



FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE ECONOMÍA

Capacidad ejecutora y su relación con el gasto público de la administración central del Ministerio de Salud, Periodo 2002 – 2021.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Economista

AUTOR:

Sante Espejo, Erick Cesar (orcid.org/0000-0002-7554-8578)

ASESOR:

Mg. Mejia Leiva, Rogger Antonio (orcid.org/0000-0002-8998-4944)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Política Económica

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Desarrollo económico, empleo y emprendimiento

LIMA-PERÚ

2022

Dedicatoria

A mi familia, quienes han sido una fuente de inspiración en el mejor momento de mi carrera. Gracias por el apoyo

Agradecimiento

A las autoridades y profesores de la Universidad César Vallejo quienes nos trasladaron sus conocimientos y nos brindaron valores.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras.....	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	6
III. METODOLOGÍA.....	18
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	18
3.2. Variable y operacionalización.....	19
3.3. Población y muestra.....	19
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	20
3.5. Procedimiento.....	20
3.6. Método de análisis de datos.....	20
3.7. Aspectos éticos.....	21
IV. RESULTADOS.....	22
V. DISCUSIÓN.....	33
VI. CONCLUSIONES.....	39
VII. RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS.....	41
ANEXOS.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Presupuesto y avance de la ejecución de la administración central-MINSA.....	3
Tabla 2: Presupuesto de la administración central del ministerio de salud por Gobierno.....	4
Tabla 3: Método MCO del Gasto Público y Capacidad Ejecutora.....	23
Tabla 4: Prueba de Heterocedasticidad.....	25
Tabla 5: Prueba de Pearson (correlación).....	26
Tabla 6: Nivel de Significancia de Gasto Público y Capacidad Ejecutora.....	28
Tabla 7: Comportamiento de la Capacidad Ejecutora de la administración central-MINSA.....	29
Tabla 8: Comportamiento del Gasto Capital y Corriente de la administración central-MINSA.....	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Capacidad Ejecutora y Gasto Publico Correlograma.....	24
Figura 2: Residuos del Gasto público y Capacidad Ejecutora	26
Figura 3. Dispersión del Gasto público y Capacidad Ejecutora.....	27

RESUMEN

El estudio que se presentó denominada la “Capacidad Ejecutora y su relación con la calidad del gasto público de la administración central del Ministerio de Salud: Periodo 2002 – 2021”, el cual tiene la finalidad de determinar la existencia de la relación entre la capacidad ejecutora con la calidad del gasto público de la administración central del ministerio de salud durante el periodo 2002 - 2021.

El tipo de diseño de la investigación es no experimental, transversal Correlacional/causal, así como el método de la investigación que se realizó fue hipotético deductivo, el cual permitió evidenciar la hipótesis sobre la existencia significativa entre capacidad ejecutora y la calidad del gasto público de la administración central del Ministerio de Salud en periodo 2002 – 2021, tomando los datos secundarios para ser comparados.

La principal hipótesis que se planteó fue si existe una relación significativa entre la variable capacidad ejecutora y la calidad del gasto público de la administración central del Ministerio de Salud durante el Periodo 2002 – 2021, se planteó la ecuación del modelo el cual se tuvo como resultado que la capacidad de la ejecutora con respecto a la del gasto público es 0.924452, el cual da a entender que si se incrementa en S/. 1 millón de soles la capacidad de la ejecutora, entonces se aumentará S/. 924,452.00 soles en el gasto público.

Palabras Clave: Calidad de gasto público, Capacidad Ejecutora, presupuesto

ABSTRACT

The study that was presented called the "Executive Capacity and its relationship with the quality of public spending of the central administration of the Ministry of Health: Period 2002 - 2021", which has the purpose of determining the existence of the relationship between the executive capacity with the quality of public spending of the central administration of the Ministry of Health during the period 2002 - 2021.

The type of research design is non-experimental, transversal Correlational/causal, as well as the research method that was carried out was hypothetical-deductive, which allowed us to demonstrate the hypothesis about the significant existence between executing capacity and the quality of public spending. the central administration of the Ministry of Health in the period 2002 – 2021, taking secondary data to be compared.

The main hypothesis that was raised was if there is a significant relationship between the executing capacity variable and the quality of public spending of the central administration of the Ministry of Health during the Period 2002 - 2021, the equation of the model was proposed, which had as a result that the capacity of the executor with respect to that of public spending is 0.924452, which gives an explanation that if it is increased by S/. 1 million soles the capacity of the executor, then S/. 924,452.00 soles in public spending.

Keywords: Quality of public spending, Executive Capacity, budget

I. INTRODUCCIÓN

Durante décadas, las finanzas públicas son el mejor instrumento por el cual los países modernos han ido desarrollando, se suele decir que cuando la población tiene un bienestar en común, entonces es eficiente la administración de las finanzas públicas.

El sector salud en el Perú es muy frágil y en comparación con los demás países de Latinoamérica el más desigual, se percibe la carencia de los recursos hacia el sistema de salud pública a comparación del volumen de atención de personas es muy alta. En los países aledaños como Uruguay y Chile destinan más del 9% del PBI al gasto en el sector salud, mientras que en el Perú se destina 5,0%, siendo un estado eficiente en cuanto a la distribución de recursos, no obstante, el Perú no tiene una manera adecuada para la utilización de las finanzas públicas, el cual se encuentra en el dilema de satisfacer las necesidades de la población teniendo menos ingresos monetarios con las que se debe tener para satisfacerlas.

La principal característica de la gestión del presupuesto tradicional es mediante un aumento en los recursos otorgados a una institución y su medición no se vincula a resultados o productos, lo que predomina son los objetivos de la institución lo cuales pueden ser por influencia de la política de gasto, el cual se enfatiza la calidad de gasto en vez de la cantidad de gasto por el cual es administrado mediante técnicas gerenciales las que se direcciona a procesos y no solo a los resultados y generando ineficiencia del gasto (DNPP, 2008). La distribución del presupuesto público hacia las ejecutoras se realiza de manera continua, de acuerdo a la prioridad del sector el cual tiene como propósito mejorar el resultado en los distintos sectores como: transporte, educación, salud, seguridad, etc.

Se obtiene el presupuesto público mediante las recaudaciones de distintas fuentes de impuestos, lo cual es importante para todas entidades públicas porque permite ejecutar actividades y proyectos, mediante servicios de deuda, gasto capital y gasto corriente.

La calidad del gasto público se mide usando diversos coeficientes que aseguran el uso efectivo de los recursos del Estado encaminados al aumento en el

índice de crecimiento en la economía de un país. En tal sentido, el principal objetivo es asegurar y disponer los recursos financieros a una mayor escala respetando la igualdad en la distribución. Para realizar una medición en el gasto público se requiere un enfoque multidimensional de una serie de coeficientes que afectan el logro de los objetivos macroeconómicos (CEPAL, 2014). La calidad del gasto del estado está solo relacionado al desembolso de dinero, no obstante, se debe obtener el más alto beneficio posible para la población utilizando eficientemente los recursos financieros estableciendo una relación entre beneficio/costo, de tal manera de establecerá comparaciones con otras alternativas para que se opte por la mejor decisión y de esta manera optimicen los recursos públicos.

Una mala calidad en el gasto público, es comprendida como el rol del estado en la adquisición de servicios y bienes no cumplen los estándares adecuados, la cual en la administración pública tiene una peculiaridad que no solo afecta al Perú, sino también a muchos países. El caso de la asignación de los recursos presupuestales en el Perú se ha dado una mayor prioridad al sector educación pública y por ende se le asigna un mayor presupuesto para sus gastos, no obstante según estudios y evaluaciones nacionales e internacionales se evidencio que los alumnos no llegan a las metas esperadas, en cambio en el sector salud en los servicios brindados a la salud pública se ha demostrado mediante indicadores que es menos crítico, pero aún siguen existiendo una angustia en la distribución del gasto.

La asignación de presupuesto se realiza a sus tres niveles de gobierno: Gobierno Nacional, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, siendo Administración Central – MINSa una unidad ejecutora del Pliego del Ministerio de Salud, el cual durante se ha observado un incremento en la asignación significativa año por año, en el Presupuesto Institucional de Apertura y luego en su Presupuesto Institucional Modificado, el cual se observó que la unidad ejecutora no es eficiente al momento de realizar la ejecución de su presupuesto, dado que en el periodo de 2002 al 2021 pasaron por cuatro gobiernos evidenciando que durante el Gobierno de Alejandro Toledo en el periodo del 2002 al 2006 la ejecución del presupuesto otorgado a Administración Central – MINSa en promedio alcanzo el 55.16%, durante el periodo de 2007 al 2011 gobierno de Alan García la ejecución del

presupuesto en promedio de la Administración Central – MINSA llegó al 77.88, para el gobierno del Ollanta Humala durante los años de 2012 al 2016 la ejecución del presupuesto de la Administración Central – MINSA llegó alcanzar en promedio durante los cinco años el 87.34%, finalmente durante los años de 2017 al 2021 la ejecución promedio de la Administración Central – MINSA en el Gobierno de Kuczynski, Vizcarra y Sagasti alcanzó el 91.00%. Se ha escuchado decir que las entidades públicas no cuentan con el suficiente presupuesto para poder realizar inversiones para el beneficio de la población, sin embargo, en la tabla 1 se puede observar que el problema no es presupuesto asignado sea insuficiente, si no que las entidades públicas no cuentan con una capacidad para ejecutar el presupuesto.

Tabla 1

Presupuesto y avance de la ejecución de la administración central-MINSA

AÑOS	Presupuesto Institucional Anual	Presupuesto Institucional Modificado	EJECUCIÓN			Avance %
			Compromiso	Devengado	Girado	
2002	290,927,299	290,927,299	176,529,590	176,056,052	172,525,986	60.52%
2003	303,237,020	303,237,020	163,044,755	161,526,929	158,779,761	53.27%
2004	169,235,537	169,235,537	153,775,873	153,498,319	153,437,900	90.70%
2005	171,097,435	183,644,034	164,342,874	162,552,819	162,338,019	88.52%
2006	173,974,442	551,544,171	410,805,178	406,168,732	404,437,985	73.64%
2007	435,488,641	749,264,975	662,154,815	651,736,587	636,181,550	86.98%
2008	1,034,408,873	1,014,197,863	601,300,160	601,048,892	557,820,761	59.26%
2009	949,067,718	1,163,537,581	1,069,000,502	1,014,016,629	1,002,538,437	87.15%
2010	723,392,025	1,184,144,407	1,013,485,906	967,625,362	966,850,464	81.72%
2011	1,109,183,154	992,972,534	763,464,779	737,899,253	735,608,338	74.31%
2012	1,727,632,014	632,488,589	523,982,004	516,374,649	515,889,492	81.64%
2013	1,371,574,105	812,039,676	762,247,544	759,738,121	759,192,371	93.56%
2014	2,304,347,152	1,248,061,234	1,039,862,053	1,027,354,236	1,025,567,499	82.32%
2015	3,182,582,831	1,207,812,631	1,148,209,607	1,118,960,697	1,117,876,035	92.64%
2016	3,008,273,621	1,229,890,797	1,065,852,987	1,064,343,310	1,063,904,940	86.54%
2017	2,538,403,428	1,266,472,506	1,161,545,593	1,160,660,923	1,159,588,098	91.65%
2018	3,170,873,841	1,230,089,928	1,130,734,967	1,130,286,314	1,129,228,229	91.89%
2019	3,136,952,108	1,274,717,577	1,164,306,565	1,154,877,203	1,154,224,255	90.60%
2020	2,642,138,877	1,739,520,087	1,617,726,479	1,617,638,700	1,614,684,948	92.99%
2021	2,603,798,728	2,038,331,040	1,791,582,530	1,791,441,285	1,789,647,571	87.89%

Fuente: Elaboración propia, data extraída consulta amigable – MEF

La asignación comparativa del presupuesto a la ejecutora de la administración central entre los periodos de 2002 al 2006 y 2007 al 2011, el último periodo se asignó un 240.60% más que el presupuesto del primer periodo, entre los periodos 2007 al 2011 y 2012 al 2016, en el último periodo se asignó el 0.51% más que el primer periodo, entre los periodos del 2012 la 2016 y 2017 al 2021, la gestión del 2021 tuvo un 47.15% más que el presupuesto del 2017.

