

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, CONTABLES Y ADMINISTRATIVAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ECONOMÍA



TESIS

**“INFLUENCIA DE LA EJECUCIÓN DE LAS TRANSFERENCIAS
ECONÓMICAS REALIZADAS POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD
(SIS), EN LA MEJORA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
EN LA REGIÓN CAJAMARCA EN EL PERIODO 2013–2018”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ECONOMISTA

PRESENTADO POR:

BR. RAMÍREZ SAUCEDO GABRIELA DEL PILAR

ASESOR

DRA. NACARINO DÍAZ JANETH ESTHER

CAJAMARCA – PERÚ

2022

CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL ASESOR

DE: DR. JANETH ESTHER NACARINO DÍAZ

PARA: DR. JUAN ESTENIO MORILLO ARAUJO

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS CONTABLES Y ADMINISTRATIVAS

Presente:

Previo un atento saludo, por medio de la presente y en condición de asesor de tesis doy mi CONFORMIDAD a la tesis titulada: "INFLUENCIA DE LA EJECUCIÓN DE LAS TRANSFERENCIAS ECONOMICAS REALIZADAS POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS), EN LA MEJORA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN CAJAMARCA EN EL PERIODO 2013-2018", por cumplir con todos los procedimientos metodológicos y por su importante aporte al conocimiento científico, presentado por la Bach. Gabriela del Pilar Ramírez Saucedo, de la escuela académico profesional de Economía. Agradeciendo la atención que brinde a la presente, y reiterándole mis cordiales saludos quedo de usted muy agradecido.

Cajamarca, enero del 2023

Atentamente,


.....
DR. JANETH ESTHER NACARINO DÍAZ
ASESORA

DECLARACIÓN JURADA DE NO INCURRIR EN PLAGIO

Mediante el presente yo, **GABRIELA DEL PILAR RAMÍREZ SAUCEDO**, identificado con DNI N° **47577118**, **DECLARO BAJO JURAMENTO DE NO INCURRIR EN PLAGIO** que la TESIS que desarrollé para optar el Título Académico de Economista de la Escuela Académica Profesional de Economía de la Universidad Nacional de Cajamarca, se caracteriza por su originalidad según lo exigido por el Art. 85° del Reglamento de Grados y Títulos de la EAP-Economía, que el mismo no constituye plagio, ni copia de trabajo alguno y que la información que contiene está debidamente citada, constituyendo un aporte académico original.

Cajamarca, enero del 2023

Atentamente,



.....
GABRIELA DEL PILAR RAMÍREZ SAUCEDO

DNI: 47577118



UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
Norte de la Universidad Peruana
Fundada por Ley 14015 del 13 de febrero de 1962
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS,
CONTABLES Y ADMINISTRATIVAS**
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



"Año de fortalecimiento de la Soberanía Nacional "

El Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias Económicas Contables y Administrativas de la Universidad Nacional de Cajamarca- UI-FCECA-UNC- Mg.CPC EVELIO NERI MOSTACERO CUZCO, emite el siguiente:

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD DE TESIS

CARRERA PROFESIONAL	ECONOMIA
DOCUMENTO EVALUADO	Tesis de Pre grado.
AUTOR	Gabriela del Pilar Ramírez Saucedo
TITULO	<i>"INFLUENCIA DE LA EJECUCION LAS TRANSFERENCIAS ECONÓMICAS REALIZADAS POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS), EN LA MEJORA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN CAJAMARCA EN EL PERIODO 2013-2018"</i>
DOCENTE EVALUADOR	Dra. Janeth Nacarino Diaz
% DE SIMILITUD	9%

Observación:

La evaluación ha sido realizada por el Docente asesor de la tesis mencionada aplicando el Software anti plagio URKUND en cumplimiento de la Directiva N° 001-2020-VRI-UNC y Guía de aplicación de la misma aprobado por Resolución de Consejo de Facultad N° 035-2021-F-CECA-UNC, a las que me remito en caso necesario.

CONCLUSION: La tesis antes indicada, cumple con el **REQUISITO DE ORIGINAL** correspondiente de acuerdo a las normas antes señaladas.

OBSERVACIONES: Ninguna.

Cajamarca 24 de febrero del 2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CECA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Mg. CPC. Evelio Mostacero Cuzco

DEDICATORIA

*Dedicado a mis padres por su ejemplo de
amor y perseverancia, a mí querido Lino,
a mí rayito de luz que ha iluminado mi
norte VALERIA CATTALEYA.*

AGRADECIMIENTO

Un profundo agradecimiento a Dios, a los seres que me dieron la vida por haberme dado la oportunidad de culminar con mi carrera profesional y por el apoyo incondicional en esta etapa profesional. Agradecer a la profesora Janeth Esther Nacarino Díaz por su apoyo y asesoramiento continuo para finalizar mi tesis.

RESUMEN

La presente investigación se encuentra dentro del área de Economía Descriptiva y con línea de investigación en Economía Pública; siendo el tema de investigación a desarrollar la relación entre la ejecución de las transferencias económicas realizadas por el Seguro Integral de Salud (SIS), en la mejora de la prestación de servicios de salud, teniendo como objetivo general determinar la influencia de la ejecución de las transferencias económicas realizadas por el Seguro Integral de Salud (SIS) en la mejora de la a prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018. Para determinar el comportamiento de ambas variables y la relación que existe entre ellas, se ha utilizado diferentes métodos generales como: deductivo - inductivo, analítico – sintético e histórico; métodos específicos como: métodos descriptivos, el método estadístico y método econométrico. La presente investigación es descriptiva de corte longitudinal con un diseño no experimental.

En cuanto al resultado de la relación existente entre ambas variables se ha determinado a través de un modelo econométrico que, la ejecución de las transferencias económicas realizadas por el Seguro Integral de Salud (SIS) tienen un efecto positivo en la mejora de prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018; por lo que podemos decir que si se aumenta en 1% de las transferencias económicas la prestación de servicios mejoraría en un 0,4425%. Deduciendo así que las transferencias es uno de los factores importantes para mejorar la cobertura sanitaria en la Región.

Palabras claves: Gobierno Regional, Transferencias Económicas, Prestaciones de salud, Seguro Integral de Salud.

ABSTRAC

This investigation is in the area of Descriptive Economy and with a line of investigation in Public Economy; the investigation theme is to develop the relationship between the execution of economic transfers made by the Comprehensive Health Insurance (SIS) in the improvement of service delivery, the general objective being to determine the influence of the execution of economic transfers made by the comprehensive health Insurance (SIS) in the economic sector. Improvement of the provision of health services in the Cajamarca Region in the period 2013 – 2018. To determine the behavior of both variables and the relationship between them, different general methods have been used such as: deductive - inductive, analytical – synthetic, and historical; specific methods such as descriptive methods, the statical method and econometric. This is descriptive longitudinal research with a non – experimental design.

As for the result of the relationships between the two variables, it was determined through a statical model called econometric that the economic transfers made by the Comprehensive health Insuranse (SIS) have a positive effect on the health service in the Cajamarca Region in the period 2013 – 2018; so we can say that if one increases by 1% of the economic transfers, the provision of services would improve by 0.4425%. Thus, transfers are one of the important factors to improve health coverage in the Region.

Keywords: Regional Government, Economic Transfers, health Benefits, Comprehensive Health Insuranse.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	VI
ABSTRAC	VII
LISTA DE TABLAS	XII
LISTA DE FIGURAS.....	XIII
LISTA DE ANEXOS.....	XIV
ABREVIATURAS.....	XV
INTRODUCCIÓN	XVII
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO.....	1
1.1 Situación Problemática y Definición del Problema	1
1.2 Formulación del Problema	3
1.2.1 Problema General	3
1.2.2 Sistematización del Problema.....	3
1.3 Justificación.....	3
1.3.1 Justificación Teórico – Científico.....	3
1.3.2 Justificación Práctica	4
1.3.3 Justificación Institucional y Académica	4
1.3.4 Justificación Personal	5
1.4 Delimitación del Problema.....	5
1.4.1 Delimitación Espacio.....	5
1.4.2 Delimitación Tiempo	5

1.5	Objetivos de la Investigación	5
1.5.1	Objetivo General.....	5
1.5.2	Objetivos Específicos.....	5
1.6	Hipótesis y Variables	6
1.6.1	Formulación de la Hipótesis General	6
1.6.2	Formulación de las Hipótesis Específicas.....	6
1.6.3	Relación de Variables.....	6
1.7	Matriz de Operacionalización de Variables	7
1.8	Matriz de Consistencia	8
CAPÍTULO II.....		9
MARCO TEÓRICO.....		9
2.1.	Antecedentes	9
2.1.1.	Antecedentes Internacionales	9
2.1.2	Antecedentes Nacionales	12
2.1.3	Antecedentes Locales	17
2.2	Marco Legal	17
2.2.1	Ley General de Salud, Ley N° 26842	17
2.5.2	Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27657	18
2.5.3	Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, Reglamento, Ley N° 29344... 18	
2.5.4	Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, Ley N° 29459.....	18
2.3	Marco Conceptual	19
2.3.1	Salud Pública	19
2.3.2	Gasto social en salud	28
2.3.3	Gasto de los Hogares en Salud.	30

2.3.4 Justificación de la Intervención Pública en la Salud	33
2.3.5 Cobertura en Salud	35
2.3.6 SUSALUD	38
2.4 Marco Institucional	40
2.4.1 Seguro Integral de Salud (SIS)	40
2.5 Definición de los Términos Básicos	52
CAPÍTULO III.....	54
MARCO METODOLÓGICO.....	54
3.1 Nivel y Tipo de Investigación	54
3.2 Objeto de Estudio	54
3.3 Unidades de Análisis y Unidades de Observación.....	54
3.4 Diseño de la Investigación	54
3.5 Población y muestra	55
3.6 Métodos Generales de la Investigación.....	55
3.7 Métodos particulares de la investigación	56
3.8 Técnicas e Instrumentos de Investigación.....	57
3.8.1 Técnicas e instrumentos de recopilación de información.....	57
3.8.2 Técnicas de Procesamiento, Análisis y Discusión de Resultados.....	57
CAPÍTULO IV.....	59
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	59
4.1 Analizar la Ejecución de las Transferencias Económicas Realizadas por el SIS en la Región Cajamarca 2013-2018.....	59
4.1.1 Transferencias a las Unidades Ejecutoras de la Región Cajamarca	65
4.1.2 Transferencias al FISSAL en la Región Cajamarca	67
4.2 Prestación de Servicios de Salud en la Región Cajamarca 2013 - 2018.....	67

4.2.1 Establecimientos de Salud en la Región Cajamarca.....	68
4.2.2 Población afiliada a otros seguros de salud	70
4.2.3 Población Afiliada al SIS	71
4.2.2 Población Atendida Financiada por el SIS	74
4.2.4 Disponibilidad de Medicamentos	78
4.3 Determinar el Nivel de Influencia de la Ejecución de las Transferencias Económicas Realizadas por el SIS en la Mejora de la Prestación de Servicios de Salud en la Región Cajamarca en el Periodo 2013 – 2018.....	80
5.- Contratación de Resultados:.....	84
CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS	94

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Principales Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud el Perú	23
Tabla 2 Categoría de Establecimientos de Salud	27
Tabla 3 Principales tipos de Gasto de Bolsillo en Salud Perú 2013-2018.....	33
Tabla 4 Tipos de Seguros que Administra el SIS	43
Tabla 5 Rubros del Presupuesto Asignado al SIS 2014-2018	47
Tabla 6 Consolidado de las Transferencias y la Ejecución de las Transferencias al SIS	62
Tabla 7 Ejecución Transferencias a las Unidades Ejecutoras.....	66
Tabla 8 Ejecucion de las Transferencias del FISAL a la Region Cajamarca	67
Tabla 9 Categoría de Establecimientos de Salud hasta el 2019	68
Tabla 10 Población afiliada a los seguros hasta el 2017.....	71
Tabla 11 Afiliados según Regimen.....	73
Tabla 12 Numero de Atenciones y Atendidos	75
Tabla 13 Intensidad y Extencion de uso de SIS	76
Tabla 14 Cobertura en Medicamentos	80
Tabla 15 Resumen de los principales Indicadores	801
Tabla 16 Estimación de los Principales Indicadores	802

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Sistema Sanitario del Perú.....	22
Figura 2 Gasto Social en sus Principales Programas	29
Figura 3 Gasto de Bolsillo en el Perú	32
Figura 4 El SIS en el escenario Universal en Salud	36
Figura 5 Financiamiento de la Salud por Sectores de la Población.....	49
Figura 6 Ejecucion del Componente de Repocisión y Componente de Gestión	65
Figura 7 Afiliaciones en la Región Cajamarca 2013-2018.....	72
Figura 8 Atenciones Financiadas por el SIS 2013-2018.....	74
Figura 9 Diagnosticos mas Frecuentes en Porcentajes	78
Figura 10 Gasto de Bolsillo Per Capita Promedio mensual en medicamentos.....	79

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Lista de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas y Privadas.	95
Anexo 2 Desagregado de la Ejecución de las Transferencias a las Unidades Ejecutoras Año 2013.....	97
Anexo 3 Desagregado de la Ejecución de las Transferencias a las Unidades Ejecutoras Año 2014.....	98
Anexo 4 Desagregado de la Ejecución de las Transferencias a las Unidades Ejecutoras Año 2015.....	99
Anexo 5 Brecha de Medicamentos a Nivel del Perú	100
Anexo 6 Número de Afiliados al SIS por Región	101
Anexo 7 Las trece Consultas más Frecuentes de la Región Cajamarca.	102
Anexo 8 Principales tipos de Gastos de Bolsillo en Salud en Perú.....	103

ABREVIATURAS

AUS	: Aseguramiento Universal en Salud
DIRESA	: Dirección Regional de Salud
ESSALUD	: Seguro Social de Salud
FISSAL	: Fondo Intangible Solidario de Salud
IPRESS	: Institución Prestadora de Servicios de Salud
IAFAS	: Administración de Fondos para el Aseguramiento en Salud
PIA	: Presupuesto Inicial de Apertura
SIS	: Seguro Integral de Salud
EPS	: Entidad Prestadora de Servicio
MINSA	: Ministerio de Salud
PEAS	: Plan Esencial de Salud
SUSALUD	: Superintendencia de Salud
OMS	: Organización Mundial de Salud
OPS	: Organización Panamericana de Salud
MEF	: Ministerio de Economía y Finanzas
DIGEMID	: Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas
SISFHO	: El Sistema de Focalización de Hogares
PIB	: Producto Bruto Interno
MIDIS	: Ministerio de Inclusión Social
ANS	: Autoridad Nacional de Salud
UE	: Unidades Ejecutoras
NRUS	: Nuevo Régimen Único Simplificado

- PF** : Productos Farmacéuticos
- DM** : Dispositivos Médicos
- PS** : Productos Sanitarios
- BPA** : Buenas Practicas de Almacenamiento
- ARS** : Autoridades Regionales de Salud
- ODP** : Órgano Público Descentralizado
- SUNASA** : Superintendencia Nacional de Salud

INTRODUCCIÓN

El Seguro Integral de Salud es una entidad creada para la mejor administración de los recursos económicos con la finalidad de ofrecer protección de forma rápida y efectiva para la población; las transferencias económicas realizadas por el SIS a la Región Cajamarca son de gran ayuda para disminuir el gasto de bolsillo aminorando en la población cajamarquina la carga económica de un gasto; ya que, los servicios de salud son gratuitos por ley o sea toda persona tiene derecho a recibir.

