



**Universidad
Norbert Wiener**

**FACULTAD DE INGENIERÍA Y NEGOCIOS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE NEGOCIOS Y
COMPETITIVIDAD**

Tesis

**La cobertura universal del Seguro Integral de Salud, periodo
2016-2019**

**Para optar el grado académico de Bachiller en Administración y
Negocios Internacionales**

AUTORA

Fabian Galarza, Wendy Magalry

ORCID 0000-0002-5947-1048

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

Economía, Empresa y Salud

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN ESPECÍFICA DE LA UNIVERSIDAD

Sistema de Calidad

LIMA – PERÚ

2019

Miembros del Jurado

Presidente del Jurado
Dr. Luis Guillermo Sicheri Monteverde

Secretario
Mtro. Fernando Alexis Nolazco Labajos

Vocal
Mg. Cynthia Polett Manrique Linares

Asesor metodólogo
Dr. Irma Milagros Carhuancho Mendoza

Dedicatoria

Este trabajo les dedico a mis padres Oscar y María quienes fueron mi inspiración y me impulsaron cada día a salir adelante. A mis hermanos Jhean Carlos y Milusca por estar presentes en todo momento en las tristezas y alegrías han sido parte de mi fortaleza y mi motivo de seguir adelante.

Agradecimiento

A Dios por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta esta etapa de mi formación profesional, a la Universidad Norbert Wiener por ser mi segundo hogar durante muchos años, a mis profesores por el enriquecimiento intelectual y por compartir sus experiencias y valores, a mi asesor metodólogo por su compromiso, guía y orientación.

Declaración de autenticidad y responsabilidad

Yo, Fabian Galarza Wendy Magalry identificado con DNI Nro. 48083939, domiciliado en Jr. Los Claveles N° 517 Urbanización Micaela Bastidas – Los Olivos, egresada de la carrera profesional de Administración y Negocios Internacionales he realizado la Tesis titulada “La Cobertura Universal del Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019” para optar el grado académico de Bachiller en Administración y Negocios Internacionales, para lo cual Declaro bajo juramento que:

1. El título de la Tesis ha sido creado por mi persona y no existe otro trabajo de investigación con igual denominación.
2. En la redacción del trabajo se ha considerado las citas y referencias con los respectivos autores.
3. Después de la revisión de la Tesis con el software Turnitin se declara 11% de coincidencias.
4. Para la recopilación de datos se ha solicitado la autorización respectiva a la empresa u organización, evidenciándose que la información presentada es real.
5. La propuesta presentada es original y propia del investigador no existiendo copia alguna.
6. En el caso de omisión, copia, plagio u otro hecho que perjudique a uno o varios autores es responsabilidad única de mi persona como investigador eximiendo de todo a la Universidad Privada Norbert Wiener y me someto a los procesos pertinentes originados por mi persona.

Firmado en Lima el día 26 de enero de 2020.



Fabian Galarza Wendy Magalry

DNI 48083939

Índice

| | Pág. |
|---|------|
| Miembros del Jurado | ii |
| Dedicatoria | 3 |
| Agradecimiento | 4 |
| Declaración de autenticidad y responsabilidad | 5 |
| Índice | 6 |
| Índice de tablas | 7 |
| Índice de figuras | 8 |
| Resumen | 9 |
| Resumo | 10 |
| Presentación | 11 |
| I. INTRODUCCIÓN | 12 |
| II. MÉTODO | 23 |
| 2.1 Enfoque y diseño | 23 |
| 2.2 Documentos | 23 |
| 2.3 Categorías y subcategorías apriorísticas | 23 |
| 2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 24 |
| 2.5 Proceso de recolección de datos | 25 |
| 2.6 Método de análisis de datos | 25 |
| III. RESULTADOS | 26 |
| 3.1 Descripción de la Cobertura Universal - Poblacional | 26 |
| 3.2 Descripción de la Cobertura Universal - Poblacional | 29 |
| 3.3 Descripción de la Cobertura Universal – Financiera | 31 |
| IV. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 34 |
| 4.1 Discusión | 34 |
| 4.2 Conclusiones | 36 |
| 4.1 Recomendaciones | 38 |
| ANEXOS | 44 |
| Matriz de la investigación | 45 |
| Instrumento Cuantitativo | 46 |

Índice de tablas

| | Pág. |
|---|------|
| Tabla 1: Categorización de Cobertura Universal | 24 |
| Tabla 2: Frecuencias y porcentajes de los ítems correspondientes a la sub categoría Poblacional (Personas afiliadas) de la cobertura universal en el Seguro Integral de Salud – periodo 2016- 2019. | 26 |
| Tabla 3: Variación de la población asegurada del SIS. | 26 |
| Tabla 4: Frecuencias y porcentajes de los ítems correspondientes a la sub categoría Prestacional, de la cobertura universal en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019. | 29 |
| Tabla 5: Variación prestacional del SIS | 29 |
| Tabla 6: Frecuencias y porcentajes de los ítems correspondientes a la sub categoría Financiera de la cobertura universal en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019. | 31 |
| Tabla 7: Variación de análisis financiera | 32 |

Índice de figuras

| | Pág. |
|--|------|
| Figura 1. Frecuencia y porcentajes de los ítems correspondientes a la sub categoría Poblacional (Personas afiliadas) de la cobertura universal en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016- 2019. | 27 |
| Figura 2. Frecuencia y porcentajes de los ítems correspondientes a la sub categoría Prestacional, de la cobertura universal en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019. | 30 |
| Figura 3. Frecuencia y porcentajes de los ítems correspondientes a la sub categoría Financiera, de la cobertura universal en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019. | 32 |

Resumen

La presente investigación, titulada “La Cobertura Universal en el Seguro Integral de Salud, periodo del 2016-2019, se desarrolló con la finalidad de comparar las brechas de la Cobertura Universal en el Seguro Integral de Salud y su variable.

En esta investigación, se utilizó el enfoque cuantitativo, la información generada en datos numéricos; es de tipo sustantiva, permite describir los problemas teóricos que presenta la investigación, analiza, pronostica la realidad, y busca reglas generales que permite tener una teoría científica; tiene un diseño comparativo que consiste en recolectar dos o más muestras en base al objetivo que es analizar la conducta de una variable; tiene un diseño descriptivo simple, que permite al investigador recolectar la información de manera rápida y directa; se utilizó como técnica la revisión documental y como instrumento la guía de revisión documental.

Como resultado en esta investigación, se obtuvo que en el año 2016 indico una brecha en cobertura poblacional de 12,70% para lograr alcanzar el objetivo planteado, asimismo una brecha en cobertura prestacional de 38.01%, y una cobertura financiera de 50.69%. En el año 2017, presento una brecha de cobertura poblacional de 14.89%, su variación es de -3.46% en comparación al año anterior, así como también presento una brecha en cobertura prestacional de 40.05%, su variación de -6.63%, y una cobertura financiera de 44.94%, con una variación de -7.89%. En el año 2018 indico una brecha en cobertura poblacional de 14.10%, su variación es de 7.89% en comparación al año anterior, asimismo presento una brecha en cobertura prestacional de 48.29%, su variación es de -6.94%, y una cobertura financiera de 46.46% con una variación de 6.35%. En el año 2019 indico una brecha en cobertura poblacional de 11.07%, su variación es de -2.06% en comparación al año anterior, y una brecha en cobertura prestacional de 68.72%, su variación es de -40.75%, asimismo una cobertura financiera de 0.52% al mes de septiembre, con una variación de -98.85%.

Palabras clave: Cobertura Universal, brechas, Población, Prestacional, Financiera

Resumo

Esta pesquisa, intitulada “Cobertura Universal em Seguro Integral de Saúde, período 2016-2019 - Análise de lacunas, foi desenvolvida como objetivo de comparar as lacunas da Cobertura Universal em Seguro Integral de Saúde e sua variável.

Nesta investigação, foi utilizada a abordagem quantitativa, a informação gerada nos dados numéricos; É de tipo substantivo, permite descrever os problemas teóricos apresentados pela pesquisa, analisa, prevê a realidade e busca regras gerais que permitam uma teoria científica; Ele possui um design comparativo que consiste em coletar duas ou mais amostras para analisar o comportamento de uma variável; Possui um design descritivo simples, que permite ao pesquisador coletar as informações de forma rápida e direta; A revisão documental foi utilizada como técnica e o guia de revisão documental como instrumento.

Como resultado desta investigação, obteve-se que em 2016 mostrou uma lacuna na cobertura populacional de 12,70% para atingir o objetivo declarado, também uma lacuna na cobertura de benefícios de 38,01% e uma cobertura financeira de 50,69%. Em 2017, apresenta um hiato de cobertura populacional de 14,89%, sua variação é de -3,46% em relação ao ano anterior e um hiato na cobertura de benefícios de 40,05%, sua variação de -6,63%, também uma cobertura financeira de 44,94 %, com uma variação de -7,89%. Em 2018, indica uma lacuna na cobertura populacional de 14,10%, sua variação é de 7,89% em relação ao ano anterior, também apresenta uma lacuna na cobertura de benefícios de 48,29%, sua variação é de -6,94% e uma cobertura financeira de 46,46% com variação de 6,35%. No ano de 2019, indica uma lacuna na cobertura populacional de 11,07%, sua variação é de -2,06% em relação ao ano anterior e uma lacuna na cobertura de benefícios de 68,72%, sua variação é de -40,75%, também uma cobertura financeira de 0,52% em setembro, com variação de -98,85%.

Palavras chave: Cobertura Universal, Lacunas, População, Benefício, Financeiro

Presentación

Los resultados de la investigación realizada de los años 2016 al 2019, determina que existe brechas por cubrir en la poblacional, el acceso de afiliación al ciudadano en el Seguro Integral de Salud, la prestacional el acceso a las atenciones de cada asegurado, y la financiera la brecha del financiamiento para cubrir las atenciones de los asegurados, así también comparar la variación para determinar si los resultados son de manera ascendientes o no.

En el capítulo 1, se desarrolló el planteamiento del problema de investigación, en donde se estudió las variaciones de la cobertura universal en salud a nivel internacional, nacional y local; del mismo modo, se revisó estudios realizados dentro y fuera del país; posteriormente se expuso la justificación teórica, metodología y práctica; asimismo, se determinó el problema general, objetivo general, problemas específicos y objetivos específicos.

En el capítulo 2, se desarrolló la metodología de estudio, se estableció el método descriptivo, diseño comparativo, tipo sustantivo, diseño comparativo simple y enfoque cuantitativo, asimismo, se definió los técnicas e instrumentos a utilizar durante la investigación, se propuso el diseño de la base de datos y el método de análisis.

En el capítulo 3, se plasmó los resultados en grafitos estadísticos; así como, la interpretación del análisis de los números de afiliados, prestaciones de servicio y el financiamiento del Seguro Integral de Salud, en la cobertura universal, periodo 2016-2019 – Análisis de brechas.

En el capítulo 4, se abordó la discusión de los resultados, las conclusiones y la recomendación.

Finalmente, se propuso las referencias y anexos utilizados durante la investigación.

Fabian Galarza, Wendy Magalry

I. INTRODUCCIÓN

La Salud es un derecho del ser humano, los estados internacionales tienen la obligación de garantizar sus servicios, es por ello, que el Sistema Internacional de Salud prioriza las atenciones (primarias), como resultado optimizando el bienestar físico, mental y social, de cada persona. La reforma en la salud a nivel internacional tiene como prioridad la facilidad de los servicios, fortalecer las atenciones a todos los ciudadanos, con el fin de disminuir cada vez más las enfermedades, además la ampliación del financiamiento es para reforzar y mejorar el sistema, de esta manera optimizar la atención de cada individuo.

Como objetivo es comparar la evolución de la cobertura poblacional en salud, logrando el acceso a los servicios y las atenciones, el proceso consiste en los elementos que reúnen para cumplir con los objetivos de conceder atención médica de modo sistemático el método adecuado de las estrategias que implementan en los programas para crear más acceso eficaz y eficiente de los servicios a nivel internacional en temas de salud (Sánchez 2017; Malo y Corral 2014; Artaza, Torodevia, Fuentes, Alarcan y Arteaga 2013).

En el Perú en los últimos años se generaron una serie de cambios en reforma del Sector Salud, cuya finalidad es la protección de los derechos humanos, para acrecentar la cobertura poblacional (personas afiliadas al Seguro Integral de Salud – SIS), consecuentemente se ha reflejado en una tendencia decreciente en las atenciones a los asegurados, cuyo objetivo de la Cobertura Universal de Salud es cubrir las brechas, y brindar atención de mejor calidad al ciudadano.

Existen situaciones limitantes debido a la falta de recurso presupuestal de parte del gobierno, como por ejemplo la infraestructura, tecnología, personal no capacitado, entre otros; asimismo la cobertura de servicios en salud se ve, cada vez más decadente, y para mejorar el objetivo principal es el fortalecimiento del sistema de salud para proteger al ciudadano sin importar la clase social.

La poca participación del estado refleja la falta de rectoría para controlar el sistema presupuestal en salud, para lograr alcanzar el objetivo de cobertura universal se necesita disminuir las brechas, y priorizar a la población vulnerable, persona de pobreza y pobreza extrema, personas con discapacidades, personas con enfermedades avanzadas entre otros. (Gutiérrez, Romaní, Wong y Del Carmen 2018; Mezones, Amaya, Bellido, Moguenout y Villegas 2019; Benítez, Lozada, Rurrapata, Márquez, Moncada y Mezones 2017).

Los principales problemas consecuentes de la limitada asignación presupuestal o financiera pública en salud, es el descuido en la infraestructura, falta equipos tecnificados, falta de personal y conocedores de la materia (capacitados), en consecuencia, a ello los grandes hospitales están colapsados y la atención a los pacientes es pésima ya que acuden en busca de ayuda para su mejoría. Asimismo, presenta falta de organización por parte de los directores y líderes en salud, para brindar atenciones de casos de emergencia en primera instancia, siendo los pacientes con bajos recursos y pobreza extrema.

El limitado recurso que presenta el sistema financiero en salud genera consecuencias en las atenciones hacia los pacientes, la falta de abastecimiento con personal suficiente, contratar personal nuevo o remuneraciones por horas extras a los profesionales de turno. En la actualidad los profesionales de salud pública, los trabajadores administrativos no son bien pagados, cero incentivos, esto genera como consecuencia la falta de iniciativa, causando efecto en los lugares oriundos del Perú, como por ejemplo la dificultad de traslado, por tal motivo incrementa las enfermedades al no ser tratados a tiempo a las personas.

Ruiz (2019) la inversión Pública del Sector Salud en su importancia como prioridad es el cuidado y la buena atención del paciente, sobretodo abastecer con las necesidades en atención primaria, para ello debe de existir un fondo financiero que incrementa las brechas a toda la población para contar con un seguro, generando mayor seguridad para cada individuo;

Giménez, Rodríguez, Ocampos y Barrios (2018) indicaron que las Naciones Unidas uno de sus principales objetivos para el 2030 es obtener un desarrollo sostenible en la Cobertura Universal de Salud, logrando una protección financiera para cubrir las atenciones médicas ante una enfermedad, de la misma manera crear un indicador para proteger dicho fondo dando como incidencia los Gastos Catastróficos que atraviesan los hogares. Es por ello la necesidad de crear o implementar nuevos métodos políticos optando como prioridad a la población más expuesta; Montañez (2018), se comentó que en el Perú actualmente se tiene proyectos de implementación mediante métodos políticos en aseguramiento universal en el sector salud, así pudiendo mejorar el acceso en atención al paciente y también lograr que existe un fondo económico para la población únicamente en el sector salud, ya que su prioridad principal es expandir el aseguramiento a través de seguros públicos focalizado a toda aquella población pobre o vulnerable, consecuentemente a esto los peruanos se atienden de acuerdo al estatus de vida que tienen, si hay mayores ingresos y mejor estilo de vida cuentan con mejores atenciones y tratados, y por otro lado el resto de la población acuden a los centros de salud públicos; Bustamante, Guerrero (2018, indico que se realizó un estudio genérico de los años 2007 hasta 2016 referido a la cobertura del sector salud y los gastos que se generan, (indica que la Constitución de la República del Ecuador) establecer un método destinado para determinar un sistema de registros de ingresos y egresos de todas las entidades nivel nacional, que forman parte del presupuesto de Salud Pública; Leviller, Padilla (2017), indico que uno de los principales retos que tiene el estado es cubrir las brechas sociales de salud y otros sectores más, para lograr obtener este reto el estado tiene un gran trabajo por cumplir, es necesario lanzar campañas promoviendo la igualdad de condiciones, así también las oportunidades que tienen los ciudadanos, ya sea de la municipalidad y de las regiones de todo el País, Proyectar nuevos sistemas de coordinación para mejorar dicho objetivo, consecuente a esto cada individuo debe de empezar a confiar en los líderes políticos actuales, generando tranquilidad, seguridad y bienestar para todo el sector.

Góngora (2018) mediante un estudio se ha encontrado como ejemplo muestra que los factores limitados en Salud, los programas de Articulación Nutricional de los niños (suplementación con hierro de niños y niñas de 6 a 0 año), y como resultado existe niños con más del 50% que presentan el mismo problema, significa la decadente atención en salud pública, no se aplica un adecuado método y una buena atención, los profesionales no son

conocedores del tema, asimismo brinda poco interés en servicio a la ciudadanía; Ysurraga (2018), hablo sobre el constante crecimiento de la población, así como también los cambios demográficos que se aplican en salud, se está generando contantemente los cambios de hábitos y el tipo de estilo de vida de las personas resaltando su tipo de alimentación, menos actividad física, el estrés. Consecuentemente esta situación incide a aumento de enfermedades como obesidad, cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares que te llevan a la muerte. es por ellos que el estado peruano debe de estar preparados para cubrir la diferentes enfermedades que se presentan en la ciudadanía, obteniendo el control adecuado de todo el sistemas Nacional de Salud en la cobertura de brechas; Ponce (2018), indico que el gobiernos peruano anualmente determina un presupuesto público para el Sistema Nacional de Salud Pública y son destinadas a las regionales y nacionales, el presupuesto del estado es para el desarrollo del país, por ejemplo, en la sierra central del Perú Pasco es una región minera, sin embargo, los pobladores están propensos a diferentes enfermedades justamente por la zona en que se encuentran, no existe una supervisión de parte del gobierno de turno, líderes de salud, cuantificar la cantidad de población asegurada, campañas de salud, prevención de enfermedades entre otros; Guerra (2017), nos dice que en el Perú existe una total desconexión entre los líderes políticos y Organizaciones responsables de la Salud Publica, lo cual permite que no se cumpla a cabalidad una atención idónea a los ciudadano se incrementado la cobertura de los asegurados. El gobierno debe de aprobar una Ley e incluir al sistema de salud y el presupuesto adicional para prevenir todo tipo de enfermedades emergentes. Consecuentemente existe una falta de rectoría en el gobierno peruano en el sistema de Salud. Ya que los problemas para cubrir las brechas no es el presupuesto sino el proceso de métodos que utilizan para cada sector; Grisson (2017), indico existe una influencias significativa generado para la reducción de brechas en la cobertura universal de salud, mediante las Asociaciones Publicas-Privadas cuyo objetivo no se logró quedando demostrado mediante una investigación, que las asociaciones públicas y privadas no son efectivas como órganos de competencia para la reducción de brechas en los habitantes con facilidad al acceso de Seguro Social Nivel Nacional.

La teoría neoclásica tiene como enfoque la economía (presupuesto) que impulsa al desarrollo, realiza cambios de mejora en la toma de decisiones, la buena administración en las entidades, optimizando los procesos de forma eficaz, y la reducción de mano de obra. Teniendo como objetivo controlar (realizar estudios), orientar (aconsejar), y dirigir, prácticamente ayudar a

implementar métodos de trabajo, con la finalidad de lograr el objetivo utilizando menores recursos posibles. Por ejemplo, existen mejoras en los sistemas de salud entre lo privado y el estatal, generando mejoras y buen desarrollo.

La teoría actualmente presentada una nueva visión de mejora y la relación con la cobertura universal en los sistemas de salud es la buena atención a los asegurados, métodos de desarrollo en atenciones tecnificadas bajo el respaldo de la economía financiada por el estado para la cobertura universal en Salud (Bonatti 2019; Bonatti 2019 y Cataño 2001).

La teoría de la burocracia es un método de organización, con el fin de garantizar y maximizar la eficiencia durante el proceso de lograr los objetivos, se ha caracterizado como una de las ideas, discretas y limitadas de las organizaciones, ya que su principal preocupación es los aspectos internos y formales de un proceso cerrado para el control financiero de salud pública y alcanzar la máxima eficiencia trabajan un métodos estructurados, para ellos es necesario buen desempeño del personal, y la eficiencia en las actividades rutinarias para uniformizar las decisiones.

La relación entre la cobertura universal y la teoría Burocracia, es la necesidad de implementar métodos de trabajo en salud especialmente en los grandes hospitales a nivel nacional, brindar atenciones adecuadas a los ciudadanos, el objetivo principal de la Cobertura Universal de estado peruano es cuidar el bienestar de cada ciudadano, cuantificar la población asegurada, las atenciones adecuadas con financiamiento necesario financiados por estado peruano (Chiavenato 2006; Chiavenato 2007 y Rivas 2009).

La Teoría de Sistemas es un método que identifica aquellas partes que componen para que exista una relación, se encarga de arreglar todos los problemas sistemáticos construyendo métodos y procesos de toda información bajo la dirección de dicha teoría utilizando medios que refuercen los procesos, que al momento de modificar sea de forma automática, basado en la Cobertura universal en salud, existen actualizaciones de números de población peruana, y cada uno elige su tipo de seguro, mediante ello es necesario la implementación de un sistema óptimo para registrar el número de pobladores que cuentan con un seguro, esta información debe ser de manera eficiente, sin importar la distancia o la zona rural del país, asimismo el financiamiento

debe ser controlado mediante este sistema y las distribuciones realizadas por parte del estado peruano (Pignuoli 2013, García 2018 y Hurtado 2011).

En la categoría: Existen retos dentro de la cobertura universal, lograr alcanzar el incremento de las coberturas Poblacional, prestacional y financieras y continuar con las tendencias logrando completar el objetivo y el bienestar para la población peruana.

La participación del Estado es muy necesaria para tomar decisiones generando desarrollo y bienestar del país, gracias a ello, les permite evaluar, controlar, mediante un sistema de salud los procesos que se realizan en cada sector, con métodos óptimos para lograr cuantificar la cantidad de asegurados en diferentes zonas del país, y determinar un porcentaje de presupuesto rentable. Ya que uno de los principales objetivos es cubrir las brechas, dando prioridad aquellas personas más necesitadas, o de extrema pobreza. Sin embargo, no se predominan montos sufridos para cubrir las brechas, pese a que realizan campañas de salud.

Los altos porcentajes de incremento de gastos públicos en los últimos años son debido al exceso subidas de gastos en medicina y programas sociales de salud, generando como resultado una visible disminución del crecimiento de PIB. Ante todo, esto se pretende mantener, y mejorar el constante crecimiento para facilitar mayores accesos en atención de salud a los ciudadanos. Así como también evaluar cada gasto sobrevalorado y apelar. Dando un mejor control en los gastos de inversión y que sea de beneficio para cada persona.

Existe reformas en salud a nivel mundial con el objetivo de mejorar los sistemas de atención al ciudadano, así pudiendo obtener con facilidad los registros completos del gran número de familias afiliados en seguros estatales, esto generaría una atención eficaz en menor tiempo resultados altamente rentables el objetivo de todo centro de Salud.

Actualmente se evalúa mediante diferentes métodos y estrategias los trabajos de los profesionales, ya que influye de forma positiva hacia los pacientes, sobre todo el buen estado de ánimo, generando confianza, cuidado, sobre todo la buena atención, y el bienestar del ciudadano (Gutiérrez, Romaní, Wong y Del Carmen 2018; García, Díaz, Avila y Cuzco 2015; Knaul, González, Gómez, García, Arreola, Barraza, Sandoval, Caballero, Hernandez Juan Kershenobich y Ruelas 2013).

Como sub categoría: las poblaciones afiliadas y la población prestacional, son aquellas personas aseguradas cuentan con un respaldo en salud y un financiamiento, el ciudadano tiene la libertad de elegir un tipo de seguro en diferentes Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, conocidas como aseguradoras en salud, se caracterizan por brindar seguros de salud, esto permite al individuo estar protegido ante cualquier accidente o eventualidad. Actualmente se cuenta con tres tipos de seguros, en el Seguro Integral de Salud la primera es subsidiado que permite atender principalmente a personas vulnerables, de pobreza y de pobreza extrema, aquellas personas con necesidad de apoyo del gobierno, el segundo es contributivo, está dirigido principalmente aquellos trabajadores dependientes, y por último la tercera semicontributivo, dirigido a las pequeñas, medianas empresas y empresarios, son tipos de seguro que proveen una cobertura adicional para sus empleadores donde el empleador es quien pague la cobertura de acuerdo con el trabajador. De este modo el ciudadano es necesario que cuente con un tipo de seguro, así está preparado ante cualquier situación que se puede presentar en su persona o familiares (Zambrano, Ramírez, Yepes, Guerra y Rivera 2008; Ypanaque, Martins 2015; Alcalde, Lazo, Macias, Contreras y Espinosa 2019).

