



**CAEN** Centro de Altos  
Estudios Nacionales  
ESCUELA DE POSGRADO

**ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
Y SU IMPACTO EN EL DESARROLLO HUMANO, 2014-2018**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE  
DOCTOR EN DESARROLLO Y SEGURIDAD ESTRATÉGICA**

**AUTOR**

**MG. LUIS MOY VARGAS**

**ASESORES**

TEMÁTICO: DOCTORA JAKELINE HUAMÁN FERNÁNDEZ

TEMÁTICO: DOCTOR CAMILO GARCÍA HUAMANTUMBA

METODOLÓGICO: DOCTOR FRANCISCO SEMINARIO CORREA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

**COMPETITIVIDAD Y MODELOS DE DESARROLLO**

**LIMA - PERÚ**

2021

## **Jurado de Sustentación de Tesis**

Los abajo firmantes, miembros del Jurado de la sustentación de tesis titulada “Análisis de la gestión del Seguro Integral de Salud y su impacto en el desarrollo humano. 2014-2018”, dan conformidad de la aprobación de la defensa de tesis a cargo de Mg. Luis Teodomiro Moy Vargas, sugiriendo continúe con el procedimiento para optar el grado académico de Doctor en Desarrollo y Seguridad Estratégica.

.....  
Presidente

Dr. Carlos CASTILLA BENDAYÁN

.....  
Vocal

Dra. Jackeline HUAMÁN FERNÁNDEZ

.....  
Secretario

Dr. Ernesto VILLÓN BRUNO

**Agradecimiento:**

A todos los que de una u otra manera con sus  
comentarios, asesoría, tiempo y consejos,  
me apoyaron en este trabajo.

**Dedicatoria:**

A Claudia, Sebas, Sergio y Miki,  
por su apoyo infinito.

## **Declaración Jurada de Autoría**

Mediante el presente documento, Yo, Luis Teodomiro Moy Vargas, identificado con Documento Nacional de Identidad N° 25720386, con domicilio real en jirón Jacarandá 468, Dpto. 401, Urb. Valle Hermoso, en el distrito de Santiago de Surco, provincia de Lima, departamento de Lima, egresado del IV Doctorado en Desarrollo y Seguridad Estratégica del Centro de Altos Estudios Nacionales Escuela de Posgrado (CAEN-EPG), declaro bajo juramento que:

Soy el autor de la investigación titulada: “Análisis de la gestión del Seguro Integral de Salud y su impacto en el desarrollo humano. 2014-2018”, que presento a los 12 días de octubre ante esta Institución con fines de optar al grado académico de Doctor en Desarrollo y Seguridad Estratégica.

Dicha investigación no ha sido presentada ni publicada anteriormente por ningún otro investigador ni por el suscrito, para optar otro grado académico ni título profesional alguno. Declaro que se ha citado debidamente toda idea, texto, figura, formula, tablas u otros que corresponden al suscrito o a otro en respeto irrestricto a los derechos de autor. Declaro conocer y me someto al marco legal y normativo vigente relacionado a dicha responsabilidad.

Declaro bajo juramento que los datos e información presentada pertenecen a la realidad estudiada, que no han sido falseados, adulterados, duplicados ni copiados. Que no he cometido fraude científico, plagio o vicios de autoría; en caso contrario, eximo de toda responsabilidad a la Escuela de Posgrado del Centro de Altos Estudios Nacionales y me declaro como el único responsable.

---

Luis Teodomiro Moy Vargas  
DNI N° 25720386

### **Autorización de publicación**

A través del presente documento autorizo al Centro de Altos Estudios Nacionales la publicación del texto completo o parcial de la tesis de grado titulada: “Análisis de la gestión del Seguro Integral de Salud y su impacto en el desarrollo humano. 2014-2018”, presentada para optar al grado de Doctor en Desarrollo y Seguridad Estratégica, en el Repositorio Institucional y en el Repositorio Nacional de Tesis (RENATI) de la SUNEDU, de conformidad al marco legal y normativo vigente. La tesis se mantendrá permanente e indefinidamente en el Repositorio para beneficio de la comunidad académica y de la sociedad. En tal sentido, autorizo gratuitamente y en régimen de no exclusividad los derechos estrictamente necesarios para hacer efectiva la publicación, de tal forma que el acceso a la misma sea libre y gratuito, permitiendo su consulta e impresión, pero no su modificación. La tesis puede ser distribuida, copiada y exhibida con fines académicos siempre que se indique la autoría y no se podrán realizar obras derivadas de la misma.

Lima, 12 de octubre de 2021

-----  
Luis Teodomiro Moy Vargas

DNI N° 25720386

## Índice

Carátula	i
Jurado evaluador	ii
Agradecimiento	iii
Dedicatoria	iv
Declaración jurada de autoría	v
Autorización de publicación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	x
Índice de figuras	xii
Resumen	xiii
Abstract	xiv
Resumo	xv
Introducción	16
<b>I Planteamiento del problema</b>	<b>18</b>
1.1 Descripción de la realidad problemática	18
1.2 Preguntas de investigación	22
1.3 Objetivos de la investigación	22
1.4 Hipótesis	22
1.5 Justificación y viabilidad	22
1.6 Delimitación de la investigación	23
1.7 Limitaciones de la investigación	23
<b>II Marco filosófico</b>	<b>25</b>
<b>III Estado del conocimiento</b>	<b>27</b>
3.1 Antecedentes de la investigación	27
3.1.1 Investigaciones internacionales	27
3.1.2 Investigaciones nacionales	29
3.2 Bases teóricas	32
3.2.1 Base teórica de la observable Seguro Integral de Salud	32
3.2.2 Subcategoría: Aseguramiento en salud	37
3.2.3 Subcategoría: Gestión de suscripción y afiliación al SIS	39

3.2.4	Base teórica de la observable Desarrollo humano	42
3.2.5	Subcategoría: Condiciones de calidad de vida	45
3.2.6	Subcategoría: Condiciones económicas	51
3.3	Marco conceptual	55
<b>IV</b>	<b>Metodología de la investigación</b>	<b>57</b>
4.1	Enfoque de investigación	57
4.2	Tipo de investigación	57
4.3	Método de investigación	58
4.4	Escenario de estudio	58
4.5	Objeto de estudio	58
4.6	Observable(s) de estudio	58
4.7	Fuentes de información	59
4.8	Técnicas e instrumentos de acopio de información	59
4.8.1	Técnicas	59
4.8.2	Instrumentos	60
4.9	Acceso al campo y acopio de información	61
4.9.1	Acceso al campo	61
4.9.2	Acopio de información	61
4.10	Método de análisis de información	61
<b>V</b>	<b>Análisis y síntesis</b>	<b>63</b>
5.1	Descripción narrativa (gráficos) e interpretación	63
5.1.1	Análisis hermenéutico interpretativo de la categoría Gestión del Seguro Integral de Salud	63
5.1.2	Análisis hermenéutico interpretativo del Aseguramiento de la salud	64
5.1.3	Análisis hermenéutico interpretativo de la Gestión de suscripción y afiliación del SIS	67
5.1.4	Análisis hermenéutico interpretativo de la categoría Desarrollo humano	69
5.1.5	Análisis hermenéutico de la subcategoría Condiciones de calidad de vida	70
5.1.6	Análisis hermenéutico de la subcategoría Condiciones económicas	72
5.2	Análisis descriptivo de los resultados de las entrevistas efectuadas a expertos.	75
5.3	Soporte de las categorías	92

5.4	Triangulación de datos específicos por cada técnica	96
5.5	Análisis de datos cualitativos con programas informáticos	103
<b>VI</b>	<b>Diálogo teórico-empírico</b>	<b>107</b>
6.1	Triangulación de datos específica por cada técnica	107
6.2	Triangulación de datos integral	108
6.3	Discusión	111
	<b>Conclusiones</b>	<b>114</b>
	<b>Recomendaciones</b>	<b>116</b>
	<b>Propuesta para afrontar el problema</b>	<b>118</b>
	<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>120</b>
	<b>Anexos</b>	
	Anexo 1: Matriz de consistencia	
	Anexo 2: Instrumentos de acopio de información	
	Anexo 3: Autorización de acceso al campo	
	Anexo 4: Autorización para el levantamiento de información	
	Anexo 5: Otros de acuerdo al método de investigación	

## Índice de tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. <i>Comparación de los principales modelos de sistema sanitario.</i>	35
Tabla 2. <i>Nivel de establecimiento de salud.</i>	38
Tabla 3. <i>Recursos presupuestales que recibe el SIS</i>	38
Tabla 4. <i>Población asegurada al SIS, del 2014 al 2018</i>	41
Tabla 5. <i>Afiliaciones por grupo con norma expresa</i>	41
Tabla 6. <i>Porcentaje de la población asegurada al SIS, del 2014 al 2018.</i>	42
Tabla 7. <i>La pobreza en el Perú, del 2014 al 2018.</i>	45
Tabla 8. <i>Densidad de médicos por cada 10,000 habitantes</i>	47
Tabla 9. <i>Profesionales de la Salud, del 2014 al 2018</i>	47
Tabla 10. <i>Personas atendidas por médicos</i>	48
Tabla 11. <i>Consultas per cápita</i>	48
Tabla 12. <i>Atención por persona, países OCDE</i>	49
Tabla 13. <i>Concentración de atenciones</i>	49
Tabla 14. <i>Razones por las que las personas no buscan atención en salud</i>	50
Tabla 15. <i>Proporción de pobres – no pobres.</i>	52
Tabla 16. <i>Pobres por tipo de seguro</i>	52
Tabla 17. <i>Gasto de bolsillo hecho por afiliados</i>	53
Tabla 18. <i>Necesidad básica insatisfecha 1.</i>	53
Tabla 19. <i>Viviendas con hacinamiento, necesidad básica insatisfecha 2.</i>	53
Tabla 20. <i>Personas que no cuentan con servicios higiénicos.</i>	54
Tabla 21. <i>Necesidad insatisfecha 4, hogares con niños que no van a la escuela.</i>	54
Tabla 22. <i>Hogares con alta dependencia económica.</i>	54
Tabla 23. <i>Gestión del SIS.</i>	63
Tabla 24. <i>Nivel de establecimiento de salud.</i>	65
Tabla 25. <i>Recursos presupuestales que recibe el SIS</i>	66
Tabla 26. <i>Población asegurada al SIS, del 2014 al 2018</i>	68
Tabla 27. <i>Porcentaje de población asegurada al SIS, del 2014 al 2018</i>	69
Tabla 28. <i>Desarrollo humano</i>	69

Tabla 29. <i>Densidad de médicos por cada 1000 habitantes</i>	71
Tabla 30. <i>Profesionales de la Salud, del 2014 al 2018.</i>	71
Tabla 31. <i>Personas atendidas por médicos</i>	72
Tabla 32. <i>Proporción de pobres – no pobres.</i>	73
Tabla 33. <i>Pobres por tipo de seguro</i>	73
Tabla 34. <i>Necesidad básica insatisfecha 1.</i>	73
Tabla 35. <i>Viviendas con hacinamiento, necesidad básica insatisfecha 2.</i>	74
Tabla 36. <i>Personas que no cuentan con servicios higiénicos.</i>	74
Tabla 37. <i>Necesidad insatisfecha 4, hogares con niños que no van a la escuela.</i>	74
Tabla 38. <i>Hogares con alta dependencia económica.</i>	75
Tabla 39. <i>Transferencias de RO y RDR</i>	77
Tabla 40. <i>Matriz de soporte de categorías y su descripción</i>	94
Tabla 41. <i>Triangulación de datos de la técnica de indagación documental (hermenéutico) a las categorías establecidas.</i>	96
Tabla 42. <i>Triangulación de datos de la entrevista a las categorías establecidas.</i>	100
Tabla 43. <i>Aspectos básicos de análisis de datos cualitativos con soporte informático</i>	103
Tabla 44. <i>Triangulación de datos integral de las técnicas aplicadas.</i>	108
Tabla 45. <i>Gestión del Sistema Integral de Salud.</i>	112
Tabla 46. <i>Desarrollo humano</i>	113

**Índice de figuras**

	<b>Pág.</b>
<i>Figura 1.</i> Los mercados de servicios de salud en un ambiente de competencia imperfecta.	51
<i>Figura 2.</i> Red semántica de la triangulación de datos	104
<i>Figura 3.</i> Red semántica del análisis documental.	105
<i>Figura 4.</i> Red semántica de las entrevistas	106

## Resumen

Este estudio estuvo referido al análisis de la gestión del Sistema Integral de Salud – SIS y su impacto en el desarrollo humano, seguro basado en la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, promulgada el 2 de abril de 2010, aplicada al derecho de la salud, establecida por la Organización Mundial de la Salud - OMS, cuya finalidad es que el ciudadano catalogado en calidad de pobre y de extrema pobreza estén cubiertos por este tipo de seguro que otorga el Estado, buscando una atención oportuna y adecuada del paciente que acude a los hospitales estatales, garantizando condiciones de calidad de vida de la población inmersa en dicho estrato socioeconómico. Ello supone contar con un sistema de salud eficaz e integrado, que abarque la atención en salud y los denominados factores determinantes de la salud, debidamente estructurados, en relación a las prioridades nacionales y locales y sea accesible a todos.

El objetivo planteado fue analizar cómo la gestión del Seguro Integral de Salud (SIS) impacta en el desarrollo humano de la población durante el período 2014-2018. La investigación se realizó bajo un enfoque cualitativo, tipo de investigación teórica-empírica, estudio realizado bajo el método hermenéutico y se emplearon como técnicas de acopio de información, el análisis documental y la entrevista semiestructurada. Luego del análisis y síntesis de los instrumentos de recolección de datos, se arribó a la conclusión principal que la gestión del Seguro Integral de Salud (SIS) impacta en el desarrollo humano de la población, siempre y cuando se desarrollen adecuadamente las gestiones de aseguramiento de la salud y la suscripción y afiliación en el SIS, durante el período 2014-2018.

Palabras claves: *Gestión del Sistema Integral de Salud (SIS) – Aseguramiento de la salud – Afiliación y suscripción al SIS – Desarrollo humano – Condiciones de calidad de vida.*

### **Abstract**

This study was referred to the analysis of the management of the Comprehensive Health System - SIS and its impact on human development, insurance based on Law No. 29344, Framework Law of Universal Health Insurance, promulgated on April 2, 2010, applied to the right to health, established by the World Health Organization - WHO, whose purpose is that the citizen classified as poor and extreme poverty are covered by this type of insurance granted by the State, seeking timely and adequate care of the patient who goes to state hospitals, guaranteeing quality of life conditions for the population immersed in said socioeconomic stratum. This means having an effective and integrated health system that encompasses health care and the so-called determinants of health, properly structured, in relation to national and local priorities and accessible to all.

The proposed objective was to analyze how the management of the Comprehensive Health Insurance (SIS) impacts on the human development of the population during the 2014-2018 period. The research was carried out under a qualitative approach, a type of theoretical-empirical research, a study carried out under the hermeneutic method and the information gathering techniques used were documentary analysis and semi-structured interviews. After the analysis and synthesis of the data collection instruments, the main conclusion was reached that the management of the Comprehensive Health Insurance (SIS) has an impact on the human development of the population, as long as the management of health insurance is adequately developed. health and subscription and affiliation in the SIS, during the period 2014-2018.

**Keywords:** Management of the Comprehensive Health System (SIS) - Health assurance - Affiliation and subscription to the SIS - Human development - Quality of life conditions

## Resumo

Este estudo referiu-se à análise da gestão do Sistema Integral de Saúde - SIS e seu impacto no desenvolvimento humano, seguros com base na Lei nº 2.9344, Lei-Quadro do Seguro Universal de Saúde, promulgada em 2 de abril de 2010, aplicada ao direito à saúde, instituída pela Organização Mundial da Saúde - OMS, que visa que o cidadão classificado como pobre e de extrema pobreza seja coberto por essa modalidade de seguro concedido pelo Estado, buscando atendimento oportuno e adequado ao paciente que se dirige aos hospitais estaduais, garantir condições de qualidade de vida à população inserida no referido estrato socioeconômico. Isso significa ter um sistema de saúde eficaz e integrado que englobe a atenção à saúde e os chamados determinantes da saúde, devidamente estruturado, em relação às prioridades nacionais e locais e acessível a todos.

O objetivo proposto foi analisar como a gestão do Seguro Integral de Saúde (SIS) impacta no desenvolvimento humano da população no período 2014-2018. A pesquisa foi realizada sob abordagem qualitativa, tipo de pesquisa teórico-empírica, estudo realizado sob o método hermenêutico e as técnicas de coleta de informações utilizadas foram a análise documental e a entrevista semiestruturada. Após a análise e síntese dos instrumentos de coleta de dados, concluiu-se que a gestão do Seguro Integral de Saúde (SIS) tem impacto no desenvolvimento humano da população, desde que a gestão do seguro saúde seja adequadamente desenvolvida. Saúde e inscrição e afiliação no SIS, durante o período 2014-2018.

Palavras-chave: Gestão do Sistema Integral de Saúde (SIS) - Garantia de saúde - Filiação e adesão ao SIS - Desenvolvimento humano - Condições de qualidade de vida

## Introducción

En el Perú se han ejecutado una serie de esfuerzos para lograr la satisfacción de los derechos de las personas. Entre estos esfuerzos podemos mencionar a los intentos por reestructurar en el quehacer de entidades públicas enfocadas a la implementación de políticas y/o estrategias para buscar reducir los niveles de pobreza y mejorar la calidad de vida de la población peruana, sobre todo de aquella que se encuentra en extrema pobreza. En tal sentido, considerando que los derechos económicos, sociales y culturales integran un ámbito poco protegido debido a las particularidades que se requieren para su satisfacción y a que son los que contribuirían a lograr la igualdad y equidad social de aquellos grupos sociales más excluidos y vulnerables.

Este enfoque basado en derechos supone que se atienda a particulares y comunidades desfavorecidas, que se posea mecanismos para una participación activa y documentada de dichos individuos y comunidades en las normas y políticas que los afectan, así como el establecimiento de mecanismos de supervisión y rendición de cuentas que sean eficaces, transparentes y accesibles para todos.

Aplicado al derecho a la salud, ello supone contar con un sistema de salud eficaz e integrado, que abarque la atención en salud y los denominados factores determinantes de la salud, que se estructure con relación a las prioridades nacionales y locales y sea accesible a todos. Este derecho constituye una de las líneas de acción prioritarias para el Estado peruano, incluye la responsabilidad de prevenir y promocionar la salud, así como los aspectos de calidad de la atención que se brinda a los usuarios, con el objetivo de poder lograr el acceso a los servicios de salud, en especial a los grupos vulnerables en condiciones de pobreza y pobreza extrema, a fin de obtener el mejoramiento de su salud.

De esta manera, el Seguro Integral de Salud es una de las políticas más importantes para avanzar hacia el aseguramiento público de la población más pobre del país, que presenta los mayores índices de enfermedad y mortalidad. Su creación respondió al reconocimiento de la necesidad de que el Estado abordase su obligación de proteger el derecho a la salud de la población más pobre, vulnerable y asegurar el desarrollo humano.

Este estudio se ha desarrollado siguiendo el esquema metodológico establecido por el Centro de Altos Estudios Nacionales, de acuerdo al siguiente detalle:

En el Capítulo I, se plantea la realidad problemática, la formulación de las preguntas de investigación, los objetivos, la justificación de la investigación y la delimitación.

En el Capítulo II, se plantea el marco filosófico de las categorías de estudio.

En el Capítulo III, se plantea el estado del conocimiento, en donde se mencionan los antecedentes de la investigación, así como las bases teóricas de las categorías de estudio. Culmina con el marco conceptual.

En el Capítulo IV, se abordó la metodología de la investigación, en donde se determina el enfoque, tipo y método de investigación, también el escenario, objeto y observables de estudio, así como las fuentes y las técnicas e instrumentos de información, entre otros.

En el Capítulo V, se realiza un proceso de análisis y síntesis sobre las categorías de estudios, así como de sus dimensiones y patrones.

En el Capítulo VI, se desarrolla el diálogo teórico-empírico. Como producto final de esta investigación, se extraen las conclusiones; asimismo, se plantean las recomendaciones como resultado del estudio investigativo, así como la propuesta para enfrentar la realidad problemática.

# CAPÍTULO I

## Planteamiento del problema

### 1.1 Descripción de la realidad problemática

#### A nivel mundial o global

La Organización Mundial de la Salud - OMS (2015), máximo organismo de la salud en el mundo, realiza un informe sobre la salud mundial y hace conocer, con la Resolución 58.33 de la Asamblea Mundial de la Salud del 2005, que “todos los seres humanos tienen derecho a acceder a los servicios sanitarios y que ninguna persona debe tener dificultades financieras por hacerlo. Agrega que el mundo aún está muy lejos de una cobertura universal en estos aspectos” (p.10).

La misma OMS señala que:

La promoción y la protección de la salud son derechos esenciales para el bienestar del hombre y la mujer y para un desarrollo socioeconómico sostenible en el tiempo. Ello fue reconocido hace más de 30 años por los firmantes de la Declaración de Alma-Ata, Kazajstán, quienes establecieron que la Salud para Todos conduciría a mejorar, tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo. (p.9)

La OMS (2015) señala que: “No es sorpresa para nadie que las personas consideren la salud como una de las principales prioridades, situándose (en casi todos los países), solo debajo de los problemas económicos, el desempleo, sueldos bajos y el elevado costo de vida” (p.9). En tal sentido, la salud se convierte en un tema político, pues los gobiernos buscan satisfacer las necesidades de la población.

Existen diversas formas de promover y preservar la salud. Algunas se encuentran más allá de las fronteras del sector sanitario; sin embargo, el acceso oportuno a estos servicios aún es crítico: una especie de combinación de

promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Todo ello no se puede conseguir (excepto para una pequeña minoría de la población), sin el apoyo de un sistema de financiación sanitaria que se desarrolle correctamente, determinando si las personas pueden acceder al uso de los servicios sanitarios cuando lo requieran. (OMS, 2015, p.10)

En tal sentido, para el reconocimiento de este contexto, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se comprometieron, en el 2005, a ejecutar sus sistemas financieros sanitarios, de modo tal que todos sus habitantes tengan acceso a los servicios de salud y no padezcan dificultades financieras para pagar por este vital servicio. A este objetivo se le denominó “Cobertura Universal”, también llamado “Cobertura Sanitaria Universal”. (OMS, 2015, p.10)

Para alcanzar este gran objetivo, los gobiernos afrontan tres problemas prioritarios:

1. ¿Cómo financiar este sistema sanitario?
  2. ¿De qué manera se puede proteger a las personas de estos problemas financieros, tanto para enfrentar la enfermedad como los pagos por los servicios de salud?
  3. ¿Cómo se puede financiar el empleo ideal de los recursos disponibles?
- (OMS, 2015, p.11)

### **A nivel Latinoamérica**

El máximo organismo especializado de la salud en el ámbito Interamericano, la Organización Panamericana de la Salud - OPS (2017), señala que “el derecho a la salud, la solidaridad y la equidad son los valores que fundamentan la salud universal, amparada como estrategia en el 2014 para los Estados de las Américas” (p.5). Agrega que “estos valores son el fundamento ético para la conformación de las políticas públicas de los países” (OPS, 2017, p.5).

Es decir, la OPS ratifica lo señalado por la Organización Mundial de la Salud, que establece que todos los seres humanos tienen derecho a acceder a los servicios sanitarios, sin tener en cuenta los costos financieros. En la Región de las

Américas, sus países miembros han realizado debates a nivel nacional y regional, que han permitido poner en tela de juicio que la cobertura universal es un derecho indiscutible para una salud no excluyente, siendo necesario también eliminar cualquier barrera económica, sociocultural, geográfica y de género, llamadas “determinantes”, que podrían limitar el acceso a los servicios. En tal sentido, se reconoció que, aun cuando la cobertura universal cuente con los fundamentos necesarios, por sí sola no es garantía para asegurar la salud, el bienestar y la equidad; por lo que, con la finalidad de contrarrestar estas barreras, es necesario que existan compromisos políticos que permitan desarrollar acciones, las cuales están fuera del ámbito del mandato de los sistemas de salud.

En conclusión, la salud universal, como estrategia, se reafirma en valores ya contenidos en la Constitución de la OMS, que se fundamenten en modelos basados en la atención primaria, sociales y culturales de 1966, es decir, que no se interprete como un simple derecho de prestaciones de servicios, sino como un derecho fundamental: la salud. (p.5)

### **A nivel nacional**

En el Perú, la Ley N° 29344, llamada Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, promulgada el 2 de abril de 2010, brindó las pautas para asegurar la cobertura de salud creando tres tipos de financiamiento: El contributivo, sistema privado conformado por las entidades prestadoras de salud (EPS) y los semicontributivos y subsidiados a cargo del Seguro Integral de Salud (SIS).

Las estadísticas de afiliados indican que no todos los pobladores están cubiertos, un 15% según se puede calcular cruzando estadísticas del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), de la Superintendencia de Salud y del propio Seguro Integral de Salud (SIS). Además, el número de afiliados al sistema subsidiado en las estadísticas del SIS, destinado para pobres, es mayor al número de pobres reportado en los mismos períodos por el INEI.

Según el INEI, al 2016 la población del Perú fue de 31.5 millones de personas, y si la tasa de pobreza se mantiene en lo reportado en el 2015, es decir,

21.77%, la cantidad de pobres sería de 6.85 millones, siendo la población asegurada al SIS de 17 millones de personas (SIS, 2017), esto deja aproximadamente a 10 millones de personas que están aseguradas a un seguro sin cumplir las condiciones de aseguramiento.

Según el portal de transparencia del SIS para el 2016, el presupuesto fue de S/ 1,600 millones para 17 millones de afiliados, lo que significa 94.12 soles por afiliado al SIS. Es decir, hay una incorrecta asignación de recursos por más de 940 millones de soles, de lo cual se puede deducir que existe un gasto en exceso por los asegurados indebidos.

Por otro lado, según las estadísticas de la Superintendencia de Salud (SuSalud), que no son completas, pues suma información de las diferentes aseguradoras o Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y hay personas que pueden estar en dos aseguradoras o Entidades Prestadoras de Salud (EPS), o asegurados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), seguros oncológicos o complementarios de trabajo de riesgo que no aseguran todo el PEAS. A pesar de esto, existe un 15% de personas (es decir, más de 4.6 millones) sin ningún seguro. Esto pone en riesgo su seguridad, pues en el caso de una enfermedad grave tendrán que financiarse con sus propios recursos, incluyendo venta de activos que pudieran ser su fuente de ingreso.

Según el estudio de Benites (2017), más de la mitad de las personas adultas en el Perú no utilizan los servicios formales de salud a pesar de tener síntomas de la enfermedad. Siendo las personas de escasos recursos económicos, declarados en pobreza y extrema pobreza, lo que dificulta su desarrollo humano, esto debido a muchos factores como falta de identificación de la población rural, limitaciones en las acciones del SIS para efectivizar el proceso de afiliación, control permanente del uso de los recursos económicos destinados a la prestación de salud a la población, entre otros, lo que genera que una gran cantidad de personas no logren acceder a este beneficio y ejercer su derecho a la salud que debe garantizar el Estado.

## **1.2 Preguntas de investigación**

¿Cómo la gestión del Seguro Integral de Salud (SIS) impacta en el desarrollo humano de la población durante el período 2014-2018?

¿El aseguramiento de la salud y la suscripción y afiliación en el Seguro Integral de Salud (SIS) impactan en el desarrollo humano de la población durante el período 2014-2018?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

Analizar cómo la gestión del Seguro Integral de Salud (SIS) impacta en el desarrollo humano de la población durante el período 2014-2018.

Explicar si el aseguramiento de la salud y la suscripción y afiliación en el Seguro Integral de Salud (SIS) impactan en el desarrollo humano de la población durante el período 2014-2018.

## **1.4 Hipótesis**

La gestión del Seguro Integral de Salud (SIS) impacta en el desarrollo humano de la población, siempre y cuando se desarrollen adecuadamente las gestiones de aseguramiento de la salud y la suscripción y afiliación en el SIS, durante el período 2014-2018.

## **1.5 Justificación y viabilidad**

La presente investigación se desarrolló con el propósito de tener un acercamiento directo con el objeto de estudio, realizar un diagnóstico minucioso de la situación actual del Sistema Integral de Salud, lo que permitió medir y evaluar la efectividad de la gestión, conocer el impacto generado en el desarrollo humano de la población peruana, a fin de proponer alternativas de solución con sustento técnico y científico a los aspectos críticos identificados en el SIS.

Con los resultados del presente estudio, se persigue contribuir al fortalecimiento de los procesos de diseño de planes en salud, suscripción y

afiliación, gestión de fondos de aseguramiento en salud, y el control de las prestaciones brindadas por el Sistema Integral de Salud, de esta manera mejorar la cobertura de salud y contribuir con el desarrollo humano que según el PNUD se traduce en la mejora de las condiciones de vida de la población, acceso al SIS, mejora de la salud, etc., lo que redundará en la reducción de gastos de bolsillo en servicios médicos de cada asegurado, y sobre todo en la mejora de la cobertura de las necesidades básicas insatisfechas de la población peruana.

El presente trabajo de investigación es viable por contar con los fundamentos teóricos de las categorías de estudio, por lo que su contenido temático y metodológico, así como las conclusiones y las recomendaciones a las que se arribe como producto de este estudio, servirán como antecedentes para futuras investigaciones que se formulen sobre el particular, contribuyendo de esta manera con el desarrollo nacional del país.

## **1.6 Delimitación de la investigación**

La delimitación temática y teórica del presente estudio abarca el sustento teórico y conceptual de las categorías Gestión del Seguro Integral de Salud y Desarrollo humano, hecho que permitirá generar nuevas propuestas para mejorar el acceso a los servicios de salud a nivel nacional a fin de optimizar la calidad de vida de la población peruana, de conformidad con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), referente al aseguramiento universal de la salud para el desarrollo humano.

La delimitación espacial está enmarcada dentro del Ministerio de Salud, el que garantiza el SIS en todo el territorio peruano.

En cuanto a la delimitación temporal de este estudio, abarca el período 2014-2018.

## **1.7 Limitaciones de la investigación**

De información temática, debido a que por la naturaleza del tema son escasas las propuestas teóricas sobre desarrollo humano que tengan relación con los

servicios de salud que presta el Estado, para el presente estudio el investigador solo dispone de la propuesta teórica que propone el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Esta investigación analiza la gestión del Sistema Integral de Salud y el desarrollo humano de la población, por tanto, el investigador tiene limitación geográfica, ya que por vivir y laborar en Lima tuvo limitaciones para tener contacto directo con cada uno de los pobladores para conocer con más exactitud su contexto de vida, situación económica y sobre todo conocer fehacientemente su percepción sobre la gestión del Sistema Integral de Salud, más aun teniendo en cuenta las restricciones sanitarias impuestas por el supremo gobierno para desplazarse al interior del país por la pandemia de la Covid-19. Asimismo, existieron limitaciones de acercamiento a los servidores públicos que gestionan el Sistema Integral de Salud - SIS, que se encuentran ejerciendo labores en distintas dependencias en Lima y provincias.

## **CAPÍTULO II**

### **Marco filosófico**

Hipócrates centra su propuesta filosófica sobre la enfermedad sagrada, en la que resalta profesionalizar la medicina y la separa de otras disciplinas con las que se había asociado tradicionalmente como la filosofía y la religión.

En base a esta teoría, con el propósito de unir la filosofía y medicina, Platón y Aristóteles establecen analogías entre la moralidad del individuo, la justicia del Estado y un cuerpo sano, paradójicamente explicándolo al revés; el desorden en el Estado y en la psique son enfermedades que necesitan cura y profesionales que las realicen.

Platón refiere que la medicina tiene un papel absolutamente central, que existe una verdad objetiva en los terrenos político y moral, “que existen expertos en esos terrenos y que el profano debería seguir sus consejos y someterse a sus tratamientos”.

Por su parte, Aristóteles plantea sus ideas y paralelismos sobre salud, moralidad y buen gobierno, en este contexto pudo llegar incluso más lejos en su interés y bosquejar un tratado sobre salud y enfermedad.

Asimismo, se menciona al principialismo bioético, corriente filosófica que surge en los años setenta liderada por Belmont, quien señala los siguientes principios:

- *Principio de beneficencia*

Que consiste en brindar permanentemente un buen servicio de salud a los usuarios que siempre esperan que, al llegar a una institución de salud, se les atienda con el mejor personal y de la mejor manera y que para tal fin se disponga del mejor equipamiento, así como de los productos farmacéuticos adecuados para el restablecimiento de la salud.

Este enfoque de beneficencia no discrimina, por el contrario, se enfoca a satisfacer las necesidades médicas de todos los usuarios, sin considerar su condición económica, edad, sexo, ni el tipo de enfermedad que se padezca, tiene como fin curar; y de no ser así, mitigar el dolor.

- *Principio de autonomía*

Este principio define la autonomía como la facultad de gobernarse uno mismo, donde la persona tiene la capacidad de tomar decisiones sobre lo que puede suceder

con nuestro propio cuerpo. La autonomía surge aquí como la voz del que, sin poder hablar, no ha perdido su derecho a ser escuchado.

El autor pone de manifiesto que toda persona, sin importar su edad, tiene el derecho a manifestar su opinión sobre lo que se intenta hacer sobre su cuerpo. Algunos lo harán solo con muecas o con llanto, pero los que puedan hablar, tienen el derecho a expresar su opinión y el derecho a ser escuchados de manera formal y comprometida por el personal de salud y se les debe permitir participar en las decisiones diagnóstico-terapéuticas que le incumben.

Asimismo, los familiares cercanos adquieren el derecho de representarlos en toda toma de decisiones, pero es necesario dar las facilidades para que todos reciban información adecuada de acuerdo a su edad y puedan expresar su opinión.

- *Principio de justicia.*

Precisa que todo individuo tiene derecho al trato igualitario como los demás seres humanos, sin importar las condiciones de vida, de su salud, de sus creencias o de su posición económica.

La aplicación del principio de justicia se enfoca al trato igualitario a las personas, dignas del mayor respeto, sin distinción entre uno u otro; esté o no amparado por un sistema de seguridad social en salud, sea una persona abandonada o perteneciente a una familia, tengan dinero o no, sea delincuente o no, todos tienen derecho a acceder a un servicio de salud pública, la misma oportunidad de hospitalización y de recibir el mejor de los tratamientos, por los mejores médicos, en el mejor hospital y en las mejores circunstancias posibles.