Es importante que la ejecución de las transferencias económicas del SIS sean gestionadas de forma eficiente para mejorar las prestaciones de salud en la Región Cajamarca cerrando así las brechas existentes en medicamentos y atenciones; hasta el año 2018 existió una incidencia de la pobreza monetaria del 41.0% y una pobreza extrema del 11.2% (ENAH0, 2017), este es uno de los principales indicadores que nos demuestra que el gasto de bolsillo en salud para las familias es perjudicial en su economía.

La presente investigación tiene por objetivo general determinar la influencia de la ejecución de las transferencias económicas del Seguro Integral de Salud a las Unidades Ejecutoras de la Región Cajamarca para la mejora de prestación de servicios en salud, que tiene por finalidad dar lugar a un conocimiento pleno de cómo ha ido evolucionando y desarrollándose la ejecución transferencias del SIS en el periodo 2013 – 2018.

Para una mejor comprensión la investigación está dividida en 5 capítulos que son los siguientes:

Capítulo I: Planteamiento Metodológico; es el problema de investigación sobre la ejecución de los recursos económicos transferidos por el SIS a las Unidades Ejecutoras de la Región Cajamarca. Así como también; los objetivos de la investigación, el planteamiento de hipótesis y la relación existentes entre variables.

Capítulo II: Marco Teórico; abarca estudios sobre los seguros de salud pública en países vecinos y como los gobiernos han ido trabajando en ello; a nivel internacional, nacional y local, este capítulo está dividido en: antecedentes de la investigación, bases teóricas, base legal; por último, y no menos importante la definición de términos básicos.

Capítulo III: Marco Metodológico; en este capítulo se desarrolla el diseño de la investigación, el cual podemos decir que es no experimental porque no se realiza ninguna manipulación de datos y de corte longitudinal porque el estudio se basa en un determinado periodo de estudio (2013-2018). Los métodos usados en la investigación son Método Deductivo – Inductivo, Método Analítico – Sintético, Método Histórico, Método Estadístico y Método Econométrico usados para determinar la influencia de las transferencias económicas en la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca.

Capítulo IV: Resultados, Discusión, y Análisis; se describe cada una de las variables como son la ejecución de las transferencias económicas en la Región Cajamarca y la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca, para mayor entendimiento se ha realizado el desagregado de cada una de la variables tanto independiente como dependiente.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones; son conclusiones a las que se ha llegado, en los tres primeros años de estudio las Unidades Ejecutoras han realizado más gasto en

gestión que en reposición; sin embargo, son las transferencias del Seguro Integral de Salud que se encargan netamente del costo variable; el Ministerio de Salud es el encargado de dotar de infraestructura y equipamiento a los establecimientos de salud para que en coordinación con el SIS solo se encarga de los medicamentos necesarios y el costo variable cerrando las brechas en salud pública de la Región Cajamarca.

Además, con la presente investigación se espera que sea un pequeño paso en las investigaciones de salud pública con la finalidad de brindar la información necesaria de las ventajas y desventajas en la Región Cajamarca, a la vez de ayudar a nuestras autoridades a tomar mejores decisiones para el manejo de los recursos económicos y mejorar las condiciones de vida de la población.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 Situación Problemática y Definición del Problema

La salud pública en la actualidad para el gobierno del Perú y del mundo es su principal objetivo representado por un eje fundamental como medio y como fin para lograr el desarrollo sostenible; es parte fundamental del bienestar de la población. La salud tiene que marcar su espacio a partir de grandes y profundas transformaciones tanto en sus sistemas como en sus programas que tienden a acompañar la gradual y diferenciada transición epidemiológica. Los países latinoamericanos como: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Paraguay, Uruguay y Perú están incluyendo en la reforma de salud la idea de Aseguramiento Universal (AUS), que es considerado por varios expertos internacionales como una vía, para así, alcanzar la cobertura universal en atención en salud; según la Organización Mundial De Salud (OMS,2013, p.4) “Existe Cobertura Universal en Salud cuando todas las personas reciben los servicios sanitarios de calidad sin que ello les suponga dificultades económicas”. Cabe resaltar que la cobertura sanitaria necesita de la articulación de dos principales elementos; en primer lugar, tenemos: el uso de los servicios sanitarios, en segundo lugar, protección frente a los riesgos financieros o sea el gasto de bolsillo.

Una de las principales deficiencias en el sector salud en comparación con otros países es debido a distintos factores, siendo uno de ellos los bajos presupuestos y aun cuando ha ido en aumento en los últimos años sigue siendo limitado para que se tenga una cobertura efectiva, ya que ningún país ha sido capaz de aplicar una política de aseguramiento universal con un presupuesto de salud pública menor o igual al 6% de su PBI (OMS, 2017).

El Perú ha tomado la iniciativa del proceso de expansión de protección social en salud teniendo como principal seguro público y gratuito el Seguro Integral de Salud (SIS), que fue creado en el año 2000 con un cambio de estrategia; paso de un esquema focalizado en solo niños y madres a buscar el aseguramiento y cobertura universal de la población. Actualmente se cuenta con 31.99 millones de habitantes de los cuales el 52.2% de la población está asegurada a través del SIS (Boletín Estadístico, 2017), si bien es cierto más del 50% de la población está asegurada aún queda población sin tener un seguro de salud que garantice el no gasto de bolsillo. En los últimos 20 años en cuanto al logro de metas específicas con relación a la salud, los indicadores de: mortalidad materna infantil, la salud reproductiva, las enfermedades infecciosas y la desnutrición han ido disminuyendo (OMS,2017); sin embargo, no solo se debe limitar a reducir la prevalencia o incidencia de las enfermedades sino también a mejorar la prestación de servicios de la salud pública con la finalidad de reducir las inequidades existentes mediante la inclusión social, lo que implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso a los servicios de salud sin discriminación alguna.

El Seguro Integral de Salud ha tenido un gran avance en el país, pero, su proceso es lento a la hora de cerrar brechas por la falta de recursos económicos y de la buena gestión que garantice el buen funcionamiento de los establecimientos de salud y por ende se entrapa en una continua inercia presupuestal.

El Seguro Integral de Salud tiene el 83.46% de asegurados en la Región Cajamarca (Boletín Estadístico, 2018), lo que significa que es necesario aumentar las transferencias económicas y la eficiencia de la ejecución de ellas para contar con una mejor prestación de servicios en salud a la vez alivie con el gasto de bolsillo en salud a la población.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cómo influyó la ejecución de las transferencias económicas realizadas por el Seguro Integral de Salud (SIS) en la mejora de prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018?

1.2.2 Sistematización del Problema

- ¿Cómo ha sido la evolución de la ejecución de transferencias económicas realizadas por el SIS a la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018?
- ¿Cómo ha sido la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013- 2018?
- ¿Qué relación existe entre la ejecución de las transferencias económicas realizadas por el SIS y la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018?

1.3 Justificación

1.3.1 Justificación Teórico – Científico

La investigación se justifica desde el punto de vista teórico porque implica describir la relación que existe entre variables, ejecución de las transferencias económicas y la mejora de la prestación de servicios, teniendo en cuenta las distintas teorías para justificar la investigación como: políticas de gestión pública y economía de la gestión pública que integra las teorías de salud, su valor económico, la demanda y la oferta de atención médica y el presupuesto público.

La investigación se justifica desde el punto de vista científico porque aporta conocimiento de la relación entre las variables estudiadas con la finalidad de mejorar la calidad de vida y bienestar de la población afiliada al SIS accediendo a

un servicio de calidad, priorizando la población vulnerable en situación de pobreza y pobreza extrema de la Región Cajamarca.

1.3.2 Justificación Práctica

La investigación se justifica desde el punto de vista práctica porque determina a través distintas herramientas la relación entre variables, brindando información de los resultados de cada variable con la finalidad de contribuir con las autoridades correspondientes para la buena gestión de los funcionarios a la hora de tomar decisiones respecto a la ejecución de las transferencias de los recursos económicos en la Región Cajamarca.

1.3.3 Justificación Institucional y Académica

La presente investigación se justifica desde el punto de vista institucional; dado que en el Reglamento de Grados de la Escuela Académico Profesional de Economía de la Universidad Nacional de Cajamarca está establecido que, para la obtención del Grado Académico de Licenciado en Economía, se debe elaborar, presentar y sustentar un trabajo de investigación.

La presente investigación se justifica desde el punto de vista Académica; porque se ha aplicado los conocimientos adquiridos sobre la teoría económica durante mi estancia en la Universidad Nacional de Cajamarca para lograr obtener los resultados que servirán como guía y fuente de información para estudiantes interesados en el tema de salud. Siendo un aporte no solo a la institución sino a las autoridades encargados de la salud pública en la Región Cajamarca.

1.3.4 Justificación Personal

La presente investigación tiene como principal finalidad ampliar mis conocimientos dentro del sector de la economía, especialmente en Salud; ya que, es una rama que recientemente está tomando fuerza e importancia para la eficiente administración de los recursos.

1.4 Delimitación del Problema

1.4.1 Delimitación Espacio

La investigación se realizó en la Región de Cajamarca

1.4.2 Delimitación Tiempo

La investigación tiene como periodo de estudio los años 2013 – 2018

1.5 Objetivos de la Investigación

1.5.1 Objetivo General

Determinar la influencia de la ejecución de las transferencias económicas realizadas por el Seguro Integral de Salud (SIS) en la mejora de la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Analizar la ejecución de las transferencias económicas realizadas por el SIS en la Región Cajamarca en el periodo 2013-2018.
- Analizar la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013- 2018.
- Determinar la relación entre la ejecución de las transferencias económicas realizadas por el SIS y la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018.

1.6 Hipótesis y Variables

1.6.1 Formulación de la Hipótesis General

La ejecución de las transferencias económicas realizadas por el Seguro Integral Salud (SIS) a las Unidades Ejecutoras influyeron positivamente en la prestación de servicios de salud en la Región de Cajamarca 2013-2018.

1.6.2 Formulación de las Hipótesis Específicas

- La evolución de la ejecución de transferencias económicas realizadas por el SIS en el periodo 2013-2018 ha sido de tendencia creciente en los 5 años consecutivos.
- La prestación de los servicios ha ido mejorando conforme la ejecución de las transferencias económicas realizadas por el SIS han ido aumentando en el periodo 2013-2018.
- La relación entre la ejecución de transferencias económicas realizadas por el SIS a las Unidades ejecutoras es positiva con respecto a la mejora de la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018.

1.6.3 Relación de Variables

- **Variable Y** : Mejora de prestación de servicios en salud
- **Variable X** : Ejecución de las transferencias económicas

Mejora de Prestación de Servicios en Salud \cong f (Ejecución de las Transferencias Económicas)

1.7 Matriz de Operacionalización de Variables

	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍNDICE	FUENTE DE INFORMACIÓN
<p>HIPÓTESIS</p> <p>La ejecución de las transferencias económicas realizadas por el Seguro Integral de Salud a las Unidades ejecutoras influyeron positivamente en la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013 - 2018.</p>	<p>Variable X:</p> <p>Ejecución de las Transferencias económicas del SIS:</p>	<p>SIS es una entidad encargada básicamente de administrar un esquema de financiamiento de las prestaciones de salud, es la que trasfiere recursos del presupuesto como reembolsos por las atenciones brindadas a la población, en función de las prioridades sanitarias.</p>	<p>Transferencias económicas a las Unidades Ejecutoras</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Transferencias anuales. ✓ Transferencias a las unidades ejecutoras ✓ Transferencias al FISSAL 	<p>✓ Monto anual en soles (S/)</p>	<p>Ministerio de Economía y Finanzas, Seguro Integral de Salud, Dirección Regional de Salud.</p>
	<p>Variable Y:</p> <p>Prestación de servicios en salud:</p>	<p>La prestación de salud garantiza el derecho pleno y progresivo de toda la población peruana a la seguridad social en salud.</p>	<p>Aseguramiento Universal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Afiliados al SIS 	<p>✓ Número de asegurados anuales</p>	<p>Ministerio de Salud Boletín Estadístico del SIS INEI DIGEMID</p>
		<p>Cobertura en salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atendidos por el SIS ✓ Establecimientos de salud. ✓ Disponibilidad de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de atendidos anuales. ✓ Número de establecimientos de salud. ✓ Número de medicamentos por años. 		

1.8 Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	NIVEL DE INVESTIGACION
<p>Problema general ¿Cómo influyó ejecución de las transferencias económicas realizadas por el Seguro Integral de Salud (SIS) en la mejora de la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Cómo ha sido la evolución de la ejecución de las transferencias económicas realizadas por el SIS a la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018? ¿Cómo ha sido la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018? ¿Qué relación existe entre la ejecución de las transferencias económicas realizadas por el SIS y la prestación de servicios en la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018? 	<p>Objetivo general Determinar la influencia de la ejecución de las transferencias económicas realizadas por el Seguro Integral de Salud (SIS) en la mejora de la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Analizar la ejecución de las transferencias económicas realizadas por el SIS en la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018. Analizar la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018. Determinar la relación entre la ejecución de las transferencias económicas realizadas por el SIS y la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018. 	<p>Hipótesis general La ejecución de las trasferencias económicas realizadas por el SIS a las Unidades Ejecutora influyeron positivamente en la prestación de servicios de salud en la Región de Cajamarca 2013 – 2018.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> La evolución de la ejecución de transferencias económicas realizadas por el SIS en el periodo 2013 – 2018 ha sido de tendencia creciente en los 5 años consecutivos. La prestación de los servicios ha ido mejorando conforme la ejecución de las trasferencias económicas realizadas por el SIS han ido aumentando en el periodo 2013 – 2018. La relación entre la ejecución de transferencias económicas realizadas por el SIS a las Unidades ejecutoras es positiva con respecto a la mejora de la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018. 	<p>Variable Y: Prestación de servicios en salud</p> <p>Variables X: Ejecución de las Transferencias económicas por el SIS</p>	<p>Este estudio está dentro del tipo de investigación descriptiva selección correlacional y de corte longitudinal, porque nos permitirá conocer la situación a través de la descripción, se recogerá información sobre la base de una hipótesis y la información se resumirá de manera cuidadosa para que se analicen los resultados con el fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento de la salud ya que la investigación busca mejorar la cobertura de servicios en salud en la Región Cajamarca a través del crecimiento de las trasferencias económicas realizadas por el SIS.</p>

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

- Knaul et al. (2013); en este artículo especial denominado: “Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México”, la cobertura universal en México inicia con la disconformidad de tener un sistema enfermo tanto fragmentado como desigual. Empezando así con una reforma desde el año 1983, siendo una segunda reforma en el 2003 donde se crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y una tercera etapa la calidad de atención en salud. Es así, que después de nueve años de implantada la reforma empieza a dar frutos y la cobertura universal llega a 52,6 millones de mexicanos que no contaban con ningún seguro de salud. Su principal objetivo es llegar a una protección social en salud que comprende tres dimensiones según menciona el autor: 1.- Protección contra los riesgos o sea comprende la vigilancia, prevención y regulación; 2.- Protección de los pacientes a través de la garantía de la calidad médica, 3.- Protección financiera.

