

REVISTA INCLUSIONES

Revista de Humanidades
y Ciencias Sociales

Volumen 7 . Número Especial
Abril / Junio 2020
ISSN 0719-4706

GOBERNANZA:
REFORMA
Y MODERNIZACIÓN
DEL ESTADO

Editores:

Dr. Yolvi Ocaña Fernández

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Dr. Tomás Izquierdo Ruz

Universidad de Murcia, España

Mg. Ronald M. Hernández

Universidad San Ignacio de Loyola, Perú



CUERPO DIRECTIVO

Directores

Dr. Juan Guillermo Mansilla Sepúlveda

Universidad Católica de Temuco, Chile

Dr. Francisco Ganga Contreras

Universidad de Tarapacá, Chile

Subdirectores

Mg. Carolina Cabezas Cáceres

Universidad de Las Américas, Chile

Dr. Andrea Mutolo

Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México

Editor

Drdo. Juan Guillermo Estay Sepúlveda

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Editor Científico

Dr. Luiz Alberto David Araujo

Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo, Brasil

Editor Brasil

Drdo. Maicon Herverton Lino Ferreira da Silva

Universidade da Pernambuco, Brasil

Editor Europa del Este

Dr. Aleksandar Ivanov Katrandzhiev

Universidad Suroeste "Neofit Rilski", Bulgaria

Cuerpo Asistente

Traductora: Inglés

Lic. Pauline Corthorn Escudero

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Traductora: Portugués

Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Portada

Lic. Graciela Pantigoso de Los Santos

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Carolina Aroca Toloza

Universidad de Chile, Chile

Dr. Jaime Bassa Mercado

Universidad de Valparaíso, Chile

Dra. Heloísa Bellotto

Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dra. Nidia Burgos

Universidad Nacional del Sur, Argentina

Mg. María Eugenia Campos

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Francisco José Francisco Carrera

Universidad de Valladolid, España

Mg. Keri González

Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México

Dr. Pablo Guadarrama González

Universidad Central de Las Villas, Cuba

Mg. Amelia Herrera Lavanchy

Universidad de La Serena, Chile

Mg. Cecilia Jofré Muñoz

Universidad San Sebastián, Chile

Mg. Mario Lagomarsino Montoya

Universidad Adventista de Chile, Chile

Dr. Claudio Llanos Reyes

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Dr. Werner Mackenbach

Universidad de Potsdam, Alemania

Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Mg. Rocío del Pilar Martínez Marín

Universidad de Santander, Colombia

Ph. D. Natalia Milanesio

Universidad de Houston, Estados Unidos

Dra. Patricia Virginia Moggia Münchmeyer

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Ph. D. Maritza Montero

Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Dra. Eleonora Pencheva

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Dra. Rosa María Regueiro Ferreira

Universidad de La Coruña, España

Mg. David Ruete Zúñiga

Universidad Nacional Andrés Bello, Chile

Dr. Andrés Saavedra Barahona

Universidad San Clemente de Ojrid de Sofía, Bulgaria

Dr. Efraín Sánchez Cabra
Academia Colombiana de Historia, Colombia

Dra. Mirka Seitz
Universidad del Salvador, Argentina

Ph. D. Stefan Todorov Kapralov
South West University, Bulgaria

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Comité Científico Internacional de Honor

Dr. Adolfo A. Abadía
Universidad ICESI, Colombia

Dr. Carlos Antonio Aguirre Rojas
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Martino Contu
Universidad de Sassari, Italia

Dr. Luiz Alberto David Araujo
Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil

Dra. Patricia Brogna
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Horacio Capel Sáez
Universidad de Barcelona, España

Dr. Javier Carreón Guillén
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Lancelot Cowie
Universidad West Indies, Trinidad y Tobago

Dra. Isabel Cruz Ovalle de Amenabar
Universidad de Los Andes, Chile

Dr. Rodolfo Cruz Vadillo
Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, México

Dr. Adolfo Omar Cueto
Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

Dr. Miguel Ángel de Marco
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Emma de Ramón Acevedo
Universidad de Chile, Chile

Dr. Gerardo Echeita Sarrionandia
Universidad Autónoma de Madrid, España

Dr. Antonio Hermosa Andújar
Universidad de Sevilla, España

Dra. Patricia Galeana
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Manuela Garau
Centro Studi Sea, Italia

Dr. Carlo Ginzburg Ginzburg
Scuola Normale Superiore de Pisa, Italia
Universidad de California Los Ángeles, Estados Unidos

Dr. Francisco Luis Girardo Gutiérrez
Instituto Tecnológico Metropolitano, Colombia

José Manuel González Freire
Universidad de Colima, México

Dra. Antonia Heredia Herrera
Universidad Internacional de Andalucía, España

Dr. Eduardo Gomes Onofre
Universidade Estadual da Paraíba, Brasil

Dr. Miguel León-Portilla
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Miguel Ángel Mateo Saura
Instituto de Estudios Albacetenses "Don Juan Manuel", España

Dr. Carlos Tulio da Silva Medeiros
Diálogos em MERCOSUR, Brasil

+ Dr. Álvaro Márquez-Fernández
Universidad del Zulia, Venezuela

Dr. Oscar Ortega Arango
Universidad Autónoma de Yucatán, México

Dr. Antonio-Carlos Pereira Menaut
Universidad Santiago de Compostela, España

Dr. José Sergio Puig Espinosa
Dilemas Contemporáneos, México

Dra. Francesca Randazzo
Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Honduras

Dra. Yolando Ricardo

Universidad de La Habana, Cuba

Dr. Manuel Alves da Rocha

Universidade Católica de Angola Angola

Mg. Arnaldo Rodríguez Espinoza

Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica

Dr. Miguel Rojas Mix

*Coordinador la Cumbre de Rectores Universidades
Estatales América Latina y el Caribe*

Dr. Luis Alberto Romero

CONICET / Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Maura de la Caridad Salabarría Roig

Dilemas Contemporáneos, México

Dr. Adalberto Santana Hernández

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Juan Antonio Seda

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dr. Saulo Cesar Paulino e Silva

Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dr. Miguel Ángel Verdugo Alonso

Universidad de Salamanca, España

Dr. Josep Vives Rego

Universidad de Barcelona, España

Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Blanca Estela Zardel Jacobo

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Comité Científico Internacional

Mg. Paola Aceituno

Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile

Ph. D. María José Aguilar Idañez

Universidad Castilla-La Mancha, España

Dra. Elian Araujo

Universidad de Mackenzie, Brasil

Mg. Rumyana Atanasova Popova

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Dra. Ana Bénard da Costa

Instituto Universitario de Lisboa, Portugal

Centro de Estudos Africanos, Portugal

Dra. Alina Bestard Revilla

*Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el
Deporte, Cuba*

Dra. Noemí Brenta

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Ph. D. Juan R. Coca

Universidad de Valladolid, España

Dr. Antonio Colomer Vialdel

Universidad Politécnica de Valencia, España

Dr. Christian Daniel Cwik

Universidad de Colonia, Alemania

Dr. Eric de Léséulec

INS HEA, Francia

Dr. Andrés Di Masso Tarditti

Universidad de Barcelona, España

Ph. D. Mauricio Dimant

Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel

Dr. Jorge Enrique Elías Caro

Universidad de Magdalena, Colombia

Dra. Claudia Lorena Fonseca

Universidad Federal de Pelotas, Brasil

Dra. Ada Gallegos Ruiz Conejo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Dra. Carmen González y González de Mesa