Como sub categoría: el financiamiento se denomina como un instrumento de ayuda para el desarrollo de actividades públicas, las diferentes organizaciones optan este tipo de ayuda financiera para fortalecer las políticas y estrategias generando como prioridad al país, se obtiene como resultado óptimo los convenios entre las empresas públicas o privadas u otras organizaciones. Asimismo, en el sector salud las autoridades responsables a nivel regional, buscan perfeccionar los tipos de benéficos para aumentar el uso de los bienes disponibles y perfeccionar el financiamiento para así generar servicios de calidad a los asegurados en el Perú, y una salud eficaz. El estado busca afianzar un complejo y excelente método de financiamiento optando por reducir la dependencia que genera al momento de optar prestamos financieros a

entidades privadas, cuyo objetivo es uniformizar el sistema de salud y sus fondos de financiamiento público, y así plantear estrategias de equidad al momento de atenderse en los diferentes centros de salud de acuerdo a las enfermedades presentadas y el lugar en donde se encuentre (Velásquez, Suarez y Nepo-Linares (2016; Medina, Willig y Cucho 2014; Lazo, Alcalde y Espinosa 2016).

Como indicador uno y cuatro: Régimen subsidiado (SIS gratuito) está enfocado principalmente en aquellas personas o ciudadanos en situación de pobreza y pobreza extrema. El Seguro Integral de Salud - SIS cuenta con tres tipos de Seguro Subsidiado, contributivo y Semiccontributivo, esto se encarga de cubrir todos los problemas relacionados a salud, por ejemplo, cubre medicamentos, de referentes procedimientos, operaciones (general), insumos, bonos por sepelio y por ultimo traslados bajo el régimen que corresponde o el tipo de SIS. El objetivo del seguro es impulsar la afiliación de aquellas personas no aseguradas en la actualidad en los sistemas de aseguramiento del estado, bajo un determinado régimen, así fortaleciendo la seguridad de cada ciudadano. El SIS esta subsidiado por el estado para que los ciudadanos peruanos que radican en Perú, puedan atenderse gratuitamente, en todos aquellos centros de salud, hospitales públicos pertenecientes al estado. Todo ciudadano debe conocer estos tipos de régimen para tomar daciones óptimas, generando seguridad en su vida. (Mezones Amaya, Bellido, Mougnot, Murillo, Villegas y Del Carmen 2019).

Como indicador: El régimen contributivo (SIS independiente) determina como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los trabajadores y sus familias asegurados al Sistema de Protección Nacional en Salud. De la misma manera perteneciente a este tipo de seguro está el Essalud, la Fuerzas Armadas Y Fuerzas Policiales y todas las entidades Prestadoras de Salud, pueden ser empresas u organizaciones. Así mismo aquellas personas que tienen una vinculación laboral, quiere decir que cuentan con capacidad de pago, como por ejemplo trabajadores formales pertenecientes a diferentes empresas u organizaciones. Generalmente cuenta con cobertura de trabajo de alto riesgo e indemnizaciones ya sea por accidentes con consecuencia de muerte. Se resalta este seguro ya que también existe un tipo de régimen amplio se pueden asegurar otras prestadoras de salud, empresas públicas, privadas obteniendo una cobertura adicional a sus empleados (un tipo de seguro), pero eso si el empleador es quien se encarga de pagar esta cobertura adicional (Mezones Amaya, Bellido, Mougnot,

Murillo, Villegas y Del Carmen 2019).

Como indicador el Régimen Semicoltributivo (SIS microempresas y SIS emprendedor) se rige principalmente a todos aquellos empleados pertenecientes a las (MYPES) empresas pequeñas, empresas iniciantes y también de los (CAS) aquellas personas que pertenecen a un trabajo privado y obtienen un seguro por medio de la entidad. En este tipo de Régimen los empleadores, trabajadores o los asegurados cubren parte del costo de las prestaciones. Por ejemplo, una empresa privada formal cuenta con régimen de seguro para sus colaboradores pues el costo de pago es un porcentaje para la empresa y el otro porcentaje lo cubre el trabajador. Cabe resaltar que este tipo de seguro también se dirige a los trabajadores independientes, personas que no tienen un trabajo estable, también estudiantes universitarios, menores dependientes y todas las personas de tercera edad a esto se le puede conocer como un seguro independiente, eso sí generando un costo mínimo cada mes, de acuerdo a sus estatus de vida (Banco Mundial, 2016).

Como indicador el financiamiento del sector publico básicamente se refiere a todos los recursos financieros nacionales, y que todas fuentes de financiamiento son generadas por el estado, y considerados en el presupuesto Nacional, con apoyo de parte del nivel centro y de las oficinas de tesorerías institucionales, de modo racional, óptima, minimizando costos y una adecuada sistematización. Los recursos financieros del estado designados para la salud es neto para cubrir las necesidades de cada individuo, también es importante resaltar que mediante se promueva el desarrollo continuo, la mejora en atención al ciudadano, lograr cubrir las brechas, abastecer la atención con el apoyo de un sistemas nacional, que facilite la información de los pacientes, Se debe reconocer los proyectos del estado como obras, actividades que están en proceso son parte de la mejora en todo el sistema de salud nacional, asimismo generaría mayores recursos para una excelente atención a los ciudadanos (González y Ramírez 2017).

El financiamiento privado son empresas que realizan trabajos al Estado Nacional para obtener mejoras en desarrollos en los proyectos en los sistemas de salud. El Gobierno Gubernamental de Desarrollo de la Inversión Privada y Proyectos Activos por desarrollar, aprobada mediante Decreto Supremo N° 077-2016-EF, establece que la intervención del nivel privado, puede contribuir de modo eficaz en el cierre de brechas de infraestructura pública que existente en el estado. Esta inversión debe optimizar la importancia y la aptitud de los servicios públicos, y

dinamizar la economía nacional, la generación de empleo remunerado y la competitividad idónea del país. Así mismo en estos últimos años se ha incrementado el uso de modalidades para generar mayor infraestructura pública (hospitales) y también los servicios del estado, como por ejemplo las grandes inversiones en carreteras, las vías Ferreras, la mejora de los aeropuertos, entre otros, de la misma manera respaldar la seguridad de cada ciudadano eligiendo un tipo de seguro y así poder acudir a diferentes centros de salud en caso que presentan problemas de salud o de su familia, la fecha se resalta la mejora de la cobertura y la buena calidad de los servicios públicos brindados a los ciudadanos y el buen desarrollo del País, privatizando el sistema de salud para los peruanos, así como también los fondos financieros públicos de salud (Yavich, Báscolo y Haggerty 2016).

Financiamiento mixto aplicado a un sistema de aseguramiento estatal (sistema mixto), que ofrecen un plan obligatorio de salud, y así como también los seguros públicos y privados, con diferentes coberturas, de la misma manera los proyectos en desarrollo se podrán obtener la satisfacción al 100% de los peruanos. El mercado corresponde a un método de competencia mixto regulado por el estado Peruano, en donde entran a competir aseguradoras (privadas y públicas) e instituciones prestadoras de sanidades (privadas y públicas). La competitividad no la realizan con base al precio, porque la UPC (unidad de pago por capitación) es igualitario para todos, entonces su forma de competir es por la eficacia y calidad de los servicios. El objetivo es brindar buena atención de calidad al ciudadano obteniendo mejora para el país, mayor prestigio para las organizaciones y una vida saludable para los ciudadanos (Paz 2017).

Esta investigación está justificada mediante la teoría neoclásica, que consiste en encaminar, guiar e inspeccionar el trabajo de un grupo de personas para llegar un objetivo común, asimismo la teoría burocrática es la constitución de una estructura que se diferencia por métodos centralizados y descentralizados, permite la división de obligaciones y especialización en el trabajo, la teoría de sistemas que se define como una organización que tiene límites y fracciones interrelacionadas e independientes cuyo resultado es que la suma de sus partes generan un mayor impacto. Estas teorías permitirán comprender el funcionamiento correcto de la organización, asimismo facilita que las entidades públicas puedan tener panorama amplio de cómo funciona la estructura.

Estas teorías permitirán comprender el funcionamiento correcto de las organizaciones, asimismo facilitan que las entidades públicas del Perú, puedan obtener un panorama más amplio de cómo funciona una estructura, por otra parte, esta investigación permitirá analizar los resultados de los diferentes años, para realizar estrategias, y así mejorar el sistema de salud en cobertura universal, brindando atenciones de óptimos al asegurado. Esta investigación permitirá analizar los resultados de los diferentes años, para ver el principal problema y proponer estrategias de solución en las brechas de afiliación al ciudadano, en las atenciones y el financiamiento, para cubrir el objetivo de la cobertura universal de cada año.

En la justificación metodológica se utilizó el método descriptivo que facilita el detalle de situaciones para recolecta de información concreta; tiene un diseño comparativo que consiste en recoger dos o más muestras con el objetivo de analizar la conducta de una variable; es de tipo sustantivo ya que trata de describir los problemas teóricos y está dirigida a enunciar, analizar, predecir la realidad; tiene diseño descriptivo simple permite al investigador obtener información directa para las determinaciones; tiene un enfoque cuantitativo, ya que usa la recolección de información para corroborar supuestos con una base de medida numérica y estadística.

El problema general de esta investigación es ¿Cuál es la variación de la cobertura universal del Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019?, el objetivo general es, Determinar la variación de la cobertura universal del Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019?, siendo los problemas específicos, ¿Cuál es el número de asegurados en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019?, ¿Cuál es el número de prestaciones, asegurados atendidos en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019? y ¿Cuál es el financiamiento en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019? Finalmente, los objetivos específicos, Comparar el número de asegurados en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019, Confrontar el número de prestaciones, asegurados atendidos en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016- 2019 y Cotejar el financiamiento en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019.

II. MÉTODO

2.1 Enfoque y diseño

Hernández, Fernández y Baptista (2014) sostuvieron que el método descriptivo consiste en analizar y describir los resultados de la recaudación de diferentes datos de cada año. Esto define un tema en general “La cobertura universal del Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019”, se basa en la descripción de la frecuencia y las características más importantes del problema de Salud; la descripción es sencilla, ya que se basa en datos obtenidos de acuerdo a la información encontrada. Los estudios facilitan el detalle de situaciones donde se encuentra el principal problema, donde se puede conocer los resultados óptimos; Sánchez y Reyes (2006) indicó que el tipo sustantivo se determina de forma concreta la organización “Sector Salud Pública”, asimismo permite describir de manera teórica los problemas que se presenten en la investigación; Hernández, Fernández y Baptista (2014) indicó que el enfoque es de tipo cuantitativo que permitirá recolectar datos de los años 2016 hasta 2019 para realizar la medición adecuada para comprobar los supuestos establecidos; De acuerdo a la investigación mayormente se basa a los números de población para investigar, analizar y comprobar la información obtenida; Monje (2011) indicó que el diseño comparativo, consiste en recolectar varias muestras con el fin de observar los comportamientos de una variable, tratando de controlar sistemáticamente, esto permitirá comparar la varianza de la recaudación y determinar las posibles causas. Para luego analizar y controlar a otras variables que afecten a la variable estudiada; Mohammad Naghi (2005) explicó que el diseño descriptivo simple que permite utilizar métodos para describir los comportamientos de un sujeto sin influir sobre él, es decir de un estudio simple o una pregunta que inicia una investigación compleja.

2.2 Documentos

Recolección de datos cualitativo se denomina de importancia todo tipo de documento que necesario para recolectar datos para la investigación, sin importar el tiempo (Hernández, Fernández y Baptista 2014).

2.3 Categorías y subcategorías apriorísticas

En esta investigación se determinó la categoría Cobertura Universal de salud que consiste en obtener acceso a todas las personas o comunidades, tres sub categorías, Poblacional, Prestacional y Financiera un medio que se utiliza para obtener resultados de la atención realizada a los asegurados en el Perú.

Tabla 1
Categorización de Cobertura Universal

| Categoría | | Sub categoría | | Indicadores | |
|---------------------|--------|----------------------|-------------------------------------|--------------------|--|
| Código | Nombre | Código | Nombre | Código | Nombre |
| Cobertura Universal | | SC1.1 | Poblacional (personas afiliadas) | SC1.1.1 | Régimen Subsidiario (SIS gratuito) |
| | | | | SC1.1.2 | Régimen Contributivo (SIS independiente) |
| | | | | SC1.1.3 | Régimen Semicontributivo (SIS microempresas y emprendedor) |
| | | SC1.2 | Prestacional | SC1.2.1 | Régimen Subsidiario (SIS gratuito) |
| | | | | SC1.2.2 | Régimen Contributivo (SIS independiente) |
| | | | | SC1.2.3 | Régimen Semicontributivo (SIS microempresas y emprendedor) |
| | | SC1.3 | Financiera | SC1.3.1 | Financiamiento público |
| | | | | SC1.3.2 | Financiamiento privado |
| | | | | SC1.3.3 | Financiamiento mixto |

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Revisión documental es un proceso para buscar, seleccionar, analizar la documentación que sirve para la investigación de información que está almacenado ya sea en libros, informes,

documentos que conservan las entidades, luego se tendrá que validar la información y seleccionar lo que realmente es útil y posteriormente la aplicación de categoría que se está analizando (Bermeo, Hernández y Tobon 2016); asimismo, la guía de revisión documental permite obtener la información y realizar un registro general manera correcta en menor tiempo según el tema investigado, además esto permite guardar, mantener sustento o referencias para aplicar la variable según la investigación realizada de los años 2016 al 2019 para lograr cubrir las brechas en la Cobertura Universal de los Asegurados, Prestacional y Financiera en el sistema de salud público (Bernal 2006).

2.5 Proceso de recolección de datos

Permite orientar un proceso de actividades a realizar, y recolectar información de la investigación realizada. El proceso para recopilar los datos que se implementaron en el proyecto de investigación (seleccionar la información necesaria para el análisis del estudio a realizar, diseño de la guía de análisis documental, revisión documental, (Correspondiente, Análisis de datos, formulación de las conclusiones y recomendaciones) (Alarcón y Muñoz 2008).

2.6 Método de análisis de datos

Para este estudio se utiliza la estadística descriptiva en un conjunto de actividades y procesos, como finalidad es resumir datos de una investigación completa por medio de cálculos que se representan en tablas y gráficos, de acuerdo a la información obtenida según lo investigado, asimismo resaltar las variaciones de los años del 2016 al 2019 en el asegurado, prestacional y financiera, con el fin de cumplir el objetivo de las brechas en el sistemas de salud público, y así unificar las atenciones en los centros de salud y una atención al 100% óptimos para cada asegurado (Galbiati 2015).

III. RESULTADOS

3.1 Descripción de la Cobertura Universal - Poblacional

Tabla 2

Frecuencias y porcentajes de los ítems correspondientes a la sub categoría Poblacional (Personas afiliadas) de la cobertura universal en el Seguro Integral de Salud – periodo 2016- 2019.

| Población Asegurada | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|
| DETALLE | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Población INEI | 31,488,628 | 31,826,018 | 32,526,084 | 32,526,084 |
| Población con algún tipo de seguro | 29,002,779 | 28,940,060 | 29,602,942 | 30,355,608 |
| Población asegurada al SIS | 17,092,691 | 16,501,939 | 17,803,686 | 17,436,701 |
| Población sin seguro | 2,485,849 | 2,885,958 | 2,923,142 | 2,170,476 |
| Población objetivo del SIS | 19,578,540 | 19,387,897 | 20,726,828 | 19,607,177 |
| Cobertura Poblacional | 87.30% | 85.11% | 85.90% | 88.93% |
| Brecha en Cobertura poblacional | 12.70% | 14.89% | 14.10% | 11.07% |

Tabla 3

Variación de la población asegurada del SIS.

| Variación | | | | |
|-----------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| DETALLE | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Población asegurada al SIS | 17,092,691 | 16,501,939 | 17,803,686 | 17,436,701 |
| Variación | | -3.46% | 7.89% | -2.06% |



Figura 1. Frecuencia y porcentajes de los ítems correspondientes a la sub categoría Poblacional (Personas afiliadas) de la cobertura universal en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019.

En la tabla 2, en la tabla 3 y en la figura 1 como resultado de la población asegurada de los años 2016 al 2019 muestra actualizaciones en el número de asegurados y una brecha para cubrir el objetivo planteado, en el 2016 según INEI son 31, 488,628 el total de la población peruana, y 17,092.691 de la población están asegurado al Seguro Integral de Salud, siendo así como objetivo se tiene planteado llegar a los 19, 578,540 de habitantes que cuentan con seguros en el SIS que representa el 87.30% de la población, y la diferencia para cumplir el objetivo de determina como brechas que es 2, 485,840 habitantes que representa el 12.70% de la población. Asimismo en el año 2017, según INEI son 31, 826,018 el total de la población peruana, y 16,501.939 de la población están asegurado en el Seguro Integral de Salud, significa que

decreció el número de asegurados en comparación del año anterior, cuyo objetivo es llegar a los 19, 387,897 de habitantes que estén asegurados en el SIS que representa el 85.11% de la población, y la diferencia para llegar a cumplir el objetivo de determina como brechas que es 2, 885,958 de habitantes que representa el 14.89% de la población. En el año 2018, según el INEI son 32, 526,084 el total de la población peruana, y 17,803.686 de la población están asegurado en el Seguro Integral de Salud, significa que aumentó el número de asegurados en comparación del año anterior, cuyo objetivo es llegar a los 20, 726,828 de habitantes que estén asegurados en el SIS que representa el 85.90% de la población, y la diferencia para llegar a cumplir el objetivo de determina como brechas que es 2, 923,142 de habitantes que representa el 14.10% de la población. En el año 2019, según el INEI son 32, 526,084 el total de la población peruana, y 17,436.701 de la población están asegurado en el Seguro Integral de Salud has el mes de septiembre, significa que disminuyo el número de asegurados en comparación del año anterior, cuyo objetivo es llegar a los 19, 607,177 de habitantes que estén asegurados en el SIS que representa el 88.93% de la población, y la diferencia para llegar a cumplir el objetivo se determina como brechas que es 2, 170,476 de habitantes que representa el 11.07% de la población al mes de septiembre.

Asimismo la población asegurada en el Sistema Integral de Salud presenta una variación en los años del 2016 al 2019, en el año 2016 cuenta con 17, 092,691 asegurados en el SIS, en comparación del año 2017 cuenta con 16, 501,939 y su variación es de -3.46% significa que disminuyo el número de asegurados, el año 2018 cuenta con 17,803.686 de asegurados en el SIS, como variación es de 7.89% significa que aumentó el número de asegurados y disminuye las brechas, y por último en el año 2019 cuenta con 17,436,701 asegurados en el mes de septiembre y la variación es de 11.07% según avanza los años la brecha disminuye cuyo objetivo esta direccionado de forma ascendente.

3.2 Descripción de la Cobertura Universal - Poblacional

Tabla 4

Frecuencias y porcentajes de los ítems correspondientes a la sub categoría Prestacional, de la cobertura universal en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019.

| Prestacional | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|
| DETALLE | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Población asegurada al SIS | 17,092,691 | 16,501,939 | 17,803,686 | 17,436,701 |
| Atendidos en el periodo | 10,595,413 | 9,892,521 | 9,206,314 | 5,454,552 |
| Cobertura Prestacional | 61.99% | 59.95% | 51.71% | 31.28% |
| Brecha en Cobertura Prestacional | 38.01% | 40.05% | 48.29% | 68.72% |

Tabla 5

Variación prestacional del SIS

| Variación Prestacional | | | | |
|--------------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|
| DETALLE | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Atendidos en el periodo | 10,595,413 | 9,892,521 | 9,206,314 | 5,454,552 |
| Variación | | -6.63% | -6.94% | -40.75% |

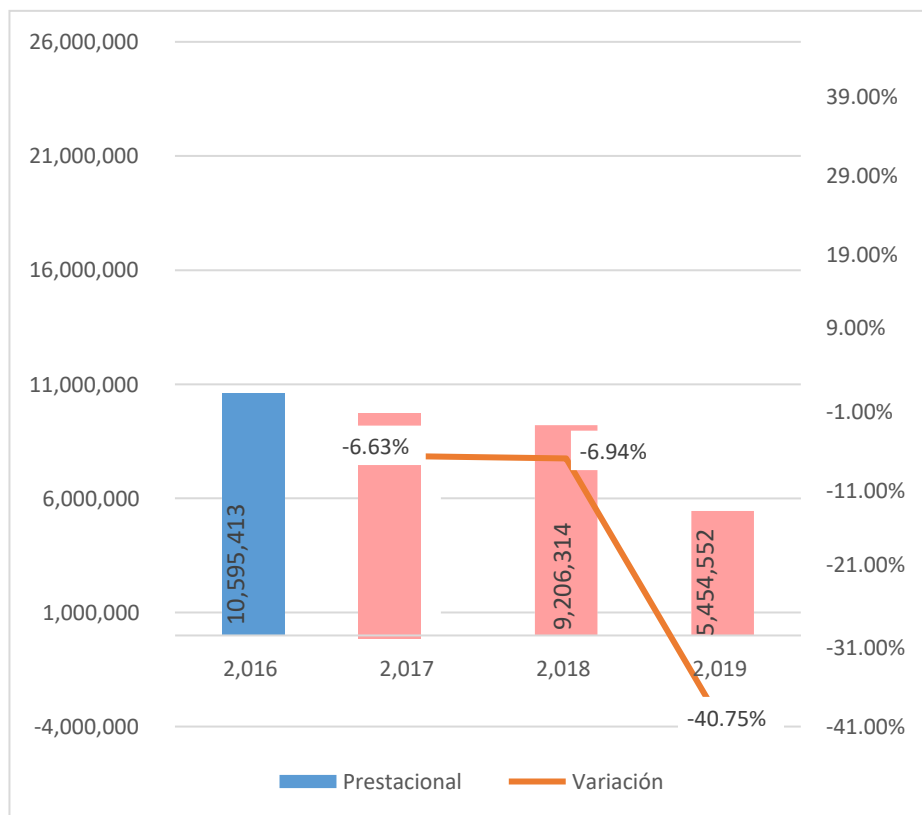


Figura 2. Frecuencia y porcentajes de los ítems correspondientes a la sub categoría Prestacional, de la cobertura universal en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019.

En la tabla 4, en la tabla 5 y en la figura 2 como resultado de la población atendida (prestacional) los números de asegurados a los números de atendidos existe una brecha y como objetivo es cubrir el 100% en el Seguro Integral de Salud de los años 2016 al 2019, se muestra en el año 2016 el número de población asegurados en el SIS es de 17, 092,691, y la población atendida durante el periodo es de 10,595,413, que representa el 61.99%, sin embargo queda una brecha del 38.01% de habitantes que no se atendieron en el seguro integral de salud. En el año 2017 el número de la población asegurada es de 16, 501,939, y la población atendida durante el periodo es de 9, 892,521, que representa el 59.95%, sin embargo, queda una brecha del 40.05% de habitantes que no se atendieron en el seguro integral de salud, significa aumento de número de personas que no se atendieron durante el año. Asimismo, en el año 2018 el número de la población asegurada es de 17, 803,686, y la población atendida durante el periodo es de 9, 206,314, que representa el 51.71%, sin embargo, queda una brecha del 48.29% de habitantes que no se atendieron en el seguro integral de salud, significa aumento del número de asegurados no atendidos en comparación del año anterior. En el año 2019 el número de la población asegurada es de 17,

436,701, y la población atendida durante el periodo es de 5, 454,552 hasta el mes de septiembre, que representa el 31.28%, sin embargo, queda una brecha del 68.72% de habitantes que no se atendieron en el seguro integral de salud, significa aumento del número de asegurados no atendidos en comparación del año anterior.

Asimismo se obtuvo como resultado la variación prestacional de todas las personas atendidas de los años 2016 al 2019, en el año 2016 el número de personas atendidos es de 10, 595,413 en comparación del año 2017 el número de personas atendidas es de 9, 892,521 teniendo una variación de -6.63%, que significa la disminución del número de personas atendidas ya sea por estado de bienestar en salud o prefieren sus atenciones de manera privada, asimismo en el año 2018 la población atendida en el seguro es de 9,206,314, y su variación del año anterior es de - 6.94%, en el 2019 el número de los asegurados atendidos es de 5,454,552, hasta el mes de setiembre, representa una variación de -40.75% en comparación del año anterior.