Tabla 2

Presupuesto de la administración central del ministerio de salud por Gobierno

Periodo	Presupuesto en Billones de soles	Incremento en %
2002-2006	1,498,588,061	
2007 - 2011	5,104,117,360	240.60%
2012 - 2016	5,130,292,927	0.51%
2017 - 2021	7,549,131,138	47.15%

Fuente: Elaboración propia, data extraída consulta amigable – MEF

En los últimos años el presupuesto asignado hacia el sector salud se ha ido incremento de tal manera que en los periodos del 2002 al 2021 no se ha logrado la ejecución del 100% de su presupuesto. En ese sentido, el problema a plantearse es muy relevante para la investigación, si el gasto público tiene una relación significativa con la capacidad ejecutora de la administración central, el cual es una Unidad Ejecutora perteneciente al Ministerio de Salud.

Se planteó en la investigación el siguiente problema general lo siguiente: ¿Cuál es la relación entre la capacidad ejecutora y la calidad de gasto público de la administración central del Ministerio de Salud durante el Periodo 2002 – 2021?, Mientras que se plantearon dos problemas específicos: ¿Cuál es el comportamiento económico de la capacidad ejecutora de la administración central del Ministerio de Salud, Periodo 2002 – 2021?, ¿Cuál es el comportamiento económico de la calidad de gasto público de la administración central del Ministerio de Salud, Periodo 2002 – 2021?.

Desde la perspectiva teórica, se justificó en el estudio realizado mediante los resultados obtenidos por el cual contribuyeron a engrosar el corpus teórico de las variables y estos aportaran nuevos conocimientos para establecer una relación directa entre el gasto público con carácter anual del proceso presupuestario con la asignación de los recursos frente a los resultados. En el nivel metodológico, se propuso nuevas técnicas de estudio de las variables, el cual mediante los resultados contribuyen en la investigación. También las variables sirvieron para realizar un análisis longitudinal, mediante la regresión de mínimos cuadrados ordinarios, esto permitió realizar un mejor análisis de las variables (gasto público y capacidad ejecutara) y determinar si tienen alguna relación. Por lo tanto, el objetivo general que se planeo fue: Determinar la relación de la capacidad ejecutora y calidad de gasto público en la administración central-Ministerio de Salud, periodo 2002 – 2021. Mientras que se plantearon dos objetivos específicos los cuales fueron: Analizar el comportamiento de la capacidad ejecutora en la administración central-Ministerio de Salud, periodo 2002 – 2021. Analizar el comportamiento del gasto público en la administración central-Ministerio de Salud, periodo 2002 – 2021. Finalmente, para la hipótesis general se planteó de la siguiente manera: “Hay una relación significativa entre la capacidad ejecutora y gasto público en la administración central-Ministerio de Salud, periodo 2002 – 2021”. Así como también se plantearon dos hipótesis específicas las cuales fueron: La capacidad ejecutora de la administración central-Ministerio de Salud presenta un comportamiento promedio creciente en el periodo 2002 – 2021. El gasto público de la administración central-Ministerio de Salud presenta un comportamiento promedio decreciente en el periodo 2002 – 2021.

II MARCO TEÓRICO

Se desarrollaron diversas investigaciones a nivel internacional, así como de Pulg (2006), nos dio a conocer la evolución la cual se representa el gasto público en salud sobre el producto bruto interno, en términos reales es el resultado de la evolución, explica el gasto como numerador y al producto interno bruto como denominador, lo cual en los años que se presentó el estudio la evolución esperada es proporcional, en el rango de años el gasto público en salud aumento de 5,46% de producto interno bruto hasta alcanzar el 5,70%, teniendo un incremento de 0,24% del PBI con relación al año base. Para el procesamiento de datos utilizo mínimos cuadrados ordinarios (MCO), sus resultados mostraron la relación del incremento del gasto público con referencia al producto interno bruto, teniendo relaciones significativas entre ambas variables.

Tandon et al., (2014), nos da a conocer que del 2001 al 2010 el estado en materia de salud incremento su presupuesto de un 4%, pasando de 9% a un 13% en 10 años, el gasto de la salud publica en porcentaje se incrementó del 56% a 75%, el incremento se dio al lanzamiento de la CUS (Cobertura Universal en Salud), incrementando el gasto en salud por US\$ 2,7 mil millones, siendo su gasto antes de la CUS el monto de US\$ 1,9 mil millones. El incremento a continuo en tendencia hasta el 2008 el cual llego a US\$ 7,4 mil millones en términos reales porcentuales se reflejó un 76% de incremento. Durante el año 2009 en la recesión Tailandesa el PBI se contrajo hasta el 2% el cual afecto muchos sectores por los recortes de gastos, mientras que los gastos en materia de salud se mantuvieron sostenidos y protegidos.

Matsubayashi, T., Sekijima, K. & Ueda, M. (2020), nos dieron a conocer en su estudio los cambios en el presupuesto entre los años 2001 al 2014 en Japón, los cuales demostraron una reducción en los gastos de los gobiernos nacionales y locales entre los años 2001 al 2006 con una reforma neoliberal, luego de la crisis económica mundial y el gran terremoto del Este de Japón, concluyendo ante cualquier acción gubernamental afecto la salud pública en general hasta incluso si las acciones no se encuentran vinculadas directamente con el gasto público en

salud, así como se demostró que una disminución el gasto público en salud puede afectar a la salud de las personas.

Micah, et al., (2018), nos da a conocer que los recursos sanitarios mundiales han reflejado un crecimiento impresionante en la asistencia para el desarrollo en la salud y el gasto público en salud, en un intervalo de 5 años en África subsahariana desde el 2000 el gasto público en salud ha crecido en más de 4% cada año, teniendo el periodo más alto en relación al crecimiento entre los años 2000 al 2005. Mientras que la tasa de crecimiento ha reflejado un incremento interanual positivamente.

McCullough, J. (2018), concluyo que, a pesar de sus limitaciones se evidencio la importancia sobre los recursos públicos y hospitalarios que contribuyeron a la salud de la comunidad. Una conclusión importante es que no parece haber una clara tendencia natural hacia aumentos simultáneos en inversiones en múltiples sectores por parte de los gobiernos locales. La colaboración multisectorial ha demostrado su eficacia para mejorar la salud resultados y es, por lo tanto, un resultado deseable. Sin embargo, las iniciativas multisectoriales para los resultados de salud requieren financiación en todos los ámbitos. Los coeficientes de correlación entre el gasto público y la variable de Gasto Corriente, tuvieron una correlación significativa ($P < 0.05$). Por lo tanto, significa que un mayor gasto de referencia los valores se asociaron con valores de gasto de referencia más altos en otras categorías.

Xu, W. & Lin, J. (2022), concluye que, la descentralización fiscal puede aumentar el nivel del gasto fiscal regional en salud; la descentralización fiscal promueve la salud pública aumentando el gasto público en salud y mejorar los recursos médicos regionales, como camas en instituciones médicas y personal médico y el efecto positivo de la descentralización fiscal en la salud pública es no lineal y está afectado por la descentralización fiscal y el gasto público. En los años de 2008 al 2019, China, un país de ingresos medianos altos, no supero el 5% del PIB. Por lo tanto, el gobierno continuó aumentando su participación pública del gasto en salud y, cuando fue necesario, legislo una proporción del PIB requerido para la inversión en salud pública. Post Covid-19, el sistema de salud pública

todavía se encuentra en mejora continua para responder adecuadamente a todos los grandes desafíos.

Jin, H. & Qian, X. (2020), nos da a conocer que, el gobierno chino no realizó un buen trabajo en materia de salud pública. Específicamente el gasto en salud pública de China muestra una tendencia de crecimiento fluctuante, pero la tasa de crecimiento es relativamente baja y es menor que la del PIB y el gasto fiscal total; aunque el gobierno chino inclino el gasto en salud pública a las provincias pobres en las regiones central y occidental, el desequilibrio y la inequidad en la asignación de recursos de salud pública aún se están expandiendo entre las regiones y hubo muchos recursos desperdiciados en el sistema de salud pública, lo que reduce seriamente la eficiencia del gasto en salud pública en China. Lo que debió mejorar el gobierno chino es el aumento en la proporción del gasto público y el PBI, ya que, gasta la mayor parte de su gasto de salud pública en servicios médicos, como subsidios de seguro médico y las instituciones médicas gubernamentales, mientras se descuidan los gastos de salud pública de bajo calibre, tales como la supervisión de la salud, el tratamiento de emergencia de salud pública, etc.

Gong, C. & Wan, Y. (2022), analizó en China la fuerte correlación positiva entre la estructura del presupuesto, el gasto y el efecto del crecimiento económico, pero también detectó que todavía tiene una gran brecha en comparación con otros países desarrollados. El gasto fiscal desempeñó un papel importante en el proceso de desarrollo económico, pero a su vez reflejó que en China aun existían algunas deficiencias, por lo cual hizo que el gobierno profundice esfuerzos para reformar e innovar con el fin de mejorar el nivel de sostenibilidad y eficiencia, centrándose también en mejorar la eficiencia de la asignación de recursos.

Makuta, I. & O'hare, B. (2015), nos dio a conocer que, el gasto público en salud mejoró los resultados de salud y su impacto está mediado por la calidad de la gobernanza, teniendo el mayor impacto en los resultados de salud en países con mejor gobernanza y menor impacto en países con pobre gobernanza. Esto proporciona una posible explicación para el impacto insignificante o extremadamente pequeño del gasto público observado, la ineficiencia del gasto público puede ser, en realidad, el resultado de mala gobernabilidad. La gobernanza es importante para garantizar prestación eficaz de atención de la salud y

rentabilidad de las inversiones en salud son bajos cuando no se abordan los problemas de gobernanza.

Shi, Y., Xie, Y., Chen, H. & Zou, W. (2022), concluyeron que, el estudio en implicancia mejoro al sector salud en la eficiencia del gasto, el gobierno de China resolvió el siguiente problema. Ajustó la estructura de gasto de las finanzas públicas y la sostenibilidad aumentó el gasto público en salud. Por tanto, el gobierno debe continuar con la reforma de los servicios médicos, acelerar el progreso de los resultados de la reforma en hospitales piloto, al mismo tiempo, se aumentó la inversión en prevención de enfermedades el cual garantizó la satisfacción de las crecientes demandas de atención básica de salud y servicios médicos de alta calidad para los ciudadanos. El gobierno apunto a optimizar el servicio publico en salud y el proceso la atención médica, para su logró el gobierno local promovió la equiparación de servicios médicos básicos de alta calidad y también tomó la iniciativa de llevar a cabo el ajuste de Wagner en respuesta a la presión de la creciente demanda de servicios médicos y atención de la salud.

Adua, E., Frimpong, k., Li, X. & Wang, W. (2017), nos dan a conocer que, Ghanaha experimentó un rápido crecimiento económico, junto con el aumento del gasto en salud, desde el 2001 el país ha incrementó su gasto público sanitario en un 11%, un 15% más que el consiguiente aumento de los ingresos públicos. La asociación positiva entre el aumento de la asistencia sanitaria el gasto en resultados de salud se ha demostrado en otros estudios. No obstante, tiene que haber una reevaluación del impacto del gasto en salud en tándem con el público políticas sanitarias sobre los resultados en salud. Este estudio presenta una descripción general de los gastos de atención médica y los resultados de salud (es decir, esperanza de vida, mortalidad infantil y mortalidad de menores de 5 años) en Ghana.

Beylik, U., Cirakli, U., Cetin, M., Ecevit, E. & Senol, O. (2022), concluyen que, existe una relación fuerte entre los indicadores de gasto en salud y crecimiento económico en 21 de los 34 países de la OCDE. En este contexto, anualmente datos de indicadores de gasto sanitario e indicadores económicos entre 1990 y 2019 de 21 países de la OCDE se analizaron utilizando el enfoque de error estándar, dentro del alcance de análisis. Las variables del PIB y per la renta cápita se utilizaron como

variables dependientes, mientras que la variable del monto del gasto de bolsillo, per cápita gasto en salud, el monto del gasto público en salud, la relación entre los gastos en medicamentos y el producto interno bruto, la proporción del gasto corriente en salud en el PIB se utilizó como las variables. Los gastos de salud pública individual y nacional también tuvieron un impacto en el crecimiento económico, especialmente en el nivel de salud de la sociedad. Como la cantidad de gasto aumento los servicios de salud en una sociedad, disminuye la mortalidad infantil, la esperanza media de vida aumenta, y la sociedad puede ser más saludables y productivas. Por otra parte, invertir en el gasto público para programas de salud también funcionan como estabilizadores macroeconómicos.