Universidad de Oviedo, España

Ph. D. Valentin Kitanov

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Mg. Luis Oporto Ordóñez

Universidad Mayor San Andrés, Bolivia

Dr. Patricio Quiroga

Universidad de Valparaíso, Chile

Dr. Gino Ríos Patio

Universidad de San Martín de Porres, Perú

**REVISTA
INCLUSIONES**
REVISTA DE HUMANIDADES
Y CIENCIAS SOCIALES

Dr. Carlos Manuel Rodríguez Arrechavaleta
Universidad Iberoamericana Ciudad de México, México

Dra. Vivian Romeu
Universidad Iberoamericana Ciudad de México, México

Dra. María Laura Salinas
Universidad Nacional del Nordeste, Argentina

Dr. Stefano Santasilia
Universidad della Calabria, Italia

Mg. Silvia Laura Vargas López
Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

**CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL**

Dra. Jaqueline Vassallo
Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Dr. Evandro Viera Ouriques
Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil

Dra. María Luisa Zagalaz Sánchez
Universidad de Jaén, España

Dra. Maja Zawierzeniec
Universidad Wszechnica Polska, Polonia

Editorial Cuadernos de Sofía
Santiago – Chile
Representante Legal
Juan Guillermo Estay Sepúlveda Editorial

Indización, Repositorios y Bases de Datos Académicas

Revista Inclusiones, se encuentra indizada en:





REX



UNIVERSITY OF
SASKATCHEWAN



Universidad
de Concepción



BIBLIOTECA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

SEGURO INTEGRAL DE SALUD COMO POLÍTICA PÚBLICA INSOSTENIBLE

INTEGRAL HEALTH INSURANCE AS AN UNSUSTAINABLE PUBLIC POLICY

Mg. Carlos Uldarico Bonett Portugal

Universidad César Vallejo, Perú

ORCID: 0000-0002-8084-3942

cbonett@outlook.com

Dr. Tomas Francisco Rosales León

Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú

ORCID: 0000-0003-4949-9343

trosales@unfv.edu.pe

Dr. Pedro Juan Antón de los Santos

Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú

ORCID: 0000-0003-0137-703X

panton@unfv.edu.pe

Dr. León Augusto Yépez Muñiz

Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú

ORCID: 0000-0003-3235-3292

lyopez@unfv.edu.pe

Dr. Luis Alberto Núñez Lira

Universidad César Vallejo, Perú

ORCID: 0000-0003-3542-9117

luisnunezlira@gmail.com

Fecha de Recepción: 11 de enero de 2020 – **Fecha Revisión:** 02 de febrero de 2020

Fecha de Aceptación: 22 de marzo de 2020 – **Fecha de Publicación:** 01 de abril de 2020

Resumen

El Estado tiene como obligación asegurar la salud pública de los pobladores y ha instaurado para ello diversos sistemas que garanticen la cobertura del servicio, sean estos públicos o privados. Entre estos destaca el Sistema Integral de Salud (SIS). La investigación se centró en establecer si el SIS como sistema de salud ha permitido la reducción de las altas tasas de enfermedades entre una población de 508 256 habitantes de un distrito limeño, evaluando las variables *salud de la población beneficiaria*, *cobertura de seguro* y *gobernanza del sistema*, a noviembre del 2019. La metodología que se empleó fue cualitativa-evaluativa. Desde el 2017 (fecha de inicio del SIS) hasta noviembre del 2019 los resultados de metas/objetivos del SIS no han sido satisfactorios, y se han incrementado fuertemente los índices de enfermedades, a pesar de la ampliación de la cobertura; además la gobernanza del sistema sigue en duda cuando el órgano rector presenta diversos modelos de gestión sanitaria sin ninguna efectividad.

Palabras Claves

Política de la salud – Seguridad social – Derecho a la salud

Abstract

The State has the obligation to ensure the public health of the residents, by establishing various systems guaranteeing the coverage of the service, these being public or private, highlighting among them the Comprehensive Health System -SIS-. The research focused on establishing whether the SIS as a health system has allowed the reduction of high disease rates among a population of 508 256 inhabitants of a Lima district, whose evaluation of its components as of November 2019 namely: health of the beneficiary population, insurance coverage and system governance. The methodology that was used was qualitative-evaluative, from 2017 (SIS start date) to November 2019, whose results of goals / objectives have not been satisfactory, increasing the rates of disease, despite the extension of the coverage and where the governance of the system remains in doubt when the governing body presents various health management models without any effectiveness.

Keywords

Health policy – Social security – Right to health

Para Citar este Artículo:

Bonett Portugal, Carlos Uldarico; Rosales León, Tomas Francisco; Antón de los Santos, Pedro Juan; Yépez Muñiz, León Augusto y Núñez Lira, Luis Alberto. Seguro Integral de Salud como política pública insostenible. Revista Inclusiones Vol: 7 num Especial (2020): 40-58.

Licencia Creative Commons Attribution Non-Comercial 3.0 Unported
(CC BY-NC 3.0)

Licencia Internacional



Introducción

El Seguro Integral de Salud (SIS) fue creado con la finalidad de atender integralmente en salud a las poblaciones vulnerables del país, especialmente a las madres gestantes, niños, adolescentes y ancianos, que tiene seguridad en salud.

Estos sectores vulnerables de la población peruana, generalmente se encuentran en la periferia de las ciudades, con muy mala calidad de vida. Sabemos que el país se caracteriza por los altos niveles de subempleo y desempleo. Así, de 31 151 643 en el 2018, 9 696 586 (36,2 por ciento) presentan niveles de pobreza externa, de allí que el Estado plantea políticas sociales en apoyo a estos pobladores desarrollando programas, entre ellos el SID, para reducir el nivel de contraer enfermedades y para el desarrollo humano.

Para Abusada, existe un alto grado de correlación entre pobreza y salud, y además el objetivo de las políticas públicas es reducir la pobreza, lo que implica mejorar la salud pública. También es demostrable que el incremento del nivel educativo va a reducir los niveles de pobreza y, por ende, mejoraría su salud. Sin embargo, los niveles de pobreza no se han reducido y los niveles de educación han disminuido considerablemente¹.

En la figura siguiente se observa el número de asegurados en el SIS, con 17 917 100 asegurados, el cual es mayor en el ambiente urbano que en el rural y son mayormente mujeres que hombres.

Ambito del INEI	00 - 4 años	05 - 11 años	12 - 17 años	18 - 29 años	30 - 59 años	60 a más años	Total
1.Urbano	1.384.180	1.480.938	1.157.555	2.250.406	3.605.459	1.125.660	11.004.198
Femenino	676.857	725.548	570.239	1.245.427	1.969.325	612.813	5.800.209
Masculino	707.323	755.390	587.316	1.004.979	1.636.134	512.847	5.203.989
2.Rural	733.077	1.043.975	927.706	1.356.202	2.024.233	796.029	6.881.222
Femenino	360.211	513.812	455.075	696.457	1.054.918	419.320	3.499.793
Masculino	372.866	530.163	472.631	659.745	969.315	376.709	3.381.429
Afiliado No Residente 1/	31	11	9	71	45	27	194
Femenino	15	4	6	33	33	15	106
Masculino	16	7	3	38	12	12	88
Sin Clasificación 2/	8.589	4.238	3.537	5.215	7.583	2.324	31.486
Femenino	4.124	2.149	1.749	2.843	3.831	1.121	15.817
Masculino	4.465	2.089	1.788	2.372	3.752	1.203	15.669
Total	2.125.877	2.529.162	2.088.807	3.611.894	5.637.320	1.924.040	17.917.100

Figura 1
número de asegurados en el SIS (agosto 2019)
Fuente: Ministerio de Salud

En la figura 1 se observa el número de asegurados y por sexo, además por región natural. El número mayor de personas se registra entre las edades de 30 a 59 años, siendo el número mayor mujeres que hombres; también se registra el número de asegurados por regiones naturales, y resalta que el mayor número se encuentra en la costa.