En conclusión, la reforma ha cumplido con uno de sus principales objetivos: reducir las diferencias en el financiamiento público entre los no asegurados y los asegurados; se puede decir que en México se fue alcanzando la reducción del gasto de bolsillo que se produjo entre la población que no tenía seguro (que después se afilió al Seguro Popular), de 6.3% en 2000 a 5.9% en 2004 y 4.6% en 2010.

La reforma mexicana aporta información esencial; ya que, a través de su experiencia nos ilustra la manera de garantizar una protección en salud a la

población no asalariada a través del acceso legislado a un paquete integral de servicios.

- Becerril et.al, (2011) en su artículo especial denominado: “Sistema de Salud de Brasil”, nos da a conocer sobre como se desarrolla su sistema; este está compuesto por el sector público con un 75% de cobertura, creado en 1988 el Sistema Único de Salud (SUS) y un 25% sector privado que complementa la asistencia de los servicios públicos es el Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS). Su objetivo principal de esta investigación es conocer las condiciones de salud, e implantar nuevas y diversas políticas de salud inicialmente para la disminución de la mortalidad infantil y aumento de la esperanza de vida. La reforma histórica en la constitución federal de 1988 permite que este acceso sea universal e igualitario tanto en la protección como en la recuperación de la salud y es el estado el responsable de la proveer de servicios pero a la vez esta carece de fondos suficientes; la descentralización de los servicios hacia los estados y municipios a jugado un papel importante ya que los estados están obligados a destinar un mínimo del 12% del presupuesto total a la salud y los ayuntamientos deben invertir el 15% de su presupuesto en salud.

La principal conclusión es el problema de financiación en Brasil; sin embargo, se a registrado mejoras significativas en sus resultados sanitarios dando grandes saltos pero aun le falta mucho por hacer. Se han propuesto una serie de estrategias dentro de las cuales destacan: 1.- Romper el aislamiento del sector salud involucrando otras áreas relacionadas con las necesidades de a población. 2.- Establecer claramente la responsabilidad y los derechos de los usuarios. 3.- Intensificar la participación y control social. 4.- Profundizar el modelo de gestión y promover la

descentralización solidaria, tener contratos de gestión y financiamiento mixto. 5.- Ampliar capacidades reguladoras del estado reconociendo a la salud como un bien social, asegurando el respeto por los usuarios. 6.- Superar el subfinanciamiento (se expresa en largos tiempos de espera) de la salud producto de imperativos económicos.

- Bolaños (2015); en su artículo de investigación denominado: “La concepción de justicia en la cobertura universal de salud, Colombia”, el objetivo del autor de este artículo nos brinda un análisis de la política pública del Sistema General de Seguridad en Salud (SGSS) y el modelo colombiano que se planteó como un punto medio; un modelo público unificado, donde el estado financia y suministra directamente servicios a través de un sistema único integrado verticalmente y un modelo privado atomizado, financiado principalmente con gasto de bolsillo de los consumidores o con múltiples seguros de salud que reembolsan a las instituciones prestadoras de servicios de salud. El autor llega a la conclusión que después de 24 años con este modelo muestra que, recién tiene un impacto positivo en el incremento de la esperanza de vida y disminución de la mortalidad infantil; son resultados de grupos que llegan a acceder a la atención en salud; sin embargo, se requiere de un cambio estructural, se necesita una cobertura universal efectiva que reduzca las barreras para el acceso a la salud. Como hemos visto anteriormente en el caso de México y Brasil; en Colombia también ahonda las deficiencias de financiación y aseguramiento y a la vez se le suma las barreras geográficas, económicas y sociales, ya que no se está siendo inclusivo. La discusión sobre todos los seguros de salud en la mayoría de países no es el resultado de la cantidad de

afiliaciones, si no, de la evidente limitación a un acceso efectivo para brindarles un servicio adecuado a sus necesidades.

Desde el acuerdo 04 del 2009 y hasta el acuerdo 32 del 2012, se ha visto una unificación gradual de servicios por grupos de población, lo cual dice que 22 millones de colombianos afiliados al régimen subsidiado podían acceder a los mismos servicios de salud que tenían los afiliados al régimen contributivo; proceso de unificación del plan de beneficios que trata de confirmar en el Análisis puntual del periodo 2011-2012 encontrando en la investigación que este supuesto no se está cumpliendo. No se trata de distribuir a todos lo mismo y por igual, sino de darle a cada cual según su necesidad. La salud es un bien público que tiene que financiarse con la riqueza de la sociedad.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

- Alfageme (2012); en el informe denominado: “Algunas reflexiones sobre la Ley de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú”, el autor nos describe el contexto del proceso del aseguramiento universal en el cual nos indica, que uno de sus principales objetivos es el fortalecimiento del sistema de salud, combatir la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud y sobre todo avanzar con la equidad en los servicios. Entre el año 2007 y 2009 la población afiliada al SIS ha incrementado del 6,9 a 12,6 millones de personas; la atención principalmente es para las madres gestantes y los niños menores de 5 años trayendo un gran impacto positivo tanto en la mortalidad y la desnutrición infantil. Aunque su rápida expansión a puesto en evidencia la precariedad de la infraestructura, personal sanitario y los problemas de financiamiento. El SIS tiene los siguientes componentes de aseguramiento: el subsidiado, contributivo y semicontributivo se debe considerar, además, el crecimiento de una población de adultos mayores sin

sistemas de protección por lo que implica también crear una cultura de aseguramiento e incentivo a los trabajadores independientes del sector formal e informal para incorporarse en el régimen contributivo y no subsidiado.

En conclusión, el desarrollo del nuevo modelo de aseguramiento universal plantea la necesidad de crear estrategias que ayuden a desarrollar instituciones sólidas y adecuadas al nuevo modelo y mecanismo sostenible de asignación de recursos financieros. El MINSA como conductor de este proceso debería compatibilizar las prioridades nacionales y regionales de salud, con énfasis especial en las acciones de prevención, mejoramiento en la gestión de recursos y acceso equitativo a la salud de calidad.

- Campos (2015); en el artículo denominado: “Reforma del Sistema de Salud en el Perú” establece que, la reforma de la salud es un proceso largo y costoso que abarca al Estado. En el reporte 2010 - 2011, Perú ocupaba el puesto 73 entre 142 países. El objetivo de este estudio consistente en el análisis de 12 pilares, uno de los cuales tenía que ver con nuestro pobre ranking en salud y educación. Para los años 2014 - 2015 muestra que el país permanece estancado en el puesto 65 a pesar de su crecimiento económico. Sucede que sigue cayendo en 8 de los 12 pilares en los que se basa el estudio. En salud estamos en el puesto 94 de 144 países, Perú apenas salió del tercio inferior en que lo colocaba la OMS en el año 2000. Se debe hacer una reforma muy amplia y compleja iniciando por brindar a la población los servicios básicos de agua y saneamiento, ya que sin estos servicios la población es más vulnerable a adquirir distintas enfermedades. Otra de las reformas es en la educación médica ya que en la mayoría de universidades del Perú se tiene un sistema obsoleto de acreditación y es necesario conformar un directorio

corporativo de acreditación, independiente de las escuelas y del Estado, compuesto por pedagogos y administradores médicos, especialistas en resultados basados en evidencias e informática, y contratados con el apoyo de prestigiosas fundaciones internacionales, asimismo la creación de fiscalizadores y control de calidad en la atención. Es para el Perú necesario tener acceso a medicamentos de calidad, los genéricos son prioridad; sin embargo, las empresas farmacéuticas pueden y deben contribuir al abaratamiento de las medicinas.

La principal conclusión es que las compras deben hacerse por una entidad especializada no gubernamental, con personal de probada honradez y eficiencia. La receta médica debe ser obligatoria para la venta de fármacos esenciales. Hay que continuar la lucha contra la mafia de medicamentos falsificados, el control de calidad de medicinas importadas debe realizarse en Perú.

- Ginocchio (2018); en su tesis denominada: “Análisis del gasto de bolsillo en salud en el Perú”, su objetivo principal es dar a conocer la importancia del gasto de bolsillo que se genera de manera inesperada para las familias puede poner en riesgo su salud y la vida de las personas o de incurrir en el gasto de bolsillo puede llevar al empobrecimiento de la familia. La OMS insta a los países a incrementar el financiamiento público para contrarrestar el crecimiento del gasto de bolsillo. Hay que aclarar que el gasto del bolsillo se genera por una realidad impuesta al tener que gastar para dar una mejor calidad de atención a nuestros seres queridos aun sabiendo que los puede llevar al empobrecimiento. De la investigación que se ha realizado hemos sacado las principales conclusiones: 1.- El aseguramiento no garantiza un aseguramiento efectivo que se traduzca siempre en mayor acceso. Al existir una brecha entre el aseguramiento y el aseguramiento efectivo éste pierde

valor en la población como mecanismo de protección financiera. 2.- El incremento del aseguramiento en los asegurados del SIS y el incremento de la demanda de servicios han puesto en evidencia las dificultades de la oferta de servicios para dar atención a éstos. El comportamiento de la demanda se dividió según la condición de pobre y no pobre, mientras que los pobres orientaron su demanda hacia las farmacias con automedicación y remedios caseros, los no pobres orientaron su demanda a farmacias, consultorios y clínicas. 3.- El aumento del gasto público en salud ha permitido disminuir la participación del gasto de bolsillo dentro del gasto total, pero en términos absolutos el gasto de bolsillo en salud ha sido creciente para los hogares. La comparación con otros países muestra un gasto público insuficiente (menor al 6% del PIB) con un gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud por encima del 20% recomendado por la OMS; que lo pone dentro del de países con sistemas inequitativos.

- Larrain et. al, (2018); en la tesis denominada “Propuesta de mejora de proceso de abastecimiento de medicamentos a travez de compras corporativas, para mejorar el acceso a medicamentos de los asegurados del Seguro Integral de Salud”, siendo su objetivo principal de la tesis: Analizar y evaluar las causas por las cuales los asegurados del SIS, que van a la consulta externa en el primer nivel de atención, no reciben los medicamentos prescritos. Sus principales conclusiones son: La mejora del proceso de abastecimiento de medicamento mediante compra corporativa; lo que permitirá atender de manera oportuna los establecimientos de salud pública. De esta manera el Estado brindará servicios de salud a los asegurados del SIS, que esté acorde con las necesidades y en su oportunidad, mejorando su calidad de vida y haciendo buen uso de los recursos públicos. La creación del fondo rotatorio de

medicamentos permitirá obtener los siguientes beneficios: 1.- Evitar que las entidades participantes destinen el presupuesto asignado para la adquisición de medicamentos a la contratación de otros bienes o servicios. 2.- Evitar retrasos en la emisión de la disponibilidad presupuestal que afecten las convocatorias, suscripción de contratos y se garantice los pagos. 3.- Asegurar la disponibilidad de los medicamentos en las IPRESS de acuerdo con sus necesidades. La determinación de roles de los principales actores mediante instrumentos legales, permitirá el cumplimiento de sus funciones oportunamente, bajo responsabilidad, llevando consigo que el proceso de las compras corporativas se lleve a cabo dentro de los lineamientos y en los plazos establecidos. 4.- El acceso a los proveedores a la información del consumo de los medicamentos según su contrato, permitirá que estén preparados y respondan de manera rápida ante las necesidades de abastecimiento.

- Neelsen & O'Donnell (2017); en su artículo “¿Universalismo Progresivo? El impacto de la cobertura específica en el acceso a la atención médica y los gastos en Perú”, su objetivo principal de los autores es estudiar los efectos del SIS sobre variables relacionadas con el uso de cuidado de salud y los gastos en salud. De acuerdo con sus principales conclusiones: 1.- Existe un fuerte efecto de la cobertura del SIS sobre el uso de servicios en especial, en cuidados curativos. 2.- Los efectos son mayores en el uso de tratamientos como: el caso de cirugías, servicios como análisis médicos y receta de medicamentos. 3.- Los efectos son menos positivos en los cuidados preventivos. 4.- Se observan efectos positivos en el nivel y en la variabilidad del gasto de bolsillo, que principalmente se debe a un

aumento en el gasto por medicamentos y cuidados hospitalarios por las limitaciones en la oferta.

2.1.3 Antecedentes Locales

- Pinchi (2018); en la revista denominado “El Seguro Integral de Salud en el bienestar de la población de la Provincia de Jaén – Región Cajamarca” establece que la investigación centró su interés en el Seguro Integral de Salud (SIS) y cómo este sistema incide en el bienestar de sus afiliados, bajo la premisa, se concluye: que para la mayoría de colaboradores el Seguro Integral de Salud cumple con los lineamientos establecidos por los órganos competentes; esto porque la población más desfavorecida está afiliada al régimen subsidiado, a la vez, cumple en gran medida con la protección financiera y protección social que se requiere para las prestaciones de salud y se garantiza el acceso a los servicios de salud a los que lo solicitan.

2.2 Marco Legal

2.2.1 Ley General de Salud, Ley N° 26842

Artículo N° 3.- Toda persona tiene derecho a recibir servicios de salud en cualquier establecimiento, atención médica - quirúrgico de emergencia cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o salud.