## **CAPÍTULO III**

### **Estado del conocimiento**

#### **3.1 Antecedentes de la investigación**

##### **3.1.1 Investigaciones internacionales**

Rodríguez (2015), en su estudio sobre el derecho a la protección de la salud enfocado a las prestaciones sanitarias de la seguridad social, analizó los derechos de protección de salud de las personas dentro del marco jurídico español y de la Comunidad Europea, terminando con un análisis de la legislación española. El autor planteó la necesidad de un estudio del derecho a la salud desde el punto de vista técnico y político jurídico, ya que lo considera como uno de los pilares fundamentales del estado de bienestar. Indica, además, que la función del Estado, a través de la seguridad social, no es garantizar la salud de las personas, sino el derecho a la protección de la salud al establecer un sistema que brinda acceso a iguales oportunidades de restauración de la salud perdida. El autor recomienda la necesidad de una simplificación jurídico-normativa de la legislación sanitaria transfronteriza para introducir una mayor coherencia en la regulación sanitaria.

Gómez (2015), en su estudio sobre la protección de la salud desde la perspectiva de los derechos humanos, tuvo como objetivo entender los componentes o dimensiones de la sanidad que constituyen un derecho cívico fundamental que merecen la máxima protección legal y económica por parte de la sociedad, asimismo, tuvo como objetivos específicos conocer los deseos, expectativas, preferencias y aspiraciones de la sociedad y de los ciudadanos en relación a la protección de la salud; saber cómo se han ido articulando el alcance y los contenidos del derecho a la salud desde la perspectiva evolutiva de los derechos humanos y la legitimación política y social; conocer con qué recursos, quién y de qué modo se pueden garantizar las aspiraciones sociales y hacer efectivo el derecho a la salud; saber qué aporta la economía para entender la cobertura por el mercado o el Estado de los bienes y servicios sanitarios; así como explicar las alternativas de prestación en términos de eficiencia y equidad. La metodología que empleó fue una combinación de modelos

de exploración teórico-deductiva. El trabajo analiza el derecho a la salud, compara la prestación pública contra la prestación privada, e indica que en el 2011 el gasto en salud en España fue el 9,3% del PBI, del cual un 6,8% fue financiado con recursos públicos y el saldo con recursos privados. Como conclusión plantea:

- Que, en España, el derecho a la salud goza de un consenso social tan elevado como los derechos civiles y políticos, por lo tanto, debe formar parte de los derechos fundamentales.
- El mercado por sí solo no asigna de manera eficiente los recursos y no garantiza la equidad, por lo que es necesaria una intervención de los poderes públicos.
- El único camino para corresponder la demanda social es la garantía del Estado en cuanto a la equidad y la mejora de la sostenibilidad interna, mediante el buen gobierno, y externa, mediante la clarificación de las obligaciones del Estado dotando de un contenido mínimo esencial el derecho a la protección de la salud.

Montes de Oca (2015), en su estudio titulado “Propuesta de un modelo de atención a la salud: Seguridad Social Única”, tuvo como objetivo analizar las políticas públicas que dieron origen al modelo actual de salud de México, para encontrar los pros y los contras y poder explicar la necesidad de una alternativa viable. El Sistema Nacional de Salud de México articula las prestaciones sanitarias públicas y privadas en el territorio mexicano y depende de la Secretaría de Salubridad, se encuentra compuesto por varias instituciones de seguridad social involucradas en la prestación de salud a la población, produce archivos estadísticos de la distribución y frecuencia epidemiológica de enfermedades para ser utilizadas en proyectos de investigación y brinda apoyos para satisfacer las necesidades de salud de México. El trabajo de investigación es un estudio documental, descriptivo, que analiza las políticas públicas de salud actual de México, estudia la evolución de la seguridad social y plantea una propuesta de Sistema Universal de Salud, así enfatiza la falta de acceso de parte de la población a las oportunidades, bienes y servicios en salud que otros miembros de la sociedad disfrutaban, que para el autor tienen consecuencias sobre la duración y la calidad de vida de las personas, sus

familias y comunidades, afectando además la capacidad de los países para generar riqueza y mejorar las condiciones de vida de sus habitantes.

García (2015), realizó un estudio sobre el acceso a la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brasil. Consistió en un análisis de barreras, los factores determinantes y la equidad de acceso, tuvo como objetivo analizar el acceso a los diferentes niveles de atención en dos municipios de Colombia y Brasil, países con sistemas de salud diferentes, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el Sistema Único de Salud (SUS). Fue un estudio transversal basado en una encuesta poblacional con la aplicación de un cuestionario estructurado en una entrevista personal, aplicado tanto en el municipio de Kennedy en Bogotá y de Soacha en Cundinamarca, Colombia, y en el distrito sanitario 3 de Recife y Caruarú, ambas del estado de Pernambuco, Brasil. Empleó como instrumento de recolección de datos un cuestionario que agrupó las barreras para la atención sanitaria, barreras en la entrada, dificultades en la utilización de los servicios de salud, estado de salud percibido, variables sociodemográficas y variables explicativas como ingreso per cápita y la posesión de seguro privado de salud. El tipo de muestreo fue probabilístico, y estuvo integrado por 2163 ciudadanos colombianos y 2155 ciudadanos de Brasil, para garantizar la elección al azar de un individuo por hogar, los tamaños de las muestras fueron suficientes para un nivel de confianza de 90% y un error de 2.5%. La validación del cuestionario se realizó por etapas: revisión por expertos, pretest, piloto y segundo pretest y versión definitiva del cuestionario. El estudio tuvo entre sus conclusiones que el volumen de necesidades insatisfechas de atención en salud en Colombia y Brasil es elevado, alrededor del 30%, cuestionando la protección ofrecida por los sistemas analizados.

### **3.1.2 Investigaciones nacionales**

Arteta (2016), en su estudio analizó la intervención del Seguro Integral de Salud en la cobertura de atención sanitaria materna, entre la población de los departamentos de mayor pobreza del Perú, años 2002 a 2012; tuvo como objetivo determinar la cobertura sanitaria del Seguro Integral de Salud (SIS), en la prestación materna,

prenatal, parto y puerperio, en departamentos de pobreza de costa, sierra y selva, entre los años 2002-2012, con relación a la cobertura de los años 1996-2000, período de preintervención del SIS. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, no experimental de carácter transversal y se analizó las variables siguientes: Cobertura de afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS), si la persona está o no afiliada al SIS, cobertura de oportunidad; cumplimiento de protocolos de atención: para cobertura por asociación y dependencia, relacionada con la atención obstétrica y partos; para cobertura de financiamiento: transferencia financiera del SIS y ejecución del gasto; capacidad resolutive de los establecimientos de salud. Estas variables se trabajaron analizando bases de datos de distintas instituciones estatales peruanas: Encuesta demográfica de salud familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), años 1996, 2000, 2005, 2010, 2012; referencias de la base de datos y estadísticas del Seguro Integral de Salud, así como las normas y publicaciones existentes; portal de transparencia económica, presupuesto y ejecución de ingresos del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Registro geopolítico, sociosanitario y económico de los censos nacionales de 1993, y 2007; Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), publicaciones existentes de la capacidad resolutive de establecimientos de salud del MINSA 2010-2012; Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), publicaciones existentes de población 1996-2012. Adicionalmente, se aplicaron cuestionarios a mujeres en postparto en el hospital de Juli y estudio de caso con el personal administrativo de una red involucrada en el estudio, mediante un *focus group* con el personal del área administrativa de una de las redes de salud involucradas en el estudio. Las técnicas utilizadas fueron el análisis descriptivo, regresión simple y análisis cualitativo para el estudio de casos. Como conclusión general se afirmó que, si bien entre los años 2002 y 2012 el SIS no logró la cobertura universal de la población gestante (tuvo una cobertura del 90%), si alcanza a su población objetivo de mujeres gestantes en pobreza extrema: 95% en la sierra, 83% en la costa y 85% en la selva, por lo que se puede afirmar que el SIS es inclusivo en el aseguramiento de la población prioritaria.

Pezúa (2015), en su estudio titulado: Gastos de bolsillo en salud en el afiliado al SIS según nivel de pobreza en el período 2009-2014, tuvo como objetivo

determinar el gasto de bolsillo en salud que realiza el afiliado al SIS según nivel de pobreza, en el período 2009-2014. Fue un estudio transversal descriptivo que emplea como fuente la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) del 2009 al 2014, usando una muestra probabilística y que como conclusión evidencia que la variable de gasto de bolsillo no ha evolucionado favorablemente, en 2009 el gasto de bolsillo en salud para los pobres extremos y pobres no extremos fue de S/ 17.71 y S/ 62.37, respectivamente, y en el 2014 fue de S/21.63 y S/64.47, por lo que se sugiere un mejor control de los usuarios merecedores del SIS.

Longaray (2010), en su estudio titulado: Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud, tuvo como objetivo determinar el impacto del SIS en el acceso a los servicios de salud en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres de Perú (Q1 y Q2), durante el 2007, según ENAHO 2007. El trabajo de investigación fue un estudio descriptivo, transversal, que mide atribución, peso del Seguro Integral de Salud en el acceso a servicios de salud en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres del Perú durante el 2007, utilizando como fuente de información la Encuesta Nacional de Hogares realizada por el Instituto Nacional de Estadística en el 2007. Las variables analizadas fueron el acceso a los servicios de salud, si era afiliado al SIS, nivel socioeconómico, cobertura de algún seguro de salud, así como variables demográficas. Se usó el modelo de Probit para realizar el análisis multinivel de las variables, debido a que el acceso a la salud es una variable dicotómica. El estudio tuvo como conclusión que el SIS tiene impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en todos los niveles socioeconómico, especialmente en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres (Q1 y Q2), ya que una persona tiene el 27,82% de probabilidad de acceder a un servicio de salud, pero de estar toda la población asegurada la probabilidad de acceso aumentaría en 19,93%.

## 3.2 Bases teóricas

### 3.2.1 Base teórica de la observable: Gestión del Seguro Integral de Salud

#### 3.2.1.1 Definición

La gestión del Seguro Integral de Salud es el conjunto de elementos interrelacionados encargados de regular, conducir y brindar asistencia médica, cuyo fin es proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

Según el diccionario de la Real Academia Española, gestión se define como “ocuparse de la administración, organización y funcionamiento de una empresa, actividad económica u organismo”.

Para Robbins y Coulter (2019), la administración implica coordinar y supervisar las actividades laborales de otras personas, de manera que sean realizadas de manera eficiente y eficaz. Los autores definen la eficiencia como “lograr los mejores resultados a partir de la menor cantidad de insumos o recursos”, y eficacia es definida como “llevar a cabo las actividades laborales que derivan en el logro de objetivos”.

Según el portal del Seguro Integral de Salud (SIS), la misión del SIS es “brindar protección financiera en salud a la población del Perú, con un enfoque de equidad, eficiencia y de atención centrada en el asegurado”. Por otro lado, la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento en Salud, en su artículo 19° indica que el régimen subsidiado está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos que se otorga a través del Seguro Integral de Salud”.

Se argumenta que la gestión integral de salud es el conjunto de elementos interrelacionados encargados de regular, conducir y brindar asistencia médica, cuyo fin es proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

#### 3.2.1.2 Marco legal o normativo

- *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Ley 29344 (2010)*

El aseguramiento universal en salud está normado por la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, del 2 de abril de 2010, por el Decreto Supremo 008-2010-SA, el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y el Decreto Supremo 020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (2010) define los siguientes principios para su cumplimiento:

- Universalidad: la salud es un derecho fundamental, por lo tanto, la protección a la salud debe alcanzar a todos los peruanos y residentes.
- Solidaridad: compensación del costo de las atenciones de los más necesitados con los aportes de los contribuyentes y el Estado.
- Unidad: articulación de políticas, instituciones y procedimientos para alcanzar los objetivos del aseguramiento.
- Integridad: dar todas las prestaciones necesarias para solucionar determinados problemas de salud.
- Equidad: Dar servicios de salud de calidad a toda la población peruana.
- Irreversibilidad: no se debe menoscabar los derechos de salud adquiridos previamente por parte de la población.
- Participativo: la ciudadanía debe participar en la formulación y seguimiento de políticas.

El Seguro Integral de Salud (SIS), según la propia página web del SIS, nació de la unión del Seguro Escolar Gratuito, creado en 1997, y el Seguro Materno Infantil de 1998, esta unión se dio en 2001. En la Ley 27657 o Ley del Ministerio de Salud, se menciona al Seguro Integral de Salud como un Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud, cuya misión es administrar fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual. En el Decreto Supremo 034-2008-PCM se declara al SIS como un organismo ejecutor, dentro de la modernización del Estado.

- *Decreto Legislativo 1164 (2013)*

El 06 de diciembre de 2013, el presidente Ollanta Humala promulgó el Decreto Legislativo 1164, el cual establecía las disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del SIS en materia de afiliación al régimen subsidiado, con el fin de ampliar la cobertura de la población cubierta por dicho seguro.

- *Decreto Legislativo 1346 (2017)*

El 06 de enero de 2017, el presidente Pedro Pablo Kuczynski promulgó el Decreto Legislativo 1346, el cual establecía las disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del SIS, mediante el fortalecimiento de sus procesos críticos, sobre la base de los principios de equidad, solidaridad y sostenibilidad en el tiempo.

### **3.2.1.3 Marco histórico de los seguros de salud**

Según Gómez, Toledo y Jiménez (2013), los seguros sociales actuales surgieron en Alemania en 1883 y están presentes en países del centro de Europa como Alemania, Francia, Bélgica y Austria, ven la salud como un derecho y el Estado garantiza las prestaciones sanitarias.

El Reino Unido, en 1948, implementó el Servicio Nacional de Salud o sistema nacional de salud, que considera que los ciudadanos tienen derecho a participar del beneficio de la economía y que el Estado tiene que garantizar este derecho, este sistema es común en las socialdemocracias como España.

En el Perú, la seguridad social nació con la Ley 8433 del 2 de septiembre de 1936, dada por el presidente Oscar R. Benavides. En esta ley se decretaba la obligatoriedad del seguro social para todas las personas de uno u otro sexo, menores de 60 años, que trabajasen habitualmente bajo la dependencia de un patrono y disponía que su financiamiento estuviera a cargo del Estado, los patronos y los empleados, así como impuestos especiales y multas y donaciones. La cobertura era para atención médica general y especial, atención hospitalaria, farmacia y subsidios (Ley 8433, 1936).

En el mundo existen dos corrientes para entender el aseguramiento en salud, sea como un bien privado por el que el usuario debe pagar o bien como un derecho, que

requiere un cambio en la forma de financiamiento y la organización del sistema de salud (Seguí-Gómez, Toledo y Jiménez-Moleón, 2013).

Tabla 1

*Comparación de los principales modelos de sistema sanitario.*

	<b>Seguros sociales</b>	<b>Sistema Nacional de Salud</b>	<b>Libre mercado</b>
<b>País</b>	Centro de Europa	Norte y sur de Europa	EE.UU.
<b>Concepción de la salud</b>	Derecho, o bien tutelado por los poderes públicos	Derecho, o bien tutelado por los poderes públicos	Bien de consumo
<b>Garantías del Estado</b>	Prestaciones sanitarias	Prestaciones sanitarias y su financiación	Prestaciones sanitarias financiadas solo en casos concretos
<b>Financiación</b>	Cuotas obligatorias de trabajadores y empresarios	Impuestos. Contribuciones complementarias de sistemas de seguros sociales	Privada y voluntaria Cofinanciación de trabajadores y empresarios
<b>Cobertura</b>	Trabajadores y personas dependientes de ellos	Universal	Asegurados

*Fuente.* Seguí-Gómez, Toledo y Jiménez-Moleón (2013)

Para los autores, los sistemas de salud se pueden clasificar en función de sus sistemas de protección social como públicos, donde la asistencia sanitaria se considera un derecho, y privados, donde la asistencia sanitaria es considerada un bien individual. También pueden ser clasificados en función de las relaciones y flujos económicos, en este caso Seguí-Gómez, Toledo y Jiménez-Moleón (2013) mencionan los siguientes:

- Pago directo: el paciente escoge el proveedor y le paga directamente.
- Seguro voluntario con reembolso: los ciudadanos se aseguran voluntariamente y al momento de la enfermedad pagan por su atención y luego el seguro les reembolsa el pago efectuado.
- Seguro público con reembolso: similar al anterior pero obligatorio.

- Seguros voluntarios con contrato: las personas o las empresas para las que trabajan pagan voluntariamente un seguro, el cual tiene contrato con los proveedores para que atiendan a los asegurados.
- Seguro obligatorio con contrato: parecido al anterior, pero los aportes son con impuestos o contribuciones sociales.
- Seguro voluntario integrado: similar al voluntario con contrato, solo que el proveedor está integrado a la compañía de seguro.
- Seguro obligatorio integrado: similar al obligatorio con contrato, solo que el proveedor está integrado a la compañía de seguro.

Los sistemas de salud, según Seguí-Gómez, Toledo y Jiménez-Moleón (2013), tienen distintas características que permite clasificarlos:

- Financiación: Sistemas financiados por el Estado, sistemas financiados por contribuciones sociales asociadas a la actividad laboral y sistemas financiados a partir de contribuciones privadas.
- Pago a proveedores: por reembolso, el paciente paga y luego el seguro le reintegra; contratos, existe un convenio entre el prestador y el financiador en el que se fijan condiciones y costos; sistemas integrados, tanto el financiador y el proveedor están controlados por una única entidad.
- Por pago de servicios: por acto, se paga cada intervención o servicio; por caso o proceso, se factura por proceso asistencial o episodio de enfermedad; por capitación, se asigna una cantidad por persona para cubrir todos sus costos de salud; por presupuesto, los establecimientos de salud reciben una cantidad global para cubrir el costo de sus servicios; por salario, se paga directamente a los profesionales de salud en los sistemas integrados.

Teniendo en cuenta los conceptos de eficiencia y eficacia en gestión y los objetivos del Seguro Integral de Salud, descritos en los párrafos precedentes, se consideran dos subcategorías principales:

- Aseguramiento en salud, relacionado con la cobertura de las personas, por lo tanto, el cumplimiento de metas o eficacia. Asimismo, esta subcategoría tiene sus

patrones o indicadores, tales como, ver si la persona está asegurada al SIS, analizar el porcentaje de cobertura de la población objetivo, entre otros.

- Afiliación, relacionada con la inscripción al seguro integral de las personas que realmente deben estarlo, por lo tanto, está ligado con la eficiencia, ya que disminuye el uso de recursos al no gastarlos en personas incorrectas.

### **3.2.2 Subcategoría Aseguramiento de la salud**

#### **3.2.2.1 Definición**

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, aseguramiento significa “Acción y efecto de asegurar”; asegurar significa “Hacer que algo quede seguro o garantizado” (RAE, 2019, asegurar, definición 1).

Seinfeld (2007) señala que “la demanda de aseguramiento estará relacionada de manera inversa con el precio de las primas de seguro, por otro lado, la afiliación estará ligada a la perspectiva de las personas sobre la importancia de cubrir los riesgos en caso de una enfermedad” (p.8).

Para elegir un seguro son importantes: el ingreso familiar, el número de personas en las familias, la zona de vivienda, nivel educativo, la cantidad de veces que se enfermó en un pasado cercano, la condición actual de salud, entre otros.

Las personas están sujetas a sufrir alguna enfermedad de diversa magnitud, lo cual genera incertidumbre. Una enfermedad grave no solo genera costos relacionados con el tratamiento, también puede generar una disminución de los ingresos por incapacidad debido a la dolencia. Si esta pérdida es considerable puede afectar la economía de las personas. Esto hace surgir la necesidad de un seguro de las personas, que pueda mitigar los costos de una enfermedad grave, puesto que disminuye la incertidumbre.

#### **3.2.2.2 *Gestión de las prestaciones de salud (Cobertura de salud)***

Las prestaciones de salud de los asegurados al SIS se dan mayormente en instituciones de salud públicas, aproximadamente el 98% de los casos. Y solo menos de un tercio de las mismas se dan en centros de salud con internamiento y en

hospitales. En la tabla 2 se observa el porcentaje de niveles de establecimientos de salud de las prestaciones de salud.

Tabla 2

*Nivel de establecimiento de salud.*

Nivel de Establecimiento de Salud	2014	2015	2016	2017	2018
Puesto de Salud	23.47%	21.36%	19.66%	20.03%	18.66%
Puesto de Salud con médico	21.15%	20.73%	20.63%	20.63%	21.15%
Centro de Salud	28.51%	28.61%	28.84%	28.79%	28.86%
Centro de Salud con internamiento	13.80%	13.81%	13.75%	13.36%	13.05%
Hospital	13.07%	15.48%	17.11%	17.18%	18.27%

Fuente: Base de datos del SIS

Elaboración: Unidad de Estadística / Oficina General de Tecnología de la Información - SIS

Las atenciones de salud, para poder ser pagadas, deben pasar por el proceso de auditoría. Las Fichas Únicas de Atención - FUAS deben ingresarse al SIASIS, que es un sistema en línea, donde no hay internet se ingresa en una variante de escritorio llamada ARSIS y los que no tienen computadora envían las fichas para digitación. Las FUAS ingresadas primero pasan por un proceso de validación electrónica.

Los recursos que recibe el SIS se presentan en la tabla 3:

Tabla 3

*Recursos presupuestales que recibe el SIS*

	2014	2015	2016	2017	2018
FISSAL	139,172,766	158,822,435	128,602,552	98,960,313	210,726,426
Recursos ordinarios	1,110,722,807	1,389,126,809	1,515,581,387	1,393,220,028	1,613,834,693
Recursos directamente recaudados	2,933,502	4,533,836	3,550,774	12,302,040	241,133
	<b>1,252,829,075</b>	<b>1,552,483,080</b>	<b>1,647,734,713</b>	<b>1,504,482,381</b>	<b>1,824,802,252</b>

Fuente: Base de datos del SIS

Elaboración: Unidad de Estadística / Oficina General de Tecnología de la Información - SIS

Los recursos ordinarios son los recursos asignados al SIS por el presupuesto inicial de apertura y el presupuesto inicial modificado, para cubrir sus gastos operativos, alrededor de 200 millones de soles al año y los gastos de prestaciones. El FISSAL también es un recurso ordinario, pero asignado al FISSAL como unidad ejecutora. El tema de la asignación de recursos no sigue un patrón proporcional al crecimiento de los afiliados, debido a temas políticos; asimismo, la planificación de muchos sectores obedece a la política de Estado que se sigue en determinado año.

En el 2016, ante la evidencia de malos manejos en el modelo de aseguramiento universal en salud que se venía trabajando, obligó al MEF a asumir una posición muy dura respecto a las transferencias que se iban a dar en el siguiente año, lo que explica la baja en el 2017 (Ver Tabla 3, año 2017).

Los recursos directamente recaudados son aquellos que pagan los aportantes por las primas de los planes semicontributivos, El incremento de estos recursos es producto de las campañas de afiliación que se hacen.

### **3.2.3 Subcategoría Gestión de suscripción y afiliación del SIS**

Según la Real Academia de la Lengua - RAE (2020), suscripción significa “Acción y efecto de suscribir o suscribirse” (RAE, 2019, suscripción, definición 1). Suscribirse significa “Dicho de una persona: Obligarse a contribuir como otras al pago de una cantidad para cualquier obra o empresa” (RAE, 2019, suscribirse, definición 3).

Por lo que la suscripción al SIS es la obligación que tiene una persona a través de un pago para hacerse acreedor al Seguro Integral de Salud, interpretándole desde el punto de vista etimológico.

Asimismo, según la RAE (2020), afiliación es “la acción y efecto de afiliar”, y afiliar es la “inscripción o incorporación de alguien en una organización o grupo” (RAE, 2019, afiliar, definición 1). Por lo tanto, se debe entender la afiliación al Seguro Integral de Salud como el proceso de inscripción de las personas en el SIS. Según el portal del SIS subsidiado, existen tres requisitos para poder afiliarse al SIS gratuito:

1. Tener documento nacional de identidad o carné de extranjería.

2. No tener otro seguro de salud.
3. Tener clasificación de pobre o pobre extremo en el Padrón General de Hogares del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).

### **3.2.3.1 *Proceso de gestión de la suscripción y afiliación al SIS***

El proceso de afiliación al SIS ha variado a través de su existencia. Según la Dra. Doris Lituma, en un inicio eran las asistentas sociales de los establecimientos de salud las que afiliaban, pero se cuestionó que como conocían a las personas podían tener algún sesgo y afiliar a más personas de las que se debía, por eso, por norma se usó el padrón nacional de hogares del MIDIS para afiliar a la gente que aparecía como pobre en ese padrón, pero con el paso del tiempo dejó de ser pobre, pero al no actualizarse la lista seguía siendo beneficiaria del SIS gratuito.

El SIS gratuito es para población pobre y a aquellos sectores de la población indicados por norma expresa, que son:

- Beneficiarios de reparaciones en salud
- Escolares Qali Warma (Ley N° 30061)
- Extrabajadores (DU N° 025-2008)
- Gestantes (DS N° 305-2014-Ef)
- Nacional ecuatoriano (Ley N° 30255)
- Niños entre 0 a 5 años (DS N° 305-2014-Ef)
- Personas en situación de calle Mimp (DI N° 1164)
- Personas internas de Centros Juveniles Poder Judicial (DI N° 1164)
- Personas internas INPE (DI N° 1164)
- Residentes CC.PP. focalizados (DI N° 1164)

En la siguiente tabla se aprecia la población asegurada al SIS por plan:

Tabla 4

*Población asegurada al SIS, del 2014 al 2018*

	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Total nacional</b>	<b>15 754 305</b>	<b>16 772 956</b>	<b>17 092 349</b>	<b>16 501 717</b>	<b>17 803 508</b>
SIS Subsidiado	15 464 850	16 533 613	16 871 820	16 336 875	17 636 844
SIS Emprendedor	265 441	218 629	205 422	140 035	129 243
SIS Independiente	20 149	16 319	8 612	17 148	26 667
SIS MYPES	3 865	4 395	6 495	7 659	10 754

Los asegurados corresponden a los activos al corte del 31/12 de cada año.

Fuente: Base de datos del SIS

Elaboración: Unidad de Estadística / Oficina General de Tecnología de la Información - SIS

Tabla 5

*Afiliaciones por grupo con norma expresa*

GRUPO NORMA EXPRESA	AÑO 1/		
	2016	2017	2018
BENEFICIARIOS DE REPARACIONES EN SALUD	110,077	106,496	105,452
ESCOLARES QALI WARMA (LEY N° 30061)	2,638,239	2,564,282	2,508,459
EXTRABAJADORES (DU N° 025-2008)	49	36	32
GESTANTES (DS N° 305-2014-EF)	22,069	56,290	64,899
NACIONAL ECUATORIANO (LEY N° 30255)	342	222	178
NIÑOS ENTRE 0 A 5 AÑOS (DS N° 305-2014-EF)	642,666	978,086	1,421,078
PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE MIMP (DL N° 1164)	2,337	2,414	2,444
PERSONAS INTERNAS DE CENTROS JUVENILES PODER JUDICIAL (DL N° 1164)	1,979	2,269	2,679
PERSONAS INTERNAS INPE (DL N° 1164)	75,472	78,777	72,847
RESIDENTES CC.PP. FOCALIZADOS (DL N° 1164)	24,063	25,169	166,853
<b>TOTAL</b>	<b>3,517,293</b>	<b>3,814,041</b>	<b>4,344,921</b>

Fuente: Base de datos del SIS

Elaboración: Unidad de Estadística de la Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)- SIS

Según el Dr. Pedro Grillo, se considera que cuando se va a una localidad donde el 60 o 70% de la población es pobre, no tiene sentido evaluar a las personas si realmente deben o no ingresar al SIS, que el gasto en hacerlo no compensa el costo.

En cuanto a la orientación a la población para asegurarse al SIS, hay diversos canales para darle información a los asegurados: líneas telefónicas, redes sociales, WhatsApp, 27 oficinas de atención al asegurado ubicadas en hospitales u oficinas regionales y en los módulos de atención al ciudadano.

El porcentaje de la población asegurada al SIS según las estadísticas y la muestra es la siguiente:

Tabla 6

*Porcentaje de la población asegurada al SIS, del 2014 al 2018.*

	2014	2015	2016	2017	2018
% población	51.13%	53.84%	54.28%	51.85%	55.36%
% muestra	48.10%	52.40%	54.70%	54.30%	54.50%

Fuente: Base de datos SIS, Microdatos INEI  
Elaboración propia

### **3.2.4 Base teórica de la observable: Desarrollo humano**

#### **3.2.4.1 Definición**

Según el programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano (PNUD: 2014), el desarrollo humano es un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio, estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo, a todos los niveles de desarrollo, las tareas más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida digno.

Ahora, en el Informe de Desarrollo Humano de 1990, como se citó en Molina y Pascual (2014), el desarrollo humano posee dos aspectos:

La formación de capacidades humanas, tales como un mejor estado de salud, conocimiento y destrezas y el uso que la gente hace de las capacidades adquiridas para el descanso, la producción o las actividades culturales, sociales y políticas.

Por lo que, el desarrollo humano es un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio, estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo, a todos los niveles de desarrollo, las tareas más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida digno.

#### **3.2.4.1 El desarrollo humano integral**

Séverine (2019) señala que el desarrollo humano integral “aún no ha sido explorado detalladamente a nivel conceptual. Solo se ha definido como el desarrollo de cada persona y de toda la persona, por lo que no se ha contextualizado en forma clara, ni en el ámbito religioso” (p.2). Asimismo, agrega que:

El desarrollo humano integral conlleva que todo cambio en la dimensión material, entre ellas, el acceso a la seguridad social, la alimentación o la vivienda, está ligado al entendimiento de la trascendencia divina de la esencia espiritual de cada ser humano. Bajo el punto de vista del desarrollo humano integral, en la persona humana se centra el análisis social y la acción pública. (p.3)

Por lo que abocarse al desarrollo humano integral significa abordar el bien común de todo ser humano como tal, es decir, atender sus necesidades básicas prioritarias que aseguren su integridad física y moral, como la alimentación, la salud, la educación, la vivienda y la integridad psíquica y moral de la misma.

Una visión integral del desarrollo humano integral es apreciar la multidimensionalidad del ser humano dentro de su existencia en este mundo. Así, Séverine señala que “si se tiene en cuenta a la persona como un fin en ella misma, se pueden tomar todas las dimensiones en que se desenvuelve su vida: la económica, social, cultural, política, y la espiritual, es decir, toda la persona” (p.4). Agrega que la frase inicial de “Sollicitudo rei sociales” dice así: “La preocupación social de la Iglesia, dirigida al desarrollo original del hombre y la mujer y de la sociedad, es que se respete y promueva en toda su dimensión a la persona humana, la misma se ha

expresado tradicionalmente de una manera muy diversa”; la segunda verdad es que el verdadero desarrollo del hombre consiste, de manera unitaria, a la totalidad del ser humano en todas sus dimensiones. (Séverine, 2019, p.4)

#### **3.2.4.2 La pobreza como obstáculo en el desarrollo humano**

Para Cuenca y Chavarro (2008), la pobreza constituye una limitación para el crecimiento económico. En su análisis indican que en América Latina la pobreza y la desigualdad aumentaron entre 1990 y 2002, a pesar del crecimiento económico debido a las reformas de mercado. Ellos concluyen que es clave en el desarrollo económico la reducción de la desigualdad. También indican que la desigualdad es un lastre para el crecimiento y desarrollo económico.

Para las Naciones Unidas (2015), se consideran pobres extremos a aquellas personas que viven con menos de US\$ 1,25 al día. Para el Ministerio de Economía y Finanzas (2019), la pobreza monetaria es la insuficiencia de recursos monetarios para adquirir una canasta de consumos mínima. Según Feres y Mancero (2001), los estudios económicos sobre la pobreza se han centrado en temas concernientes a necesidades, estándar de vida e insuficiencia de recursos.

Según Feres y Mancero (2001), hay dos tipos de métodos para identificar la pobreza, los directos que son los que evalúan directamente si los hogares han podido satisfacer las necesidades básicas, y los indirectos, que consisten en analizar los ingresos y gastos de un hogar y analizar si son suficientes para que sus integrantes puedan gozar de un nivel de vida aceptable.

Siguiendo con el estudio de Feres y Mancero (2001), el método de las necesidades básicas insatisfechas es el método directo más conocido en América Latina para medir la pobreza. Este método analiza una serie de indicadores censales para determinar si los hogares satisfacen o no sus principales necesidades. Por la dificultad de obtener la información, las necesidades básicas se agrupan en cuatro categorías:

- Condiciones de la vivienda que aseguren la habitabilidad de la misma.
- Acceso a servicios sanitarios básicos.
- Acceso a la educación escolar básica.

- Capacidad económica para alcanzar al menos un nivel mínimo de consumo.

En la tabla 7 se aprecia la pobreza en el Perú entre los años 2014 al 2018:

Tabla 7

*La pobreza en el Perú, del 2014 al 2018.*

	2014	2015	2016	2017	2018
Población del Perú	30,814,175	31,151,643	31,488,625	31,826,018	32,162,184
Estimación de pobreza	22.73%	21.77%	20.74%	21.70%	20.49%
Pobres	7,003,255	6,782,226	6,531,491	6,906,242	6,589,379

Fuente: INEI, Población estimada y proyectada por sexo y tasa de crecimiento, según años calendarios y población en situación de pobreza, según ámbitos geográficos

Elaboración propia

Adicionalmente, el Ministerio de Economía y Finanzas (2019) incluye el hacinamiento en los hogares como un factor adicional, definiendo como hacinamiento el uso por habitación por más de 3.4 personas.

Para Daher, Hodge y Rosati (2019), pobreza y desarrollo humano corresponden a dos caras de una misma moneda y citan tres grandes modelos teóricos:

1. Tradicional, en función de los ingresos o satisfacción de necesidades básicas, y la estrategia de alivio se basa en transferencias económicas, con lógica focalizada y distributiva.
2. De ampliación, con enfoque en el desarrollo humano y con una perspectiva multidimensional de la pobreza con enfoque en salud, educación, trabajo y vivienda, entre otros. Su estrategia de alivio se basa en activar capacidades y generar oportunidades para amplificar libertades.
3. Emergente, basado en exclusión, vulnerabilidad, riesgos, capital social y derechos.