¹ R. Abusada, La reforma (Lima: Edición Perú, 2011).

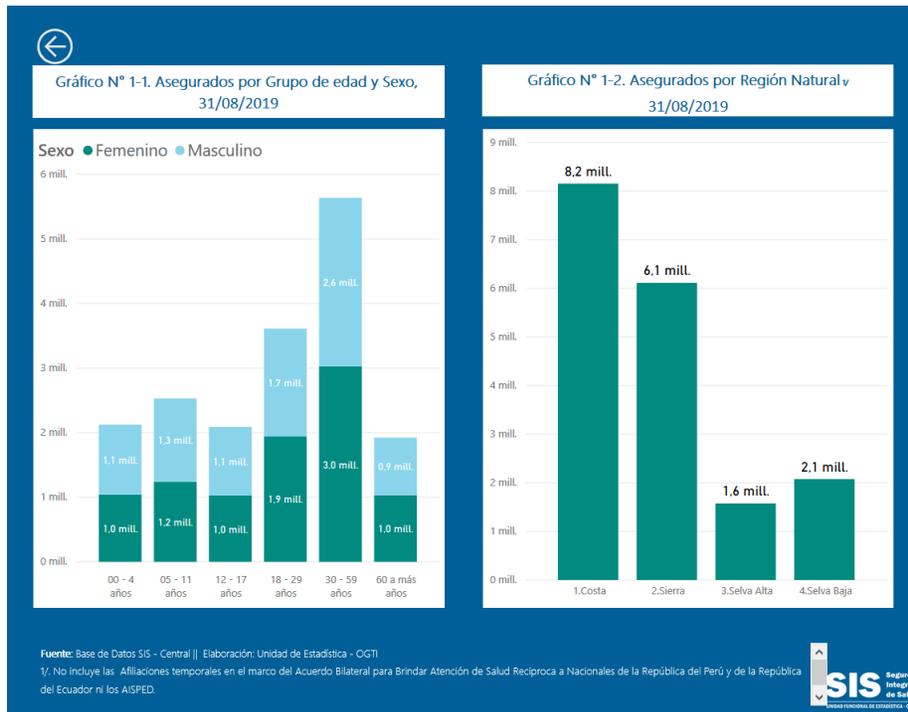


Figura 2
 número de asegurados en el SIS por edad y región natural (agosto 2019)
 Fuente: Ministerio de Salud

En la figura 2 se observan las atenciones realizadas, donde las atenciones ambulatorias bordea 75,19 por ciento del total y también las atenciones por edad, donde menores de 4 años y los comprendidos entre 30 a 59 son las cifras más altas.

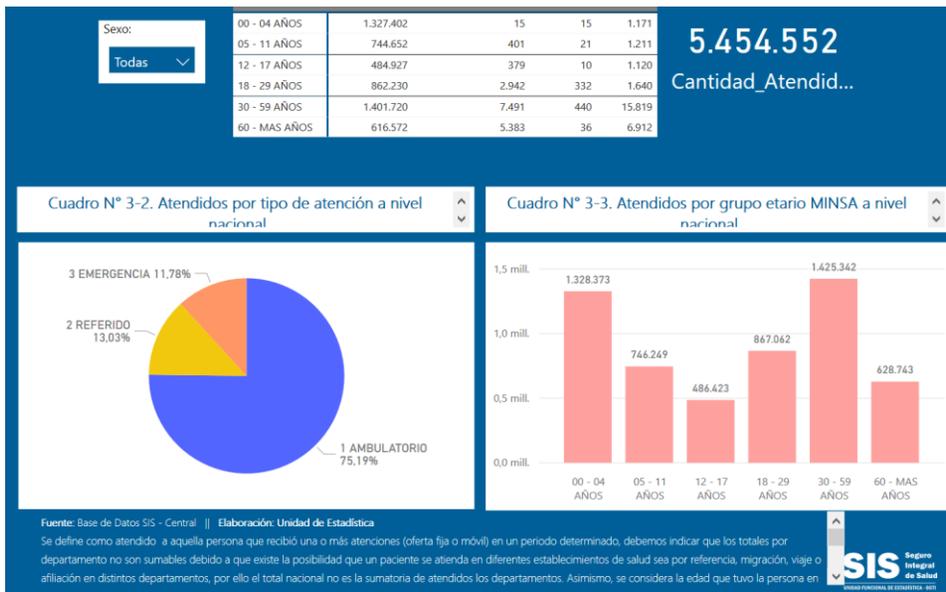


Figura 3
 Número de asegurados atendidos en el SIS por sexo y edad (agosto 2019)
 Fuente: Ministerio de Salud

De las atenciones realizadas (5 454 552), la pregunta estriba en la calidad de atención recibida por los pacientes, que en muchas investigaciones se afirman que es una atención que deja mucho que desear.

Desde esta perspectiva, nos planteamos el siguiente problema: ¿cuál es la tasa de mejoramiento de la salud en los beneficiarios del SIS?

En las investigaciones previas, Vergara analiza las fuentes de financiamiento y denota graves problemas de financiamiento a pesar de los incrementos presupuestales, debido sobre todo al planeamiento e inadecuada ejecución presupuestal². Realizó su investigación en torno a la etapa de implementación del SIS y los efectos en la salud, cuyos resultados indican correlación de nivel moderado (tau-b de Kendall = 0,658).

También, en la investigación sobre los procesos de implementación del SIS y los efectos en la salud de la población, a través de una investigación aplicada con la muestra de 322 beneficiarios, se demostró su eficacia a través del estadístico de tau-b de Kendall = 0,658³.

En otra publicación, refiere que los últimos diez años la cobertura en el sector ha tenido una tendencia de decrecimiento pese a la búsqueda de evitar esta tendencia⁴. Con enfoque cuantitativo se determinó los efectos del SIS en la protección social y en el acceso a los servicios de salud, donde a través de regresiones logísticas se determinaron las probabilidades de acceder a este servicio básico⁵.

En la investigación sobre los procesos de implementación del SIS y los efectos en la salud de la población, a través de una investigación aplicada con la muestra de 322 beneficiarios, se demostró su eficacia con el estadístico de tau-b de Kendall = 0,658⁶.

En el trabajo de Torres, a través de la investigación básica sustantiva no experimental, con una población de ochenta usuarios, se pudo determinar la influencia de los procesos administrativos en la calidad de registros, con chi cuadrado de 0,034 en el hospital Cayetano Heredia⁷. Para Cabrera, el propósito fue el análisis de diversos factores correlacionados con la satisfacción del servicio del SIS⁸. Los usuarios, con una muestra de 413, donde el 69,5 por ciento muestra satisfacción por los servicios prestados.

² F. Vergara Flores, Evaluación del financiamiento del Seguro Integral de Salud (SIS) (Lima: Fondo Editorial de la Universidad César Vallejo, 2019) y G. Heredia y W. Pinchi, «El Seguro Integral de Salud y su incidencia en el bienestar de la población de la provincia de Jaén», *Sciendo Vol: 21 num 2* (2019): 93-103.

³ G. Heredia y W. Pinchi, «El Seguro Integral de Salud y su incidencia...

⁴ C. Gutiérrez; F. Román y P. Wong, «Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú», *Anales de la Facultad de Medicina Vol: 79 num 1* (2018): 65-70.

⁵ A. Hernández, «Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: el caso del Seguro Integral de Salud,» *Revista Estudios de Políticas Públicas Vol: 1 num 1* (2015): 213-225.