Artículo N° 122°.- La autoridad de salud se organiza y se ejerce a nivel central, desconcentrado y descentralizado. La autoridad de salud la ejercen los órganos del poder ejecutivo y los órganos descentralizados de gobierno, de conformidad con las atribuciones que le confiere sus respectivas leyes de organización y funciones, leyes orgánicas especiales en el campo de la salud.

2.5.2 Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27657

Artículo N° 2.- El ministerio de salud es un órgano del poder ejecutivo, es el ente rector del sector salud que conduce, regula y promueve la intervención del sistema nacional de salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana.

Artículo N° 19.- El proceso de financiamiento tiene como objetivo funcional general captar los recursos financieros necesarios para lograr los objetivos, metas y estrategias planeadas de recursos programados.

Artículo N° 36.- el Seguro Integral de Salud tiene como misión administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual conformidad con la política del Sector Salud.

2.5.3 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, Reglamento, Ley N° 29344

Artículo N° 3.- El aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

2.5.4 Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, Ley N° 29459

Artículo N° 1.- La presente Ley define y establece los principios, normas, criterios y exigencias básicas sobre los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de uso en seres humanos, en concordancia con la Política Nacional de Salud y la Política Nacional de Medicamentos, las cuales deben ser

consideradas por el Estado prioridades dentro del conjunto de políticas sociales que permitan un acceso oportuno, equitativo y con calidad a los servicios de salud.

Artículo N° 26.- De la obligación de brindar facilidades para el control y vigilancia sanitaria. Los establecimientos regulados en la presente Ley están obligados a brindar todas las facilidades a los órganos desconcentrados de la Autoridad Nacional de Salud (OD), la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos (PF), Dispositivos Médicos (DM) y Productos Sanitarios (PS), las Autoridades Regionales de Salud (ARS) y las Autoridades de Productos Farmacéuticos (PF), dispositivos médicos (PM) y productos sanitarios (PS) de nivel regional (ARM), según corresponda, para realizar las acciones de control y vigilancia sanitaria.

Artículo 30.- Del uso racional de medicamentos. La Autoridad Nacional de Salud (ANS), sus organismos desconcentrados (OD), la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM), las autoridades regionales de salud (ARS) y las autoridades de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de nivel regional (ARM) fomentan el uso racional de medicamentos en la atención de salud, en los profesionales de la salud y en la comunidad, priorizando el uso de medicamentos esenciales en concordancia con la Política Nacional de Medicamentos.

2.3 Marco Conceptual

2.3.1 Salud Pública

En el Perú la salud pública está en el marco de las grandes prioridades, retos y responsabilidades que se debe asumir para lograr identificar los principales problemas de salud que afecta a la población; motivar la investigación en el desarrollo de acciones de protección y promoción de la salud, la prevención de

enfermedades en los diferentes niveles de atención. Se tiene que lograr una mayor investigación profunda del sistema sanitario para lograr la cerrar brechas lo que significa la disminución de las diferencias para que todos tengan igualdad de oportunidades de salud. La definición de salud pública según:

- El Dr. Winslow (1991) es: “la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y la eficiencia mediante esfuerzos comunitarios organizados en pro de la sanidad del medio ambiente, el control de las infecciones comunitarias y la educación del individuo en los principios de higiene personal; la organización de los servicios médicos y de enfermería para un diagnóstico precoz y tratamiento preventivo de la enfermedad, y el desarrollo de la maquinaria social que le asegure a cada individuo dentro de la comunidad el nivel de vida adecuado para el mantenimiento de su salud”. (p.47)
- La OMS y la OPS (2012): “es la respuesta organizada de una sociedad dirigida a promover, mantener y proteger la salud de la comunidad, y prevenir enfermedades, lesiones e incapacidad”, son dos organismos internacionales encargados por velar la salud de millones de personas sin importar en el país en el que se encuentre; tienen como principal objetivo construir un futuro mejor y más saludable para las personas de todo el mundo.

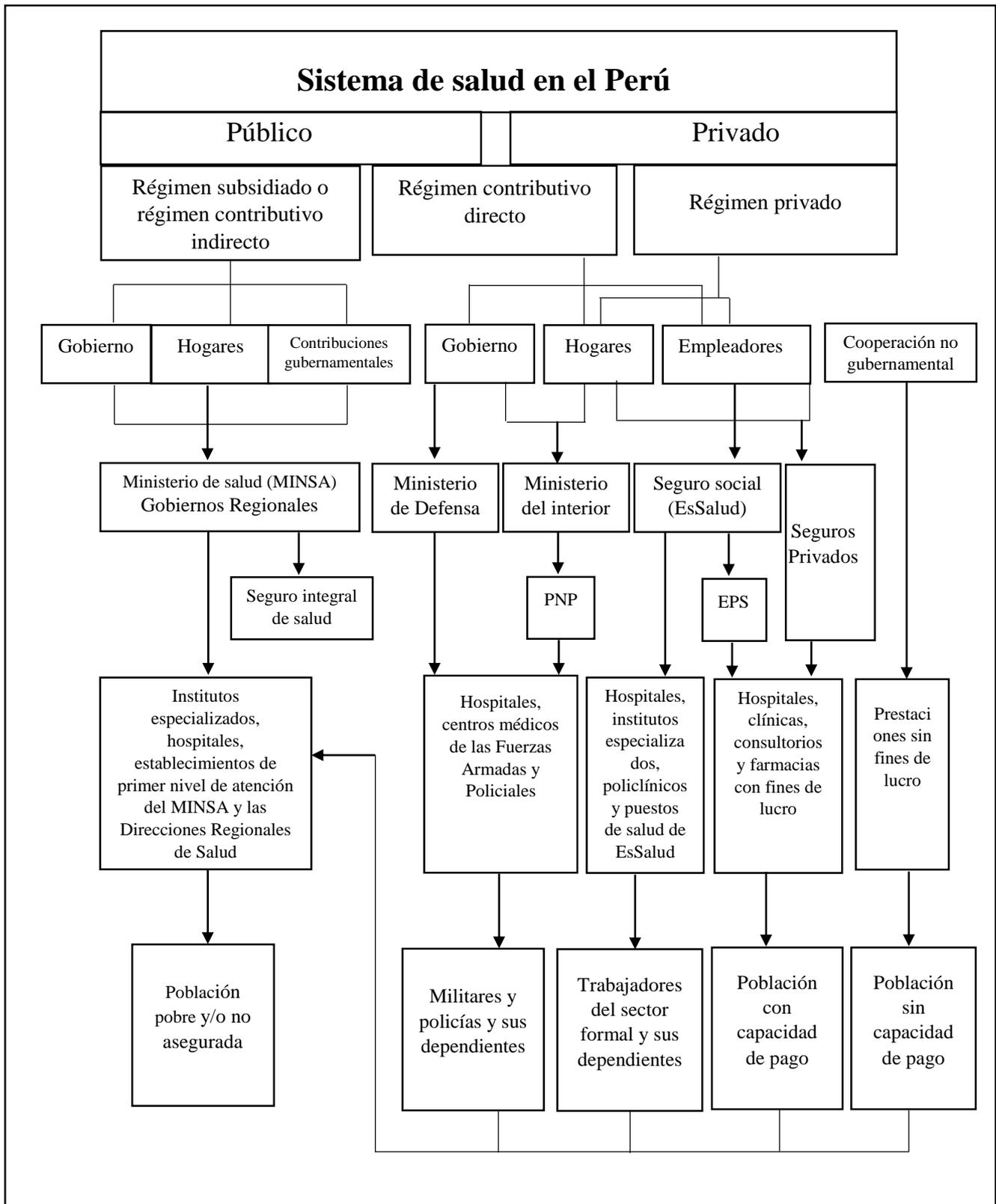
2.3.1.1 Sistemas Sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), considera al sistema sanitario: “Un conjunto complejo de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares públicos y comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines”. El Perú cuenta con un sistema sanitario dividido entre el sector público y privado como se observa en la figura 1, el sector público está

encargado por: Ministerio de salud (MINSa) a través del SIS tiene afiliados a 13 millones de la población, Ministerio de defensa (FFAA) y Ministerio del interior (PNP) afiliados 1.3 millones. El sector privado tenemos distintos seguros privados (RIMAC, PACIFICO, ONCOSALUD, etc.). El único seguro mixto que pagan todos los trabajadores, pero brinda servicios el estado es ESSALUD con 9.2 millones el número de afiliación es hasta el año 2012 según (ESSALUD, 2013).

Figura 1

Sistema Sanitario del Perú



Nota: La figura es un resumen de como se conforma el Sistema de Salud en el Perú y los tres regimenes principales son: el subsidiado, el contributivo y privado. Tomado del informe SIS 2011 Alcalde Rabanal, Sistema de Salud del Perú.

2.3.1.2 Instituciones Administradoras de Fondos Administradoras de Salud

(IAFAS).

Las IAFAS son aquellas empresas públicas y privadas o mixtas creadas con la función de captar y gestionar fondos para la cobertura de las atenciones en salud minimizando el riesgo de salud bajo cualquier modalidad. Actualmente, se cuenta con 45 IAFAS según (SUSALUD, 2018) (ver ANEXO 1) entre públicas y privadas, en la tabla 1 se observa las cinco IAFAS con mayor afiliados activos entre los años 2013- 2018. En primer lugar, tenemos al SIS con 17'446,821 personas afiliadas y en segundo lugar ESSALUD con 9'520,897 personas afiliadas hasta el año 2018.

Tabla 1

Principales Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud el Perú (Número de afiliados)

Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en salud	Años					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Seguro Integral de Salud	11'814,620	15'079,371	16'078,993	16'407,505	16'211,621	17'446,821
Essalud	8'448,238	7'594,055	8'303,456	9'874,390	9'832,431	9'520,897
Saludpol	86,813	105,966	360,538	443,109	431,443	440,824
Oncosalud S.A.C	281,159	343,967	503,970	416,079	416,038	810,065
Pacifico S.A. EPS	371,204	396,886	365,982	405,536	398,769	375,610
Rímac S.A EPS	359,558	376,262	322,892	371,066	388,478	341,286

Nota: Esta tabla indica las aseguradoras que más afiliados tiene el Perú, las tres primeras son administradas por el sector público (SIS, ESSALUD Y SALUPOL) y las tres siguientes son administradas por el sector privado (ONCOSALUD S.A.C, PACIFICO S.A, RIMAC S.A). Los datos son proporcionados por el Registro de Afiliados al AUS-2013, reportado por cada una de las IAFAS.

2.3.1.3 Instituciones Prestadoras de Sevisios en Salud (IPRESS).

Las IPRESS son instituciones públicas, privadas o mixtas, creadas con el objetivo de prestar servicios de salud. Para poder ejercer esta función están obligadas a registrarse ante SUSALUD. Sus funciones son:

- Brindar los servicios que correspondan a su nivel resolutivo a los afiliados y derecho habientes dentro de los parámetros y principios determinados en el reglamento.
- Su principio fundamental es la prestación de servicios con características de la calidad y oportunidad. Gozan de autonomía administrativa y financiera.
- Para que una institución pueda constituirse como una IPRESS deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.
- Las IPRESS están facultadas para vender servicios a las IAFAS e intercambiar servicios entre sí.
- Las IPRESS son responsables frente a los usuarios por las prestaciones de salud con oportunidad y calidad que brinden.

La mayor oferta de establecimientos de salud lo concentra el MINSA, es la institución con mayor número de establecimientos y mayor presencia nacional: el 92% del total de hospitales, 69% de los centros de salud, 99% de los puestos de salud (MINSA, Fundamentos de la Salud, 2018), seguido por el sector privado y por ESSALUD.

Los órganos desconcentrados de prestaciones y aseguramiento son:

- **Institutos especializados:** son órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, dependientes de la Dirección General de Operaciones de Salud¹. Son responsables de desarrollar las funciones de investigación y docencia en materia de salud, así como en servicios de salud altamente especializados como: Instituto Nacional de Oftalmología, Instituto Nacional del Niño, Instituto nacional Materno Perinatal, Instituto Nacional de Salud Mental, etc.
- **Dirección de Red de Salud:** son órganos desconcentrados que ejercen por desconcentración las funciones de la Dirección General de Operaciones en Salud de un conjunto de establecimientos y servicios de salud, las cuales se organizan considerando el aspecto territorial, para permitir una acción articulada de los servicios en salud y asegurar la provisión de atenciones prioritarias de función a la necesidad de la población.
- **Hospital:** según su complejidad, desarrollan procesos de recuperación y rehabilitación; así como también apoya la gestión de promoción de la salud y promoción de la salud y prevención y control de riesgo de enfermedades.

2.3.1.3.1 Niveles de Atención en los Establecimientos de Salud.

- **Nivel Primario:** Es la puerta de entrada de la población al sistema de salud, en donde se desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de

¹ Es el órgano responsable de proponer normatividad para gestionar el monitoreo y evaluación de la Gestión Administrativa desarrollada en las IPRESS y UGIPRESS. Además está encargado de proponer normatividad en materia de infraestructura, equipamiento y mantenimiento a nivel nacional. Realiza el desarrollo de sus funciones en coordinación con los Gobiernos Regionales.

intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad; sin embargo, cuenta con una gran oferta, pero con menor complejidad.

- Nivel Secundario: Su quehacer está orientado a un segmento menor de la población. Se recibe para diagnóstico y tratamiento de los pacientes que no pueden ser resueltas en el nivel primario. Generalmente está estrechamente relacionado con los Servicios Clínicos de los Hospitales. Su recurso humano está representado por los especialistas.
- Nivel Terciario: Representado por los establecimientos con condiciones para realizar acciones bajo régimen de atención cerrada (hospitalización). Su nivel de cobertura es menor y se aboca a manejar solo los casos con patología, atención institucional del 100% de los partos aunque estos son habitualmente de baja complejidad y sin patología.

En tabla 2 se observa de forma resumida sus características de cada nivel de atención en los establecimientos de salud.

Tabla 2*Categoría de Establecimientos de Salud*

Niveles de atención	Niveles de complejidad	Categoría de establecimiento de salud	MINSA
I	1° Nivel de complejidad	I – 1	Puesto de salud con profesional de salud no médico.
	2° Nivel de complejidad	I – 2	Puesto de salud con médico (con o sin especialización).
	3° Nivel de complejidad	I – 3	Centro de salud centros médicos, centros médicos especializados y policlínicos.
	4° Nivel de complejidad	I – 4	Centro de salud con camas de internamiento.
II	5° Nivel de complejidad	II – 1	El conjunto de hospitales y clínicas de atención general.
	6° Nivel de complejidad	II – 2	Corresponde a los hospitales y clínicas con mayor especialización.
III	7° Nivel de complejidad	III – 1	Agrupan los hospitales y clínicas de atención general con mayores unidades productoras de servicios de salud.
	8° Nivel de complejidad	III – 2	Instituto especializado

Nota: Esta tabla muestra los niveles de atención de acuerdo a las características de cada establecimiento de salud. Los datos son proporcionados por el MINSA.