Ullah, I. et al. (2021), nos da a conocer que, el gasto en salud mejora el capital humano. Sin embargo, los países en desarrollo a menudo prestan menos atención a los gastos de salud en el presupuesto nacional anual (OMS, 2010). Akram y Khan reportaron instalaciones de salud y gasto en salud están distribuidos de manera desigual, particularmente en las personas de las zonas rurales hacer frente a la falta de servicios de salud. Se evidenció que el gasto en salud positivamente afecta el crecimiento económico a largo plazo, pero a corto plazo, tiene una asociación negativa, la tendencia del gasto en atención de la salud en Pakistán de 1995 a 2015. En 1995, el gasto total en salud fue del 2,05%, que está en el nivel más bajo, aumenta gradualmente a 3,02 en 2010 y un aumento significativo de 3,64% en 2015.

Onofrei, M., Cigu, E., Gavriluta, A., Bostan, I. & Oprea, F. (2021), nos dan a conocer que, en la investigación se destacaron objetivos fundamentales, destacó el sistema de salud en Rumania, explicado con la ayuda de un índice de sostenibilidad calculado por sí mismo para la salud pública el cual proporcionó nueva evidencia sobre la relación causal entre el gasto en salud y el crecimiento económico para Rumania, evidenciando la hipótesis del crecimiento impulsado por la sanidad el cual revelo que un aumento del gasto sanitario y los esfuerzos por unificar todos los planes de seguro sanitario podrían conducir no solo a una mejora en los servicios de salud, sino también en el desempeño económico. Finalmente, los hallazgos indican que el proceso de mejora del sistema de salud ejercerá presión sobre los presupuestos gubernamentales, y la implicación prospectiva de

COVID-19 se refiere especialmente al espacio presupuestario. Los resultados fueron relevantes para guiar a los formuladores de políticas a interesarse en la eficacia de la gestión de la salud rural y urbana, así como para mejorar las proyecciones generales del balance del gobierno general.

Hsueh, H., Wang, C., Wu, C. & Li, F. (2019), nos dan a conocer que, los gastos médicos del gobierno se correlacionaron positivamente con el crecimiento económico; es decir, mejoraron el crecimiento económico. Si se reduce los gastos médicos en este momento, para equilibrar las ganancias y pérdidas en la salud, sistema de seguros, se evidenció que el PIB también se redujo sincrónicamente. Sin embargo, después de 2008, este efecto desapareció, y ya no había ninguna correlación de vinculación entre los gastos médicos y PIB. La continua expansión de los gastos médicos ya no incrementó el PIB en Taiwán. Por lo tanto, el gobierno debe adoptar las medidas correspondientes para evitar el desperdicio de recursos médicos y explorar la efectividad del sistema de salud.

Olanubi, O. & Olanubi, S. (2022). nos dan a conocer que, el estudio examinó la importancia de incorporar consideraciones de eficiencia del sector público en el diseño de un “fondo de salud centralmente coordinado” en la zona del euro, con el objetivo de brindar seguro a los estados miembros contra crisis de salud comunes. Se probó la propuesta y examino la eficiencia del gasto público en salud durante períodos de severas limitaciones de recursos, lo que refleja lo que ocurre durante una pandemia mundial. Específicamente, en la zona Euro durante la crisis financiera mundial y la crisis de deuda soberana de la zona Euro que siguió revelando que la eficiencia promedio es de 0,950, lo que implica que los países miembros desperdiciaron alrededor del 5% de los fondos asignados a la salud durante este período, dos países adoptaron el Programa de Ajuste Económico y Financiero de la troika (Portugal y Grecia) durante la crisis gemela fueron entre las más eficientes. La administración de Pedro Manuel de Portugal ocupó el segundo lugar con una puntuación de eficiencia de 0,99, mientras que la de George A. Papandreou/Antonis Samaras de Grecia ocupó el quinto lugar con una puntuación de eficiencia de 0,969. Esto sugiere que hacer que las condicionalidades sean parte integral de la coordinación central de los fondos de salud durante las pandemias

dará como resultado mejoras en la eficiencia de los fondos transferidos a los estados miembros.

Cubi, P., Buxton, M. & Devlin, N. (2021), nos dan a conocer que, existió la ausencia de un método formal para informar la asignación de presupuestos entre departamentos a través de la valoración pública, el cual generó una brecha importante en los métodos de asignación presupuestaria en el Reino Unido. Los presupuestos dependen en gran medida de la asignación presupuestaria del año anterior, ajustados de acuerdo con amplias prioridades determinadas políticamente en lugar de mecanismos explícitos que apuntan a lograr la eficiencia en la asignación del gasto público. Fue posible que el bienestar de la gente del Reino Unido aumentó sustancialmente sin un aumento en el gasto, simplemente reasignando presupuestos hacia aquellas actividades y políticas que producen más resultados que el público en general valora.

Sorensen, A., Nonzee, N. & Kominski, G. (2016), nos dan a conocer que, los fondos públicos en California contribuyen a aproximadamente el 71% de la salud estatal, el cual cubrieron los gastos de atención médica y las tasas de crecimiento continúan aumentando a medida que los debates sobre políticas siguen aumentando en torno a introducir una opción de seguro público, es importante que la financiación pública de la atención sanitaria controle los gastos. Los fondos públicos continuaron siendo administrados la mayoría gastos en la salud pública, será cada vez más importante que los formuladores de políticas consideren si estos fondos públicos están siendo distribuido de manera eficiente y eficaz, y si alternativas como un sistema estatal de pagador único sería un uso más efectivo del gasto público y privado en salud.

Bhatia, M & Singh, D. (2021), nos dan a conocer que, el gasto público en salud en la India ha variado del 1,2% al 1,6% del PIB bruto producto interno (PIB) en los últimos años. Aunque el año pasado el gobierno de salud el gasto fue del 1,8% del PIB, esto es extremadamente bajo en comparación con otros países, por lo que se planteó el objetivo de asignar el 2.5% del PBI al sector salud para el 2025. Durante la pandemia de la COVID-19 se asignó un 137% de presupuesto al sector salud con respecto al año anterior para fortalecer el sistema de salud, llegando a ser el 2.5% del PBI.

Gutiérrez, A (2015), realizó un análisis del gasto en el sector público para el periodo del año 2014 dando a conocer el incremento en pesos mexicanos de 4,531.8 millones con respecto al año anterior, el cual equivale al 26.6% del PBI, con una variación porcentual de 4.9% respecto al 2013 y en el periodo de 2005 al 2014, el incremento anual del gasto público fue de 5.2%, de tal manera fue que el gasto corriente tuvo un incremento en los últimos 10 años de 4.9%. En el periodo gestión último, el gasto corriente aumentado anualmente a una tasa de 3.8%, el cual es una cifra menor al crecimiento del gasto programable de los últimos años de estudio, así como se dio a conocer que hubo una disminución en el gasto capital con una variación porcentual de -1.0% en el último año, teniendo en cuenta en los diez años la tasa media de crecimiento fue al 9.4%. Mediante el análisis de sus variables ha demostrado que la inversión en el capital en la última gestión se ha incrementado a una tasa promedio de 7.0%, no obstante, la gestión anterior se ha incrementado en 10.1%. El cual se demostró que el gobierno en uno de sus objetivos fue la reducción del gasto corriente.

Marrero, M. Galvez, A. y Garcia, A. (2013), nos dio a conocer que después de analizar el presupuesto en salud pública con relación al producto interno bruto, el gasto público y el presupuesto total, se observa el propósito del gobierno en priorizar el desarrollo del sector salud, y que el modelo económico de cubano se dirige a la disminución del gasto en el sector salud, pero acompañado de un aumento en el nivel de las actividades y de los indicadores estudiados, de esta forma se buscó la mejora en la eficiencia para mantener y aumentar los principales indicadores sanitarios.

Canto y Castro, (2016), en análisis mediante indicadores el comportamiento de los gastos corrientes de los gobiernos autónomos descentralizados, por el cual mediante un instrumento de control presupuestal permitió establecer los ingresos corrientes durante el año 2014 el cual fueron de \$ 13,199,477.54, así como los gastos corrientes fueron de \$9,505,064.14 de los cuales solo se devengaron el \$ 7,009,46.03, el cual equivale a 74% del avance de la ejecución del gasto, en el cual no se logró el cumplimiento en la adquisición de bienes y servicios considerados en los planes operativos anuales.

Lloor y Calderón, (2021), analizaron el crecimiento económico y la incidencia del gasto público sobre él, utilizando para el proceso de datos mediante mínimos cuadrados (MCO), concluyeron que el gasto público tuvo una constante evolución en el gasto corriente incrementándose a una tasa media anual de 2.5%, dirigiendo al gasto corriente el 63.37% del gasto público, el cual se observó que tuvo crecimiento de 13.28% anual dentro del mismo periodo. El gasto corriente se compone de los sueldos y salarios los cuales representaron el 53.48% y el pago de la deuda pública fue del 10.34%, mientras que al gasto capital se destinó el 36.63%, el cual tuvo un incremento de en promedio anual el 1.35%. Se evidencia la incidencia directa en la relación del PBI con el gasto público, el cual se interpretó en el crecimiento económico como un efecto positivo del gasto público en Ecuador, el cual mediante el modelo lineal de explica que si el gasto público se incrementa en \$ 1 dólar el producto bruto interno aumenta en \$2.22 dólares.

En el ámbito nacional se realizaron investigaciones Aguilar, M. (2019), análisis en su trabajo de investigación la influencia entre el gasto público y el presupuesto por resultado en la Gerencia Regional de Salud La Libertad, el cual a través del gasto de las genéricas en los que se encuentran obligaciones sociales y personal, bienes y servicios, otras prestaciones sociales y pensiones, adquisiciones de activos no financieros y otros gastos, con el cual se obtuvo la asignación del presupuesto institucional modificado en porcentajes del año 2015 el cual fue del 27% para obligaciones sociales y personal, 8% para otras prestaciones sociales y pensiones, 57% para bienes y servicios, 2% para otros gastos y 5% por adquisición de activos no financieros, para el 2016 la asignación fue la siguiente, 32% para obligaciones sociales y personal, 7% para pensiones y otras prestaciones sociales, 53% para servicios y bienes, 2% para otros gastos y 6% por activos no financieros y finalmente la distribución para el 2017 en la asignación del presupuesto institucional modificado fue de 36% para obligaciones sociales y personal, 7% para otras prestaciones sociales y pensiones, 51% para bienes y servicios, 3% para otros gastos y 3% por adquisición de activos no financieros. Lo que evidencia una distribución normal en los gastos corrientes y gastos capitales.

Fernández (2018), realizó un análisis en el Gobierno Regional de Lambayeque, de las variables (capacidad ejecutora y gasto público) y encontrar si

existió una relación entre ambas, por el cual planteo como objetivo principal el determinar si las variables capacidad ejecutora y gasto publico tienen una relación significativa para el gobierno regional de Lambayeque durante los años de 2004 al 2016, el tipo de diseño que utilizo para la investigación fue de corte transversal, mediante el modelo de regresión el cual dio como resultado la relación positiva de la variable gasto público respecto a la capacidad de ejecutora (Pearson = 0.864649), el cual se obtuvo mediante el sistema de Eviews, lo que determino y soluciono los problemas de multicolinealidad, homocedasticidad y autocorrelación.

Aro, R. (2018), demostró en el estudio el gasto público es eficiente, basándose más en los indicadores recopilados del presupuesto por resultado, el desempeño como se logró el resultado esperado y la eficiencia que es la relación del desempeño frente a los insumos utilizados los cuales son el presupuesto gastado, la calidad de gasto ha tenido un crecimiento significativo en el periodo estudiado, principalmente en los programas presupuestales, los cuales se ha ido incrementando de manera favorable, así como también demuestra la relación del gasto en salud pública tiene relación positiva con el producto interno bruto, ya que se calculó el presupuesto por resultados sobre la ejecución de proyectos de inversión.

Quiroz, L (2019), determino la relación significativa del gasto público con presupuesto por resultado-PpR en la red de salud Viru, así como se analizó el presupuesto público que se asignó dentro de los periodos de estudio, el cual con los resultados que se obtuvieron evidenciaron una relación significativa de la calidad de gasto público. Así como la asignación presupuestal para la unidad ejecutora mediante el presupuesto institucional modificado – PIA en el año 2015 fue de s/. 0.00 soles, para el año 2016 fue de s/. 5,116,153.00 y para el año 2017 fue de s/. 5,742,502.00, mientras que el presupuesto institucional – PIM para los años 2015 fue de s/. 2,718,807.00, para el año 2016 fue de s/. 7,907,839.00 y para el año 2017 fue de s/. 9,604,701.00. La variación del total de presupuesto asignado en el periodo 2015 y 2017 entre el PIA y el PIM fue de s/ 9,372,692.00.

