2008). *La Gestión Para Resultados: Conceptos y Aplicaciones en Perú*. Sinaloa México.
- Mazzucato, M. (2018). *El Estado Emprendedor*.
- Mef. (s.f.). *Identificación, Formulación y Evaluación de un Proyecto de Inversión Pública*.
- Ministerio, E. (2005). *Fundación FES Social. Estudio Nacional de Salud Mental*. Cali.

- Ruiz , T. (2015). Los proyectos de desarrollo: la inversión pública y privada. En M. Vittorio, *Política económica de los países subdesarrollados* (pág. 257 y 258). Madrid: Scientia et Technica.
- Ojeda, A. (2020). *El Enfoque del Desarrollo Social*. Lima: MIMDES.
- OMS. (1990). *Documentos básicos* (38a ed.). Ginebra.
- Perez, J. (2016). *La inversión pública para la salud comunitaria, una herramienta eficaz para mejorar la atención de los servicios de salud en la comunidad del caso de la República de Panamá*.
- Quispe, E. (2020). *Una Mirada al Servicio Efectuado Por las Municipalidades*.
- Sakakibara, E. (1998). *El desarrollo Económico y Social en los Umbrales del Siglo XXI "Globalización en Medio de la Diversidad"*. Washington: BID.
- Santa Cruz, C. F. (Nov. 2013). *Informe del Desarrollo Humano Perú 2013*. Naciones Unidas: PNUD.
- Sapag Chain, N., Sapag Chain, R., & Sapag Puelma, J. M. (2014). *Preparación y Evaluación de Proyectos*.
- Sen, A. (1998). *Desarrollo humano sustentable*.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*. Buenos Aires: Planeta.
- Valderrama, S. (2002). *Pasos Para Elaborar Proyectos y Tesis de Investigación Científica*. Lima Perú: San Marcos.
- Velásquez, S. (2013). *Programa institucional actividades de educación para una vida saludable*.
- Verde , F. (2019). Los Efectos de la Inversión Pública en la Salud de la Población en la Región Huanuco 2016-2018. Huanuco, Peru.
- Villajuana, C. (2003). *Gestión Estratégica Integral*. Lima: Villajuana Consultores.
- www.mef.gob.pe. (s.f.). *Inversión Pública Invierte.pe*. Obtenido de www.mef.gob.pe

Yamey G, B. N. (2017). *Invirtiendo en salud: el argumento económico. Informe del Foro sobre Inversión en Salud de la Cumbre Mundial sobre Innovación para la Salud 2016*. Mexico: Salud Publica Mex 2017.

TESIS DOCTORAL

Ureña E. (1998) en su Tesis Doctoral “*Gestión Estratégica de la Calidad*” Universidad de Málaga

PAGINA WEB

Perú - BCR, (1922-2020) Recuperado de <http://www.bcrp.gob.pe/>

BM en Perú, (conformado por 180 países) Recuperado de <http://www.bancomundial.org.pe/>

INEI, (Plan estadístico nacional 2018) Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/>

MIDAGRI, (Seguridad y Salud en el trabajo) Recuperado de <http://www.minag.gob.pe/>

MEF, (Inversión pública 2009-2019) Recuperado de <http://www.mef.gob.pe/>

ARTICULO DE REVISTA

Blasco Jaume y Casado David (2009) presentaron una guía práctica “*Evaluación De Impacto*”.

Medianero Burga, D. (2014). “*Metodología de evaluación ex post*”. Pensamiento Crítico, 13, 071-090.

Medianero Burga David (2010) En su documento titulado “*Metodología De Evaluación Ex Post*” Recuperado de <https://doi.org/10.15381/pc.v13i0.90>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLE	METODOLOGIA
<p><u>GENERAL:</u> ¿De qué manera la inversión pública en salud y en seguridad interactúan con el resultado social en la región Junín 2009 – 2018?</p>	<p><u>GENERAL:</u> Describir de qué manera la inversión pública en salud y en seguridad interactúan con el resultado social en la región Junín 2009 – 2018</p>	<p>Inversión pública en salud y seguridad</p> <p>Resultado social.</p>	<p>PROPÓSITO: Inv. Básica</p>
<p><u>ESPECIFICO 1:</u> ¿De qué manera la inversión pública en salud interactúa con el resultado social en la región Junín 2009 – 2018?</p>	<p><u>ESPECIFICO 1:</u> Describir de qué manera la inversión pública en salud interactúan con el resultado social en la región Junín 2009 – 2018</p>	<p>Resultado social en salud Tasa de morbilidad Tasa de mortalidad Recursos acceso y cobertura.</p> <p>Inversión pública en salud Infraestructura Equipamiento Recursos humanos y capacitación.</p>	<p>NIVEL. Descriptivo</p> <p>METODO. Analítico sintético</p> <p>ENFOQUE. Cuantitativo</p>
<p><u>ESPECIFICO 2:</u> ¿De qué manera la inversión pública en seguridad interactúa con el resultado social en la región Junín 2009 – 2018?</p>	<p><u>ESPECIFICO 2:</u> Describir de qué manera la inversión pública en seguridad interactúan con el resultado social en la región Junín 2009 – 2018</p>	<p>Resultado social en seguridad Delitos conocidos Denuncia por violencia sexual Denuncia por violencia familiar. Victimización.</p> <p>2. Proyectos de inversión pública en seguridad. Infraestructura Equipamiento Recursos humanos y capacitación.</p>	<p>DISEÑO: No experimental</p>