2.3.1.4 Indicadores de la Salud Pública.

Es una medida que captura las características y dimensiones del estado de salud de la población o sea muestra en qué medida han alcanzado los objetivos trazados; el cambio del nivel de la población en general. Según Morgenstern (OPS, 2018) se puede generar de dos maneras:

1. Por la observación directa de la persona (por ejemplo, la presión arterial de las personas, el acceso de las personas a los servicios de salud cuando los necesitan).

2. Por la observación de un grupo poblacional o un lugar mediante tasas y proporciones (como la tasa de prevalencia de hipertensión o el porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años de edad que son madres), (mediana de supervivencia de enfermos con cáncer), entre otras.

Principales usos de los indicadores de salud:

- **Descripción:** Los indicadores de salud pueden usarse para describir, ejemplo: las necesidades de atención de salud de una población, los insumos necesarios para enfrentar el problema, los grupos que deben recibir mayor atención, etc.
- **Predicción:** Los indicadores de salud pueden usarse para proyectar resultados en relación al estado de salud de una población (predicción). Pueden predecir el riesgo de brotes de enfermedades y evitar epidemias.
- **Explicación:** Los indicadores de salud pueden ayudar a comprender por qué algunos individuos de una población son sanos y otros no. Se analiza los indicadores según los determinantes sociales de la salud.
- **Evaluación:** Los indicadores de salud pueden reflejar los resultados de las intervenciones en la salud. El monitoreo de esos indicadores puede reflejar la repercusión de políticas, programas, servicios y acciones de salud.

2.3.2 Gasto social en salud

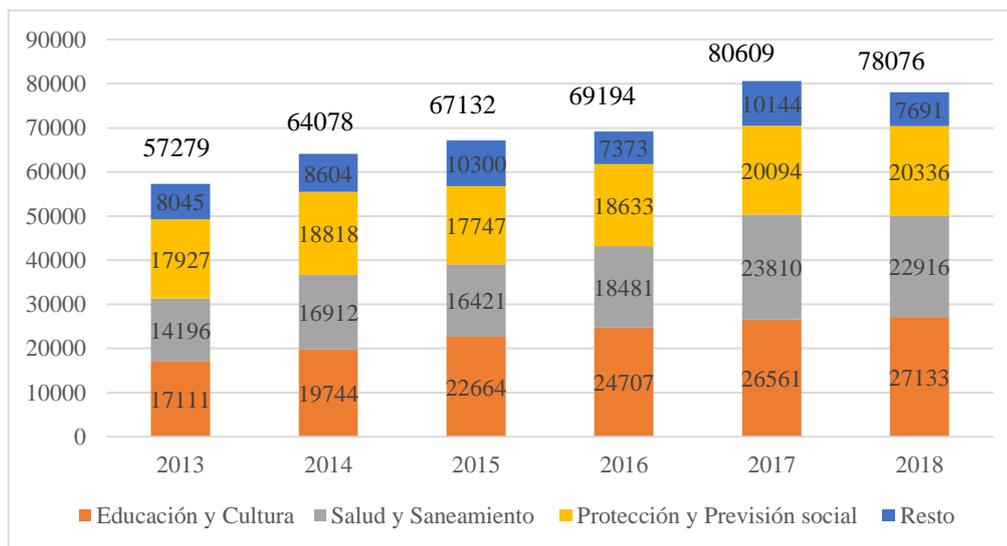
(Ministerio de Economía y Finanzas, 2005), el gasto social en el caso peruano, más que buscar el bienestar de la sociedad como un fin específico, se dirige a la búsqueda de logros en materia de equidad social, a través desarrollo del capital físico y humano que promuevan en el mediano o largo plazo, el aseguramiento de necesidades básicas de los ciudadanos las cuales son tomados como parte de sus

derechos. El enfoque de necesidades que se muestra en esta concepción determina al gasto social como aquel gasto (directo o indirecto) que realiza el Estado ante la incapacidad real de los individuos de poder integrarse eficazmente al mercado, lo cual influye en la generación y reproducción de la pobreza.

El gasto social destinado a los programas de alcance universal como: la educación, y salud son los principales programas sociales de lucha contra la pobreza, pobreza extrema y vulnerabilidad, en la figura 2 se observa que alcanzó un monto de S/ 78,076 millones en el 2018, lo que representa un decrecimiento de 3,14% respecto al gasto social del año 2017 en S/ 80,610 millones, (Ministerio de Economía y Finanzas, 2018). Uno de los programas que ejecutaron la mayor cantidad de recursos en el año 2017 es el Seguro Integral de Salud-SIS con S/ 1,747 millones (Cuenta General de la República, 2017).

Figura 2

Gasto Social en sus principales programas



Nota: La figura muestra los principales programas a los que va dirigido el gasto destinado a la población más vulnerable, en el programa salud tenemos al SIS como el segundo en mayor gasto. Los datos son proporcionados por el informe anual de Cuenta General de la Republica, 2017.

2.3.3 Gasto de los Hogares en Salud.

Se define como gasto en salud de los hogares a los pagos efectuados por algún(os) miembro(s) del hogar para la atención de una necesidad en salud. Cuando este gasto proviene del denominado “bolsillo”; es decir, es efectuado directamente se le denomina “gasto de bolsillo”; cuando proviene de un pago previo previsional; es decir, por la compra de primas se le menciona “gasto en seguros de salud y accidentes” (OMS, 2010).

La importancia del gasto de bolsillo radica en que puede ser aplicado deliberadamente como herramienta de política para recuperar costos de la atención, contener costos en los servicios de salud, mejorar la calidad y guiar la demanda para modular el uso de los servicios, en busca de la eficiencia del sistema. La otra cara del gasto de bolsillo es que: fundamentalmente es un gasto inesperado para las familias y la decisión de no incurrir en gasto de bolsillo en salud de las familias puede poner en riesgo la salud y la vida, o la decisión de incurrir en gasto de bolsillo puede llevar al empobrecimiento de la familia. La decisión se mueve en torno a la búsqueda de la equidad.

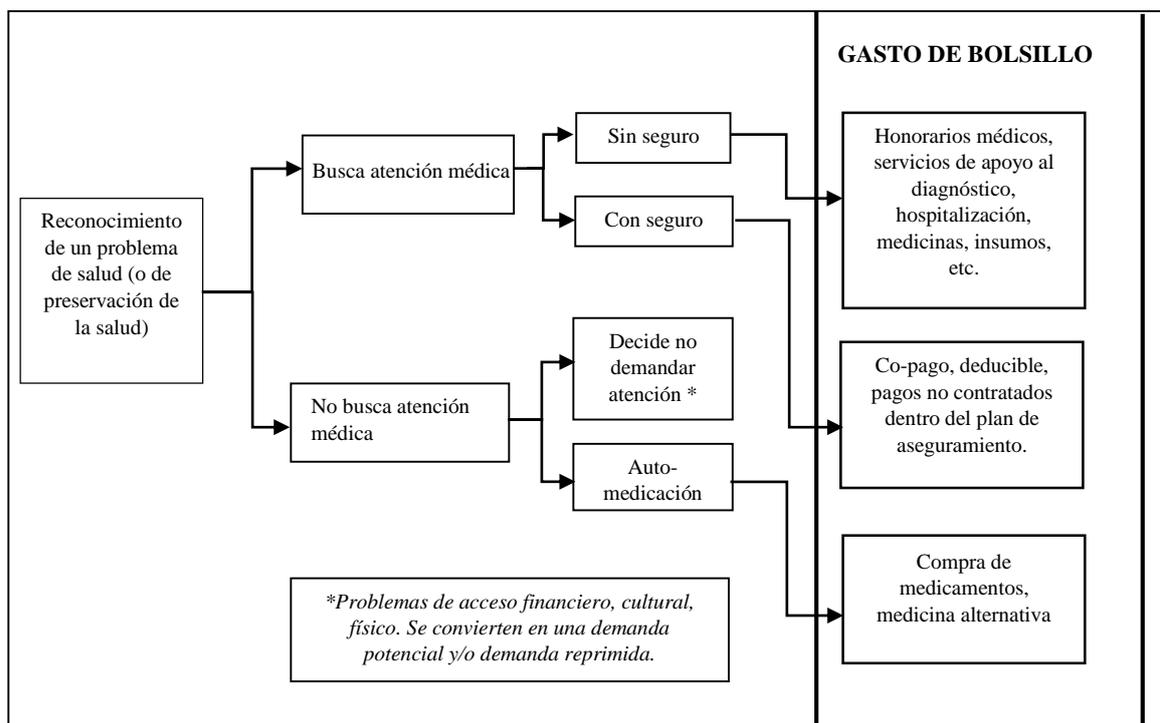
Este gasto de bolsillo se genera ya sea por una realidad impuesta o por decisión propia o de los usuarios. En 1972, Grossman citado por Ginocchio (2018) plantea que las personas invierten en su salud y educación porque esperan tener mejores ingresos (preservando su estado de salud); de esta manera, las personas pueden producir salud para sí mismas (autocuidado), pero también demandan servicios para su atención. Un problema de salud o de la decisión de preservar la salud lleva a la persona a tomar medidas para generar una demanda de atención. La decisión inmediata plantea dos posibilidades, que la persona busque o no busque atención

médica. En el caso de que la persona busque atención médica y cuente con seguro generará un co-pago, deducible. Algunos de éstos se producen desde la primera vez que se hace uso del servicio, otros se producen a partir de un número determinado de veces que se demanda el servicio. En cambio, si la persona no tiene seguro realizará un pago directo por el valor total del servicio. Este último enfrentará el pago total de su atención, por procedimientos, hospitalización, entre otros.

En promedio, en América Latina el gasto de los hogares asciende a 45% (Petrera y Jiménez, 2018) del gasto total en salud, un porcentaje mayor que el de los países de Europa y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE); además, de ser una de las principales fuentes de inequidad, limita la capacidad de los países para avanzar hacia la cobertura universal en salud. Aunque en Perú el gasto de bolsillo es menor, continúa siendo la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud hasta el 2012. Estudios a nivel mundial señalan que el gasto de bolsillo depende de la capacidad de pago, de aspectos demográficos, del desarrollo de enfermedades, de los tipos de servicios de salud que se prestan y de los cambios tecnológicos. En siete países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay) se encuentran tres características que elevan la magnitud de los gastos de bolsillo: ser jefe del hogar mayor de 65 años, la presencia de adultos mayores en el hogar y la hospitalización.

Figura 3

Gasto de Bolsillo en Salud



Nota: La figura muestra las posibles decisiones que una persona puede tomar ante un problema de salud. Tomado de Tesis Doctoral (2018, Madrid), Vilma Montañez Ginocchio.

2.3.3.1 Gasto de Bolsillo en el Perú

El gasto de bolsillo se considera un gasto directo ya que la persona que necesita atención de salud, paga con sus propios ingresos; además es el principal factor que causa el empobrecimiento en muchas familias peruanas. Los principales componentes: consulta médica, medicamentos, hospitalización, compra de lentes, consulta odontológica, exámenes de laboratorio y de diagnóstico; siendo los medicamentos el principal componente por el cual se incurre en un gasto de bolsillo.

➤ ***Factores que influyen en el Gasto de Bolsillo:***

Según Petrerá y Jiménez (2014), en su estudio Determinantes del gasto de bolsillo y Montañez Ginocchio en su estudio Análisis de Gasto de Bolsillo en Perú, concluyen que los factores que influyen en la ocurrencia de Gasto de Bolsillo son:

- La presencia de adultos mayores, mujeres en edad fértil y niños menores de 5 años.
- La afiliación a algún tipo de Seguro
- Número de miembros del hogar

Tabla 3

Principales tipos de Gasto de Bolsillo en Salud Perú 2013-2018 (Millones de soles)

TIPO DE GASTO	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Medicamentos	42.1	41.6	41.9	39.3	40.6	38.8
Servicio dental y conexos	15.9	15.5	16.3	16.5	15.7	17.7
Otros gastos (ortopedia, termómetro, etc.)	8.3	8.9	9.2	10.1	9.9	10.2
Hospitalización/ intervención quirúrgica	7.8	8.3	7.1	7.7	8.0	8.0

Nota: La tabla muestra los cuatro principales gasto de bolsillo de las familias peruanas. Tomado DIGEMID - Gasto de bolsillo periodo 2012-2019, edición 1.

En la tabla 3 muestra la distribución del gasto de bolsillo teniendo como principal factor la compra de medicamentos en segundo lugar es el servicio dental y conexo en tercer lugar Otros gastos (ortopedia, termómetro, etc.), en cuarto lugar Hospitalización/ intervención quirúrgica (Anexo N°8).

La compra de medicamentos, para el periodo en estudio representó alrededor del 40% del gasto de bolsillo. Desde el año 2013 al año 2018 ha disminuido en 3.6 puntos porcentuales, siendo su valor mínimo en el año 2018 con un 38.8%.

2.3.4 Justificación de la Intervención Pública en la Salud

La sanidad es uno de los pilares tradicionales del estado del Bienestar y para que exista la intervención del estado es porque existe diversas fallas de mercado y asimetría de la información, en este sentido analizamos dos conceptos: riesgo moral y selección adversa.

1. Selección Adversa: según R. Frank (1992), es una *situación que se da cuando dos partes llegan a un acuerdo, pero una de ellas usa información privada en su beneficio propio y en desventaja de la parte menos informada es decir que solo se da cuando hay información asimétrica presente,* adicionalmente el autor Robert Frank plantea un ejemplo para entender mejor el concepto explicado: “Supongamos que inicialmente son las compañías de seguro las que se encargan de cubrir el riesgo de enfermedad de todas las personas mediante el cobro de una prima común. Las compañías tendrían que establecer una prima que respondiera al riesgo medio de la población atendida. Esa prima resultará barata para las personas que tengan propensión a las enfermedades y alta para las que no, que podrían optar por abandonar el seguro. Dado que, de esa forma el riesgo medio y las compañías elevarían la prima, con lo cual se repetiría el proceso. El problema de la selección adversa, ilustra una situación en la que las personas con mayores riesgos son las que tienen más inclinación a contratar seguros, con las consecuencias indicadas. En el límite, el mercado cobraría unas primas sumamente elevadas a las personas enfermas, quienes se verían en una situación insostenible.” (Martínez, 2012, p.16); la intervención del sector público corrige el problema de la falta de equidad resultante.