⁶ G. Heredia y W. Pinchi, «El Seguro Integral de Salud y su incidencia...

⁷ M. L. Torres Liñán, «Dificultades administrativas y calidad de los registros del Seguro Integral de Salud en el Hospital Cayetano Heredia, 2016». Tesis para optar el grado académico de magister en gestión pública (Universidad César Vallejo, 2006).

⁸ J. Cabrera Pimentel, «Factores asociados a la satisfacción beneficiarios seguro integral de salud Hospital Santa María del Socorro Ica, 2016». Tesis para optar el grado académico de maestra en

El seguro de salud puede ser definido como el acceso que tiene la población a un servicio médico, cuya responsabilidad es del Estado que proteja a esta contra la inseguridad, desastres, degradación o violaciones de los derechos⁹. También se considera la financiación de la prestación del servicio a las personas que no tienen capacidades económicas. La OMS la define como el acceso a la salud a las personas que la requieran o necesiten prevenir, curar o rehabilitar¹⁰.

En México la implementación del Seguro Popular de Salud (SPS) tuvo la finalidad de reducir la vulnerabilidad de la población más pobre, donde a través de metodologías de correspondencias/propensión se analizaron los gastos empleados por estas familias (ENIGH); los resultados indicaron efectos negativos/catastróficos para la población que requería este seguro para reducir brechas de pobreza y salud¹¹.

La población tiene el derecho a percibir un servicio de salud de calidad; la protección a través de su cobertura implica promocionar, prevenir y atender a la ciudadanía. El estudio determina la oferta/demanda de los mexicanos en este servicio, que son dos factores influyentes en la disposición de recursos y la prestación respectiva con calidad¹².

El SIS fue creado con la finalidad para luchar contra la pobreza, reducir las brechas de pobreza en las poblaciones vulnerables que presentan índices muy altos de enfermedades y mortandad¹³. Los pobladores que han sido excluidos tienen dificultades para acceder al servicio de salud por múltiples razones, principalmente por desconocimiento de sus derechos fundamentales, por la mala calidad de la atención de los servicios de salud que tendrían a la mano y por el costo de oportunidad de reportarse enfermo en un centro de salud¹⁴.

Para el acceso a la salud se refiere a cinco aspectos clave: atención, cobertura, ingreso, derechos y protección en el sistema de salud¹⁵. También se define como el sistema que garantiza el acceso al servicio con eficiencia y calidad, considerando dos aspectos: provisión y efectos económicos¹⁶. Sin embargo, solo se han podido determinar en el SIS tres efectos: coberturas mínimas, funciones separadas (rectoría, supervisión, financiamiento, prestación) y un nuevo tipo de transferencia de recursos para pagar la

ciencias: administración y gerencia en organizaciones de salud (Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, 2017).

⁹ F. M. Knaul et al., «Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México», *Salud Pública de México* Vol: 55 num 2 (2013): 207-235.

¹⁰ C. Gutiérrez; F. Romaní y P. Wong, «Brecha entre cobertura poblacional y prestacional...

¹¹ F. M. Knaul, et al., «Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012», *Salud Pública de México* 60 (2018): 130-140.

¹² G. Fajardo-Dolci; J. P. Gutiérrez y S. García-Saisó, «Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud», *Salud Pública de México* Vol: 57 num 2 (2015): 180-186.

¹³ Ministerio de Salud. Fortaleciendo el Seguro Integral de Salud en zonas de pobreza (Lima: Ministerio de Salud, 2009).

¹⁴ J. Castro, «Hacia el aseguramiento universal en salud en el Perú», *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* Vol: 26 num 2 (2009): 232-235.

¹⁵ D. Stuckler; A. B. Feigl; S. Basu y M. McKee, *The Political Economy of Universal Health Coverage*. Presented at the Background paper for the global symposium on health systems (Ginebra: OMS, 2010).

¹⁶ Organización Mundial de la Salud, *Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (Ginebra: OMS, 2010).

prestación¹⁷. Gómez afirma que la creación del SIS desarrolla las políticas dirigidas a la protección a las poblaciones vulnerables en la búsqueda de la erradicación de extrema pobreza y reducir las brechas de salud, especialmente en tuberculosis y VIH y en diversas investigaciones la aplicación de estos programas ha dado como resultado efectos positivos reduciendo brechas significativas en la población¹⁸. Las modalidades de atención del SIS están agrupadas en las siguientes categorías: el gratuito, que no tiene costo alguno, cuya cobertura es para aquellas personas que se encuentran en la extrema pobreza (plan, aseguramiento, salud), y que comprenden enfermedades como el cáncer¹⁹. La cobertura de atención es regular, directa o temporal, todas ellas a poblaciones que tienen extrema pobreza. Un segundo grupo son las gestantes y los niños con DNI; la atención temporal comprende 45 días sin documento de identidad. Los ingresos de las personas y el consumo de luz y agua son los indicadores que permiten establecer cómo elegir a las personas que se admiten en el SIS. Por ello las variables tienen correlatos muy importantes como la pobreza monetaria, calidad de vida, entre otros. Los servicios que brindan con control de la salud integral, enfermedades comunes a fatales, transmisibles o no transmisibles, pediátricas o crónicas. En el 2013 se inició la reforma de la salud, con la finalidad de que la población peruana tenga acceso a la salud con equidad y calidad, asegurando su calidad de vida y para ello se aprobaron veintitrés decretos legislativos que, en el fondo, lo que buscaban era el fortalecimiento del Ministerio de Salud como rector y los procesos de gobernanza²⁰.



Figura 4

Objetivos de la reforma en el sector salud

Fuente: Adaptado de lineamientos y medidas de Reforma del Sector Salud
Lima: Consejo Nacional de Salud, 2013

¹⁷ A. Hernández, «Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú...

¹⁸ G. Gómez Arias, «Efectos del Seguro Integral de Salud sobre el estado de salud: aplicación de regresión discontinua». Trabajo de investigación presentado para optar al grado académico de magíster en economía (Universidad del Pacífico, 2018).

¹⁹ Ministerio de Salud, Sistema Integral de Salud: Informe Anual. Julio 2012-julio 2013 (Lima: Ministerio de Salud, 2014).

²⁰ A. Velásquez; D. Suárez y E. Nepo Linares. «Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos», Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública Vol: 33 num 3 (2016): 546-555.

Durante el proceso de aplicación se generaron problemas de salud como efecto del fenómeno de El Niño donde por la imposibilidad de atender las dificultades sanitarias fue inviable reducir las epidemias surgidas²¹.

Sin embargo, el aseguramiento de la salud se fue incrementado notoriamente, como se muestra en la figura:

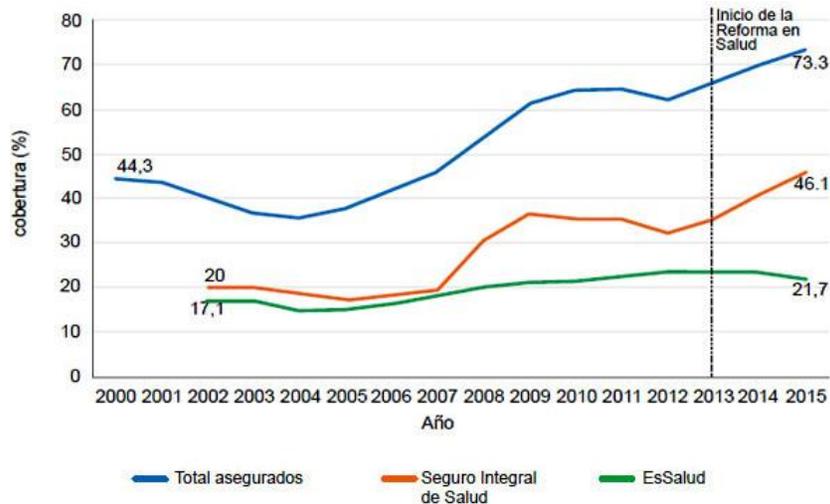


Figura 5
Cobertura del sector salud al 2016

Para el 2016 el 82,45 por ciento tenía seguro de salud (25 961 557 asegurados). Sin embargo, en un estudio sobre el estado de nutrición de los niños en la provincia de Inkawasi se tuvieron los siguientes resultados: 26 por ciento de desnutrición, el 13 por ciento de desnutrición-aguda y el 12 por ciento de desnutrición global²².