NOTA. Esta investigación por ser descriptiva no precisa hipótesis, sin embargo, podrán construirse “Hipótesis emergentes” durante el desarrollo de esta Tesis

Anexo 2. Análisis estadístico

Respecto a la data estadística de los indicadores del modelo funcional para las dos variables independiente y dependientes arriba mencionadas, se podrá hacer el análisis y los resultados respecto a los objetivos concordantes con el planteamiento analítico del siguiente modelo econométrico así:

N°	VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES Abreviatura	INDICADORES: Significado
1	- Y: Bienestar Social	PBI PERCAPITA	Y1: Acceso y cobertura Y2: Morbilidad. Y3: Mortalidad
N°	VARIABLES INDEPENDIENTES(Inversión)	INDICADORES Abreviatura	INDICADORES: Significado
1	- X1: Infraestructura en Salud	INFRA SALUD	Establecimiento de salud
2	- X2: Equipamiento en Salud	EQUIP SALUD	Equipos médicos
3	- X3: Recursos Humanos y Capacitación en Salud	RRHH CAPA SALUD	Médicos, enfermeros
	Y: Bienestar Social	PBI PERCAPITA	Y4: Delitos conocidos Y5: Índice de victimización Y6: Denuncia por violencia familiar y sexual.
	X4: Infraestructura en Seguridad	INFRA SEGURIDAD	
	X5: Equipamiento en Seguridad	EQUIP SEGURIDAD	
	X6; Recursos Humanos y Capacitación en Seguridad	RRHH CAPA SEGURIDAD	

Percepción de Inseguridad: “Mide el temor de la población ante la probabilidad de que ocurran hechos de violencia o de despojo”. Una de las formas de medir dicha percepción es consultando a las personas sobre el temor que sienten frente a la posibilidad de ser víctimas de un delito en el futuro.

Anexo 3. Relación de inversión pública en salud ejecutados periodo 2009-2018 región

Junín.

Código SNIP	Nombre de la inversión	Monto viable
181093	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO, REGIÓN JUNÍN.	6,488,760
216747	INSTALACIÓN DEL SERV. DE MEDICINA FAMILIAR PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LOS POBLADORES DE LOS SECTORES PERIURBANOS DEL DTTO DE SATIPO Y LOS CENTROS POBLADOS DE VILLA PACIFICO Y NUEVA ESPERANZA DEL DTTO. DE RIO NEGRO, PROV. DE SATIPO - JUNIN	4,172,988
202651	MEJORAMIENTO DE LA SALUD BUCAL EN LOS ESTUDIANTES DE LOS NIVELES PRIMARIO Y SECUNDARIO DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE GESTION ESTATAL DE LAS PROVINCIAS DE CHANCHAMAYO, TARMA Y SATIPO - REGION JUNIN	4,142,578
228734	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL SERVICIO DE APOYO AL DIAGNOSTICO POR IMAGENES DEL HOSPITAL II-1 DOMINGO OLAVEGOYA DE JAUJA-REGION JUNIN	3,599,310
200358	INSTALACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR PARA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LOS POBLADORES DE LOS BARRIOS DE PROGRESO, MIRAFLORES, MANTARANA, SAN BARTOLOME Y DOS DE MAYO DEL DISTRITO DE TARMA, PROVINCIA DE TARMA - JUNIN	3,350,431
202655	MEJORAMIENTO DE LA SALUD BUCAL EN LOS ESTUDIANTES DE LOS NIVELES PRIMARIO Y SECUNDARIO DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE GESTION ESTATAL DE LAS PROVINCIAS DE JAUJA, CONCEPCION, JUNIN, Y YAULI - REGION JUNIN	2,885,716
178013	MEJORAMIENTO DE LA SALUD BUCAL EN LOS ESTUDIANTES DE LOS NIVELES PRIMARIO Y SECUNDARIO DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE GESTIÓN ESTATAL DE LAS PROVINCIAS HUANCAYO Y CHUPACA-REGION JUNIN	2,811,000
187106	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL SERVICIO DE APOYO AL DIAGNOSTICO POR IMAGENES DEL HOSPITAL II-2 LA MERCED DE LA RED DE SALUD DE CHANCHAMAYO- JUNIN	1,721,591
174886	ADQUISICION DE EQUIPOS PARA EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN HUANCAYO	1,199,940
316473	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD LIBERTAD TOTERANI CENTRO TOTERANI Y SANTA ROSA TOTERANI. CATEGORIA 1 - 1, DISTRITO DE PERENE, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS.	292,703
210079	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE TZIRIARI DE LA MICRORED MAZAMARI DE LA RED DE SALUD DE SATIPO - REGION JUNIN	291,500
210144	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL CENTRO DE SALUD MAZAMARI DE LA MICRORED MAZAMARI DE LA RED DE SALUD DE SATIPO-REGION JUNIN.	291,500