Quiroz, H. (2019), nos da a conocer que en el periodo de estudio del 2009 al 2014, los indicadores del producto bruto interno y el gasto público no han crecido significativamente y no se encuentran en los niveles óptimos de acuerdo a los

estándares de la Organizaciones Internacionales, respecto de países más desarrollados. Sintetizando los análisis de correlación de la variable gasto público con los programas de presupuesto por resultado, se dio a conocer del total de correlaciones en los programas solo tres tienen una correlación alta y seis no presentan ningún grado de correlación.

Vallejos, O. (2018), en su investigación realizada concluye en la existencia significativa entre el gasto público y el presupuesto público asignado a la dirección regional de salud en el departamento de Ayacucho, el cual se demostró mediante la eficiencia del gasto, el cual al incrementarse la ejecución del presupuesto en una unidad, la calidad del gasto público aumento en promedio 0.014508 el cual es explicado por el gasto y la eficiencia que existe al momento de gastar, así como la ejecución presupuestal es explicada por el 75% de su variabilidad. Finalmente se evidencio que el presupuesto es una variable significativa con la variable gasto, dando a conocer que al incrementarse el presupuesto público se incrementara el gasto público en promedio de 4.38.14, es así como el modelo explicara el 95% del presupuesto respecto al gasto.

Lupaca, Z. (2021), analizo el impacto que presento el cumplimiento de las actividades de gasto público (gasto corriente), en el sector salud de la región de Puno, mediante el modelo econométrico de regresión lineal el cual utilizo el presupuesto del gasto corriente y el presupuesto institucional modificado, para demostrar el impacto que se presentó al cumplir las programaciones que se tienen en el gasto corriente del sector salud, de tal manera que se evidencia una relación positiva al presupuesto con respecto al gasto corriente. La regresión econométrica evidencia que el presupuesto del sector salud tiene un impacto en sobre el gasto corriente a nivel 95% de confianza y su significancia fue menor al 5%, el cual se expresa que por cada unidad monetaria en el gasto corriente, el presupuesto institucional modificado se incrementaría en 0.00000018, por lo tanto el incremento presupuestal en la región Puno para el año 2021 se relaciona a un aumento de forma directa en el gasto público (gasto corriente) en los programas de salud.

Guzman, L. Meza, R. & Verde, L. (2020), nos dan a conocer que, la medición del avance de ejecución presupuestal es el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) entre el gasto devengado y se señala en porcentajes que mostraron

fluctuaciones durante los años de ejecución en estudio, al ser analizados las fluctuaciones por cada año a lo largo del periodo de estudio los indicadores (ejecución de presupuesto, gasto corriente y gasto capital), origina que el comportamiento de la capacidad ejecutora y el gasto público del Gobierno Regional de Huánuco tenga un comportamiento decreciente de -0.68% (capacidad ejecutora), -0.03% (gasto corriente) y -2.02% (gasto de capital) para el periodo de análisis.

Broncano, F. (2018), nos concluye que, existe una relación significativa entre la capacidad de gasto y la ejecución de proyectos de inversión pública de la provincia de Huaura por la Unidad Ejecutora 001, Región Lima, 2017; con una correlación positiva moderada fuerte de 0.661, a un nivel de significancia de 0.05 donde $p_v = 0.000 < 0.05$ y con un nivel de confianza de 95%.

III METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

La investigación es de tipo Transversal – correlacional/causal, según (Hernández et al., 2014), al tener un tipo de Transversal estudio explicativo, sus definiciones responden más a las causas de sucesos y eventos los cuales pueden ser sociales o físicos, de tal manera que su principal importancia es explicar cómo se presenta un evento y si guardan relación entre variables.

Se estudia el diseño de nivel correlacional-causal, ya que, permite determinar si se encuentra una relación entre variables pretendiendo analizar relaciones casuales. Se fundamentarán las correlaciones en hipótesis cuando se limita la relación no causal, entonces se busca realizar hipótesis causales para evaluar las relaciones de causa.

3.1.2. Diseño de investigación

El tipo de diseño de la investigación será no experimental, ya que permite el analizar y estudiar hechos reales y no se realizará a las variables ninguna modificación, así de tal manera habrá un corte transeccional-longitudinal. Para (Hernández et al., 2014), se realiza de la transeccional, por lo que se analizaran datos originales, el cual no se necesitara agregar o modificar la muestra, los cuales su recolección es en un entorno natural las dos o más variables no se manipularan y observar naturalmente la relación y descripción de ambas variables longitudinalmente.

El diseño de la investigación será de la siguiente manera:

X = Capacidad Ejecutora

Y = Gasto Publico



3.2. Variables y operacionalización

Las variables a estudiar son cuantitativas y se dividen en variable independiente (Capacidad Ejecutora) y variable dependiente (Gasto Publico).

Capacidad Ejecutora: Es la capacidad del gobierno mediante la eficacia y eficiencia de los gastos en adquisición de servicios y bienes para obtener el bienestar general de la población.

Gasto Público: Se da cuando el gobierno realiza un gasto de dinero por la compra de servicios o bienes en un determinado tiempo, lo cual viene a ser en un año, la clasificación del gasto público es: Servicio de la deuda, gastos (corrientes y capitales). En la política económica uno de los elementos fundamentales es el gasto público.

3.3. Población y muestra

Población

Al ser una investigación no experimental, se toma a la población del país en conjunto, ya que se analizó en periodos de año por año al gasto público y capacidad ejecutora en la administración central – Ministerio de Salud en los años del 2002 al 2021. Según (Hernández et al., 2014), dio a conocer que las poblaciones deben posicionarse categóricamente por su contenido en un tiempo y lugar en específico. Entonces se llama a la población a un subconjunto de elementos el cual pertenece a un conjunto con propiedades específicas.

Muestra

La muestra es año por año mediante una secuencia cronológica del gasto público y capacidad ejecutora de la administración central – Ministerio de Salud en los años del 2002 al 2021.

3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos

Las técnicas para la recolección y obtención de información se realizaron a fuentes secundarias del Instituto Nacional de Estadística e Informática y Ministerio de Economía y Finanzas.

Los instrumentos para obtener información y datos son: tesis virtuales, revistas virtuales, libros virtuales, documentos virtuales, para lograr el análisis de los documentos se realizó mediante fichas bibliográficas.

3.5. Procedimientos

Para la medición de los datos de ambas variables de estudio se realizó lo siguiente:

- Para medir la variable capacidad ejecutora se buscó en la base de datos del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el cual se realizará en la consulta amigable.
- Para medir la variable de calidad de gasto se buscó en la base de datos de Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el cual se realizará en la consulta amigable y en el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el cual se realiza en Sistema de información regional para la toma de decisiones (SIRTOD).

3.6. Método de análisis de datos

Para el análisis de datos en la investigación, se dio a través de la información secundaria recolectada mediante las técnicas de indagación en las bases de datos, las cuales fueron recuperadas y consultadas año por año del Ministerio de Economía y Finanzas, a la vez comparando en la base de datos del Ministerio de Salud. Para el análisis y presentación de los datos será mediante un modelo de mínimos cuadrados ordinales, en el cual la variable independiente fue capacidad ejecutora y como variable dependiente se tuvo a gasto público, así como para el procesamiento de la data y análisis se utilizó el software de Eviews versión 12.

3.7. Aspectos éticos

Se tiene como compromiso respetar la información recolectada de las fuentes institucionales sin alterar o manipular la información de las bases datos del Seguimiento de Ejecución Presupuestal-consulta amigable, Ministerio de salud e Instituto Nacional de Estadística e Informática, así como se tendrá las precauciones necesarias con respecto al plagio, citando las referencias y colocando correctamente a los autores que se mencionan en la investigación, según las normativas APA.

IV RESULTADOS

Para el análisis de los resultados, utilizando la variable exógena y endógena de año por año en un periodo de veinte años obteniendo 20 observaciones, el cual se analizará mediante una educación econométrica de regresión lineal por el método de mínimos cuadrados ordinarios

Se planteó la siguiente regresión lineal:

$$Y = B_0 + B_1 C.E. + U$$

Donde:

Y = Gasto Publico

C.E = Capacidad Ejecutora

B_0 = Constante

B_1 = Pendiente

U = Terminio de Error

Teniendo el siguiente modelo matemático:

$$Y = B_0 + B_1 X$$

Tabla 3*Método MCO del Gasto Público y Capacidad Ejecutora*

Dependent Variable: GASTOPUBLICO

Method: Least Squares

Sample: 2002 2021

Included observations: 20

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-0.725645	0.421009	-1.723587	0.1019
CAPACIDADEJECUTO	0.924452	0.038934	23.74432	0.0000
R-squared	0.969061	Mean dependent var	8.187000	
Adjusted R-squared	0.967342	S.D. dependent var	4.718442	
S.E. of regression	0.852690	Akaike info criterion	2.613799	
Sum squared resid	13.08745	Schwarz criterion	2.713372	
Log likelihood	-24.13799	Hannan-Quinn criter.	2.633236	
F-statistic	563.7927	Durbin-Watson stat	2.082270	
Prob(F-statistic)	0.000000			

Fuente: Elaboración propia, data extraída consulta amigable - MEF

En la tabla 3: El modelo econométrico que se planteó de las variables Capacidad ejecutora y gasto público nos dio como resultado el coeficiente de capacidad ejecutar es de 0.924452, el cual se describe que a un incremento en la capacidad ejecutora de S/. 1,000,000.00, entonces el gasto público se incrementará en S/. 924,452.00. La capacidad ejecutora tiene una probabilidad de 0.00, que nos da a conocer que la variable es significativa para explicar al gasto público rechazando la hipótesis nula. El coeficiente de determinación (R-squared) es de 0.969061, lo que nos indica que el modelo tiene un ajuste casi perfecto por lo cual es un modelo muy fiable para futuros pronósticos. Por último, el modelo nos da a conocer que no existe auto correlación, ya que, el Durbin-Watson es de 2.082270.

Figura 1

Gasto Público y Capacidad Ejecutora Correlograma

Autocorrelation	Partial Correlation	AC	PAC	Q-Stat	Prob	
		1	-0.152	-0.152	0.5345	0.465
		2	-0.094	-0.120	0.7492	0.688
		3	0.082	0.050	0.9233	0.820
		4	-0.087	-0.080	1.1325	0.889
		5	-0.033	-0.048	1.1650	0.948
		6	-0.119	-0.161	1.6123	0.952
		7	0.025	-0.021	1.6341	0.977
		8	-0.086	-0.127	1.9067	0.984
		9	-0.010	-0.041	1.9105	0.993
		10	-0.011	-0.082	1.9161	0.997
		11	-0.042	-0.075	2.0025	0.998
		12	0.030	-0.047	2.0515	0.999
		13	-0.074	-0.117	2.3912	0.999
		14	0.022	-0.061	2.4280	1.000
		15	0.015	-0.052	2.4485	1.000
		16	0.011	-0.033	2.4608	1.000
		17	0.008	-0.053	2.4704	1.000
		18	0.006	-0.040	2.4785	1.000
		19	0.009	-0.059	2.5112	1.000

Fuente: Elaboración propia, data extraída consulta amigable - MEF

En la figura 1, En el Correlograma de residuos estándares se observó que no hay evidencia de auto correlación, ya que todas las barras residuales están dentro de los límites en el modelo planteado.