Con referencia a la evaluación de programas sociales, se parte de la idea de que son procesos que se encuentran integrados y cuya finalidad es la transformación de la realidad en un determinado territorio y contexto²³.

Estos programas son sujetos a la valoración sistemática y objetiva desde las ideas iniciales del programa hasta los resultados obtenidos en su ejecución, cuya información provee la determinación de metas y objetivos en lo referente a su actividad social (impacto, eficacia, viabilidad), con información válida y útil, que permita la realización de toma de decisiones pertinentes²⁴.

En la figura 6 se presentan algunas características de evaluación de programas:

²¹ A. Velásquez; D. Suárez y E. Nepo Linares, «Reforma del sector salud en el Perú...

²² F. Bernal Saldaña; L. Rodríguez Cruz y R. Díaz Manchay, «Estado nutricional, desarrollo y suplementación con multimicronutrientes en niños de 6 a 36 meses, Inkawasi 2015», Acc Cietna: Revista de la Escuela de Enfermería Vol: 5 num 2 (2018): 39-43.

²³ Plataforma de ONG de Acción Social, Plan estratégico del tercer sector de acción social: guía de evaluación de programas y proyectos sociales (Madrid: Advantia Comunicación Gráfica).

²⁴ Plataforma de ONG de Acción Social, Plan estratégico...

CONCEPTO DE EVALUACIÓN	
RECOPIACIÓN Y ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE INFORMACIÓN QUE PERMITE LA EMISIÓN DE JUICIOS TAMBIÉN SISTEMÁTICOS SOBRE EL MÉRITO Y EL VALOR DEL PROGRAMA EVALUADO	
FUNCIONES ¹	I. IMPROVEMENT <ul style="list-style-type: none"> • Perfeccionamiento o mejora del programa o política. • Permite la retroalimentación y el aprendizaje sobre la propia práctica. • Garantiza la calidad del programa. • Refuerza la atención en el contexto del programa, las necesidades y naturaleza de los destinatarios y de todos los agentes críticos.
	II. ACCOUNTABILITY <ul style="list-style-type: none"> • Rendimiento de cuentas o responsabilidad sobre la gestión y resultados de un programa. • Práctica que forma parte del sistema democrático como resultado del derecho a saber en qué y cómo se utilizan los fondos públicos (idoneidad, eficacia, eficiencia). <ul style="list-style-type: none"> – Perspectivas del accountability² – Perspectiva política. – Perspectiva técnico-organizativa. – Perspectiva de los ciudadanos. – Perspectiva del cliente.
	III. ENLIGHTENMENT <ul style="list-style-type: none"> • Ejemplificación o iluminación para acciones futuras • La evaluación contribuye a construir conocimiento desde los aportes teóricos, técnicos y metodológicos. • Orienta sobre un modo de afrontar los problemas sociales
PROPOSITOS	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el proceso de toma de decisiones • Solución de problemas • Facilitar el aprendizaje organizativo el cambio institucional
CARACTERÍSTICAS	CARÁCTER POLÍTICO <ul style="list-style-type: none"> • Contextualizada • Capacidad de respuesta • Sensibilidad social y política • Oportunidad en el tiempo • realismo y rentabilidad
	CARÁCTER PRÁCTICO <ul style="list-style-type: none"> • Continuidad • Flexibilidad metodológica • Imparcialidad • Participación

Figura 6
Características de evaluación de programas
Fuente: Plataforma de ONG de Acción Social, 2004

Los procedimientos básicos para evaluar un programa son: gestión del proyecto, con sus procedimientos, actividades; que la evaluación sea proceso del proyecto de acuerdo con las necesidades; es clave la producción de resultados relevantes, superando la descripción de hechos (interpretativo/predictivo); que responda a los beneficiarios; que los costos de la evaluación sean acorde al proyecto y, por último, que los resultados obtenidos deban ser en el tiempo requerido²⁵. La información encontrada (hallazgos) tiene la finalidad de describir, explicar y predecir²⁶. Para el caso se realizará la evolución de naturaleza concurrente, que se caracteriza por obtener información y conclusiones sobre el proyecto en marcha. Asimismo, dentro de los tipos de evaluación realizaremos la evaluación de objetivos, midiendo la eficacia del proyecto a través de indicadores que buscan la mejora de la salud de los beneficiarios.

Método

La investigación realizada fue cualitativa, de tipo evaluativa, es decir caracteriza los hechos o fenómenos para definir los comportamientos que determinan un nivel intermedio en la profundidad investigativa²⁷.

²⁵ Plataforma de ONG de Acción Social, Plan estrategico...

²⁶ D. Casley y J. Kumar, Recopilación, análisis y uso de datos de seguimiento y evaluación (Madrid: Ediciones Mundi Prensa. Banco Mundial, 1990).

²⁷ F. Arias, El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. Sexta edición (Caracas: Editorial Epistema, 2012).

Así, en la realización de la investigación se busca evaluar y explicar los procesos del Seguro Integral de Salud para el mejoramiento de la salud de los pobladores de Villa El Salvador en el 2019.

En referencia al diseño investigativo, es una estratégica metodología que asume el investigador para responder a las preguntas que se planteen²⁸. En el caso, se ha utilizado un diseño evaluativo, sin manipulación de variables, tal como se presenta en la realidad.

Categorización de variables

La variable a investigar se describe en función del mejoramiento de la salud producto del Sistema Integral de Salud. Esto con base en la atención de hombres, mujeres y niños, atención ambulatoria, enfermedades crónicas y oportunas, infecciosas y no infecciosas, entre otras.

Problema	Categoría	Indicadores	Evidencia	Expertos		
¿El Seguro Integral de Salud incide en el mejoramiento de la salud en el distrito de Villa El Salvador, 2019?	Salud de la población beneficiaria	Reducir mortalidad infantil	Tasa de mortalidad infantil 2017-2019	Explique sobre la salud pública de la población del distrito de Villa El Salvador		
		Reducir desnutrición y anemia	Tasa de desnutrición y anemia 2017-2019			
		Control de enfermedades transmisibles	Tasa de enfermedades transmisibles			
		Reducción de enfermedades no transmisibles	Tasa de enfermedades no transmisibles			
			Reducción de riesgos o lesiones por factores externos		Índice de riesgos y lesiones	
	Cobertura de seguro		Incrementar seguro de salud de la población		Cobertura del SIS	
			Modernización de servicios de salud		Políticas públicas de modernización del Estado	¿Cuál es la cobertura de población en salud del distrito de Villa El Salvador?
			Generar capacidades de desarrollo, implantación de tecnología e investigación		Numero de capacitaciones Numero de investigaciones realizadas	
	Gobernanza del sistema	Fortalecer autoridad sanitaria Crear el sistema de monitoreo y evaluación de políticas de salud	Políticas públicas y rectorías Plan de monitoreo y evaluación		¿Cómo se ejerce la rectoría del Minsa en el distrito de Villa El Salvador?	