### **3.2.5 Subcategoría: Condiciones de calidad de vida**

Las condiciones de calidad de vida están diferenciadas por el lugar donde se habita o reside, ya sea en las zonas urbanas y las que habitan en las zonas rurales, esta diferencia se debe principalmente a las facilidades que brindan los servicios de

agua, desagüe, luz, medios de transporte, salud, educación, etc., las que son escasas o casi nulas en las zonas rurales, acentuándose más esta problemática en los poblados rurales de la sierra y selva del país, debido a su geografía inhóspita, su clima, lo que hace que los servicios antes mencionados sean escasos o simplemente no existen. Por lo que los servicios que brinda el Estado condicionan la calidad de vida de la persona humana.

Giovanni y González (2013) señalan que:

la concentración de población hace favorable el mejoramiento de las condiciones de vida. En la zona urbana las personas viven, producen, se recrean, consumen, lo que estas actividades se reflejan, a su vez, en la calidad de vida. Las personas deciden permanecer en la ciudad porque perciben que las externalidades favorables son más importantes que las no favorables (PNUD 2008, p.31, citado por Giovanni y González), realizando un balance entre lo bueno y lo malo de la ciudad de diversas formas. Las personas migran a las ciudades porque creen que la ciudad les brinda más y nuevas oportunidades. (p.3)

El Informe de la Comisión sobre la Medición del Rendimiento Económico y el Progreso Social (Stiglitz, Sen y Fitoussi 2009, 41, citados por Giovanni y González, 2013, p.5) afirma que la calidad de vida “es una definición más amplia que la de producción económica o la de nivel de vida. En tal virtud, Sen expresa que “el concepto de calidad de vida se centra en la forma en que transcurre la vida humana y no solo en los recursos o en la renta que posee un individuo” (Sen, 2004, 42, citado por Giovanni y González, 2013, p.5). Es decir, que la calidad de vida es un proceso dinámico unido al ciclo vital de cada persona, en un contexto social específico. Por lo tanto, se puede definir la calidad de vida como la factibilidad que tiene la persona de tener una vida digna, gracias al desarrollo de sus potencialidades, ya sea en forma independiente y cooperante con los objetivos de la sociedad a la que pertenece. (Giovanni y González, 2013, p.5)

En cuanto a la gestión del Seguro Integral de Salud, es una variable muy importante para mejorar las condiciones de calidad de vida de las personas, por lo

que, a continuación, se realiza un diagnóstico de la situación de la salud en el país. Teniendo en cuenta lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, quien recomienda un mínimo de 23 médicos por cada 10,000 habitantes; sin embargo, en el Perú la situación es la siguiente:

Tabla 8

*Densidad de médicos por cada 10,000 habitantes.*

	Densidad de médicos por cada 10,000 habitantes				
	2014	2015	2016	2017	2018
Densidad de médicos por cada 10,000 habitantes	11.9	12.2	12.7	12.8	13.6

Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud - Perú 2013 - 2018

En la tabla 2 se muestra que el 20% de las atenciones a los asegurados del SIS se dan en un puesto de salud sin médico. Pero si analizamos la tabla 9, menos del 30% de las atenciones de los afiliados al SIS se dan con un médico y más del 25% se dan con personal de enfermería, según podemos ver en el cuadro adjunto:

Tabla 9

*Profesionales de la salud, del 2014 al 2018.*

Profesionales de la salud	2014	2015	2016	2017	2018
MÉDICO	26%	27%	28%	29%	30%
ODONTÓLOGO	12%	12%	11%	10%	10%
OBSTETRIZ	17%	17%	16%	16%	15%
ENFERMERO(A)	27%	26%	26%	26%	26%
TEC. ENFERMERÍA	12%	12%	11%	12%	11%
OTROS	6%	6%	7%	8%	8%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Base de datos del SIS

Elaboración: Unidad de Estadística/ Oficina General de Tecnología de la Información - SIS

Si se analiza la data de la Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO, panel 2014-2018, tomando en cuenta la muestra de 5041 personas que son las que estuvieron los

4 años de la muestra, se aprecia que el porcentaje de afiliados atendidos por un médico en el SIS es más alto que en la tabla anterior:

Tabla 10

*Personas atendidas por médicos*

	2014	2015	2016	2017	2018
Sin seguro	75.68%	84.21%	75.86%	73.49%	89.41%
Essalud	93.43%	95.68%	95.96%	95.97%	96.20%
Con SIS	54.75%	58.89%	61.80%	59.06%	60.89%
Total nacional	69.02%	72.83%	73.37%	71.13%	74.77%

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

Se puede apreciar que el porcentaje de los atendidos por un médico en el SIS se duplica según el cuadro anterior, sin embargo, está por debajo del porcentaje de atenciones del seguro social.

Un tema importante para analizar es el de consultas anuales per cápita, es decir, el total de atenciones anuales del sistema de salud entre toda su población asegurada, si se compara las del SIS con Essalud se tiene los siguientes resultados:

Tabla 11

*Consultas per cápita*

	2014	2015	2016	2017	2018
SIS	3.47	3.64	4.02	4.09	3.66
Essalud	2.29	2.46	2.50	2.44	2.43

Fuente: Bases de Datos SIS y Essalud

Elaboración: propia

Cómo se observa, las consultas per cápita en el SIS son más altas que en Essalud. Para ver mejor este número se necesitaría un promedio con cuál comparar, a falta de un promedio nacional, se tiene como referencia las consultas per cápita de algunos países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OCDE (tres latinoamericanos, Noruega, que es el país con mayor índice de desarrollo humano en 2018, según el ranking publicado por el PNUD, y Dinamarca que es el

país con el mejor sistema de salud del mundo y Canadá que tiene el mejor sistema público de salud del mundo, según los rankings Best Countries de USNews.

Tabla 12

*Atención por persona, países OCDE.*

	Atenciones por persona, países OCDE				
	2014	2015	2016	2017	2018
Chile	3.40	3.50	3.60	3.80	ND
Colombia	2.30	2.00	1.30	1.90	ND
México	2.60	2.70	2.90	2.80	2.80
Noruega	4.30	4.30	4.40	4.50	4.50
Dinamarca	4.50	4.40	4.30	4.30	3.80
Canadá	6.90	6.90	6.80	6.70	6.70

Fuente: OCDE

Elaboración: propia

El número de consultas per cápita de los afiliados al SIS está por encima del promedio nacional de países como Chile, Colombia y México.

La concentración de atenciones, que se obtiene dividiendo el total de atenciones entre las personas obtenidas, para el SIS total y cada uno de los planes del SIS, además de Essalud, están en el siguiente cuadro:

Tabla 13

*Concentración de atenciones*

	Concentración de atenciones				
	2014	2015	2016	2017	2018
General	6.49	6.72	7.12	7.50	7.40
SIS Gratuito	6.49	6.73	7.13	7.51	7.41
SIS Emprendedor (Nrus)	3.91	4.99	5.74	5.80	6.08
SIS Independiente	5.09	5.36	5.78	6.26	6.93
SIS Mypes	2.81	3.50	3.23	3.70	3.53
Essalud	4.69	4.90	4.93	4.84	4.83

Fuente: Bases de Datos SIS y Essalud

Elaboración: propia

Las razones por las que las personas no buscan atención en salud son las siguientes:

Tabla 14

*Razones por las que las personas no buscan atención en salud*

	2014			2015			2016			2017			2018		
	seguro	Essalud	SIS	SIS seguro	Essalud	SIS	SIS seguro	Essalud	Sis	Sin seguro	Essalud	SIS	SIS seguro	Essalud	SIS
No fue porque no era grave/necesario	43%	44%	36%	44%	48%	38%	39%	41%	37%	42%	43%	37%	42%	48%	38%
No fue porque se autorecetó o repitió receta anterior	9%	14%	9%	8%	17%	8%	10%	21%	10%	12%	21%	10%	15%	15%	13%
No fue porque prefiere curarse con remedios caseros	11%	5%	13%	10%	6%	14%	9%	6%	12%	11%	8%	13%	10%	7%	13%
No fue porque demoran en atender	5%	13%	8%	7%	10%	10%	8%	12%	12%	8%	12%	10%	8%	12%	10%
No fue por no tener dinero	11%	4%	9%	9%	2%	9%	10%	3%	6%	5%	1%	6%	9%	2%	5%
No fue por falta de tiempo	7%	10%	8%	8%	11%	8%	9%	10%	8%	7%	7%	8%	5%	7%	7%
Otros	13%	10%	17%	14%	6%	15%	15%	7%	16%	15%	9%	15%	11%	9%	14%

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

La principal razón por la que los afiliados al SIS no van a atenderse es porque consideran que no fue grave o necesario, esta razón es la misma en Essalud y en los no asegurados. La siguiente razón, que ha aumentado con el paso del tiempo, es la automedicación y el uso de remedios caseros. En la primera de ellas hay un aumento en el tiempo, mientras que la segunda permanece casi constante.

### 3.2.6 Subcategoría: Condiciones económicas

Franco (2014) señala que el modelo neoliberal centra todo su accionar en el mercado. Múltiples ámbitos sociales son cambiados por el mercado, por lo que todos los intercambios humanos están supeditados a la oferta y demanda de los principales agentes del mercado, los que se supone deben ser iguales en sus niveles de información de acuerdo al producto. De igual modo sucede con la salud, en el ámbito neoliberal están inmersos los “cuasi-mercados de salud”. Sin embargo, una nueva corriente creada por los economistas de la salud ha mostrado que la igualdad de información en el mercado de servicios de salud no es tan factible, ya que los profesionales de ayer y de hoy han introducido una diferencia de información de tal forma que los usuarios no eligen el servicio ni tampoco en el proceso de atención. (p.97)

En la figura 1 se muestra la competencia imperfecta en el mercado de los sistemas de salud.

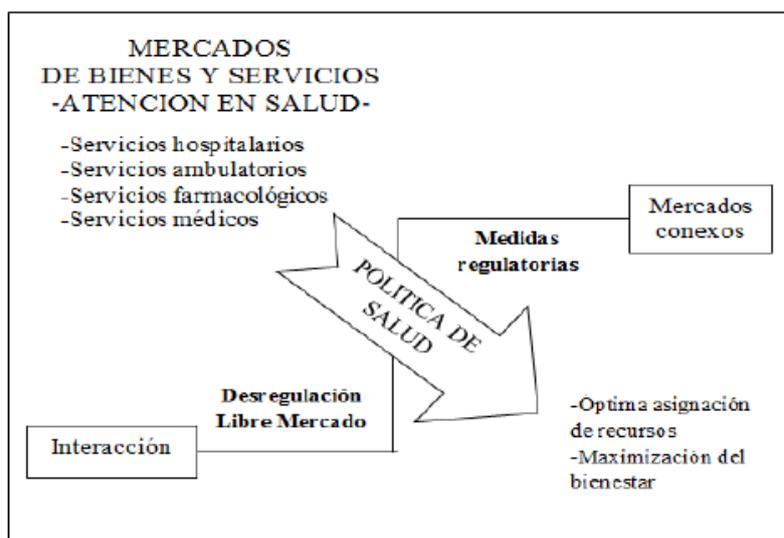


Figura 1. Los mercados de servicios de salud en un ambiente de competencia imperfecta.

Fuente: Franco (2014)

En tal sentido, las condiciones económicas del individuo determinan el nivel y la calidad de los servicios de salud, ya que puede acceder a los servicios privados de salud de una clínica, como puede solo obtener los servicios de los hospitales del Estado. Lo mismo sucede con los seguros de salud, si cuenta con la solvencia

económica suficiente para acceder a un seguro de salud privado o acceder al Servicio Integral de Salud, tanto del Minsa como de Essalud.

Como se mencionó líneas arriba, la pobreza es un factor condicionante para acceder al Sistema Integral de Salud - SIS, por lo que en las siguientes tablas se muestra un panorama de esta dimensión, basadas en la Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO, Panel 2014-2018, donde con una muestra de 5041 personas brinda la siguiente información, importante para el análisis del presente estudio.

Tabla 15

*Proporción de pobres – no pobres.*

	2014	2015	2016	2017	2018
Pobre	28%	26%	23%	23%	23%
No pobre	72%	74%	77%	77%	77%

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

Si se observa el porcentaje de pobres por tipo de seguro, se tiene lo siguiente:

Tabla 16

*Pobres por tipo de seguro*

	2014	2015	2016	2017	2018
SIS	41.68%	38.50%	33.83%	33.61%	34.86%
otro seguro	8.01%	4.86%	3.19%	4.82%	5.14%
sin seguro	23.58%	19.45%	16.37%	15.39%	12.79%
	28.39%	25.85%	22.56%	22.57%	22.83%

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

Por otro lado, el gasto de bolsillo hecho por los afiliados al SIS, a otro seguro de salud y los que no tienen seguro se puede ver en la tabla 17:

Tabla 17

*Gasto de bolsillo hecho por afiliados*

	2014	2015	2016	2017	2018
SIS	126.81	135.68	146.50	153.89	154.83
otro seguro	345.60	387.24	408.34	396.64	447.31
sin seguro	196.90	254.80	259.81	353.63	297.09
<b>Total general</b>	<b>200.41</b>	<b>224.86</b>	<b>235.62</b>	<b>256.27</b>	<b>258.39</b>

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

En promedio, una persona con SIS gasta poco más del 50% en salud que una persona sin seguro. Llama la atención el gasto de bolsillo en salud de las personas con otro tipo de seguro, que es más del doble que los afiliados al SIS.

En cuanto a la necesidad básica insatisfecha 1, que es vivienda inadecuada, el porcentaje de personas del total de asegurados que tienen esta necesidad está en la tabla 18:

Tabla 18

*Personas con vivienda inadecuada, necesidad básica insatisfecha 1.*

	2014	2015	2016	2017	2018
Sin seguro	8.92%	6.26%	6.99%	7.84%	4.63%
SIS	14.36%	9.85%	12.20%	11.41%	10.31%
Otros	2.38%	0.81%	2.80%	1.79%	1.30%
<b>Total</b>	<b>9.90%</b>	<b>6.80%</b>	<b>8.77%</b>	<b>8.23%</b>	<b>6.86%</b>

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

En cuanto a las viviendas con hacinamiento, necesidad básica insatisfecha 2, tenemos lo siguiente:

Tabla 19

*Viviendas con hacinamiento, necesidad básica insatisfecha 2.*

	2014	2015	2016	2017	2018
Sin seguro	9.21%	6.60%	6.19%	6.67%	4.43%
SIS	11.06%	8.56%	9.22%	7.57%	4.99%
Otros	2.54%	3.08%	2.88%	1.40%	1.07%
<b>Total</b>	<b>8.43%</b>	<b>6.76%</b>	<b>7.00%</b>	<b>5.81%</b>	<b>3.87%</b>

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

El porcentaje de personas que no cuentan con servicios higiénicos en su hogar es el siguiente:

Tabla 20

*Personas que no cuentan con servicios higiénicos, necesidad básica insatisfecha 3.*

	2014	2015	2016	2017	2018
Sin seguro	11.57%	8.83%	6.49%	4.80%	3.52%
SIS	15.64%	12.05%	12.81%	11.56%	9.73%
Otros	3.97%	2.83%	2.34%	2.33%	1.92%
<b>Total</b>	<b>11.62%</b>	<b>9.05%</b>	<b>8.89%</b>	<b>7.84%</b>	<b>6.49%</b>

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

La necesidad insatisfecha 4, hogares con niños que no van a la escuela, es la menos frecuente, a través de estos años se han presentado entre 18 y 60 casos, en porcentaje de afiliados tenemos lo siguiente:

Tabla 21

*Hogares con niños que no van a la escuela, necesidad insatisfecha 4*

	2014	2015	2016	2017	2018
Sin seguro	0.52%	3.08%	0.70%	0.29%	0.00%
SIS	0.95%	0.87%	0.25%	0.44%	0.47%
Otros	0.00%	0.08%	0.47%	0.23%	0.54%
<b>Total</b>	<b>0.60%</b>	<b>1.19%</b>	<b>0.40%</b>	<b>0.36%</b>	<b>0.40%</b>

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

Finalmente, las personas que viven en hogares con alta dependencia económica están dados en la tabla 22:

Tabla 22

*Hogares con alta dependencia económica, necesidad básica insatisfecha 5.*

	2014	2015	2016	2017	2018
Sin seguro	0.96%	1.03%	0.50%	0.88%	0.70%
SIS	2.02%	3.11%	1.60%	2.49%	2.04%
Otros	0.79%	0.00%	0.47%	0.62%	0.54%
<b>Total</b>	<b>1.43%</b>	<b>1.86%</b>	<b>1.09%</b>	<b>1.69%</b>	<b>1.39%</b>

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

### **3.3 Marco conceptual**

#### **Afiliación**

Acción de incorporarse o inscribirse en una organización o grupo (RAE, 2019)

#### **Aseguramiento en salud**

Condición por la que una persona tiene cobertura para afrontar determinadas o todas las enfermedades. (artículo 3°, Ley N° 29344)

#### **Cobertura**

Listado de enfermedades y procedimientos que son financiados parcial o totalmente por una IAFA dentro de su plan de salud. (artículo 3°, DS N° 008-2010-SA)

#### **Copago y deducible**

Montos variables y fijos indicados en el plan de salud que el usuario debe pagar para recibir los servicios de una IPRESS. (artículo 3°, DS N° 008-2010-SA)

#### **Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS)**

Entidades financiadoras de los distintos planes de salud, administran fondos cobrados a los afiliados o fondos destinados por el Estado. Son las encargadas de pagar las prestaciones de salud. (artículo 7°, Ley N° 29344)

#### **Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS)**

Entidades que brindan servicio de salud, pueden ser hospitales, clínicas, postas, laboratorios clínicos, consultorios médicos, consultorios dentales, entre otros. (artículo 8°, Ley N° 29344)

#### **Plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS)**

Conjunto de enfermedades y procedimientos que como mínimo debe cubrir un plan de salud. (artículo 13°, Ley N° 29344)

#### **Régimen contributivo**

Aseguramiento en salud que debe ser financiado por los usuarios o sus empleadores. (artículo 19°, Ley N° 29344)

**Régimen semicontributivo**

Aseguramiento en salud que es financiado en parte por el Estado y en parte por el usuario o su empleador. (artículo 19°, Ley N° 29344)

**Régimen subsidiado.**

Aseguramiento en salud que es financiado totalmente por el Estado. (artículo 19°, Ley N° 29344)

**Seguro Integral de Salud (SIS)**

Programa del Estado de régimen subsidiado que cubre el PEAS a la población de escasos recursos. (artículo 19°, Ley N° 29344)

**Superintendencia Nacional de Salud**

Órgano encargado de la supervisión de IAFAS e IPRESS y de la correcta aplicación del aseguramiento universal en salud. (artículo 9°, Ley N° 29344)

## CAPÍTULO IV

### Metodología de la investigación

#### 4.1 Enfoque de investigación

Este estudio se realizó empleando el enfoque cualitativo, el que permitió estudiar la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas e instituciones implicadas.

Según Vargas (2012), sostiene que “La metodología cualitativa es aquella cuyos métodos, observables, técnicas, estrategias e instrumentos concretos se encuentran en la lógica de observar necesariamente de manera subjetiva algún aspecto de la realidad. Su unidad de análisis fundamental es la cualidad o característica” (p. 17).

Por lo que la investigación cualitativa permitió profundizar el fenómeno en estudio, respecto a la gestión del Sistema Integrar de Salud - SIS y su impacto en el desarrollo humano, período 2018-2019.

#### 4.2 Tipo de investigación

La investigación es de tipo teórico-empírica.

Si la investigación fue teórico-empírica, ello supone que hubo al inicio un trabajo de indagación teórica sobre el objeto de estudio (Estado del arte) y que durante el desarrollo de toda la investigación se estuvo leyendo y haciendo fichas bibliográficas para extraer fragmentos de los textos teóricos involucrados, además de todo el trabajo empírico que supuso el levantamiento de campo. (Vargas, 2011, p.70).

Para el caso del presente estudio, la gestión del Sistema Integral de Salud - SIS y su impacto en el desarrollo humano, período 2014-2018, las teorías están basadas en las fichas o fragmentos de la teoría mencionada en el Estado del conocimiento, complementadas con los resultados empíricos, obtenidos en el trabajo de campo.

### **4.3 Método de investigación**

Para el desarrollo del presente estudio, se utilizó el método hermenéutico interpretativo:

Este método sirve para aproximarse a cualquier texto, sea este histórico, periodístico, teórico, discursivo, transcripción de entrevistas, etc. De antemano, algunos hermeneutas sostienen la posibilidad de hacer interpretaciones de la realidad concreta, siempre que esta sea vista como un texto que se pone en contexto. (Vargas, 201, p.30)

### **4.4 Escenario de estudio**

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Ministerio de Salud, específicamente en las instalaciones del Seguro Integral de Salud, donde se garantiza el SIS en todo el territorio peruano.

### **4.5 Objeto de estudio**

El objeto de estudio del presente trabajo de investigación fue analizar la gestión del Sistema Integral de Salud - SIS y su impacto en el desarrollo humano, período 2014-2018.

Sobre el objeto de estudio, Vargas (2011) señala:

En ocasiones pueden utilizarse dos objetos de estudio, uno empírico (lo que va a observarse en el tiempo y el espacio) y uno conceptual (lo que se encuentra en el contexto teórico de las preguntas de investigación y que va a observarse en y desde el mundo de las ideas). (p.103)

### **4.6 Observables de estudio**

Los observables estuvieron orientados al manejo e interpretación de los datos estadísticos extraídos de la Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO y del Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, durante los años 2014 al 2018; asimismo, se orientó el esfuerzo al análisis del contexto teórico mencionado en el capítulo Estado del conocimiento, relacionado con las categorías de estudio, sobre la gestión del Seguro Integral de Salud y sobre el desarrollo humano.

Todos estos datos permitieron al investigador compilar y consolidar parte

teórica con la parte empírica (hechos). Sobre el particular, Vargas (2012) sostiene que “se debe delimitar con cuidado aquello que va a ser observado (...), definiendo lo que en investigación se llaman observables” (p. 61).

#### **4.7 Fuentes de información**

Las fuentes de información estuvieron constituidas por los siguientes elementos:

- a. Fuentes primarias: Información obtenida de primera mano de los propios protagonistas, como la entrevista que se efectuó a dos exjefes del Seguro Integral de Salud, de los últimos años, así como de normas, directivas, leyes y otras normas legales sobre la gestión del SIS, que constituyeron la fuente documentaria. Al respecto, Vargas (2011) señala que “se debe delimitar con cuidado dónde concretamente se va a observar, definiendo lo que en investigación se llaman fuentes de información” (p. 61).
- b. Fuentes secundarias, información de segunda mano, obtenida de libros, revistas, videos, periódicos, etc., que contengan información sobre las categorías de estudio.

#### **4.8 Técnicas e instrumentos de acopio de información**

##### **4.8.1 Técnicas de acopio de información**

- *La entrevista semiestructurada*

Se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En el último caso podrá ser tal vez una pareja o un grupo pequeño como una familia o un equipo de manufactura. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.403).

Se empleó la entrevista semiestructurada, la que se realizó con la debida antelación, formulando un pliego de preguntas; sin embargo, hubo preguntas que se formularon a medida que el entrevistado daba respuesta a las prefijadas. Para este estudio, se previó entrevistar a la Magíster Doris Marcela Lituma Aguirre y al Magíster Pedro Grillo Rojas, ambos son médicos de profesión y han ocupado el cargo de jefes del Seguro Integral de Salud. Las preguntas fueron de carácter abierto y cada entrevistado tuvo que construir la respuesta; fueron flexibles y

permitieron mayor información requerida en la investigación.

- *Análisis documental*

Para el empleo de esta técnica, se requirió del contexto teórico contenido en el Estado del conocimiento, con la finalidad de ser interpretado hermenéuticamente, obteniendo información relevante para el estudio. (Vargas, 2007, p.52).

Para aplicar esta técnica, el investigador reunió la información, producto de la lectura de antecedentes, resultados estadísticos de la ENAHO y del INEI, así como de libros, bases legales, información de páginas web de internet, etc., efectuando un análisis profundo sobre el tema objeto de estudio.

#### **4.8.2 Instrumentos de acopio de información**

- *La guía de entrevista semiestructurada*

A continuación, se especifican los aspectos más relevantes sobre las características de las entrevistas a expertos empleados en la investigación:

- Duración de la entrevista: se previó una duración aproximada de 15 minutos de explicaciones previas sobre la metodología de trabajo específica y aclaración de dudas.
- Número de expertos: 02
- Técnica de registro: grabación de audio y video.
- Número de sesiones: La entrevista fue individual y se realizó en una sola sesión.
- Lugar de realización: vía ZOOM.
- Fecha y horario: Las entrevistas en profundidad se realizaron en octubre de 2020.

- *Las fichas de registro*

Estas fichas se crearon a criterio del investigador, ya que no existe un formato rígido sino flexible, adaptándose a los intereses e intenciones de la investigación. La información reunida se anotó en un cuaderno de apuntes (Fichas de investigación o fichas de registro), anotando los aspectos más resaltantes, producto del análisis hermenéutico.

## **4.9 Acceso al campo y acopio de información**

### **4.9.1 Acceso al campo**

Se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades pertinentes del Ministerio de Salud y de las oficinas del Seguro Integral de Salud, con la finalidad de obtener fuentes de información de primera mano sobre las categorías de estudio.

### **4.9.2 Acopio de información**

El acopio de información se realizó teniendo en cuenta el tipo de método que se empleó, en este caso el método hermenéutico interpretativo, para lo cual fue necesario realizar las siguientes acciones:

- Reunir la información teórica.
- Análisis hermenéutico de la información disponible y citada en el Estado del conocimiento.
- Colección de la información obtenida del trabajo de campo, materializado en las entrevistas a expertos.

## **4.10 Método de análisis de información**

El método de análisis de información se realizó en tres fases:

- a. Una fase descriptiva, en donde se recopiló la información proveniente de las fuentes primarias y secundarias citadas en el Estado del conocimiento, respecto a la gestión del Seguro Integral de Salud y su impacto en el desarrollo humano. Otra información que fue útil para el análisis y síntesis de la investigación, fue la encuesta realizada por la Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO en el período 2014-2018 y que está disponible en la web del Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, entre otros libros y artículos consultados.
- b. Para realizar el análisis se recurrió al método hermenéutico interpretativo, aplicado a las teorías contenidas en el Estado del conocimiento sobre las categorías de estudio, para la generación del conocimiento.
- c. Una fase de análisis detallada de toda la información obtenida, empleando el método de triangulación de datos, necesario para sintetizar la información recolectada con los instrumentos de acopio de información (análisis

documental y la entrevista a expertos), para investigaciones del tipo teórico-empírico. A toda la información recolectada se le aplicó el software estadístico Atlas Ti (programa para analizar estudios cualitativos), el que arrojó las redes semánticas correspondientes, de acuerdo a las categorías de estudio; todo ello permitió arribar a las conclusiones, de acuerdo a los objetivos planteados.

## CAPÍTULO V

### Análisis y síntesis

#### 5.1 Descripción narrativa (gráficos) e interpretación

En este capítulo se desarrolló un análisis e interpretación, operativizando los instrumentos empleados para la recolección de datos, logrando obtener los resultados orientados a los objetivos de la investigación. Teniendo en consideración la gestión del Sistema Integral de Salud y su impacto en el desarrollo humano; a continuación, se describen los resultados, como producto del análisis de las siguientes categorías y subcategorías:

- Categoría: Gestión del Seguro Integral de Salud
  - a. Subcategoría: Aseguramiento de la salud
  - b. Subcategoría: Gestión de suscripción y afiliación al SIS
- Categoría; Desarrollo humano
  - a. Subcategoría: Condiciones de calidad de vida
  - b. Subcategoría: Condiciones económicas

A continuación, se realiza el análisis llevado a cabo de cada uno de los instrumentos empleados en el trabajo de campo (Análisis documental y entrevistas).

#### 5.1.1 Análisis hermenéutico interpretativo de la categoría Gestión del Seguro integral de Salud

Tabla 23

*Gestión del SIS*

<b>Gestión del SIS</b>	<b>Análisis</b>
De la definición y misión de la gestión del SIS	<p>La gestión del Seguro Integral de Salud es el conjunto de elementos interrelacionados encargados de regular, conducir y brindar asistencia médica, cuyo fin es proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema (propio autor)</p> <p>Según el portal del Seguro Integral de Salud (SIS), la misión del SIS es “brindar protección financiera en salud</p>

	a la población del Perú, con un enfoque de equidad, eficiencia y de atención centrada en el asegurado”.
Marco legal normativo	<p>Respecto al funcionamiento del SIS, este está regulado mediante las leyes y normas legales siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley 29344 (2 abril 2010), Ley del Aseguramiento Universal de la Salud.</li> <li>• Decreto Supremo 008-2010-SA, reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud,</li> <li>• Decreto Supremo 020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.</li> <li>• Decreto Legislativo 1164 (2013), sobre la extensión de la cobertura poblacional del SIS.</li> <li>• Decreto Legislativo 1346 (2017), que establece la optimización de los servicios que son financiados a través del SIS, sostenibles en el tiempo.</li> </ul>
Marco histórico de los seguros de salud.	<p>Según Gómez, Toledo y Jiménez (2013), los seguros sociales actuales surgieron en Alemania en 1883 y están presentes en países del centro de Europa como Alemania, Francia, Bélgica y Austria, ven la salud como un derecho y el Estado garantiza las prestaciones sanitarias.</p> <p>El Reino Unido, en 1948, implementó el Servicio Nacional de Salud o sistema nacional de salud, que considera que los ciudadanos tienen derecho a participar del beneficio de la economía y que el Estado tiene que garantizar este derecho, este sistema es común en las socialdemocracias como España.</p> <p>En el Perú, la seguridad social nació con la Ley 8433 el 2 de septiembre de 1936, dada por el presidente Oscar R. Benavides. En esta ley se decretaba la obligatoriedad del seguro social para todas las personas de uno u otro sexo, menores de 60 años, que trabajasen habitualmente bajo la dependencia de un patrono y disponía que su financiamiento estuviera a cargo del Estado, los patronos y los empleados, así como impuestos especiales y multas y donaciones. La cobertura era para atención médica general y especial, atención hospitalaria, farmacia y subsidios (Ley 8433, 1936).</p>

### 5.1.2 Análisis hermenéutico interpretativo del Aseguramiento de la salud

#### a. Análisis de la definición de aseguramiento de salud

Seinfeld, (2007) señala que “la demanda de aseguramiento estará relacionada de manera inversa con el precio de las primas de seguro, por otro lado, la afiliación

estará ligada a la perspectiva de las personas sobre la importancia de cubrir los riesgos en caso de una enfermedad” (p.8).

Las personas están sujetas a sufrir alguna enfermedad de diversa magnitud, lo cual genera incertidumbre. Una enfermedad grave no solo genera costos relacionados con el tratamiento, también puede generar una disminución de los ingresos por incapacidad debido a la dolencia. Si esta pérdida es considerable puede afectar la economía de las personas. Esto hace surgir la necesidad de un seguro de las personas, que pueda mitigar los costos de una enfermedad grave, puesto que disminuye la incertidumbre.

Este aseguramiento de la salud para las personas de condición de pobreza y pobreza extrema, es de responsabilidad del Estado peruano, seguro que es motivo de análisis del presente estudio.

#### **b. *Gestión de las prestaciones de salud (Cobertura de salud)***

Las prestaciones de salud de los asegurados al SIS se realizan en su mayoría en instituciones de salud públicas, representando más del 98% de los casos. Y de estas, solo menos de un tercio de las mismas se dan en centros de salud con internamiento y en hospitales.

Del Estado del conocimiento se extrae la tabla 23 donde se puede observar el porcentaje de atenciones por niveles de establecimientos de salud de las prestaciones de salud, en el período del 2014 al 2017, según la base de datos del SIS (2019).

Tabla 24

*Nivel de establecimiento de salud.*

Nivel de establecimiento de salud	2014	2015	2016	2017	2018
Puesto de Salud	23.47%	21.36%	19.66%	20.03%	18.66%
Puesto de Salud con Médico	21.15%	20.73%	20.63%	20.63%	21.15%
Centro de Salud	28.51%	28.61%	28.84%	28.79%	28.86%
Centro de Salud con Internamiento	13.80%	13.81%	13.75%	13.36%	13.05%
Hospital	13.07%	15.48%	17.11%	17.18%	18.27%

Fuente: Base de datos del SIS

Elaboración: Unidad de Estadística / Oficina General de Tecnología de la Información - SIS

Las atenciones de salud, para poder ser pagadas, deben pasar por el proceso de auditoría. Las Fichas Únicas de Atención - FUAS deben ingresarse al SIASIS, que es un sistema en línea, donde no hay internet se ingresan en una variante de escritorio llamada ARSIS y los que no tienen computadora envían las fichas para digitación. Las FUAS ingresadas primero pasan por un proceso de validación electrónica.

Los recursos presupuestales que recibe el SIS para poder atender a los asegurados se muestran en la tabla 3 mencionada en el Estado del conocimiento de este estudio:

Tabla 25

*Recursos presupuestales que recibe el SIS*

	2014	2015	2016	2017	2018
FISSAL	139,172,766	158,822,435	128,602,552	98,960,313	210,726,426
Recursos ordinarios	1,110,722,807	1,389,126,809	1,515,581,387	1,393,220,028	1,613,834,693
Recursos directamente recaudados	2,933,502	4,533,836	3,550,774	12,302,040	241,133
	<b>1,252,829,075</b>	<b>1,552,483,080</b>	<b>1,647,734,713</b>	<b>1,504,482,381</b>	<b>1,824,802,252</b>

Fuente: Base de datos del SIS

Elaboración: Unidad de Estadística/ Oficina General de Tecnología de la Información – SIS

En esta tabla, extraída de la base de datos del SIS (2019), se observa que los recursos ordinarios son los recursos asignados al SIS por el presupuesto inicial de apertura y el presupuesto inicial modificado, para cubrir sus gastos operativos, alrededor de 200 millones de soles al año. Otro recurso ordinario es asignado al FISSAL como unidad ejecutora.

Se colige que el tema de la asignación de recursos no sigue un patrón proporcional al crecimiento de los afiliados, por cuestiones políticas; asimismo, la planificación de muchos sectores obedece a la política de Estado que se sigue en determinado año.

En el 2016, ante la evidencia de malos manejos en el modelo de aseguramiento universal en salud que se venía trabajando, obligó al MEF a asumir una posición muy dura respecto a las transferencias que se iban a dar en el siguiente año, lo que explica la baja en el 2017.