2. Riesgo moral: es definido por Parkin & Loria (2010) “Como la posibilidad de que una de las personas cambie su conducta luego de haber comprado cierto producto o después de haber realizado un acuerdo”. Este concepto es uno de los más importantes que justifica la intervención pública en el servicio de salud, por ejemplo: las personas al saber que no tendrán que soportar las consecuencias negativas en caso de que se produzca

la contingencia cubierta, puede tender a no adoptar las adecuadas medidas preventivas.

La justificación de la intervención del sector público en relación con la salud es un tema amplio y con muchos problemas por resolver según, (Stiglitz, 2000, p. 321), las principales razones para la actuación gubernamental en la atención sanitaria no tienen nada que ver con la eficiencia. Prevalece, por el contrario, la visión de que hay una serie de bienes y servicios, como la atención sanitaria, cuya disponibilidad para los individuos no debe estar relacionada con su renta.

2.3.5 Cobertura en Salud

La OMS considera que la cobertura universal en salud “existe cuando todas las personas reciben los servicios sanitarios de calidad que necesitan sin que ello les suponga dificultades económicas” (OMS, 2013). Cabe enfatizar, por lo tanto, que la cobertura sanitaria universal requiere de la articulación de dos elementos fundamentales. En primer lugar, el uso de los servicios sanitarios que necesitan las personas. En segundo lugar, su protección frente a los riesgos financieros derivados de la atención en salud. La directora general de la OMS, Dr. Margaret Chan, señaló que: “La cobertura universal es el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer”. (p.5). Esto se debe a la amplitud y a la profundidad de su alcance, que permitiría la obtención de sistemas de salud cada vez más justos y equitativos, centrados en el usuario y, por ello, capaces de facilitar su empoderamiento.

Existen tres elementos esenciales para el diseño y el seguimiento de una intervención nacional orientada a alcanzar la CUS:

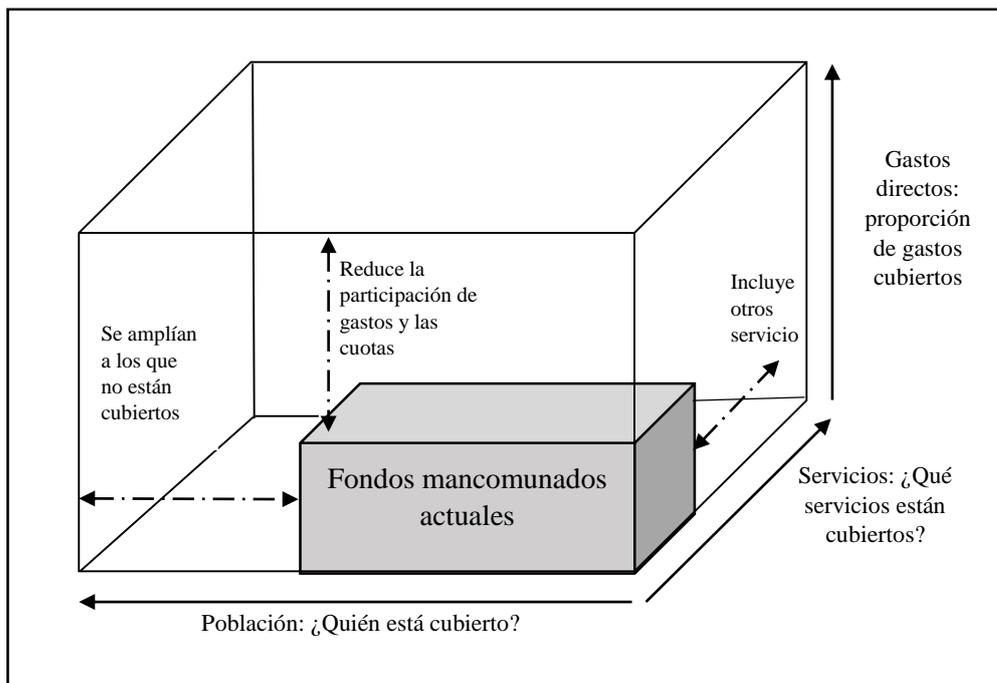
1. La identificación de las personas que cuentan con cobertura.

2. Los servicios que están incluidos.
3. La proporción de gastos cubiertos.

En la siguiente figura 4, elaborada por David Evans et.al (2013), se configura un eje tridimensional con los elementos centrales para verificar el avance hacia la cobertura universal. En realidad, ningún país ha logrado completar todo el cubo, pero este se ha convertido en un factor de referencia para seguir los avances, identificar las brechas y redefinir las estrategias (OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2010).

Figura 4

El SIS en el escenario Universal en Salud



Nota: Esta figura muestra el escenario en el estado en que el sistema sanitario se encuentra. La figura ha sido desarrollada por David Evans, Riku Elovainio y Gary Humphreys.

Las recomendaciones de Titelman et.al (2015) en su artículo “La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad” para avanzar hacia el logro de la cobertura universal en América Latina son:

1. Aumento de los ingresos impositivos y una combinación equilibrada de los recursos de los impuestos generales y de los impuestos sobre los salarios que no cree incentivos para la informalidad, la evasión o la elusión.
2. Esfuerzos por parte de los gobiernos para aumentar la proporción del gasto público en salud, para que la capacidad del individuo de hacer pagos de bolsillo no se constituya en una barrera para el acceso a los servicios de salud.
3. Optimización de la asignación y distribución de ese gasto, mediante un nuevo modelo de integración de las diferentes fuentes, capaz de garantizar fondos para los gobiernos fondos mancomunados actuales población:
¿quién está cubierto? Servicios: ¿qué servicios están cubiertos? Gastos directos: proporción de gastos cubiertos reduce la participación de los gastos y las cuotas incluye otros servicios se amplía a los que no están cubiertos.
4. Financiamiento equitativo para aumentar la capacidad de redistribución de los sistemas tributario.

Alcanzar la cobertura universal exige una combinación de estrategias que al final logren un equilibrio entre lo que la población necesita para preservar su salud y lo que se le ofrece para tal fin. Este logro constituye un componente fundamental para el crecimiento sostenible y la reducción de la pobreza. Además, es un elemento clave de todo esfuerzo por aminorar las desigualdades sociales. Por ello, la CUS se convierte en una meta importante que debe ser considerada en la construcción de políticas de salud orientadas a mejorar el bienestar de todos los ciudadanos.

A consecuencia de la promulgación de la ley de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), el país experimentó un avance progresivo en las coberturas de aseguramiento de salud. En el año 2011 el 64,5 % de la población contaban con seguro de salud, sin embargo; este porcentaje subió al 72,9 % para el 2015. El incremento del aseguramiento se observó en la mayoría de las regiones, pero especialmente en aquellas con mayores índices de pobreza como Huancavelica y Apurímac, que en 2015 alcanzaron 94,5 % y 90,6 % de población asegurada, respectivamente. (Seguro Integral de Salud,2015)

2.3.6 SUSALUD

La Superintendencia Nacional de Salud, es un organismo técnico especializado adscrito al Ministerio de Salud que cuenta con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera. Es la encargada de proteger los derechos del seguro en salud de cada peruano; orienta sus acciones a empoderar y colocar al ciudadano en el centro de sistema de salud nacional sin importar donde se atienda o su condición de aseguramiento. SUSALUD tiene como misión la supervisión de las IPRESS y las IAFAS, que sean públicas, privadas y mixtas encargadas de supervisar los aspectos de gestión sanitaria y los aspectos contables y financieros.

SUSALUD en el marco de la reforma de la salud cambia la denominación el 6 de diciembre de 2013 a través del Decreto Legislativo N° 1158, publicado en el diario El Peruano. Anteriormente denominado SUNASA.

Sus funciones principales son:

- a. Promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud.

- b. Supervisar que el uso de los recursos destinados a la provisión de los servicios de salud y de los fondos destinados al Aseguramiento Universal en Salud, garanticen la calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad de las prestaciones.
- c. Promover y salvaguardar el acceso pleno y progresivo de todo residente en el territorio nacional, al aseguramiento en salud, bajo los principios establecidos en la Ley N°29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- d. Promover la participación y vigilancia ciudadana y propiciar mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad.
- e. Normar, administrar y mantener el Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud.
- f. Regular, supervisar, autorizar y registrar a las IAFAS. Para el caso de las Empresas de Seguros y AFOCAT, es de aplicación lo dispuesto en el artículo 9° del Decreto Legislativo N° 1158.
- g. Identificar las cláusulas abusivas en los contratos o convenios que suscriben las IAFAS con los asegurados o entidades que los representen, según las disposiciones aplicables de la Ley N° 29571 Código de Protección y Defensa del Consumidor, con excepción de las pólizas de seguros de las Empresas de Seguros bajo el control de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones.
- h. Promover los mecanismos de conciliación y arbitraje para la solución de los conflictos suscitados entre los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud.

- i. Emitir opinión técnica especializada en el ámbito de su competencia, sujetándose a las disposiciones del derecho común y a los principios generales del derecho, sobre los alcances de las normas que rigen a las IAFAS, IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS, constituyendo sus decisiones precedentes administrativos de observancia obligatoria.

2.4 Marco Institucional

2.4.1 Seguro Integral de Salud (SIS)

El SIS se crea sobre la base de la fusión del Seguro Escolar Gratuito (SEG), que se creó en el año 1997 como resultado de una decisión de política del poder ejecutivo, antes que como respuesta a un problema específico de salud o la determinación de una prioridad sanitaria y el Seguro Materno Infantil (SMI), se creó a partir del criterio de las altas tasas de mortalidad materna y mortalidad infantil y con las prioridades sectoriales de buscar su reducción, estas fueron las primeras experiencias en los procesos de implementación de los Sistemas de Aseguramiento Público. Con el proceso de fusión del SEG y SMI dio origen al SIS que generó un cambio en la estrategia, pasando de un esquema focalizado en la afiliación de madres y niños, a otro que busca el aseguramiento universal de la población; aprobado por el Congreso en marzo del 2009.

(Seguro Integral de Salud, 2009) “Su finalidad es de proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud; principalmente financia las atenciones de salud de la población pobre y extremo pobre y poblaciones vulnerables”. Es considerado un Organismo Público Descentralizado (OPD) con autonomía económica y administrativa mediante la ley N° 27657.

Entre sus acciones tenemos el reembolso a los hospitales y establecimientos de salud del MINSA y Gobiernos Regionales principalmente por el costo variable de los servicios proporcionados a los individuos que están bajo su cobertura, sus asegurados no tienen que pagar por la atención en los establecimientos del MINSA además puede obtener medicamentos gratuitos.

Se debe puntualizar que el SIS es una entidad encargada básicamente de administrar un esquema de financiamiento de las prestaciones de salud, que trasfiere recursos de presupuesto como reembolsos por las atenciones brindadas a la población, en función de las prioridades sanitarias definidas por el MINSA.

2.4.1.1 Tipos de Seguros.

- **SIS gratuito**, comprende a las personas que están afiliadas al SIS por medio de un financiamiento público total. Este régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos. No tiene límite de edad. Para que tenga derecho a tener este seguro, la persona debe ser calificada como persona pobre (extremo y no extremo) en el Sistema de Focalización de Hogar (SISFOH) a cargo del Ministerio de Inclusión Social (MIDIS). El asegurado al régimen subsidiado tiene derecho al PEAS, a los planes complementarios (Regular y Cobertura extraordinaria), y a la protección financiera de los 7 tipos de cáncer más frecuentes y de las enfermedades raras o huérfanas.
- **SIS emprendedor**, es un seguro dirigido a la persona natural que aporta al Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS), que esté al día el pago de la cuota mensual (desde S/ 20.00 o S/ 50.00) establecida por la SUNAT, así como sus derechohabientes (cónyuge o concubino/a e hijos menores de 18 años o mayores con incapacidad total y permanente para el trabajo). Este

seguro cubre a las personas que trabajan de manera independiente como modistas, bodegueros, peluqueros, pintores, gasfiteros, entre otras ocupaciones. Los asegurados tienen derecho al PEAS, a los planes complementarios (Regular y Cobertura extraordinaria) y a la protección financiera de los 7 tipos de cáncer más frecuentes y de las enfermedades raras o huérfanas.

- **SIS de microempresas**, comprende a personas que están afiliadas al SIS por medio del financiamiento público parcial y con aporte de sus empleadores. Está dirigido a trabajadores de microempresas y para afiliarse a este seguro se requiere que el conductor o representante de la unidad empresarial acceda al portal de REMYPE del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo donde deberá registrar los datos para inscribir a la microempresa, así como los datos personales y la información requerida de todos los trabajadores y sus familias (derechohabientes: hijos menores de 18 años, cónyuge o concubina/o).

Estos asegurados tienen derecho al financiamiento para la cobertura de salud del paquete establecido en el PEAS, a los planes complementarios (Regular y Cobertura extraordinaria) y a la protección financiera de los 7 tipos de cáncer más frecuentes y de las enfermedades raras o huérfanas.

- **SIS independiente**, para personas afiliadas al SIS, con financiamiento público parcial y con un aporte del propio afiliado. Este seguro no tiene límite de edad y está dirigido a quienes trabajan de manera independiente y que se encuentran registradas y calificadas como elegibles para el Seguro SIS Independiente por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH).

Tabla 4*Tipos de Seguros que Administra el SIS*

Rubros	Subsidio	Semicontributivo	
		Independiente	Microempresa
Población objetivo	Personas y familias en situación de pobreza extremas y no extrema	Persona y familias con limitada capacidad de pago	Conductor de microempresa, trabajador y derechohabiente.
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> • DNI • No tener otro seguro • Salud Tener la calificación de SISFOH- MIDIS	<ul style="list-style-type: none"> • DNI • No tener otro seguro • Salud Tener la calificación de SISFOH- MIDIS	La microempresa debe estar acreditada como tal en: <ul style="list-style-type: none"> • REMYPE MINTRA • REMYPE tener DNI Conductor, conductores y derechohabientes deben registrados en
Pago de cuotas para el derecho a cobertura	Sin costo	Cuotas mensuales de: <ul style="list-style-type: none"> • Individual S/15.00 • Familiar: S/14.00 por cada derechohabiente. • Deducibles y copagos 	Pago único mensual de S/15.00 PAGA EMPLEADOR
Tipo y lugar de afiliación	Presencial de <ul style="list-style-type: none"> • Centro de digitación • UDR • Sede Central • Promotores SIS 	Presencial: <ul style="list-style-type: none"> • UDR • Sede Central • Promotores SIS 	REMIPE remite de personas que serán afiliadas bajo la modalidad.

Nota: El SIS administra dos tipos de seguro como el subsidiado y el semicontributivo, la tabla muestra las principales características de cada seguro especialmente los requisitos necesarios para su afiliación. Tomado del MINSa, 2017.