Tabla 1
Matriz de categorización de la del SIS-mejora de la salud en Villa El Salvador

²⁸ F. Arias, El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica...

Población, muestra y muestreo

Está conformada por personas u objetos que están sometidos a la investigación científica²⁹. Para nuestro caso, son el conjunto de documentos, casos, informes que permitirán la evaluación del proyecto.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Las técnicas a emplear son de características cuantitativas a través de encuestas, para recoger información cuestionarios, con una muestra representativa; y la evaluación de indicadores, cuantificables.

Otro instrumento a utilizar, pero cualitativo es la entrevista, que es flexible proveniente de expertos en el tema.

Procedimiento

Para la realización de la investigación se realizó el análisis documental, de los diversos informes emitidos por el SIS, así como también el análisis de los diversos índices de salud.

También se realizó entrevistas a profundidad a diversos expertos en salud, referidos al seguro-integral, que permitirá la triangulación de datos obtenidos con los hallazgos, marco teórico y legal.

Método de análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva, luego de la sistematización de la información obtenida así también como la triangulación, como procedimiento de la investigación cualitativa. Esto permitió inferir la problemática y las alternativas de solución a los hallazgos encontrado.

Aspectos éticos

La investigación respeta la autoría de las diversas ideas tomadas de las obras, a través de las normas de Chicago, y en las encuestas y entrevistas se respetó el conocimiento informado y el anonimato de aquellas los que participaron en la recolección de la información.

Resultados

Los datos descriptivos obtenidos del SIS, referente a la *categoría cobertura de seguro* nos permiten analizar el universo de atención de este programa que busca reducir las brechas de vulneración de la población en salud y que hoy es atendido por la red del Minsa; en la figura 7, se demuestra la evolución de los asegurados en el SIS, que en el 2012 fue de 12 760 504 y en el 2018 fue de 17 803866 personas aseguradas, generando un incremento de 5 043 182 asegurados, para el 2020 serán incrementados a toda la población vulnerable.

²⁹ P. L. López, «Población muestra y muestreo», Punto Cero Vol: 9 num 8 (2004): 69-74.

Total	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Población asegurada SIS (1)	12 760 504	11 353 562	13 725 247	15 754 305	16 773 115	17 092 691	16 501 939	17 803 686
Demográfica del Perú (2)	29 797 694	30 135 875	30 475 144	30 814 175	31 151 643	31 488 625	31 826 018	32 162 184
Porcentaje de afiliación al SIS	42,8%	37,7%	45,0%	51,1%	53,8%	54,3%	51,9	55,4%

1. A partir de marzo del 2015 se dan de baja a afiliados que cuenten con otros seguros de salud ya que se cruzan la base de datos del SIS con la de Essalud.

2. Bases de datos del SIS Central – (2) Estimaciones de población del INEI

Tabla 2

Evolución de asegurados del SIS

Fuente: SIS. Evaluación del Plan estratégico 2017-2018

Con relación a la figura 8, se puede observar la categorización del sistema de atención de los asegurados del SIS, donde el emprendedor corresponde al 77,5 por ciento de la población asegurada, el 16,0 por ciento el SIS independiente y el 6,5 por ciento al SIS microempresas.

Régimen/producto	Cantidad	%
Semicontributivo	166 664	100,0
SIS Emprendedor	129 243	77,5
SIS Independiente	26 667	16,0
DSIS Microempresas	10 754	6,5

Tabla 3

Categorización del SIS

Fuente: SIS Evaluación del Plan estratégico 2017-2018

Elaborado por Seguro Integral de Salud - OGTI

En la figura 7, esta segmentada la atención por edades, donde el 12 por ciento presenta la atención de niños menores de 4 años, el 14,4 por ciento de niños comprendidos de 5 a 11 años, el 11,5 por ciento de 12 a 17 años, el 20,2 por ciento de 18 a 29 años, el 31,3 por ciento comprendidos entre 30 a 59 años y el 10,5 por ciento mayores de 60 años. Se observa que la mayor atención se encuentra entre 30 a 59 años.

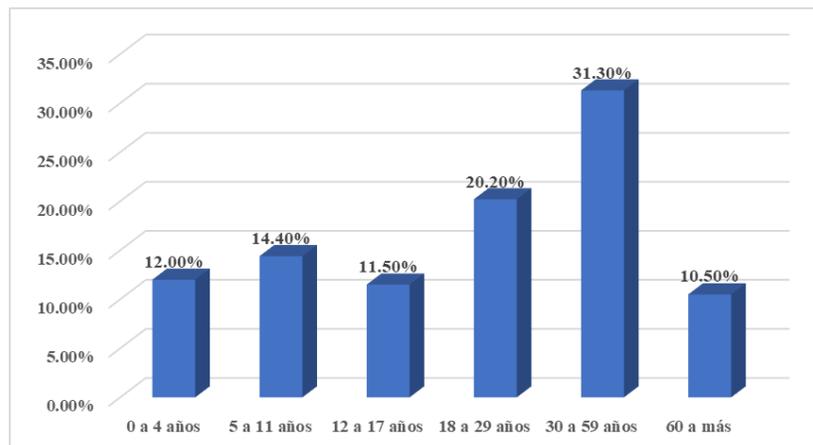


Figura 7

SIS por edades de atención.

Fuente: SIS Evaluación del Plan estratégico 2017-2018

La modernización de servicios de salud, se ve reflejada en los procesos de la inversión pública en el sector que buscar fortalecer y modernizar la infraestructura en hospitales/puestos/equipamientos y recursos humanos cuya ejecución actual en Villa El Salvador a septiembre del 2019 ha sido de S/77 222 321,00, en comparación al 2017 que fue de S/43 605 563, haciendo una diferencia de S/33 616 758 más³⁰.

Las competencias y capacidades de desarrollo, así como la implantación de tecnología e investigación, han venido implementándose para reducir la gran brecha tecnológica existente en el sector. Se ha logrado la acreditación de diversos laboratorios, especialmente de microbiología y farmacia (ISO-IEC-17025), que han permitido detectar un conjunto de enfermedades, como la enfermedad de Carrión.

Con referencia a las políticas públicas y modernización del Estado, se han establecido cuatro políticas eje del Minsa: fortalecimiento en el cuidado de pacientes primarios en salud; establecimiento de políticas al talento humano; reducir tasas de mortalidad/morbilidad y reorganización/financiamiento del sector.

Para el logro de esto se viene implantando la rectoría del Minsa como eje clave y el servicio de abastecimiento, que garantice un servicio de calidad, infraestructura acorde a las necesidades de la población y capacidad de respuesta ante las emergencias epidemiológicas. Para ello se establecieron las siguientes metas para el 2019.

Indicadores de Gestión - Alineados a los Pilares de Salud

Indicadores de Impacto	Línea Base	Metas del Sector al 2021
1. Porcentaje de población afiliada a un seguro de salud	80% (ENAH0-2015)	97%
2. Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención	40% (DIGEPRES-2016)	80.0%
3. Reducción del tiempo promedio de programación de cita en consulta externa (días).	18 (Informe Técnico de la IPRESS)	10
4. Porcentaje de financiamiento del gasto directo de bolsillo	26.8% (MINS0-OPS-2015)	17.6%
5. Densidad de RRHH del sector salud x 10 mil habitantes	29.9 (Informe Técnico – DGGDRH)	33.5%
6. Porcentaje de RRHH del MINS0 y GORES que permanece al menos tres años en el primer nivel de atención	65.8% (Informe Técnico – DGGDRH)	85%
7. Porcentaje de personal de servicios públicos de salud en régimen meritocrático de carrera pública y política de escala salarial.	ND	60%
8. Número de Gobiernos Regionales que implementan la Red Nacional de Tele salud.	ND	25
9. Porcentaje de Establecimientos que implementan la HCE	ND	50%
10. Numero de camas hospitalarias x mil habitantes	1.56 (Informe Técnico - DIGEPRES)	2.0
11. Porcentaje de medicamentos, dispositivos médicos e insumos(PMDI) estratégicos de Suministro Centralizado (SC) en DISA/DIRESA/GERESA y REDES con una disponibilidad mayor igual a 2 meses.	65% (Informe de CENARES)	85%

Figura 8
Metas de Salud al 2019
Fuente: Ministerio de Salud

³⁰ SIAF, Consulta Amigable y Base de Datos al 30 de septiembre del 2019.