Los recursos directamente recaudados son aquellos que pagan los aportantes por las primas de los planes semicontributivos, El incremento de estos recursos es producto de las campañas de afiliación que se hacen.

### **5.1.3 Análisis hermenéutico interpretativo de la gestión de suscripción y afiliación del SIS**

#### **a. Análisis de la definición de suscripción y afiliación del SIS**

Afiliación: Según la RAE (2020), es “la acción y efecto de afiliar”, y afiliar es la “inscripción o incorporación de alguien en una organización o grupo” (RAE, 2019, Afiliación). Por lo tanto, se debe entender la afiliación al Seguro Integral de Salud como el proceso de inscripción de las personas en el SIS. Según el portal del SIS subsidiado, existen tres requisitos para poder afiliarse al SIS gratuito:

1. Tener documento nacional de identidad o carné de extranjería.
2. No tener otro seguro de salud.
3. Tener clasificación de pobre o pobre extremo en el Padrón General de Hogares del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).

#### **b. Análisis del proceso de gestión de la suscripción y afiliación al SIS**

El proceso de afiliación al SIS ha variado a través de su existencia. En un inicio eran las asistentas sociales de los establecimientos de salud las que afiliaban, pero se cuestionó que como conocían a las personas podían tener algún sesgo y afiliar a más personas de las que se debía, por eso, por norma se usó el padrón nacional de hogares del MIDIS para afiliar a la gente, gente que aparecía como pobre en ese padrón, pero con el paso del tiempo dejó de ser pobre, pero al no actualizarse la lista seguía siendo beneficiaria del SIS gratuito.

El SIS gratuito es para población pobre y para aquellos sectores de la población indicados por norma expresa, que son:

- Beneficiarios de reparaciones en salud
- Escolares Qali Warma (Ley N° 30061)
- Extrabajadores (DU N° 025-2008)
- Gestantes (DS N° 305-2014-Ef)
- Nacional ecuatoriano (Ley N° 30255)

- Niños entre 0 a 5 años (DS N° 305-2014-Ef)
- Personas en situación de calle MIMP (DI N° 1164)
- Personas internas de Centros Juveniles Poder Judicial (DI N° 1164)
- Personas internas INPE (DI N° 1164)
- Residentes CC.PP. focalizados (DI N° 1164)

Tomando la tabla 4 del contexto teórico de este estudio, se aprecia la población asegurada al SIS por plan:

Tabla 26

*Población asegurada al SIS, del 2014 al 2018.*

	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Total nacional</b>	<b>15 754 305</b>	<b>16 772 956</b>	<b>17 092 349</b>	<b>16 501 717</b>	<b>17 803 508</b>
SIS Subsidiado	15 464 850	16 533 613	16 871 820	16 336 875	17 636 844
SIS Emprendedor	265 441	218 629	205 422	140 035	129 243
SIS Independiente	20 149	16 319	8 612	17 148	26 667
SIS MYPES	3 865	4 395	6 495	7 659	10 754

Los asegurados corresponden a los activos al corte del 31/12 de cada año.

Fuente: Base de datos del SIS

Elaboración: Unidad de Estadística / Oficina General de Tecnología de la Información - SIS

Como se puede apreciar, la cantidad poblacional ha ido en aumento en los últimos años, especialmente el SIS subsidiado, llegando a bordear los 18 millones de asegurados.

En la siguiente tabla extraída de la base de datos del SIS y que ha sido citada en el Estado del conocimiento, se muestra la población asegurada, por norma expresa:

Se considera que, cuando se va a una localidad donde el 60 o 70% de la población es pobre, no tiene sentido evaluar a las personas, si realmente deben o no ingresar al SIS, que el gasto en hacerlo no compensa el costo.

En cuanto a la orientación de la población para asegurarse al SIS, hay diversos canales para darle información a los asegurados: líneas telefónicas, redes sociales, WhatsApp, 27 oficinas de atención al asegurado ubicadas en hospitales u oficinas regionales y en los módulos de atención al ciudadano.

Finalmente, el porcentaje de población asegurada al SIS según las estadísticas y la muestra es la siguiente:

Tabla 27

*Porcentaje de la población asegurada al SIS, del 2014 al 2018.*

	2014	2015	2016	2017	2018
% población	51.13%	53.84%	54.28%	51.85%	55.36%
% Muestra	48.10%	52.40%	54.70%	54.30%	54.50%

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

Tanto la población como la muestra de la población asegurada al SIS, del 2014 al 2018, también se va incrementando año a año.

#### **5.1.4 Análisis hermenéutico interpretativo de la categoría: Desarrollo humano**

Tabla 28

*Desarrollo humano*

<b>Desarrollo humano</b>	<b>Análisis</b>
Definición del desarrollo humano	<p>Según el programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano - PNUD (2014), el desarrollo humano es un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio, estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo, a todos los niveles de desarrollo, las tareas más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida digno.</p> <p>Molina y Pascual (2014) señalan que el desarrollo humano posee dos aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La formación de capacidades humanas, tales como un mejor estado de salud, conocimiento y destrezas, y</li> <li>• El uso que la gente hace de las capacidades adquiridas para el descanso, la producción o las actividades culturales, sociales y políticas.</li> </ul> <p>En síntesis, el desarrollo humano está orientado a alcanzar el bien común para llevar una vida digna y de disfrute.</p>
El desarrollo humano integral	<p>El desarrollo humano integral conlleva que todo cambio en la dimensión material, entre ellas, el acceso a la seguridad social, la alimentación o la vivienda, está ligado al entendimiento de la trascendencia divina de la esencia espiritual de cada ser humano. Bajo el punto de vista del desarrollo humano integral, en la persona humana se centra el análisis social y la acción pública. (Séverine, 2019, p.3)</p> <p>Asimismo, Séverine señala “si se tiene en cuenta a la persona como un fin en ella misma, se pueden tomar todas las dimensiones en que se desenvuelve su vida: la económica, social, cultural, política, y la espiritual; es decir, toda la persona” (p.4).</p>

<p>La pobreza como obstáculo en el desarrollo humano</p>	<p>Se toma en consideración lo señalado por Cuenca y Chavarro (2008) sobre la pobreza, la que constituye una limitación para el crecimiento económico. En su análisis indican que en América Latina la pobreza y la desigualdad aumentaron entre 1990 y 2002, a pesar del crecimiento económico debido a las reformas de mercado. Ellos concluyen que es clave en el desarrollo económico la reducción de la desigualdad. También indican que la desigualdad es un lastre para el crecimiento y el desarrollo económico.</p> <p>Según Feres y Mancero (2001), hay dos tipos de métodos para identificar la pobreza, los directos que son los que evalúan directamente si los hogares han podido satisfacer las necesidades básicas, y los indirectos, que consisten en analizar los</p> <table border="1" data-bbox="724 613 1465 763"> <thead> <tr> <th></th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Población del Perú</td> <td>30,814,175</td> <td>31,151,643</td> <td>31,488,625</td> <td>31,826,018</td> <td>32,162,184</td> </tr> <tr> <td>Estimación de pobreza</td> <td>22.73%</td> <td>21.77%</td> <td>20.74%</td> <td>21.70%</td> <td>20.49%</td> </tr> <tr> <td>Pobres</td> <td>7,003,255</td> <td>6,782,226</td> <td>6,531,491</td> <td>6,906,242</td> <td>6,589,379</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: INEI, Población estimada y proyectada por sexo y tasa de crecimiento, según años calendarios y población en situación de pobreza, según ámbitos geográficos.</p> <p>Elaboración: propia</p> <p>ingresos y gastos de un hogar y analizar si son suficientes para que sus integrantes puedan gozar de un nivel de vida aceptable.</p> <p>Respecto a las necesidades básicas, se recurre al método directo que es el más conocido en América Latina para medir la pobreza. Por la dificultad de obtener la información, las necesidades básicas se agrupan en cuatro categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condiciones de la vivienda que aseguren la habitabilidad de la misma</li> <li>- Acceso a servicios sanitarios básicos</li> <li>- Acceso a la educación escolar básica</li> <li>- Capacidad económica para alcanzar al menos un nivel mínimo de consumo</li> </ul> <p>En la tabla 6, se aprecia la pobreza en el Perú entre los años 2014 al 2018:</p> <p>Tabla 6 <i>Situación de pobreza en el Perú, período 2014-2018.</i></p> <p>Se observa que la pobreza en el Perú, hasta el 2018, es de aproximadamente el 20%, lo que representa una población de 5'589,379 personas.</p>		2014	2015	2016	2017	2018	Población del Perú	30,814,175	31,151,643	31,488,625	31,826,018	32,162,184	Estimación de pobreza	22.73%	21.77%	20.74%	21.70%	20.49%	Pobres	7,003,255	6,782,226	6,531,491	6,906,242	6,589,379
	2014	2015	2016	2017	2018																				
Población del Perú	30,814,175	31,151,643	31,488,625	31,826,018	32,162,184																				
Estimación de pobreza	22.73%	21.77%	20.74%	21.70%	20.49%																				
Pobres	7,003,255	6,782,226	6,531,491	6,906,242	6,589,379																				

Fuente: Elaboración propia.

### 5.1.5 Análisis hermenéutico de la subcategoría Condiciones de calidad de vida

Las condiciones de calidad de vida están diferenciadas por el lugar donde se habita o reside, ya sea en las zonas urbanas o en las zonas rurales, esta diferencia se debe principalmente a las facilidades que brindan los servicios de agua, desagüe, luz, medios de transporte, salud, educación, etc., las que son escasas o casi nulas en las zonas rurales, acentuándose más esta problemática en los

poblados rurales de la sierra y selva del país, debido a su geografía inhóspita, su clima, lo que hace que los servicios antes mencionados sean escasos o simplemente no existen. Por lo que los servicios que brinda el Estado condicionan la calidad de vida de la persona humana.

En cuanto a la gestión del Seguro Integral de Salud, es una variable muy importante en mejorar las condiciones de calidad de vida de las personas, por lo que, a continuación, se realiza un diagnóstico de la situación de la salud en el país. Teniendo en cuenta lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, quien recomienda un mínimo de 23 médicos por cada 10,000 habitantes; sin embargo, tomando la tabla 7, en el Perú la situación es la siguiente:

Tabla 29

*Densidad de médicos por cada 10,000 habitantes.*

	2014	2015	2016	2017	2018
Densidad de médicos por cada 10,000 habitantes	11.9	12.2	12.7	12.8	13.6

Fuente: Compendio estadístico: Información de recursos humanos del Sector Salud 2013-2018

Se muestra que el 20% de las atenciones a los asegurados del SIS se dan en un puesto de salud sin médico. Pero si se analiza con detalle, menos del 30% de las atenciones de los afiliados del SIS se dan con un médico y más del 25% se dan con personal de enfermería, según se observa en tabla 30:

Tabla 30

*Profesionales de la salud, del 2014 al 2018.*

Profesionales de la Salud	2014	2015	2016	2017	2018
MEDICO	26%	27%	28%	29%	30%
ODONTÓLOGO	12%	12%	11%	10%	10%
OBSTETRIZ	17%	17%	16%	16%	15%
ENFERMERO(A)	27%	26%	26%	26%	26%
TEC. ENFERMERÍA	12%	12%	11%	12%	11%
OTROS	6%	6%	7%	8%	8%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Base de datos del SIS

Elaboración: Unidad de Estadística/ Oficina General de Tecnología de la Información - SIS

Tomando la data de la Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO, panel 2014-2015 y considerando la muestra de 5041 personas, que son las que estuvieron los 4 años de la muestra, se aprecia que el porcentaje de afiliados atendidos por un médico en el SIS es más alto que en la tabla anterior:

Tabla 31

*Personas atendidas por médicos*

	2014	2015	2016	2017	2018
Sin seguro	75.68%	84.21%	75.86%	73.49%	89.41%
Essalud	93.43%	95.68%	95.96%	95.97%	96.20%
Con SIS	54.75%	58.89%	61.80%	59.06%	60.89%
Total nacional	69.02%	72.83%	73.37%	71.13%	74.77%

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

Se puede apreciar que el porcentaje de los atendidos por un médico en el SIS se duplica según el cuadro anterior, sin embargo, está por debajo del porcentaje de atenciones del seguro social.

### **5.1.6 Análisis hermenéutico de la subcategoría: Condiciones económicas**

Para analizar esta subcategoría, se observa que Franco (2014) señala que el modelo neoliberal centra todo su accionar en el mercado. Múltiples ámbitos sociales son cambiados por el mercado, por lo que todos los intercambios humanos están supeditados a la oferta y demanda de los principales agentes del mercado, los que se supone deben ser iguales en sus niveles de información de acuerdo al producto.

En tal sentido, las condiciones económicas del individuo determinan el nivel y la calidad de los servicios de salud, ya que puede acceder a los servicios privados de salud de una clínica, como puede solo obtener los servicios de los hospitales del Estado. Lo mismo sucede con los seguros de salud, si cuenta con la solvencia económica suficiente para acceder a un seguro de salud privado o acceder al Seguro Integral de Salud, tanto del Minsa como de Essalud, que es gratuito.

La pobreza es un factor condicionante para acceder al Seguro Integral de Salud - SIS, por lo que en las siguientes tablas se muestra un panorama de esta

dimensión, basadas en la Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO, Panel 2014-2018, que con una muestra de 5041 personas brinda la siguiente información:

Tabla 32

Proporción de pobres - no pobres.

	2014	2015	2016	2017	2018
Pobre	28%	26%	23%	23%	23%
No pobre	72%	74%	77%	77%	77%

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

Teniendo en cuenta la data de la tabla, se aprecia que del porcentaje de pobres (23%), se puede obtener el porcentaje de pobres por tipo de seguro, el cual se muestra en la tabla 33:

Tabla 33

*Pobres por tipo de seguro*

	2014	2015	2016	2017	2018
SIS	41.68%	38.50%	33.83%	33.61%	34.86%
otro seguro	8.01%	4.86%	3.19%	4.82%	5.14%
sin seguro	23.58%	19.45%	16.37%	15.39%	12.79%
	28.39%	25.85%	22.56%	22.57%	22.83%

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

Empleando siempre las estadísticas de la Encuesta Nacional de Hogares 2014-2018, se observa que, en cuanto a la necesidad básica insatisfecha 1, que es vivienda inadecuada, el porcentaje de personas del total de asegurados que tienen esta necesidad está en la tabla 34:

Tabla 34

*Personas con vivienda inadecuada, necesidad básica insatisfecha 1.*

	2014	2015	2016	2017	2018
Sin seguro	8.92%	6.26%	6.99%	7.84%	4.63%
SIS	14.36%	9.85%	12.20%	11.41%	10.31%
Otros	2.38%	0.81%	2.80%	1.79%	1.30%
	<b>9.90%</b>	<b>6.80%</b>	<b>8.77%</b>	<b>8.23%</b>	<b>6.86%</b>

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

En cuanto a las viviendas con hacinamiento, necesidad básica insatisfecha 2, se tiene lo siguiente:

Tabla 35

*Viviendas con hacinamiento, necesidad básica insatisfecha 2.*

	2014	2015	2016	2017	2018
Sin seguro	9.21%	6.60%	6.19%	6.67%	4.43%
SIS	11.06%	8.56%	9.22%	7.57%	4.99%
Otros	2.54%	3.08%	2.88%	1.40%	1.07%
	<b>8.43%</b>	<b>6.76%</b>	<b>7.00%</b>	<b>5.81%</b>	<b>3.87%</b>

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

El porcentaje de personas que no cuentan con servicios higiénicos en su hogar es el siguiente:

Tabla 36

*Personas que no cuentan con servicios higiénicos, necesidad básica insatisfecha 3.*

	2014	2015	2016	2017	2018
Sin seguro	11.57%	8.83%	6.49%	4.80%	3.52%
SIS	15.64%	12.05%	12.81%	11.56%	9.73%
Otros	3.97%	2.83%	2.34%	2.33%	1.92%
	<b>11.62%</b>	<b>9.05%</b>	<b>8.89%</b>	<b>7.84%</b>	<b>6.49%</b>

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

La necesidad insatisfecha 4, hogares con niños que no van a la escuela, es la menos frecuente, durante estos años se han presentado entre 18 y 60 casos, en porcentaje de afiliados tenemos lo siguiente:

Tabla 37

*Necesidad insatisfecha 4, hogares con niños que no van a la escuela.*

	2014	2015	2016	2017	2018
Sin seguro	0.52%	3.08%	0.70%	0.29%	0.00%
SIS	0.95%	0.87%	0.25%	0.44%	0.47%
Otros	0.00%	0.08%	0.47%	0.23%	0.54%
	<b>0.60%</b>	<b>1.19%</b>	<b>0.40%</b>	<b>0.36%</b>	<b>0.40%</b>

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

Finalmente, las personas que viven en hogares con alta dependencia económica están dados en la tabla 38:

Tabla 38

*Hogares con alta dependencia económica, necesidad básica insatisfecha 5.*

	2014	2015	2016	2017	2018
Sin seguro	0.96%	1.03%	0.50%	0.88%	0.70%
SIS	2.02%	3.11%	1.60%	2.49%	2.04%
Otros	0.79%	0.00%	0.47%	0.62%	0.54%
	<b>1.43%</b>	<b>1.86%</b>	<b>1.09%</b>	<b>1.69%</b>	<b>1.39%</b>

Fuente: Microdatos ENAHO Panel-2014-2018

Elaboración: propia

Toda esta data obtenida de la ENAHO permite observar un panorama del índice de pobreza en el Perú durante el período 2014-2018, pobreza que guarda estrecha relación con la utilización del Seguro Integral de Salud y otras variables que influyen de una u otra forma en este seguro, tales como vivienda inadecuada, tipos de servicios higiénicos, cantidad y calidad de la alimentación, etc.

## 5.2 Análisis descriptivo de los resultados de las entrevistas efectuadas a expertos

A continuación, se realiza un análisis de las respuestas que dieron los expertos consultados sobre las categorías de estudio, de acuerdo al siguiente detalle:

### 5.2.1 Resultados de la entrevista efectuada a la Magíster Doris Marcela Lituma Aguirre, exjefa del SIS

A continuación, se procede a realizar el análisis y síntesis de la entrevista efectuada a la señora Magíster Doris Marcela Lituma Aguirre, exjefa del SIS.

1. *¿Considera que el PEAS es suficiente para garantizar el acceso de salud de las personas a la mayoría de enfermedades que podrían tener?*

El PEAS es una aprobación del año 2012 si mal no recuerdo, pero evidentemente el perfil epidemiológico ha cambiado mucho y en teoría lo que en ese momento era el 65% de carga de enfermedad y el 80% de demanda, evidentemente a través de los años ha cambiado. Ha habido muchos intentos de

cambiar, actualizar o mejorar el PEAS, pero lamentablemente nunca se dio. A raíz del DU 017 de noviembre de 2019 salen unos artículos en que formaban una comisión multisectorial donde una de las funciones principales era la actualización del PEAS y ese trabajo debió terminarse a fines de febrero, estaba prácticamente listo, faltaban una o dos revisiones finales y debió aprobarse en marzo, pero vino la pandemia y la locura de esta hizo que todo el mundo se dedicara a todo y la comisión quedó suspendida pensando que en 30 o 60 días se retomaba, pero bueno ya van 6 meses y eso ha quedado ahí.

Pero efectivamente necesita una actualización, porque definitivamente ahorita no está cubriendo y si tú ves las atenciones que hacía el SIS, el 42% aproximadamente eran atenciones de PEAS y un 48% casi 50% eran no PEAS o sea planes complementarios que sí cubre el SIS en muchas de las cosas. Y hay muchas razones para eso, la gente se afilia al SIS porque era gratis total y se afilia cuanto más cosas graves tiene y ahí había un tema que descubrimos, que yo no tengo pruebas fehacientes, pero tanto los seguros privados y sobre todo Essalud a los pacientes, por ejemplo, de hemodiálisis, veíamos que los pacientes con hemodiálisis crecían y crecían y cuando empezamos a averiguar decían “me han dicho en mi seguro que ya me salga y que me afilie al SIS” y buscaban de afiliarse al SIS porque evidentemente era un alto costo. Ahí hay temas que habría que verlos, debe ser parte de algo que debe definirse y ser tema de aseguramiento, de planes, pues hay sustentos para que una persona se cambie de un seguro a otro. Evidentemente, ahorita el PEAS quedó chiquito y está en actualización.

Enfermedades raras y huérfanas es otro tema gigantesco, son pacientes que merecen atención, pero son de altísimo costo. Esos temas no los cubre el PEAS ni los planes complementarios, los cubre en teoría el FISSAL. Se complica porque muchos de los medicamentos para esas enfermedades están en vías de ser aprobados por DIGEIMID y deben ser aprobados por esta y estar en el protocolo para que el SIS lo cubra, eso está en la norma. Y muchos de estos medicamentos y procedimientos que suceden con enfermedades raras y otras en menor dimensión son medicamentos que están en prueba, los visitantes médicos hacen su propaganda también y conciben que muchos medicamentos que están todavía en fase de incluirse y aprobarse por DIGEMID quieran ser aprobados y financiados,

hay mucha presión, y en enfermedades raras y huérfanas ese es un tema complicadísimo.

2. *¿Qué opciones tiene la población asegurada al SIS para atenderse por un diagnóstico no contemplado en el PEAS y los planes complementarios o en el FISSAL o cuando superan el tope por evento del mismo?*

Simple y llanamente cambiarse de plan. El SIS tiene 5 planes, lo que se hace es que las personas que están en SIS gratuito que le cubre solo PEAS invitarlo a que se pase al SIS independiente que le cubre todo y en el caso de los pacientes del plan PYME que no tiene planes complementarios, igual, se les pide que se pasen al SIS independiente que pagan si es joven S/ 39.00 y si son adultos mayores S/68.00 mensuales, si mal no recuerdo, y con eso tienen cobertura total. Esa era la posibilidad de pase de un plan a otro, si no podían hacer eso porque no podían pasarse por x razón, no había forma de poderlos ayudar, y ahí tenían que hacer un pago o ir a asistencia social del hospital para urgencias, aunque ya cada hospital cada vez hace menos diligencias obviamente. Ahí sí hay un tema pendiente de ver.

3. *En el siguiente cuadro se muestran las transferencias y el intercambio a Essalud según información proporcionada por transparencia SIS según correo electrónico N° 1472-2020-SIS/TRANSP:*

Tabla 39

*Transferencias de RO y RDR*

	2014	2015	2016	2017	2018
Fissal	139,172,766	158,822,435	128,602,552	98,960,313	210,726,426
Recursos Ordinarios	1,110,722,807	1,389,126,809	1,515,581,387	1,393,220,028	1,613,834,693
Recursos Directamente recaudados	2,933,502	4,533,836	3,550,774	12,302,040	241,133
	<b>1,252,829,075</b>	<b>1,552,483,080</b>	<b>1,647,734,713</b>	<b>1,504,482,381</b>	<b>1,824,802,252</b>
Intercambio con Essalud	7,992,863	98,554	183,844	317,363	8,592,624

Fuente: Elaboración propia

*Como se puede observar de las transferencias de RO y los recursos directamente recaudados, así como el intercambio con Essalud, se tienen valores que aumentan o disminuyen de un año a otro, con grandes subidas o disminuciones. ¿A qué se deben estas aparentes distorsiones?, ¿cómo se justifican estas variaciones?*

En el tema de FISSAL, es RO puro o es parte del RO que viene para el SIS en total y una parte de recursos ordinarios se le asigna al FISSAL como unidad ejecutora independiente, pero los recursos y las necesidades que ha tenido FISSAL realmente han ido en aumento por estas cosas que he comentado, básicamente por el tema de hemodiálisis que se dispararon enormemente y el tema de cáncer. Si bien es cierto se cubre siete cánceres, y allá hay un tema también que hay que corregir en el SIS y allá hay un tema que estábamos viendo y que hay que mejorarlo a futuro, es que FISSAL nace con 7 cánceres con el plan esperanza en el 2014, cubre 7 cánceres, pero no son todos los cánceres que existen, todo el resto de cánceres que es mucha mayor cantidad de gasto lo cubre el propio SIS cuando debería estar en FISSAL que cubre la parte oncológica, ahí hay que hacer un reacomodo. Pero si efectivamente el SIS la tendencia es a subir el FISSAL. Por las limitaciones presupuestales es que se ha contenido, pero realmente debería haber subido. En el 2019 se inyectaron recursos para poder salir porque los gastos del FISSAL eran muchos más.

Los recursos directamente recaudados son los que pagan los aportantes, ha habido épocas en que se ha hecho mucha difusión del tema de independientes, del tema de microempresas, del NRUS que es el más fiel porque es a través de la SUNAT y es donde se capta mayor cantidad de plata. Si se revisa la captación, recursos ordinarios es lo que asigna el Estado, el PIA es una asignación inicial y a través del año el PIM puede variar, generalmente es mayor cantidad porque te dan más recursos para gastos, pero evidentemente hay años que puede haber disminución, porque hubo una epidemia y que no sea extraño que por el COVID puede haber presupuestos que pueden haber disminuido en algunos sitios, eso es RO, fluye por una cuerda independiente. Recursos directamente recaudados, el PIA que es el presupuesto inicial de apertura, es el cálculo que la misma institución hace de cuánto piensa que va a recaudar y el PIM se va moviendo conforme lo ideal que vas recaudando y ese presupuesto modificado lo puedes mover según tengas más o menos recursos, a mí me ha pasado en hospitales, si tu previste recaudar 10 millones y recaudaste 5 no tenías como subir y tenías un PIA inicial alto pero mi recaudación era baja. En el SIS sucede al revés, lo que calculas de la recaudación de recursos directamente recaudados generalmente te quedas corto y

las recaudaciones que tienes generalmente, qué es lo que realmente captas, es mucho más y el MEF es muy reacio a ampliarte la posibilidad de gastos, más aún en estos dos últimos años que ha habido ciertas limitaciones. Si revisas RR contra la captación en cada uno de los años, en todos estás muy por debajo de lo que realmente se ha recaudado, ha quedado plata pendiente para usarse en los años siguientes, este es un primer tema que en parte explicas porque no puedes gastar tanto.

Esta caída en el 2018, hubo un informe de contraloría que era algo así como “corrupción en el sector público, caso SIS”, para nadie fue ningún secreto de las aportaciones que había del sector público y el famoso caso Moreno que dio la vuelta al mundo, son acusaciones con IPRESS de lo público a lo privado, en mayo de ese año los RO se siguen gastando, pero se para el pago a IPRESS privadas, porque se tenía un escándalo terrible, se tenía acusaciones con todas las IPRESS privadas y se tenía que ver qué cosa estaba pasando. Los expedientes observados que están entre el 2 al 10%, en los expedientes de las IPRESS privadas que habían pasado facturas al SIS y que muchas de ellas ya se habían pagado y que estaban en contraloría porque estaban mal facturadas o por sobrecostos o porque no se había dado la atención, en fin, había de todo, se tuvo que parar todo eso hasta hacer toda la parte de verificación.

Te llega un expediente y puede tener observaciones porque se equivocaron en el nombre, en un número, un medicamento que no va, se observan cosas que pueden ser levantadas, pero si tienes cosas como una gestación en un varón que no lo puedes cuadrar de ninguna manera a no ser que sea un nombre femenino y te hayas equivocado en el sexo masculino o tres operaciones de cataratas en una persona que no es posible, hay cosas que no son levantables y se rechazan de todas maneras.

Se ha tenido clínicas que se les ha rechazado el 90% de los expedientes presentados. Eso sale de la rutina de lo que se hace normalmente en el SIS, pero esto fue un caso muy puntual que sale de una serie de acusaciones, tuvo que hacerse una limpieza que en dos años solo se terminó una gran parte de las IPRESS privadas, pero era muy complicado hacer una evaluación de la parte de prestación, sobre todo porque ahí había que distinguir si era una emergencia y no una atención

común, en fin toda la parte prestacional y la parte de la valorización que se había costado y era muy alto. Todas esas cosas hicieron que se parara y eso explica la baja del pago de RR.

4. *¿Cómo funciona el proceso de auditoría médica de la pertinencia o no de las prestaciones a los afiliados al SIS? ¿Qué hacen con los expedientes que no cumplen las normas? ¿Cuál es el porcentaje de expedientes observados y rechazados definitivamente?*

La entrevistada respondió que la auditoría médica de las prestaciones es realizada por la Gerencia de Evaluaciones y Prestaciones de Salud (GREP) según normas, protocolos y de acuerdo a los convenios o contratos correspondientes. Los expedientes que no cumplen con las normas o los convenios o contratos, son observados y devueltos a la IPRESS para el levantamiento de observaciones, siempre que sean subsanables.

Los porcentajes de observados y rechazados varía mucho. Aproximadamente entre 2 a 10%. Lo que puede ser subsanado, porque son observaciones que pueden ser levantadas y se les llama observados que pueden estar en el 5 y 6% y cuando se levantan las observaciones pueden pasar; los rechazados son un 2 o 3%, la idea es que sean lo mínimo posible.

Los rechazados son aquellos que no hay forma y eso sirvió en 2018 para tratar de agudizar un poco la detección y de mejorar la parte informática de que los varones no puedan ser tratados por gestación y que no hayan más de 2 operaciones de cataratas porque tienes 2 ojos y si hay una tercera porque la primera estuvo mal, pues hay una explicación, pero debe haber algo que explique. Los rechazados son los que ya no hay vuelta atrás, que hay una falla profunda y que muchas veces están dentro de lo que nosotros encontramos como problemas, inclusive podía ser delito. Dentro de lo normal y común es del 2 al 10%, es lo que va variando, hay regiones donde hay más, hay otras regiones que son muy pulcras y las observaciones son errores de digitación y se levantan fácilmente.

Todas las evaluaciones prestacionales pasan después a la evaluación financiera, que es más fácil a no ser que haya algo muy evidente, que es la parte de cuánto se ha facturado y que todo esté dentro de los contratos, normas y convenios. Uno de los problemas de la parte financiera son esos medicamentos

que no han tenido aprobación de DIGEMID y hay presión de los médicos, pero eso va con lo que es contrato y convenio con las normas aplicadas.

5. *¿Cuáles son los procesos de orientación y asistencia al ciudadano para su correcta inscripción en el plan SIS que le corresponde? ¿Considera que cumplen su función?*

La Gerencia del Asegurado es la encargada de los procesos de afiliación y fidelización de los asegurados. Asimismo, brinda orientación a los asegurados para garantizar sus atenciones según cobertura.

Se promueve y difunde los diferentes regímenes y planes y sus beneficios.

Todos los procesos se realizan a través de diversos medios:

- Línea telefónica: 05145555 Anexo 1
- INFOSALUD: 113
- WhatsApp al 941 986 682
- Marketing, vía redes sociales, Facebook, Twitter, YouTube, Instagram.

Se brinda atención a través de:

- 27 Oficinas de Atención del Asegurado (OAAS) descentralizadas, localizadas en hospitales u oficinas regionales.
- 06 módulos de atención al ciudadano (MAC); 4 en Lima, 2 en Piura y Arequipa.

6. *¿Considera que los mecanismos de control de afiliación al SIS de acuerdo a sus modalidades y regímenes para el registro de afiliados son eficientes y cumplen su función? ¿Cuál considera la razón que exista más afiliados al SIS gratuito que población que cumple con los criterios? Aproximadamente el 50% de la población está afiliada al SIS gratuito y la tasa de pobreza es de 21% aproximadamente.*

Ahí existen problemas, no por la normatividad SIS propiamente dicha. Inicialmente el SIS afiliaba y lo hacían las asistentas sociales de los mismos establecimientos de salud. Se dijo que las asistentas sociales tenían mucho sesgo pues como conocían a la gente de su sector afiliaban a más personas de las que correspondía o sea no era tan pulcro el tema entre comillas y se pasó a algo que era más teóricamente a nivel nacional que era el padrón nacional de hogares a

través del sistema de focalización y se le dio al MIDIS que hizo el padrón general de hogares (que ha servido para el pago de los bonos en la pandemia que ha causado problemas que identificamos en el SIS).

Si se cuenta con un padrón general de hogares hecho en el 2012 o 2014, si mal no recuerdo la última actualización, en ese momento pudo haber mucha gente considerada pobre o pobre extremo, como gente que no estaba para ser pobre o pobre extremo, conforme ha pasado el tiempo hay mucha gente que ha migrado de un lado para otro y nos encontrábamos a los chicos reality y cuando se averiguaba no tenían un contrato formal peruano y pasaban como pobres y uno de ellos tenía un niño y había una norma expresa que nos obligaba a afiliar a los menores de 5 años.

Entonces hay varias cosas de las normas que a veces se pierden y luego aparecen. Eso por un lado, cuando tú tienes a una persona que está catalogada en el padrón general de hogares como pobre o pobre extremo, tú lo afilias, y si no cambia ese padrón general de hogares no tienes cómo saber si dejó de ser pobre o no y no tienes como desafiliarlo o pasarlo a otro plan, porque según lo que tú ves sigue siendo pobre y eso pasaba con mucha gente y también al revés, teníamos gente que no había sido pobre en ese padrón y por alguna razón había pasado bajo la línea de pobreza y lo que se hace en esos casos es pedirle a los municipios para que a través de las ULES (Unidades Locales de Empadronamiento) que coordinan con el MIDIS y este les había delegado la potestad para que evalúen a esas familias y poder catalogarlas como pobres o pobres extremos.

En el camino hemos tenido mucha gente que a través de estas evaluaciones de ULE ha sido catalogada como pobre o pobre extremo. Ahora, como no tenías como evaluar para sacarlos del tema y al afiliarlos tenían derechos ganados, era muy complicado sacarlos de la afiliación, entonces sí hemos tenido serios problemas para hacerlo. Lo que empezamos a trabajar fue que a los afiliados que no habían hecho uso del SIS en cuatro o cinco años se les ponía como inactivos, y si se presentaban se les invitaba a afiliarse al SIS independiente o se les hacía una nueva evaluación, pero si por las normas no nos permitía desafiliarlos, el control es muy difícil de hacer, era muy complicado hacerlo y por otro lado teníamos mucha más gente afiliada al SIS que la que realmente es pobre o pobre

extremo, éramos conscientes y no se podía hacer mucho por sacarlos; por otro lado, teníamos comunidades nativas, por poner algo muy claro, que eran pobres o pobres extremos, de hecho sin necesidad de ahondar mucho, y que no estaban en el padrón general de hogares porque no tenían DNI y no lo tiene toda la familia, desde el niño, los padres y los abuelos, porque no son ni siquiera ciudadanos, ahí hay otro tema con Reniec que ha sido parte del trabajo del SIS, se han hecho alianzas con Reniec y el Midis y se iba a comunidades nativas a través de los famosos PIAS a recorrer con ellos e identificar Reniec, afiliación ahí el MIDIS hacía su trabajo de pobre o pobre extremo y se les afiliaba.