Tabla 4*Prueba de Heterocedasticidad*

Heteroskedasticity Test: White

Null hypothesis: Homoskedasticity

F-statistic	0.385206	Prob. F(2,17)	0.6861
Obs*R-squared	0.867073	Prob. Chi-Square(2)	0.6482
Scaled explained SS	1.783186	Prob. Chi-Square(2)	0.4100

Test Equation:

Dependent Variable: RESID^2

Method: Least Squares

Sample: 2002 2021

Included observations: 20

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-0.177279	1.145392	-0.154776	0.8788
CAPACIDADEJECUTO^2	-0.010129	0.011699	-0.865784	0.3987
CAPACIDADEJECUTO	0.209113	0.240476	0.869579	0.3966
R-squared	0.043354	Mean dependent var		0.654373
Adjusted R-squared	-0.069193	S.D. dependent var		1.512886
S.E. of regression	1.564351	Akaike info criterion		3.870300
Sum squared resid	41.60231	Schwarz criterion		4.019660
Log likelihood	-35.70300	Hannan-Quinn criter.		3.899457
F-statistic	0.385206	Durbin-Watson stat		2.368292
Prob(F-statistic)	0.686099			

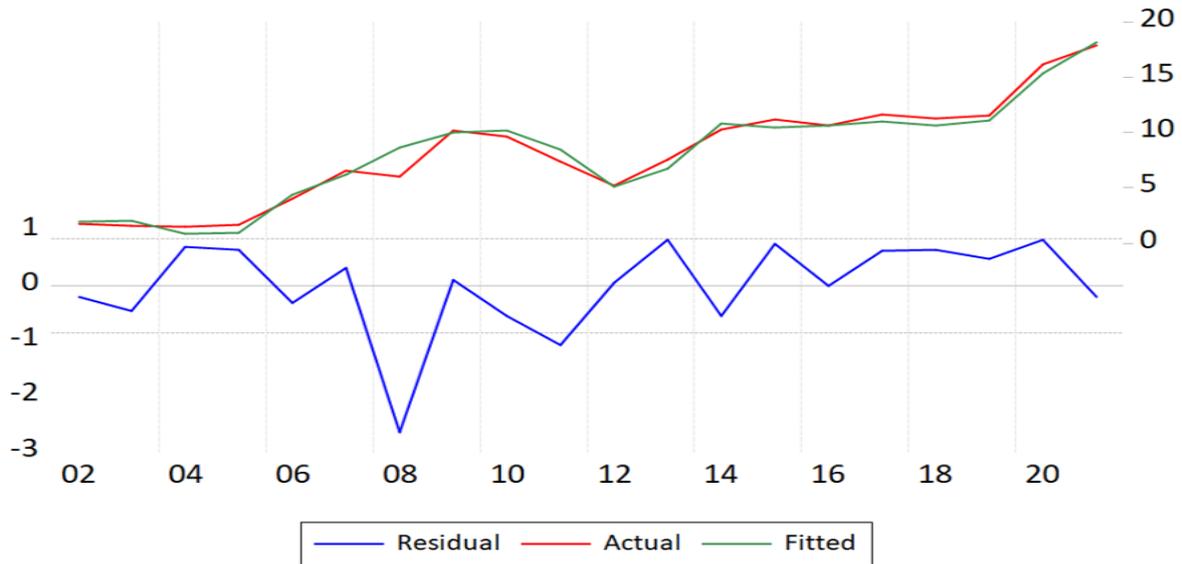
Fuente: Elaboración propia, data extraída consulta amigable – MEF

En la tabla 4:

- Se observó que el R-squared es de $0.043354 \times 20 = 0.86708 < 5\%$ lo cual significa el modelo econométrico no presenta heterocedasticidad, entonces acepto la hipótesis de homocedasticidad.
- La Chi-cuadrada es 0.6482 mayor a 5% lo cual explico que en el modelo planteado no se encuentre señales de heterocedasticidad.
- En el modelo planteado no se presentó problemas de autocorrelacion, ya que el Durbin-Watson está en los límites cercanos al 2.

Figura 2

Residuos del Gasto Público y Capacidad Ejecutora



Fuente: Elaboración propia, data extraída consulta amigable – MEF

En la figura 2: Se observa en el modelo en estudio algunos errores mínimos en los parámetros de confianza, los cuales se dan a entender que son irregulares a medida que ha transcurrido el tiempo.

Tabla 5

Prueba de Pearson (correlación)

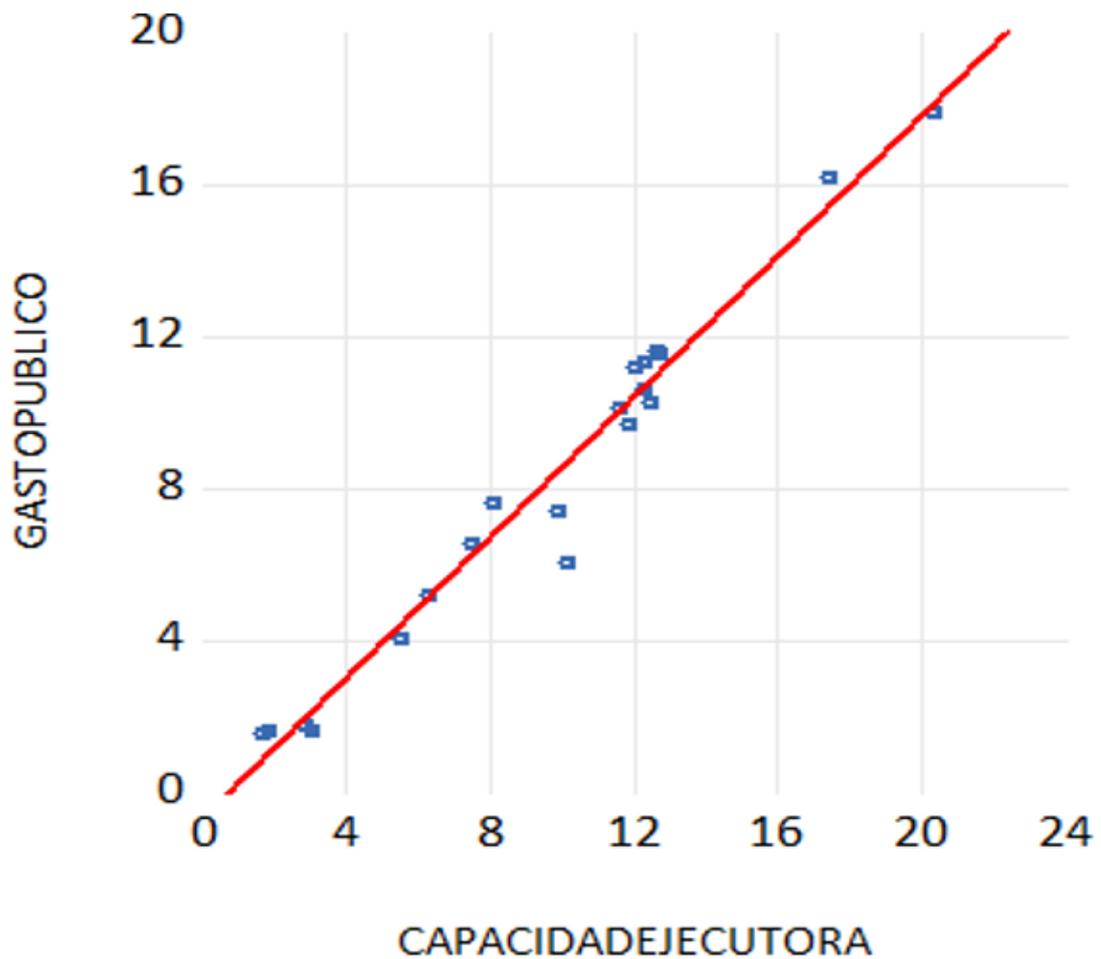
	GASTOPUBLICO	CAPACIDADEJECUTORA
GASTOPUBLICO	1.000000	0.995668
CAPACIDADEJECUTORA	0.995668	1.000000

Fuente: Elaboración propia, data extraída consulta amigable – MEF

En la tabla 5: Se apreció mediante el test de correlación de Pearson que el coeficiente es 0.995668, lo cual se acerca más a 1, dando a conocer que la correlación es buena, entonces el modelo de regresión lineal sirve para relacionar ambos datos a un 99%.

Figura 3

Dispersión del Gasto Público y Capacidad Ejecutora



Fuente: Elaboración propia, data extraída consulta amigable – MEF

La figura 3: Se observó que los puntos no se encuentran muy dispersos, lo cual se evidencio que las variables en estudio tienen una relación directa, lo cual al aumentar la capacidad ejecutora de S/. 1,000,000.00, entonces el gasto público aumento en 0.924452.

CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS

Capacidad Ejecutora

Para el contraste de la hipótesis referente a la capacidad ejecutora, se necesitó hacer el test de significancia, utilizando la “t-Student” a la variable dependiente, así como el gasto público en la investigación y analizar si fueron significativamente relacionados estadísticamente y evidenciando como la variable independiente se comporta.

La fórmula de estadístico “t-Student” es:

$$t = \frac{X - \mu}{S/\sqrt{n}}$$

Donde: S/\sqrt{n} , vendría a ser la desviación estándar para X, lo que empleara de los errores estándares, así como el valor de los coeficientes según la tabla 6.

Tabla 6

Nivel de Significancia de Gasto Público y Capacidad Ejecutora

Dependent Variable: GASTOPUBLICO

Method: Least Squares

Sample: 2002 2021

Included observations: 20

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-0.725645	0.421009	-1.723587	0.1019
CAPACIDADEJECUTORA	0.924452	0.038934	23.74432	0.0000

Fuente: Elaboración propia, data extraída consulta amigable – MEF

a) Hipótesis Específica 1

La capacidad ejecutora de la administración central-Ministerio de Salud presenta un comportamiento promedio creciente en el periodo 2002 – 2021

La primera hipótesis específica se demostró al analizar la información del Presupuesto Institucional Modificado y el monto que se devengó durante los años en los cuales se desarrolló el presente estudio y se evidencian en la siguiente tabla.

Tabla 7

Comportamiento de la Capacidad Ejecutora de la administración central-MINSA

Años	Presupuesto Inicial Modificado	Devengado	Diferencia del Presupuesto y Devengado	Diferencia del Presupuesto y Devengado %	Avance %	Capacidad Ejecutora Comportamiento %
2002	290,927,299	176,056,052			60.52%	
2003	303,237,020	161,526,929	-14,529,123	-8.25%	53.27%	-7.25%
2004	169,235,537	153,498,319	-8,028,610	-4.97%	90.70%	37.43%
2005	183,644,034	162,552,819	9,054,500	5.90%	88.52%	-2.19%
2006	551,544,171	406,168,732	243,615,913	149.87%	73.64%	-14.87%
2007	749,264,975	651,736,587	245,567,855	60.46%	86.98%	13.34%
2008	1,014,197,863	601,048,892	-50,687,695	-7.78%	59.26%	-27.72%
2009	1,163,537,581	1,014,016,629	412,967,737	68.71%	87.15%	27.89%
2010	1,184,144,407	967,625,362	-46,391,267	-4.58%	81.72%	-5.43%
2011	992,972,534	737,899,253	-229,726,109	-23.74%	74.31%	-7.40%
2012	632,488,589	516,374,649	-221,524,604	-30.02%	81.64%	7.33%
2013	812,039,676	759,738,121	243,363,472	47.13%	93.56%	11.92%
2014	1,248,061,234	1,027,354,236	267,616,115	35.22%	82.32%	-11.24%
2015	1,207,812,631	1,118,960,697	91,606,461	8.92%	92.64%	10.33%
2016	1,229,890,797	1,064,343,310	-54,617,387	-4.88%	86.54%	-6.10%
2017	1,266,472,506	1,160,660,923	96,317,613	9.05%	91.65%	5.11%
2018	1,230,089,928	1,130,286,314	-30,374,609	-2.62%	91.89%	0.24%
2019	1,274,717,577	1,154,877,203	24,590,889	2.18%	90.60%	-1.29%
2020	1,739,520,087	1,617,638,700	462,761,497	40.07%	92.99%	2.39%
2021	2,038,331,040	1,791,441,285	173,802,585	10.74%	87.89%	-5.11%
					Promedio	1.44%

Fuente: Elaboración propia, data extraída consulta amigable – MEF

En la tabla 7: Se analizó el Presupuesto Institucional Modificado que se asignó a la U.E. administración central-Ministerio de Salud entre los años 2002 – 2021, desde el año 2002 al 2012 ha tenido un incremento y disminución del tanto del Presupuesto Institucional Modificado como del Devengado, no obstante, desde el 2013 al 2021 si se ha tenido un incremento constante del Presupuesto Institucional Modificado y el devengado.

El avance se representó en términos porcentuales del Presupuesto Institucional Modificado entre el devengado, el cual se observó que tiene muchas fluctuaciones en todo el periodo de análisis, lo cual al presentar grandes fluctuaciones positivas como negativas en cada año con respecto al avance en la ejecución presupuestal, el cual conlleva a la capacidad ejecutora en la administración central-Ministerio de Salud tenga un promedio creciente solo del 1.44% en periodo de análisis, entonces con el análisis que se realizó se comprobó el planteamiento de la primera hipótesis.

b) Hipótesis Específica 2

El gasto público de la administración central-Ministerio de Salud presenta un comportamiento promedio decreciente en el periodo 2002 – 2021.

La contrastación de la hipótesis secundaria se ultimó el Presupuesto Institucional Modificado, así como la información del gasto de capital y gasto corriente, el cual la sumatoria de los dos conforman el gasto de la administración central-Ministerio de Salud, también el devengando en las genéricas del gasto capital y corriente entre los años de estudio los cuales se analizaron.