Con referencia a la primera categoría de la investigación, salud de la población beneficiaria, se puede observar en la tabla 1, que la mortalidad infantil que al inicio del SIS presento un total de 2564 (nacidos vivos), murieron 8, en el 2018 fue de 4071 (nacidos vivos) murieron 33 y al cohorte de octubre del 2019 va 4036 (nacidos vivos) han muerto 40, cuyos datos donde se observa el crecimiento de la mortandad, tanto materna como infantil a pesar de la implementación del SIS y el presupuesto que a nivel nacional en el 2018 fue de S/1 859 511 565,00.

La desnutrición en el distrito viene aumentando cada año, donde en el 2017 se han diagnosticado 137 casos, el 2018, 251 casos y para octubre de 2019, 673 casos, incrementándose en referencia al 2017 en más del 400 por ciento. Con la anemia, en el 2017 se han diagnosticado 1214 casos, en el 2018 3120 y en el 2019 (octubre) 4610. Datos que reflejan el incremento de la anemia en Villa El Salvador, cuya tasa de atención ha crecido, demando mayores esfuerzos del sector para su reducción.

En relación con las enfermedades transmisibles, estos se han incrementado notablemente, pues en el 2017 fue de 8681, en el 2018 fue de 15 197 y para octubre de 2019 4036, incremento que nos indica la carencia del sector en prevención de este tipo de enfermedades y muestras de la pobreza en Villa El Salvador. Por ello, el incremento de la atención de las enfermedades transmisibles.

Las enfermedades no transmisibles se han incrementado fuertemente en el distrito: en el 2017 fue de 6443, en el 2018 8852 y en el 2019, de 9686 reflejando la gran vulnerabilidad de la población debido a los factores de pobreza.

Índice de riesgos y lesiones, el SIS no registrado casos sobre este indicador.

Tasa de:	Formula	Año 2017	Tasa 2018	Tasa 2019 a/	Tasa
Mortalidad materna (x 1000)	Muertes maternas	0	0	2	0,0005
	Nacimientos vivos	2564	4071	4036	
Mortalidad infantil (x 1000)	Muertes de < 1 año	8	33	40	0,01
	Nacimientos vivos	2564	4071	4036	
Enfermedades transmisibles	Casos diagnosticados 1/	8681	15197	15307	
Desnutrición	Casos diagnosticados 1/	137	251	673	
Anemia 2/	Casos diagnosticados 1/	1214	3120	4610	
Enfermedades no transmisibles	Casos diagnosticados 1/	6443	8952	9686	
Índice de riesgos y lesiones	N.º de eventos adversos 3/				

Tabla 4
Resultados de intervención de SIS Villa El Salvador
Fuente: SIS

La categoría gobernanza del sistema busca el fortalecimiento de la autoridad en salud (rectoría) a través de la implantación de políticas públicas, que son normativas plasmadas en reglamentos y directivas para la operacionalización del servicio de la salud, donde para ello se incluye el financiamiento en salud-pública, salud-preventiva y salud-mental; también están incluidas las enfermedades consideradas crónicas/discapacidad entre otros.

Estas políticas están enmarcadas para el cumplimiento de metas y objetivos en cada establecimiento, tanto a corto/mediano plazo para la satisfacción de las necesidades de la población. Para ello se han considerado los niveles macro/micro en las políticas de salud, como por ejemplo controlar y reducir los índices de TB, en concordancia con la OMS y OPS; enfermedades consideradas emergentes e inclusive aquellas con factores influyentes como el clima.

Por otro lado, la creación del sistema de monitoreo/evaluación de políticas en el sector, a través de planes y proyectos, como los programas de la salud sexual/reproductiva, que implica sexualidad segura/responsable bajo un modelo de igualdad a través de metodologías y técnicas de promoción, recuperación y rehabilitación de las personas.

La prevención y control de daños no transmisibles en la búsqueda del desarrollo científico/tecnológico articulando los esfuerzos para una vida saludable. También es considerada el plan de la reducción de accidentes/transito debido al aumento de estos con consecuencias de fallecimientos, en la búsqueda de los cambios de las actitudes de las personas, la educación, promoción y asistencia.

Las intervenciones para la reducción de las brechas de la morbi-mortalidad materna/infantil y reducir la desnutrición donde la supervisión y el monitoreo son claves para el logro de las metas del sector.

Discusión

Las evidencias encontradas sobre la situación de la salud pública en el Perú son indicadores que muestran a la población vulnerable en situación de pobreza y de pobreza/extrema. Por ello es concordante con los que afirman la necesidad de la realización de la reforma del Estado, porque esto es un derecho cuyo rol del Estado en proteger a esta población³¹.

Por ello es importante son solo asegurar la cobertura de atención, que hoy con el SIS, es el 100 por ciento de la población, sino que se debe garantizar su funcionamiento a través de un presupuesto acorde con las necesidades de la población. Sin embargo, Vergara encontró problemas de financiamiento por la planificación inadecuada y pésima ejecución-presupuestal³², que desdice lo afirmado por Pinchi donde la implementación del SIS y los efectos en la salud indican correlación de nivel moderado (tau-b de Kendall = 0,658)³³. También Heredia demostró su eficacia a través tau-b de Kendall = 0,658³⁴.

³¹ A. Velásquez; D. Suarez y E. Nepo Linares, «Reforma del sector salud en el Perú»...

³² F. Vergara, Evaluación del financiamiento del Seguro Integral de Salud (SIS)...

³³ G. Heredia y W. Pinchi, «El Seguro Integral de Salud y su incidencia...

³⁴ G. Heredia y W. Pinchi, «El Seguro Integral de Salud y su incidencia...

En entrevista a la doctora Rivera, de la Universidad Norbert Wiener, Lima, afirmó que el Estado busca solamente ampliar metas de atención, sin garantizar el mejoramiento de esta en la población, como se muestra las condiciones de los establecimientos sanitarios, el desabastecimiento de las medicinas o carencia de personal de salud.

Con referencia a la cobertura no concuerda con Gutiérrez, Romaní y Wong, que el sector ha tenido una tendencia de decrecimiento en la búsqueda del incremento de la población para revertir la tendencia decreciente³⁵.

Por ello, el SIS permite a la población el acceso al servicio médico, cuya responsabilidad es del Estado contra la inseguridad, desastres, degradación y violaciones de los derechos, cuya financiación de la prestación del servicio se realiza a las personas que no tienen capacidades económicas.

Por ejemplo, en México tuvo la finalidad de reducir la vulnerabilidad de la población más pobre, donde los resultados nos indicaron efectos negativos/catastróficos para la población, y se requirió este seguro para reducir brechas de pobreza y salud.

No debemos olvidar que la población tiene el derecho a percibir un servicio de salud de calidad; el Estado debe promocionar, prevenir y atender a la ciudadanía, con calidad³⁶.