Por los dos lados hemos tenido filtraciones, positivas y negativas.

### **5.2.2 Resultados de la entrevista efectuada al Magíster Pedro Grillo Rojas, exjefe del SIS**

A continuación, se procede a realizar el análisis y síntesis de la entrevista efectuada al Magíster Pedro Grillo Rojas, exjefe del SIS.

*1. ¿Considera que el PEAS es suficiente para garantizar el acceso de salud de las personas a la mayoría de enfermedades que podrían tener?*

El PEAS, como se concibió en el Perú, es un plan básico que si bien desde el punto de vista de las condiciones que existen en el plan esencial de aseguramiento en salud podría decirse que incluyen a una gran cantidad de la carga de enfermedad, cerca del 60 o 65%, sin embargo, la forma en que fue diseñado el PEAS no permitió que se implemente de una manera adecuada. Creo que las principales fallas del PEAS estaban principalmente que aparte de las condiciones establecían una serie de criterios para atención y algunos toques, toques que son prácticamente incumplibles como, por ejemplo, días de internamiento o el número de placas que se tienen que hacer, aparte había también algunos errores en el PEAS en relación a algunas patologías.

Por ejemplo, había un tipo de fracturas simples y no había otras fracturas, por ejemplo, entonces no había una lógica que un PEAS cubra una fractura de húmero y no cubra una fractura de peroné, pero es lo que estaba ocurriendo en el PEAS tal cual. Lo mismo en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata y en el tema de cáncer de próstata, que si bien estaba como cubierto a la hora que

revisabas no cubría el tratamiento y lo mismo en cáncer de cuello uterino que estaba como diagnóstico en las condiciones, sin embargo, cuando veías el único tratamiento que podía recibir la mujer era la conización de la lesión y no podía recibir tratamiento más adelante y así algunas cosas que creo que hicieron que el PEAS sea incumplible, tanto así que las IAFAS privadas nunca lo cumplieron, nunca lo implementaron como parte de su cobertura real porque era imposible cumplirlo tal cual estaba diseñado. Esa es mi opinión respecto al PEAS.

*2. ¿Qué opciones tiene la población asegurada al SIS para atenderse por un diagnóstico no contemplado en el PEAS y los planes complementarios o en el FISSAL o cuando superan el tope por evento del mismo?*

En principio, volvemos al tema del PEAS. El PEAS cuando se aprueba en el Perú se parte de una lógica errónea, por cuanto comienza como si no hubiera existido anteriormente ningún listado de cobertura y sí existía el listado priorizado de atenciones sanitarias que era la cobertura del SIS antes del PEAS y cuando se aprueba el PEAS no se toma en cuenta que existía este LPIS y cuando se hace un análisis de las coberturas en algunos casos el plan anterior tenía mayores coberturas en algunas cosas que el propio PEAS, entonces, complementario a esto, en el SIS en el 2012 se desarrolla lo que eran los planes complementarios para incluir aquellas patologías que no estaban en el PEAS pero que estaban cubiertas por el Seguro Integral de Salud antes del PEAS por el LPIS a través del plan complementario, de tal manera que el SIS tenía el PEAS que había sido aprobado y planes complementarios para lo cual sacaron varias resoluciones jefaturales.

Había también la cobertura extraordinaria, que es diferente al plan complementario. ¿Por qué se genera el plan complementario? Se genera porque existían coberturas que estaban previas al PEAS y que este no las tomó en cuenta. Y a la cobertura extraordinaria, que es otra cosa, se da con norma para los casos que no estaban en el PEAS y que no estaban en el plan complementario, se genera una figura que se llamó “cobertura extraordinaria” que en realidad lo que hace es proseguir también con un procedimiento previo al PEAS que se llamaban los casos especiales, y antes del PEAS había una forma de resolver algunos problemas específicos, a través de un procedimiento que era la aprobación de casos especiales. Esta aprobación se convirtió en la cobertura extraordinaria. Y en ese

caso sí hay topes por unidades impositivas tributarias. Aquí tenía patologías que eran atendidas a través del PEAS o los planes complementarios, pero por alguna razón su costo sobrepasaba ciertos niveles de UIT y entonces pasaban a ser parte de la cobertura extraordinaria. ¿Qué más ingresaba en la cobertura extraordinaria? Diagnósticos que no se encontraban ni en el plan complementario ni en el PEAS pero era necesario manejarlos por cuanto la no atención de este diagnóstico podía generar la muerte o invalidez permanente del paciente y también estaban en la cobertura extraordinaria aquellas tecnologías, llámese tecnologías, medicamentos o procedimientos, que anteriormente el SIS no los había cubierto pues eran tecnologías nuevas, o que su costo era demasiado alto y para eso se hacían unas evaluaciones que eran evaluaciones de tecnologías sanitarias directamente en el SIS para ver si alguna de estas tecnologías era costo efectivo o debería ser utilizada aun cuando no existiera evidencia porque era la única opción que tenía el paciente. Esa era la cobertura extraordinaria. Hay que entender que hay una diferencia entre el PEAS, el plan complementario y la cobertura extraordinaria.

3. *En el siguiente cuadro se muestran las transferencias y el intercambio a Essalud según información proporcionada por transparencia SIS según correo electrónico N° 1472-2020-SIS/TRANSP:*

	2014	2015	2016	2017	2018
Fissal	139,172,766	158,822,435	128,602,552	98,960,313	210,726,426
Recursos Ordinarios	1,110,722,807	1,389,126,809	1,515,581,387	1,393,220,028	1,613,834,693
Recursos Directamente recaudados	2,933,502	4,533,836	3,550,774	12,302,040	241,133
	<b>1,252,829,075</b>	<b>1,552,483,080</b>	<b>1,647,734,713</b>	<b>1,504,482,381</b>	<b>1,824,802,252</b>
Intercambio con Essalud	7,992,863	98,554	183,844	317,363	8,592,624

Fuente: Elaboración propia.

*Como se puede observar de las transferencias de y los recursos directamente recaudados, así como el intercambio con Essalud, tienen valores que aumentan o disminuyen de un año a otro, con grandes subidas o disminuciones. ¿A qué se deben estas aparentes distorsiones?, ¿cómo se justifican estas variaciones?*

En relación al cuadro FISSAL es recurso ordinario, todo lo que se transfiere a la ejecutora 1 que es el SIS y a la ejecutora 2 que es el FISSAL, todo es recursos ordinarios, en ambos casos, FISSAL y SIS, la fuente es recursos ordinarios. En mi

opinión no debería reportarse por separado. Entra al pliego y el pliego lo distribuye en dos unidades ejecutoras.

El problema acá es que, si nos vamos al 2011 hacia el 2014 o 2015, te vas a dar cuenta que a partir del 2012 empezó a haber un incremento importante del presupuesto del SIS que inclusive llegó a crecer en un setenta y tantos u ochenta por ciento con respecto al 2011 hacia el 2015. Ahora, la pregunta es ¿Por qué hay tantas diferencias, no? En el 2016 se produjo un fenómeno que fue a mi entender un evento catastrófico para lo que veníamos trabajando como alternativa de sistema de salud bajo el modelo de aseguramiento universal y que fueron los audios del negociado de Carlos Moreno, asesor del presidente Kuczynski, un asesor médico que realizaba un convenio con el Arzobispado de Lima y lo graban.

Este evento generó una convulsión interna en el Ministerio de Salud y en el propio SIS, de por sí el MEF no quiere mucho al SIS como un modelo de financiamiento, eso lo puedo decir de primera mano, entonces el desarrollo de este evento, los audios de Carlos Moreno, generó que el MEF asumiera una posición muy dura con respecto a las transferencias que se iban a dar al SIS en el siguiente año, por eso es que el presupuesto del SIS del 2016 al 2017 se ve tan golpeado. Además, en ese año la ministra de Salud, Patricia García, era una convencida de que el problema de la salud en el Perú no era un tema económico, sino un tema de eficiencia, lo cual no es cierto. Si bien hay un problema de eficiencia que es importante resolver, sí existe un problema de desfinanciamiento o presupuesto ineficiente de salud en el Perú y más aún en el SIS.

En el 2017, el SIS deja de recibir más de 200 millones de soles justamente por el tema de los audios de Carlos Moreno que impactaron negativamente en la reputación del Seguro Integral de Salud y en la credibilidad del SIS que venía ganando desde años antes frente a la población y frente al MEF también, que pese a que no nos quería mucho tenía que aceptar que estábamos siendo un vehículo importante para incrementar el acceso a los servicios de salud de la población. En el 2017 esta coyuntura hace que se le quiten recursos al SIS y eso es lo que ha pasado desde mi perspectiva en el 2017 en relación al presupuesto SIS. Por un lado, el tema de Carlos Moreno y por otro, la posición siempre del MEF contraria a que el SIS incremente sus presupuestos; asimismo, la posición del MINSA que

en la cabeza visible de la ministra lo decía a los cuatro vientos de que el problema del sistema de salud no era un problema de presupuesto sino de eficiencia. Esas tres condiciones se conjugaron e hicieron que en el 2017 el presupuesto del SIS disminuyera en esos niveles.

En el 2018 se incrementa el presupuesto del SIS, pero ese incremento se da casi hacia final de año, porque el SIS partió en ese año con un PIA similar al del 2017 y se da casi al final el incremento para pagar una supuesta deuda que existía entre el SIS y los proveedores públicos. Existían reclamos de parte de los establecimientos de salud a nivel nacional que el recorte que se dio en 2017 los había golpeado fuertemente, entonces casi al final del 2018 transfieren fondos hacia el SIS para que asuma esas deudas.

En relación a los RDR, se gestionan a partir de la venta de los pagos de los semicontributivos principalmente, no entiendo por qué en el 2017 existieron 12 millones de soles, quizás han vendido algo, pero en general los RDR que tiene el SIS están relacionados con el pago de las primas de los semicontributivos.

En el intercambio con Essalud, en mi opinión estos datos son prestaciones a mi parecer pagadas, estas son prestaciones pagadas, desembolsos que se hicieron hacia Essalud. No refleja la magnitud del intercambio, porque este es de doble vía, o sea, hay prestaciones que brindaba Essalud a los asegurados del SIS y hay prestaciones que brindaban los gobiernos regionales a los asegurados de Essalud y eso no está reflejado en el cuadro. Los montos de intercambio son muy superiores a lo que está reflejado en ese cuadro.

Esto es el presupuesto que recibe el SIS y habitualmente el SIS ejecuta su presupuesto casi al 100% en la mayoría de las veces, excepto en el 2017 y 2018 que la ejecución fue menor, pero siempre cercano al 100% pero todo este dinero es transferido a los gobiernos regionales para que ellos lo ejecuten y es allí donde si se revisa la consulta amigable del MEF, te vas a dar cuenta que si bien el SIS transfiere casi el 100% de sus fondos a los gobiernos regionales, durante algunos años, quizás 2017, 2018 y 2019, la ejecución de estos recursos del SIS han ido disminuyendo a tal grado que creo que en el 2019 la ejecución llegó al 70% hacia el final de año en las regiones.

4. *¿Cómo funciona el proceso de auditoría médica de la pertinencia o no de las prestaciones a los afiliados al SIS? ¿Qué hacen con los expedientes que no cumplen las normas? ¿Cuál es el porcentaje de expedientes observados y rechazados definitivamente?*

El proceso de auditoría médica creo que ha cambiado en los últimos 2 años, en la época que yo estaba tenía varias fases. Una fase se llamaba el proceso de evaluación electrónica, la validación electrónica mediante la cual se aplicaban una reglas que se llamaban las reglas de consistencia y las reglas de validación, que se llamaba proceso de evaluación automática, y consistía en que todas las atenciones del SIS eran ingresadas en un sistema que se llamaba el SIASIS que tenía una variante desktop que se llamaba ARSIS y todos los centros a nivel nacional ingresaban la información en este software y los que no tenían internet y usaban el aplicativo de escritorio y los que no tenían computadora remitían los archivos físicos a puntos de digitación para que se ingresara la información de las atenciones. Esta información que era recogida en ese software pasaba unas reglas que se llamaban reglas de consistencia o reglas de validación.

Las reglas de consistencia consistían en verificar si la información era correspondiente al sexo de la persona, si era asegurado del SIS, nombres y apellidos, DNI (en el 2014 teníamos al 90% de los afiliados al SIS identificados por DNI), entonces podríamos hacer esas reglas de consistencia relacionadas a datos de afiliación de las personas, y temas de este tipo.

Una vez que las prestaciones pasaban esta primera barrera, que eran las reglas de consistencia, se abría una segunda barrera que eran las reglas de validación. Estas eran lo que podríamos llamar las reglas de negocio y que fueron aprobadas y constantemente cambiaban y se mejoraban, en las cuales estaban algunos criterios de razonabilidad de la atención, que estaban relacionados al cumplimiento de normas técnicas del MINSA, por ejemplo, cuántos controles de embarazo debería tener una gestante al año, igual, los controles del niño sano cuándo tenían que hacerse, si se cumplían estas condiciones, si se le aplicaba inmunización durante ese control, esas eran algunas reglas que se establecían, pero también aparte de las reglas que estaban relacionadas a normas técnicas del MINSA habían reglas relacionadas a criterios de diagnóstico y tratamiento médico

que generaban una respuesta positiva o negativa a la información que estaba ingresada en el sistema. Una vez que los expedientes pasaban estas barreras el expediente era observado o era aceptado para pago. Si el expediente era observado, el prestador del servicio recibía la información a través del SIASIS de que esos expedientes habían sido observados, es más, en el 2014 creamos en la página web del SIS un reporte de observaciones, de tal manera que el prestador podía acceder y mirar sus observaciones y corregirlas, porque habían algunas observaciones que eran subsanables, podían corregirse y podían enviar la trama para que vuelva a ser auditada a través del proceso de evaluación automática.

Una vez que terminaba esta parte del proceso de evaluación automática se pasaba a una siguiente fase que era la auditoría electrónica. Esta ya no era un proceso automatizado sino era un proceso en el cual participaban médicos auditores del SIS que revisaban grupos de atenciones y aplicaban lo que llamaban avisos. Había algunos avisos que se habían implementado en el software que también estaban relacionados a criterios médicos, por ejemplo, el auditor ponía el aviso de “más de 50 metros cúbicos de oxígeno”, para un paciente se ponía ese aviso, entonces te salían todos los expedientes que incumplían ese tope. O, por ejemplo, ponían el aviso de parturienta que se le ha aplicado oxitocina, entonces todos los expedientes en los cuales no se había aplicado oxitocina salían y eran observados.

Eso era lo que se llamaba el proceso de auditoría electrónica y también eran observados y se retornaban al prestador. Eso era todo el proceso, la mayor parte de las prestaciones se evaluaban bien a través de ese procedimiento que era virtual. Entiendo que ya no se hace eso, que se dejó de hacer hace 2 años, hay varias razones, pero al final se dejó de hacer ese procedimiento. Entiendo que este año han tratado de volverlo a implementar y de implementar reglas de negocio y todavía no sé si lo habrán hecho, pero así era cómo funcionaba el modelo.

Existía además un procedimiento que se llamaba procedimiento de control posterior de las prestaciones, que era un procedimiento presencial mediante el cual se hacía un muestreo de expediente, generalmente dirigido a expedientes de alto valor económico y se enviaba la lista de historias clínicas que se iban a evaluar uno o dos días antes para que las tengan listas y el auditor médico iba al hospital

y ahí revisaba esas historias clínicas, veía la conformidad, si la atención estaba en la historia clínica o no, porque podían haberla ingresado al sistema pero la atención pudo no haberse realizado o pudo no haberse consignado en la historia, que era lo que principalmente se veía y si existía consistencia entre lo escrito en la historia y lo que habían consignado en el sistema del SIASIS. Este proceso de control posterior prestacional se aplicaba aproximadamente al 5% o máximo al 10% de las prestaciones a nivel nacional, no más. Considero que 5% es el número más real, porque estábamos hablando de millones de prestaciones. En un momento llegaron hasta 30 o 40 millones de atenciones al año y seguía creciendo, y son millones de prestaciones que son atendidas y es imposible revisar todas de manera presencial, por eso, el método de evaluación era un método virtual.

5. *¿Cuáles son los procesos de orientación y asistencia al ciudadano para su correcta inscripción en el plan SIS que le corresponde? ¿Considera que cumplen su función?*

En primer lugar, el SIS afiliaba de acuerdo a un listado que emitía el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social a partir del 2013. Las afiliaciones se hacían mayoritariamente por afiliaciones grupales, porque se tenía una base de datos del MIDIS que llegaba con las personas que eran pobres extremos y pobres no extremos y esa afiliación era automática, después algunos grupos vulnerables también eran afiliados. Principalmente, la orientación estaba dirigida a los no pobres para afiliarse al semicontributivo y si se cumplía de alguna manera, sin embargo, la disposición de la población para pagar por un seguro era muy baja hasta antes de la pandemia. En esa época (antes de la pandemia), el peruano promedio prefería gastar en el momento del evento, que pagar mensualmente una prima por un seguro.

Si había un proceso de orientación de eso, estaban las oficinas desconcentradas del SIS a nivel nacional, estaban las oficinas de aseguramiento en los hospitales y había también una oficina en la sede central del SIS para orientación, donde se hacía bastante propaganda sobre el tema de la afiliación, se crearon regímenes como el SIS emprendedor.

En realidad, sí se trabajó mucho el tema de la afiliación durante los años 2012 a 2016, año en el que aparece la idea de que había que evaluar si es que el SIS

continuaba siendo un seguro para pobres o no, que ya en el 2016 no lo era, era un seguro que tenía afiliados pobres y pobres extremos, pero también no pobres en grandes cantidades.

6. *¿Considera que los mecanismos de control de afiliación al SIS de acuerdo a sus modalidades y regímenes para el registro de afiliados son eficientes y cumplen su función? ¿Cuál considera la razón que exista más afiliados al SIS gratuito que población que cumple con los criterios? Aproximadamente el 50% de la población está afiliada al SIS gratuito y la tasa de pobreza es de 21% aproximadamente.*

El problema aquí es el siguiente: primero, si hablamos de pobreza monetaria estamos hablando de 21%, pero en el Perú existe una franja de no pobres que migra constantemente a la pobreza y que son muy vulnerables. Segundo, en un contexto de universalización del aseguramiento se crearon las condiciones para asegurar a no pobres: se afiliaron a todos los niños de los colegios Qaliwarma, son muchos colegios y los alumnos no necesariamente son pobres, se afilió a todas las gestantes independientemente que sean o no pobres, principalmente estos dos grupos fueron los que se afiliaron de manera directa sin necesidad de ser pobres y anteriormente a esto ya existía el criterio de afiliación geográfica, en donde se afiliaba a todos en regiones donde la pobreza es el 60 o 70%, pues no valía la pena de hacer una evaluación de esta población para ver si deben o no ingresar a un sistema de salud, con el gasto e inversión de recursos si es que se sabe que la mayoría es pobre.

En este caso la mejor opción fue afiliar a toda esa población. El criterio de pobreza dejó de ser un criterio de afiliación desde el 2013, se sabía que se afiliaba a no pobres y se decía, no era que había filtración ni nada, el modelo estaba siendo modificado para que se afilien personas que no eran pobres, porque estábamos en un contexto de universalización del aseguramiento, tanto así que en el 2017 cuando ocurre el evento de Carlos Moreno, el presidente del SIS en ese entonces quiso desafiliar a los no pobres y no pudo, fue imposible hacer eso porque no es la lógica, la lógica de focalización es una lógica de inicios de este siglo, pero ya hacia el 2010, 2011, 2012, el Banco Mundial y el BID, que en algún momento

recomendaron la focalización dijeron que el proceso no iba por focalización en el caso de salud. Quizá el proceso de focalización es importante para los programas sociales, pero el SIS dejó de ser un programa social desde el 2009 o 2010 que se convirtió en una IAFA.

Todo eso transmitirlo al investigador promedio era difícil en ese entonces y se seguía hablando de programa social, se seguía hablando de focalización con lo cual ya no estaba en la lógica del SIS desde el 2011, 2012, 2013, se iba por todo, no se iba por focalizar sino por cubrir a todos y es lo que se estaba haciendo, se criticó mucho en el 2016 y 2017 pero ahora se está haciendo lo que se había propuesto. El DS 017 lo que ha hecho es poner en blanco y negro lo que ya se venía haciendo desde el 2014.

### **5.3 Soporte de las categorías**

Este estudio se ha realizado desde un enfoque cualitativo, fundamentado bajo el método hermenéutico, el que se ha efectuado bajo un contexto teórico holístico y en escenarios reales narrados por protagonistas expertos en el tema, obteniéndose información relevante como producto de la aplicación de los instrumentos de acopio de información utilizados (análisis documental y las entrevistas).

Partiendo de ello, se procedió a dar una estructura (redes semánticas) a toda la información recolectada, apoyándose en el empleo del programa informático computarizado Atlas Ti, el que configura actividades relacionadas con la gestión del Seguro Integral de Salud y su impacto en el desarrollo humano.

Bajo este contexto, se operativizaron estas actividades, según lo detallado a continuación:

- a. En primer lugar, se realizó una selección de antecedentes teóricos para el tratamiento de la información, buscando reducir los datos obtenidos.
- b. A continuación, se desarrolló la descripción narrativa de los temas relacionados con el estudio, materia de investigación, filtrándose las teorías con su correspondiente análisis de la información obtenida.
- c. La información obtenida, producto de la revisión literaria, fue seleccionada detalladamente, a continuación, se tomó contacto con los expertos en la materia

para desarrollar las entrevistas, logrando obtener el producto empírico, lo que originó un diálogo teórico-empírico, acorde con el tipo de investigación.

- e. Finalmente, los datos previamente seleccionados fueron clasificados, fundamentalmente aquellos datos que enriquecieron esta investigación, para finalmente categorizarlos y codificarlos.

La tabla 40 muestra la Matriz de Soporte de las Categorías, establecida en este estudio, la que muestra un contexto general de las categorías, subcategorías y patrones establecidos en el presente estudio:

Tabla 40

*Matriz de soporte de categorías y su descripción*

<b>TEORÍAS</b>	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>SUBCATEGORÍAS</b>	<b>OBSERVABLES</b>
<p>La gestión del Seguro Integral de Salud es el conjunto de elementos interrelacionados encargados de regular, conducir y brindar asistencia médica, cuyo fin es proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.</p> <p>Según el diccionario de la Real Academia Española, gestión se define como “ocuparse de la administración, organización y funcionamiento de una empresa, actividad económica u organismo”.</p> <p>Para Robbins y Coulter (2019), la administración implica coordinar y supervisar las actividades laborales de otras personas, de manera que sean realizadas de manera eficiente y eficaz. Los autores definen la eficiencia como “lograr los mejores resultados a partir de la menor cantidad de insumos o recursos”, y eficacia es definida como “llevar a cabo las actividades laborales que derivan en el logro de objetivos”.</p>	Gestión del Sistema Integral de Salud.	Aseguramiento de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración de los recursos ordinarios</li> <li>- Administración de los recursos directamente recaudados</li> <li>- Administración de las donaciones y transferencias</li> </ul>
		Suscripción y afiliación al SIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cantidad de afiliados al régimen de financiamiento subsidiado</li> <li>- Cantidad de afiliados al régimen semicontributivo</li> <li>- Porcentaje de afiliados de zonas urbanas</li> <li>- Porcentaje de afiliados de zonas rurales</li> </ul>
	Desarrollo humano	Condiciones de calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Calidad de vida</li> <li>- Acceso a los servicios de salud integral</li> <li>- Bienestar físico</li> <li>- Bienestar mental</li> <li>- Bienestar social</li> <li>- Nivel de longevidad</li> </ul>

<p>Según el portal del Seguro Integral de Salud (SIS) la misión del SIS es “brindar protección financiera en salud a la población del Perú, con un enfoque de equidad, eficiencia y de atención centrada en el asegurado”. Por otro lado, la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento en Salud, en su artículo 19° indica que el régimen subsidiado está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos que se otorga a través del Seguro Integral de Salud”.</p>		<p>Condiciones económicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Índices de pobreza</li> <li>- Gastos de bolsillo</li> <li>- Satisfacción de las necesidades básicas</li> </ul>
---	--	-------------------------------	---

#### 5.4 Triangulación de datos específicos por cada técnica

El método de la triangulación es una técnica que precisa el empleo de diferentes fuentes de información para producir los mismos resultados (Rubín y Babbie, 2009, p. 89), se realiza con la finalidad de formular un marco de objetividad evitando el sesgo personalista de la investigación social.

Sobre este método de triangulación de datos, Izcara (2014) señala:

Esta técnica consiste en la comprobación de hallazgos encontrados de una fuente de información mediante la contrastación con otra (Hammersley y Atkinson, 1994, p. 249), para lograr una comprensión enriquecida de un fenómeno, que resulta de la realimentación de los contextos de las categorías en estudio (Ruiz Olabuénaga, 2003, p. 331). Es un proceso de reconstrucción de la interpretación de los datos, vistos desde varias aristas o fuentes de datos (Tójar Hurtado, 2006, p. 217, citado por Izcara, 2014, p.124).

Por lo que, a continuación, se procedió a ejecutar esta técnica de la triangulación, aplicándose a los dos instrumentos de acopio de información, analizados y sintetizados.

#### Tabla 41

*Triangulación de datos de la técnica de la indagación documental (hermenéutico) a las categorías establecidas.*

CATEGORÍAS	DIMENSIONES O SUBCATEGORÍAS	RESUMEN CONCLUSIVO
Gestión del Sistema Integral de Salud- SIS	Aseguramiento de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas están sujetas a sufrir alguna enfermedad de diversa magnitud, lo cual genera incertidumbre. Una enfermedad grave no solo genera costos relacionados con el tratamiento, sino también puede generar una disminución de los ingresos por incapacidad debido a la dolencia.</li> <li>- Las prestaciones de salud de los asegurados al SIS se dan mayormente en instituciones de salud públicas, más del 98% de los casos se dan en instituciones públicas. Y solo menos de un tercio de las mismas se dan en centros de salud con internamiento y en hospitales.</li> <li>- Las atenciones de salud, para poder ser pagadas, deben pasar por el proceso de auditoría. Las Fichas Únicas de Atención - FUAS deben ingresarse al SIASIS, que es un sistema en línea, donde no hay internet lo ingresan en una variante de escritorio llamada ARSIS y los que no tenían computadora enviaban las fichas para digitación.</li> <li>- Los recursos ordinarios son los recursos asignados al SIS por el presupuesto inicial de apertura y el presupuesto inicial modificado, para cubrir sus gastos operativos, alrededor de 200 millones de soles al año. Otro recurso ordinario es asignado al FISSAL como unidad ejecutora.</li> <li>- El tema de la asignación de recursos no sigue un patrón proporcional al crecimiento de los afiliados, por cuestiones políticas; asimismo, la planificación de muchos sectores obedece a la política de Estado que se sigue en determinado año.</li> <li>- Los recursos directamente recaudados son aquellos que pagan los aportantes por las primas de los planes semicontributivos, El incremento de estos recursos es producto de las campañas de afiliación que se hacen.</li> </ul>
	Suscripción y afiliación al SIS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Según la base de datos del SIS, la cantidad poblacional ha ido en aumento en los últimos años (2014-2017), especialmente el SIS Subsidiado, llegando a bordear los 18 millones de asegurados.</li> <li>- Cuando se va a una localidad donde el 60 o 70% de la población es pobre, no tiene sentido evaluar a las personas, si realmente deben o no ingresar al SIS, pues el gasto en hacerlo no compensa el costo.</li> <li>- Existen diversos canales de información para orientar a la población para asegurarse al SIS: líneas telefónicas, redes sociales, WhatsApp, 27 oficinas de atención al asegurado ubicadas en hospitales u oficinas regionales y en los módulos de atención al ciudadano.</li> </ul>

Desarrollo humano	Condiciones de calidad de vida.	<p>- Las condiciones de calidad de vida están diferenciadas por el lugar donde se habita o reside, ya sea en las zonas urbanas o en las rurales, diferencia relacionada a las facilidades que brindan los servicios de agua, desagüe, luz, medios de transporte, salud, educación, etc., las que son escasas o casi nulas en las zonas rurales, acentuándose más esta problemática en los poblados rurales de la sierra y selva del país, debido a su geografía inhóspita, su clima, etc.</p> <p>- La gestión del Seguro Integral de Salud es una variable muy importante en mejorar las condiciones de calidad de vida de las personas. En tal virtud, la Organización Mundial de la Salud recomienda un mínimo de 23 médicos por cada 10,000 habitantes; en el Perú el promedio de médicos hasta el 2018 era del 13.6% por cada 10,000 habitantes.</p> <p>- El 20% de las atenciones a los asegurados del SIS se dan en un puesto de salud sin médico; sin embargo, si se analiza con detalle, menos del 30% de las atenciones de los afiliados del SIS se dan con un médico y más del 25% se dan con personal de enfermería. (base de datos del SIS, 2019)</p> <p>- Según la Encuesta Nacional de Hogares, panel 2014-2015, con una muestra de 5041 personas, se aprecia que el porcentaje de afiliados atendidos por un médico en el SIS es más alto que en la tabla anterior:</p> <table border="1" data-bbox="831 786 1980 1018"> <thead> <tr> <th>Atendidos por médico</th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sin seguro</td> <td>75.68%</td> <td>84.21%</td> <td>75.86%</td> <td>73.49%</td> <td>89.41%</td> </tr> <tr> <td>Essalud</td> <td>93.43%</td> <td>95.68%</td> <td>95.96%</td> <td>95.97%</td> <td>96.20%</td> </tr> <tr> <td>Con SIS</td> <td>54.75%</td> <td>58.89%</td> <td>61.80%</td> <td>59.06%</td> <td>60.89%</td> </tr> <tr> <td>Total nacional</td> <td>69.02%</td> <td>72.83%</td> <td>73.37%</td> <td>71.13%</td> <td>74.77%</td> </tr> </tbody> </table> <p>- Según la tabla anterior, se aprecia que el porcentaje de los atendidos por un médico en el SIS se duplica; sin embargo, está por debajo del porcentaje de atenciones del seguro social.</p>	Atendidos por médico	2014	2015	2016	2017	2018	Sin seguro	75.68%	84.21%	75.86%	73.49%	89.41%	Essalud	93.43%	95.68%	95.96%	95.97%	96.20%	Con SIS	54.75%	58.89%	61.80%	59.06%	60.89%	Total nacional	69.02%	72.83%	73.37%	71.13%	74.77%
Atendidos por médico	2014	2015	2016	2017	2018																											
Sin seguro	75.68%	84.21%	75.86%	73.49%	89.41%																											
Essalud	93.43%	95.68%	95.96%	95.97%	96.20%																											
Con SIS	54.75%	58.89%	61.80%	59.06%	60.89%																											
Total nacional	69.02%	72.83%	73.37%	71.13%	74.77%																											

	Condiciones económicas	<p>- Las condiciones económicas del individuo determinan el nivel y la calidad de los servicios de salud, ya que puede acceder a los servicios privados de salud de una clínica, como puede solo obtener los servicios de los hospitales del Estado. Lo mismo sucede con los seguros de salud, si cuenta con la solvencia económica suficiente para acceder a un seguro de salud privado o acceder al servicio integral de Salud, tanto del Minsa como de Essalud, que es gratuito.</p> <p>- La pobreza es un factor condicionante para acceder al Seguro Integral de Salud - SIS, según la información dada por la Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO, Panel 2014-2018. La siguiente tabla muestra el porcentaje de pobres - no pobres:</p> <table border="1" data-bbox="831 531 1792 639"> <thead> <tr> <th></th> <th><b>2014</b></th> <th><b>2015</b></th> <th><b>2016</b></th> <th><b>2017</b></th> <th><b>2018</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pobre</td> <td>28%</td> <td>26%</td> <td>23%</td> <td>23%</td> <td>23%</td> </tr> <tr> <td>No pobre</td> <td>72%</td> <td>74%</td> <td>77%</td> <td>77%</td> <td>77%</td> </tr> </tbody> </table> <p>- En promedio una persona con SIS gasta poco más del 50% en salud que una persona sin seguro.</p> <p>- Según la Encuesta Nacional de Hogares 2014-2018, se observa que, en cuanto a la necesidad básica insatisfecha 1, que es vivienda inadecuada, el porcentaje de personas del total de asegurados que tienen esta necesidad está en la siguiente tabla:</p> <table border="1" data-bbox="857 810 2016 1059"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Personas con NBI1</th> <th colspan="5">Vivienda inadecuada (Necesidad Básica Insatisfecha 1 )</th> </tr> <tr> <th><b>2014</b></th> <th><b>2015</b></th> <th><b>2016</b></th> <th><b>2017</b></th> <th><b>2018</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sin seguro</td> <td>8.92%</td> <td>6.26%</td> <td>6.99%</td> <td>7.84%</td> <td>4.63%</td> </tr> <tr> <td>SIS</td> <td>14.36%</td> <td>9.85%</td> <td>12.20%</td> <td>11.41%</td> <td>10.31%</td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td>2.38%</td> <td>0.81%</td> <td>2.80%</td> <td>1.79%</td> <td>1.30%</td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>9.90%</b></td> <td><b>6.80%</b></td> <td><b>8.77%</b></td> <td><b>8.23%</b></td> <td><b>6.86%</b></td> </tr> </tbody> </table>		<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	Pobre	28%	26%	23%	23%	23%	No pobre	72%	74%	77%	77%	77%	Personas con NBI1	Vivienda inadecuada (Necesidad Básica Insatisfecha 1 )					<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	Sin seguro	8.92%	6.26%	6.99%	7.84%	4.63%	SIS	14.36%	9.85%	12.20%	11.41%	10.31%	Otros	2.38%	0.81%	2.80%	1.79%	1.30%		<b>9.90%</b>	<b>6.80%</b>	<b>8.77%</b>	<b>8.23%</b>	<b>6.86%</b>
	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>																																																		
Pobre	28%	26%	23%	23%	23%																																																		
No pobre	72%	74%	77%	77%	77%																																																		
Personas con NBI1	Vivienda inadecuada (Necesidad Básica Insatisfecha 1 )																																																						
	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>																																																		
Sin seguro	8.92%	6.26%	6.99%	7.84%	4.63%																																																		
SIS	14.36%	9.85%	12.20%	11.41%	10.31%																																																		
Otros	2.38%	0.81%	2.80%	1.79%	1.30%																																																		
	<b>9.90%</b>	<b>6.80%</b>	<b>8.77%</b>	<b>8.23%</b>	<b>6.86%</b>																																																		