209955	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL PUESTO DE SALUD DE ANDAMARCA DE LA MICRORED DE COMAS DE LA RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO	291,500
210166	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL PUESTO DE SALUD ACO DE LA MICRORED DE CONCEPCION DE LA RED DE SALUD VALLE DELMANTARO- REGION JUNIN	291,500
210171	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL PUESTO DE SALUD SAN BALBIN DE LA MICRORED DE LA LIBERTAD DE LA RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO- REGION JUNIN	291,500
209317	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL CENTRO DE SALUD LA OROYA DE LA MICRO RED LA OROYA DE LA RED DE SALUD JAUJA-REGION JUNIN	291,500
209952	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL PUESTO DE SALUD DE SANCHIRIO PALOMAR DE LA MICRORED SAN LUIS DE SHUARO DE LA RED DE SALUD CHANCHAMAYO-REGION JUNIN	291,500
210148	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL CENTRO DE SALUD CHONGOS ALTO DE LA MICRORED DEL VALLE DEL CANIPACO DE LA RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO- REGION JUNIN	291,500
316502	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD ALTO PUNPURIANI, ALTO SAN JUAN Y SANTA ROSA DE RIO AMARILLO, CATEGORIA I - 1, DEL DISTRITO DE PERENE PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENEAS.	287,785
316492	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD MIRICHARI, SAN CRISTOBAL Y SAN ANTONIO ALTO PICHARI CATEGORIA I - 1, DISTRITO DE PERENE, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENEAS.	287,785
316607	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD ALTO LA PAZ- EL DISTRITO DE SAN LUIS DE SHUARO ZONA PATRIA Y MARISCAL CACERES DEL DISTRITO DE PERENE, CATEGORIA I - 1, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENEAS.	287,785
316604	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DE LOS PUESTOS DE SALUD IMPETATO CASCADA Y SAN JOSE DE ANAPIARI DEL DISTRITO DE PICHANAKI, CATEGORIA I-1, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS	287,785
316592	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD ALTO PAURELI. CATEGORIA I - 1 DISTRITO DE SATIPO, PROVINCIA DE SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN	287,785
316566	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD CAPERUSIA. CATEGORIA I - 1 DISTRITO RIO TAMBO, PROVINCIA DE SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN	287,785

316564	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DE LOS PUESTOS DE SALUD HUACAMAYO, CHURINGAVENI EINCHATINGARI, CATEGORIA I-1 DISTRITO DE PERENE, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS	287,785
316548	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD "BELEN", CATEGORIA I-1, DEL DISTRITO DE LLAYLLA, PROVINCIA DE SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS.	287,785
322487	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD "ANDRES AVELINO CACERES", CATEGORIA I-1, DEL DISTRITO DE PICHANAKI, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO, REGION JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES	287,785
277578	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL ÁMBITO TERRITORIAL DEL DISTRITO DE CHUPURO, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO DE JUNÍN	286,500
277601	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL AMBITO TERRITORIAL DEL VRAEM DISTRITO DE SANTO DOMINGO DE ACOBAMBA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO DE JUNIN	286,500
277551	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL ÁMBITO TERRITORIAL DEL DISTRITO DE PUCARA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO DE JUNÍN	286,500
316551	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD BAJO CAPIRO, CATEGORIA I-2, DISTRITO SATIPO, PROVINCIA DE SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS.	275,005
316545	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD LOS ANGELES DE UBIRIKI, CATEGORIA I-2, DEL DISTRITO DE PERENE, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS	275,005
316476	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD APALLA CALABAZA, CATEGORIA I-2, DEL DISTRITO PAMPA HERMOSA, PROVINCIA DE SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS.	275,004
316478	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN EL PUESTO DE SALUD TOLDOPAMPA, CATEGORIA I-2, DEL DISTRITO DE PAMPA HERMOSA, PROVINCIA DE SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS.	275,004
316498	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD CAPITIRI. CATEGORIA I - 2, DISTRITO RIO TAMBO, PROVINCIA DE SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENEAS	275,004
316599	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD VILLA PROGRESO, CATEGORIA I-2 DISTRITO DE CHANCHAMAYO, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO -	275,004

	DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS	
316622	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD VISTA ALEGRE DEL VALLE DE SANTA CRUZ. CATEGORIA 1 - 2 DISTRITO RIO TAMBO, PROVINCIA DE SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN	275,004
316549	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD BOCA CHEMBO, CATEGORIA I-2 DEL DISTRITO DE RIO TAMBO, PROVINCIA DE SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN	275,004
316522	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD SHIMA, CATEGORIA I-2 DEL DISTRITO DE RIO TAMBO, PROVINCIA DE SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS	274,949
316536	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD HUANTASHIRI CATEGORIA 1-2 DEL DISTRITO DE SATIPO, PROVINCIA SATIPO DEPARTAMENTO JUNIN- EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS	274,946
316538	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD AOTI CATEGORIA 1-2 DEL DISTRITO DE RIO NEGRO, PROVINCIA SATIPO DEPARTAMENTO JUNIN- EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS	274,946
316638	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD PARATUSHALI, CATEGORIA I-2- DEL DISTRITO SATIPO, PROVINCIA DE SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS.	274,946
268550	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATEGICO DE PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER EN EL HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA DE JAUJA PROVINCIA DE JAUJA-REGION JUNIN	195,500