En la tabla 8, se observó que el presupuesto del gasto capital y gasto corriente de la administración central-Ministerio de Salud, periodo 2002 al 2021, el cual el gasto corriente ha tuvo un aumento año tras año al igual que el monto devengado, en la genérica de gasto capital se observó fluctuaciones durante el periodo de estudio, así como se observó fluctuaciones en el devengado de esta misma genérica.

El presupuesto del gasto corriente durante el periodo de 2002 al 2021 ha aumentado en 117,031.76%, por otro lado, en los gastos corrientes los devengados se incrementaron en 108,842.90%. En cuanto a la genérica del gasto capital ha aumentado en 237.59% durante los años en los que se estudió y los devengados en esta genérica hubo un incremento de 170.24%.

El avance vio reflejado en porcentaje de las genéricas de gasto capital y corriente, los cuales mostraron fluctuaciones durante en los años de estudio, así mismo ocasionaron que el gasto capital decrezca en 1.36% y el gasto corriente decrezca en 0.37% durante el periodo que se estudió, dando como resultado la comprobación del planteamiento de la segunda hipótesis.

Tabla 8

Comportamiento del Gasto Capital y Corriente de la administración central - Minsa

AÑOS	PIM	Presupuesto Gasto Corriente	Diferencia Presupuesto Gasto Corriente	Diferencia Presupuesto Gasto Corriente %	Gasto Corriente Devengado	Avance %	Comportamiento Gasto Publico Corriente	Presupuesto Gasto de Capital	Diferencia Presupuesto Gasto Capital	Diferencia Presupuesto Gasto Capital %	Gasto Capital Devengado	Avance %	Comportamiento Gasto Publico Capital	
2002	290,927,299	144,427,811			143,764,055	99.54%		146,499,488			133,147,246	90.89%		
2003	303,237,020	171,856,636	27,428,825	18.99%	147,252,819	85.68%	-13.86%	131,380,384	-15,119,104	-10.32%	116,373,298	88.58%	-2.31%	
2004	169,235,537	152,176,035	-19,680,601	-11.45%	142,800,715	93.84%	8.16%	17,059,502	-114,320,882	-87.02%	121,501,059	712.22%	623.64%	
2005	183,644,034	165,167,375	12,991,340	8.54%	150,614,806	91.19%	-2.65%	18,476,659	1,417,157	8.31%	11,938,014	64.61%	-647.61%	
2006	551,544,171	412,807,608	247,640,233	149.93%	381,073,586	92.31%	1.12%	138,736,563	120,259,904	650.87%	25,095,146	18.09%	-46.52%	
2007	749,264,975	558,635,404	145,827,796	35.33%	523,292,612	93.67%	1.36%	190,629,571	51,893,008	37.40%	128,443,976	67.38%	49.29%	
2008	1,014,197,863	626,208,591	67,573,187	12.10%	520,908,095	83.18%	-10.49%	387,989,272	197,359,701	103.53%	80,140,797	20.66%	-46.72%	
2009	1,163,537,581	866,570,343	240,361,752	38.38%	831,902,153	96.00%	12.81%	296,967,238	-91,022,034	-23.46%	182,114,475	61.32%	40.67%	
2010	1,184,144,407	776,192,641	-90,377,702	-10.43%	734,081,363	94.57%	-1.42%	407,951,766	110,984,528	37.37%	233,544,000	57.25%	-4.08%	
2011	992,972,534	649,334,414	-126,858,227	-16.34%	555,159,110	85.50%	-9.08%	343,638,120	-64,313,646	-15.77%	182,740,142	53.18%	-4.07%	
2012	632,488,589	510,973,955	-138,360,459	-21.31%	420,312,176	82.26%	-3.24%	121,514,634	-222,123,486	-64.64%	96,062,472	79.05%	25.88%	
2013	812,039,676	612,012,402	101,038,447	19.77%	596,553,363	97.47%	15.22%	200,027,274	78,512,640	64.61%	163,184,758	81.58%	2.53%	
2014	1,248,061,234	908,991,493	296,979,091	48.53%	825,228,830	90.79%	-6.69%	339,069,741	139,042,467	69.51%	202,125,406	59.61%	-21.97%	
2015	1,207,812,631	931,755,547	22,764,054	2.50%	885,127,996	95.00%	4.21%	276,057,084	-63,012,657	-18.58%	233,832,701	84.70%	25.09%	
2016	1,229,890,797	963,276,757	31,521,210	3.38%	942,241,290	97.82%	2.82%	266,614,040	-9,443,044	-3.42%	122,102,019	45.80%	-38.91%	
2017	1,266,472,506	1,119,920,056	156,643,299	16.26%	1,089,013,097	97.24%	-0.58%	146,552,450	-120,061,590	-45.03%	71,647,827	48.89%	3.09%	
2018	1,230,089,928	1,030,412,659	-89,507,397	-7.99%	1,013,642,628	98.37%	1.13%	199,677,269	53,124,819	36.25%	116,643,685	58.42%	9.53%	
2019	1,274,717,577	1,148,302,562	117,889,903	11.44%	1,086,243,685	94.60%	-3.78%	126,415,015	-73,262,254	-36.69%	68,633,519	54.29%	-4.12%	
2020	1,739,520,087	1,494,291,185	345,988,623	30.13%	1,419,498,071	94.99%	0.40%	245,228,902	118,813,887	93.99%	198,140,628	80.80%	26.51%	
2021	2,038,331,040	1,690,264,108	195,972,923	13.11%	1,564,769,701	92.58%	-2.42%	348,066,932	102,838,030	41.94%	226,671,584	65.12%	-15.68%	
Promedio							-0.37%						Promedio	-1.36%

Fuente: Elaboración propia, data extraída consulta amigable – MEF

V DISCUSIÓN

En la presente investigación capacidad ejecutora y gasto público de la administración central-Ministerio de Salud, periodo 2002 – 2021, se evidencia una relación significativa entre ambas variables, utilizando el Software Eviews se realizó el análisis econométrico de las variables capacidad ejecutora y gasto público de la U.E. Administración central-Ministerio de Salud, dando como resultado la correlación positiva entre las variables que se encuentran en estudio, en la ecuación planteada se observa que la probabilidad es de 0.00, el cual nos indica que no hay problemas de multicolinealidad, así como el R cuadrado es de 0.969061 valor significativo para la explicación del gasto público, el modelo no presenta una autocorrelación teniendo el estadístico Durbin-Watson stat de 2.082270.

Los resultados guardan relación en el marco teórico con las investigaciones revisadas, de tal manera que según Fernández (2018), análisis mediante el modelo de regresión múltiple la existencia de una relación entre gasto público y capacidad ejecutora y se comprobó que las variables estudiadas presentan relación directa positiva el cual tiene el coeficiente Pearson igual a 0.864649 del contraste entre gasto público y capacidad ejecutora, de tal manera el modelo presentado mediante el programa Eviews se tuvo que solucionar algunos problemas en heterocedasticidad, multicolinealidad y la autocorrelación aplicando a las variables el Logaritmo a una de ellas. En la cual en la presente investigación nos dio como resultado el coeficiente de Pearson igual a 0.995668, así como no se tuvo problemas de heterocedasticidad, multicolinealidad y la autocorrelación.

Los resultados presentan una relación con la investigación de Pulg (2006), el cual en su investigación dio a conocer la evolución del gasto público sobre el Producto Interno Bruto, dando como resultado una correlación en aumento, el cual fue demostrado con el procesamiento de datos mediante mínimos cuadrados ordinarios. En tal sentido, bajo lo referido anteriormente en la presente investigación se obtuvo una correlación de igual similitud al procesar los datos del gasto público en salud sobre el presupuesto otorgado al sector salud mediante mínimos cuadrados ordinarios.

Los resultados que se obtuvieron coinciden con la investigación de Tandon et al., (2014), indicando que el estado en materia de salud incrementó su presupuesto siendo en el 2001 de US\$2,7 mil millones y llegando al 2008 con US\$ 7,4 mil millones, para el año 2009 en la recesión Tailandesa el PBI se contrajo hasta el 2%, el cual repercutió a varios sectores menos al sector salud que se mantuvo. En tal sentido, bajo lo referido anteriormente en la presente investigación se evidencia que el presupuesto en materia de salud sigue incrementándose periodo a periodo, así mismo, durante algún acontecimiento en materia de recesión o pandemias, el presupuesto de salud se mantuvo y/o hasta llegó a incrementarse.

Los resultados presentan una relación con la investigación de McCullough, J. (2018), Los coeficientes de correlación entre el gasto público y la variable de gastos corrientes, tuvieron una correlación significativa ($P < 0.05$). Por lo tanto, significa que un mayor gasto de referencia los valores se asociaron con valores de gasto de referencia más altos en otras categorías. En tal sentido, bajo lo referido en anteriormente en la presente investigación se analizó la existencia de la correlación entre el gasto publico con la variable capacidad ejecutora (Gasto corriente y Gasto Capital), dando como resultado una correlación significativa para ambas variables.

Los resultados obtenidos, no tienen mucha coincidencia con la investigación de Jin, H. & Qian, X. (2020), que dieron a conocer que el gobierno chino no realizo un buen trabajo en materia de salud pública, demostrando que el gasto en salud mostro una tendencia de crecimiento fluctuante, así como la tasa de crecimiento fue relativamente baja y mucho menor que el Producto Interno Bruto. En tal sentido, bajo lo referido en anteriormente en la presente investigación se demostró mantener un buen control en el gasto de salud publica con una constante de crecimiento de la ejecución del gasto público (Gasto Corriente y Gasto Capital).

Los resultados presentan una relación con la investigación de Gong, C. & Wan, Y. (2022), evidencio que en China existe una fuerte correlación positiva entre la estructura del presupuesto, el gasto y el efecto del crecimiento económico, pero también detecto que todavía tiene una gran brecha en comparación con otros países desarrollados. El gasto fiscal desempeñó un papel importante en el proceso de desarrollo económico, pero a su vez reflejó que en China aun existían algunas

deficiencias, por lo cual hizo que el gobierno profundice esfuerzos para reformar e innovar con el fin de mejorar el nivel de sostenibilidad y eficiencia, centrándose también en mejorar la eficiencia de la asignación de recursos. En tal sentido, bajo lo referido en anteriormente en la presente investigación se evidencia la correlación entre positiva entre el Presupuesto y el gasto público (Gasto Corriente y Gasto Capital), así como también existen defectos en la ejecución del presupuesto otorgado para cada ejercicio no llegando a la meta del 100% de ejecución.

Los resultados presentan una relación con la investigación de Shi, Y., Xie, Y., Chen, H. & Zou, W. (2022), evidenció la mejora del sector salud en la eficiencia del gasto, el cual ajustó la estructura de gasto de las finanzas públicas y la sostenibilidad aumentó el gasto público en salud. Por tanto, el gobierno debe continuar con la reforma de los servicios médicos, acelerar el progreso de los resultados de la reforma en hospitales piloto, al mismo tiempo, se aumentó la inversión en prevención de enfermedades el cual garantizó la satisfacción de las crecientes demandas de atención básica de salud y servicios médicos de alta calidad para los ciudadanos. En tal sentido, bajo lo referido en anteriormente en la presente investigación se evidencia la eficiencia del gasto público (Gasto Corriente y Gasto Capital), llegan a ejecutar en el 2021 el 87.89% de su Presupuesto institucional modificado (PIM), todo esto mediante su gasto corriente el cual se ejecutó los Programas por Resultado (PpR), Proyectos de Inversiones.

Los resultados presentan una relación con la investigación de Adua, E., Frimpong, k., Li, X. & Wang, W. (2017), los cuales nos dieron a conocer que, Ghana experimentó un rápido crecimiento económico, junto con el aumento del gasto en salud, desde el 2001 el país ha incrementó su gasto público sanitario en un 11%, un 15% más que el consiguiente aumento de los ingresos públicos. La asociación positiva entre el aumento de la asistencia sanitaria el gasto en resultados de salud se ha demostrado en otros estudios. En tal sentido, bajo lo referido en anteriormente en la presente investigación se evidencia un incrementó en la asignación del presupuesto asignado al sector salud, ya que el crecimiento económico del país esta en aumento y/o constantes, dentro de los rangos de estimación del Producto Bruto Interno (PBI).

Por lo tanto, tienen una relación con la investigación de Lupaca (2021), el cual mediante modelo econométrico aplicado al sector salud en la región de Puno, se realizó una regresión lineal entre el presupuesto institucional modificado y el presupuesto del gasto público, dando como resultado la relación que tuvieron las dos variables a nivel 0.95 de confianza y su significancia fue menor al 0.05, por lo cual se explica al incremento en una unidad monetaria en el gasto, el presupuesto institucional modificado se incrementaría en 0.00000018, por lo tanto el incremento presupuestal en la región Puno para el año 2021 se relaciona a un aumento de forma directa en el gasto público. En tal sentido, bajo lo referido anteriormente en la presente investigación se obtuvo 0.00 de significancia y 0.96 de confianza en el modelo, el cual explica a un incremento en la capacidad ejecutora de S/. 1,000,000.00, entonces el gasto público se incrementó en S/. 924,452.00.