Tabla 42

*Triangulación de datos de la entrevista a las categorías establecidas.*

Categorías	Entrevista al Magíster Pedro Grillo Rojas, exjefe del SIS	Entrevista a la Magíster Doris Marcela Lituma Aguirre, exjefa del SIS	Resumen conclusivo
Gestión del Sistema Integral de Salud – SIS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El Plan Esencial de Aseguramiento de la Salud - PEAS, como se concibió en el Perú, es un plan básico que si bien desde el punto de vista de las condiciones que existen en el plan esencial de aseguramiento en salud podría decirse que incluye a una gran cantidad de la carga de enfermedad, cerca del 60 o 65%; sin embargo, la forma en que fue diseñado el PEAS no permitió que se implemente de una manera adecuada. Así, aparte de las condiciones establecían una serie de criterios para atención y algunos topes, son prácticamente incumplibles como, por ejemplo, días de internamiento o el número de placas que se tienen que hacer.</li> <li>- Respecto a las opciones que tiene la población asegurada al SIS para atenderse por un diagnóstico no contemplado en el PEAS, ni en los planes complementarios o en el Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El PEAS es una aprobación del año 2012, pero evidentemente el perfil epidemiológico ha cambiado mucho y en teoría lo que en ese momento era el 65% de carga de enfermedad y el 80% de demanda, evidentemente a través de los años ha cambiado.</li> <li>- El SIS tiene 5 planes, lo que se hace es que las personas que están en SIS gratuito que le cubre solo PEAS, las invitan a que pasen al SIS independiente que le cubre todo y en el caso de los pacientes del plan PYME que no tiene planes complementarios, igual, se les pide que se pasen al SIS independiente que paga si es joven S/ 39.00 y si son adultos mayores, S/68.00.</li> <li>- En el FISSAL es un recurso ordinario puro o es parte del recurso ordinario que viene para el SIS en total y una parte de recursos ordinarios se le asigna al FISSAL como unidad ejecutora independiente, pero los recursos y las necesidades que ha tenido FISSAL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El Plan Esencial de Aseguramiento de la Salud - PEAS, aprobado el 2012 es un plan básico que, desde el punto de vista de las condiciones de aseguramiento en salud, incluye a una gran cantidad de la carga de enfermedad, cerca del 60 o 65% y el 80% de la demanda; sin embargo, la forma en que fue diseñado el PEAS no permitió que se implemente de una manera adecuada, por lo que requiere ser actualizado debido a los constantes cambios de la situación poblacional y el perfil epidemiológico.</li> <li>- Respecto a las opciones que tiene la población asegurada al SIS para atenderse por un diagnóstico no contemplado en el PEAS, ni en los planes complementarios o en el Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL, superando el tope por evento del mismo, existe un plan complementario que contempla la cobertura extraordinaria para casos</li> </ul>

<p>Desarrollo Humano-.</p>	<p>superando el tope por evento del mismo, existe un plan complementario que contempla la cobertura extraordinaria para casos especiales, como patologías especiales que no figuran en el PEAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si bien existen problemas de eficiencia que es importante resolver, también existe un problema de desfinanciamiento o presupuesto ineficiente de salud en el Perú y más aún en el SIS.</li> <li>- Los procesos de auditoría para controlar los presupuestos asignados al SIS, dado a la gran cantidad (hasta 30 o 40 millones de atenciones al año) de prestaciones que son atendidas, hace casi imposible revisar todas de manera presencial, por lo que la evaluación virtual o electrónica es la más óptima.</li> <li>- Los procesos de orientación y asistencia al ciudadano para su correcta inscripción en el plan SIS que le corresponde, se hace a través de las oficinas desconcentradas del SIS a nivel nacional.</li> <li>- Respecto a la pobreza en el Perú, existe la pobreza monetaria, donde se ubica un 21% de pobres, pero en el país existe una franja de no pobres que migra constantemente a la pobreza y que son muy vulnerables. Segundo, en un contexto de universalización del aseguramiento se crearon las</li> </ul>	<p>realmente han ido en aumento, pero estas cosas que he comentado, básicamente por el tema de hemodiálisis que se dispararon enormemente y el tema de cáncer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La auditoría médica de las prestaciones es realizada por la Gerencia de Evaluaciones y Prestaciones de Salud (GREP) según normas, protocolos y de acuerdo a los convenios o contratos correspondientes. Los expedientes que no cumplen con las normas o los convenios o contratos, son observados y devueltos a la IPRESS, para el levantamiento de observaciones, siempre que sean subsanables.</li> <li>- La Gerencia del Asegurado es la encargada de los procesos de afiliación y fidelización de los asegurados. Asimismo, brinda orientación a los asegurados para garantizar sus atenciones según cobertura.</li> <li>- Existen problemas en los mecanismos de control de afiliación al SIS, de acuerdo a sus modalidades y regímenes para el registro de afiliados, no por la normatividad SIS propiamente dicha, sino por la ejecución de las mismas. Inicialmente el SIS afiliaba y lo hacían las asistentes sociales de los mismos establecimientos de salud. Se dijo que las</li> </ul>	<p>especiales, como patologías especiales que no figuran en el PEAS (hemodiálisis, cáncer, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si bien existen problemas de eficiencia que es importante resolver, también existe un problema de desfinanciamiento o presupuesto ineficiente de salud en el Perú y más aún en el SIS.</li> <li>- Los procesos de auditoría para controlar los presupuestos asignados al SIS, dada la gran cantidad (Hasta 30 o 40 millones de atenciones al año) de prestaciones que son atendidas, hace casi imposible revisar todas de manera presencial, por lo que la evaluación virtual o electrónica es la más óptima, actividad que recae bajo la responsabilidad de la Gerencia de Evaluaciones y Prestaciones de Salud (GREP).</li> <li>- Los procesos de orientación y asistencia al ciudadano para su correcta inscripción en el plan SIS que le corresponde, se realizan bajo la administración de la Gerencia del Asegurado, a través de las oficinas desconcentradas del SIS a nivel nacional.</li> <li>- Existen problemas en los mecanismos de control de afiliación al SIS, de</li> </ul>
----------------------------	---	---	--

	<p>condiciones para asegurar a no pobres: aquí se afiliaron todos los niños de los colegios Qaliwarma, son muchos colegios y los alumnos no necesariamente son pobres; asimismo, se afilió también a todas las gestantes independientemente que sean o no pobres.</p>	<p>asistentas sociales tenían mucho sesgo pues como conocían a la gente de su sector afiliaban a más personas de las que correspondía, o sea, no era tan pulcro el tema entre comillas y se pasó a algo que era más teóricamente a nivel nacional que era el padrón nacional de hogares a través del sistema de focalización y se le dio al MIDIS que hizo el padrón general de hogares (que ha servido para el pago de los bonos en la pandemia que ha causado problemas que identificamos en el SIS).</p>	<p>acuerdo a sus modalidades y regímenes para el registro de afiliados, no por la normatividad SIS propiamente dicha, sino por la ejecución de la misma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respecto a la pobreza en el Perú, existe la pobreza monetaria, donde se ubica un 21% de pobres, pero en el país existe una franja de no pobres que migra constantemente a la pobreza y que son muy vulnerables. Segundo, en un contexto de universalización del aseguramiento se crearon las condiciones para asegurar a no pobres: aquí se afiliaron todos los niños de los colegios Qaliwarma, son muchos colegios y los alumnos no necesariamente son pobres; asimismo, se afilió también a todas las gestantes independientemente que sean o no pobres.</li> </ul>
--	---	---	--

### 5.5 Análisis de datos cualitativos con programas informáticos

Se realizó el análisis de datos cualitativos asistido por una computadora, empleando el programa informático Atlas Ti, con el que se procedió a segmentar los datos obtenidos de los instrumentos de recolección de datos.

Respecto al software estadístico Atlas Ti, este tiene por finalidad facilitar el análisis cualitativo, principalmente de grandes volúmenes de datos textuales. Su principal foco de intención fue el análisis cualitativo, sin ningún interés de automatizar el proceso de análisis, sino que sirvió como una herramienta de ayuda para el investigador, haciendo más expeditivo el análisis y su interpretación. Es decir, contribuyó a la segmentación del contexto teórico, en pasajes o citas, la codificación, o la escritura de comentarios y anotaciones; actividades que, de no utilizarse este programa, se tendrían que realizar manualmente como, por ejemplo, el uso del papel, lápices de colores, tijeras, fichas, fotocopias, etc. (Muñoz, 2003)

Esto permitió construir teorías al relacionar temas, categorías y patrones, clasificando, codificando y sintetizando el gran volumen de datos provenientes del análisis documental y de las entrevistas.

Los pasos para esta actividad se detallan en la tabla 43:

Tabla 43

*Aspectos básicos de análisis de datos cualitativos con soporte informático.*

Aspecto básico	Descripción
Segmentos de contenido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusión de segmentos del contenido, relacionados con las categorías de estudio.</li> <li>• Análisis de los datos</li> <li>• Comparación de los datos</li> <li>• Codificar los contextos teóricos y empíricos, relacionados con las categorías de estudio.</li> </ul>
Codificación abierta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resaltar los aspectos relevantes de los datos.</li> <li>• Análisis de los contextos teóricos, determinando similitudes y diferencias.</li> </ul>
Propósitos de la investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración de los datos recolectados.</li> <li>• Diseño de las categorías, subcategorías y patrones (Matriz de soporte de las categorías).</li> <li>• Describir las experiencias del investigador en relación al análisis hermenéutico.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionar las categorías, subcategorías y patrones de la investigación, luego se procedió a su interpretación y análisis, acordes con los objetivos del estudio.</li> <li>• Realizar una comparación y relación de los resultados con las teorías citadas en el Estado del conocimiento.</li> <li>• Crear una interacción simbólica en la estructura de los datos.</li> </ul>
--	---

Fuente: Elaboración propia

En las siguientes figuras, se establece gráficamente las redes semánticas que arroja el software estadístico Atlas Ti, para sintetizar la secuencia o proceso para determinar la gestión del Seguro Integral de Salud (SIS) y su impacto en el desarrollo humano, período 2014-2018.

A continuación, se presentan los resultados del programa estadístico Atlas Ti, arrojando las redes semánticas de la triangulación de datos, del análisis o indagación documental y de las entrevistas, realizadas en el presente estudio.

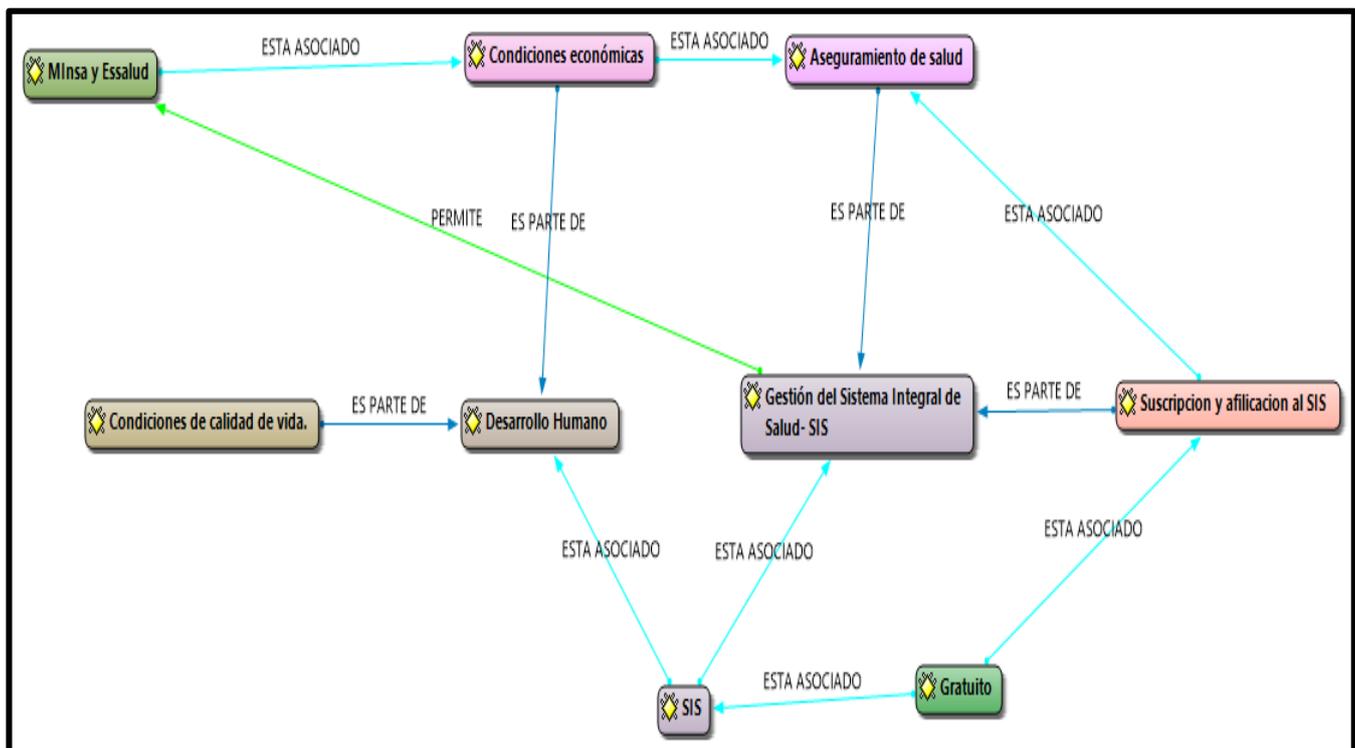


Figura 2. Red semántica de la triangulación de datos

Fuente: Elaboración propia, empleando el Software Atlas Ti.

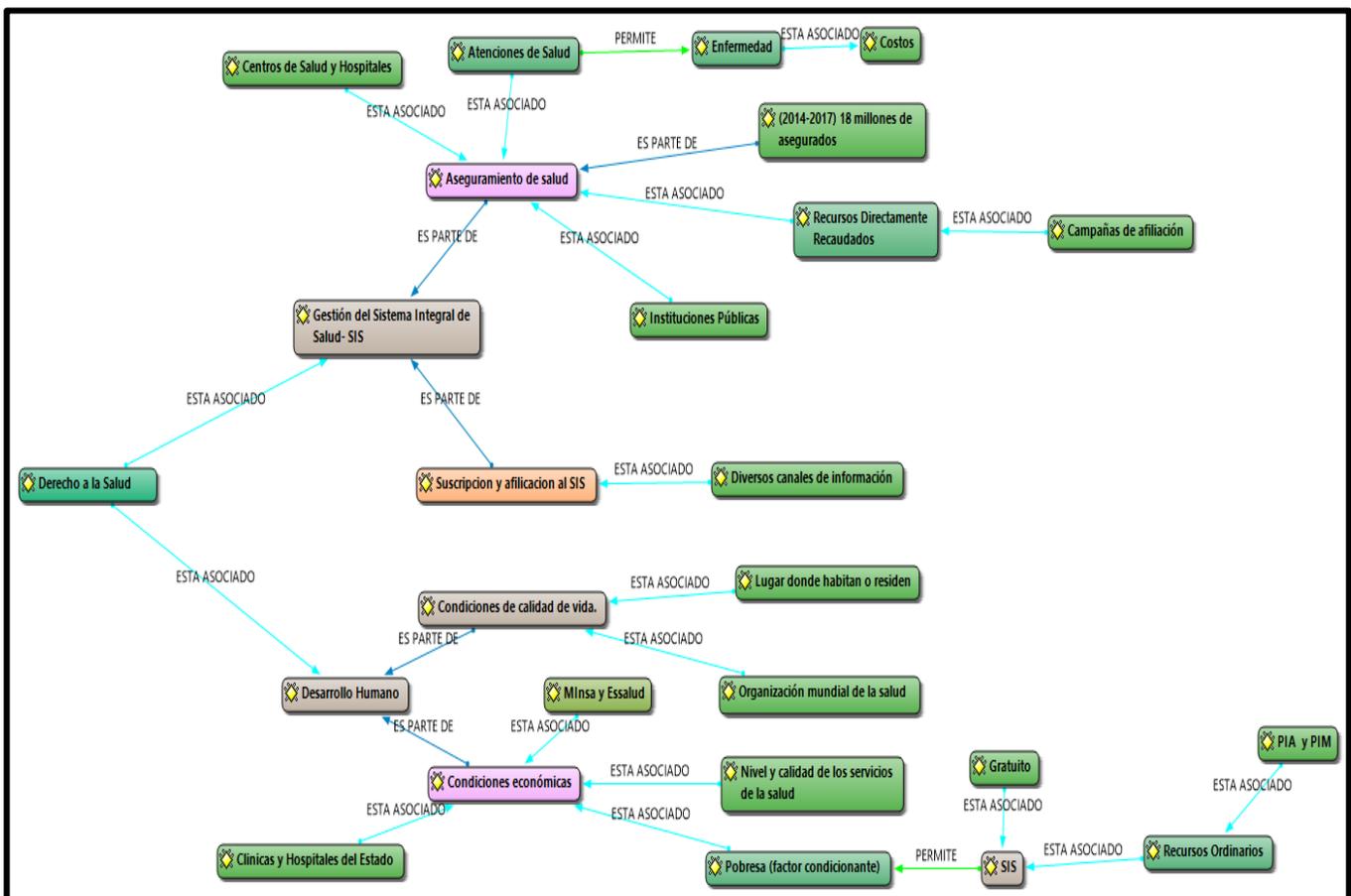


Figura 3. Red semántica del análisis documental.

Fuente: Elaboración propia, empleando el Software Atlas Ti.

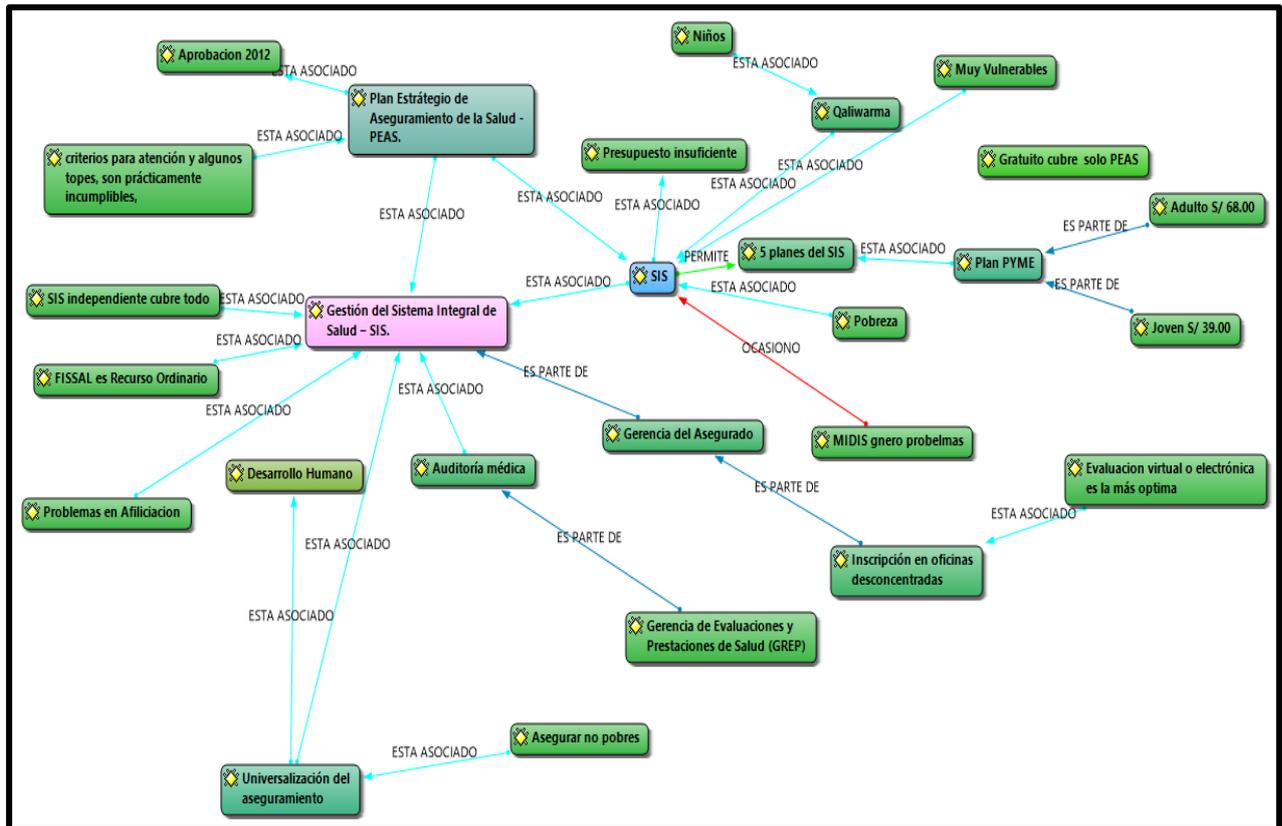


Figura 4. Red semántica de las entrevistas  
 Fuente: Elaboración propia, empleando el programa Atlas Ti.

## **CAPÍTULO VI**

### **Diálogo teórico-empírico**

#### **6.1 Triangulación de datos específica por cada técnica**

Teniendo en consideración que el tipo de investigación fue teórico-empírico, se desarrolló este capítulo, teniendo en cuenta lo señalado por Vargas (2011):

Ello supone que hubo al inicio un trabajo de indagación teórica sobre el objeto de estudio (Estado del arte) y que durante el desarrollo de toda la investigación se estuvo leyendo y haciendo fichas bibliográficas, extrayendo fragmentos de los textos teóricos involucrados. Además de todo el trabajo empírico que supuso el levantamiento de campo. (Vargas, 2011, p.70)

Para desarrollar el diálogo teórico-empírico, se tuvo que relacionar lo analizado en la triangulación de datos de los dos instrumentos empleados; es decir, de la indagación documental y el trabajo de campo estructurado por las entrevistas, teniendo como productos hallazgos asociados al objeto de estudio, diseñando una estructura conceptual que de algún modo pueda enlazarse con la síntesis empírica.

Para realizar este diálogo teórico-empírico, es necesario desarrollar el proceso de triangulación de datos integral, integrando los datos debidamente analizados y sintetizados (resúmenes conclusivos) de los dos instrumentos de acopio de información (análisis documental o de contenido y la entrevista), con la finalidad de plantear posibles planteamientos de solución a la problemática.

A continuación, se plantea en la tabla 44, la triangulación de datos integral:

## 6.2 Triangulación de datos integral

Tabla 44

*Triangulación de datos integral de las técnicas aplicadas.*

Categoría	Síntesis del resumen conclusivo del análisis documental	Síntesis del resumen conclusivo de las entrevistas	Resultados
Gestión del Sistema Integral de Salud- SIS.	<p>Como resumen del análisis documental efectuado al Estado del conocimiento, se concluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas están sujetas a sufrir alguna enfermedad de diversa magnitud, lo cual genera incertidumbre. Una enfermedad grave no solo genera costos relacionados con el tratamiento, sino también puede generar una disminución de los ingresos por incapacidad debido a la dolencia.</li> <li>- Las prestaciones de salud de los asegurados al SIS se dan mayormente en instituciones de salud públicas, más del 98% de los casos se dan en instituciones públicas. Y solo menos de un tercio de las mismas se dan en centros de salud con internamiento y en hospitales.</li> <li>- Las atenciones de salud, para poder ser pagadas, deben pasar por un proceso de auditoría. Las Fichas Únicas de Atención - FUAS, deben ingresarse al SIASIS, que es un sistema en línea, donde no hay internet lo ingresan en una variante de escritorio llamada ARSIS y los que no tenían computadora enviaban las fichas para digitación.</li> <li>- Los recursos ordinarios son los recursos asignados al SIS por el presupuesto inicial de apertura y el presupuesto inicial modificado, para cubrir sus gastos operativos, alrededor de 200 millones de soles al año. Otro recurso ordinario es asignado al FISSAL como unidad ejecutora.</li> </ul>	<p>Como resumen de las entrevistas efectuadas a los dos expertos, se colige:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El Plan Esencial de Aseguramiento de la Salud - PEAS, aprobado el 2012, es un plan básico que, desde el punto de vista de las condiciones de aseguramiento en salud, incluye a una gran cantidad de la carga de enfermedad, cerca del 60 o 65% y el 80% de la demanda; sin embargo, la forma en que fue diseñado el PEAS no permitió que se implemente de una manera adecuada, por lo que requiere ser actualizado debido a los constantes cambios de la situación poblacional y el perfil epidemiológico.</li> <li>- Respecto a las opciones que tiene la población asegurada al SIS para atenderse por un diagnóstico no contemplado en el PEAS, ni en los planes complementarios o en el Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL, superando el tope por evento del mismo, existe un plan complementario que contempla la cobertura extraordinaria para casos especiales, como patologías especiales que no figuran en el PEAS (hemodiálisis, cáncer, etc.).</li> </ul>	<p>Reconsiderar con relación a la gestión del Seguro Integral de Salud, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es prioritaria la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento de la Salud - PEAS, ya que fue formulado el 2012, el que debe reajustarse y responder a los constantes cambios de la situación poblacional, así como por el perfil epidemiológico.</li> <li>- Es necesario que el 100% de las prestaciones de salud para los asegurados al SIS se otorguen en los mismos centros de salud, incluyendo su internamiento o no, en las instituciones de salud públicas, garantizando la atención de aquellos pacientes con diagnósticos o patologías no contemplados en el Plan de Aseguramiento de la Salud (hemodiálisis, cáncer, etc.).</li> <li>- Es de carácter prioritario que el presupuesto asignado por el Estado (MINSA), previo estudio, sea incrementado para que el SIS atienda eficientemente a sus asegurados, ya que, en la actualidad, el presupuesto</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El tema de la asignación de recursos no sigue un patrón proporcional al crecimiento de los afiliados, por cuestiones políticas; asimismo, la planificación de muchos sectores obedece a la política de Estado que se sigue en determinado año.</li> <li>- Los recursos directamente recaudados son aquellos que pagan los aportantes por las primas de los planes semicontributivos. El incremento de estos recursos es producto de las campañas de afiliación que se hacen.</li> <li>- Según la base de datos del SIS, la cantidad poblacional ha ido en aumento en los últimos años (2014-2017), especialmente el SIS subsidiado, llegando a bordear los 18 millones de asegurados.</li> <li>- Cuando se va a una localidad donde el 60 o 70% de la población es pobre, no tiene sentido evaluar a las personas, si realmente deben o no ingresar al SIS, pues el gasto en hacerlo no compensa el costo.</li> <li>- Existen diversos canales de información para orientar a la población para asegurarse al SIS: líneas telefónicas, redes sociales, WhatsApp, 27 oficinas de atención al asegurado ubicadas en hospitales u oficinas regionales y en los módulos de atención al ciudadano.</li> <li>- Las condiciones de calidad de vida están diferenciadas por el lugar donde habitan o residen, ya sea en las zonas urbanas y en las zonas rurales, diferencia relacionada a las facilidades que brindan los servicios de agua, desagüe, luz, medios de transporte, salud, educación etc., las mismas que son escasas o casi nulas en las zonas rurales, acentuándose más esta problemática, en los poblados rurales de la sierra y selva del país, debido a su geografía inhóspita, su clima, etc.</li> <li>- La gestión del Seguro Integral de Salud, es una variable muy importante en mejorar las condiciones de calidad de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si bien existen problemas de eficiencia que es importante resolver, también existe un problema de desfinanciamiento o presupuesto ineficiente de salud en el Perú y más aún en el SIS.</li> <li>- Los procesos de auditoría para controlar los presupuestos asignados al SIS, dada la gran cantidad (Hasta 30 o 40 millones de atenciones al año) de prestaciones que son atendidas, hace casi imposible revisar todas de manera presencial, por lo que la evaluación virtual o electrónica es la más óptima, actividad que recae bajo la responsabilidad de la Gerencia de Evaluaciones y Prestaciones de Salud (GREP).</li> <li>- Los procesos de orientación y asistencia al ciudadano para su correcta inscripción en el plan SIS que le corresponde, se realiza bajo la administración de la Gerencia del Asegurado, a través de las oficinas desconcentradas del SIS a nivel nacional.</li> <li>- Existen problemas en los mecanismos de control de afiliación al SIS, de acuerdo a sus modalidades y regímenes para el registro de afiliados, no por la normatividad SIS propiamente dicha, sino por la ejecución de la misma.</li> <li>- Respecto a la pobreza en el Perú, existe la pobreza monetaria, donde se ubica un 21% de pobres, pero en el país existe una franja de no pobres que migra constantemente a la pobreza y que son muy vulnerables.</li> </ul>	<p>ordinario y el proveniente de los recursos directamente recaudados, resulta insuficiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es conveniente que la Gerencia de Evaluaciones y Prestaciones de Salud (GREP), encargada de la auditoría interna, para controlar el correcto empleo de los recursos presupuestales asignados al SIS, realice este control empleando la evaluación virtual o electrónica, debido a que la gran cantidad de atenciones (hasta 30 a 40 millones al año), hace casi imposible hacer esta evaluación de manera presencial.</li> <li>- Se debe tener en consideración que, para evaluar la suscripción y afiliación al SIS, en localidades donde el 60 o 70% de la población es pobre, no amerita realizar una evaluación <i>in situ</i>, pues el gasto en hacerlo no compensa el costo de este proceso.</li> <li>- Respecto a la orientación de la población para asegurarse al SIS, es necesario utilizar al 100% las líneas telefónicas, redes sociales, WhatsApp, las 27 oficinas de atención al asegurado ubicadas en los hospitales u oficinas regionales y en los módulos de atención al ciudadano.</li> <li>- Es de carácter prioritario realizar un empadronamiento más minucioso de la población que requiere del SIS, con el</li> </ul>
--	---	--	--

<p>Desarrollo Humano</p>	<p>vida de las personas. En tal virtud, la Organización Mundial de la Salud, quien recomienda un mínimo de 23 médicos por cada 10000 habitantes; en el Perú el promedio de médicos hasta el 2018 era del 13.6% por cada 10000 habitantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El 20% de las atenciones a los asegurados del SIS se dan en un puesto de salud sin médico; sin embargo, si se analiza con detalle, menos del 30% de las atenciones de los afiliados del SIS se dan con un médico y más del 25% se dan con personal de enfermería. (base de datos del SIS, 2019).</li> <li>- Las condiciones económicas del individuo determinan el nivel y la calidad de los servicios de la salud, ya que puede acceder a los servicios privados de salud de una clínica, como puede solo obtener los servicios de los hospitales del estado. Lo mismo sucede con los seguros de salud, si cuenta con la solvencia económica suficiente para acceder a un seguro de salud privado o acceder al servicio integral de Salud, tanto del MINSA como de Essalud, que es gratuito.</li> <li>- La pobreza es un factor condicionante para acceder al Sistema Integral de Salud - SIS, según la información dada por la Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO, Panel 2014-2018.</li> <li>- En promedio una persona con SIS gasta poco más del 50% en salud que una persona sin seguro.</li> </ul>	<p>Segundo, en un contexto de universalización del aseguramiento se crearon las condiciones para asegurar a no pobres: aquí se afiliaron todos los niños de los colegios Qaliwarma, son muchos colegios y los alumnos que no necesariamente son pobres; asimismo, se afilió también a todas las gestantes independientemente que sean o no pobres.</p>	<p>fin de que realmente este seguro esté orientado a los más pobres, pues en la actualidad hay personas que, no siendo pobres, se están beneficiando con el SIS, debido a medidas populistas de los gobiernos de turno, quienes, en los últimos años, ampliaron las coberturas del seguro a Qaliwarma y a colegios públicos, donde todos sus integrantes son no pobres. Ejemplo: uno de los chicos “reality” estaba asegurado al SIS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es prioritario que el Estado garantice que los puestos de salud de primer nivel estén convenientemente equipados en personal y equipos, asegurando que exista, como mínimo, un médico general, una enfermera y un técnico (a) de salud, equipado con ambulancia y equipos de emergencia en cada uno de estos puestos, con el fin de evitar que el beneficiario del SIS tenga que acudir a los hospitales (a veces lejanos a su lugar de origen) por enfermedades básicas o primarias (gripe, cólicos, náuseas, etc.).</li> </ul>
--------------------------	--	--	---

*Fuente: Elaboración propia.*

### 6.3 Discusión

Haciendo una compilación del resultado de la triangulación de datos integral, se concluye que la contextualización de conceptos y de categorías, está fundamentada en las teorías y empirismos que se han evaluado y analizado de manera minuciosa. Por lo que quedan validados los datos y hallazgos encontrados.

En el desarrollo del análisis integral se ha recopilado la información respecto a la gestión del Seguro Integral de Salud y su impacto en el desarrollo humano.

Los hallazgos encontrados se resumen en:

#### a. *Gestión del Sistema Integral de Salud - SIS*

##### (1) *Aseguramiento de la salud.*

- (a) Es prioritaria la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento de la Salud - PEAS, ya que fue formulado el 2012, el que debe reajustarse y responder a los constantes cambios de la situación poblacional, así como por el perfil epidemiológico.
- (b) Es necesario que el 100% de las prestaciones de salud para los asegurados al SIS, se otorguen en los mismos centros de salud, incluyendo su internamiento o no en las instituciones de salud públicas, garantizando la atención a aquellos pacientes con diagnósticos o patologías no contemplados en el Plan de Aseguramiento de la Salud (hemodiálisis, cáncer, etc.).
- (c) Es de carácter prioritario que el presupuesto asignado por el Estado (MINSA), previo estudio, sea incrementado para que el SIS atienda eficientemente a sus asegurados, ya que, en la actualidad, el presupuesto ordinario y el proveniente de los recursos directamente recaudados, resulta insuficiente.

##### (2) *Afiliación y suscripción al SIS*

- (a) Se debe tener en consideración que para evaluar la suscripción y afiliación al SIS en localidades donde el 60 o 70% de la población es pobre, no amerita realizar una evaluación *in situ*, pues el gasto en hacerlo no compensa el costo de este proceso.