Anexo 4. Relación de inversión pública en salud sin ejecutar 2009-2018, región Junín

Código SNIP	Nombre de la inversión	Monto viable
179293	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION HUANCAYO	131,647,785.00
184530	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL HOSPITAL EL CARMEN HUANCAYO, REGION JUNIN	130,023,951.00
324555	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI, DISTRITO DE SATIPO, PROVINCIA DE SATIPO, DEPARTAMENTO DE JUNÍN	101,581,816.00
323662	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO PICHANAKI, DISTRITO PICHANAKI, PROVINCIA CHANCHAMAYO, REGION JUNIN	82,999,089.00
376569	MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PEDRO SANCHEZ MEZA DISTRITO DE CHUPACA, PROVINCIA DE CHUPACA, DEPARTAMENTO DE JUNIN	80,841,677.00
324557	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL SAN MARTIN DE PANGOA, DISTRITO DE PANGOA, PROVINCIA DE SATIPO, JUNÍN	72,802,311.00
375482	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO DE ACOBAMBA, DISTRITO DE SANTO DOMINGO DE ACOBAMBA, PROVINCIA DE HUANCAYO, JUNÍN	22,980,939.00
386545	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD - DIRESA, A TRAVES DE LA MODERNIZACION DEL LOCAL ANTIGUO DEL HOSPITAL EL CARMEN, DISTRITO Y PROVINCIA DE HUANCAYO, REGION JUNIN	16,713,341.00
361949	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO REGION JUNIN	14,562,790.00
381273	CREACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL EN EL DISTRITO DE EL TAMBO, PROVINCIA DE HUANCAYO, REGION JUNIN	10,467,983.00
379662	CREACION DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS SERVICIOS MATERNO INFANTIL EN EL DISTRITO DE SATIPO, PROVINCIA DE SATIPO, REGION JUNIN	10,467,982.00
362962	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LAS MICRO REDES SATIPO, RIO NEGRO, MAZAMARI, PUERTO OCOPA, POYENI Y VALLE ESMERALDA, DE LA RED SATIPO -REGION JUNIN	10,402,796.00
369688	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA DEL SERVICIO DE RADIOLOGIA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - JUNÍN.	9,770,000.00
375151	CREACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL TARMA DISTRITO Y PROVINCIA DE TARMA - REGION JUNIN	7,923,759.00

191038	INSTALACION DEL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR PARA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LOS POBLADORES DEL SECTOR SANGANI - DISTRITO DE PERENE, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - JUNIN	7,251,539.00
361784	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD JAUJA - PROVINCIA DE JAUJA - REGION JUNIN.	5,961,325.00
362872	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD CHANCHAMAYO - PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - REGION JUNIN	5,432,785.00
362253	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DEL PUESTO DE SALUD SAN FERNANDO DE KIVINAKI, DISTRITO DE PERENE, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - DEPARTAMENTO DE JUNIN	5,000,525.00
361782	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD TARMA REGION JUNIN	
195363	AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL Y MEDICINA GENERAL MEDIANTE UNIDADES MÓVILES, EN LAS ZONAS RURALES DE LAS PROVINCIAS DE HUANCAYO, CONCEPCIÓN, CHUPACA Y JAUJA - REGION JUNÍN	3,886,152.00
235225	INSTALACION DEL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LOS POBLADORES DE LOS SECTORES PERIURBANOS DEL DISTRITO CAPITAL DE PICHANAKI, PROVINCIA CHANCHAMAYO - JUNÍN	3,878,061.00
175645	FORTALECIMIENTO EN LAS UNIDADES DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD CON MEDICOS FAMILIARES PARA LA PROMOCION, PREVENCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LOS POBLADORES DEL AA. HH JUSTICIA, PAZ Y VIDA, DIST. EL TAMBO PROV. HUANCAYO- JUNIN	3,745,617.00
371502	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD DE HUANCAMAYO, DISTRITO DE SANTO DOMINGO DE ACOBAMBA, PROVINCIA DE HUANCAYO, REGION JUNIN	3,564,722.00
220191	INSTALACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LOS POBLADORES DE LOS SECTORES PERIURBANOS DE LOS DISTRITOS DE JAUJA, YAUYOS, SAUSA Y HUERTAS, PROVINCIA DE JAUJA - JUNÍN	3,292,940.00
377782	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD DE USIBAMBA, DISTRITO DE SAN JOSE DE QUERO, PROVINCIA DE CONCEPCIÓN - REGION JUNIN	3,291,225.00
362912	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LAS MICRO REDES JUNIN, CARHUAMAYO, ULCUMAYO, DE LA RED JUNIN -REGION JUNIN	3,153,166.00
237790	INSTALACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LOS POBLADORES DE BARRIOS SAN CRISTOBAL, TAMBO, JULCA, MARIAC, CASA BLANCA, DISTRITO DE JUNÍN Y BARRIO MIRAFLORES, DISTRITO DE CARHUAMAYO, PROV. Y REGIÓN DE JUNIN	3,017,488.00