Los resultados presentan una relación con la investigación de Vallejos (2018), concluyo con la existencia significativa de sus dos variables de estudio las cuales fueron calidad de gasto público y presupuesto público en el gobierno regional de salud de Ayacucho, es decir que al incremento en la ejecución presupuestal en una unidad, la calidad de gasto se incrementa en 0.014508, por el cual se expresó como el gasto en el producto eficiente, de la misma manera el modelo aplicado dio a conocer que R-cuadrada ajustada explico el 75% la variable ejecución. Así como, la evaluación del presupuesto tuvo una influencia significativa en la eficiencia del gasto público y evidenciando una relación directa en el modelo de estudio. En tal sentido, bajo lo referido anteriormente en la presente investigación se evidencio que la R-cuadra ajustada explica 96% de la variable capacidad ejecutora y evidenciando la relación directa entre ambas variables.

El estudio del comportamiento en los resultados de las variables (capacidad ejecutora y el gasto público) de la administración central-Ministerio de Salud en los años 2002 – 2021, se analizó y demostró mediante el programa Excel, el cual evidencio que la capacidad ejecutora tiene sus resultados crecientes, mientras que la variable gasto público presenta resultados decrecientes en los periodos de estudio.

Los resultados obtenidos, coincide con la investigación de Quiroz (2019), el cual determino en su trabajo de investigación la relación que existe entre la variable

independiente (Presupuesto por resultado) y la variable dependiente (Gasto público) en la red de salud de Viru en la Libertad, se analizó la asignación presupuestal para la ejecutora mediante el presupuesto institucional de apertura en los años de estudio de 2015 al 2017, el cual presupuesto institucional de apertura – PIA en el año 2015 fue de s/. 0.00 soles, para el año 2016 fue de s/. 5,116,153.00 y para el año 2017 fue de s/. 5,742,502.00, mientras que el presupuesto institucional modificado – PIM para el año 2015 fue de s/. 2,718,807.00, para el año 2016 fue de s/. 7,907,839.00 y para el año 2017 fue de s/. 9,604,701.00. La variación del total de presupuesto asignado en el periodo 2015 y 2017 entre el PIA y el PIM fue de s/ 9,372,692.00. En tal sentido, bajo lo referido anteriormente en el análisis que se realizó en la presente investigación se utilizó el PIM de la en la administración central-Ministerio de Salud, el cual ha tenido para el 2002 una asignación presupuestal de S/. 290,927,299.00 y luego de 20 años el presupuesto que se le asigno fue de S/. 2,038,331,040.00, esto se debe a que el gasto público se incrementó mediante el pasar de los años.

Entre los años 2002 al 2021 el gasto público en la administración central-Ministerio de Salud entre los años 2002 – 2021, dividió los gastos en gasto capital y corriente. Lo cual no coincidimos con la investigación de Gutiérrez (2015), analizo el incremento en la tasa de crecimiento anual del gasto público en los periodos de estudio 2005 – 2014 llegando a ser el 5.2%, de tal manera que el gasto corriente tuvo un incremento en la última década de 4.9% con respecto a la década anterior, así como la disminución en el en el gasto capital con una variación porcentual de -1.0%, demostrando que el gobierno en uno de sus objetivos es la reducción del gasto corriente. En tal sentido, bajo lo referido anteriormente en el análisis que se realizó anteriormente se conoció que la U.E. Administración central-ministerio de salud incremento los gastos corrientes, pero redujo los gastos capitales.

Por lo tanto, de los resultados reflejaron la coincidencia con la investigación de Loo y Calderón (2021), concluyeron que el gasto público tuvo una constante evolución en el gasto corriente incrementándose a una tasa media anual de 2.5%, dirigiendo al gasto corriente el 63.37% del gasto público, así como el gasto corriente comprende de sueldos y salarios que representan el 53.48%, mientras que al gasto capital se destinó el 36.63%. En tal sentido, bajo lo referido anteriormente se

corroborar los datos en la presente investigación la cual el gasto corriente se ha incrementado a lo largo de tiempo de estudio.

Los resultados que se obtuvieron coinciden con la investigación de Aguilar (2019), análisis del presupuesto por resultado con el gasto público y su grado de relación que existe entre ellos en la Gerencia Regional de Salud la Libertad, desagregando al gasto público desagregado en sus genéricas las cuales son las obligaciones sociales y personal, bienes y servicios, otras prestaciones sociales y pensiones, adquisiciones de activos no financieros y otros gastos, dando a conocer que a lo largo del periodo en estudio 2015 – 2017 hay un mayor porcentaje en los gastos corrientes a comparación del gasto capital. En tal sentido, bajo lo referido anteriormente se confirma la relación que existe entre la distribución de los gastos públicos en sus genéricas a lo largo del periodo de estudio se dio el 77.45% del presupuesto de los gastos corrientes y el 22.55% al presupuesto del gasto capital.

Los resultados obtenidos, no tienen mucha coincidencia con la investigación Marrero y García (2013), análisis del gasto público y el presupuesto total, se observó propósito del gobierno Cubano en priorizar el desarrollo del sector salud, y que el modelo económico de cubano se dirige a la disminución del gasto en el sector salud, pero acompañado de un aumento en el nivel de las actividades y de los indicadores estudiados, de esta forma se buscó la mejora en la eficiencia para mantener y aumentar los principales indicadores sanitarios. En tal sentido, bajo lo referido anteriormente en el análisis que se realizó en la presente investigación se observa que el Gobierno Peruano a lo largo del periodo 2002 – 2021, no priorizó el sector salud, lo cual en las últimas décadas se está enfatizando el incremento en el presupuesto público hacia el sector en mención.

VI CONCLUSIONES

- 1) Según el planteamiento del objetivo general, se evidencia que la capacidad ejecutora y gasto público en la administración central-Ministerio de Salud en los años del 2002 – 2021, existe una relación significativa demostrada mediante el modelo econométrico que se ha planteado y dio como resultado el valor de 0.924452 el cual es coeficiente que explica a la variable independiente (capacidad ejecutora) respecto a la variable dependiente (gasto público), lo que significa que a un incremento en la capacidad ejecutora de S/. 1,000,000.00, entonces el gasto público se incrementará en S/. 924,452.00.
- 2) La medición del comportamiento de la variable capacidad ejecutora se realizó entre el presupuesto institucional modificado y el devengado, así como el promedio de las genéricas (devengado del gasto capital y corriente) los cuales se muestran en porcentajes y nos dan a conocer las variaciones en todo el periodo de estudio, mediante el cual se analizan los indicadores año por año. El gasto capital y el gasto corriente y el presupuesto de la administración central-ministerio de salud, el cual se obtuvo un comportamiento decreciente del gasto capital de -1.36%, 0.37% del gasto corriente y un incremento del 1.4% de la capacidad ejecutora, mediante el cual se comparó las hipótesis específicas planteadas.
- 3) En el periodo de estudio 2002 al 2018 el presupuesto en la administración central-ministerio de salud se ha incrementado en 7.01%, por lo cual se espera que con la cantidad de recursos financieros mejore la gestión en salud.
- 4) Durante los años de análisis 2002 al 2021, se observó que el gasto corriente respecto al gasto capital ha tenido un incremento sustancial, dando para el periodo de 2002 al 2021 la distribución promedio de 77.45% para el gasto corriente y el 22.55% para el gasto capital.

VII RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud a replantear las etapas en el gasto de los recursos públicos, los cuales están orientados mayormente al tema de ejecución y no a la ejecución por resultados, contando con personal capaz en temas de presupuesto y gestión por resultados.

A la población, hacer seguimiento del presupuesto que es manejado por la U.E. Administración central-Ministerio de Salud, el cual su presupuesto no está netamente dirigido ningún nivel de salud, si no más a presupuesto para gastos corrientes en la entidad.

Se sugiere que las Universidades promuevan la investigación del sector público en todos sus ámbitos, así permitiendo tener mayores estudios para los futuros investigadores.

REFERENCIAS

- CEPAL. (2014). *Calidad del gasto público y reformas institucionales en América Latina. Alemania: CEPAL.* Obtenido de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37012/S1420450_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- MEF. (2016). *Balance de la Inversión Pública.* Obtenido de: https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/estudios_documentos/estudios/Estudio Balance de la Inversion Publica.pdf
- INEI. (2022). *Sistema de Información Regional para la Toma de Decisiones.* Obtenido de: <https://systems.inei.gob.pe/SIRTOD/app/consulta>
- BCRP (2011). “*Glosario de Términos Económicos*”. Recuperado de: <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Glosario/Glosario-BCRP.pdf>
- MEF (2022). “*Glosario de Términos Económicos.* Recuperado” de: <https://www.mef.gob.pe/es/glosario-sp-5902>
- Pulg, J. (2006). “*Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada*”. Barcelona – España. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911106715722?token=839F810EE4280EC0F4D0F92039B35763074B4BAE0D3AFCA9C09017B40C77F978BBEE242EF57C86842F296FBBBF5544A5&originRegion=us-east-1&originCreation=20221115130228>
- Gutiérrez, A. (2015). “*Gasto público y Presupuesto Base Cero en México*”. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco. Distrito Federal, México. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/325/32539883003.pdf>

Marrero, M., Galvez, A. y Garcia, A. (2013). *“Tendencia del presupuesto cubano en salud en el periodo 2004-2010”*. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba. Recuperado de:

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v39n2/spu04213.pdf

Canto, D. y Castro, E. (2016). *“Evaluación Presupuestaria de Ingresos Corrientes Y Gastos Del Gad Daule Período 2014”*. Universidad de Guayaquil. Guayaquil – Ecuador. Recuperado de:

http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/19788/1/TESIS%20GAD%20DAULE%20JUN2016_DIANA_EDGAR.pdf

Loor, L. y Calderón, M. (2021). *“La Incidencia de la Expansión del Gasto Público Del 2010 al 2020 en el Sector Privado y La Economía Familiar”*, Universidad de Guayaquil. Guayaquil – Ecuador. Recuperado de:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/58165/1/LOOR%20LARRETA%20Y%20CALDER%20GARC%20GARC%20281%29.pdf>

Aguilar, m. (2019). *“Presupuesto por resultados y la calidad del gasto público - Unidad Ejecutora 400 Gerencia Regional de Salud La Libertad: 2015 – 2017”*. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo – Perú. Recuperado de:

<https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/15205/Aguilar%20Miguel%20Maibi%20Renee.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fernández, N. (2018). *“La Capacidad Ejecutora y su relación con el Gasto Público del Gobierno Regional de Lambayeque, durante el Periodo 2004-2016”*. Universidad Cesar Vallejo. Chiclayo – Perú. Recuperado de:

<https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/27519/Fernandez%20PN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Aro, R. (2018), *“Incidencia del Gasto Público en el Crecimiento Económico e Indicadores Sociales de las Regiones del Perú en el Marco del Presupuesto por Resultados, 2012 – 2016”*, recuperado de:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8589/Aro_Huallpa_R_osmery.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Quiroz, L. (2019). *“Presupuesto por resultados y la calidad del gasto público de la Unidad Ejecutora 412 Red de Salud Virú: 2015 – 2017”*. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo – Perú. Recuperado de:
<https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/15197/Quiroz%20Abanto%2c%20Liliana%20Nevita.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Quiroz, H. (2019). *“Impacto del Gasto Público en los Indicadores de Salud en El Perú; Periodo 2009-2014: Prospección y Propuesta Sectorial para mejorar el logro de metas del Plan Bicentenario, El Perú hacia el 2021”*. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Recuperado de:
<http://168.121.45.179/bitstream/handle/20.500.11818/4636/TESIS QUIROZ HECTOR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Asto, F. (2018). *“Gestión de Presupuesto y Calidad del Gasto Público de la Dirección Regional de Salud del Gobierno Regional Ayacucho: 2010-2015”*. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho – Perú. Recuperado de:
http://209.45.73.22/bitstream/UNSCH/3129/1/TESIS%20E187_Ast.pdf
- Lupaca, J. (2021). *“Impacto Del Cumplimiento Del Gasto Corriente Del Sector Salud Para Su Presupuesto Del Distrito De Puno, Efecto COVID-19”*. Universidad andina de Cusco. Cusco – Perú. Recuperado de:
<http://revistas.ulvr.edu.ec/index.php/yachana/article/view/748/581>
- Sampieri, H., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *“Metodología de la Investigación, (6.ª ed.)*. Mexico: Mcgraw-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. Mexico: Mcgraw-Hill / Interamericana Editores, S.A.,

Recuperado de: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Guzman, J., Meza, R. & Verde, L. (2020). “*La Capacidad Ejecutora y su Relación con el Gasto Público del Gobierno Regional de Huánuco: Periodo 2007 – 2018*”. Universidad Nacional Hermilio Valdizan. Huanuco – Peru.