3.3 Descripción de la Cobertura Universal – Financiera

Tabla 6

Frecuencias y porcentajes de los ítems correspondientes a la sub categoría Financiera de la cobertura universal en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019.

| Financiera | | | | |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| DETALLE | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Población asegurada al SIS | 17,092,691 | 16,501,939 | 17,803,686 | 17,436,701 |
| Población sin seguro | 2,485,849 | 2,885,958 | 2,923,142 | 2,170,476 |
| Atendidos en el periodo | 10,595,413 | 9,892,521 | 9,206,314 | 5,454,552 |
| Costo actuarial | 3,250,704,898 | 3,376,894,585 | 3,474,251,430 | 3,563,775,191 |
| Financiamiento realizado | 1,647,734,713 | 1,517,652,318 | 1,614,075,826 | 18,625,729 |
| Cobertura financiera | 50.69% | 44.94% | 46.46% | 0.52% |

Tabla 7
Variación de análisis financiera

| Variación Financiera | | | | |
|---------------------------------|---------------|---------------|---------------|------------|
| DETALLE | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Financiamiento realizado | 1,647,734,713 | 1,517,652,318 | 1,614,075,826 | 18,625,729 |
| Variación | | -7.89% | 6.35% | -98.85% |

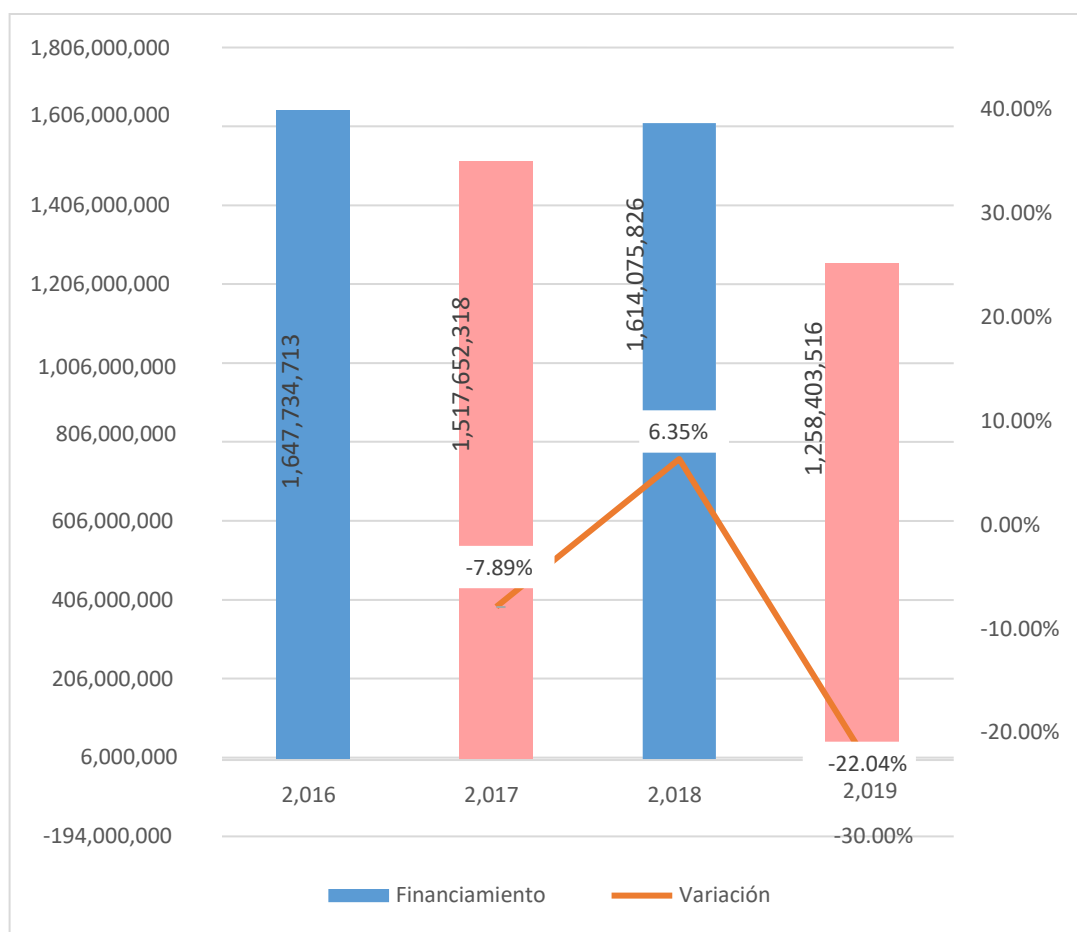


Figura 3. Frecuencia y porcentajes de los ítems correspondientes a la sub categoría Financiera, de la cobertura universal en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019.

En la tabla 6, en la tabla 7 y en la figura 3 como resultado en el enfoque dimensional de cobertura Financiera es el costo actuarial de los números de asegurados y determina la brecha de atendidos, como objetivo es cubrir el 100% en la atención del asegurado en el Seguro Integral de Salud de los años 2016 al 2019, en el año 2016 el costo actuarial es de 3,250,704,898 del total de la población asegurada que es 17,092,69, sin embargo el número de población atendido es 10,595,413, consecuente a ello, el financiamiento realizado es 1,647,734,713, presentando una cobertura financiera del 50.69%. En el año 2017 el costo actuarial es de 3,376,894,585 del total de la población asegurada que es 16,501,939, sin embargo, el número de población atendido es 9,892,521 consecuente a ello, el financiamiento realizado es 1,517,652,318, presentando una cobertura financiera del 44.94%. En el año 2018 el costo actuarial es de 3,474,251,430 del total de la población asegurada que es 17,803,686, sin embargo, el número de población atendido es 9,206,314 consecuente a ello, el financiamiento realizado es 1,614,075,826 presentando una cobertura financiera del 46.46%. En el año 2019 el costo actuarial es de 3,563,775,191 del total de la población asegurada que es 17,436,701 al mes de septiembre, sin embargo, el número de población atendido es 5,454,552 consecuente a ello, el financiamiento realizado es 18,625,729 presentando una cobertura financiera del 0.52%.

Asimismo, se obtuvo como resultado, la variación de financiera de todas las personas atendidas de los años 2016 al 2019. En el año 2016 el financiamiento realizado es de 1, 647, 734,713 comparando al año 2017 que es 1, 517, 652,318, presentando una variación de -7.89%, en el año 2018 el financiamiento realizado es de 1, 614, 075,826, teniendo una variación de 6.35% en comparación del año anterior, asimismo en el año 2019 al mes de septiembre el financiamiento realizado es de 18, 625,729, teniendo como variación -98.85% en comparación del año anterior.

IV. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Discusión

La investigación realizada, tuvo como objetivo analizar, comparar el crecimiento de la Cobertura Universal del Seguro integral de Salud para la cobertura de brechas, periodo 2016- 2019; es decir, comparar el número de asegurados, el número de la población atendida y el financiamiento de los años en mención, así determinar las brechas que se tiene como objetivo y su variación de los consecutivos.

Coincide con Ysurraga (2018) porque indicó que el constante crecimiento de la población y los cambios demográficos según pasan los años, induce a que las enfermedades están en aumento, por los múltiples cambios que realiza el ser humano, es por ello, que el estado peruano tiene el deber de proteger a la ciudadanía; según la investigación aplicada se determinó que existe una variación notable en la cobertura universal, las brechas por cubrir en la poblacional, prestacional, y financiera entre los años 2016-2019. Así como también el mayor control en los sistemas de registro y validación que ha permitido identificar los problemas de filtración. Según el PEI (Plan Estratégico Institucional), periodo 2017-2019 del Seguro Integral de Salud se estableció los objetivos estratégicos para incrementar la cobertura poblacional, a través de las siguientes acciones; la afiliación directa, afiliación colectiva, convenios con universidades, programas de promoción de los productos SIS a través de los diferentes canales, entre otros.

Asimismo, coincide con Leviller y Padilla (2017) en donde indicó que uno de los principales retos que tiene el estado es cubrir las brechas sociales en salud, el acceso universal a la salud pública y la cobertura universal, quiere decir que todas las personas tengan las mismas atenciones, sin diferencia alguna ni discriminación, asimismo determinar de acuerdo a las necesidades y enfermedades que presentan, se confirma mediante el grafico 1, donde explica la variación y los resultados, indica la cantidad de población asegurada en el Seguro Integral de salud de los años 2016 al 2019, existen brechas para cubrir el objetivo planteado de cada año. Por ejemplo, en el año 2018 registra 17, 803,686 de pobladores que tienen un seguro en el SIS, de los 32, 526,084 número de población que presenta el INEI, siendo así el SIS como objetivo tiene asegurar a 20, 726,828 durante el año en mención, que representa el 85.90%, sin embargo, existe

una brecha de 2, 923,142 que representa el 14.10%, es por ello que el estado peruano propone unificar el sistema de salud con su propio financiamiento para obtener una alta calidad de atención a los asegurados.

Coincide con Montañez (2018) porque nos dice que en el Perú actualmente existen proyectos de implementación mediante métodos políticos en aseguramiento universal en el sector salud, así pudiendo mejorar el acceso en atención al paciente, mediante el grafico número 2; donde reafirma la variación de las brechas por cubrir en la Cobertura Universal, entre los años 2016 al 2019, por ejemplo en el año 2018 presenta 17,803,686 pobladores asegurados al Seguro Integral de Salud, sin embargo atendidos en el periodo presentan 9,206,314, que representa el 51.71%, y la brecha de la cobertura prestacional es de 48.29% durante el año en mención.

Coincide con Giménez, Rodríguez, Ocampos y Barrios (2018) donde explicó las Naciones Unidas unos de sus principales objetivos para el 2030 es obtener un desarrollo sostenible en la cobertura Universal de Salud, logrando una protección financiera para cubrir las atenciones médicas ante una enfermedad, mediante el grafico número tres se reafirma que es uno de los grandes problemas en la actualidad para las atenciones al asegurado, según los resultados obtenidos de los años 2016-2019. Por ejemplo, en el año 2018 el costo actuarial es 3,474,251,430, de toda la población asegurada, que es 17,803,686, sin embargo, atendidos en el periodo son 9,206,314, y el financiamiento realizado es de 1,614,075,826 que representa una cobertura financiera de 46.46%.

Coincide con Montañez (2018) donde explicó que el Perú debe de implementar proyectos de reformas en el sector Salud, aplicando métodos estratégicos para que exista un fondo económico únicamente dirigido en salud, esto permite la seguridad y el cuidado de la población ante cualquier situación que se pueda presentar ya sea de forma personal o familiar, de esta manera se logrará satisfacer el 100% en la atención a los asegurados, que presentan diferentes enfermedades y pueden ser atendidos en diferentes hospitales ya sean públicos o privados.

4.2 Conclusiones

Primero : El Seguro Integral de Salud mejoró sus controles de asegurados a nivel nacional, para reducir sus problemas de filtración (existe personas asegurados en regímenes no correspondientes), asimismo incrementó el número de sus afiliados en 5.87% para el 2018 respecto al 2016, de esta manera también se mejoró el sistema de las atenciones a los asegurados, como por ejemplo la recepción de los pacientes, satisfacción de medicinas, maquinas óptimas para la mayor cantidad de centros de salud, y los médicos abastos en los diferentes centro de atención de salud ya sea en las postas, hospitales públicos, entre otros, generando bienestar y seguridad a la ciudadanía peruana, de esta manera se explica que el financiamiento (presupuesto público) es uno de los pilares para respaldar las atenciones de los asegurados.

Segundo : La ineficiencia y dejadez de parte del gobierno de turno, no permite cumplir con el objetivo de cubrir brechas en el sector salud, el acceso universal a la salud pública y la cobertura universal, donde todas las personas tengan las mismas atenciones, sin diferencias ni discriminación, y determine de acuerdo a las necesidades y enfermedades que presentan, según el grafico dos existen variaciones en el número de población asegurada de los años 2016 al 2019 y brechas por cubrir, por ejemplo en el año 2018 registra 17, 803,686 pobladores que tienen un seguro en el SIS, de los 32, 526,084 número de población que presenta el INEI, el SIS como objetivo tiene asegurar a 20, 726,828 durante el año en mención, representa el 85.90%, sin embargo existe una brecha de 2, 923,142 que representa el 14.10%, es por ello que el estado peruano de unificar el sistema de salud, las más afectadas son la población vulnerable, personas de zonas rurales, por mala toma de decisiones de los líderes en salud y políticos.

Tercero : Los proyectos de salud que existen para la implantación de métodos políticos de salud en el gobierno peruano, propone mejorar el acceso en atención a los asegurados, con presencia y compromiso del gobierno de turno, debido a esto como prioridad es aprobar los proyectos planteados para la mejora del sistema de salud, ya

que existe una gran población que presentan diferentes tipos de enfermedades y se debe priorizar las atenciones, los problemas frecuentes se puede ver, mediante el grafico número dos, se evaluó los años 2016 al 2019, por ejemplo en el año 2018 presenta 17,803,686 pobladores asegurado al Seguro Integral de Salud, sin embargo atendidos en el periodo presentan 9,206,314, que representa el 51.71%, y la brecha de la cobertura prestacional es de 48.29% durante el año en mención.

Cuarto : De este modo el desarrollo sostenible en la Cobertura Universal de Salud, se pretende lograr una protección financiera para cubrir las atenciones médicas en distintas enfermedades que se presentan, como efecto cubrir la brechas de toda la población de la Cobertura Universal, en el grafico número tres muestra como resultado los grandes problemas en financiamiento, en la actualidad para la atención al asegurado, según los resultados obtenidos de los años 2016-2019. Por ejemplo, en el año 2018 el costo actuarial es 3,474,251,430, de toda la población asegurada, que es 17,803,686, sin embargo, atendidos en el periodo son 9,206,314, y el financiamiento realizado es de 1,614,075,826 que representa una cobertura financiera de 46.46%.

Quinto : La reforma en el sector Salud, se optimizará aplicando métodos estratégicos para un fondo económico únicamente dirigido en salud, esto permitirá la seguridad y el cuidado de la población ante cualquier situación que se pueda presentar ya sea de forma personal o familiar, se basa en protección social en salud, que implica el acceso a una atención integral del asegurado, como derecho universal de los peruanos, asimismo se necesita nuevas reformas que tengan medidas sistemáticas para consolidar y unificar el sistema de salud por funciones, y las atenciones se deben realizar en diferentes centros de salud de diferentes lugares del país.

4.1 Recomendaciones

- Primera** : Fortalecer la política de salud en aseguramiento universal, para cumplir con el objetivo del plan bicentenario al 2021 (política de estado), donde se indica que todo residente en el territorio peruano debe contar con un seguro, y rentabilidad en las tres coberturas, poblacional, prestacional y financiera.
- Segunda** : Promover con más frecuencia el seguro de afiliación gratuito en las zonas andinas y en la Amazonia peruana, para cubrir las brechas de la Cobertura Universal en Salud; asimismo implementar medicinas y equipos médicos de última generación para los hospitales y postas medicas afiliadas al SIS, para el beneficio de cada asegurado.
- Tercera** : Promover la creación de sistema que permita el acceso a la información de manera inmediata de las atenciones otorgadas, asimismo evaluar la posibilidad de crear un sistema que permita a los asegurados atenderse en cualquier hospital y posta medica del Perú, sin vulnerar la adscripción, (emergencias).
- Cuarta** : Asignar mayor presupuesto para cubrir las brechas en la Cobertura Universal de Salud por parte del estados, logrando un fondo de financiamiento para cubrir las atenciones necesarias del asegurado frente a distintas enfermedades que presenta, asimismo actualizar el estudio actuarial elaborado por el Seguro Integral de Salud.
- Quinto** : La reforma en el sector Salud, se optimizará aplicando métodos estratégicos para un fondo económico únicamente dirigido en salud, esto permitirá la seguridad y el cuidado de la población ante cualquier situación que se pueda presentar ya sea de forma personal o familiar, asimismo se necesita nuevas reformas que tengan medidas sistemáticas para consolidar y unificar el sistema de salud por funciones, consecuentemente las atenciones se deben realizar en diferentes centros de salud de diferentes lugares del país.

REFERENCIAS

- Alcalde, J., Lazo, O., Macías, N., Contreras, C., y Espinosa, O. (2019) *sistema de salud en el Perú: Situación actual, Desafíos y Perspectivas*. Revista Internacional de Salud Materno Fetal.
- Artaza, O., Toro, O., Fuentes, A., Alarcón, A., & Arteaga, O. (2013) *gobierno de redes asistenciales: evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile*. Salud pública de México.
- Banco Mundial, (2016) *financiamiento de la salud en el Perú*. Public Disclosure Authorized.
- Benites, V., Lozada, M., Urrunaga, D., Márquez, E., Moncada, E., & Mezones, E. (2017) *factores asociados a la no utilización de los servicios formales de prestación en salud en la población peruana: análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2015*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.
- Bernal, C. (2006) *Metodología de la investigación para administración, economía, humanidades y ciencias sociales (2ª edición ed.)*. México: Pearson Educación de México, S.A. de C.V.
- Bonatti, P. (2019) *las meta decisiones y la teoría de la Racionalidad instrumental mínima*. Ciencias Administrativas.
- Bustamante, Guerrero, (2018) *incidencia del gasto público del Ecuador en el mejoramiento de la cobertura del sector salud en el periodo 2007-2016* (Bachelor's thesis) Quito: Universidad Central de Ecuador.
- Cerda, H. (1993) *los elementos de la investigación como reconocerlos, diseñarlos y construirlos*. Quito: El búho LTDA.
- Gutiérrez, C., Romaní F., Wong, P., & Del Carmen Sara, J. (2018, January) *brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú*. In Anales de la Facultad de Medicina (Vol. 79, No. 1, pp. 65-70). UNMSM. Facultad de Medicina.
- Chiavenato, I. (2006) *introducción a la Teoría General de la Administración*. México: McGraw

Hill.

- Chiavenato, I. (2007) *administración de Recursos Humanos*. México: McGraw Hill.
- Frenk, J., González E., Gómez, O., Lezana, M., & Knaul, F. (2007) *reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México*. Salud pública de México.
- García, R. (2018) *una aproximación a partir de la teoría de sistemas al comportamiento de la organización social*. Bolivia: Universidad San Francisco de Asís.
- García H., Díaz P., Ávila Chávez, D., Avila D., & Cuzco, M. (2015) *la Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud*. In Anales de la Facultad de Medicina UNMSM. Facultad de Medicina.
- Giménez; Rodríguez; Ocampos & Barrios; (2018) *gasto catastrófico y cobertura universal de salud: Análisis en el Sistema Nacional de Salud del Paraguay*. (Artículo Anales de la Facultad de Ciencias Médicas) Paraguay: Universidad Nacional de Concepción.
- Góngora, (2018) “*Análisis de la cobertura del servicio de suplementación con hierro a niños y niñas de 6 a menos de 36 meses en el distrito de Pisuquia, provincia de Luya, departamento de Amazonas*” (Tesis de Magister), Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Grisson (2017) *las Asociaciones Público-Privadas como mecanismo para reducir brechas de competitividad del factor capital humano y físico entre las regiones Lima y Cajamarca 2011-2016*. (Tesis de licenciatura) Lima: Universidad Cesar Vallejo.
- González, D., & Ramírez, J., (2017) *gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México*. Papeles de población.
- Guerra. (2017) *las reformas del sistema de salud en el Perú en la última década: un análisis crítico y elementos para un nuevo sistema*. (Tesis para optar el grado académico de doctor en medicina). Lima Perú: Universidad San Martín de Porres.
- Gutiérrez, C., Romaní, F., Wong, P., & Del Carmen Sara, J. (2018) *brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú*. In Anales de la Facultad de Medicina (Vol. 79, No. 1, pp. 65-70). UNMSM. Facultad de Medicina.

- Hernández, M. (2004) *crecimiento económico y salud en América Latina: un dilema no resuelto*. Ecos de Grado y Posgrados. Banco Mundial.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014) *Metodología de la Investigación*. Sexta Edición, McGraw-Hill. México.
- Hurtado, D. (2011) *Teoría General de Sistemas* (Segunda Edición). Colombia: Universidad San Martín.
- Knaut, F., González, E., Gómez, O., García, D., Arreola, H., Barraza, M., Sandoval, R., Caballero, F. Hernández M., Juan M., Kershenovich Gustavo, & Ruelas E., (2013) *hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México*. Salud pública de México.
- Lazo, O., Alcalde, J., y Espinosa, O. (2016) *el sistema de salud en Perú. Situación y desafíos*. Universidad Cayetano Heredia
- Leviller & Padilla. (2017) *análisis de los efectos de las inversiones del fondo de compensación regional del SGR en el cierre de brechas sociales en educación y salud en Colombia*. (Tesis de Maestro). Colombia: Universidad de la Salle Ciencia Unisalle.
- Malo, M, & Malo, N. (2014) *reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.
- Medina, P, Willig, R., y Cucho, M., (2014) *financiamiento de la Política en el Perú*. IDEA Internacional, Konrad Adenauer Stiftung V, Oficina Nacional de Procesos Electorales (ONPE).
- Mendoza, P., Rivera, G., Gutiérrez, C., y Sanabria, C. (2018) *el proceso de reforma del sector salud en Perú*. Revista Panamericana de Salud Pública.
- Mezones E., Amaya, E., Bellido L., Mougnot, B., Murillo, J., Villegas, J., & Del Carmen, S., (2019) *cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.
- Mezones E., Amaya, E., Bellido L., Mougnot, B., Murillo, J., Villegas, J., & Del Carmen, S., (2019) *cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.

- Montañez (2018) *análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú*. (Tesis de doctoral). Madrid: Universidad Complutense.
- Monje, C. (2011) *Metodología de la investigación cualitativa y cualitativa guía didáctica*. Neiva.
- Paz, S., (2017) *economía de la Salud II*. Bogotá D.C. Fundación Universitaria del Área Andina.
- Pezones, E., Amaya, E., Bellido, L., Mougnot, B., Murillo, J. P., Villegas-Ortega, J., & Sara, J. (2019) *cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.
- Pignuoli, O. (2013) *doble contingencia y orden social desde la teoría de sistemas de Niklas Luhmann*, Sociologica. México
- Ponce (2018) *el presupuesto Público para inversiones y sus implicancias en el desarrollo sectorial peruano 2010-2017*. (Tesis de Licenciatura), Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.
- Rivas, L. (2009) *evolución de la teoría de la organización*. México: Universidad y Empresa.
- Robledo, J. (2009) *observación Participante: informantes claves y rol del investigador*. Nure Investigación.
- Ruiz, (2019) *la incidencia de los proyectos del presupuesto de inversión pública en el sector salud del departamento de Chuquisaca Periodo 1998-2016* (Tesis doctoral), Bolivia: Universidad mayor de san Andrés.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (2012) *introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Buenos Aires: PAIDOS.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (2012) *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Buenos Aires: PAIDOS.
- Velásquez, A., Suarez, D., y Nepo-Linares, E. (2016) *reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.
- Yavich, N., Báscolo, E., & Haggerty, J. (2016) *financiamiento, organización, costos y desempeño de los servicios de los subsistemas de salud argentinos*. Salud pública de

México.

Ysurraga, (2018) *análisis y propuesta de financiamiento para el Seguro Integral de Salud*.

(Tesis de Magister). Perú: Universidad del Pacifico.

Ypanaqué, P., & Martins, M. (2015) *uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.

Zambrano, A., Ramírez, M., Yepes, F. J., Guerra, J. A., & Rivera, D. (2008) *¿Qué muestran las Encuestas de Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia?* Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

ANEXOS

Matriz de la investigación

Título: La Cobertura Universal en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019

| Problema general | Objetivo general | Categoría 1: Cobranza Coactiva | | |
|--|--|---|--|--|
| | | Sub categorías | Indicadores | |
| ¿Cuál es la variación de la cobertura universal del Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019? | Determinar la variación de la cobertura universal del Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019? | Poblacional (Personas afiliadas) | 1. Régimen Subsidiado (SIS gratuito) | |
| | | | 2. Régimen Contributivo (SIS independiente) | |
| | | | 3. Régimen Semiccontributivo (SIS microempresas y emprendedor) | |
| | | Prestacional | 4. Régimen Subsidiado (SIS gratuito) | |
| | | | 5. Régimen Contributivo (SIS independiente) | |
| | | | 6. Régimen semicontributivo (SIS microempresas y emprendedor) | |
| | | Financiera | 7. Financiamiento Público | |
| | | | 8. Financiamiento Privado | |
| | | | 9. Financiamiento Mixto | |
| Problemas específicos | Objetivos específicos | Técnicas e instrumentos | Procedimiento y análisis de datos | |
| ¿Cuál es el número de asegurados en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019? | Comparar el número de asegurados en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019. | Técnicas: Revisión documental | Instrumentos : Guía de revisión documental | Procedimiento: Diseño de base de datos Análisis de datos: Estadística descriptiva |
| ¿Cuál es el número de prestaciones atendidas en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019? | Confrontar el número de prestaciones atendidas en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019. | Enfoque, tipo, método y diseño | | |
| ¿Cuál es el financiamiento en el Seguro Integral de Salud, Periodo 2016-2019? | Cotejar el financiamiento en el Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019. | Enfoque: Cuantitativo Tipo: Sustantivo Método: Descriptivo Diseño: Comparativo, descriptivo simple | | |

Instrumento Cuantitativo

| COBERTURA UNIVERSAL 2016-2019 | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------|------|---------------|------|---------------|------|---------------|------|
| N° | DETALLE | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | |
| | | 31488625 | | 31826018 | | 32162184 | | 32495510 | |
| 1 | Población INEI | 31,488,628 | (1) | 31,826,018 | (1) | 32,526,084 | (1) | 32,526,084 | (1) |
| 2 | Población con algún tipo de seguro | 29,002,779 | (2) | 28,940,060 | (2) | 29,602,942 | (2) | 30,355,608 | (2) |
| | Población asegurada al SIS | 17,092,691 | | 16,501,939 | | 17,803,686 | | 17,436,701 | |
| | Población asegurada a Essalud | 10,397,079 | | 11,141,726 | | 10,388,019 | | 11,507,670 | |
| | Población asegurada a FFAA y PNP | 1,513,009 | | 1,296,395 | | 564,628 | | 564,628 | |
| | Compañía de Seguros | - | | - | | 846,609 | | 846,609 | |
| 3 | Población sin seguro | 2,485,849 | (3) | 2,885,958 | (3) | 2,923,142 | (3) | 2,170,476 | (3) |
| 4 | Población objetivo del SIS | 19,578,540 | (4) | 19,387,897 | (4) | 20,726,828 | (4) | 19,607,177 | (4) |
| 5 | Cobertura Poblacional | 87.30% | (5) | 85.11% | (5) | 85.90% | (5) | 88.93% | (5) |
| 6 | Brecha en Cobertura poblacional | 12.70% | (6) | 14.89% | (6) | 14.10% | (6) | 11.07% | (6) |
| 7 | Atendidos en el periodo | 10,595,413 | (7) | 9,892,521 | (7) | 9,206,314 | (7) | 5,454,552 | (7) |
| 8 | Cobertura Prestacional | 61.99% | (8) | 59.95% | (8) | 51.71% | (8) | 31.28% | (8) |
| 9 | Brecha en Cobertura Prestacional | 38.01% | (9) | 40.05% | (9) | 48.29% | (9) | 68.72% | (9) |
| 10 | Costo actuarial | 3,250,704,898 | (10) | 3,376,894,585 | (10) | 3,474,251,430 | (10) | 3,563,775,191 | (10) |
| 11 | Financiamiento realizado | 1,647,734,713 | (11) | 1,517,652,318 | (11) | 1,614,075,826 | (11) | 1,258,403,516 | (11) |
| 12 | Cobertura financiera | 50.69% | (12) | 44.94% | (12) | 46.46% | (12) | 0.52% | (12) |
| 13 | Brecha en cobertura financiera | 49.31% | (13) | 55.06% | (13) | 53.54% | (13) | 99.48% | (13) |