377426	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE MAZARONQUIARI DE LA MICRORED DE CUBANTIA, RED SAN MARTIN DE PANGOA, DEL DISTRITO DE PANGOA, PROVINCIA DE SATIPO, REGION JUNIN	2,867,882.00
371530	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD DE PUMABAMBA, DISTRITO DE SANTO DOMINGO DE ACOBAMBA, PROVINCIA DE HUANCAYO, REGION JUNIN	2,399,883.00
234304	INSTAL. DEL SERV. DE MEDICINA FAMILIAR PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LOS POBLADORES DE LOS BARRIOS TUPAC AMARU Y OROYA ANTIGUA DEL DISTR. LA OROYA; BARRIO DE ALTO MARCAVALLE Y VILLA SOL DEL DISTR. DE SANTA ROSA DE SACCO, PROV. YAULI - JUNIN	2,207,609.00
379937	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS PUESTOS DE SALUD DE RETAMA BAJA, DISTRITO DE CULLHUAS Y CARHUA CALLANGA DEL DISTRITO DE CARHUACALLANGA, PROVINCIA DE HUANCAYO, REGION JUNIN	2,146,385.00
233124	INSTALACION DEL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR PARA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LOS POBLADORES DE LOS BARRIOS SAN CRISTOBAL, VISTA ALEGRE, VISTA HERMOSA Y MILAGRO NORTE, DISTRITO DE TARMA, PROVINCIA DE TARMA - JUNIN	2,135,602.00
362977	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LAS MICRO REDES SAN RAMON DE PANGOA, SAN ANTONIO DE SONOMORO, CUBANTIA DE LA RED SAN MARTIN DE PANGOA -REGIO JUNIN	2,116,230.00
377635	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL CENTRO POBLADO DE APAYCANCHA, PROVINCIA DE JAUJA, REGION JUNÍN	2,084,150.00
385104	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE NIVEL I - 2, EN EL CENTRO POBLADO DE HUAYLLASPANCA, DISTRITO DE SAPALLANGA, PROVINCIA DE HUANCAYO, REGION JUNIN.	2,049,786.00
206305	MEJORAMIENTO DE LAS INFRAESTRUCTURAS DE APOYO PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA DE LA PROVINCIA DE JAUJA - REGION JUNIN.	1,849,094.00
377777	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PUESTO DE SALUD DE HUAMANIA NIVEL I-1, DISTRITO DE PALCAMAYO, PROVINCIA DE TARMA, REGIÓN JUNÍN	1,848,767.00
377780	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD DE YAULI - JAUJA, DISTRITO DE YAULI, PROVINCIA DE JAUJA, REGIÓN JUNÍN	1,846,969.00
362894	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DEL PUESTO DE SALUD ANEXO JOSE OLAYA, DISTRITO DE PERENE, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO DEPARTAMENTO DE JUNIN	1,846,122.00
377525	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DEL PUESTO DE SALUD DE SAUSA, DE LA MICRORED VALLE DE YACUS — RED DE SALUD JAUJA, PROVINCIA DE JAUJA, REGION JUNÍN	1,811,043.00
378055	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PUESTO DE SALUD DE MIRAFLORES NIVEL I-1, DISTRITO DE SAPALLANGA, PROVINCIA DE HUANCAYO, REGIÓN JUNÍN	1,803,534.00

362255	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DEL PUESTO DE SALUD ANEXO ZONA PATRIA, DISTRITO DE PERENE, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO- DEPARTAMENTO DE JUNIN	1,799,268.00
362141	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DEL PUESTO DE SALUD JOSÉ GALVEZ, DISTRITO DE PERENE, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - DEPARTAMENTO DE JUNIN	1,760,226.00
362900	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DEL PUESTO DEL ANEXO SANTA ROSA DE CAMONASHARI, DISTRITO DE PERENE, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO- DEPARTAMENTO DE JUNIN	1,692,059.00
377954	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PUESTO DE SALUD DE CULLPA NIVEL I-1, DISTRITO DE EL TAMBO, PROVINCIA DE HUANCAYO, REGIÓN JUNÍN	1,651,364.00
374949	MEJORAMIENTO, AMPLIACION DE PRIMER NIVEL DEL PUESTO DE SALUD DE MUYLO, DISTRITO DE TARMA, PROVINCIA DE TARMA- REGIÓN JUNÍN	1,598,028.00
361047	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD DE MIRICHARO DEL DISTRITO DE PERENE, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - JUNIN	1,559,841.00
382761	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD SAN JOSE DE ANAPIARI, DISTRITO DE PICHANAKI, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO, REGION JUNIN	1,510,475.00
378098	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD NUEVO OCCORO, EN EL ANEXO DE LA LIBERTAD DE OCCORO, DISTRITO DE PARIHUANCA, PROVINCIA DE HUANCAYO - REGIÓN JUNÍN	1,500,670.00
365788	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD DE LA FLORIDA, DISTRITO DE PERENE, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO, REGIÓN JUNÍN	1,453,526.00
377559	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PUESTO DE SALUD DE STA. ROSA DE TISTES NIVEL I-1, DISTRITO DE CHAMBARA, PROVINCIA DE CONCEPCIÓN, REGIÓN JUNÍN	1,431,628.00
377783	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD DE FORTALEZA, DISTRITO DE PANGOA, PROVINCIA DE SATIPO, REGIÓN JUNÍN	1,322,261.00
377623	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PUESTO DE SALUD DE VICSO NIVEL I-1, DISTRITO DE ORCOTUNA, PROVINCIA DE CONCEPCION, REGIÓN JUNÍN	1,247,527.00
350196	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD DE CHACAPALPA DISTRITO DE CHACAPALPA, PROVINCIA DE YAULI, DEPARTAMENTO DE JUNÍN	1,237,075.00
377637	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD DE ALTO YURINAKI, DISTRITO DE PERENE, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - REGIÓN JUNÍN	1,231,766.00
374143	CREACION DEL PUESTO DE SALUD DE NAPATI, EN EL CENTRO POBLADO DE NAPATI, DISTRITO DE RIO TAMBO, PROVINCIA DE SATIPO - REGIÓN JUNÍN	1,208,717.00
377669	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD DE PEDREGAL, DISTRITO DE SAN RAMÓN, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO, REGIÓN JUNÍN	1,201,175.00
377219	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD PILCOLLAMA DEL DISTRITO DE COCHAS, PROVINCIA DE CONCEPCION - REGION JUNÍN	1,076,241.52
377608	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PUESTO DE SALUD DE SOCOS NIVEL I-1, DISTRITO DE CHUPURO, PROVINCIA DE HUANCAYO, REGION JUNIN	1,030,813.94