Para el acceso a la salud se refiere a tres efectos: coberturas-mínimas, las funciones han sido separadas (rectoría-supervisión-financiamiento-prestación) con nuevo tipo de transferir los recursos para pagar la prestación³⁷.

Gómez afirmó que la creación del SIS desarrolla las políticas dirigidas a la protección a las poblaciones vulnerables en la búsqueda de la erradicación de extrema pobreza y reducir las brechas de salud, especialmente en TB y VIH y en diversas investigaciones la aplicación de estos programas ha dado como resultado efectos positivos en la reducción de brechas significativas en la población. En entrevista realizada al doctor Bonilla, especialista en TB, este mencionó que las políticas públicas en el sector salud deben ser complementadas presupuestalmente y también con medidas preventivas para reducir las enfermedades, especialmente la tuberculosis.

Pero los resultados obtenidos por la implementación del programa SIS, en lugar de haberse reducido las brechas de los diversos indicadores de salud, estos han aumentado, a pesar de los mayores gastos realizados por el Estado. Se ha implementado últimamente la cobertura, pero sin recursos humanos, establecimientos médicos, medicinas, equipamiento este será un programa paliativo, que no ha logrado las metas previstas sino que se ha ampliado los problemas de salud en la población de Villa El Salvador.

Conclusiones

La primera conclusión en torno a la salud de la población beneficiaria no indica el crecimiento de la cobertura de atención en el distrito; sin embargo, esto no garantiza la calidad ni la reducción de los índices de enfermedades producidas desde el 2017. Se

³⁵ C. Gutiérrez; F. Romaní y P. Wong, «Brecha entre cobertura poblacional...

³⁶ G. Fajardo-Dolci; J. P. Gutiérrez y S. García-Saisó, «Acceso efectivo a los servicios de salud...

³⁷ A. Hernández, «Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú...

requiere para ello el incremento presupuestal para las necesidades requeridas por la población para prevenir y mejorar la salud de los pacientes. Es necesario la implementación de establecimientos modernos, con equipos de alta tecnología y además la conformación de equipos médicos para la promoción y prevención de la salud en los sectores vulnerables de la población.

La cobertura de seguro, comprendida no solo en la inclusión a toda la población que no tiene ningún seguro en salud, sino también comprendida en un conjunto de enfermedades que no las contemplan. Es necesario que también sean incluidas y la población goce de los beneficios de la seguridad sanitaria.

Con referencia a la gobernanza del sistema, el Minsa como órgano rector, no solo debe gobernar con resoluciones y directivas, sino que debe emprender la unificación de todos los sistemas, de manera se alienen a la visión del Estado en brindar servicios de salud con calidad. El sistema único debe integrar Essalud, hospitales Minsa, hospitales de Fuerzas Armadas y Policiales, Solidaridad y clínicas privadas.

A las autoridades del sector salud se recomienda que el SIS como seguro para la población vulnerable, atienda en mejores establecimientos de salud, su cobertura sea del total de enfermedades de los pacientes y la entrega de medicinas.

Realizar un censo de todas las personas que requieren este servicio, las enfermedades prevalentes y sus costos de mejoramiento de la salud para establecer presupuestos viables y ejecutables en el sector.

También realizar estudios de impacto de intervención, en la medida que en dos años de implementación del SIS en lugar de reducirse las tasas de las diversas enfermedades, estas se han incrementado notablemente.

Bibliografía

Abusada, R. La reforma. Lima: Edición Perú. 2011.

Alonso, R. «Political Representation and Deliberative Democracy. What can the Political Participation Mean Today?». Estudios Políticos (2015): 47-66.

Arias, F. El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. Sexta edición. Caracas: Editorial Epistema. 2012.

Bernal Saldaña, F.; L. Rodríguez Cruz y R. Díaz Manchay. «Estado nutricional, desarrollo y suplementación con multimicronutrientes en niños de 6 a 36 meses, Inkawasi 2015». Acc Cietna: Revista de la Escuela de Enfermería Vol: 5 num 2 (2018): 39-43.

Cabrera Pimentel, J. «Factores asociados a la satisfacción beneficiarios seguro integral de salud Hospital Santa María del Socorro Ica, 2016». Tesis para optar el grado académico de maestra en ciencias: administración y gerencia en organizaciones de salud. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2017.

Casley, D. y J. Kumar. Recopilación, análisis y uso de datos de seguimiento y evaluación. Madrid: Ediciones Mundi Prensa. Banco Mundial. 1990.

Castro, J. «Hacia el aseguramiento universal en salud en el Perú». Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública Vol: 26 num 2 (2009): 232-235.

Fajardo-Dolci, G.; J. P. Gutiérrez y S. García-Saisó. «Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud». Salud Pública de México Vol: 57 num 2 (2015): 180-186.

Gómez Arias, G., «Efectos del Seguro Integral de Salud sobre el estado de salud: aplicación de regresión discontinua». Trabajo de investigación presentado para optar al grado académico de magíster en economía. Universidad del Pacífico. 2018.

Gutiérrez, C.; F. Romaní y P. Wong. «Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú.» Anales de la Facultad de Medicina Vol: 79 num 1 (2018): 65-70.

Heredia, G. y W. Pinchi Ramírez. «El Seguro Integral de Salud y su incidencia en el bienestar de la población de la provincia de Jaén». Sciendo Vol: 21 num 2 (2019): 93-103.

Hernández, A. «Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: el caso del Seguro Integral de Salud». Revista Estudios de Políticas Públicas Vol: 1 num 1 (2015): 213-225.

Knaul, F. M. et al. «Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México». Salud Pública de México Vol: 55 num 2 (2013): 207-235.

Knaul, F. M.; H. Arreola-Ornelas; H. Wong; D. G. Lugo-Palacios y O. Méndez-Carniado. «Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012». Salud Pública de México num 60 (2018): 130-140.

López, P. «Población muestra y muestreo». Punto Cero Vol: 9 num 8 (2004): 69-74.

Ministerio de Salud. Fortaleciendo el Seguro Integral de Salud en zonas de pobreza. Lima: Ministerio de Salud. 2009.

Ministerio de Salud. Sistema Integral de Salud: Informe Anual. Julio 2012-julio 2013. Lima: Ministerio de Salud. 2014.

Organización Mundial de la Salud. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS. 2010.

Plataforma de ONG de Acción Social. Plan estratégico del tercer sector de acción social: guía de evaluación de programas y proyectos sociales. Madrid: Advantia Comunicación Gráfica. 2004.

Stuckler, D.; A. B. Feigl; S. Basu y M. McKee. The Political Economy of Universal Health Coverage. Presented at the Background paper for the global symposium on health systems. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2010.

Torres Liñán, M. «Dificultades administrativas y calidad de los registros del Seguro Integral de Salud en el Hospital Cayetano Heredia, 2016». Tesis para optar el grado académico de magíster en gestión pública. Universidad César Vallejo. 2006.

Velásquez, A.; D. Suárez y E. Nepo Linares. «Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos». Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública Vol: 33 num 3 (2016): 546-555.

Vergara Flores, F. Evaluación del financiamiento del Seguro Integral de Salud (SIS). Lima: Fondo Editorial de la Universidad César Vallejo. 2019

CUADERNOS DE SOFÍA EDITORIAL

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de **Revista Inclusiones**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Inclusiones**.

MG. CARLOS ULDARICO BONETT PORTUGAL / DR. TOMAS FRANCISCO ROSALES LEÓN
DR. PEDRO JUAN ANTÓN DE LOS SANTOS / DR. LEÓN AUGUSTO YÉPEZ MUÑIZ / DR. LUIS ALBERTO NÚÑEZ LIRA