Instrumento cuantitativo

| Año | 2,016 | 2,017 | 2,018 | 2,019 |
|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Asegurados | 17,092,691 | 16,501,939 | 17,803,686 | 17,436,701 |
| Variación | | -3.46% | 7.89% | -2.06% |
| Prestacional | 10,595,413 | 9,892,521 | 9,206,314 | 5,454,552 |
| Variación | | -6.63% | -6.94% | -40.75% |
| Financiamiento | 1,647,734,713 | 1,517,652,318 | 1,614,075,826 | 1,258,403,516 |
| Variación | | -7.89% | 6.35% | -22.04% |

| POBLACION ASEGURADA | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|
| DETALLE | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Población INEI | 31,488,628 | 31,826,018 | 32,526,084 | 32,526,084 |
| Población con algún tipo de seguro | 29,002,779 | 28,940,060 | 29,602,942 | 30,355,608 |
| Población asegurada al SIS | 17,092,691 | 16,501,939 | 17,803,686 | 17,436,701 |
| Población sin seguro | 2,485,849 | 2,885,958 | 2,923,142 | 2,170,476 |
| Población objetivo del SIS | 19,578,540 | 19,387,897 | 20,726,828 | 19,607,177 |
| Cobertura Poblacional | 87.30% | 85.11% | 85.90% | 88.93% |
| Brecha en Cobertura poblacional | 12.70% | 14.89% | 14.10% | 11.07% |

| PRESTACIONAL | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|
| DETALLE | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Población asegurada al SIS | 17,092,691 | 16,501,939 | 17,803,686 | 17,436,701 |
| Atendidos en el periodo | 10,595,413 | 9,892,521 | 9,206,314 | 5,454,552 |
| Cobertura Prestacional | 61.99% | 59.95% | 51.71% | 31.28% |
| Brecha en Cobertura Prestacional | 38.01% | 40.05% | 48.29% | 68.72% |

| FINANCIERA | | | | |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| DETALLE | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Población asegurada al SIS | 17,092,691 | 16,501,939 | 17,803,686 | 17,436,701 |
| Población sin seguro | 2,485,849 | 2,885,958 | 2,923,142 | 2,170,476 |
| Atendidos en el periodo | 10,595,413 | 9,892,521 | 9,206,314 | 5,454,552 |
| Costo actuarial | 3,250,704,898 | 3,376,894,585 | 3,474,251,430 | 3,563,775,191 |
| Financiamiento realizado | 1,647,734,713 | 1,517,652,318 | 1,614,075,826 | 18,625,729 |
| Cobertura financiera | 50.69% | 44.94% | 46.46% | 0.52% |

MATRICES DE TRABAJO

Problema de Investigación a Nivel Internacional, Nacional, Local

| | | | |
|---|---|---|--|
| Problema de investigación a nivel internacional | Informe mundial #1 | Esencia del problema | <p>Consolidación del problema</p> <p>Internacional</p> <p>La Salud es un derecho del ser humano, los estados internacionales tienen la obligación de garantizar sus servicios, es por ello que Sistema Internacional de Salud prioriza las atenciones (primarias), como resultado optimizando el bienestar físico, mental y social, de cada persona.</p> <p>Reforma en sanidad a nivel internacional tiene como prioridad la facilidad de los servicios, fortalecer las atenciones a todos los ciudadanos, con el fin de disminuir cada vez más las enfermedades, además la ampliación del financiamiento es para reforzar y mejorar el sistema, para optimizar la atención de cada individuo.</p> <p>Como objetivo es comparar la evolución de la cobertura poblacional en salud, logrando el acceso a los servicios y las atenciones en Salud, el proceso consiste en los elementos que reúnen para cumplir con los objetivos de conceder atención médica de modo sistemático el método adecuado de las estrategias que implementan en los programas para crear más acceso eficaz y eficiente de los servicios a nivel internacional en temas de salud (Sánchez 2017; Malo y Corral 2014; Artaza, Torodevia, Fuentes, Alarcán y Arteaga 2013).</p> |
| | Participación en salud | <ul style="list-style-type: none"> • Establecer un Sistema Nacional de Salud, mejorar las atenciones primarias en sanidad, garantizando un óptimo resultado, el bienestar físico, mental y social, presentado cada vez más la deserción de las enfermedades. • La ampliación del financiamiento para reforzar las transformaciones, modificaciones materiales de tarea original, innovación y cambio de nueva maquinaria tecnológica. • Que el desarrollo, cambio y mejora en salud tiene como desafío la sustentar a detalle los procesos, y el financiamiento del sistema, • obteniendo la inscripción de toda la ciudadanía, para cuantificar el costo total Malo, y Corral, (2014). | |
| | Título del informe | | |
| | reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio | | |
| | Referencia: Malo-Serrano, M., & Malo-Corral, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. <i>Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública</i> , | | |
| | https://www.scielo.org/pdf/rpmesp/2014.v31n4/754-761/es | | |
| | Informe mundial #2 | Esencia del problema | |
| | Brindar servicios en salud | <ul style="list-style-type: none"> • El gobierno de las redes asistenciales mediante una evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial – CIRA, buscan una reforma, así pudiendo optimizar los sistemas en el sector salud en el País Chile. • Los servicios de salud corresponden a los hospitales y centros ambulatorios públicos de su región, así como a centros privados que prestan servicios a las redes públicas mediante convenios de compra de servicios. • En Chile, la evolución de salud indica que las funciones del superior, aseguramiento y prestación de servicios, dejando la función de gestor de la red asistencial como responsabilidad del presidente del servicio de salud. | |
| | Título del informe | | |
| | Gobierno de redes asistenciales: evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile | | |
| | Referencia: Artaza-Barrios, O., Toro-Devia, O., Fuentes-García, A., Alarcón-Hein, A., & Arteaga-Herrera, O. (2013). Gobierno de redes asistenciales: evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile. <i>Salud pública de México</i> , 55, 650-658. | | |
| | https://www.scielo.org/pdf/spm/2013.v55n6/650-658/es | | |
| Informe mundial #3 | Esencia del problema | | |
| Reforma de la salud en Ecuador | <ul style="list-style-type: none"> • Mayor acceso a los servicios y atención de Salud, el proceso consiste en los elementos que convergen para cumplir con los objetivos de otorgar atención médica de manera oportuna. | | |
| Título del informe | | | |
| Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| | de salud | | | |
| | Referencia: Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. <i>Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social</i> , 55(1), 82-89. | <ul style="list-style-type: none"> Mayor acceso a los servicios y atención de Salud, el proceso consiste en los elementos que reúnen para cumplir con los objetivos de conceder atención médica de modo sistemático. El método adecuado de las estrategias que se implementen en los programas para crear más acceso a los servicios a nivel internacional en temas de salud. | | |
| | https://www.redalyc.org/pdf/4577/Resumenes/Resumen_457749297021_1.pdf | | | |
| Problema de investigación a nivel nacional | Informe nacional #1 | Esencia del problema | Consolidación del problema | |
| | Incrementar la cobertura poblacional en salud | <ul style="list-style-type: none"> Los procesos pueden verse reflejados en el incremento en la cobertura de afiliación a algún tipo de seguro de salud. Los afiliados al SIS buscaban atención y cuidado por problemas de salud en establecimientos del MINSA o de las redes de salud públicas de los Gobiernos Regionales. Estos resultados obligan a prestar atención a otros factores que estarían restringiendo la mejora en el acceso a los servicios de salud, especialmente en pobladores pobres protegidos financieramente. La cobertura prestacional se encuentran la brecha de infraestructura y equipamiento de servicios de salud, la poca articulación de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. | Nacional | |
| | Título del informe | | En el Perú en los últimos años se generaron una serie de cambios en reforma del Sector Salud, cuya finalidad es la protección de los derechos humanos, para acrecentar la cobertura poblacional en salud (personas afiliadas al Seguro Integral de Salud – SIS), consecuentemente se ha reflejado en una tendencia decreciente en las atenciones a los asegurados, cuyo objetivo Cobertura Universal de Salud se define la falta de rectoría del gobierno de turno y el cumplimiento de las políticas. | |
| | Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú. | | | |
| | Referencia: Gutiérrez, C., Romani Romani, F., Wong, P., & Del Carmen Sara, J. (2018, January). Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú. In <i>Anales de la Facultad de Medicina</i> (Vol. 79, No. 1, pp. 65-70). UNMSM. Facultad de Medicina. | | | Existen situaciones limitantes debido a la falta de recursos presupuestarios, (Publica) como infraestructura, tecnología, personal no capacitado entre otros, se ve la decadencia de incrementar la cobertura de servicios en salud, siendo como objetivo el fortalecimiento de los sistemas de salud y la protección de la salud de cada ciudadano sin embargo los más afectados son las poblaciones urbanas pobres. |
| | http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v79n1/a12v79n1.pdf | | | |
| | Informe nacional #2 | Esencia del problema | La poca participación del estado induce a la falta de rectoría para controlar el sistema presupuestal en salud, para lograr alcanzar el objetivo de cobertura universal se necesita disminuir las brechas, y la prioridad son poblaciones vulnerables, persona de pobreza y pobreza extrema, personas con discapacidades, personas con enfermedades avanzadas. (Gutierrez, Romani, Wong y Del Carmen | |
| | Cobertura de brechas en salud | <ul style="list-style-type: none"> La cobertura de aseguramiento en salud (CAS) en Perú para el periodo 2009-2017 y evaluar los principales factores demográficos, sociales y económicos asociados. análisis secundario de la Encuesta Nacional de Hogares. Para cada año estimamos la CAS global, del Seguro Integral de Salud (SIS) y del Seguro Social en Salud (EsSalud), y realizamos pruebas de tendencias anuales. Para los años 2009 (Ley de Aseguramiento Universal en Salud), 2013 (reforma del sector salud) y 2017, construimos una variable politómica del tipo de aseguramiento (SIS/ESSalud/No asegurado) y estimamos razones relativas de prevalencia (RRP) con intervalos de confianza (IC) al 95% mediante modelos logísticos multinomiales para muestras complejas. La CAS ha incrementado durante el periodo 2009-2017. No obstante, las características de la población asegurada difieren | | |
| | Título del informe | | | |
| | Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la ley de aseguramiento universal. | | | |
| Referencia: Mezones-Holguín, E., Amaya, E., Bellido-Boza, L., Mougnot, B., Murillo, J. P., Villegas-Ortega, J., & Sara, J. C. D. C. (2019). Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal. <i>Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública</i> , 36, 196-206. | | | | |

| | | |
|---|--|--|
| | de acuerdo con el tipo de seguro. | 2018; Mezones, Amaya, Bellido, Moguenout y Villegas 2019; Benites, Lozada, Urrupaga, Marquez, Moncada y Mezones 2017). |
| https://www.scielo.org/pdf/rpmesp/2019.v36n2/196-206/es | | |
| Informe nacional #3 | Esencia del problema | |
| Consolidación del problema | <ul style="list-style-type: none"> • Estimar la prevalencia de la no utilización de los servicios formales de prestación de salud (NUSFPS) y sus factores asociados en Perú. • El 60% de la población en el 2015 presentado algún síntoma, malestar, enfermedad, recaída de enfermedad crónica o accidente durante el último mes(diciembre), no acudieron a los servicios de salud • se asoció con condiciones geográficas y de aseguramiento. Se sugieren políticas públicas informadas en la evidencia para mejorar esta situación. | |
| Título del informe | | |
| factores asociados a la no utilización de los servicios formales de prestación en salud en la población peruana: análisis de la encuesta nacional de hogares (enaho) 2015 | | |
| Referencia: Benites-Zapata, V. A., Lozada-Urbano, M., Urrunaga-Pastor, D., Márquez-Bobadilla, E., Moncada-Mapelli, E., & Mezones-Holguín, E. (2017). Factores asociados a la no utilización de los servicios formales de prestación en salud en la población peruana: análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2015. <i>Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública</i> , 34, 478-484. | | |
| https://www.scielo.org/pdf/rpmesp/2017.v34n3/478-484/es | | |

| Causa | Sub causa | ¿Por qué? | Consolidación parcial del problema | Consolidación del problema Local |
|--------------|--------------------------------------|---|---|---|
| C1. Personal | 1. Falta de capacitación | 1. Limitada asignación presupuestaria para realizar la capacitación | La falta de capacitación limita el desarrollo de trabajo en la organización, asimismo el poco compromiso personal no establece un buen clima laboral, no se logra concretar el objetivo planteado, la falta de conocimientos y profesionales del tema prevé la decadencia del crecimiento y la buena atención al ciudadano, no se logra obtener una buena atención y prestación de servicios. | Los principales problemas consecuentes de la limitada asignación presupuestaria de parte del estado peruano (financiera publica en salud), la brecha en infraestructura, equipos tecnificados, personal suficientes y conocedores de la materia (capacitados), a fin de abastecer los grandes hospitales colapsados en atención a los pacientes que presentan distintas enfermedades. |
| | | 2. Grupo selecto del personal para la capacitación | | |
| | 2. Poco compromiso de personal | 3. Falta de compromiso del personal para el cumplimiento de los objetivos de la Institución | | |
| | | 4. Establecer buen clima laboral | | |
| | 3. Falta Profesionales en los EESS. | 5. Mejorar el tiempo de atención a los Asegurados (citas) | | |
| | | 6. Personal para el registro de información por la atención brindada a los asegurados del SIS | | |
| C2. Equipos | 4. Adquisición de Equipos de Computo | 7. Adquisición y/o renovación de Equipos de computo | La adquisición de equipos de cómputo tecnificados, y otras herramientas de trabajo permiten la decadencia de resultados de los trabajadores, no se logra cumplir con metas generando resultados decadentes para la institución. | Presenta falta de organización por parte de los directores y líderes en salud para brindar atenciones de casos de emergencia en primera instancia y son pacientes con bajos recursos de pobreza y pobreza extrema, adicionando el buen trato del profesional hacia el paciente. |
| | | 8. Estandarizar Equipos y software acorde al perfil y/o uso de usuarios | | |
| | 5. Mantenimiento de Equipos | 9. Realizar Cronograma de mantenimiento | | |
| | | 10. Realizar Mantenimiento y Correctivo de Equipos | | |
| | 6. Inventario de Equipos | 11. Conformación de Comisión para la toma de Inventario. | | |
| | | 12. Realizar inventario General una vez al año. | | |
| C3. Procesos | 7. Proceso Programación Financiera | 13. Identificar el Número de población que no cuentan con seguro. | Implementar sistemas de salud con métodos y estrategias eficientes para obtener la satisfacción del usuario y los resultados óptimos. | El limitado recurso que presenta estado financiero en salud genera consecuencias en las atenciones hacia los pacientes, la falta de abastecimiento con personal suficiente, contratar personal nuevo o remuneraciones por horas extras a los profesionales de turno. |
| | | 14. Gestionar mayores fondos para la atención a los asegurados del SIS | | |
| | 8. Proceso Transferencia Financiera | 15. Implementar al Tarifario por tipo de servicio | | |
| | | 16. Evaluación y Seguimiento de las transferencias | | |
| | 9. Proceso Contratación Personal | 17. Proceso de Convocatoria personal | | |
| | | 18. Proceso de selección de personal | | |
| C4. | 10. Muebles e infraestructura | 19. Mejorar los ambientes de trabajo (alquilar nuevo local) | La Intervención y el apoyo de los gobiernos de turno, mejoraría el control del manejo del financiamiento y la buena distribución para los diferentes rubros generando mejores resultados. | En la actualidad los profesionales de salud pública, administrativos no son bien pagados, cero incentivos, esto genera como consecuencia la falta de iniciativa, causando afecto a los lugares oriundos del Perú, la dificultad de traslado, esto genera incremento de enfermedades al no ser tratados a tiempo. |
| | | 20. Mejorar los inmuebles de las oficinas de trabajo | | |
| | 11. Falta de apoyo del gobierno | 21. Limitada asignación presupuestaria para realizar la capacitación | | |

Antecedentes Internacionales y Nacionales

| Datos del antecedente 1: INTERNACIONALES | | | |
|--|---|-----------------------------|---|
| Título | Análisis de los efectos de las inversiones del fondo de compensación regional del SGR en el cierre de brechas sociales en educación y salud en Colombia. | Metodología | |
| Autor | Laura Elena Leviller Guardo y Lina María Padilla Saibis | Tipo | |
| Año | 2017 | Enfoque | Cuantitativo |
| Objetivo | Como se ha reiterado en el presente documento, la reforma del SGR trajo consigo la implementación del Fondo de Compensación Regional, el cual tiene dentro de sus objetivos la promoción del desarrollo socioeconómico, al concentrar sus intervenciones en el cierre de brechas sociales para los municipios y departamentos más rezagados. | Diseño | |
| Resultados | Las principales preocupaciones del Estado es generar mecanismos para disminuir las brechas sociales, en donde para lograrlo es necesario promover la igualdad de condiciones y oportunidades en todos los municipios y regiones del país. El nuevo esquema de coordinación entre las entidades territoriales y el gobierno nacional del Sistema General de Regalías. | Método | |
| | | Población | |
| | | Muestra | |
| | | Técnicas | Panel de datos |
| | | Instrumentos | Fichas de observación, encuestas, mediciones convencionales |
| Conclusiones | El FCR ha aprobado entre 2012 y 2015, \$6,7 billones para proyectos asignados a varios sectores del gasto. Entre ellos, educación y salud concentran sólo el 19% de ese valor, lo cual en principio es indicio de que los OCAD tanto departamentales como municipales han priorizado las inversiones de los recursos del FCR hacia ciertas finalidades, no necesariamente relacionadas con el cierre de brechas en salud y educación, como principales objetivos de su creación. De igual forma, de acuerdo con la información del DNP, del total de municipios del país, el 25% han sido beneficiarios de proyectos financiados en salud y educación con el FCR (283). De estos, aproximadamente el 60% de los municipios han culminado sus proyectos (167). | Método de análisis de datos | Base de datos |
| Redacción final al estilo artículo | Leviller, Padilla (2017) Uno de los principales retos que tiene el estado es cubrir las brechas sociales de salud y otros sectores más, para lograr obtener este reto el estado tiene un gran trabajo por cumplir, es necesario lanzar campañas promoviendo la igualdad de condiciones, así también las oportunidades que tienen los ciudadanos, ya sea de la municipalidad y de las regiones de todo el País, Proyectar nuevos sistemas de coordinación para mejorar dicho objetivo, ya que cada individuo debe de empezar a confiar en los líderes políticos actuales, generando mayor desarrollo y bienestar para todo el sector. | | |
| Referencia (tesis) | Leviller, Padilla. (2017). <i>Análisis de los efectos de las inversiones del fondo de compensación regional del SGR en el cierre de brechas sociales en educación y salud en Colombia</i> . (Tesis de Maestro). Colombia: Universidad de la Salle Ciencia Unisalle. | | |

| Datos del antecedente 2: INTERNACIONALES | | | |
|--|--|-----------------------------|-------------------|
| Título | Gasto catastrófico y cobertura universal de salud: Análisis en el Sistema Nacional de Salud del Paraguay | Metodología | |
| Autor | Edgar Giménez; José Carlos Rodríguez; Gladys Ocampos; Roberto Barrios | Tipo | Estándar |
| Año | 2018 | Enfoque | |
| Objetivo | El objetivo de este trabajo es describir la evolución del Gasto Catastrófico de salud de los hogares paraguayos entre el 2000 y el 2015. | Diseño | Probabilístico |
| Resultados | La cobertura universal de salud es una meta de salud de los Objetivos del Desarrollo Sostenible de las NNUU para el 2030. Un componente de la cobertura en salud es la protección financiera para recibir atención médica ante una enfermedad. Y, un indicador de la protección financiera es la incidencia de Gastos Catastróficos por motivos de salud. Los resultados indican que, durante ese periodo, la proporción de hogares afectados por gastos catastróficos varió entre 2,8% y 4,33%, siendo la mediana 4,10%. Los más afectados fueron los hogares rurales y los pobres. La proporción de hogares afectados presentó una tendencia al descenso, sobre todo para hogares urbanos y no pobres. | Método | Encuesta |
| | | Población | |
| | | Muestra | Probabilístico |
| | | Técnicas | Encuestas /censos |
| Conclusiones | Los hogares paraguayos están expuestos a gastos catastróficos por motivos de salud. La ocurrencia es mayor según las referidas características socioeconómicas. El desempeño actual del sistema nacional de salud no será suficiente para alcanzar la cobertura universal con protección financiera para todos. Por tanto, es necesario implementar nuevas políticas para la población más expuesta. | Instrumentos | encuestas |
| | | Método de análisis de datos | |
| Redacción final al estilo artículo | Giménez, Rodríguez, Ocampos y Barrios (2018) Las Naciones Unidas unos de sus principales objetivos para el 2030 es obtener un desarrollo sostenible en la cobertura Universal de Salud, logrando una protección financiera para cubrir las atenciones médicas ante una enfermedad, de la misma manera crear un indicador para proteger dicho fondo dando como incidencia los Gastos Catastróficos que atraviesan los hogares. Es por ello la necesidad de crear o implementar nuevos métodos políticos optando como prioridad a la población más expuesta. | | |
| Referencia (tesis) | Giménez; Rodríguez; Ocampos y Barrios; (2018), <i>Gasto catastrófico y cobertura universal de salud: Análisis en el Sistema Nacional de Salud del Paraguay</i> . (Artículo Anales de la Facultad de Ciencias Médicas) Paraguay: Universidad Nacional de Concepción. | | |

| Datos del antecedente 3: INTERNACIONALES | | | |
|--|--|-----------------------------|---|
| Título | Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú | Metodología | |
| Autor | Vilma Aurora Montañez Ginocchio | Tipo | Cuantitativo |
| Año | 2018 | Enfoque | Mixto |
| Objetivo | El objetivo general de la investigación es analizar el comportamiento del gasto de bolsillo en salud, en especial del grupo de población que sale de la pobreza, y su proclividad a no asegurarse e indagar sobre los posibles incentivos para contener el gasto de bolsillo en salud. | Diseño | |
| Resultados | Perú está implementando una política de aseguramiento universal en el sector salud para mejorar el acceso y proveer protección financiera a su población. El eje central de su política es la expansión del aseguramiento a través del seguro público focalizado a la población pobre y vulnerable. A pesar de la expansión del aseguramiento en los últimos años persiste un alto nivel de financiamiento a través del gasto de bolsillo en salud de los hogares, que se traduce un riesgo financiero. Paralelamente, permanece el reto de asegurar a la población de clase media que no tiene la opción de la seguridad social en salud por el alto nivel de informalidad del mercado laboral. | Método | Descriptivo y econométrico |
| | | Población | |
| | | Muestra | 7.700 |
| | | Técnicas | Encuesta |
| | | Instrumentos | investigación |
| Conclusiones | Los resultados de la investigación muestran que el comportamiento del gasto de bolsillo en salud de Perú sigue la racionalidad de la demanda de servicios de las personas, que se traslada según sus ingresos, su disponibilidad de tiempo y su aseguramiento. Se pudo verificar que la demanda de servicios es mayor en aquellas personas que tienen seguro porque pagan por su atención un precio más bajo que una persona que no tiene seguro. La demanda de estos últimos consecuentemente se orienta a las farmacias y boticas y la automedicación. | Método de análisis de datos | Análisis estadístico, gráfico, simulaciones y regresiones, responde a las necesidades de análisis de datos de esta investigación. |
| Redacción final al estilo artículo | Montañez (2018) En el Perú actualmente se tiene proyectos de implementación mediante métodos políticos en aseguramiento universal en el sector salud, así pudiendo mejorar el acceso en atención al paciente y también lograr que existe un fondo económico para la población únicamente en el sector salud, ya que su prioridad principal es expandir el aseguramiento a través de seguros públicos focalizado a toda aquella población pobre o vulnerable, consecuentemente a esto los peruanos se atienden de acuerdo a su clase de vida que tienen si tienen mayores ingresos cuentan con mejor atenciones, de lo contrario acuden a las atenciones públicas. | | |
| Referencia (tesis) | Montañez (2018). <i>Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú</i> . (Tesis de doctoral). Madrid: Universidad Complutense. | | |

| Datos del antecedente 4: INTERNACIONALES | | | |
|--|--|-----------------------------|---|
| Título | “La incidencia de los proyectos del presupuesto de inversión pública en el sector salud del departamento de Chuquisaca periodo 1998-2016” | Metodología | |
| Autor | RUIZ IBAÑEZ, MARIA DEL CARMEN | Tipo | Descriptivo, Cuantitativo y Explorativo |
| Año | 2019 | Enfoque | |
| Objetivo | Determinar la importancia de los proyectos de Inversión Pública del Sector Salud en los indicadores de esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil del Departamento de Chuquisaca. | Diseño | |
| Resultados | En el primer periodo la ejecución de inversión Pública en el tipo de proyecto presenta un promedio de Bs. 87 millones en infraestructura y el menor promedio lo Presenta atención de Salud y epidemiología con Bs. 35 millones. La información estadística muestra el incumplimiento de las políticas de formación y salud integral y promoción de salud y no así en su totalidad con Ley N° 2426 del SUMI. En el segundo periodo de investigación la ejecución de inversión Pública por tipo de proyectos, infraestructura se incrementa de Bs. 87 millones a Bs. 427 millones; es decir, de una participación del 28% en el primer periodo, pasa a un 51% en el segundo periodo. En este segundo periodo se asigna menor importancia a programas integrales y planificación. La información presentada en el cuadro correspondiente muestra que no se cumple en su totalidad con la política del sistema Único Intercultural y Comunitario. | Método | Deductivo |
| | | Población | |
| | | Muestra | |
| | | Técnicas | |
| | | Instrumentos | Analiza de manera explícita |
| Conclusiones | La información referida a la programación y ejecución de los proyectos de inversión Pública en el sector salud, muestra un comportamiento creciente con montos reducidos durante el primer periodo de estudio denominado Modelo de Economía de Mercado, con una programación promedio anual de Bs. 377 millones, de los cuales, se ejecutaron Bs. 311 millones promedio por año (82%), se destaca que el segundo periodo se incrementan los montos programados y ejecutados de los proyectos de inversión Pública del sector salud, no obstante, los recursos no son ejecutados eficazmente, ya que se ejecutó en promedio anual solo 62%. En ambos periodos registran tasas medias anuales de crecimiento de la ejecución de inversión Pública por encima de 10% (11.4 % en el primer periodo y 14.1 % en el segundo periodo). | Método de análisis de datos | |
| Redacción final al estilo artículo | Ruiz, (2019) La inversión Pública del Sector Salud en su importancia como prioridad es el cuidado y la buena atención del paciente, sobretodo cubrir con las necesidades en atención, para ellos debe de existir un fondo financiero que abastece a toda la población generando mayor seguridad a toda la población. | | |
| Referencia (tesis) | Ruiz, (2019). <i>La incidencia de los proyectos del presupuesto de inversión pública en el sector salud del departamento de Chuquisaca Periodo 1998-2016</i> (Tesis doctoral), Bolivia: Universidad mayor de san Andrés. | | |