369548	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD SHALACANCHA, EN EL DISTRITO DE ULCUMAYO, PROVINCIA DE JUNÍN – REGIÓN JUNÍN”	999,866.95
371751	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD DE NUEVA ESPERANZA, DISTRITO DE APATA, PROVINCIA DE JAUJA, REGION JUNIN	972,890.26
377999	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD CHACAYBAMBA, DEL DISTRITO DE MONOBAMBA, PROVINCIA DE JAUJA- REGION JUNN	790,132.79
266886	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATEGICO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO -PROVINCIA DE TARMA- REGION JUNIN.	733,388.25
385115	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PUESTO DE SALUD DE UTCUYACU, DISTRITO DE VITOC, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO, REGIÓN JUNÍN	654,108.12
363049	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PUESTO DE SALUD RAYANNIOC DISTRITO DE ULCUMAYO, PROVINCIA DE JUNIN, REGION JUNIN	312,663.98
316467	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DE LOS PUESTOS DE SALUD PUEBLO PARDO DEL DISTRITO DE CHANCHAMAYO, BAJO MARANKIARI Y UNION PUCUSANI DEL DISTRITO DE PERENE, CATEGORIA I-1, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS	297,621.00
346630	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION NEONATAL DEL CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO DE KIVINAKI, DISTRITO DE PERENE, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO DE LA REGION JUNIN	294,135.00
210176	MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL PUESTO DE SALUD HUAYNACANCHA DE LA MICRORED YAULI-OROYA DE LA RED DE SALUD DE JAUJA- REGION JUNIN	291,500.00
322608	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD “SAN FRANCISCO CENTRO KUVIRIANI”, DEL DISTRITO DE PICHANAKI, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO, REGIÓN JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES	287,785.00
322597	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD “HUANTININI”, CATEGORIA I-1, DEL DISTRITO DE PICHANAKI, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO, REGIÓN JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS.	287,785.00
316550	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DE LOS PUESTOS DE SALUD SHEBOJA, SANTA ROSITA DE SHIRINTIARI, IMPANIKIARI Y CUSHIRENI, CATEGORIA I-1 DISTRITO DE RIO TAMBO, PROVINCIA DE SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS	287,785.00
316557	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DE LOS PUESTOS DE SALUD COLONIA HUANCA, UNION SHIMASHIRO Y PRIMAVERA DEL DISTRITO DE PICHANAKI, CATEGORIA I-	287,785.00

	1 PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS	
359016	MEJORAMIENTO DE LA IMPLEMENTACION DEL C.S. PUERTO YURINAKI DE CATEGORIA I-3 PARA ATENCION RAPIDA DE ENFERMEDADES METAXENICAS EN EL DISTRITO DE PERENÉ, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO DEL DEPARTAMENTO JUNÍN	277,355.10
359035	MEJORAMIENTO DE LA IMPLEMENTACION DEL C.S. SAN RAMON DE CATEGORIA I-4 PARA ATENCION RAPIDA DE ENFERMEDADES METAXENICAS EN EL DISTRITO DE SAN RAMÓN, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO DEL DEPARTAMENTO JUNÍN	277,355.10
316649	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD YAVIRO CATEGORIA I-2, DISTRITO DE RIO NEGRO, PROVINCIA DEL SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS.	275,005.12
316454	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD UNION CUVIRIAKI CATEGORIA I-2, DEL DISTRITO DE RIO NEGRO, PROVINCIA DEL SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN	275,005.12
316468	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD PUENTE IPOKI, CATEGORIA I-2, DEL DISTRITO RIO NEGRO, PROVINCIA DE SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS.	275,003.90
316526	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD LOS ANGELES TOTERANI, CATEGORIA I-2, DEL DISTRITO DE PERENE, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS	274,946.01
316541	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD CUSHIVIANI CATEGORIA I-2 DEL DISTRITO DE RIO NEGRO, PROVINCIA SATIPO DEPARTAMENTO JUNIN- EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS	274,946.01
316618	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD SANTA ROSITA, CATEGORIA I-2-- DEL DISTRITO PAMPA HERMOSA, PROVINCIA DE SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS.	274,946.00
316602	MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION DEL PUESTO DE SALUD RIO VENADO, CATEGORIA I-2. DEL DISTRITO SATIPO, PROVINCIA DE SATIPO - DEPARTAMENTO DE JUNIN EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE COMUNIDADES INDIGENAS.	274,946.00
359027	MEJORAMIENTO DE LA IMPLEMENTACION DEL C.S. CIUDAD SATELITE DE CATEGORIA I-3 PARA ATENCION RAPIDA DE ENFERMEDADES METAXENICAS EN EL DISTRITO DE PERENE, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO DEL DEPARTAMENTO DE JUNÍN	88,298.30