- (b) Respecto a la orientación de la población para asegurarse al SIS, es necesario utilizar al 100% las líneas telefónicas, redes sociales, WhatsApp, las 27 oficinas de atención al asegurado ubicadas en los hospitales u oficinas regionales y en los módulos de atención al ciudadano. Todo lo señalado se resume en la tabla 45:

Tabla 45

*Gestión del Sistema Integral de Salud.*

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	OBSERVABLES
Gestión del Sistema Integral de Salud	Aseguramiento de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de los recursos ordinarios</li> <li>• Administración de los recursos directamente recaudados</li> <li>• Administración de las donaciones y transferencias</li> </ul>
	Afiliación y suscripción al SIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de afiliados al régimen de financiamiento subsidiado</li> <li>• Cantidad de afiliados al régimen semicontributivo</li> <li>• Porcentaje de afiliados de zonas urbanas</li> <li>• Porcentaje de afiliados de zonas rurales</li> </ul>

#### **b. Desarrollo humano**

- (1) Es conveniente que la Gerencia de Evaluaciones y Prestaciones de Salud (GREP), encargada de la auditoría interna, para controlar el correcto empleo de los recursos presupuestales asignados al SIS, realice este control empleando la evaluación virtual o electrónica, debido a que la gran cantidad de atenciones (hasta 30 a 40 millones al año) hace casi imposible hacer esta evaluación de manera presencial.
- (2) Es de carácter prioritario realizar un empadronamiento más minucioso de la población que requiere del SIS, con el fin de que realmente este seguro esté orientado a los más pobres, pues en la actualidad hay personas que, no siendo pobres, se están beneficiando con el SIS, debido a medidas populistas de los gobiernos de turno, quienes en los últimos años ampliaron las coberturas del seguro a Qaliwarma y a

colegios públicos, donde todos sus integrantes son no pobres. Ejemplo: uno de los chicos “reality” estaba asegurado al SIS.

- (3) Es prioritario que el Estado garantice que los puestos de salud de primer nivel estén convenientemente equipados con personal y equipos, asegurando que exista, como mínimo, un médico general, una enfermera y un técnico(a) de salud, equipado con ambulancia y equipos de emergencia, en cada uno de estos puestos, con el fin de evitar que el beneficiario del SIS tenga que acudir a los hospitales (a veces lejanos a su lugar de origen) por enfermedades básicas o primarias (gripe, cólicos, náuseas, etc.).

Tabla 46

*Desarrollo humano*

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	OBSERVABLES
Desarrollo humano	Condiciones de calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida</li> <li>• Acceso a los servicios de salud integral</li> <li>• Bienestar físico</li> <li>• Bienestar mental</li> <li>• Bienestar social</li> </ul>
	Condiciones económicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índices de pobreza</li> <li>• Gastos de bolsillo</li> <li>• Satisfacción de las necesidades básicas</li> </ul>

Finalmente, todo este proceso investigativo ha permitido arribar a las conclusiones y recomendaciones que plantea a continuación el investigador.

## CONCLUSIONES

La realización de este estudio ha tenido como producto la obtención de datos teóricos-empíricos acerca del análisis de la gestión del Seguro Integral de Salud y su impacto en el desarrollo humano 2014-2018; por lo que, a continuación, se expresan las conclusiones a las que se ha arribado:

### **Corroboración de la hipótesis general planteada**

La hipótesis general del trabajo de investigación se planteó como: La gestión del Seguro Integral de Salud (SIS) impactará en el desarrollo humano de la población, siempre y cuando se desarrollen adecuadamente las gestiones de aseguramiento de la salud y la suscripción y afiliación en el SIS, durante el período 2014-2018, hipótesis que se logra corroborar a través de todo un proceso exigido por la doctrina metodológica de la investigación científica; en este caso particular, se desarrolló dentro de un enfoque cualitativo, enfatizando los hallazgos encontrados holísticamente en el análisis y síntesis de las categorías de estudio. Por lo que se ha arribado a las siguientes conclusiones, las que están orientadas al logro de los objetivos de la investigación.

**PRIMERA:** Objetivo 1.- Analizar cómo la gestión del Seguro Integral de Salud (SIS) impacta en el desarrollo humano de la población durante el periodo 2014-2018.

- a. El Plan Esencial de Aseguramiento de la Salud - PEAS, aprobado el 2012, es un plan básico que, desde el punto de vista de las condiciones de aseguramiento en salud, incluye a una gran cantidad de la carga de enfermedad, cerca del 60 o 65% y el 80% de la demanda; sin embargo, la forma en que fue diseñado el PEAS no permitió que se implemente de una manera adecuada, por lo que requiere ser actualizado debido a los constantes cambios de la situación poblacional y el perfil epidemiológico.
- b. Respecto a las opciones que tiene la población asegurada al SIS para atenderse por un diagnóstico no contemplado en el PEAS, ni en los planes complementarios o en el Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL,

superando el tope por evento del mismo, existe un plan complementario que contempla la cobertura extraordinaria para casos especiales, como patologías especiales que no figuran en el PEAS (hemodiálisis, cáncer, etc.).

**SEGUNDA:** objetivo 2.- Explicar si el aseguramiento de la salud y la suscripción y afiliación en el Seguro Integral de Salud (SIS) impactan en el desarrollo humano de la población durante el periodo 2014-2018.

- c. Si bien existen problemas de eficiencia que es importante resolver, también existe un problema de desfinanciamiento o presupuesto ineficiente de salud en el Perú y más aún en el SIS.
- d. Los procesos de auditoría para controlar los presupuestos asignados al SIS, dada la gran cantidad (Hasta 30 o 40 millones de atenciones al año) de prestaciones que son atendidas, hace casi imposible revisar todas de manera presencial, por lo que la evaluación virtual o electrónica es la más óptima, actividad que recae bajo la responsabilidad de la Gerencia de Evaluaciones y Prestaciones de Salud (GREP).
- e. Los procesos de orientación y asistencia al ciudadano para su correcta inscripción en el plan SIS que le corresponde, se realiza bajo la administración de la Gerencia del Asegurado, a través de las oficinas desconcentradas del SIS a nivel nacional.
- f. Existen problemas en los mecanismos de control de afiliación al SIS, de acuerdo a sus modalidades y regímenes para el registro de afiliados, no por la normatividad SIS propiamente dicha, sino por la ejecución de la misma.
- g. Respecto a la pobreza en el Perú, existe la pobreza monetaria, donde se ubica un 21% de pobres, pero en el país existe una franja de no pobres que migra constantemente a la pobreza y que son muy vulnerables. Segundo, en un contexto de universalización del aseguramiento se crearon las condiciones para asegurar a no pobres: aquí se afilió a todos los niños de los colegios Qaliwarma, son muchos colegios y los alumnos no necesariamente son pobres; asimismo, se afilió también a todas las gestantes independientemente que sean o no pobres.

## RECOMENDACIONES

Se plantean las siguientes recomendaciones:

1. Es necesario pasar de un concepto de cobertura usando el Plan Esencial de Aseguramiento de la Salud - PEAS a un concepto de cobertura universal, así se protege a los más pobres.
2. En caso que se decida continuar con el actual PEAS, es urgente actualizarlo, ya que fue formulado el 2012 y debería reajustarse para responder a los constantes cambios de la situación poblacional, así como por el perfil epidemiológico.
3. El Estado debe garantizar que los puestos de salud de primer nivel estén convenientemente equipados con personal y equipos, asegurando que exista, como mínimo, un médico general, una enfermera y un técnico(a) de salud, y de ser posible una ambulancia, en cada uno de estos puestos, con el fin de evitar que el beneficiario del SIS tenga que acudir a los hospitales (a veces lejanos a su lugar de origen) por enfermedades de capa simple o primarias (gripe, cólicos, náuseas, enfermedades crónicas controladas, etc.).
4. El presupuesto asignado por el Estado (MINSA) debe ser incrementado para que el SIS atienda eficientemente a sus asegurados, ya que, en la actualidad, el presupuesto ordinario y el proveniente de los recursos directamente recaudados, resulta insuficiente.
5. Simplificar los procedimientos asistenciales eliminando los límites de cobertura por enfermedades, sobre todo para los planes subsidiados, que están orientados a la población más pobre.
6. Implementar mecanismos de autorización ágiles para excepciones en los protocolos de atención, en el caso de justificación. Estas excepciones deben luego ser auditadas para corroborar la pertinencia o no de los mismos, pero sin afectar al paciente.
7. Garantizar la interconexión de todos los establecimientos de salud del MINSA para permitir que la Gerencia de Evaluaciones y Prestaciones de Salud (GREP), encargada de la auditoría interna, pueda controlar el

correcto empleo de los recursos presupuestales asignados al SIS, realice los controles pertinentes empleando la evaluación virtual o electrónica.

8. Mejorar el proceso de control de afiliación al SIS, con el fin de que realmente este seguro esté orientado a los más pobres, pues en la actualidad hay personas que, no siendo pobres, se están beneficiando con el SIS.

## **PROPUESTA PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA**

### **Sobre afiliación**

1. Se debe crear un código único de aseguramiento en salud, tal como se hace con las AFP, para tener un control real de la población que está asegurada o no. Además, así se puede detectar los casos de doble seguro. Si bien los afiliados pueden tener seguros complementarios, no deberían estar afiliados al SIS subsidiado si tienen un seguro particular.

### **Sobre la suscripción**

1. El PEAS es un plan parcial que no tiene una cobertura completa y universal, solo las patologías más comunes, y teniendo en cuenta que los asegurados en los planes subsidiados del Seguro Integral de Salud son las personas pobres o en situación vulnerable, dejar sin cobertura algunos diagnósticos puede incrementar el gasto de bolsillo de las personas y poner en riesgo su salud y su vida, por lo tanto, es necesario eliminar todas las restricciones del PEAS, al menos en los planes subsidiados, a fin de garantizar la correcta cobertura de los afiliados.
2. Así mismo, es importante eliminar los toques por atención, sobre todo en los planes subsidiados. Los toques por enfermedad ponen en riesgo no solo a la salud de las personas, sino a su vida.

### **Sobre las prestaciones**

1. Se debe priorizar los programas preventivos, como control de niño sano, control de maternidad, seguimiento de enfermedades crónicas, campañas de exámenes médicos anuales y programas de vacunación, para disminuir que las personas alcancen condiciones críticas de enfermedad.
2. Las prestaciones deberían darse en cualquier IPRESS del Estado, ya sea del MINSA, Essalud, y las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, así se amplían las opciones de atención de los afiliados, mejorando la oportunidad de atención. Es importante establecer un tarifario común, con variaciones según el nivel de complejidad del establecimiento, de tal forma que las transferencias entre instituciones no sean demasiado burocráticas.

3. Si bien es necesario poner reglas de atención, como los diagnósticos exclusivamente femeninos o masculinos en personas del sexo correspondiente, o en la cantidad de determinados procedimientos, se debe implementar un canal de autorizaciones, ya que, ante complicaciones debidamente sustentadas, debe darse el procedimiento necesario al paciente.

### Referencias bibliográficas

- Aldana, U. (2014). *Los efectos de los problemas de salud sobre la economía de los hogares peruanos: impactos a futuro sobre el nivel de consumo*, en Barrantes, R. y Busse, P. (Editores) *Salud, vulnerabilidades, desigualdades* (pp. 91-113). Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Arteta, Y. (2009). *Análisis de la intervención del Seguro Integral de Salud en la cobertura de atención sanitaria materna, entre la población de los departamentos de mayor pobreza del Perú, años 2002 a 2012* (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco, Donostia, España. Recuperada de <http://www.tdx.cat/handle/10803/315474>
- Deneulin, Séverine (2019). El desarrollo humano integral: una aproximación desde la tradición social católica y el enfoque de las capacidades de Amartya Sen”. *Revista de Estudios Sociales* 67: 74-86. <https://doi.org/10.7440/res67.2019.06>
- Feres, J. y Mancero, X. (2001). *El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Feres, J. y Mancero, X. (2001). *Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- García, I. (2015). *Acceso a la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brasil. Un análisis de barreras, los factores determinantes y la equidad de acceso* (Tesis doctoral). Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España. Recuperada de <http://www.tdx.cat/handle/10803/315474>
- Girela, B. (2014). *Gestión administrativa de la asistencia sanitaria en el sistema nacional de salud* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España. Recuperada de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/34660/1/24186843.pdf>
- Giovanni, W. y González, J. (2013). Calidad de vida urbana: una propuesta para su evaluación. *Revista de Estudios Sociales* No. 49. ISSN. Bogotá, Colombia.
- Gomez, T. (2015). *La protección de la salud desde la perspectiva de los derechos humanos* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia, España. Recuperada de <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:CiencEcoEmp-Tgomez>

- Hernandez, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Bogotá: McGraw-Hill.
- Hurtado, I., y Toro, J. (2005). *Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio*. Valenciama: Episteme Consultores Asociados.
- Lazo, O., Alcalde, J., y Espinoza, O. (2016). *El sistema de salud en el Perú. Situaciones y desafíos*. Lima: REP.
- Longaray, C. (2010). *Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Montes de Oca, L. (2015). *Propuesta de un modelo de atención a la salud: Seguridad social única* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de México, Toluca, México. Recuperada de <http://hdl.handle.net/20.500.11799/66260>
- PNUD. (2016). *Informe sobre desarrollo humano 2016. Desarrollo humano para todas las personas*. Washington D.C.: Autor.
- Pezúa, A. (2015). *Gastos de bolsillo en salud en el afiliado al SIS según nivel de pobreza en el período 2009-2014* (Tesis para optar el título de médico cirujano). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Plaza, O. (2008). *Desigualdad, pobreza y desarrollo*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Robbins, S. y Coulter, M. (2018). *Administración*. Ciudad de México: Pearson.
- Rodríguez-Rico, V. (2015). *El derecho a la protección de la salud: Las prestaciones sanitarias de la seguridad social* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España. Recuperada de <http://hdl.handle.net/10481/40534>
- Seguí-Gómez, M., Toledo, E. y Jiménez-Moleón, J. (2013). *Sistemas de salud. Modelos en Martínez, M. (Director) Conceptos de salud pública y estrategias preventivas, un manual para ciencias de la salud* (pp. 419-424). Madrid: Elsevier.
- Seinfeld, J. (2010). *Avanzando hacia el aseguramiento universal: ¿cómo lograr proteger la salud de personas de ingresos medio bajo y bajo?* Lima: Universidad del Pacífico.
- Suarez, R. (2010). *Memorias de la I Conferencia Internacional Aseguramiento Universal en Salud*. Lima: OPS. Recuperado de <http://www.paho.org/per/images/stories/PyP/PER36/sistemasfinanciamiento.pdf?ua=1>

- Uribe, C. (2010). *Un modelo para armar: Teorías y conceptos de desarrollo*. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Vargas, X. (2011). *¿Cómo hacer investigación cualitativa?* Jalisco, México. Editorial ETXETA, SC.
- Wong, F. (2015). *El problema del desarrollo socioeconómico y empresarial en Lima Norte* (Tesis doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

#### *Referencias hemerográficas*

- Álvarez, J., Pérez, G., Selva, A., Núñez, R. y Arcadio, J. (2014). *Impacto de la competencia económica del especialista en medicina general integral sobre el desarrollo socioeconómico de Cuba*. MEDISAN, 18(9), 1298-1305. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000900016&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000900016&lng=es&tlng=es)
- Benites, V., Lozada, M., Urrunaga, D., Márquez, E., Moncada, E. y 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 (ENAHO) 2015. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(3), 478-484. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v34n3/a15v34n3.pdf>
- Cuenca, N. y Chavarro, F. (2008). Pobreza y desarrollo económico: una aproximación al análisis institucional. *Semestre Económico - Universidad de Medellín* 11(22), 111-286. <http://www.scielo.org.co/pdf/seec/v11n22/v11n22a6.pdf>
- Daher, M., Hodge, C., y Rosati, A. (2019). Evaluación cualitativa y sistemática de la pobreza y desarrollo humano: integridad y sostenibilidad desde el pensamiento social cristiano. *Teología y Vida*, 60 (1), 69-104. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0049-34492019000100069&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0049-34492019000100069&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Decreto Legislativo N° 1164. Decreto Legislativo que establece las disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del seguro integral de salud en materia de afiliación al régimen subsidiado (06 de diciembre de 2013). Recuperado de la página web del Seguro Integral de Salud. <http://www.sis.gob.pe/Portal/transparencia/index.html>

- Decreto Legislativo N° 1347. Decreto Legislativo que establece las disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del seguro integral de salud (06 de enero de 2017). Recuperado de la página web del Seguro Integral de Salud. <http://www.sis.gob.pe/Portal/transparencia/index.html>
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA. Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (30 de marzo de 2009). Recuperado de la página web del Ministerio de Salud. <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/DS%20008-2010-SA%20-%20Reglamento%20Aseguramiento%20Universal%20en%20Salud%20AUS.pdf>
- Duran, J. (2007). *La pobreza y su relación con el desarrollo social, el crecimiento económico y el empleo: nuevas hipótesis teóricas e implicaciones prácticas*. Recuperado de <http://www.banrep.gov.co/es/node/12893>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016). *Evolución de la pobreza monetaria. 2009-2015. Informe técnico*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1347/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1347/libro.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2010). *Mapa de pobreza provincial y distrital 2009. El enfoque de la pobreza monetaria*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0952/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0952/Libro.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015). *Mapa de pobreza distrital y provincial 2013*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1261/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1261/Libro.pdf)
- ISAPRES de Chile (2016). *El sistema de salud chileno. Orígenes, transformaciones y desafíos*. Recuperado de [http://www.isapre.cl/PDF/Informe%20Te%CC%81cnico\\_El%20Sistema%20de%20Salud%20Chileno.pdf](http://www.isapre.cl/PDF/Informe%20Te%CC%81cnico_El%20Sistema%20de%20Salud%20Chileno.pdf)
- Ley N° 100 (23 de diciembre de 1993). *Ley por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de la página web de la Secretaría del Senado colombiano [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
- Ley N° 8433. *Ley del seguro social obligatorio* (2 de septiembre de 1936). Recuperado de la página web del Congreso de la República. <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/08433.pdf>

- Ley N° 27657. *Ley del Ministerio de Salud* (28 de enero de 2002). Recuperado de la página web del Seguro Integral de Salud. <http://www.sis.gob.pe/Portal/transparencia/index.html>
- Ley N° 29344. *Ley marco del aseguramiento universal en salud* (2 de abril de 2010). Recuperado de la página web del Ministerio de Salud. <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/LeyMarco.pdf>
- Lizcano Fernández, F. (2002). Niveles de pobreza y desarrollo socioeconómico en América. *Espacio Abierto*, 11 (2), 205-226. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12211204>
- Molina, R. y Pascual, J. (2014). El índice de desarrollo humano como indicador social. *Nómadas*, 44(4). [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_NOMA.2014.v44.n4.49298](http://dx.doi.org/10.5209/rev_NOMA.2014.v44.n4.49298)
- Ninacs, W. (2008). Desarrollo económico comunitario como estrategia para enfrentar la pobreza. *Trabajo Social*, 0(10). Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/14087>
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2015). *La financiación de los sistemas de salud*". Ginebra, Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS (2017). *Salud en las Américas. Resumen: Panorama regional y perfiles de país*. Washington, EE.UU. Edición del 2017.
- Urriola, R. (2006). Protección social de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Chile 20(4), 273-286. <https://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892006000900013>
- Vyas, S. y Kumaranayake, I. (2006). *Constructing socio-economic status indices: how to use principal components analysis*. *Health Policy and Planning*, 21 (6), 459–468. <https://academic.oup.com/heapol/article/21/6/459/612115>

### ***Páginas Web***

- Instituto Nacional de Estadística e Informática (7 de mayo de 2019). *Microdatos*. Recuperado de: <http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>
- Ministerio de Economía y Finanzas (7 de mayo de 2019). *Métodos para medir la pobreza*. Recuperado de: <https://www.mef.gob.pe/es/mapas-de-pobreza/metodos-para-medir-la-pobreza>

- Naciones Unidas (1994). *Informe sobre desarrollo humano 1994*. Recuperado de [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_1994\\_es\\_completo\\_nostats.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf)
- Naciones Unidas (2015). *Transformar nuestro mundo: La agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. Recuperado de <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>
- OCDE (7 de septiembre de 2020). *Health Status*. Recuperado de [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)
- Real Academia Española (24 de junio de 2019). *Afiliar*. Recuperado de <https://dle.rae.es/afiliar>
- Real Academia Española (24 de junio de 2019). *Aseguramiento*. Recuperado de <https://dle.rae.es/aseguramiento>
- Real Academia Española (24 de junio de 2019). *Gestionar*. Recuperado de <https://dle.rae.es/gestionar>
- Real Academia Española (24 de junio de 2019). *Suscripción*. Recuperado de <https://dle.rae.es/suscripción>
- Real Academia Española (24 de junio de 2019). *Suscribir*. Recuperado de <https://dle.rae.es/suscribir>
- Seguro Integral de Salud (1 de febrero de 2017). Información presupuestal. Recuperado de <http://www.sis.gob.pe/Portal/transparencia/transparencia.html>
- Seguro Integral de Salud. (19 de abril de 2018). *Antecedentes*. Recuperado de [http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes\\_somos/antecedentes.html](http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/antecedentes.html)
- Seguro Integral de Salud. (24 de junio de 2019). *Misión*. Recuperado de [http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes\\_somos/mision.html](http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/mision.html)
- Seguro Integral de Salud. (23 de octubre de 2019). *Requisitos para la afiliación*. Recuperado de <http://www.sis.gob.pe/asegurados/requisitos-para-la-afiliacion.asp>
- Superintendencia Nacional de Salud. (31 de enero de 2017). Mundo IAFAS. Recuperado de <http://portales.susalud.gob.pe/web/cdi/afiliados-a-iafas-seguro-integral-de-salud>

## **Anexos**

Anexo 1: Matriz de consistencia

Anexo 2: Instrumentos de acopio de información

Anexo 3: Autorización de acceso al campo

Anexo 4: Autorización para el levantamiento de información

## ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

### TÍTULO: ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y SU IMPACTO EN EL DESARROLLO HUMANO 2014-2018

Preguntas de investigación	Objetivos	Justificación	Observables	Metodología
<p>¿Cómo la gestión del Seguro Integral de Salud (SIS) impacta en el desarrollo humano de la población, durante el período 2014-2018?</p> <p>¿El aseguramiento de la salud y la suscripción y afiliación en el Seguro Integral de Salud (SIS) impactan en el desarrollo humano de la población durante el período 2014-2018?</p>	<p>Analizar cómo la gestión del Seguro Integral de Salud (SIS) impacta en el desarrollo humano de la población durante el período 2014-2018.</p> <p>Explicar si el aseguramiento de la salud y la suscripción y afiliación en el Seguro Integral de Salud (SIS) impactan en el desarrollo humano de la población durante el período 2014-2018.</p>	<p>La presente investigación se desarrolló con el propósito de tener un acercamiento directo con el objeto de estudio, realizar un diagnóstico minucioso de la situación actual del Sistema Integral de Salud, lo que permite medir y evaluar la efectividad de la gestión, conocer el impacto generado en el desarrollo humano de la población peruana, a fin de proponer alternativas de solución con sustento técnico y científico a los aspectos críticos identificados en el SIS.</p> <p>Con los resultados del presente estudio, se persigue contribuir al fortalecimiento de los procesos de diseño de planes en salud, suscripción y afiliación, gestión de fondos de aseguramiento en salud, compras de prestaciones de salud, y el control de las prestaciones brindadas por el Sistema Integral de Salud, de esta manera mejorar la cobertura de salud y contribuir con el desarrollo humano que según PNUD se traduce en la mejora de las condiciones de vida de la población, acceso al SIS, mejora de la salud, etc., lo que redundará en la reducción de gastos de bolsillo en servicios médicos de cada asegurado, gastos farmacéuticos, de pruebas e imágenes de diagnóstico, y sobre todo en la mejora de las condiciones económicas de la población peruana, así como el crecimiento social.</p> <p>El presente trabajo de investigación es viable por contar con los fundamentos teóricos de las categorías de estudio, por lo que su contenido</p>	<p>Los observables estuvieron orientados al manejo e interpretación de los datos estadísticos extraídos de la Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO y del Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, durante los años 2014 al 2018; asimismo, se orientó el esfuerzo al análisis del contexto teórico mencionado en el Estado del conocimiento, relacionado con las categorías de estudio, sobre la gestión del Seguro Integral de Salud y sobre el desarrollo humano.</p> <p>Todos estos datos permitieron al investigador a compilar y consolidar parte teórica con la parte empírica (hechos). Sobre el particular Vargas (2011) sostiene que “Se debe delimitar con cuidado aquello que va a ser observado, (...), definiendo lo que en investigación se llaman observables” (p.61).</p>	<p><b>4.1 Enfoque de investigación</b> Este estudio se realizó empleando el enfoque cualitativo, el que permitió estudiar la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas e instituciones implicadas. Por lo que la investigación cualitativa permitió profundizar el fenómeno en estudio, respecto a la gestión del Sistema Integrar de Salud - SIS y su impacto en el desarrollo humano, período 2018-2019.</p> <p><b>4.2 Tipo de investigación</b> La investigación es de tipo teórico-empírico; Si la investigación fue teórico-empírica, ello supone que hubo al inicio un trabajo de indagación teórica sobre el objeto de estudio (Estado del arte) y que durante el desarrollo de toda la investigación se estuvo leyendo y haciendo fichas bibliográficas extrayendo fragmentos de los textos teóricos involucrados, además de todo el trabajo empírico que supuso el levantamiento de campo. (Vargas, 2011, p.70). Para el caso del presente estudio, la gestión del Seguro Integral de Salud – SIS y su impacto en el desarrollo humano, período 2014-2018, las teorías están basadas en las fichas o fragmentos de la teoría mencionada en el Estado del conocimiento, complementadas con los resultados empíricos, obtenidos en el trabajo de campo.</p> <p><b>4.3 Método de investigación</b> Para el desarrollo del presente estudio se utilizó el método hermenéutico interpretativo.</p> <p><b>4.4 Escenario de estudio</b> La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Ministerio de Salud, específicamente en las instalaciones del</p>

		<p>temático y metodológico, así como las conclusiones y las recomendaciones a las que se arriben como producto de este estudio, servirán como antecedentes para futuras investigaciones que se formulen sobre el particular, contribuyendo de esta manera con el desarrollo nacional del país.</p>		<p>Seguro Integral de Salud, quienes garantizan el SIS en todo el territorio peruano.</p> <p><b>4.5 Objeto de estudio</b>  El objeto de estudio del presente trabajo de investigación fue analizar la gestión del Seguro Integral de Salud - SIS y su impacto en el desarrollo humano, período 2014-2018.</p> <p><b>3.7 Fuentes de información</b>  Las fuentes de información estuvieron constituidas por los siguientes elementos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Fuentes primarias: Información obtenida de primera mano de los propios protagonistas, como la entrevista que se efectuó a dos exjefes del Seguro Integral de Salud, de los últimos años, así como de normas, directivas, leyes y otras normas legales sobre la gestión del Seguro Integral de Salud - SIS, que constituyeron la fuente documentaria.</li> <li>b. Fuentes secundarias, información de segunda mano obtenida de libros, revistas, videos, periódicos, etc. que contengan información sobre las categorías de estudio.</li> </ol> <p><b>4.8 Técnicas e instrumentos de acopio de información</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Técnicas <ul style="list-style-type: none"> <li>- Análisis documental</li> <li>- La entrevista semiestructurada</li> </ul> </li> <li>b. Instrumentos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las fichas de registro</li> <li>- La Guía de Entrevista semiestructurada.</li> </ul> </li> </ol>
--	--	--	--	---

## Anexo 2: Instrumentos de acopio de información

### a. Resultados de la entrevista efectuada al Magíster Pedro Grillo Rojas

Buenos días/tardes, desde ya le expreso mi agradecimiento por el tiempo y la atención que me brinde para poder realizar esta entrevista, cuya información y comentarios que me proporcione serán muy valiosos para profundizar la presente investigación.

Entrevistado	: Pedro Grillo Rojas
Grado Académico:	Maestro
DNI	: 09644064
Lugar - fecha	: San Borja, 22 de junio del 2021.
Experiencia alcanzada:	Médico, exjefe del SIS
Título de la investigación: <b>“ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y SU IMPACTO EN EL DESARROLLO HUMANO. 2014-2018”.</b>	
N°	Ítems
A	<p><b>Categoría: Gestión del SIS</b></p> <p><b>1. ¿Considera que el PEAS es suficiente para garantizar el acceso de salud a las personas a la mayoría de enfermedades que podría tener?</b></p> <p><u>Rpta.</u> - El PEAS como se concibió en el Perú es un plan básico que si bien desde el punto de vista de las condiciones de que existen en el plan esencial de aseguramiento en salud podría decirse que incluyen a una gran cantidad de la carga de enfermedad, cerca del 60 o 65%, sin embargo, la forma en que fue diseñado el PEAS no permitió de que se implemente de una manera adecuada. Creo que las principales fallas del PEAS estaban principalmente de que aparte de las condiciones establecían una serie de criterios para atención y algunos toques, toques que son prácticamente incumplibles, como por ejemplo días de internamiento o el número de placas que se tienen que hacer, aparte había también algunos errores en el PEAS en relación a algunas patologías. Por ejemplo, estaban un tipo de fracturas simples y no había otras fracturas, por ejemplo, entonces no había una lógica que un PEAS cubra una fractura de húmero y no cubra una fractura de peroné, pero es lo que estaba ocurriendo en el PEAS tal cual.</p> <p>Lo mismo en tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata y en el tema de cáncer de próstata, que si bien estaba como cubierto a la hora que revisabas no cubría el tratamiento y lo mismo en cáncer de cuello uterino que estaba como diagnóstico en las condiciones, sin embargo cuando veías el único tratamiento que podía recibir la mujer era la conización de la lesión y no podía recibir tratamiento más adelante y así algunas cosas que creo que hicieron que el PEAS sea incumplible, tanto así que las IAFAS privadas nunca lo cumplieron, nunca lo implementaron como parte de su cobertura real porque era imposible cumplirlo tal y cual estaba diseñado. Esa es mi opinión respecto al PEAS.</p>
2	<p><b>2. ¿Qué opciones tiene la población asegurada al SIS para atenderse por un diagnóstico no contemplado en el PEAS y los planes complementarios o en el FISSAL o cuando superan el tope por evento del mismo?</b></p> <p><u>Rpta.</u> En principio volvemos al tema del PEAS. El PEAS cuando se aprueba en el Perú se parte de una lógica errónea, por cuanto pre comienza como si no hubiera existido anteriormente ningún listado de cobertura y si existía el listado priorizado de atenciones sanitarias que era la cobertura del SIS antes del PEAS y cuando se aprueba el PEAS no toma en cuenta que existía este LPIS y cuando se hacen un análisis de las coberturas en algunos casos el plan anterior tenía mayores coberturas en algunas cosas que el propio PEAS, entonces complementario a esto en el SIS en el año 2012 se desarrolla lo que eran los planes complementarios para incluir aquellas patologías que no estaban en el PEAS pero que estaban cubiertas por</p>

el seguro integral de salud antes del PEAS por el LPIS a través del plan complementario, de tal manera que el SIS tenía el PEAS que había sido aprobado y planes complementarios para lo cual sacaron varias resoluciones jefaturales. Había también la cobertura extraordinaria, que es diferente al plan complementario. ¿Por qué se genera el plan complementario? Se genera porque existían coberturas que estaban previas al PEAS que el PEAS no los tomó en cuenta.

Y a la cobertura extraordinaria, que es otra cosa, se da con norma para los casos que no estaban en el PEAS y que no estaban en el plan complementario, se genera una figura que se llamó cobertura extraordinaria que en realidad lo que hace es proseguir también con un procedimiento previo al PEAS que se llamaban los casos especiales, y antes del PEAS había una forma de resolver algunos problemas específicos, a través de un procedimiento que era la aprobación de casos especiales. Esta aprobación de casos especiales se convirtió en la cobertura extraordinaria. Y en ese caso si hay topes por unidades impositivas tributarias. Aquí tenía patologías que eran atendidas a través del PEAS o los planes complementarios, pero por alguna razón su costo sobrepasaba ciertos niveles de UIT y entonces pasaban a ser parte de la cobertura extraordinaria. ¿Qué más ingresaba en la cobertura extraordinaria? Diagnósticos que no se encontraban ni en el plan complementario ni en el PEAS pero era necesario manejarlos por cuanto la no atención de este diagnóstico podía generar la muerte o invalidez permanente del paciente y también estaba en la cobertura extraordinaria aquellas tecnologías, llámese tecnologías medicamentos o procedimientos, que anteriormente el SIS no los había cubierto pues eran tecnologías nuevas, o que sus costo era demasiado alto y para eso se hacían unas evaluaciones que eran evaluaciones de tecnologías sanitarias directamente en el SIS para ver si alguna de estas tecnologías era costo efectiva o debería ser utilizada aun cuando no existiera evidencia porque que era la única opción que tenía el paciente. Ese era la cobertura extraordinaria. Hay que entender que hay una diferencia entre el PEAS, el plan complementario y la cobertura extraordinaria.

**3. En el siguiente cuadro se muestran las transferencias y el intercambio a Essalud según información proporcionada por transparencia SIS según CORREO ELECTRÓNICO N° 1472-2020-SIS/TRANSP:**

	2014	2015	2016	2017	2018
Fissal	139,172,766	158,822,435	128,602,552	98,960,313	210,726,426
Recursos Ordinarios	1,110,722,807	1,389,126,809	1,515,581,387	1,393,220,028	1,613,834,693
Recursos Directamente recaudados	2,933,502	4,533,836	3,550,774	12,302,040	241,133
	<b>1,252,829,075</b>	<b>1,552,483,080</b>	<b>1,647,734,713</b>	<b>1,504,482,381</b>	<b>1,824,802,252</b>
Intercambio con Essalud	7,992,863	98,554	183,844	317,363	8,592,624

**Como se puede observar de las transferencias de y los recursos directamente recaudados, así como el intercambio con Essalud tienen valores que aumentan o disminuyen de un año a otro, con grandes subidas o disminuciones. ¿A qué se deben estas aparentes distorsiones? ¿cómo se justifican estas variaciones?**

3

Rpta. - En relación al cuadro FISSAL es recurso ordinario, todo lo que transfiere a la ejecutora 1 que es el SIS y a la ejecutora 2 que es el FISSAL todo es recursos ordinarios, en ambos casos FISSAL y SIS la fuente es recursos ordinarios. En mi opinión no debería reportarse por separado. Entra al pliego y el pliego lo distribuye en dos unidades ejecutoras.