| Datos del antecedente 5: INTERNACIONALES | | | |
|--|--|-----------------------------|---|
| Título | Incidencia del gasto público del Ecuador en el mejoramiento de la cobertura del sector salud en el periodo 2007-2016. | Metodología | |
| Autor | Jean Carlos Bustamante Lozano Y Amanda Marilyn Guerrero Celi | Tipo | Descriptivo |
| Año | 2018 | Enfoque | mixto |
| Objetivo | Analizar la incidencia del gasto público en la cobertura del sector salud en el periodo 2007-2016. | Diseño | |
| Resultados | Lo establece la Constitución de la República del Ecuador el PGE, es un instrumento destinado a determinar la gestión de los ingresos y egresos de las diferentes entidades del Estado incluyendo al sector público, no forman parte de dicho presupuesto la seguridad social, la banca pública, empresas públicas y los Gobiernos Autónomos Descentralizado. | Método | Estadístico, deductivo y histórico |
| | | Población | 10.000 habitantes |
| | | Muestra | |
| | | Técnicas | |
| | | Instrumentos | encuestas |
| Conclusiones | La falta de cobertura de los servicios de salud públicos tiene un considerable costo social y económico principalmente en los grupos más vulnerables de la población. Así pues, los datos reflejan que la población tuvo que incurrir en gastos de bolsillo dadas sus necesidades de salud, asistiendo para ello a centros médicos privados para tratar sus condiciones desfavorables de salud. La escasa cobertura de los servicios de salud entre los años 2000-2006 fue el resultado de una limitada asignación de recursos al MSP, dado un presupuesto para este sector en este periodo de \$ 2.159.520.379, la capacidad resolutive de los establecimientos de salud expresado en la cantidad de altas médicas fue de 5.214.562 personas, mientras que en los siguientes siete años las altas médicas fueron de 7.494.335 individuos, alrededor de 30% más que el periodo anterior, los recursos asignados fueron \$ 8.555.992.579, cerca de 75% más, que el gasto asignado en el ciclo pasado. | Método de análisis de datos | Además se recolectará información a través de documentación de archivos históricos que proporcionan las instituciones públicas como el INEC, MSP y Ministerio de Finanzas Públicas. |
| Redacción final al estilo artículo | Bustamante, Guerrero (2018) Se realizó un estudio genérico de los años 2007 hasta 2016 referido a la cobertura del sector salud y los gastos que se genera, indica que la Constitución de la República del Ecuador establece un método destinado para determinar un sistema de registros de ingresos y egresos de todas las entidades públicas y privadas a nivel nacional, que forman parte del presupuesto de Salud Pública. | | |
| Referencia (tesis) | Bustamante, Guerrero, (2018). <i>Incidencia del gasto público del Ecuador en el mejoramiento de la cobertura del sector salud en el periodo 2007-2016</i> (Bachelor's thesis) Quito: Universidad Central de Ecuador. | | |

| Datos del antecedente 01: NACIONALES | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|--|
| Título | LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ EN LA ÚLTIMA DÉCADA: UN ANÁLISIS CRÍTICO Y ELEMENTOS PARA UN NUEVO SISTEMA | Metodología | |
| Autor | Segundo Amador Vargas Guerra | Tipo | Cualitativa |
| Año | 2017 | Enfoque | Socio-histórico |
| Objetivo | primero, identificar cuáles fueron – según los principales actores políticos y sociales - los ejes centrales de las reformas de salud en el Perú, cómo evolucionaron y cuáles fueron sus principales resultados; segundo, analizar los principales lineamientos políticos y organizacionales para la reforma del sistema de salud en el Perú propuestos por los principales actores políticos y sociales. | Diseño | Muestra |
| Resultados | Hay una total desconexión entre la rectoría del MINSA y los gobiernos regionales, las estrategias del sector salud no son cumplidas a cabalidad por el nivel regional a pesar de un presupuesto adecuado y regiones de salud del MINSA presentes en c/u de ellas. El ejemplo más claro es que el Gobierno ha tenido que dar una ley para que se le asigne un presupuesto adicional al nivel central del MINSA, como previsión 43 para las enfermedades emergentes, el fenómeno del niño y la catástrofe natural próxima que se espera, ya que los gobiernos regionales hacen caso omiso a las directivas sobre éstas ocurrencias y gastan el dinero en otras prioridades. P42 | Método | |
| | | Población | |
| | | Muestra | 30 |
| | | Técnicas | Cuestionarios(encuestas) |
| | | Instrumentos | Revisión documentaria Cuestionario a expertos |
| Conclusiones | En la función gobierno en salud, existe falta de rectoría que se acentúa por la segmentación del sistema de salud peruano. En la función de financiamiento en salud, no se alcanza aún la protección financiera universal, lo que limita el acceso a los servicios de salud a las personas de menores ingresos, aún las afiliadas al SIS. La prestación de servicios de salud, tiene algunos avances pero aún existen brechas de atención, entre los diferentes segmentos poblacionales atendidos por el MINSA, ESSALUD y los proveedores privados.P166 | Método de análisis de datos | software de análisis cualitativo Atlas Ti |
| Redacción final al estilo artículo | Guerra (2017) En el Perú existe una total desconexión entre los líderes políticos y Organizaciones responsables de la Salud Publica, lo cual permite que no se cumpla a cabalidad una atención idónea a los ciudadanos, pese que el presupuesto es adecuado, El gobierno aprobó una Ley para que se asigne un presupuesto adicional para prevenir todo tipo de enfermedades emergentes. Consecuentemente existe una falta de rectoría en el gobierno peruano en el sistema de Salud. Ya que los problemas para cubrir las brechas no es el presupuesto sino el proceso de métodos que utilizan para cada sector. | | |
| Referencia (tesis) | Guerra. (2017). <i>Las reformas del sistema de salud en el Perú en la última década: un análisis crítico y elementos para un nuevo sistema.</i> (Tesis para optar el grado académico de doctor en medicina). Lima Perú: Universidad San Martín de Porres. | | |

| Datos del antecedente 02: NACIONALES | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|---------------------------|
| Título | Análisis de la cobertura del servicio de suplementación con hierro a niños y niñas de 6 a menos de 36 meses en el distrito de Pisuquia, provincia de Luya, departamento de Amazonas” | Metodología | |
| Autor | Wilder Cruz Góngora | Tipo | Mixto |
| Año | 2018 | Enfoque | |
| Objetivo | Analizar la cobertura del servicio de suplementación con hierro a niños y niñas de 6 a menos de 36 meses en el distrito de Pisuquia, provincia de Luya, departamento de Amazonas, que ofrece la Dirección Regional de Salud en el marco del Programa Articulado Nutricional, mediante la evaluación de la disponibilidad de suplementos y el análisis del sistema de entrega de los mismos, así como la evaluación del interés de los beneficiarios con la finalidad de formular una propuesta correctiva alineada a los hallazgos. | Diseño | medición numérica |
| Resultados | La anemia es considerada como un grave problema de salud pública que afecta gran parte de la población del país, cuyo promedio nacional supera el 40% de prevalencia. En razón de ello, el estado peruano ha dictado políticas públicas enfocadas en reducir la problemática, sin embargo, la prevalencia de la anemia infantil se ha incrementado en los últimos años, pasando de 41.6% en el 2011 a 43.5% en el 2015 a nivel nacional y de 41.7% en el 2011 a 45.1% en el 2015 en el departamento de Amazonas. | Método | |
| | | Población | 4,163 habitantes |
| | | Muestra | |
| | | Técnicas | Cuestionarios(encuestas) |
| | | Instrumentos | mediciones convencionales |
| Conclusiones | objetivo general, en el estudio se ha encontrado que los factores limitantes para que el Programa Articulado Nutricional no logre una adecuada cobertura del servicio de suplementación con hierro a los niños y niñas de 6 a menos de 36 meses en el distrito de Pisuquia, provincia de Luya, departamento de Amazonas, son: i) poca disponibilidad de suplementos de hierro en los establecimientos de salud, ii) débil sistema de entrega de suplementos de hierro a los beneficiarios y iii) poco interés de los beneficiarios respecto a la suplementación con hierro. | Método de análisis de datos | |
| Redacción final al estilo artículo | Góngora (2018) Mediante un estudio se ha encontrado que los factores son limitados en los programas de Articulación Nutricional, donde no se aplica un adecuado método generando una buena atención a los paciente (suplementación con hierro de niños y niñas de 6 a 0 año), se muestra un sistema decadente en la atención, asimismo brinda un poco interés de los beneficiarios en cubrir suplementación con hierro. | | |
| Referencia (tesis) | Góngora. (2018). “Análisis de la cobertura del servicio de suplementación con hierro a niños y niñas de 6 a menos de 36 meses en el distrito de Pisuquia, provincia de Luya, departamento de Amazonas” (Tesis de Magister), Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú | | |

| Datos del antecedente 03: NACIONALES | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|---|
| Título | ANÁLISIS Y PROPUESTA DE FINANCIAMIENTO PARA EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD | Metodología | |
| Autor | Faustino Miguel Sánchez Ysurruga | Tipo | Descriptivo y Explicativo |
| Año | 2018 | Enfoque | |
| Objetivo | Determinar una propuesta que permita mejorar el financiamiento del aseguramiento universal en salud en el Seguro Integral de Salud. | Diseño | No experimental |
| Resultados | El objetivo de la presente investigación es diseñar una propuesta de financiamiento para el Seguro Integral de Salud (SIS) en el marco del aseguramiento universal en salud (AUS), para lo cual se considera el análisis de las causas del crecimiento de la población asegurada en el SIS, explicando, además, las dificultades y limitaciones que actualmente tiene la institución para financiar la prestación de los servicios de salud. | Método | |
| | | Población | 16,5 millones de personas |
| | | Muestra | |
| | | Técnicas | Cuestionarios(encuestas) |
| | | Instrumentos | Fichas de observación, encuestas, mediciones convencionales |
| Conclusiones | El crecimiento de la población y los cambios demográficos influyen en la salud; el fenómeno de la urbanización ha generado cambios en los hábitos y estilos de vida de las personas como el cambio en la alimentación, poca actividad física, estrés; las personas viven más hacinadas y hacen uso intensivo de transporte motorizado, y hay menos zonas verdes saludables. Esta situación incide en el incremento de enfermedades como la diabetes, obesidad, hipertensión arterial, cáncer, y enfermedades cardiovasculares que explican el 63% de las muertes. | Método de análisis de datos | |
| Redacción final al estilo artículo | Ysurruga (2018) El constante crecimiento de la población así como también los cambios demográficos que se aplican en salud, se está generando contantemente el cambio de hábitos y el estilo de vida de las personas resaltando su tipo de alimentación, menos actividad física, el estrés, destrucción de áreas verdes. Consecuentemente esta situación incide a aumento de enfermedades como obesidad, cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares que te llevan a la muerte. Estas enfermedades atacan cuando tienes defensas bajas. | | |
| Referencia (tesis) | Ysurruga, (2018). <i>Análisis y propuesta de financiamiento para el Seguro Integral de Salud</i> . (Tesis de Magister). Perú: Universidad del Pacifico | | |

| Datos del antecedente 04: NACIONALES | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------|
| Título | “Las Asociaciones Público-Privadas como mecanismo para reducir brechas de competitividad del factor capital humano y físico entre las regiones Lima y Cajamarca 2011-2016” | Metodología | |
| Autor | Grisson Velarde Brenda Grecia | Tipo | |
| Año | 2017 | Enfoque | |
| Objetivo | Analizar y determinar si las Asociaciones Público-Privadas son efectivas como mecanismo para reducir brechas de competitividad del factor capital humano y físico entre las regiones Lima y Cajamarca 2011-2016. | Diseño | |
| Resultados | La inversión por mecanismo APP no tuvo influencia significativa para reducir brechas de competitividad en el capital humano y capital físico, ya que, en los resultados obtenidos por datos de panel, se demostró que las APP no lograron reducir brechas de competitividad en educación, salud e infraestructura. Asimismo, las inversiones como mecanismos APP no tuvo influencia significativa en cuánto a reducir brechas de competitividad en el factor capital humano y físico en las regiones Lima y Cajamarca. | Método | |
| | | Población | |
| | | Muestra | |
| | | Técnicas | Cuestionarios(encuestas) |
| | | Instrumentos | encuestas, |
| Conclusiones | Según resultados de la investigación, queda demostrado que las asociaciones público privadas no son efectivas como mecanismo de competitividad para reducir brechas del factor infraestructura entre las regiones Lima y Cajamarca 2011-2016, ya que la inversión por mecanismo APP no tuvo significancia estadística en los indicadores de esperanza de vida al nacer y en porcentaje de habitantes con acceso al seguro social. | Método de análisis de datos | |
| Redacción final al estilo artículo | Grisson (2017) Existe una influencias significativa generado para la reducción de brechas mediante las Asociaciones Publicas-Privadas cuyo objetivo no se logró quedando demostrado mediante una investigación, que las asociaciones públicas y privadas no son efectivas como órganos de competencia para la reducción de brechas en los habitantes con facilidad al acceso de Seguro Social en Lima y Cajamarca. | | |
| Referencia (tesis) | Grisson (2017). <i>Las Asociaciones Público-Privadas como mecanismo para reducir brechas de competitividad del factor capital humano y físico entre las regiones Lima y Cajamarca 2011-2016</i> . (Tesis de licenciatura) Lima: Universidad Cesar Vallejo. | | |

| Datos del antecedente 05: NACIONALES | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|---------------------------|
| Título | “EL PRESUPUESTO PUBLICO PARA INVERSIONES Y SUS IMPLICANCIAS EN EL DESARROLLO SECTORIAL PERUANO 2010-2017” | Metodología | |
| Autor | Percy, Ponce Villena | Tipo | Descriptivo y Explicativo |
| Año | 2018 | Enfoque | Cuantitativo-estadístico |
| Objetivo | Describir y explicar de qué manera el presupuesto público, la disminución del déficit fiscal, la deuda Pública determina, el desarrollo nacional, local, las inversiones en educación, salud y saneamiento, en el incremento de la economía mediante el crecimiento de los sectores productivos. | Diseño | |
| Resultados | El servicio o pago de la deuda pública es un factor influyente en la reducción de las asignaciones presupuestales a los gobiernos regionales y locales, ocasionando menos inversiones en el sector productivo del país y la región. Se ha observado un incremento del presupuesto público dirigido al sector educación para la construcción de infraestructura educativa y así combatir el analfabetismo. Se ha observado un incremento del presupuesto público dirigido al sector salud para la construcción de infraestructura en salud y así combatir la desnutrición, la anemia de los sectores más vulnerables. | Método | Explicita |
| | | Población | |
| | | Muestra | |
| | | Técnicas | Cuestionarios(e ncuestas) |
| | | Instrumentos | encuestas, |
| Conclusiones | Las inversiones públicas regionales y nacionales están determinadas por los presupuestos aprobados cada año. La región Pasco a pesar de ser una región minera, es insuficientemente beneficiaria a pesar del canon minero, muchas veces por el descuido de sus autoridades. No existe desarrollo de los sectores más importantes, (sector industrial. Agropecuario, mypes-emprendedoras, etc.) Que pueden dar empleo a la población, originando una gran migración a las zonas urbanas con un claro abandono de las zonas agrícolas rurales. Lamentablemente los actos de corrupción de las altas e intermedias autoridades que gobiernan el país y la Región han determinado la pérdida de presupuesto dirigido a los gobiernos locales perjudicando a los sectores más vulnerables. | Método de análisis de datos | |
| Redacción final al estilo artículo | Ponce (2018) El estado anualmente determina un presupuesto público para las regionales y nacionales, la economía nacional debe ser aprobado cada año para una buena obra y el desarrollo del país, por ejemplo en la sierra central del Perú Pasco es un región minera, sin embargo no es suficientemente beneficiado. Aquellos pobladores del sector se dedican a la industria, al agro, tienen algunas empresas pequeñas, pero por falta y descuido de la autoridades no existe desarrollo al contrario hay una migración de jóvenes a la capital en busca de mejorar su estilo de vida y mayor oportunidades, genera abandono a las zonas agrícolas rurales. Consecuentemente es lamentable que los actos de corrupción y las autoridades que lideran el país, determina las pérdidas de los presupuestos públicos, y perjudican a los sectores más vulnerables. | | |
| Referencia (tesis) | Ponce (2018). <i>El presupuesto Público para inversiones y sus implicancias en el desarrollo sectorial peruano 2010-2017</i> . (Tesis de Licenciatura), Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. | | |

Teorías

| Teoría 1: Teoría General de la Neoclásica | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|
| Autor de la teoría | Año | Cita | Parfraseo (1) | Aplicación en su tesis (2) | Redacción final (1+2+3+4) |
| Banco Mundial | 1987 | El nuevo sistema de salud parte de la separación entre los servicios individuales y los servicios colectivos en salud, para dejar los primeros en manos del mercado con competencia regulada y, los segundos, a cargo del Estado. El fundamento de dicha separación se encuentra en la teoría neoclásica de los bienes. (Hernández, 2002, 996) | El nuevo método de sanidad es consecuente de la suma entre los servicios individuales y los servicios colectivos en salud, para abandonar los primeros en manos de los mercados con competitividad regulada y, los segundos, a cargo del Gobierno. El soporte de dicha separación se encuentra en la teoría neoclásica de los capital (Hernández, 2002) | Existe mejoras en los Sistemas de Salud con la separación entre lo privado y lo público, la primera lo manejan de acuerdo a los mercados y la competitividad que existe, y el segundo lo dejan a cargo del gobierno, generando y obteniendo mejoras en el transcurrir del tiempo. | La teoría neoclásica tiene como enfoque la economía (presupuesto) que impulsa al desarrollo, realiza cambios de mejora en la toma de decisiones, la buena administración en las entidades, optimizando los procesos de forma eficaz, y la reducción de mano de obra. Teniendo como objetivo controlar (realizar estudios), orientar (aconsejar), y dirigir, prácticamente ayudar a implementar métodos de trabajo, con la finalidad de lograr el objetivo utilizando menores recursos posibles. Por ejemplo, existen mejoras en los sistemas de salud entre lo privado y el estatal, generando mejoras y buen desarrollo. |
| Referencia : | Hernández, M. (2004). Crecimiento económico y salud en América Latina: un dilema no resuelto. Ecos de Grado y Posgrados, 1. | | | | |
| Autor de la teoría | Año | Cita | Parfraseo (3) | Aplicación en su tesis (4) | La teoría actualmente presentada una nueva visión de mejora en las organizaciones y la atención a los asegurados, métodos de desarrollo en atenciones tecnificadas bajo el respaldo de la economía financiada por el estado para la cobertura universal en Salud (Bonatti 2019; Bonatti 2019 y Cataño 2001). |
| Peter Alvin | 1998 | El completo fracaso de la teoría neoclásica, las nuevas complejidades de la economía, la nueva visión de la teoría del caos y de los modelos de inteligencia artificial, lo que lo lleva a afirmar que no existe un modelo único del comportamiento humano sino una serie completa de modelos. Siguió remarcando el concepto de racionalidad limitada y destacó los avances de las investigaciones empíricas de los investigadores en psicología cognitiva aplicadas a la teoría de la decisión enfrentando la incertidumbre. (Bonatti, 2019,9) | La decadencia de la hipótesis neoclásica, las nuevas complejidades de las finanzas, la nueva enfoque de la teoría del caos y de los modelos de discernimiento imitado, lo que lo lleva a afirmar que no existe un modelo único, ideal de la conducta humano sino una serie completa de modelos. Siguió remarcando el concepto de racionalidad limitada y destacó los avances de las investigaciones empíricas de los investigadores en psicología cognitiva aplicadas a la hipótesis de la decisión enfrentando la inseguridad. (Ronnatti, 2019) | El fracaso en las nuevas complejidades de la economía que muestra la teoría neoclásica, presentada la nueva teoría de la visión del caos, también de los tipos de inteligencias artificiales, concluyendo que existen series completos de modelos de comportamiento humano capacidades ilimitadas para enfrentar decisiones y problemas de incertidumbre. | |
| Referencia : | Bonatti, P. (2019). <i>Las meta decisiones y la teoría de la Racionalidad instrumental mínima</i> . Ciencias Administrativas, (13), 69-87. | | | | |
| Autor de la teoría | Año | Cita | Parfraseo (3) | Aplicación en su tesis (4) | |
| Edward Lazear | 2000 | La teoría no se detiene en la esfera de los mercados tradicionales, sino que afloja su rigor para hacer posible 'el imperialismo de la economía'. Es decir, se lanza a ternas propios de otras ciencias sociales - la sociología, la política, las leyes, la sicología. Etcétera- y pretende así poseer las herramientas explicativas de casi todos los fenómenos sociales. Lazear afirma: "The economic toolbox can be used to address a large variety of problems drawn from a wide range of topics" | La hipótesis de la teoría no se detiene en los mercados tradicionales, sino que afloja su energía para crear posible el imperialismo de la economía. Es decir, se lanza a ternas propias de otras ciencias sociales, las políticas, las leyes, la sicología, entre otras. Y pretende asimismo tener las herramientas explicativas de aproximadamente todos los fenómenos sociales. generando como resultado de que la economía tiene éxito donde otras ciencias sociales fallan | La hipótesis de la teoría determina que no existe una retención en todos los mercados nacionales, esto genera una energía positiva para crear y liderar la economía. Por ejemplo lanzar temas nuevas de experiencias, conocimientos políticos, leyes entre otras. Consecuentemente pretende tener herramientas explicativas de todos los fenómenos sociales, y difundir que la economía tiene éxito. | |

| | | | | |
|---------------------|---|--|--|--|
| | | [2000, 99], con el resultado de que "economics succeeds where other social sciences fail". (Castaño,2001, 287) | | |
| Referencia : | Cataño, J. (2001). <i>¿Por qué el predominio de la teoría neoclásica?</i> Cuadernos de economía, 20(34), 281-291. | | | |

| Teoría 2: TEORIA DE LA BUROCRACIA | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| Autor de la teoría | Año | Cita | Parfraseo (1) | Aplicación en su tesis (2) | Redacción final (1+2+3+4) |
| Idalberto Chiavenato | 2006 | La Teoría de la burocracia se caracteriza también por una concepción introvertida, restringida y limitada de la organización, ya que se preocupa únicamente de los aspectos internos y formales de un sistema cerrado, hermético y monolítico. El énfasis en la división racional del trabajo, en la jerarquía de autoridad, en la imposición de reglas, en la disciplina rígida y en la búsqueda, de un carácter racional, legal, impersonal y formal para alcanzar la máxima eficiencia, llevaron a una estructura organizacional con base en la estandarización del desempeño humano y en actividades rutinarias para evitar la variación de las decisiones individuales. Con el diagnóstico de las disfunciones burocráticas y de los conflictos, se inicia la crítica a la organización burocrática y la revisión del modelo Weberiano. (p.430) | La Teoría de la burocracia se caracteriza también por una idea introvertida, restringida y limitada de la organización, ya que se preocupa solamente de los aspectos internos y formales de un método cerrado. El énfasis en la partición fundado de la tarea, en la jerarquía de mando, en la obligación de reglas, en el método rígido y en la búsqueda, de una forma lógica, legal, impersonal y formal para lograr la máxima eficacia, llevaron a una orden organizacional con soporte en la estandarización del desempeño humanitario y en actividades rutinarias para obviar la diferenciación de las decisiones individuales. Con el diagnóstico de las disfunciones burocráticas y de los conflictos, se inicia la crítica a la institución burocrática y la investigación de la modeladora. Chiavenato (2006) | La teoría de la burocracia es caracterizada como una de las ideas introvertidas, discretas y limitadas de la organización, ya que su principal preocupación es los aspectos internos y formales de un proceso cerrado. Para lograr alcanzar la máxima eficiencia trabajan una estructura organizacional optando como base en la estandarización del buen desempeño del personal, y la eficiencia en las actividades rutinarias para uniformizar las decisiones. | La teoría de la burocracia es un método de organización, con el fin de garantizar y maximizar la eficiencia durante el proceso de lograr los objetivos, se ha caracterizado como una de las ideas, discretas y limitadas de las organizaciones, ya que su principal preocupación es los aspectos internos y formales de un proceso cerrado para el control financiero de salud pública y alcanzar la máxima eficiencia trabajan un métodos estructurados, para ellos es necesario buen desempeño del personal, y la eficiencia en las actividades rutinarias para uniformizar las decisiones. |
| Referencia : | Chiavenato, I. (2006), Introducción a la Teoría General de la Administración. México: McGraw Hill | | | | |
| Autor de la teoría | Año | Cita | Parfraseo (3) | Aplicación en su tesis (4) | |
| Idalberto Chiavenato | 2007 | La burocracia ha volado por los aires. La evaluación se convirtió en algo simple y relajado, exento de formalismos exagerados y de criterios complicados y genéricos, provenientes de alguna área centralizadora y burocrática. Ahora se trata | La burocracia ha volado por los aires. La valoración se convirtió en algo único y moderado, libre de formalismos exagerados y de criterios complicados y genéricos, provenientes de alguna área centralizadora y burocrática. Actualmente | La valorización en la teoría de la burocracia se convirtió en algo único y reservado, no aplican formalismos con procesos burocráticos, optan por verificar cuales son los objetivos alcanzados | La relación entre la cobertura universal y la teoría Burocracia, es la necesidad de implementar |

| | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|
| | | de constatar cuáles de los objetivos formulados se alcanzaron y de saber cómo mejorar el desempeño, de modo que las metas y los resultados sean cada vez más altos. Se trata de observar el resultado alcanzado y qué participación obtendrán de ello el individuo o el grupo que lo proporcionó. Esto deja a las personas en libertad para escoger sus propios medios y emplear mejor sus habilidades individuales y sociales. (P. 219) | es tratar de verificar cuáles de los objetivos formulados se alcanzaron y de estar al tanto cómo mejorar el desempeño, de modo que las metas y los resultados sean cada vez más altos. Se trata de observar el resultado alcanzado y qué participación obtendrán de ello el individuo o el grupo que lo proporcionó. Esto deja a las personas en libertad para escoger sus propios medios y emplear mejor sus habilidades individuales y sociales Chiavenato (2007) | mostrando desempeño para obtener mejoras en los resultados, y sean cada vez más altos, sabiendo que función tienen ellos en la participación. Esto permite que las personas tengan una libertad plena para poder elegir sus propios medios y aplicar mejor sus habilidades de forma individual y social. | métodos de trabajo en salud especialmente en los grandes hospitales a nivel nacional, brindar atenciones adecuadas a los ciudadanos, el objetivo principal de la Cobertura Universal de estado peruano es cuidar el bienestar de cada ciudadano, cuantificar la población asegurada, las atenciones adecuadas con financiamiento necesario financiados por estado peruano (Chiavenato 2006; Chiavenato 2007 y Rivas 2009). |
| Referencia : | Chiavenato, I. (2007), Administración de Recursos Humanos. México: McGraw Hill | | | | |
| Autor de la teoría | Año | Cita | Parfraseo (3) | Aplicación en su tesis (4) | |
| Max Weber | 1924 | C. Teoría burocrática (Weber, 1924) En su obra The Theory of Social and Economic Organization, Weber sostiene que la forma más eficaz de organización es parecida a una máquina. Se caracteriza por reglas, controles y jerarquías, y es impulsada por la burocracia. Este modelo también es conocido como racionallegal. El trabajo de Weber caracterizó a la autoridad como carismática, tradicional y racional-legal. La forma organizativa que resulta de aplicar la autoridad legal es nada menos que el modelo de organización burocrático, cuyos rasgos distintivos. Rivas, L. (2009, P 14) | Weber sostiene que el modo más firme de organización es parecida a una maquinaria. Se caracteriza por reglas, controles y jerarquías, y es impulsada por la sociedad. Este modelo además es importante como racionallegal. El trabajo de Weber caracterizó a la autoridad como carismática, acostumbrada y racional-legal. La cualidad organizativa de resultado de aplicar la autoridad legal es nada menos que el modelo de organización burocrático, cuyos rasgos distintivos Rivas (2009) | El autor de dicha teoría sostiene un tipo de método firme en las organizaciones que se asemeja a una maquinaria, se identifica por control, reglas, las jerarquías, y lo más primordial es impulsado por la sociedad. Ya que el autor ve a la autoridad como racional y legal. Se opta por el método organizativo que aplican las autoridades legales en el modelo de organización burocráticas. | |
| Referencia : | Rivas, L. (2009). Evolución de la teoría de la organización. México: Universidad y Empresa. | | | | |

| Teoría 3: Teoría de sistemas | | | | | |
|------------------------------|---|--|---|---|---|
| Autor de la teoría | Año | Cita | Parfraseo (1) | Aplicación en su tesis (2) | Redacción final (1+2+3+4) |
| Niklas Luhmann | 1998 | Justificó así operar, desde la teoría general de sistemas sociales, una reducción fenomenológica de la experiencia de la doble contingencia. Para reconstruir esta reducción es necesario reponer, sucintamente al menos, las nociones de contingencia, experiencia y convergencia de perspectivas no-idénticas de la teoría general de sistemas sociales. (Pignuoli, 2013, P. 18) | Justificó asimismo maniobrar, a partir la hipótesis general de sistemas sociales, una disminución fenomenológica de la práctica de la doble contingencia. Para restablecer esta deflación que es necesario restablecer, sucintamente al menos, las nociones de circunstancia, experimentación y convergencia de perspectivas no idénticas de la teoría general de sistemas sociales. Pignuoli (2013). | La Teoría de Sistemas es un método que identifica aquellas partes que componen para que exista una relación, que al momento de modificar una los demás también sean modificadas de forma automática. Busca la diferencia ante una relación de su entorno, siempre aspira a conservar sus perspectivas generales, asimismo justifica la disminución fenomenológica de la práctica de doble contingencia. | La Teoría de Sistemas es un método que identifica aquellas partes que componen para que exista una relación, se encarga de arreglar todos los problemas sistemáticos construyendo métodos y procesos de toda información bajo la dirección de dicha teoría utilizando medios que refuercen los procesos, que al momento de modificar sea de forma automática, basado en la Cobertura universal en salud, existen actualizaciones de números de población peruana, y cada uno elige su tipo de seguro, mediante ello es necesario la implementación de un sistemas óptimo para registrar el número de pobladores que cuentan con un seguro, esta información debe ser de manera eficiente, sin importar la distancia o la zonas rurales del país, asimismo el financiamiento debe ser controlado mediante este sistema y las distribuciones realizadas por parte del estado peruano (Pignuoli 2013, García 2018 y Hurtado 2011). |
| Referencia: | Pignuoli, O. (2013). <i>Doble contingencia y orden social desde la teoría de sistemas de Niklas Luhmann</i> , Sociologica. México | | | | |
| Autor de la teoría | Año | Cita | Parfraseo (3) | Aplicación en su tesis (4) | |
| Arnold y Osorio | 1998 | Arnold y Osorio (1998) indican que “la Teoría General de Sistemas (TGS) se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al mismo tiempo, como una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo transdisciplinarias” (p.40). (García, 2018, P. 192) | Arnold y Osorio Indican que “la Teoría General de Sistemas (TGS) se presenta como una modo sistemático y científico de proximidad y grafía de la situación, asimismo proceso, como una ordenación hacia una experiencia estimulante para formas de compromiso trans-disciplinarias (García (2018). | En 1998 los autores de la Teoría de Sistemas indican como se hace una presentación de forma sistemática y científica copiando a la realidad de la misma manera como una orientación que se asemeja a una práctica para formas de trabajo abarcando toda disciplina transversal. | |
| Referencia: | García, R. (2018). <i>Una aproximación a partir de la teoría de sistemas al comportamiento de la organización social</i> . Bolivia: Universidad San Francisco de Asís | | | | |
| Autor de la teoría | Año | Cita | Parfraseo (3) | Aplicación en su tesis (4) | |
| Douglas Hurtado Carmona | 2011 | Para el autor, la Ingeniería de Sistemas está encargada de solucionar problemas, construyendo Sistemas de procesamiento automático de Información bajo el enfoque la Teoría General de sistemas utilizando recursos que proporciona la ingeniería. (Hurtado, 2011, P. 6) | Para el escritor, la Ingeniería de Sistemas está encargada de arreglar problemas, construyendo Sistemas de procesamiento automático de Información bajo la dirección la Teoría General de sistemas utilizando medios que proporciona la ingeniería. Hurtado (2011). | Para el escritor La Ingeniería de Sistemas se encarga de arreglar todos los problemas sistemáticos construyendo métodos y procesos automáticos de toda información bajo la dirección de dicha teoría utilizando medios que refuercen los procesos | |
| Referencia: | Hurtado, D. (2011). <i>Teoría General de Sistemas</i> (Segunda Edición). Colombia: Universidad San Martin Portada: Sander Cadena Hernández | | | | |

Categoría, Sub categoría, Indicadores

| Variable o categoría 1: COBERTURA UNIVERSAL | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo (1) | Aplicación en su tesis (2) | Redacción final (1+2+3+4) |
| Cesar Gutiérrez, Franco Romaní Romaní, Paolo Wong, José Del Carmen Sara | 2018 | Gutiérrez, Romaní, Wong y Del Carmen (2018) dentro de los retos que deben ser superados para incrementar la cobertura prestacional y continuar con la tendencia ascendente en la cobertura poblacional se encuentran: (P. 69) | El autor indica que dentro de los retos que deben ser superados para incrementar la cobertura prestacional y continuar con la tendencia ascendente en la cobertura poblacional se encuentran: (P. 69) | Existe un reto en la cobertura universal donde debe maximizar para lograr alcanzar el incremento de la cobertura prestacional y seguir con la tendencia hasta lograr completar el objetivo prestacional a toda la población peruana | Existen retos dentro de la cobertura universal, lograr alcanzar el incremento de las coberturas Poblacional, prestacional y financieras y continuar con las tendencias logrando completar el objetivo y el bienestar para la población peruana. |
| Referencia: | Gutiérrez, C., Romaní, F., Wong, P., y Del Carmen Sara, J. (2018). <i>Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú</i> . In Anales de la Facultad de Medicina (Vol. 79, No. 1, pp. 65-70). UNMSM. Facultad de Medicina. | | | | |
| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo (3) | Aplicación en su tesis (4) | |
| Hernán García, Pedro Díaz, Donatila Avila y María Cuzco | 2015 | García, Diaz, Avila y Cuzco (2015) Como un producto adicional a la formulación de la metodología de cálculo de brechas y considerando variables demográficas, socioeconómicas, geográficas y de acceso a servicios de salud que inciden en la carga de trabajo del personal de salud, especialmente en el primer nivel de atención, se ha formulado el Índice de Dispersión Poblacional Distrital (IDP), el cual permite clasificar por niveles de dispersión los distritos de todo el país, como criterio del ajuste de dotación. (p. 12) | El tipo de proceso que utilizan los profesionales formados en relación con las competencias requeridas, lo que se detecta un problema para proceder las competencias para el cuidado de la salud en las personas, asimismo como para mejorar labores de oficio del cuidado y la esmero en salud. el distanciamiento se da en el perfeccionamiento de estrategias insuficientes para el verdadero dimensionamiento de la alineación en salud y cómo esta debería adaptarse a las necesidades de la zona y no fundamentarse en presupuestos establecidos por los centros de formación que ya existen con relación a un contexto del sector muchas veces equivocada. García, Diaz, Avila y Cuzco (2015) | Actualmente se evalúa mucho el modo de trabajo de los profesionales, la capacidad de enfrentar ante un problema o situación complicada y más cuando se trata de salud y la seguridad de cada ciudadano. Asimismo, el desarrollo de todas las gestiones en cuidado y la atención se busca obtener el bienestar de cada uno. En las macro regionales las estrategias que utilizan para la atención del asegurado son pésimas, no alcanza para toda la ciudadanía, sin embargo no existe proyectos de mejora para la buena atención con cada ciudadano. | La participación del estado es muy necesario para tomar decisiones generando desarrollo y bienestar del país, gracias a ello, les permite evaluar, controlar, mediante un sistema de salud los procesos que se realizan en cada sector, con métodos óptimos para lograr cuantificar la cantidad de asegurados en diferentes zonas del país, y determinar un porcentaje de presupuesto rentable. Ya que unos de los principales objetivos es cubrir las brechas, dando prioridad aquellas personas más necesitadas, o de extrema pobreza. Sin embargo, no se predominan montos sufrientes para cubrir |
| Referencia: | García H., Díaz P., Ávila Chávez, D., Avila D., y Cuzco, M. (2015). <i>La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud</i> . In Anales de la Facultad de Medicina UNMSM. Facultad de Medicina. | | | | |
| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo (3) | Aplicación en su tesis (4) | |
| Pedro Jesus Mendoza, | 2018 | El aumento del gasto público en salud en la década precedente ha sido esencialmente el resultado de un incremento del porcentaje de gasto en salud respecto al presupuesto general de la República, de 2,3 en 1995 a | La subida del gasto administrativo público en el sector salud en los períodos anteriores ha sido esencialmente el trascendente aumento de altos porcentajes de gastos en campañas de salud lo | Los altos porcentajes de incremento de gastos públicos se mostraron en los años anteriores, se dio primordialmente por la subida de gastos en salud relacionado a Presupuesto | |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| <p>German Rivera Del Rio, Cesar Gutierrez y Cesar Sanabria</p> | | <p>2,8% en 2012 en un contexto de incremento del PIB como resultado de una coyuntura internacional favorable (16). En los últimos años, hay señales congruentes de un enlentecimiento global, que tiene como resultado previsible una disminución del crecimiento del PIB. En este contexto, para poder mantener el crecimiento del gasto público, queda apelar al incremento de la participación relativa del gasto en salud hacia el promedio de la Región de las Américas de 4%, por no mencionar la media de la OCDE, de 8% (19). (p. 4)</p> | <p>realmente es importante que las inversiones que se realizaban eran de mucho éxito. En relación al estudio general de presupuesto de la República, de 2,5 en 1990 a 3,0% en 2012 aproximado, obteniendo como resultado el incremento del PIB como ventaja y favorable para el ciudadano. Así también en los últimos años, hay señales congruentes de una lentitud global, que tiene como consecuencia previsible una disminución del desarrollo del PIB. En este contexto, para lograr sostener la mejora en inversión de gastos públicos, queda apelar toda mala inversión. Mendoza, Rivera, Gutiérrez, y Sanabria, (2018).</p> | <p>General, obteniendo como resultado una visible disminución del crecimiento del PIB. Se pretende mantener, y mejorar el constante crecimiento para facilitar mayores accesos en salud a los ciudadanos. Así como también evaluar cada gasto sobrevalorado y apelar el aumento considerando que es necesario. Dando un mejor control en los gastos de inversión y que sea de beneficio para cada persona. Mendoza, Rivera, Gutiérrez, y Sanabria, (2018).</p> | <p>las brechas, pese a que realizan campañas de salud.</p> <p>Los altos porcentajes de incremento de gastos públicos en los últimos años son debido al exceso subida de gastos en medicina y programas sociales de salud, generando como resultado una visible disminución del crecimiento de PIB. Ante todo esto se pretende mantener, y mejorar el constante crecimiento para facilitar mayores accesos en atención de salud a los ciudadanos. Así como también evaluar cada gasto sobrevalorado y apelar. Dando un mejor control en los gastos de inversión y que sea de beneficio para cada persona.</p> <p>Existe reformas en salud a nivel mundial con el objetivo de mejorar los sistemas de atención al ciudadano, así pudiendo obtener con facilidad los registros completos del gran número de familias afiliados en seguros estatales, esto generaría una atención eficaz en menor tiempo resultados altamente rentables el objetivo de todo centro de Salud.</p> |
| <p>Referencia:</p> | <p>Mendoza, P., Rivera, G., Gutiérrez, C., y Sanabria, C. (2018). <i>El proceso de reforma del sector salud en Perú</i>. Revista Panamericana de Salud Pública.</p> | | | | |
| <p>Autor/es</p> | <p>Año</p> | <p>Cita</p> | <p>Parfraseo (3)</p> | <p>Aplicación en su tesis (4)</p> | |
| <p>Frenk, Julio, Gonzales, Eduardo, Gomez, Octavio, Lezana Miguel y Knaul, Felicia</p> | <p>2007</p> | <p>Este modelo de financiamiento implica un cambio importante en los incentivos para los gobiernos estatales y los prestadores de servicios. Ahora el financiamiento para los estados se basa en una fórmula y ésta, a su vez, está determinada en gran parte por el número de familias afiliadas al Seguro Popular y, por ende, por la demanda. En el pasado los presupuestos estatales de salud eran asignados por el gobierno federal y estaban determinados en gran parte por la inercia histórica y el tamaño de la nómina del sector salud. Como consecuencia de la reforma, la “presupuestación burocrática”, orientada a satisfacer las demandas de los prestadores de servicios, está siendo gradualmente reemplazada por lo que se ha denominado “presupuestación democrática. (p. 530)</p> | <p>Las formas y los tipos para financiar son importantes para el cambio de muchos líderes del estado, así mismo a los prestamistas de servicios. Actualmente el financiamiento para los estados se fundamenta en métodos, está determina una gran parte por el número de familias afiliadas al Seguro Público, y por la demanda. En los años pasados los presupuestos estatales de salud, eran asignados por el mandato estatal y estaban determinados en gran fragmento por la inercia histórica y el tamaño del rol de la división de salud. Y obtenemos como resultado la perfección de presupuesto burocrática. Frenk, González, Gómez, Lezana y Knaul (2007).</p> | <p>Existe reformas a nivel mundial para la mejora en los sistemas de salud, para financiar estos importantes cambios se necesita la intervención de líderes del estado, en la actualidad el tipo de financiamiento se da por distintos métodos y esto determina detalladamente un registro completo del gran número de familias afiliados al seguro estatal, En los años anteriores los presupuestos del estado dirigidos para especialmente para salud, eran asignados por líderes encargados y por ética se determinaba en inversiones para beneficio y apoyo de cada familia.</p> | |
| <p>Referencia:</p> | <p>Frenk, J., González E., Gómez, O., Lezana, M., y Knaul, F. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema</p> | | | | |

| de salud en México. <i>salud pública de México.</i> | | | | |
|---|------|--|---|--|
| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo (3) | Aplicación en su tesis (4) |
| Felicia Knaul, Eduardo Gonzales, Octavio Gomez, David Garcia, Hector Arreola, Mariana Barraza, Rosa Sandoval, Francisco Caballero, Mauricio Hernandez, Mercedes Juan, David Kershenobich, Gustavo Nigenda, Enrique Ruelas, Jaime Supelveda, Roberto Tapia, Guillermo Soberon, Salomon Chertorivski y Julio Frenk | 2013 | Knaul, González, Gómez, García, Arreola, Barraza, Sandoval, Caballero Hernandez Juan, Kershenobich Gustavo y Ruelas (2013) El financiamiento a los estados depende de la demanda ya que se determina en gran parte por la afiliación al Seguro Popular. La aportación federal se asigna a los estados mediante el uso de una fórmula basada en las personas afiliadas, las necesidades de salud y el desempeño. Esta fórmula legalmente obligatoria constituye una innovación respecto al presupuesto anterior inercial y subjetivo que dependía de negociaciones políticas. (p. 214) | La cantidad de financiamiento que se denomina a los estados depende del requerimiento que se determina en gran sector de la población, contando la cantidad de afiliados al Seguro Público. La participación estatal se asigna a los estados mediante el modo de un método basada en las cantidades de personas afiliadas, teniendo presente las necesidades de salud y el desempeño. Esta técnica legalmente obligatoria constituye una mejora respecto al presupuesto precedente inercial e individual que dependía de negociaciones políticas. Knaul, González, Gómez, García, Arreola, Barraza, Sandoval, Caballero, Hernandez Juan Kershenobich y Ruelas (2013). | Los estados de turno determinan el presupuesto para cada ministerio dependiendo de las necesidades y el rubro en que se dedica, por ejemplo, al sector salud tiene un porcentaje determinado para cubrir las necesidades de cada ciudadano, sin embargo, no se predomina montos exactos para cubrir las brechas, pese a que realizan campañas de salud. La participación de los estados es necesario ya que utilizan métodos óptimos para cuantificar la cantidad de asegurados en diferentes cifras, de acuerdo a ello se presentan proyectos de mejora y desarrollo para el futuro de cada ciudadano así como también el bienestar de toda la población. |
| Referencia: | | Knaul, F., González, E., Gómez, O., García, D., Arreola, H., Barraza, M., Sandoval, R., Caballero F. Hernandez M., Juan M., Kershenobich Gustavo., Ruelas E., (2013). <i>Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México</i> . Salud pública de México. | | |
| | | | | Gutiérrez, Romaní, Wong y Del Carmen (2018); García, Diaz, Avila y Cuzco (2015); Mendoza, Rivera, Gutiérrez, y Sanabria, (2018); Frenk, González, Gómez, Lezana y Knaul (2007); Knaul, González, Gómez, García, Arreola, Barraza, Sandoval, Caballero, Hernandez Juan Kershenobich y Ruelas (2013). |

Sub Categoría 1-2: PERSONAS AFILIADAS – Poblacional y Prestacional

| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo (1) | Aplicación en su tesis (2) | Redacción final (1+2+3+4) |
|---|-------------|---|--|--|--|
| Andrés Zambrano, Manuel Ramírez, Francisco José Yepes, José Alberto Guerra, David Rivera | 2008 | Zambrano, Ramirez, Yepes, Guerra y Rivera (2008) A partir del tipo de afiliación y la pertenencia a planes complementarios de salud. Como planes complementarios de salud se consideran las pólizas de hospitalización y cirugía, la medicina prepagada y los seguros estudiantiles, entre otros. El tipo de afiliación es discriminado en afiliado al régimen contributivo, afiliado al régimen subsidiado y no afiliado. (p) 123 | Desde el momento que se obtiene el tipo de afiliación, según el régimen de asegurado, el individuo puede contar con estos tipos de atenciones como por ejemplo, las pólizas de hospitalización y cirugía, la medicina en general asimismo los seguros estudiantiles, entre otros. Se observa el tipo de afiliación ya que en muchos casos es discriminado en afiliado al régimen contributivo, afiliado al régimen subsidiado y no afiliado. | La atención integral de las necesidades de la población asegurada, con ética y solidaridad las instituciones brindan seguridad social en salud. (Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud), conocidas como aseguradoras en salud, se caracterizan por brindar seguros de salud, esto permite al individuo estar protegido ante cualquier accidente o eventualidad. Actualmente se cuenta con tres tipos de seguros la primera llamada Seguro Integral de Salud que permite atender principalmente a personas de pobreza y de pobreza extrema, aquellas personas con necesidad de apoyo del gobierno, el segundo se le llama como Seguro social del Perú, está dirigido principalmente aquellos trabajadores dependientes, y la tercera llamada como empresas prestadoras de Salud, son empresas públicas o privadas que proveen una cobertura adicional para sus empleadores donde el empleador es quien paga la cobertura. | La atención integral de las necesidades de la población asegurada, con ética y solidaridad las instituciones brindan seguridad social en salud. (Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud), conocidas como aseguradoras en salud, se caracterizan por brindar seguros de salud, esto permite al individuo estar protegido ante cualquier accidente o eventualidad. Actualmente se cuenta con tres tipos de seguros la primera llamada Seguro Integral de Salud (o subsidiado) que permite atender principalmente a personas de pobreza y de pobreza extrema, aquellas personas con necesidad de apoyo del gobierno, el segundo se le llama como Seguro social del Perú (o contributivo), está dirigido principalmente aquellos trabajadores dependientes, y la tercera llamada empresas prestadoras de Salud (semi-contributivo), son empresas públicas o privadas que proveen una cobertura adicional para sus empleadores donde el empleador es quien paga la cobertura, El ciudadano es necesario cuente con tipo de seguro así puede estar preparado ante cualquier situación que se puede presentar tu o tu familia. |
| | | Referencia: | Zambrano, A., Ramírez, M., Yepes, F. J., Guerra, J. A., y Rivera, D. (2008). <i>¿Qué muestran las Encuestas de Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia?</i> Cuadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. | | |
| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo (3) | Aplicación en su tesis (4) | |
| Pedro Ypanaque-Luyo, Monica Martins | 2015 | Ypanaque, Martins (2015), el SIS presentó una importante proporción de personas entre 0 y 14 años (38,9%), procedentes de la sierra (49,8%) y la selva (20,3%); del sexo femenino (54,2%); con educación primaria (44,4%) y sin nivel educativo (12,7%). En los otros seguros predominaron las personas adultas o adultas mayores, procedentes de la costa y con educación secundaria o superior. En el Seguro Social de Salud (51,0%) predominaron las mujeres, mientras que en el Seguro Militar-Policial (55,7%) y el seguro | El seguro Integral de Salud-SIS es una (IAFAS) muestra porcentajes de personas afiliadas en diferentes zonas del país y de diferentes edades. Actualmente existe una población que no tiene ningún tipo de seguro, se recomienda que todo individuo pertenezca al régimen de seguro para obtener seguridad ante cualquier situación que se presente. | El seguro Integral de Salud-SIS es una (IAFAS) muestra porcentajes de personas afiliadas en diferentes zonas del país y así como también de diferentes edades. Actualmente existe una población que no tiene ningún tipo de seguro, se recomienda que todo individuo pertenezca al régimen de seguro para obtener seguridad ante cualquier situación que se presente. En el Perú la persona tiene la libertad de elegir a qué tipo de seguro quiere permanecer según su calidad de vida. | Zambrano, Ramirez, Yepes, |