358887	MEJORAMIENTO DE LA IMPLEMENTACION DEL C.S. SAN RAMON DE PANGOA CATEGORIA I-3 PARA ATENCION PARA RAPIDA DE ENFERMEDADES METAXENICAS EN EL DISTRITO DE PANGOA, PROVINCIA DE SATIPO DEL DEPARTAMENTO JUNÍN	88,298.30
358937	MEJORAMIENTO DE LA IMPLEMENTACION DEL C.S. RIO NEGRO DE CATEGORIA I-3 PARA ATENCION RAPIDA DE ENFERMEDADES METAXENICAS EN EL DISTRITO DE RIO NEGRO, PROVINCIA DE SATIPO DEL DEPARTAMENTO JUNÍN	88,298.30

Anexo 5. Relación de inversión pública en seguridad ejecutados periodo 2009-2018, región Junín

CÓDIGO SNIP	NOMBRE DEL PROYECTO	MONTO DE INVERSIÓN
295092	MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL, DISTRITO DE PICHANAQUI - CHANCHAMAYO - JUNIN	9,985,901.00
324243	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL DISTRITO DE CONCEPCION, PROVINCIA DE CONCEPCION - JUNIN	2,135,035.00
356357	MEJORAMIENTO E IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL, DISTRITO DE CHILCA - HUANCAYO - JUNIN	3,146,666.00
288179	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL DISTRITO DE HUANCAYO, PROVINCIA DE HUANCAYO - JUNIN	8,136,322.00
351626	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL, DISTRITO DE PILCOMAYO - HUANCAYO - JUNIN	6,267,303.00
288965	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA, DISTRITO DE SAN AGUSTIN - HUANCAYO - JUNIN	1,957,354.00
319738	INSTALACION DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL, DISTRITO DE SANO - HUANCAYO - JUNIN	1,501,389.00
313822	MEJORAMIENTO, AMPLIACION DE LA COBERTURA DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL, DISTRITO DE SICAYA - HUANCAYO - JUNIN	2,148,788.00
292656	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL DISTRITO DE JAUJA, PROVINCIA DE JAUJA - JUNIN	4,991,687.00
2382317	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL DISTRITO DE CARHUAMAYO, PROVINCIA DE JUNIN - REGION JUNIN	521,697.00
356384	MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA DEL, DISTRITO DE COVIRIALI - SATIPO - JUNIN	2,022,231.00
383090	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN LA ZONA URBANA - MAZAMARI, DISTRITO DE MAZAMARI - SATIPO - JUNIN	3,817,960.00

343363	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA DEL DISTRITO RIO NEGRO, DISTRITO DE RIO NEGRO - SATIPO - JUNIN	2,307,532.00
2173634	AMPLIACION, MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA DE LA LOCALIDAD DE YAULI, DISTRITO DE YAULI - YAULI - JUNIN	418,428.05
2164284	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN HUACHAC, DISTRITO DE HUACHAC - CHUPACA - JUNIN	94,925.00
2153209	MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA, DISTRITO DE OROYA, PROVINCIA DE YAULI - JUNIN	627,706.67
2083706	MEJORAMIENTO E IMPLEMENTACION DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL, DISTRITO DE CHILCA - HUANCAYO - JUNIN	256,408.00
2057860	INSTALACION DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN CONCEPCION, PROVINCIA DE CONCEPCION - JUNIN	212,105.00
2193254	MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL, DISTRITO DE SAPALLANGA - HUANCAYO - JUNIN	252,845.22
2101525	INSTALACION DE CAMARAS DE VIDEO VIGILANCIA PARA EL SERVICIO DE SEGURIDAD DE MUNICIPALIDAD DE TARMA, PROVINCIA DE TARMA - JUNIN	74,841.00
2093547	FORTALECIMIENTO DEL AREA DE SERENAZGO DE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE HUANCAYO, DISTRITO DE HUANCAYO, PROVINCIA DE HUANCAYO - JUNIN	5,843,311.00
2191228	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL, DISTRITO DE PILCOMAYO - HUANCAYO - JUNIN	6,961,655.00

Anexo 6. Relación de inversión pública en seguridad sin ejecutar periodo 2009-2018, región Junín.