El problema acá, es que, si nos vamos al 2011 hacia el 2014 o 2015, te vas a dar cuenta que a partir del 2012 empezó a haber un incremento importante de presupuesto del SIS que inclusive llegó a crecer en un setenta y tantos u ochenta por ciento con respecto al año 2011 hacia el año 2015. Ahora, la pregunta es ¿Por qué hay tantas diferencias, ¿no? En el año 2016 se produjo un fenómeno que fue a mi entender un evento catastrófico para lo que veníamos trabajando como alternativa de sistema de salud bajo el modelo de aseguramiento universal y que fueron los audios del negociado de Carlos Moreno, asesor del presidente Kuczynski, un asesor médico que estaba haciendo un convenio con el arzobispado de Lima y lo graban. Este evento generó una convulsión interna en el ministerio de salud y en el propio SIS, de por sí el MEF no quiere mucho al SIS como un modelo de financiamiento, eso lo puedo decir de primera mano, entonces el desarrollo de este evento, los audios de Carlos Moreno, generó de que el MEF asumiera una posición muy dura con respecto a las transferencias que se iban a dar al SIS en el siguiente año, por eso que el presupuesto del SIS del 2016 al 2017 se ve tan golpeado. Además, en ese año la ministra de salud Patricia García era una convencida de que el problema de la salud en el Perú no era un tema económico, sino un tema de eficiencia, lo cuál no es cierto. Si bien si hay un problema de eficiencia que es importante resolver, si existe

	<p>un problema de desfinanciamiento o presupuesto ineficiente de salud en el Perú y más aún en el SIS. En el año 2017 el SIS deja de recibir más de 200 millones de soles justamente por el tema de los audios de Carlos Moreno que impactaron negativamente en la reputación del seguro integral de salud y en la credibilidad del SIS que venía ganando desde años antes frente a la población y frente al MEF también, que pese a que no nos quería mucho tenía que aceptar que estábamos siendo un vehículo importante para incrementar el acceso a los servicios de salud de la población. En el año 2017 esta coyuntura hace que se le quiten recursos al SIS y eso es lo que ha pasado desde mi perspectiva en el 2017 en relación al presupuesto SIS. Por un lado, el tema de Carlos Moreno y por otro lado la posición siempre del MEF contraria a que el SIS incremente sus presupuestos y por otro lado la posición del MINSA que en la cabeza visible de la ministra lo decía 4 vientos de que el problema del sistema de salud no era un problema de presupuesto sino era un problema de eficiencia. Esas tres condiciones se conjugaron e hicieron que en el año 2017 el presupuesto del SIS disminuyera en esos niveles.</p> <p>En el año 2018 incrementa el presupuesto del SIS, pero ese incremento se da casi hacia final de año, porque el SIS partió en el año 2018 con un PIA similar al del 2017 y se da casi al final el incremento para pagar una supuesta deuda que existía entre el SIS y los proveedores públicos. Existían reclamos de parte de los establecimientos de salud a nivel nacional que el recorte que se dio en 2017 los había golpeado fuertemente entonces casi a final de 2018 transfieren fondos hacia el SIS para que asuma esas deudas.</p> <p>En relación a los RDR se gestionan a partir de la venta de los pagos de los semicontributivos principalmente, no entiendo porque en el año 2017 existen 12 millones de soles, quizás han vendido algo, pero en general los RDR que tiene el SIS están relacionados con el pago de las primas de los semicontributivos.</p> <p>El intercambio con Essalud en mi opinión estos datos son prestaciones a mi parecer pagadas, estas son prestaciones pagadas, desembolsos que se hicieron hacia Essalud. No refleja la magnitud del intercambio, porque el intercambio es un intercambio de doble vía, o sea hay prestaciones que brindaba ESSALUD a los asegurados del SIS y hay prestaciones que brindaban los gobiernos regionales a los asegurados de Essalud y eso no está reflejado en el cuadro. Los montos de intercambio son muy superiores a lo que está reflejado en ese cuadro.</p> <p>Esto es el presupuesto que recibe el SIS y habitualmente el SIS ejecuta su presupuesto casi al 100% en la mayoría de las veces, excepto en el 2017 y 2018 que la ejecución fue menor, pero siempre cercano al 100% pero todo este dinero es transferido a los gobiernos regionales para que ellos lo ejecuten y es allí donde si se revisa la consulta amigable del MEF te vas a dar cuenta que si bien el SIS transfiere casi el 100% de sus fondos a los gobiernos regionales, durante algunos años quizás 2017, 2018 y 2019, la ejecución de estos recursos del SIS ha ido disminuyendo a tal grado que creo en el 2019 creo que la ejecución llegó al 70% hacia el final de año en las regiones.</p>
4	<p><b>4. ¿Cómo funciona el proceso de auditoría médica de la pertinencia o no de las prestaciones a los afiliados al SIS? ¿Qué hacen con los expedientes que no cumplen las normas? ¿Cuál es el porcentaje de expedientes observados y rechazados definitivamente?</b></p> <p><u>Rpta.</u> - El proceso de auditoría médica creo que ha cambiado en los últimos 2 años, en la época que yo estaba tenía varias fases. Una fase se llamaba el proceso de evaluación electrónica, la validación electrónica mediante el cual se aplicaban una reglas que se llaman las reglas de consistencia y las reglas de validación, que se llamaba el proceso de evaluación automática, y consistía en que todas las tenciones del SIS eran ingresadas en un sistema que se llamaba el SIASIS que tenía una variante desktop que se llamaba ARSIS y todos los centros a nivel nacional ingresaban la información en este software y lo que no tenían internet y usaban el aplicativo de escritorio y los que no tenían computadora remitían los archivos físicos a puntos de digitación para que se ingresara la información de las atenciones. Esta información que era recogida en este software pasaba unas reglas que se llamaban reglas de consistencia o reglas de validación. Las reglas de consistencia consistían en verificar si la información era correspondiente al sexo de la persona, si era asegurado del SIS, nombres y apellidos, DNI (en el año 2014 teníamos al 90% de los afiliados al SIS identificados por DNI) entonces podríamos hacer esas reglas de consistencias relacionadas a datos de afiliación de las personas, y temas de este tipo.</p> <p>Una vez que las prestaciones pasaban esta primera barrera, que eran las reglas de consistencia, se abría una segunda barrera que eran las reglas de validación. Las reglas de validación eran lo que podríamos llamar las reglas de negocio y que fueron aprobadas y constantemente cambiaban y se mejoraban y en las cuales estaban algunos criterios de razonabilidad de la atención, que estaban relacionados al cumplimiento de normas técnicas del MISA por ejemplo cuantos controles de embarazo debería tener una gestante al año, igual los controles niño sano cuándo tenían que hacerse, si se cumplían estas condiciones, si se le aplicaba inmunización durante ese control, esas eran algunas reglas que se establecían, pero también aparte de las reglas que estaban relacionadas a normas técnicas del MINSA habían reglas relacionas también a criterios de diagnóstico y tratamiento médico que generaban una respuesta positiva o negativa a la información que</p>

	<p>estaba ingresada en el sistema. Una vez que los expedientes pasaban estas barreras el expediente era observado o era aceptado para pago. Si el expediente era observado el prestador de servicios recibía la información a través del SIASIS de que esos expedientes habían sido observados, es más nosotros en el año 2014 creamos en la página web del SIS un reporte de observaciones, de tal manera que el prestador podía acceder y mirar sus observaciones y corregirlas, porque habían algunas observaciones que eran subsanables y podían corregir y podían enviar la trama para que vuelva a ser auditada a través del proceso de evaluación automática.</p> <p>Una vez que terminaba esta parte del proceso de evaluación automática se pasaba a una siguiente fase que era la auditoría electrónica. La auditoría electrónica ya no era un proceso automatizado sino era un proceso en el cual participaban médicos del SIS que eran médicos auditores que revisaban grupos de atenciones y aplicaban lo que llamaban nosotros avisos. Había algunos avisos que se habían implementado en el software que también estaban relacionados a criterios médicos, por ejemplo, pongamos el auditor ponía el aviso de “más de 50 metros cúbicos de oxígeno” para un paciente se ponía ese aviso, entonces se salían todos los expedientes que incumplían ese tope. O por ejemplo ponía el aviso de parturienta que se le ha aplicado oxitocina, entonces todos los expedientes en los cuales no se había aplicado oxitocina salían y eran observados. Eso era lo que se llamaba el proceso de auditoría electrónica y también eran observados y se retornaban al prestador.</p> <p>Eso era todo el proceso, la mayor parte de las prestaciones se evaluaban bien a través de ese procedimiento que era virtual. Entiendo que ya no se hace eso, entiendo que se dejó de hacer hace 2 años, hay varias razones, pero al final se dejó de hacer ese procedimiento. Entiendo que este año han tratado de volverlo a implementar y han tratado de implementar reglas de negocio y todavía no sé si lo habrán hecho, pero así era como funcionaba el modelo. Existía además un procedimiento que se llamaba procedimiento de control posterior de las prestaciones que era un procedimiento presencial mediante el cual se hacía un muestreo de expediente, generalmente dirigidos a expedientes de alto valor económico y se enviaba la lista de historias clínicas que se iban a evaluar uno o dos días antes para que las tengan listas y el auditor médico iba al hospital y ahí revisaba esas historias clínicas, veía la conformidad, si la atención estaba en la historia clínica o no, porque podían haberla ingresado al sistema pero la atención pudo no haberse realizado o pudo no haberse consignado en la historia, que era lo que principalmente se veía y si existía consistencia entre lo escrito en la historia y lo que habían consignado en el sistema del SIASIS. Este proceso de control posterior prestacional se aplicaba aproximadamente al 5% o máximo al 10% de las prestaciones a nivel nacional, no más. Creo que 5% es el número más real, porque estábamos hablando de millones de prestaciones. En un momento llegaron hasta 30 o 40 millones de atenciones al año y seguía creciendo, y son millones de prestaciones que son atendidas y que es imposible revisar todas de manera presencial, por eso el método de evaluación era un método virtual.</p>
B	<p><b>Categoría: Desarrollo humano</b></p>
	<p><b>5. ¿Cuáles son los procesos de orientación y asistencia al ciudadano para su correcta inscripción en el plan SIS que le corresponde? ¿Considera que cumplen su función?</b></p> <p><u>Rpta.</u> - En primer lugar, el SIS afiliaba de acuerdo a un listado que emitía el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social a partir del año 2013. Las afiliaciones se hacían mayoritariamente por afiliaciones grupales, porque se tenía una base de datos del MIDIS que llegaba con las personas que eran pobres extremos y pobres no extremos y esa afiliación era automática, después algunos grupos vulnerables también eran afiliados. Principalmente la orientación estaba dirigida a los no pobres para afiliarse al semicontributivo y si se cumplía de alguna manera, sin embargo, la disposición de la población para pagar por un seguro era muy baja hasta antes de la pandemia. Hasta antes de la pandemia el peruano promedio prefería gastar en el momento del evento, que pagar mensualmente una prima por un seguro. Si había un proceso de orientación de eso, estaban las oficinas desconcentradas del SIS a nivel nacional, estaban las oficinas de aseguramiento en los hospitales y había también una oficina en la sede central del SIS para orientación, donde se hacía bastante propaganda sobre el tema de la afiliación, se crearon regímenes como el SIS emprendedor. En realidad, si se trabajó mucho el tema de la afiliación durante los años 2012 a 2016, año en el que aparece la idea de que había que evaluar si es el que SIS continuaba siendo un seguro para pobres o no, que ya en el 2016 no lo era, era un seguro que tenía afiliados pobres y pobres extremos, pero también no pobres en grandes cantidades.</p>
	<p><b>6. ¿Considera que los mecanismos de control de afiliación al SIS acuerdo a sus modalidades y regímenes para el registro de afiliados son eficientes y cumplen su función? ¿Cuál considera la razón que exista más afiliados al SIS gratuito que población que cumple con los criterios?</b></p>

**Aproximadamente el 50% de la población está afiliada al SIS gratuito y la tasa de pobreza es de 21% aproximadamente.**

Rpta. - El problema aquí es el siguiente: primero, si hablamos de pobreza monetaria estamos hablando de 21% pero en el Perú existe una franja de no pobres que migra constantemente a la pobreza y que son muy vulnerables. Segundo, en un contexto de universalización del aseguramiento se crearon las condiciones para asegurar no pobres: se afiliaron a todos los niños de los colegios Qaliwarma, son muchos colegio y los alumno no necesariamente son pobres, se afilió a todas las gestantes independientemente que sean o no pobres, principalmente estos dos grupos fueron los que se afiliaron de manera directa sin necesidad de ser pobres y anteriormente a esto ya existía el criterio de afiliación geográfica, en donde se afiliaba a todos en regiones donde la pobreza es el 60 o 70% no vale la pena de hacer una evaluación de esta población para ver si deben o no ingresar a un sistema de salud, con el gasto e inversión de recursos si es que se sabe que la mayoría es pobre. Es este caso la mejor opción fue afiliar a toda esa población. El criterio de pobreza dejó de ser un criterio de afiliación desde el año 2013, se sabía que se afiliaba a no pobres y se decía, no era que había filtración ni nada, el modelo estaba siendo modificado para que se afilien personas que no eran pobres, porque estábamos en un contexto de universalización del aseguramiento, tanto así que en el año 2017 cuando ocurre el evento de Carlos Moreno, el presidente del SIS en ese entonces quiso desafiliar a los no pobres y no pudo, fue imposible hacer eso porque no es la lógica, la lógica de focalización es una lógica de inicios de este siglo, pero ya hacia el año 2010, 2011, 2012, el banco Mundial el BID los mismos que en algún momento recomendaron la focalización recomendaron que el proceso no iba por focalización en el caso de salud. Quizá el proceso de focalización es importante para los programas sociales, pero el SIS dejó de ser un programa social desde el año 2009 o 2010 que se convirtió en una IAFA. Todo eso trasmitirlo al investigador promedio era difícil en ese entonces y se seguía hablando de programa social, se seguía hablando de focalización con lo cual ya no estaba en la lógica del SIS desde el año 2011, 2012, 2013, se iba por todo, no se iba por focalizar sino por cubrir a todo y es lo que se estaba haciendo, se criticó mucho en 2016 y 2017 pero ahora se está haciendo lo que se había propuesto. El DS 017 lo que ha hecho es poner en blanco y negro lo que ya se venía haciendo desde el año 2014.

**b. Resultados de la entrevista semiestructurada que se realizó a la Magíster Doris Lituma Aguirre**

Buenos días/tardes, desde ya le expreso mi agradecimiento por el tiempo y la atención que me brinde para poder realizar esta entrevista, cuya información y comentarios que me proporcione serán muy valiosos para profundizar la presente investigación.

Entrevistado : Doris Lituma Aguirre	
Grado Académico: Maestro	
DNI : 07801919	
Lugar - fecha : San Borja, 10 de junio del 2021.	
Experiencia alcanzada: Médico, exjefa del SIS	
Título de la investigación: <b>“ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y SU IMPACTO EN EL DESARROLLO HUMANO. 2014-2018”</b>	
N°	Ítems
<b>Categoría: Gestión del SIS</b>	
A	<p><b>1. ¿Considera que el PEAS es suficiente para garantizar el acceso de salud a las personas a la mayoría de enfermedades que podría tener?</b></p> <p><u>Rpta.</u> - El PEAS es una aprobación del año 2012 si mal no recuerdo, pero evidentemente el perfil epidemiológico ha cambiado mucho y en teoría lo que en ese momento era el 65% de carga de enfermedad y el 80 % de demanda, evidentemente a lo largo de los años ha cambiado. Ha habido muchos intentos de cambiar, actualizar o mejorar el PEAS, pero lamentablemente nunca se dio. A raíz del DU 017 de noviembre de 19 sale unos artículos en que formaban una comisión multisectorial donde una de las funciones principales era la actualización del PEAS y ese trabajo debió terminarse a fines de febrero, estaba prácticamente listo, faltaban una o dos revisiones finales y debió aprobarse en marzo, pero vino la pandemia y la locura de la pandemia hizo que todo el mundo se dedicara a todo y la comisión se quedó suspendida pensando que 30 o 60 días y se retomaba pero bueno ya van 6 meses y eso ha quedado ahí. Pero efectivamente necesita una actualización, porque definitivamente ahorita no está cubriendo y si tu ves las atenciones que hacía el SIS el 42% aproximadamente eran atenciones de PEAS y un 48 casi 50% eran no PEAS o sea planes complementarios que si cubre el SIS en muchas de las cosas. Y hay muchas razones para eso, la gente se afilia al SIS porque era gratis total y se afilia cuanto más cosas graves tiene y ahí había un tema que descubrimos, que yo no tengo pruebas fehacientes, pero tanto los seguros privados y sobre todo Essalud a los pacientes por ejemplo de hemodiálisis, veíamos que los pacientes con hemodiálisis crecían y crecían y cuando empezamos a averiguar decían “me han dicho en mi seguro que ya me salga y que me afilia al SIS” y buscaban de afiliarse al SIS porque evidentemente era un alto costo. Ahí hay temas que habría que verlo, que debería ser parte de algo que se debería definir y ser tema de aseguramiento, de planes, pues hay sustentos para que una persona se cambie de un seguro a otro. Evidentemente ahorita el PEAS quedó chiquito y está en actualización.</p> <p>Enfermedades raras y huérfanas es otro tema gigantesco, son pacientes que merecen atención, pero son de altísimo costo. Esos temas no los cubre el PEAS ni los planes complementarios, los cubre en teoría el Fiscal. Se complica porque muchos de los medicamentos que usan enfermedades son medicamentos que están en vías de ser aprobados por DIGEIMID y deben ser aprobados por el DIGEMID y estar en el protocolo para que el SIS lo cubra, eso está en la norma. Y muchos de estos medicamentos y procedimientos que suceden con raras y otras enfermedades en menos dimensión son medicamentos que están en pruebas, los visitadores médicos hacen su propaganda también y hacen que muchos medicamentos que están todavía en fase de incluirse y aprobarse por DIGEMID quieran ser aprobados y financiados, hay mucha presión, y en enfermedades raras y huérfanas eses es un tema complicadísimo.</p>
	<p><b>2. ¿Qué opciones tiene la población asegurada al SIS para atenderse por un diagnóstico no contemplado en el PEAS y los planes complementarios o en el FISSAL o cuando superan el tope por evento del mismo?</b></p> <p><u>Rpta.</u> - Simple y llanamente cambiarse de plan. El SIS tiene 5 planes, lo que se hace es que las personas que están en SIS gratuito que le cubre solo PEAS invitarlo a que se pase al SIS independiente que le cubre todo y en el caso de los pacientes del plan PYME que no tiene planes complementarios igual, se les pide que se pase al SIS independiente que pagan si es joven S/ 39 y si son adultos mayores S/68 si mal no recuerdo, mensuales y con eso tiene cobertura total. Esa</p>

era la posibilidad de pase de un plan a otro, si no podían hacer eso porque no podían pasarse por x razón, no había forma de poderlos ayudar, y ahí tenían que hacer un pago o ir a asistencia social del hospital para urgencias, aunque ya cada hospital cada vez hace menos diligencias obviamente. Ahí si hay un tema pendiente de ver.

**3. En el siguiente cuadro se muestran las transferencias y el intercambio a Essalud según información proporcionada por transparencia SIS según CORREO ELECTRÓNICO N° 1472-2020-SIS/TRANSP: Como se puede observar de las transferencias de y los recursos directamente recaudados, así como el intercambio con Essalud tienen valores que aumentan o disminuyen de un año a otro, con grandes subidas o disminuciones. ¿A qué se deben estas aparentes distorsiones? ¿cómo se justifican estas variaciones?**

	2014	2015	2016	2017	2018
Fissal	139,172,766	158,822,435	128,602,552	98,960,313	210,726,426
Recursos Ordinarios	1,110,722,807	1,389,126,809	1,515,581,387	1,393,220,028	1,613,834,693
Recursos Directamente recaudados	2,933,502	4,533,836	3,550,774	12,302,040	241,133
	<b>1,252,829,075</b>	<b>1,552,483,080</b>	<b>1,647,734,713</b>	<b>1,504,482,381</b>	<b>1,824,802,252</b>
Intercambio con Essalud	7,992,863	98,554	183,844	317,363	8,592,624

Rpta. En el tema de FISSAL, es RO puro o es parte del RO que viene para el SIS en total y una parte de recursos ordinarios se le asigna al FISSAL como unidad ejecutora independiente, pero los recursos y las necesidades que han tenido FISSAL realmente han ido en aumento pro estas cosas que he comentado, básicamente por el tema de hemodiálisis que se dispararon enormemente y el tema de cáncer. Si bien es cierto se cubre 7 cánceres, y allá hay un tema también que hay que corregir en el SIS y allá hay un tema que estábamos viendo y que hay que mejorarlo a futuro, es que FISSAL nace con 7 cánceres con el plan esperanza en el 2014, cubre 7 cánceres, pero no son todos los cánceres que existen, todo el resto de cánceres que es mucha mayor cantidad de gasto lo cubre el propio SIS cuándo debería estar en FISSAL que cubre la parte oncológica, ahí hay que hacer un reacomodo. Pero si efectivamente el SIS la tendencia es a subir el FISSAL. Por las limitaciones presupuestales es que se ha contenido, pero realmente debería haber subido. En el año 2019 se inyectaron recursos para poder salir porque los gastos del FISSAL eran muchos más.

3

Los recursos directamente recaudados son los que pagan los aportantes, ha habido épocas en la que se ha hecho mucha difusión del tema de independientes, del tema de microempresas, del NRUS que es el más fiel porque es a través de la SUNAT y es donde se capta mayor cantidad de plata. Si se revisa la captación, recursos ordinarios es lo que asigna el estado, el PIA es una asignación inicial y a lo largo del año el PIM puede variar, generalmente es hacia más porque te dan más recursos para gastos, pero evidentemente hay años que puede haber disminución, porque hubo una epidemia y que no sea extraño que por el COVID puede haber presupuestos que pueden haber disminuido en algunos sitios, eso es RO fluye por una cuerda independiente. Recursos directamente recaudados, el PIA que es el presupuesto inicial de apertura, es el cálculo que la misma institución hace de cuanto piensa que va a recaudar y el PIM se va moviendo conforme lo ideal es vas recaudando y ese presupuesto modificado lo puedes mover según tengas más o menos recursos, a mí me ha pasado en hospitales si tu previste recaudar 10 millones y recaudaste 5 no tenías como subir y tenías un PIA inicial alto pero mi recaudación era baja. En el SIS sucede al revés, lo que calculas de la recaudación de recursos directamente recaudados generalmente te quedas corto y las recaudaciones que tienes generalmente, qué es lo que realmente captas, es mucho más y el MEF es muy reacio a ampliarte la posibilidad de gastos, más aún en estos dos últimos años que ha habido ciertas limitaciones. Si revisas RR. contra la captación en cada uno de los años, en todos los años estás muy por debajo de lo que realmente se ha recaudado, ha quedado plata pendiente para usarse en los años siguientes, este es un primer tema que en parte explicas porque no puedes gastar tanto. Esta caída en 2018, hubo un informe de contraloría que era algo así como "corrupción en el sector público, caso SIS", para nadie fue ningún secreto de las aportaciones que había del sector público y el famoso caso Moreno que dio la vuelta al mundo, son acusaciones con IPRESS de lo público a lo privado, en ese año en mayo los RO se siguen gastando, pero se para el pago a IPRESS privadas, porque se tenía un escándalo terrible, se tenía acusaciones con todas las IPRESS privadas y se tenía que ver qué cosa estaba pasando. Los expedientes observados que están entre el 2 al 10%, en los expedientes de las Ipress privadas que habían pasado facturas al SIS y que muchas de ellas ya se habían pagado y que estaban en contraloría porque estaban mal facturadas o por sobrecostos o porque no se había dado la atención, en fin, había de todo, se tuvo que parar todo eso hasta hacer toda la parte de verificación. Te llega un expediente y puede tener observaciones porque se equivocaron en el nombre, en un número un medicamento que no va, se observan cosas que pueden ser levantadas, pero si tienes cosas como una gestación en un varón que no lo puedes cuadrar de ninguna manera a no ser que sea un nombre femenino y te hayas equivocado en el sexo masculino o 3 operaciones de cataratas en una persona que no es posible, hay cosas que no son levantables y se rechazan de todas maneras. Hemos tenido clínicas que se les ha rechazado el 90% de los expedientes presentados. Eso sale de la rutina de lo que se hace normalmente en el SIS, pero esto fue un caso muy puntual que sale de una serie de acusaciones que tuvo que hacerse una limpieza que en dos años solo se terminó una gran parte de las IPRESS privadas, pero era muy complicado hacer una evaluación de la parte

	<p>de prestación, sobre todo, porque ahí había que ser que sea emergencia y no una atención común, en fin toda la parte prestacional y la parte de la valorización que se había costeado y era súper alto. Todas esas cosas hicieron que se pararan y eso explica la baja del pago de RR.</p>
4	<p><b>¿Cómo funciona el proceso de auditoría médica de la pertinencia o no de las prestaciones a los afiliados al SIS? ¿Qué hacen con los expedientes que no cumplen las normas? ¿Cuál es el porcentaje de expedientes observados y rechazados definitivamente?</b></p> <p><u>Rpta.</u> - La Auditoría Médica de las prestaciones es realizada por la Gerencia de Evaluaciones y Prestaciones de Salud (GREP) según normas, protocolos y de acuerdo a los convenios o contratos correspondientes. Los expedientes que no cumplen con las normas o los convenios o contratos, son observados y devueltos a la IPRESS, para el levantamiento de observaciones, siempre que sean subsanables.</p> <p>Los porcentajes de observados y rechazados varía mucho. Aproximadamente entre 2 a 10%. Lo que puede ser subsanado, porque son observaciones que pueden ser levantadas que se les llama observado que pueden estar en el 5 o 6% y cuando se levantan las observaciones pueden pasar y los rechazados son un 2 o 3% la idea es que sean lo mínimo posible.</p> <p>Los rechazados son aquellos que no hay forma y eso sirvió en 2018 para tratar de agudizar un poco la detección y de mejorar la parte informática de que los varones no puedan ser tratado por gestación y que no hayan más de 2 operaciones de cataratas porque tienes 2 ojos y si hay una tercera porque la primera estuvo mal, pues hay una explicación, pero debe haber algo que explique. Los rechazados son los que ya no hay vuelta atrás, que hay una falla profunda y que muchas veces está dentro de lo que nosotros encontramos como problemas dentro de lo que podía ser delito. Entro de lo normal, común es dentro del 2 a 10% es lo que va variando hay regiones donde hay más, hay otras regiones que son muy pulcras y las observaciones son errores de digitación y se levantan fácilmente.</p> <p>Todas las evaluaciones prestacionales después pasan a la evaluación financiera, que es más fácil a no ser que haya algo muy evidente, que es la parte de cuanto se ha facturado y que todo esté dentro de los contratos, normas y convenios. Uno de los problemas de la parte financiera son esos medicamentos que no han tenido aprobación de DIGEMID y hay presión de los médicos, pero eso va con lo que es contrato y convenio con las normas aplicadas.</p>
B	<p><b>Desarrollo humano</b></p>
	<p><b>5. ¿Cuáles son los procesos de orientación y asistencia al ciudadano para su correcta inscripción en el plan SIS que le corresponde? ¿Considera que cumplen su función?</b></p> <p><u>Rpta.</u> - La Gerencia del Asegurado es la encargada de los procesos de afiliación y fidelización de los asegurados. Asimismo, brinda orientación a los asegurados para garantizar sus atenciones según cobertura. Se promociona y difunde los diferentes regímenes y planes y sus beneficios. Todos los procesos se realizan a través de diversos medios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea Telefónica: 05145555 ANEXO 1</li> <li>• INFOSALUD: 113</li> <li>• WhatsApp al 941 986 682</li> <li>• Marketing, vía redes sociales, Facebook, tweets, YouTube, Instagram.</li> </ul> <p>Se brinda atención a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 27 oficinas de Atención del Asegurado (OAAS) descentralizadas, localizadas en hospitales o oficinas regionales.</li> <li>• 06 módulos Atención al Ciudadano (MAC) 4 en Lima, 2 en Piura y Arequipa.</li> </ul>
	<p><b>6. ¿Considera que los mecanismos de control de afiliación al SIS acuerdo a sus modalidades y regímenes para el registro de afiliados son eficientes y cumplen su función? ¿Cuál considera la razón que exista más afiliados al SIS gratuito que población que cumple con los criterios? Aproximadamente el 50% de la población está afiliada al SIS gratuito y la tasa de pobreza es de 21% aproximadamente.</b></p> <p><u>Rpta.</u> - Ahí tenemos problemas no por la normatividad SIS propiamente dicho. Inicialmente el SIS afiliaba y lo hacía las asistentas sociales de los mismos establecimientos de salud. Se dijo que las asistentas sociales tenían mucho sesgo pues como conocían a la gente de su sector afiliaban a más personas de las que correspondía o sea no era tan pulcro el tema entre comillas y se pasó a algo que era más teóricamente a nivel nacional que era el padrón nacional de hogares a través del sistema de focalización y se le dio al MIDIS que hizo el padrón general de hogares (que ha servido para el pago de los bonos en la pandemia que ha causado problemas que identificamos en el SIS). Si tú tienes un Padrón general de hogares hecho en el 2012 o 2014 si mal no recuerdo la última actualización, en ese momento pudo haber mucha gente como pobre o pobre extremo, cómo gente que no estaba para ser pobre o pobre extremo, conforme ha pasado el tiempo hay mucha gente que ha migrado de un lado para otro y nos encontrábamos que encontraban a los chicos reality y cuando se averiguaba no tenían un contrato formal peruano y pasaban como pobres y uno de ellos tenía un niño y había una norma expresa que nos obligaba a afiliarse a los menores de 5 años.</p>

Entonces hay varias cosas de las normas que a veces se pierden y luego aparecen. Eso por un lado, cuando tú tienes a una persona que está catalogada en el padrón general de hogares como pobre o pobre extremo tú lo afiliás, y si no cambia ese padrón general de hogares no tienes como saber si dejó de ser pobre o no y no tienes como desafiliarlo o pasarlo a otro plan, porque según lo que tú ves sigue siendo pobre y eso pasaba con mucha gente y pasaba al revés y teníamos gente que no había sido pobre en ese padrón y por una razón había pasado bajo la línea de pobreza y lo que se hace en esos casos es pedirle a los municipios para que a través de las ULES (Unidades Locales de Empadronamiento) que coordinan con el MIDIS y el MIDIS les había delegado la potestad para que evalúen esas familias y poder catalogarlas como pobre o pobre extremo. En el camino hemos tenido mucha gente que a través de estas evaluaciones de ULE han sido catalogadas como pobre o pobre extremo. Ahora cómo no tenías como evaluar para sacarlos del tema y al afiliarlos tenían derechos ganados, era muy complicado sacarlos de la afiliación, entonces si hemos tenido serios problemas para serlo. Lo que empezamos a trabajar fue que a los afiliados que no habían hecho usos del SIS en cuatro o cinco años se les ponía como inactivo, y si se presentaba se le invitaba a afiliarse al SIS independiente o se le hacía una nueva evaluación, pero si por las normas no nos permitía desafiliarlos, el control es muy difícil de hacer, nos era muy complicado hacerlo y por otro lado teníamos mucha más gente afiliada al SIS que la que realmente es pobre o pobre extremo, éramos conscientes y no podíamos hacer mucho por sacarlos y por otro lado teníamos comunidades nativas, por poner algo muy claro, que eran pobres o pobres extremos de hecho sin necesidad de ahondar mucho, y que no estaban en el padrón general de hogares porque no tienen DNI y no tiene DNI toda la familia, desde el niño, los padres y los abuelos, porque no son ni siquiera ciudadanos, ahí hay otro tema con RENIEC que ha sido parte del trabajo del SIS, se han hecho alianzas con RENIEC y el MIDIS y se iba a comunidades nativas a través de los famosos PIAS a recorrer con ellos e identificar RENIEC, afiliación ahí el MIDIS hacía su trabajo de pobre o pobre extremo y se les afiliaba. Por los dos lados hemos tenido filtraciones, positivas y negativas.

### **Anexo 3: Autorización de acceso al campo**

Surco, 10 de junio del 2021

**Oficio N° \_\_\_\_\_ LTMV/CAEN**

**Señor**     Doctor Jefe del Sistema Integral de Salud – SIS. Jesús María

**Asunto :** Solicito autorización para recabar información.

**Ref.     :** Tesis de Doctorado titulada: “Análisis de la gestión del Seguro Integral de Salud y su impacto en el desarrollo humano 2014-2018”.

Es grato dirigirme a Ud. para saludarlo muy cordialmente y, al mismo tiempo, informarle que en el marco de la ejecución de mi tesis de Doctorado titulada: “Análisis de la gestión del Seguro Integral de Salud y su impacto en el desarrollo humano 2014-2018”, solicito a Ud. tenga a bien disponer se me otorguen las facilidades del caso para ingresar a las instalaciones de la Dependencia a su cargo, a fin de obtener la información requerida para la elaboración del informe final del trabajo de investigación antes señalado.

Agradeciendo de antemano la atención que le brinde al presente, es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración más distinguida.

Dios guarde a Ud.

---

Luis Teodomiro Moy Vargas

DNI: 25720386

## **Anexo 4: Autorización para el levantamiento de información**

Surco, 10 de junio del 2021

**Oficio N° \_\_\_\_\_ LTMV/CAEN**

**Señor**     Doctor Jefe del Sistema Integral de Salud – SIS. Jesús María

**Asunto :** Solicito autorización para recabar información.

**Ref.     :** Tesis de Doctorado titulada: “Análisis de la gestión del Seguro Integral de Salud y su impacto en el desarrollo humano 2014-2018”.

Tengo el honor de dirigirme a usted, para saludarlo muy cordialmente y, al mismo tiempo, informarle que en el marco de la ejecución de mi tesis de Doctorado titulada “Análisis de la gestión del Seguro Integral de Salud y su impacto en el desarrollo humano 2014-2018”, solicito a Ud. tenga a bien disponer se me otorguen las facilidades del caso para levantar información relevante, para la elaboración del informe final del trabajo de investigación antes señalado.

Agradeciendo de antemano la atención que le brinde al presente, es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración más distinguida.

Dios guarde a Ud.

---

Luis Teodomiro Moy Vargas

DNI: 25720386