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|
| | | privado (52,9%) predominaron los varones. Al respecto, estos hallazgos se relacionan con el tipo de población objetivo al cual está dirigido cada seguro de salud. (p) 466 | | | Guerra y Rivera (2008), Ypanaque, Martins (2015), Alcalde, Lazo, Macias, Contreras y Espinosa (2019). |
| Referencia: | Ypanaqué-Luyo, P., & Martins, M. (2015). Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. | | | | |
| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo (3) | Aplicación en su tesis (4) | |
| Jacqueline Alcalde Rabanal, Oswaldo Lazo Gonzales, Nayeli Macias y Carla Contreras Ochoa | 2019 | Alcalde, Lazo, Macias, Contreras y Espinosa (2019), el seguro SIS Emprendedor afilió a trabajadores independientes del Nuevo Régimen Único Simplificado y sus derechohabientes. También la cobertura de ESSALUD se incrementó de 20% de asegurados en 2008 a 25% en 2015. Las IAFAS del Ejercito (FOSPEME), Fuerza Aérea (FOSFAP) y Marina (FOSMAR) cada una cubre al 0.1% de la población, mientras que las de la Policía Nacional (SALUDPOL) cubre al 1.3% de la población. (p) 13 | El seguro estatal SIS realiza campañas de cobertura de brechas para cubrir a las personas que no tienen ningún tipo de seguro de acuerdo al nivel de vida que tiene para ello existe diferentes formas de obtener un tipo de seguro. De la misma manera el EsSalud se preocupa por el bienestar de cada individuo, y busca generar cada vez más mejoras para la atención de sus asegurados. | El seguro estatal SIS realiza campañas de cobertura de brechas para cubrir a las personas que no tienen ningún tipo de seguro de acuerdo al nivel de vida que tiene para ello existe diferentes formas de obtener un tipo de seguro. De la misma manera el EsSalud se preocupa por el bienestar de cada individuo, y busca generar cada vez más mejoras para la atención de sus asegurados. También cabe resaltar los otros seguros pertenecientes a diferentes prestadoras de seguros de salud, respaldando el bienestar de ciudadano. | |
| Referencia: | Alcalde, J., Lazo, O., Macias, N., Contreras, C., y Espinosa, O. (2019). <i>Sistema de salud en el Perú: Situación actual, Desafíos y Perspectivas</i> . Revista Internacional de Salud Materno Fetal. | | | | |

Sub Categoría 3: FINANCIERA

| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo (1) | Aplicación en su tesis (2) | Redacción final (1+2+3+4) |
|--|---|--|--|--|--|
| Aníbal Velásquez, Dalia Suarez, Eduardo Nepo-Linares | 2016 | Velásquez, Suarez y Nepo-Linares, (2016) Concertar con las autoridades sanitarias regionales alcances específicos de las normas; mejorar la modulación de la prestación para incrementar el uso de los recursos disponibles, la expansión planificada, y la organización de las redes de servicios; finalmente, la modulación del financiamiento, fortaleciendo el Seguro Integral de Salud (SIS) que puede comprar servicios al sector público y privado, y así financiar prestaciones complementarias y el intercambio de servicios entre prestadores. (p 548) | las autoridades responsables en sanidad a nivel regional dan alcances específicos de las normas; perfeccionar la modulación de la beneficio para aumentar el uso de los bienes disponibles, la desarrollo planificada, y la organización de las redes de servicios; finalmente, la modulación del financiamiento, fortaleciendo el Seguro, puede adquirir servicios al sector público y privado, y asimismo financiar prestaciones complementarias y el intercambio de servicios entre prestadores | Se denomina como un instrumento de ayuda para el desarrollo de actividades públicas, las diferentes organizaciones optan este tipo de ayuda financiera para fortalecer las políticas y estrategias generando como prioridad al país, se obtiene resultados rentables mediante convenios. Ya sean públicos o privados. En el sector salud las autoridades responsables a nivel regional, buscan perfeccionar los tipos de benéficos para aumentar el uso de los bienes disponibles y perfeccionar el financiamiento para así generar servicios de calidad a los pacientes peruanos, y una salud eficaz. | Se denomina como un instrumento de ayuda para el desarrollo de actividades públicas, las diferentes organizaciones optan este tipo de ayuda financiera para fortalecer las políticas y estrategias generando como prioridad al país, se obtiene resultados rentables mediante convenios. Ya sean con empresas públicas o privadas. Asimismo en el sector salud las autoridades responsables a nivel regional, buscan perfeccionar los tipos de benéficos para aumentar el uso de los bienes disponibles y perfeccionar el financiamiento para así generar servicios de calidad a los pacientes peruanos, y una salud eficaz. |
| Referencia: | Velásquez, A., Suarez, D., y Nepo-Linares, E. (2016). <i>Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios</i> . Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. | | | | |
| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo (3) | Aplicación en su tesis (4) | |
| Percy Medina, Reinhard Willig y Mariano Cucho | 2014 | Medina, Willing, Cucho (2014) Garantizar que haya un financiamiento mixto donde el financiamiento público sea razonable, que permita disminuir la dependencia que genera el financiamiento privado. (117) | Afianzar que haya un financiamiento complejo donde el financiamiento estatal sea moderado, que permita reducir la dependencia que genera el financiamiento privado. | El estado busca afianzar un complejo y excelente método de financiamiento estatal que se razonado optando por reducir la dependencia que genera al momento de optar prestamos financieros a entidades privadas. | El estado busca afianzar un complejo y excelente método de financiamiento estatal que se razonado optando por reducir la dependencia que genera al momento de optar prestamos financieros a entidades privadas. |
| Referencia: | Medina, P., Willig, R., y Cucho, M., (2014) <i>Financiamiento de la Política en el Perú</i> . IDEA Internacional, Konrad Adenauer Stiftung e.V, Oficina Nacional de Procesos Electorales (ONPE) https://www.web.onpe.gob.pe/modEducacion/Publicaciones/L-0104.pdf | | | | |
| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo (3) | Aplicación en su tesis (4) | |
| Oswaldo Lazo Gonzales, Jacqueline Alcalde Rabanal y Olga Espinosa Henao | 2016 | Lazo, Alcalde y Espinosa (2016) Las fuentes de financiamiento de la salud son principalmente el Estado, a través de recursos ordinarios, recursos regionales y endeudamiento en salud. En menor medida se reciben recursos provenientes de cooperantes externos, donantes internos y sector privado. En 2012, los hogares financiaron 37 % del | El financiamiento en Salud es una de las fuentes principales del estado, se denomina como recursos ordinarios que genera la estabilidad ya sea en diferentes organizaciones públicas, ejemplo en el sector salud. Es un recurso de ayuda para financiar económicamente a las organizaciones públicas, mediante | El financiamiento en Salud es una de las fuentes principales del estado, se denomina como recursos ordinarios que genera la estabilidad, ya sea en diferentes organizaciones públicas, ejemplo en el sector salud. Es un recurso de ayuda para financiar económicamente al estado, mediante el ello, se puede optar por soluciones para | El estado busca afianzar un complejo y excelente método de financiamiento estatal que se razonado optando por reducir la dependencia que genera al momento de optar prestamos financieros a entidades privadas. Velásquez, Suarez y Nepo-Linares (2016; Medina, Willig y Cucho |

| | | | | |
|--------------------|--|---|---|--|
| | gasto en salud; los empleadores, 30 %; el Estado, 29 %; el sector privado, 1,9 %; cooperantes externos, 0,9 %; donantes internos, 0,6 %; otros, 0,5 %. El sector privado se financia con recursos directos de los hogares, de la venta de seguros privados y, en el caso de prestadores privados no lucrativos, de la cooperación internacional o de donaciones. (p)50 | el financiamiento se puede optar soluciones para realizar distintos proyectos de mejora en sector salud optando buenos resultados, las brechas en el sector salud es de gran porcentaje mediante este método se lograría cubrir con todas y satisfacer la buena atención a todos los ciudadanos | realizar distintos proyectos de mejora en sector salud optando buenos resultados, ejemplo las brechas en el sector salud es de gran porcentaje que no se puede cubrir, pero mediante este método se lograría abastecer, y satisfacer la buena atención a todos los ciudadanos | (2014); Lazo, Alcalde y Espinosa (2016). |
| Referencia: | Lazo, O., Alcalde, J., y Espinosa, O. (2016). <i>El sistema de salud en Perú. Situación y desafíos</i> . Universidad Cayetano Heredia | | | |

| Personas afiliadas - Prestacional- INDICADORES 1: REGIMEN SUBSIDIADO (SIS gratuito) | | | | | |
|---|-------------|---|---|--|--|
| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo (1) | Aplicación en su tesis (2) | Redacción final (1+2+3+4) |
| Edward Mezones Holguín, Elard Amaya, Luciana Bellido Boza, Benoit Mougenot, Juan Murillo, José Villegas Ortega, y José Carlos Del Carmen Sara. | 2019 | Mezones, Amaya, Bellido, Mougenot, Murillo, Villegas y Del Carmen (2019) Se aprobaron normas que incluyen afiliación directa al régimen subsidiado para poblaciones vulnerables, grupos con protección especial (como los estudiantes de educación básica regular, beneficiarios de programas sociales, entre otros) y acceso al régimen semi-contributivo para trabajadores independientes. Lo expuesto podría asociarse con la elevación relativa de población no pobre, adulta mayor (pensión 65), con trabajo y con quintiles de gastos superiores esta IAFAS observado principalmente en la segunda etapa proceso de afiliación subsidiada regular del SIS, el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) del Ministerio de Inclusión Social juega un rol preponderante al asignar una clasificación socioeconómica, en función de una metodología basada en una regresión que aproxima la situación de pobreza y gastos/ingresos, la cual permite definir la inclusión/ exclusión de una persona en el SIS. No obstante, han existido problemas relacionados a la implementación de los sistemas de informacion, de la validación con el Registro Nacional de Identidad, y la desarticulación entre el SIS y el SISFOH; lo cual podría verse reflejado en una disminución relativa de los afiliados el 2012. Asimismo, si bien en el Decreto Legislativo 1346 promulgado a inicios del 2017 se dictamina que todo | Las afiliaciones directas al régimen subsidiado para las poblaciones vulnerables, grupos con protección especial (como por ejemplo los estudiantes de educación básica regular, beneficiarios de programas sociales, entre otros). Lo expuesto podría asociarse con la elevación relativa de población no pobre, adulta mayor (pensión 65), con trabajo, observado principalmente en la segunda etapa proceso de afiliación subsidiada regular del SIS, el Ministerio de Inclusión Social juega un rol preponderante al establecer una organización socioeconómica, en función de los métodos basados en una regresión que aproxima la situación de pobreza y gastos ingresos, la cual permite puntualizar la inclusión y exclusión de un individuo en el SIS. No obstante, han | Impulsar la afiliación de personas no aseguradas en la actualmente en los sistemas de aseguramiento público bajo un determinado régimen. Este seguro de Salud que esta subsidiado por el estado para que los ciudadanos peruanos que radican en el Perú, puedan atenderse de un modo gratuito ya sea en todos los centros de salud públicos o del estado, esto permite ofrecer una cobertura integral que logra atender más de 1400 enfermedades aproximadamente, incluyendo los varios tipos de cáncer. Es un seguro principalmente dirigido a aquellas personas que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. El régimen Sistémico de Salud existe dos tipos de seguros uno que son los subsidiados y el semi contributivo. Cubre medicamentos, procedimientos, operaciones, insumos bonos de | Régimen subsidiado, es un seguro enfocado principalmente en aquellas personas o ciudadanos en situación de pobreza y pobreza extrema. El Seguro Integral de Salud - SIS cuenta con dos tipos de Seguro uno el Subsidiado y Semi contributivo, esto se encarga de cubrir todos los problemas relacionados a salud, por ejemplo cubre medicamentos, di referentes procedimientos, operaciones (general), insumos, bonos por sepelio y por ultimo traslados bajo el régimen que corresponde o el tipo de SIS. El objetivo del seguro es impulsar la afiliación de aquellas personas no aseguradas en la |

| | | | | | |
|--------------------|--|--|--|---|--|
| | | afiliado al régimen subsidiado por afiliación regular deberá contar adicionalmente con su clasificación socioeconómica o ser considerado vulnerable, esta última condición, aunado al vencimiento de la clasificación socioeconómica, adolecen de falta de definición. (p) 204 | existido problemas relacionado a la implementación de los sistemas de información, de la validación con el Registro Nacional de Identidad. | sepelio y transferencia según el tipo de SIS. Además cuenta con un aseguramiento de emprendedores. Microempresas y trabajadores independientes. | actualidad en los sistemas de aseguramiento del estado, bajo un determinado régimen, así fortaleciendo la seguridad de cada ciudadano. |
| Referencia: | | Mezones E., Amaya, E., Bellido L., Mougenot, B., Murillo, J., Villegas, J., y Del Carmen, S., (2019). <i>Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal</i> . Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. | | | El SIS esta subsidiado por el estado para que los ciudadanos peruanos que radican en Perú, puedan atenderse gratuitamente, en todos aquellos centros de salud, hospitales públicos pertenecientes al estado. Todo ciudadano debe conocer estos tipos de régimen para tomar decisiones óptimas, generando seguridad en su vida. Mezones Amaya, Bellido, Mougenot, Murillo, Villegas y Del Carmen (2019). |

| Personas Afiliadas - Prestacional- INDICADORES 2: REGIMEN CONTRIBUTIVO (SIS independiente) | | | | | |
|---|------|---|---|---|---|
| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo (1) | Aplicación en su tesis (2) | Redacción final (1+2+3+4) |
| Edward Mezones Holguín, Elard Amaya, Luciana Bellido Boza, Benoit Mougenot, Juan Murillo, José Villegas Ortega, y José Carlos Del Carmen Sara. | 2019 | Mezones, Amaya, Bellido, Mougenot, Murillo, Villegas y Del Carmen (2019) Sistema de salud peruano (SSP) no es ajeno a esta problemática. El subsector público congrega a la mayoría de los afiliados, con dos Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en SALUD (IAFAS) principales: el Seguro Integral de Salud (SIS), con régimen básicamente subsidiado, y el Seguro Social en Salud (EsSalud), con régimen esencialmente contributivo. En la última década aparecen dos puntos normativos claves: primero, a finales del año 2009 con la Ley | Régimen en salud peruano (SSP) no es diferente a esta problemática. El subsector público congrega a la mayoría de los afiliados, con dos Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) principales: el Seguro Integral de Salud (SIS), con régimen básicamente subsidiado, y el Seguro Social en Salud (EsSalud), con régimen esencialmente contributivo. En estos últimos tiempos aparecen dos normativos claves: primero, a finales del año 2009 con la Ley Marco del Aseguramiento Internacional en Salud (AUS); y | El régimen contributivo se determina como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los trabajadores y sus familias asegurados al Sistema de Protección Nacional en Salud que es el EsSalud (Seguro Social de Perú). De la misma manera pertenecientes a este tipo de seguro esta la Fuerzas Armadas Y Fuerzas Policiales y todas las entidades Prestadoras de Salud, pueden ser empresas u organizaciones. Así mismo aquellas personas que tienen una vinculación laboral, quiere decir que cuentan con capacidad de pago, como por ejemplo trabajadores formales pertenecientes a diferentes empresas u | El régimen contributivo se determina como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los trabajadores y sus familias asegurados al Sistema de Protección Nacional en Salud que es el EsSalud (Seguro Social de Perú). De la misma manera pertenecientes a este tipo de seguro esta la Fuerzas Armadas Y Fuerzas Policiales y todas las entidades Prestadoras de Salud, pueden ser empresas u organizaciones. Así |

| | | | | | |
|--------------------|---|--|--|---|---|
| | | Marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS); y segundo, al finalizar el año 2013, con la reforma del sector salud. Posteriormente, se aprobaron normas legales para regular los procesos operativos de afiliación principalmente en el régimen subsidiado. Ergo, es razonable esperar que se hayan producido cambios en la CAS y en las características de la población afiliada. (p) 197 | segundo, al terminar el año 2013, con la reforma del sector salud. Luego, se aprobaron normas legales para normalizar los procesos operativos de afiliación principalmente en el régimen subsidiado. Es razonable esperar que se hayan producido cambios en la CAS y en las características de los ciudadanos afiliados. | organizaciones. Generalmente cuenta con cobertura de trabajo de alto riesgo e indemnizaciones ya sea por accidentes con consecuencia de muerte. Se resalta este seguro ya que también existe un tipo de régimen amplio se pueden asegurar otras prestadoras de salud, empresas públicas, privadas obteniendo una cobertura adicional a sus empleados (un tipo de seguro), pero eso si el empleador es quien se encarga de pagar esta cobertura adicional. | mismo aquellas personas que tienen una vinculación laboral, quiere decir que cuentan con capacidad de pago, como por ejemplo trabajadores formales pertenecientes a diferentes empresas u organizaciones. Generalmente cuenta con cobertura de trabajo de alto riesgo e indemnizaciones ya sea por accidentes con consecuencia de muerte. Se resalta este seguro ya que también existe un tipo de régimen amplio se pueden asegurar otras prestadoras de salud, empresas públicas, privadas obteniendo una cobertura adicional a sus empleados (un tipo de seguro), pero eso si el empleador es quien se encarga de pagar esta cobertura adicional. Mezones Amaya, Bellido, Mougenot, Murillo, Villegas y Del Carmen (2019). |
| Referencia: | Mezones E., Amaya, E., Bellido L., Mougenot, B., Murillo, J., Villegas, J., y Del Carmen, S., (2019). <i>Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal</i> . Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. | | | | |

| Personas afiliadas – Prestacional - INDICADORES 3: SEMICONTRIBUTIVO (SIS microempresas y SIS emprendedor) | | | | | |
|---|------|---|--|---|---|
| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo (1) | Aplicación en su tesis (2) | Redacción final (1+2+3+4) |
| Grupo Banco Mundial | 2016 | Grupo Banco Mundial (2016) La SUNAT no transfiere las contribuciones de los contribuyentes NRUS al SIS, sino solo transfiere el listado de contribuyentes a afiliarse al SIS, y por ende se trata de un seguro totalmente subsidiado y no de un seguro semi-contributivo como lo prevé la | Promover la afiliación de personas no aseguradas en la actualidad en los sistemas de aseguramiento público bajo un determinado régimen. Este seguro de Salud que esta subsidiado por el estado para que los ciudadanos peruanos que radican en el Perú, puedan atenderse de una manera gratuita ya sea en todos los centros de salud públicos o del estado, esto permite ofrecer una cobertura | El Régimen Semi-Contributivo se rige principalmente a todos aquellos empleados pertenecientes a las (MYPES) empresas pequeñas, empresas iniciantes y también de los (CAS) aquellas personas que pertenecen a un trabajo privado y obtienen un seguro por medio de la entidad. En este tipo de Régimen los empleadores, trabajadores o los | El Régimen Semi-Contributivo se rige principalmente a todos aquellos empleados pertenecientes a las (MYPES) empresas pequeñas, empresas iniciantes y también de los (CAS) aquellas personas que pertenecen a un trabajo |

| | | | | | |
|---------------------------|--|--|---|--|---|
| | | <p>ley AUS. Por otro lado, EsSalud creó un seguro contributivo voluntario dirigido a trabajadores independientes que no tienen la obligación de aportar a EsSalud por no tener dependencia laboral. No obstante, este seguro no representa un porcentaje significativo de las afiliaciones a EsSalud. Además a partir de octubre del 2015 se suspendió la afiliación a este seguro. (p) 16</p> | <p>integral que cubre más de 1400 enfermedades aproximadamente, incluyendo los varios tipos de cáncer. Es un seguro principalmente dirigido a aquellas personas que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. El sistema Integral de Salud dos tipos de seguros uno que son los subsidiados y el semicontributivo. Cubre medicamentos, procedimientos, operaciones, insumos bonos de sepelio y traslado según el tipo de SIS. También cuenta con un aseguramiento de emprendedores. Microempresas y trabajadores independientes.</p> | <p>asegurados cubren parte del costo de las prestaciones. Por ejemplo una empresa privada formal cuenta con régimen de seguro para sus colaboradores pues el costo de pago es un porcentaje para la empresa y el otro porcentaje lo cubre el trabajador. Cabe resaltar que este tipo de seguro también se dirige a los trabajadores independientes, personas que no tienen un trabajo estable, también estudiantes universitarios, menores dependientes y todas las personas de tercera edad a esto se le puede conocer como un seguro independiente, eso sí generando un costo cada mes .</p> | <p>privado y obtienen un seguro por medio de la entidad. En este tipo de Régimen los empleadores, trabajadores o los asegurados cubren parte del costo de las prestaciones. Por ejemplo una empresa privada formal cuenta con régimen de seguro para sus colaboradores pues el costo de pago es un porcentaje para la empresa y el otro porcentaje lo cubre el trabajador. Cabe resaltar que este tipo de seguro también se dirige a los trabajadores independientes, personas que no tienen un trabajo estable, también estudiantes universitarios, menores dependientes y todas las personas de tercera edad a esto se le puede conocer como un seguro independiente, eso sí generando un costo cada mes.</p> |
| <p>Referencia:</p> | <p>MUNDIAL, B. Financiamiento de la salud en el Perú. Public Disclosure Authorized</p> | | | | <p>Mundial (2016)</p> |

FINANCIAMIENTO - INDICADORES 1: FINANCIAMIENTO PUBLICO

| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo (1) | Aplicación en su tesis (2) | Redacción final (1+2+3+4) |
|--|--|--|--|---|---|
| Eliseo Díaz González y José Bertín Ramírez García | 2017 | Díaz y Ramírez (2017) Financiamiento público para salud debe complementarse con la parte de las transferencias gubernamentales en los diferentes programas públicos del nivel federal, estatal o municipal. Los beneficiarios de esas acciones utiliza los apoyos del gobierno para la atención de padecimientos, consultas médicas u otro tipo de gastos en sanidad, con lo que evitan caer en el rango catastrófico de los gastos en salud. (p) 74 | Financiamiento del estado dirigido para salud debe complementarse con la parte de las transferencias gubernamental en los diferentes programas públicos ejemplo de salud las campañas, Los beneficiarios de esas acciones utiliza los apoyos de los gobiernos de turno para el cuidado de padecimientos, consultas médicas u otro tipo de gastos en cuidado, con lo que evitan caer la categoría catastrófico de los gastos en sanidad | El financiamiento del sector publico básicamente se refiere a todos los recursos financieros nacionales, y que toda fuente de financiamiento son generados por el estado, y considerados en el presupuesto del Nivel Público, con apoyo e parte del nivel centro y de las oficinas de tesorerías institucionales, de modo racional, óptima, minimizando costos y una adecuada sistematización. Los recursos financieros del estado que esta designado para la salud es neto para cubrir las necesidades de cada individuo, también es importante resaltar que mediante se promueva el desarrollo continuo, la mejora en atención al ciudadano, lograr cubrir las brechas, abastecer la atención con el apoyo de un sistemas nacional que facilite a cargar la información, es de mucha importancia para el óptimo resultado en salud nacional. Así mismo los proyectos, obras, actividades para un mejor desarrollo nacional en sanidad. | El financiamiento del sector publico básicamente se refiere a todos los recursos financieros nacionales, y que toda fuente de financiamiento son generados por el estado, y considerados en el presupuesto Nacional, con apoyo de parte del nivel centro y de las oficinas de tesorerías institucionales, de modo racional, óptima, minimizando costos y una adecuada sistematización. Los recursos financieros del estado designados para la salud es neto para cubrir las necesidades de cada individuo, también es importante resaltar que mediante se promueva el desarrollo continuo, la mejora en atención al ciudadano, lograr cubrir las brechas, abastecer la atención con el apoyo de un sistemas nacional, que facilite la información de los pacientes, Se debe reconocer los proyectos del estado, obras, actividades que están en proceso son parte de la mejora en todo el sistema de salud nacional, asimismo generaría mayores recursos para una excelente atención a los ciudadanos. González y Ramírez (2017). |
| Referencia: | González, D., y Ramírez, J., (2017). <i>Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México. Papeles de población.</i> | | | | |

FINANCIAMIENTO - INDICADORES 2: FINANCIAMIENTO PRIVADO

| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo (1) | Aplicación en su tesis (2) | Redacción final (1+2+3+4) |
|--|--|---|---|---|--|
| <p>Natalia Yavich, Ernesto Pablo Bascolo y Jeannie Haggerty</p> | <p>2016</p> | <p>Yavich, Báscolo y Haggerty (2016) Persiste un fuerte debate atravesado por preconceptos y simplificaciones en el marco del cual se suele afirmar que el subsistema privado (SPr) es más eficiente y provee una mejor calidad de atención que el subsistema público (SPub). Distintos estudios han caracterizado al SPub como carente de objetivos claros; burocráticos e ineficientes en la asignación de recursos, contratación de recursos humanos, regulación y compra de insumos; débiles en su capacidad de conducción, e incapaz de responder a las necesidades de la población. (p) 505</p> | <p>Persiste un esforzado argumento atravesado por conceptos y simplificaciones en el marco del cual se suele sostener que el sistema privado es más efectivo y provee una excelente calidad de atención que el sistema público. Distintos estudios han determinado al Sistema Nacional como insuficiente de objetivos claros; burocráticos e ineficientes en la asignación de recursos, negociación de recursos humanos, regulación y adquisición de insumos; débiles en su dimensión de administración, e inexperto de responder a las necesidades del pueblo.</p> | <p>El Gobierno Gubernamental de Desarrollo de la Inversión Privada y Proyectos en Activos por desarrollar, aprobada mediante Decreto Supremo N° 077-2016-EF, establece que la intervención del nivel privado, puede contribuir de modo eficaz en el cierre de brechas de infraestructura pública que existente en el estado. Esta inversión debe optimizar la importancia y la aptitud de los servicios públicos, y dinamizar la economía nacional, la generación de empleo remunerado y la competitividad idónea del país.</p> | <p>El financiamiento privado son empresas que tercerizan al Estado Nacional para obtener mejoras en desarrollos en los proyectos. El Gobierno Gubernamental de Desarrollo de la Inversión Privada y Proyectos en Activos por desarrollar, aprobada mediante Decreto Supremo N° 077-2016-EF, establece que la intervención del nivel privado, puede contribuir de modo eficaz en el cierre de brechas de infraestructura pública que existente en el estado. Esta inversión debe optimizar la importancia y la aptitud de los servicios públicos, y dinamizar la economía nacional, la generación de empleo remunerado y la competitividad idónea del país. Así mismo en estos últimos años se ha incrementado el uso de modalidades para generar mayor infraestructura pública (hospitales) y también los servicios de estado, como por ejemplo las grandes inversiones en carreteras, las vías Ferreras, la mejora de los aeropuertos, entre otros, a la fecha se resalta la mejora de la cobertura y la buena calidad de los servicios públicos brindados a los ciudadanos y el buen desarrollo del País. Yavich, Báscolo, y Haggerty, (2016).</p> |
| <p>Referencia:</p> | <p>Yavich, N., Báscolo, E., y Haggerty, J. (2016). <i>Financiamiento, organización, costos y desempeño de los servicios de los subsistemas de salud argentinos</i>. Salud pública de México.</p> | | | | |