Recuperado de:

<https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/6135/TEC00407G98.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Broncano, F. (2018). “*Capacidad de Gasto y Ejecución de Proyectos de Inversión Pública de la Provincia de Huaura por La Unidad Ejecutora 001, Región Lima, 2017*”. Universidad Alas Peruanas. Huacho - Peru. Recuperado de:

https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12990/5502/Tesis_Capacidad_Ejecuci%c3%b3n_Inversi%c3%b3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tandon et al., (2014). “*Reprioritizing government spending on health: pushing an elephant up the stairs?*”. Recuperado de:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329750/seajphv3n3p206.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Matsubayashi, T., Sekijima, K. & Ueda, M. (2020). “*Government spending, recession, and suicide: evidence from Japan*”, Universidad de Osaka. Osaka - Japon. Recuperado de:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7033906/pdf/12889_2020_Article_8264.pdf

Micah et al., (2018), “*Trends and drivers of government health spending in sub-Saharan Africa, 1995–2015*”. Instituto de Métricas de Salud y Evaluación, Universidad de Washington, Seattle, Washington - Estados Unidos.

Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6350738/pdf/bmjgh-2018-001159.pdf>

McCullough, J. (2019). *"Government Health and Social Services Spending Show Evidence of Single-Sector Rather Than Multi-Sector Pursuit of Population Health"*. Universidad Estatal de Arizona – Estados Unidos. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6566469/pdf/10.1177_0046958019856977.pdf

Xu, W. & Lin, J. (2022), *"Fiscal Decentralization, Public Health Expenditure and Public Health-Evidence From China"*, School of Public Health, Xiamen University – China. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9157548/pdf/fpubh-10-773728.pdf>

Jin, H. & Qian, X. (2020). *"How the Chinese Government Has Done with Public Health from the Perspective of the Evaluation and Comparison about Public-Health Expenditure"*. Zhejiang Sci-Tech University, Hangzhou – China. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7764182/pdf/ijerph-17-09272.pdf>

Gong, C. & Wan, Y. (2022). *"A Study of Fiscal Expenditure Structure and Green Economic Growth Effects: A Sample from Asian Economies"*. Sichuan University – China. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9526565/pdf/JEPH2022-2180532.pdf>

Makuta, I. & O'hare, B. (2015). *"Quality of governance, public spending on health and health status in Sub Saharan Africa: a panel data regression analysis"*. School of Medicine, University of St Andrews – Scotland. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4578603/pdf/12889_2015_Article_2287.pdf

Shi, Y., Xie, Y., Chen, H. & Zou, W. (2022). “*Spatial and Temporal Differences in the Health Expenditure Efficiency of China: Reflections Based on the Background of the COVID-19 Pandemic*”. University of Murcia – Spain.

Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9051031/pdf/fpubh-10-879698.pdf>

Adua, E., Frimpong, k., Li, X. & Wang, W. (2017). “*Emerging issues in public health: a perspective on Ghana’s healthcare expenditure, policies and outcomes*”.

Taishan Medical University - China. Recuperado de:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5607056/pdf/13167_2017_Article_109.pdf

Beylik, U., Cirakli, U., Cetin, M., Ecevit, E. & Senol, O. (2022), “*The relationship between health expenditure indicators and economic growth in OECD countries: A Driscoll-Kraay approach*”. Atılım University – Turkey.

Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9720277/pdf/fpubh-10-1050550.pdf>

Ullah, I. et al. (2021). “*Public Health Expenditures and Health Outcomes in Pakistan: Evidence from Quantile Autoregressive Distributed Lag Model*”. International Business School, Guangzhou – China. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8462281/pdf/rmhp-14-3893.pdf>

Feliciano, M., Benjamin, A. & Gomes, A. (2017). “*Economic growth and inflation rate: implications for municipal revenue and health expenditure of the municipalities of Pernambuco, Brazil*”. Universidade Federal de Pernambuco – Brasil. Recuperado de:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZTpMjqg5Dt8DDC684LxpRMm/?format=pdf&lang=pt>

- Makuta, I. & O'Hare, B. (2015). *"Quality of governance, public spending on health and health status in Sub Saharan Africa: a panel data regression analysis"*. , University of St Andrews – Scotland. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4578603/pdf/12889_2015_Article_2287.pdf
- Onofrei, M., Cigu, E., Gavriluta, A., Bostan, I. & Oprea, F. (2021), *"Effects of the COVID-19 Pandemic on the Budgetary Mechanism Established to Cover Public Health Expenditure. A Case Study of Romania"*. A Case Study of Romania – Romania. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7908425/pdf/ijerph-18-01134.pdf>
- Bhatia, M & Singh, D. (2021), *"Health Sector Allocation in India's Budget (2021–2022): A Trick or Treat? – India"*. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/25166026211017338>
- Hsueh, H., Wang, C., Wu, C. & Li, F. (2019). *"Investigation of the Co-Movement Relationship between Medical Expenditure and GDP in Taiwan-Based on Wavelet Analysis"*. University of Economics, Wuhan – China. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6950574/pdf/ijerph-16-05095.pdf>
- Olanubi, O. & Olanubi, S. (2022). *"Public sector efficiency in the design of a COVID fund for the euro area"*. , University of Lagos, Akoka – Nigeria. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9272688/pdf/main.pdf>
- Cubi, P., Buxton, M. & Devlin, N. (2021), *"Allocating Public Spending Efficiently: Is There a Need for a Better Mechanism to Inform Decisions in the UK and Elsewhere?"*. University of London, London – UK. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8187139/pdf/40258_2021_Article_648.pdf

Sorensen, A., Nonzee, N. & Kominski, G. (2016). *“Public Funds Account for Over 70 Percent of Health Care Spending in California”*. University of California - Estados Unidos. Recuperado de:
http://healthpolicy.ucla.edu/publications/Documents/PDF/2016/PublicSharePB_FINAL_8-31-16.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Variables y operacionalización

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Capacidad Ejecutora (Variable 1)	Se da cuando un gobierno en turno es eficaz y eficiente al momento de realizar gastos en bienes y servicios para lograr en la población un bienestar general.	La gestión pública se mide en base a la eficiencia de los recursos públicos de un gobierno durante el periodo 2002-2021.	Presupuesto	$\frac{\text{Cantidad de asignación del Presupuesto Institucional de Apertura}}{\text{Cantidad de asignación del Presupuesto Institucional Modificado}}$	Ordinal
			Devengado	Porcentaje de la ejecución del Presupuesto	
Gasto Publico (variable 2)	Se da cuando el gobierno en turno realiza el desembolso de los recursos públicos para la adquisición de bienes y servicios durante un año.	El gasto capital y gasto corriente son medidos mediante los desembolsos de los recursos asignados en un gobierno durante los años de 2022 - 2021	Gasto Corriente	Porcentaje de la ejecución del Gasto Corriente	Ordinal
			Gasto Capital	Porcentaje de la ejecución del Gasto Capital	

Anexo 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMÁTICA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	VARIABLES E INDICADORES
<p>GENERAL:</p> <p>¿Cuál es la relación entre la capacidad ejecutora y la calidad de gasto público de la administración central del Ministerio de Salud durante el Periodo 2002 – 2021?</p>	<p>GENERAL:</p> <p>Determinar la relación de la capacidad ejecutora y calidad de gasto público en la administración central-Ministerio de Salud, periodo 2002 – 2021</p>	<p>GENERAL:</p> <p>“Hay una relación significativa entre la capacidad ejecutora y gasto público en la administración central-Ministerio de Salud, periodo 2002 – 2021”</p>	<p>Tipo: Aplicada</p> <p>Nivel: Correlacional-causal</p> <p>Diseño: No Experimental, Corte Transversal</p> <p>Población: Gasto público y la capacidad ejecutora en series cronológicas durante el periodo 2002 - 2021</p> <p>Muestra: Gasto público y la capacidad ejecutora, año por año durante el periodo 2002 - 2021</p> <p>Técnica de Recolección de información: Fuentes secundarias</p> <p>Instrumento: Base de datos</p> <p>Técnica de análisis de datos: Modelo Econométrico Tablas y Gráficos Test de Durbin Watson Test de Heterocedasticidad Test de Multicolinealidad Prueba de Pearson</p>	<p>Capacidad Ejecutora</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto • Devengado <p>Escala: Ordinal</p>
<p>ESPECÍFICO 1:</p> <p>¿Cuál es el comportamiento económico de la capacidad ejecutora de la administración central del Ministerio de Salud, Periodo 2002 – 2021?</p>	<p>ESPECÍFICO 1:</p> <p>Analizar el comportamiento de la capacidad ejecutora en la administración central-Ministerio de Salud, periodo 2002 – 2021</p>	<p>ESPECÍFICO 1:</p> <p>“La capacidad ejecutora de la administración central-Ministerio de Salud presenta un comportamiento promedio creciente en el periodo 2002 – 2021”</p>		<p>Gasto Público</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gasto Corriente • Gasto Capital <p>Escala: Ordinal</p>
<p>ESPECÍFICO 2:</p> <p>¿Cuál es el comportamiento económico de la calidad de gasto público de la administración central del Ministerio de Salud, Periodo 2002 – 2021?</p>	<p>ESPECÍFICO 2:</p> <p>Analizar el comportamiento del gasto público en la administración central-Ministerio de Salud, periodo 2002 – 2021</p>	<p>ESPECÍFICO 2:</p> <p>“El gasto público de la administración central-Ministerio de Salud presenta un comportamiento promedio decreciente en el periodo 2002 – 2021”</p>		

TITULO: “Capacidad ejecutora y su relación con el gasto público de la administración central del Ministerio de Salud, Periodo 2002 –2021”



FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE ECONOMÍA

"Capacidad ejecutora y su relación con el gasto público de la administración central del Ministerio de Salud, Periodo 2002 – 2021"

AUTOR:

Sante Espejo, Erick Cesar (orcid.org/0000-0002-7554-8578)

ASESOR:

Mg. Mejía Leiva, Rogger Antonio (orcid.org/0000-0002-8998-4944)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Política Económica

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Desarrollo económico, empleo y emprendimiento

LIMA-PERÚ

The screenshot shows a mobile application interface with a red header titled "Resumen de coincidencias". Below the header, a large red "8%" is displayed. The interface includes a search bar with the text "Se están viendo fuentes estándar" and a button labeled "EN Ver fuentes en inglés (Beta)". A list of search results is shown under the heading "Coincidencias":

Rank	Source	Percentage
1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	1%
3	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	<1%
4	qdoc.tips Fuente de Internet	<1%
5	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	<1%
6	www.app.minsa.gob.pe Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.uandina.ed... Fuente de Internet	<1%
8	www.mer.gob.pe	<1%

Listado de Revisiones Jurado

PRESIDENTE : COJAL LOLI BERNARDO ARTIDORO

Estado	Comentario / Observación	Fecha	File
APTO	Apto	12/12/2022	

SECRETARIO : PIZARRO RODAS WILDER

Estado	Comentario / Observación	Fecha	File
APTO	Construir tablas tipo APA Evitar poner las salidas del software. Con los resultados construir tablas estilo APA	12/12/2022	

VOCAL : MEJIA LEIVA ROGGER ANTONIO

Estado	Comentario / Observación	Fecha	File
APTO	bien	20/12/2022	

Palabras Clave

[calidad de gasto público](#)
[capacidad ejecutora](#)
[presupuestos públicos](#)

Lista de Autores

[SANTE ESPEJO ERICK CESAR](#)



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE ECONOMÍA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, ROGGER ANTONIO MEJIA LEIVA, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES de la escuela profesional de ECONOMÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Capacidad Ejecutora y su relación con el gasto público de la administración central del Ministerio de Salud: Periodo 2002 – 2021", cuyo autor es SANTE ESPEJO ERICK CESAR, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 8.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 10 de Diciembre del 2022

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
ROGGER ANTONIO MEJIA LEIVA DNI: 16730676 ORCID: 0000-0002-8998-4944	Firmado electrónicamente por: RMEJIAL el 20-12- 2022 22:56:41

Código documento Trilce: TRI - 0482450