CODIGO_UNICO	NOMBRE_PIP	MONTO DE INVERSION
2120300	CONSTRUCCION DE MODULO DE SEGURIDAD CIUDADANA SECTOR SIGLO XX, DISTRITO DE EL TAMBO - HUANCAYO - JUNIN	31,421.59
2219925	INSTALACION DE LA CENTRAL DE MONITOREO DE VIGILANCIA PARA EL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA DEL DISTRITO DE SATIPO, PROVINCIA DE SATIPO - JUNIN	312,465.00
2225652	MEJORAMIENTO PAISAJISTICO DEL ANEXO DE TAMBO, DISTRITO DE ANDAMARCA - CONCEPCION - JUNIN	117,980.53
2199280	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL DISTRITO DE HUANCAYO, PROVINCIA DE HUANCAYO - JUNIN	8,136,322.13
2190533	INSTALACION DEL AREA DE SEGURIDAD CIUDADANA, POLICIA MUNICIPAL, E INSPECTOR DE TRANSITO DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE MOROCOCHA, DISTRITO DE MOROCOCHA - YAULI - JUNIN	928,752.05

2160058	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SERENAZGO DE MOROCOCHA, DISTRITO DE MOROCOCHA - YAULI - JUNIN	852,113.35
2105946	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SERENAZGO MUNICIPAL EN PANGOA, DISTRITO DE PANGOA - SATIPO - JUNIN	597,052.76
2224835	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA DEL DISTRITO DE SATIPO, PROVINCIA DE SATIPO - JUNIN	336,792.80
2177439	INSTALACION DE CASETAS DE SERENAZGO PARA SEGURIDAD EN EL CENTRO URBANO DE MATAHUASI, MARAVILCA Y YANAMUCLO, DISTRITO DE MATAHUASI - CONCEPCION - JUNIN	57,500.00
2221194	INSTALACION DEL SISTEMA DE CAMARAS DE VIDEO VIGILANCIA PARA EL SERVICIO DE SERENAZGO, DISTRITO DE SATIPO, PROVINCIA DE SATIPO - JUNIN	917,530.96
2116409	CONSTRUCCION DE MODULO DE SEGURIDAD CIUDADANA INTERSECCION JR. SANTA ROSA - AV. CARRION - SECTOR MILLOTINGO - INGENIERIA, DISTRITO DE EL TAMBO - HUANCAYO - JUNIN	33,391.26
2153958	MEJORAMIENTO DEL CEMENTERIO GENERAL DEL ANEXO DE HUATA, DISTRITO DE ANDAMARCA - CONCEPCION - JUNIN	55,849.08
2051528	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES E IMPLEMENTACION PARA LA SEGURIDAD CIUDADANA DE LA PROVINCIA DE YAULI LA OROYA - JUNIN	520,565.00
2055490	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA DE LA CIUDAD DE TARMA, PROVINCIA DE TARMA - JUNIN	309,637.00
2115123	FORTALECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO DE LA SEGURIDAD CIUDADANA YAULI, DISTRITO DE YAULI - YAULI - JUNIN	360,692.60
2173693	AMPLIACION Y MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE VIGILANCIA DIGITAL Y COMUNICACIONES DEL AREA DE SEGURIDAD CIUDADANA, DISTRITO DE EL TAMBO - HUANCAYO - JUNIN	2,587,652.00
2051744	FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE SERENAZGO - DISTRITO DE SATIPO, PROVINCIA DE SATIPO - JUNIN	230,735.00
2200809	AMPLIACION Y MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA DE LA CIUDAD DE TARMA, PROVINCIA DE TARMA - JUNIN	1,608,891.00
2240995	INSTALACION DEL SERVICIO DE VIDEO VIGILANCIA CON SISTEMAS TECNOLOGICOS, DISTRITO DE HUAMALI - JAUJA - JUNIN	2,862,383.00
382681	CREACION DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL DISTRITO DE VITOC, PROVINCIA DE CHANCHAMAYO - JUNIN	1,863,556.00
259719	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL DISTRITO DE CHUPACA, PROVINCIA DE CHUPACA - JUNIN	1,389,866.00
289171	CREACION DE LA SEGURIDAD CIUDADANA DEL, DISTRITO DE HEROINAS TOLEDO - CONCEPCION - JUNIN	2,076,902.00

314201	INSTALACION DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL DISTRITO DE VIQUES - HUANCAYO - JUNIN	2,867,174.00
285199	INSTALACION DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA, DISTRITO DE CURICACA - JAUJA - JUNIN	1,510,120.00
288723	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA DE LOS DISTRITO DE ONDORES, JUNIN Y CARHUAMAYO DE LA PROVINCIA DE JUNIN - JUNIN	2,016,822.00
289499	CREACION DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL DISTRITO DE ULCUMAYO, PROVINCIA DE JUNIN - JUNIN	1,355,508.00
287207	INSTALACION DEL SERVICIO DE SEGURIDAD CIUDADANA EN EL DISTRITO DE SUITUCANCHA - YAULI - JUNIN	1,871,591.00