FINANCIAMIENTO - INDICADORES 3: FINANCIAMIENTO MIXTO

| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo (1) | Aplicación en su tesis (2) | Redacción final (1+2+3+4) |
|-------------------------|------|---|--|--|--|
| Sandra Bibiana Paz Páez | 2017 | <p>Paz (2017) sistemas de salud: públicos, privados y mixtos, que de una u otra forma se encuentran presentes con diversos grados de desarrollo en todos los países, con diferentes características en su financiamiento, prestación, regulación, etc. (p) 11</p> <p>Porcentaje importante del gasto en salud corresponden al gasto público proveniente de los presupuestos de los países y los fondos destinados para la salud. Estados Unidos, es un país donde el gasto privado es mayor al gasto público, ya que ha adoptado un sistema en el que las coberturas sanitarias dependen de la capacidad adquisitiva de cada persona, por eso muchos ciudadanos deben cotizar a seguros privados. (p) 70</p> | <p>El sistemas de sanidad, públicos, privados y mixtos, que de una u otra modo se encuentran presentes con diversos grados de mejora en todos los países a nivel Mundial, con diferentes características en su financiamiento, beneficio, estatuto, etc. (p) 11</p> <p>Asimismo los Porcentaje fundamentales de las inversiones en salud correspondiente a los gastos Públicos procedente de los presupuestos de los países y los capitales destinados para la salud. Por ejemplo Estados Unidos, un país en donde el gasto privado es superior al gasto público, ya que ha adoptado un método en el que las coberturas sanitarias dependen de la capacidad adquisitiva de cada individuo, por eso muchos ciudadanos deben cotizar para acudir a seguros privados.</p> | <p>Financiamiento mixto aplicado a un sistema de aseguramiento estatal (sistemas mixto), que ofrecen un plan obligatorio de salud, y así como también los seguros privados, con diferentes coberturas, proyectos en desarrollo. El mercado corresponde a un método de competencia mixto regulado por el estado, en donde entran a competir aseguradoras (privadas y públicas) e instituciones prestadoras de sanidades (privadas y públicas). La competitividad no la realizan con base al precio, porque la UPC (unidad de pago por capitación) es igualitario para todos, entonces su forma de competir en por la eficacia y calidad de los servicios. El objetivo es brindar buena atención de calidad al ciudadano obteniendo mejora para el país, mayor prestigio para la empresa y una vida saludable para los ciudadanos.</p> | <p>Financiamiento mixto aplicado a un sistema de aseguramiento estatal (sistemas mixto), que ofrecen un plan obligatorio de salud, y así como también los seguros privados, con diferentes coberturas, proyectos en desarrollo. El mercado corresponde a un método de competencia mixto regulado por el estado, en donde entran a competir aseguradoras (privadas y públicas) e instituciones prestadoras de sanidades (privadas y públicas). La competitividad no la realizan con base al precio, porque la UPC (unidad de pago por capitación) es igualitario para todos, entonces su forma de competir en por la eficacia y calidad de los servicios. El objetivo es brindar buena atención de calidad al ciudadano obteniendo mejora para el país, mayor prestigio para la empresa y una vida saludable para los ciudadanos Paz (2017).</p> |

| Teorías | T1: Teoría General de la Neoclásica | T2: Teoría De La Burocracia | T3: Teoría de sistemas | T4: | T5: | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|---|--|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Conceptos | C1: dentro de los retos que deben ser superados para incrementar la cobertura prestacional y continuar con la tendencia ascendente en la cobertura poblacional se encuentran | C2: Como un producto adicional a la formulación de la metodología de cálculo de brechas y considerando variables demográficas, socioeconómicas, geográficas y de acceso a servicios de salud que inciden en la carga de trabajo del personal de salud, especialmente en el primer nivel de atención, se ha formulado el Índice de Dispersión Poblacional Distrital (IDP), el cual permite clasificar por niveles de dispersión los distritos de todo el país, como criterio del ajuste de dotación. (p. 10) | C3: El aumento del gasto público en salud en la década precedente ha sido esencialmente el resultado de un incremento del porcentaje de gasto en salud respecto al presupuesto general de la República, de 2,3 en 1995 a 2,8% en 2012 en un contexto de incremento del PIB como resultado de una coyuntura internacional favorable (16). En los últimos años, hay señales congruentes de un enlentecimiento global, que tiene como resultado previsible una disminución del crecimiento del PIB. En este contexto, para poder mantener el crecimiento del gasto público , queda apelar al incremento de la participación relativa del gasto en salud hacia el promedio de la Región de las Américas de 4% , por no mencionar la media de la OCDE, de 8% (19). (p. 4) | C4: Este modelo de financiamiento implica un cambio importante en los incentivos para los gobiernos estatales y los prestadores de servicios. Ahora el financiamiento para los estados se basa en una fórmula y ésta, a su vez, está determinada en gran parte por el número de familias afiliadas al Seguro Popular y, por ende, por la demanda. En el pasado los presupuestos estatales de salud eran asignados por el gobierno federal y estaban determinados en gran parte por la inercia histórica y el tamaño de la nómina del sector salud. Como consecuencia de la reforma, la “presupuestación burocrática”, orientada a satisfacer las demandas de los prestadores de servicios, está siendo gradualmente reemplazada por lo que se ha denominado “presupuestación democrática. (p. 530) | C5: El financiamiento a los estados depende de la demanda ya que se determina en gran parte por la afiliación al Seguro Popular . La aportación federal se asigna a los estados mediante el uso de una fórmula basada en las personas afiliadas , las necesidades de salud y el desempeño. Esta fórmula legalmente obligatoria constituye una innovación respecto al presupuesto anterior inercial y subjetivo que dependía de negociaciones políticas. (p. 214) | | | | |
| | Construcción de las sub categoría | SC1: Personas afiliadas | | SC2: Prestaciones | | SC3: Financiera | | | |
| Construcción de los indicadores | I1 Régimen subsidiado (SIS Gratuito) | I2 Régimen Contributivo (SIS Independiente) | I3 Semicontributivo (SIS Microempresas y SIS Emprendedor) | I4 Régimen subsidiado (SIS Gratuito) | I5 Régimen Contributivo (SIS Independiente) | I6 Semicontributivo (SIS Microempresas y SIS Emprendedor) | I7 Financiamiento público | I8 Financiamiento privado | I9 financiamiento mixto |
| Construcción de la categoría | El análisis de presupuesto de cierre de brechas en el sector Salud Gestión de presupuesto Sub Categoría: SC1 Personas afiliadas SC2: Prestaciones SC3: Financiera | | | | | | | | |

Matriz de construcción de la categoría

Justificación Teórica

| Justificación teórica | | |
|---|---|--|
| Cuestiones | Respuesta | Redacción final |
| ¿Qué teorías sustentan la investigación? | Las teorías que sustentan esta investigación son la teoría neoclásica, teoría burocrática y la teoría de sistemas | Estas teorías son importantes porque hace referencia al presupuesto público ya que muchas veces presenta ineficiencias en la administración y no muestra interés en sus resultados, lo cual es preocupante para todas las entidades públicas. Es por ello la teoría neoclásica, que consiste en encaminar, guiar e inspeccionar el trabajo de un grupo de personas para llegar a un objetivo común, asimismo la teoría burocrática que es la forma o el proceso de una estructura que se diferencia por métodos centralizados y descentralizados, permitiendo aclarar conceptos de obligaciones y especializaciones en una actividad. Y la teoría de sistemas que se define como una organización que tiene límites y se muestra de manera independientes cuyo resultado es que las sumas de sus partes generan un mayor impacto. Asimismo, ayuda a comprender los métodos y procesos de funcionamiento correcto de las organizaciones públicas, también comprende los modos de trabajo mediante estrategias de financiamiento. Ante todo, esta investigación permite a obtener un panorama más amplio entre personas en entidades públicas. |
| ¿Cómo estas teorías aportan a su investigación? | Ayuda a comprender el funcionamiento correcto de organización o empresas públicas, a su vez comprende los métodos de funcionamiento | |
| ¿Por qué realizar el trabajo de investigación? | Esta investigación permite a las entidad públicas del Perú, obtener un panorama más amplio de cómo es la organización estatal | |
| Justificación práctica | | |
| ¿Por qué hacer el trabajo de investigación? | Al término del presente trabajo de la investigación, se espera que la Superintendencia Nacional de Salud mejore la gestión presupuestal, para que la institución desarrolle eficientemente sus funciones y pueda realizar una óptima ejecución presupuestal y cumplan con los objetivos de la institución. | Mediante esta investigación permitirá analizar la mejora en gestión presupuestal, para que cada organización desarrolle eficientemente sus actividades de manera óptima y exista un rector que administre los recursos públicos por sectores como por ejemplo la salud, Con el resultado de esta investigación los gerentes de dirección, lo especialista profesionales encargados de presupuesto público tendrán investigación para determinar el comportamiento de los resultados y así modificar el sistemas para generar mayor rentabilidad y cumplir con el objetivo público en salud cubrir brechas al 100% de la población vulnerable. Con esta investigación se espera mantener informados a todos los profesionales y especialistas expertos en presupuesto público, las causas del problema de cierre de brechas de la población vulnerable en el Seguro Integral de Salud, asimismo que permita conocer los presupuestos de años futuros para realizar metas y proyectos con tiempo, eso sí buscando un óptimo desarrollo para cumplir al máximo con las atenciones a los pacientes. |
| ¿Cuál será la utilidad? | C Con el resultado de esta investigación los gerentes de dirección, lo especialista profesionales encargados de presupuesto público tendrán investigación para determinar el comportamiento de los resultados y así modificar el sistema para generar mayor rentabilidad y cumplir con el objetivo público en salud cubrir brechas al 100% de la población vulnerable. | |
| ¿Qué espera con la investigación? | Con esta investigación se espera mantener informados a todos los profesionales y especialistas expertos en presupuesto público, las causas del problema de cierre de brechas de la población vulnerable en el Seguro Integral de Salud, asimismo que permita conocer los presupuestos de años futuros para realizar metas y proyectos con tiempo, eso sí buscando un óptimo desarrollo para cumplir al máximo con las atenciones a los pacientes. | |
| Justificación metodológica | | |
| ¿Por qué investiga bajo ese diseño? | Esta investigación es de método analítico, que busca analizar, | Esta investigación es de método analítico, que busca |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>interpretar casos específicos, tiene un enfoque cualitativo porque a partir de una información buscar explicar el porqué de las cosas, para recabar la información se aplicara la técnica de entrevista que consiste en sentarse frente a frente con el entrevistado que será fuente de información, la técnica a utilizar es la revisión documental que consiste en buscar información de años pasados en libros, revistar, informe. Por otro lado los instrumentos utilizados son la guía de entrevista que sirve como apoyo para el entrevistador y guía de revisión documental que permite crear un registro de la información revisada.</p> | <p>analizar, interpretar casos específicos, muestra un enfoque cualitativo porque, inicia a partir de una investigación buscando explicar el fin de cada presupuesto destinado por el estado, para determinar obtener toda la información de aplicar mediante la técnica de entrevista que consiste en sentarse frente a frente con el entrevistado, que será fuente de información, la técnica a utilizar es la revisión documental que consiste en buscar información de años pasados como por ejemplo, libros, revistas, informes entre otros. Asimismo, por otro lado, los instrumentos utilizados son la guía de la entrevista que sirve como material de apoyo al entrevistador y también guía de revisión documental que le permite crear una fuente de registro de la toda la información revisada. Con las mejoras en la eficiencia, la gestión presupuestal podrá cumplir con las metas y objetivos programados, y la institución pública - SIS podrá aprovechar en su totalidad los recursos asignados, para el año fiscal correspondiente. Se espera que con una buena programación de metas proyectadas se cumpla la ejecución presupuestal. También permitirá crear un plan de trabajo eficiente para evitar el vencimiento de los plazos y la acumulación de expedientes de los pacientes. Asimismo, se logrará cumplir con las brechas de los asegurados de la población de pobreza extrema y vulnerable en Salud Pública.</p> |
| <p>¿El resultado de la investigación permitirá resolver algún problema?</p> | <p>Con las mejoras en la eficiencia, la gestión presupuestal podrá cumplir con las metas y objetivos programados, y la institución pública - SIS podrá aprovechar en su totalidad los recursos asignados, para el año fiscal correspondiente. Se espera que con una buena programación de metas proyectadas se cumpla la ejecución presupuestal. También permitirá crear un plan de trabajo eficiente para evitar el vencimiento de los plazos y la acumulación de expedientes de los pacientes. Asimismo, se logrará cumplir con las brechas de los asegurados de la población de pobreza extrema y vulnerable en Salud Pública.</p> | <p>analizar, interpretar casos específicos, muestra un enfoque cualitativo porque, inicia a partir de una investigación buscando explicar el fin de cada presupuesto destinado por el estado, para determinar obtener toda la información de aplicar mediante la técnica de entrevista que consiste en sentarse frente a frente con el entrevistado, que será fuente de información, la técnica a utilizar es la revisión documental que consiste en buscar información de años pasados como por ejemplo, libros, revistas, informes entre otros. Asimismo, por otro lado, los instrumentos utilizados son la guía de la entrevista que sirve como material de apoyo al entrevistador y también guía de revisión documental que le permite crear una fuente de registro de la toda la información revisada. Con las mejoras en la eficiencia, la gestión presupuestal podrá cumplir con las metas y objetivos programados, y la institución pública - SIS podrá aprovechar en su totalidad los recursos asignados, para el año fiscal correspondiente. Se espera que con una buena programación de metas proyectadas se cumpla la ejecución presupuestal. También permitirá crear un plan de trabajo eficiente para evitar el vencimiento de los plazos y la acumulación de expedientes de los pacientes. Asimismo, se logrará cumplir con las brechas de los asegurados de la población de pobreza extrema y vulnerable en Salud Pública.</p> |

| Categoría | | Sub categoría | | Indicadores | |
|-----------|---------------------|---------------|----------------------------------|-------------|--|
| Código | Nombre | Código | Nombre | Código | Nombre |
| C1 | Cobertura Universal | SC1.1 | Poblacional (Personas afiliadas) | SC1.1.1 | Régimen Subsidiado (SIS gratuito) |
| | | | | SC1.1.2 | Régimen Contributivo (SIS independiente) |
| | | | | SC1.1.3 | Régimen Semicontributivo (SIS microempresas y emprendedor) |
| | | | | SC1.2.1 | Régimen Subsidiado (SIS gratuito) |
| | | | | SC1.2.2 | Régimen Contributivo (SIS independiente) |
| | | | | SC1.2.3 | Régimen Semicontributivo (SIS microempresas y emprendedor) |
| | | SC1.3 | Financiera | SC1.3.1 | Financiamiento Publico |
| | | | | SC1.3.2 | Financiamiento Privado |
| | | | | SC1.3.3 | Financiamiento Mixto |

Metodología

| Método descriptivo | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|--|
| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo | Aplicación en su tesis |
| Hernández, Fernández y Baptista | 2014 | Hernández, Fernández y Baptista (2014) Los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (p) 92 | Hernández, Fernández y Baptista (2014) Los estudios descriptivos facilitan el detalle de situaciones en donde se describe con es y cómo se desarrolla un determinado evento, busca describir características importantes de sujetos que estén sometidos al análisis. Este método descriptivo permitirá analizar y describir los resultados de la recaudación de diferentes datos de cada año. Esto define un tema en general “Salud”, se basa en la descripción de la frecuencia y las características más importantes del problema de Salud. Hernández, Fernández y Baptista (2014) | Este método descriptivo permitirá analizar y describir los resultados de la recaudación de diferentes datos de cada año. Esto define un tema en general “Salud”, se basa en la descripción de la frecuencia y las características más importantes del problema de Salud. La descripción es sencilla, ya que se basa en datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada, o recolección de información. Los estudios facilitan el detalle de situaciones donde se encuentra el principal problema, donde se puede conocer los resultados óptimos. Hernández, Fernández y Baptista (2014) |
| Referencia: | Sampieri, R. (2014) Metodología de la investigación. Sexta Edición, McGraw-Hill. México | | | |

| Tipo sustantivo | | | | |
|------------------------|---|---|--|--|
| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo | Aplicación en su tesis |
| Sánchez y Reyes | 2006 | Sánchez y Reyes (2006). Investigación Sustantiva aquella que trata de responder a los problemas teóricos o sustantivos y está orientada a describir, explicar, predecir o retro decir la realidad, con lo cual se va en búsqueda de principios y leyes generales que permita organizar una teoría científica (Sánchez y Reyes, 2006. p. 38) | Sánchez y Reyes (2006) tratan describir los problemas teóricos y está dirigida a enunciar, analizar, predecir la realidad; busca reglas generales que permitan obtener una teoría científica. Permite denominar de forma concreta la organización sector salud pública | Determina de forma concreta la organización “sector salud pública”, asimismo permite describir de manera teórica los problemas que se presenten en la investigación. Sánchez y Reyes (2006) |
| Referencia: | Sánchez, H. y Reyes, M. (2006). Metodología y diseños en la investigación. Perú: Mantano. | | | |

| Enfoque Cuantitativo | | | | |
|---------------------------------|---|--|---|--|
| Autor/es | Año | Cita | Parafraseo | Aplicación en su tesis |
| Hernández, Fernández y Baptista | 2014 | Hernández, Fernández y Baptista (2014) El enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías. (p) 4 | Hernández, Fernández y Baptista (2014) indicaron que el enfoque cuantitativo usa la recolección de información para corroborar supuestos con una base de medida numérica y estadística, con el propósito de instituir pautas de conducta y evidenciar teorías, ejemplo cantidad de pobladores asegurados. | Este tipo de enfoque permitirá recolectar datos cuantitativos para realizar la medición adecuada para comprobar los supuestos establecidos. De acuerdo a la investigación mayormente se basa a los números de población para investigar, analizar y comprobar la información obtenida. Hernández, Fernández y Baptista (2014) |
| Referencia: | Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014). Metodología de la Investigación n. México DF: McGRAWHILL. https://www.casadellibro.com/libro-metodologia-de-la-investigacion/9789681855178/714989 | | | |

| Diseño Descriptivo simple | | | | |
|-----------------------------|--|--|---|---|
| Autor/es | Año | Cita | Parafraseo | Aplicación en su tesis |
| Mohammad Naghi Namakforoosh | 2005 | Mohammad Naghi (2005) Un estudio descriptivo puede ser simple, es decir, de una pregunta o hipótesis univariable; o complejo, si empieza en un estudio descriptivo con varias variables y nos lleva a estudios más complejos, como los causales. (p. 91) | Mohammad Naghi (2005) Un estudio descriptivo puede ser simple, es decir, de una pregunta o hipótesis univariable; o complejo, si empieza en un estudio descriptivo con varias variables y nos lleva a estudios más complejos, como los causales. Su objetivo es analizar los procesos y determinar si esta correcto el funcionamiento o no. | Este diseño de investigación permite utilizar métodos para describir los comportamientos de un sujeto sin influir sobre él, de ninguna manera, es decir de un estudio simple o una pregunta inicia una investigación compleja. Mohammad Naghi (2005) |
| Referencia: | Mohammad Naghi (2005) <i>Metodología de la Investigación</i> : México, Limusa Noriega Editores | | | |

| DOCUMENTOS | | | | | |
|--------------------------------|--|---|---|--|--|
| Autor/es | Año | Cita | Parafraseo | Descripción de cada unidad informante | Redacción final |
| Hernández, Fernández, Baptista | 2014 | Una fuente muy valiosa de datos cualitativos son los documentos, materiales y artefactos diversos. Nos pueden ayudar a entender el fenómeno central de estudio. Prácticamente la mayoría de las personas, grupos, organizaciones, comunidades y sociedades los producen y narran, o delinear sus historias y estatus actuales. Le sirven al investigador para conocer los antecedentes de un ambiente, así como las vivencias o situaciones que se producen en él y su funcionamiento cotidiano y anormal2009 (P.415) | Datos cualitativos son los documentos, materiales y artefactos diversos. Nos pueden ayudar a entender el fenómeno central de estudio. Prácticamente la mayoría de las personas, grupos, organizaciones, comunidades y sociedades los producen y narran, o delinear sus historias y estatus actuales. Le sirven al investigador para conocer los antecedentes de un ambiente, así como las vivencias o situaciones que se producen en él y su funcionamiento cotidiano y anormal2009 (P.415) | Recolección de datos cualitativo se denomina de importancia todo tipo de documento que necesario para recolectar datos para la investigación, sin importar el tiempo (Hernández, Fernández y Baptista 2014). | Recolección de datos cualitativo se denomina de importancia todo tipo de documento que necesario para recolectar datos para la investigación, sin importar el tiempo (Hernández, Fernández y Baptista 2014). |
| Referencia: | Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M.(2014) Metodología de la Investigacion. Sexta Edicion, McGranww-Hill. Mexico | | | | |

| Técnica/s: Revisión documental | | | | |
|--|--|--|---|--|
| Autor/es | Año | Cita | Parafraseo | Aplicación en su tesis |
| Faridy Bermeo Yaffar; José Silvano Hernández Mosqueda2 y Sergio Tobón Tobón3 | 2016 | Bermeo, Hernandez y Tobon (2016) consiste en buscar, seleccionar, organizar y analizar un conjunto de materiales escritos para responder una o varias preguntas sobre un tema. En el presente estudio se analizaron una serie de documentos en torno al tema de la UVE heurística centrados en la perspectiva de las estrategias didácticas que favorecen el logro de la sociedad del conocimiento, con apoyo de la herramienta “Google Académico” y otros materiales bibliográficos complementarios., 2016, p. 105) | Bermeo, Hernández y Tobon (2016) Indico qué la revisión documental es procedimiento que busca la comprobación de un anuncio, esta técnica permite clasificar, codificar en categorías con la finalidad de dar sentido a lo que se está investigando. Esto permite analizar una serie de documentos. | La técnica que se usa consiste en buscar, seleccionar, analizar la documentación que sirve para la investigación de información que está almacenado ya sea en libros, informes documentos que conservan las entidades, luego se tendrá que validar la información y seleccionar lo que realmente es útil y posteriormente la aplicación de categoría que se está analizando. Bermeo, Hernández y Tobon (2016) |
| Referencia: | Bermeo-Yaffar, F., Hernández-Mosqueda, J. S., y Tobón-Tobón, S. (2016). <i>Análisis documental de la V heurística mediante la cartografía conceptual</i> . Ra Ximhai | | | |

| Instrumento/s: Guía de revisión documental | | | | |
|--|--|---|---|---|
| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo | Aplicación en su tesis |
| Cesar Augusto Bernal Torres | 2006 | Bernal (2006) Tiene por finalidad registrar información sobre documentos o procesos que realiza y que guardan relación con estos documentos. (Bernal, 2006) | Bernal (2006) La finalidad de la guía de revisión documental es permitir la creación de un registro de la información sobre las diversos documentos que tengan relación con la investigación. | Este instrumento permite que la información obtenida realice un registro general siendo de manera correcta, según el tema de investigación, además esto permite guardar mantener sustento o referencias para aplicar la variable según la investigación. Bernal (2006) |
| Referencia: | Bernal, C. (2006). <i>Metodología de la investigación para administración, economía, humanidades y ciencias sociales</i> (2ª edición ed.). México: Pearson Educación de México, S.A. de C.V. | | | |

| Diseño de la base de datos | | | | |
|----------------------------|--|---|---|---|
| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo | Aplicación en su tesis |
| Monje | 2011 | Monje (2011) Un análisis comparativo permite establecer sus particularidades y deferencias en relación con los presupuestos metodológicos en los cuales se apoyan, la manera de aproximarse a la realidad y al objeto de estudio, su relación con el sujeto/objeto de estudio, la noción y criterios de objetividad y el proceso metodológico que les sirve de guía. (p) 10 | Monje (2011) mencionó que el diseño comparativo consiste en recoger a partir de dos o más muestras con el objetivo de analizar las conductas de las variables, buscando controlar estadísticamente a otras variables que afecten a la variable estudiada. | El diseño comparativo consiste en recolectar varias muestras con el fin de observar los comportamientos de una variable, tratando de controlar sistemáticamente, esto permitirá comparar la varianza de la recaudación y determinar las posibles causas. Para luego analizar y controlar a otras variables que afecten a la variable estudiada. Monje (2011) |
| Referencia: | Monje, C. (2011) <i>Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa</i> . Universidad Surcolombiana | | | |

| Análisis de datos – estadística descriptiva | | | | |
|---|---|---|---|--|
| Autor/es | Año | Cita | Parfraseo | Aplicación en su tesis |
| Galbiati | 2015 | (Galbiati 2015) Es un conjunto de procedimientos que tiene por objeto resumir masas de datos por medio de números de calculados a partir de ellos, o medidas de resumen, tablas y gráficos (p.01) | (Galbiati 2015) Es un conjunto de procedimientos, paso que tiene por objeto resumir un grupo de datos investigados por medio de números calculados a partir de ellos, o medidas de resumen, tablas y gráficos, la investigación se realiza para concretar de forma resumida la información. | Para este estudio se utilizara la estadística descriptiva en un conjunto de actividades y procesos, como finalidad es resumir datos de una investigación completa por medio de cálculos que se representan en tablas y gráficos (Galbiati 2015). |
| Referencia: | Galbiati J. (2015) <i>conceptos basicos de estadistica</i> . Recuperado el, 24. | | | |