2.4.1.2 Planes de Cobertura.

- **Plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS):** este plan consiste en una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que, como cobertura mínima, son financiados a todo el asegurado por las IAFFAS.
- **Plan complementario:** En este Plan, para el año 2012, estaban comprendidas las condiciones asegurables complementarias al PEAS que son financiadas por el SIS a sus asegurados al Régimen Subsidiado.

➤ **Plan complementario de cobertura extraordinaria:** La Cobertura

Extraordinaria permite a la población asegurada por el SIS solicitar este esquema para aquellas condiciones asociadas a diagnósticos establecidos en el PEAS que excedan los topes máximos o se encuentren fuera de los planes de beneficios.

2.4.1.2 Fondo Intangible Solidario de Salud.

FISSAL es una Unidad Ejecutora del Seguro Integral de Salud (SIS), es la única Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento de Salud (IAFAS) pública; se puso en marcha en agosto del 2012 es la encargada de financiar el diagnóstico y tratamiento de las personas que sufren o padecen alguna enfermedad de alto costo, entre ellos tenemos los siete tipos de cáncer más frecuentes como: cáncer de colon, cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de estómago, próstata, leucemias y linfomas.

Además otras enfermedades como: insuficiencia renal crónica, cáncer hepático, de piel no melanoma, cáncer de pulmón y las enfermedades raras o huérfanas. El financiamiento se da en cualquier etapa de cáncer incluyendo la etapa de prevención además de las medicinas, insumos, controles, exámenes auxiliares, intervenciones quirúrgicas, quimioterapia, radioterapia, cuidado paliativo y el manejo de las complicaciones que puedan surgir.

En caso exista trasplante, FISSAL incluye el financiamiento de: búsqueda de donantes, transfusiones sanguíneas, trasplante de medula ósea, riñón e hígado (para pacientes pediátrico), tratamiento de complicaciones, control ambulatorio inmediato post trasplante, pasajes y estadía para el paciente y un acompañante a

nivel nacional e internacional de ser requerido según lo establecido mediante Decreto Supremo N ° 009-2012-SA.

Actualmente se tiene convenios de pago anticipado, con 10 hospitales e institutos nacionales de lima y tres regiones, para garantizar la óptima atención a los asegurados, el FISSAL inició el proceso de control presencial posterior en las instituciones prestadoras de servicios de salud, se visitan periódicamente los establecimientos de salud como, Hospitales Cayetano Heredia, Dos de Mayo, Daniel Alcides Carrión y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima, el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte (Trujillo), el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (Arequipa) y el Hospital Regional Docente de Enfermedades Neoplásicas (Huancayo) (Seguro Integral de Salud, 2014).

2.4.1.3 Proceso de Afiliación al SIS.

La afiliación al SIS es fácil y rápida tan solo en 4 pasos:

1. Acércate a un oficina de SIS
2. Verificación de datos: presenta tu DNI y el de todos los familiares que deseas afiliar (no es necesario que tus familiares vayan presencialmente). El encargado verificara que cumplas con las condiciones y requisitos. Es posible que el encargado te haga algunas preguntas para completar la verificación.
3. Asignación de Centro de Salud: deberás dar la dirección de tu domicilio actual para que te asignen al Centro de Salud más cercano, en caso de emergencia podrás atenderte en cualquier centro de salud a nivel nacional.

4. Usa tu seguro: puedes empezar a usar tu seguro desde el mismo día que te afilias.

2.4.1.5 Ingresos del Seguro Integral de Salud.

(OMS, 2013) “La principal función de las fuentes de financiamiento en todo sistema de salud es el de brindar protección financiera ante el riesgo asociado a la salud, significa, reducir o eliminar la posibilidad de que una persona no tenga la capacidad de pagar los servicios”.

El financiamiento es la recaudación de recursos económicos en el cual se garantiza la disponibilidad necesaria de fondos. Se debe destacar que el presupuesto del SIS se estructura principalmente por los recursos del Tesoro Público con el 99%, en menor proporción en Recursos Ordinarios con el 0.8% y en Donaciones y Transferencias el 0.9% (Seguro Integral de Salud , 2018).

2.4.1.5.1 Rubro de Fuentes de Financiamiento².

- **Recursos Ordinarios:** Corresponden a los ingresos provenientes de la recaudación tributaria y otros conceptos; deducidas las sumas correspondientes a las comisiones de recaudación y servicios bancarios; los cuales no están vinculados a ninguna entidad y constituyen fondos disponibles de libre programación.
- **Recursos Directamente Recaudados:** comprende los ingresos generados por las Entidades Públicas y administrados directamente por estas, entre los cuales se puede mencionar las Rentas de la Propiedad, Tasas, Venta de Bienes y Prestación de Servicios, entre otros; así como

² SIAF – Consulta Amigable(gasto mensual)

aquellos ingresos que les corresponde de acuerdo a la normativa vigente.

- **Donaciones y transferencias:** Comprende los fondos financieros no reembolsables recibidos por el gobierno proveniente de agencias internacionales de Desarrollo, Gobiernos, Instituciones y organismos Internacionales, así como otras personas naturales o jurídicas domiciliadas o no en el país.

Tabla 5

Rubros del Presupuesto Asignado al SIS 2014-2018 (Millones de Soles)

RUBROS	AÑOS					
	2014	2015	2016	2017	2018	
Presupuesto Institucional de Apertura (PIA)	1,392.3	1,705.3	1,657.8	1,410.0	2,274.8	
Presupuesto Institucional Modificado (PIM)	1,400.1	1,756.3	1,558.7	1,753.1	2,278.0	
Certificación Compromiso Anual	1,392.0	1,747.4	1,550.7	1,746.9	2,221.0	
Ejecución	Atención comp.	1,392.0	1,747.4	1,550.7	1,746.8	2,216.2
	Devengado	1,392.0	1,747.4	1,550.7	1,746.8	2,214.2
	girado	1,391.9	1,747.3	1,550.5	1,746.7	2,214.1
Avance %	99.4	99.5	99.6	99.6	97.2	

Nota: La tabla muestra los tipos de presupuesto, pero principalmente la ejecución del SIS a nivel de Perú. Los datos son proporcionados por el Portal de Transparencia del MEF.

2.4.1.5.2 *Financiamiento de la Salud de Acuerdo al Sector de la Población.*

Según el Banco Mundial de Salud hasta el 2014 “El Perú experimentó un cambio radical en la composición de su población, no solo en términos de la dimensión de pobreza (es decir; porcentaje de pobres, no pobres y personas no pobres susceptibles de caer en la pobreza); sino también, en términos de la dimensión de pertenencia al sector formal o informal”. La pobreza tiene un vínculo directo con la capacidad de cada poblador cuenta con el pago ya sea a los seguros de salud o el pago a los servicios, depende

de los trabajos formales e informales con los que cuenta, todo trabajo formal conlleva a una cobertura en salud (Essalud).

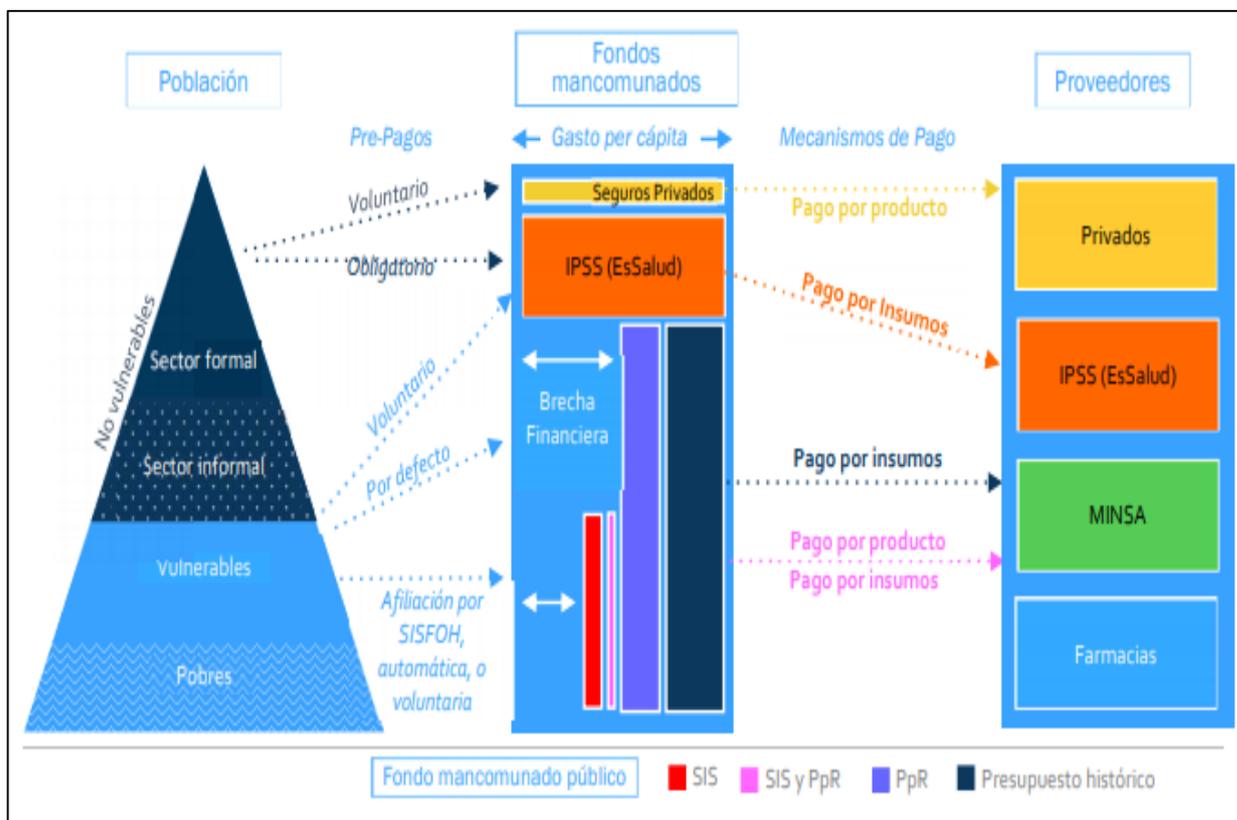
Se sectoriza a la población en:

- ✓ Población pobre (según definición del Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI),
- ✓ Población vulnerable (con gastos por encima de la línea de pobreza, pero con un riesgo de más de 10 % de caer en pobreza).
- ✓ Población no vulnerable que pertenece al sector de empleo informal,
- ✓ Población no vulnerable que labora en el sector formal.

La población no vulnerable, si bien, no es pobre y no evidencia un riesgo significativo de caer en pobreza no tiene acceso a un seguro de salud por la seguridad social, ya que, ningún miembro del hogar tiene un empleo formal en el sector formal. Este grupo poblacional es igual de tamaño al grupo poblacional pobre y al grupo vulnerable; debemos tener en cuenta que estos tres grupos de población no cuentan con un seguro y tiene un alto riesgo de caer en pobreza si hay un gasto de bolsillo en salud.

Figura 5

Financiamiento de la Salud por Sectores de la Población



Nota: La figura representa un esquema de financiamiento por los distintos sectores de la población para los distintos proveedores de salud que existen dentro del país. Tomado de la investigación del Grupo Banco Mundial (Financiamiento de la salud en Perú, 2010)

2.4.1.4 Mecanismo de Pago del SIS.

El SIS tiene dos mecanismos de pago que a continuación lo definiremos:

- Pago Capitado³: Conforme con las “Guías técnicas para las transferencias financieras en el primer nivel de atención – Componente I”, “Guía Técnica de Metodología para el cálculo del monto por cumplimiento de compromisos de gestión en el primer nivel de atención – Componente II” y “Guía Técnica de Metodología para el cálculo del monto por cumplimiento de metas prestacionales en el Primer Nivel de Atención – Componente III”; aprobadas mediante Resolución Jefatural

³ Informe final de la comisión interventora del SIS, 2016

N° 009-2016/SIS correspondientes a las transferencias al primer Nivel de Atención en el periodo 2016.

Con este método de pago se ha identificado una serie de dificultades que a continuación vamos a describir:

- No se dispone de cálculo de prima actuarial por riesgo de asegurados.
- No se tiene precisión sobre el tipo de servicio coberturado.
- Hay indicios de falsificación, adulteración y mal llenado de la FUA en las IPRESS por lo que los cálculos de costos no serían fiables.
- El presupuesto histórico se calcula con error de medición que pueden ser significativos.
- Las IPRESS han destinado recursos asignados para fines distintos a la reposición de insumos y medicamentos si no a pagos de terceros y otro pago no vinculados.
- El presupuesto de la cápita se distribuye en función de los costos y riesgos de la población asegurada.
- Las IPRESS reciben presupuesto por distintas fuentes para lograr los mismos objetivos. Esto diluye los incentivos propios de la cápita y hace ineficiente el gasto del estado peruano.
- La unidad de medida no es el individuo sino la prestación.

Los riesgos que asume el SIS son los siguientes:

- No existe suficientes mecanismos de control prestacional financiero.
- No se introduce de manera eficiente los incentivos necesarios para que las unidades ejecutoras destinen recursos para las prestaciones.

- Pago por actividad: en forma prospectiva (pre liquidado): en el Nivel III inicialmente se usaba en mecanismo de pago que era “retrospectivo y por consumo” o sea el pago se realizaba después de haber brindado las atenciones. Sin embargo, existía un déficit para reponer lo consumido por la cantidad considerable de atenciones.

En el año 2009 (R.M.872/MINSA, 2009), donde en el marco del AUS, el MINSA autoriza al SIS a realizar las adecuaciones necesarias para la implementación del PEAS y lo faculta a aplicar el mecanismo de pago más adecuado en las prestaciones del PEAS en el marco del AUS. Es así que Mediante resolución Jefatural N° 148-2012/SIS se aprobó la “Guía Técnica para el Pago por Pre liquidación”, el cual es transferencia adelantada que se realiza a los establecimientos de salud públicos de nivel II y III con los que el SIS tiene convenios considerando proyecciones de prestaciones de salud.

Las “Transferencias Prospectivas o Adelantadas”, las cuales se basaban en un estimado de la producción mensual de cada establecimiento, y la realización de la transferencia antes de que se brinden las prestaciones, con la finalidad de que los Establecimientos de Salud ejecuten el dinero de forma más oportuna.

A partir de ese año, el SIS comenzó a implementar las “Transferencias Prospectivas Trimestrales” como un mecanismo de pago más eficiente, mediante el cual ofreció una cantidad considerable de dinero a los Establecimientos para que pudieran planificar mejor sus gastos.

Este mecanismo de pago también tiene que implementar las siguientes medidas para mejorar la ejecución de las transferencias:

- Fortalecer los mecanismos de control y auditoría prestacional (médica y financiera) de primer, segundo y tercer nivel mediante la capacitación e incremento de personal especializado en estas actividades.
- Automatizar el proceso de valoración y pago de las prestaciones a través de la adquisición y/o fortalecimiento de sistema o aplicativos informáticos, inversión que todo seguro debe realizar.
- Revisión e implementación de mejoras de los tarifarios vigentes considerando las mejores prácticas internacionales e instrumentos que la literatura de la economía de la salud reconoce como valiosos para tener eficiencia en costos y diagnósticos.

2.5 Definición de los Términos Básicos

- **Co-pago:** Se denomina «copago» porque se complementa este pago con otra vía de financiación - los impuestos (por ejemplo, para financiar el sistema público de salud) o una cuota periódica (por ejemplo, en el caso de un seguro médico privado).
- **Establecimientos de salud o centro de salud:** en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales.
- **Gasto de bolsillo:** El gasto de bolsillo en salud (GBS) se define como el pago directo no reembolsable realizado por las personas que hacen uso de servicios de salud y que no son financiados por el Estado o los seguros de salud
- **Planes:** El Plan de Salud es el instrumento principal de la planificación en salud de un territorio, en el cual se establecen las prioridades de intervención sanitaria, se

fijan objetivos y se definen los programas necesarios para mejorar los resultados en salud en la comunidad.

- **Sistemas:** Un sistema es un conjunto de elementos relacionados entre sí que funciona como un todo. Si bien cada uno de los elementos de un sistema puede funcionar de manera independiente, siempre formará parte de una estructura mayor.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel y Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo aplicada porque se orienta a conseguir un nuevo conocimiento destinado a permitir soluciones de problemas prácticos; es considerada a nivel descriptivo – correlacional porque describe las variables sobre la ejecución de las transferencias económicas realizadas por el SIS a las Unidades Ejecutoras que son entidades prestadoras de servicios de salud en la Región Cajamarca; ya que únicamente se pretende recoger información de manera independiente y conjunta sobre estas. (Fernández Collado, Hernández Sampieri, & Baptista Lucio, 2010). A la vez es correlacional porque evalúa el grado de asociación entre dos las dos variables; después, cuantifica y analiza su vinculación. (Hernandez et, al, 2010).

3.2 Objeto de Estudio

La influencia de la ejecución de las transferencias del Seguro Integral de Salud (SIS) en la prestación de servicios de salud en la región Cajamarca en el periodo 2013-2018.

3.3 Unidades de Análisis y Unidades de Observación

Unidad de análisis: Prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca

Unidad de observación: Transferencias económicas, Unidades Ejecutoras de salud

3.4 Diseño de la Investigación

Se considera una investigación *no experimental* porque se realizó el estudio sin manipular las variables, es decir que los estudios realizados no se manejan de manera intencional las variables independientes para observar su efecto en otras variables. Por ende se realiza el análisis de los fenómenos tal cómo se presentan en su naturaleza (Hernández et, al, 2014, p.152).

La presente investigación es de corte longitudinal dado que recolectó datos en un periodo de tiempo establecido (2013-2018), según Velázquez y Rey (1999) “las investigaciones longitudinales estudian la evolución del fenómeno u objeto, a través del tiempo, por lo que la información que se utiliza debe ser recogida en diferentes puntos de esté” (p.134)

3.5 Población y muestra

El tema de investigación es netamente teórico, no existe cálculo de muestra puesto que las variables estudiadas serán abarcadas en su totalidad durante el periodo de estudio establecido.

3.6 Métodos Generales de la Investigación

➤ **Método Deductivo - Inductivo**

Deductivo.- se necesitó conocer antecedentes acerca de la ejecución de las transferencias económicas y prestaciones de servicios en salud, evidenciándose el desarrollo del marco teórico, derivándose de temas generales a temas específicos permitiendo así conocer específicamente las variables. **Inductivo.-** es utilizado para analizar los datos que se encuentran en las distintas tablas y cuadros de la ejecución de las transferencias económicas a las Unidades Ejecutoras en la Región Cajamarca obtenidos del MEF y Boletines estadísticos anuales del SIS, finalmente establecer la relación existente entre variables, concluyendo de forma general la influencia de las transferencias por el Seguro Integral de Salud (SIS) en la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca.

➤ **Método Analítico – Sintético**

Analítico.- se analizó las principales teorías y conceptos del sistema de salud en el Perú; es decir se estudió los problemas y limitaciones especialmente de la ejecución de las transferencias económicas al Seguro Integral de Salud (SIS).

Sintético.- luego se realizó una síntesis de todos los datos recolectados de las variables para la presentación en resultados del modelo econométrico propuesto.

➤ **Método Histórico**

Permitió conocer información previa de cómo ha sido la ejecución de las transferencias económicas y la prestación de servicio de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013 - 2018. De esta manera tener un amplio conocimiento de las variables para el buen desempeño de los resultados.

3.7 Métodos particulares de la investigación

➤ **Método Descriptivo**

Este método ayudó a describir las características del objeto de estudio, de toda la información recolectada tanto de la ejecución de las transferencias económicas como de las prestaciones de servicios en salud.

➤ **Método Estadístico**

Este método brindó la confección de un esquema organizativo que nos permita evaluar la factibilidad de la investigación, para evaluar las variables del estudio, con una adecuada recolección de la información para así elaborar el análisis e interpretación de los resultados.

➤ **Método Econométrico**

Como lo menciona Novales (1993) la estimación del modelo econométrico puede utilizarse con dos objetivos fundamentales: predicción y/o descripción del entorno económico del que procede información muestral.

A través de este modelo se estableció la relación entre las dos variables principales, utilizando un modelo lineal simple que calcula los parámetros de la ecuación especificada. La utilización y estimación de un modelo econométrico exige disponer de datos suficientes sobre cada una de las variables. Los datos utilizados, como un

conjunto de observaciones sobre la ejecución de las transferencias económicas y prestación de servicios de salud en la región Cajamarca en el periodo 2013-2018.

3.8 Técnicas e Instrumentos de Investigación

3.8.1 Técnicas e instrumentos de recopilación de información

- TÉCNICAS

Fuentes secundarias: análisis documental

- Artículos científicos
- Web de distintas universidades
- Portal de transparencia del Ministerio de Economía Y Finanzas
- Dirección Regional de Salud
- Dirección general de medicamentos y drogas
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
- Boletines estadísticos anuales SIS

- INSTRUMENTOS

Fichas bibliográficas, se anotó la información referida a los libros, textos, artículos científicos, tesis y publicaciones de las instituciones públicas y privadas.

Fichas de comentario personal, se anotó el análisis personal sobre lo que se lee, se transcribe la idea, conceptos y definiciones de otros autores.

3.8.2 Técnicas de Procesamiento, Análisis y Discusión de Resultados

Los datos recogidos de los distintos portales estadísticos tales como: INEI, MEF, MINSA y SIS; han sido relacionadas, procesadas e interpretadas para obtener información importante para la presente investigación. En este sentido, el proceso se llevó a cabo con el uso los programas de Microsoft 2020; el programa de cálculo Microsoft Excel para clasificar los datos obtenidos mediante cuadros,

tablas y gráficos que permitió analizarlos. De igual forma, se hizo uso del procesador de textos Microsoft Word, para elaborar el documento de investigación como: tesis, artículos, libros, páginas web.

Asimismo, se empleó el programa econométrico Eviews, primero para organizar una base de datos, segundo para elaborar las tablas que reúna los datos de cada indicador, tercero para estimar el grado de asociación que existe entre los respectivos indicadores de las variables, utilizando el coeficiente de correlación R^2 , que mide el grado de asociación entre dos o más variables.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

4.1 Analizar la Ejecución de las Transferencias Económicas Realizadas por el SIS en la Región Cajamarca 2013-2018.

En la Región Cajamarca se realizó el análisis de las transferencias desde el año 2013 – 2018. En el año 2013 se tenía 6 unidades ejecutoras y para el 2018 ya se contaba con 10; para ello se ha considerado el total de las trasferencias y la ejecución de las trasferencias realizadas con la finalidad de conocer cuánto se llegó a ejecutar en beneficio a los asegurados.

Para un mejor entendimiento se va a definir cada una de las variables con la finalidad de saber en qué está permitido ejecutar las transferencias económicas:

➤ El componente de Reposición:

Primer Orden: Gastos ejecutados para la adquisición disponible de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios para la atención de los asegurados del SIS y constituyen la prioridad de gasto que se debe atender con los recursos transferidos por el SIS.

Segundo Orden: Gastos en prestaciones de salud (tercerización), Gasto por concepto de traslado (Referencias⁴ y contrarreferencias⁵) de pacientes, Traslado de PF, DM y PS, y Gastos administrativos inherentes a la prestación directa (formatería como: FUAS, formatos de referencia, epicrisis⁶, recetarios y otros directamente vinculado a la prestación).

⁴ Referencias: Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad.

⁵ Contrarreferencias: Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen con respuesta del especialista dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada.

⁶ Epicrisis: es un resumen clínico de un internamiento consulta externa del paciente.

- El componente de Gestión: las precisiones respecto de los Gastos de Gestión: a)
Para realizar los Gastos de Gestión, las UE debe contar con el porcentaje de stock disponible de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios; deben ser mayor o igual a lo establecido en el acta de compromisos en el marco del convenio vigente, para un período no menor a tres meses anteriores a la realización del gasto y según ficha técnica del indicador de porcentaje de stock.
Para el caso del Gastos de Gestión directos, para la Oficina de Seguros y Farmacia como son: pago de digitadores, personal de salud que realice actividades administrativas, médicos auditores, gastos de BPA, equipos computacionales y otros bienes y servicios exclusivos para el uso de la Oficina de Seguros y Farmacia.

En el año 2013 se ejecutó el 29% de las transferencias económicas en el componente de reposición y el 63% de las transferencias económicas del componente de gestión teniendo así un total del 91% en ejecución de las transferencias, se observó que falta un monto de S/ 4'854,042.63 que es el 9% para llegar al 100% de la ejecución de las transferencias económicas. Para el año 2014 se ejecutó el 34% de las transferencias económicas en el componente de reposición; en comparación, con el año anterior hubo un aumento del 5% de ejecución en este componente; en el componente de gestión se ejecutó el 66% de las transferencias económicas y en comparación con el año anterior también hubo un aumento de ejecución en 3% de este componente. El total ejecutado fue del 99%, o sea; el monto faltante a ejecutar es de S/ 756,737.85 que representa el 1% del total de las transferencias. En comparación con el año anterior se observó que del año 2013 al 2014 la tasa de ejecución aumento en 8% de las transferencias económicas.

El año 2015 se ejecutó el 38% de las transferencias económicas en el componente de reposición, en comparación; con el año anterior hubo un aumento del 4% de ejecución en

este componente; en el componente de gestión se ejecutó el 57% de las transferencias económicas y en comparación con el año anterior hubo una disminución de ejecución en 8% de este componente. El total ejecutado fue del 95%, o sea; el monto faltante a ejecutar es de S/ 3'614,167.48 que representa el 5% del total de las transferencias. En comparación con el año anterior se observó que del año 2014 al 2015 la tasa de ejecución disminuyó en 4% de las transferencias económicas.

El año 2016 se ejecutó el 61% de las transferencias económicas en el componente de reposición, en comparación; con el año anterior hubo un aumento abrupto del 23% de ejecución en este componente; en el componente de gestión se ejecutó el 28% de las transferencias económicas y en comparación con el año anterior hubo una disminución abrupta de ejecución en 29% de este componente. El total ejecutado fue del 89%, o sea; el monto faltante a ejecutar es de S/ 6'062,569.36 que representa el 11% del total de las transferencias. En comparación con el año anterior se observó que del año 2015 al 2016 la tasa de ejecución disminuyó en 6% de las transferencias económicas.

El año 2017 se ejecutó el 53% de las transferencias económicas en el componente de reposición, en comparación; con el año anterior hubo una disminución del 8% de ejecución en este componente; en el componente de gestión se ejecutó el 33% de las transferencias económicas y en comparación con el año anterior hubo un aumento de ejecución en 5% de este componente. El total ejecutado fue del 86%, o sea; el monto faltante a ejecutar es de S/ 10'148,770.00 que representa el 14% del total de las transferencias. En comparación con el año anterior se observó que del año 2016 al 2017 la tasa de ejecución disminuyó en 3% de las transferencias económicas.

El año 2018 se ejecutó el 61% de las transferencias económicas en el componente de reposición, en comparación; con el año anterior hubo un aumento abrupto del 6% de ejecución en este componente; en el componente de gestión se ejecutó el 32% de las

transferencias económicas y en comparación con el año anterior hubo una disminución de ejecución en 1% de este componente. El total ejecutado fue del 93%, o sea; el monto faltante a ejecutar es de S/ 4'626,883.00 que representa el 7% del total de las transferencias. En comparación con el año anterior se observó que del año 2017 al 2018 la tasa de ejecución disminuyó en 7% de las transferencias económicas.

En conclusión en la tabla 6 se muestra la ejecución de las transferencias dividido en sus dos componentes: gestión y reposición con sus respectivos porcentajes de ejecución, en el año 2014 fue la tasa más alta en ejecución con el 99% y en el año 2017 fue la menor tasa de ejecución con el 86% durante los cinco años de estudio.

Tabla 6

Consolidado de las Transferencias y la Ejecución de las Transferencias al SIS

Años	SIS	Componente de Reposición	%	Componente de Gestión	%	Ejecución de Transferencia	Tasa de Ejecución
2013	S/ 53,933,807.00	S/ 15,484,322.14	29%	S/ 33,834,379.95	63%	S/ 49,318,702.09	91%
2014	S/ 75,673,785.00	S/ 25,377,873.90	34%	S/ 49,809,292.54	66%	S/ 75,187,166.44	99%
2015	S/ 72,177,930.00	S/ 27,420,134.53	38%	S/ 41,143,627.99	57%	S/ 68,563,762.52	95%
2016	S/ 53,416,202.00	S/ 32,475,545.87	61%	S/ 14,878,086.77	28%	S/ 47,353,632.64	89%
2017	S/ 70,583,100.00	S/ 37,345,491.00	53%	S/ 23,088,832.00	33%	S/ 60,434,323.00	86%
2018	S/ 64,228,345.00	S/ 38,935,975.00	61%	S/ 20,665,487.00	32%	S/ 59,601,462.00	93%
TOTAL	S/ 390,013,169.00	S/ 177,039,342.44	45%	S/ 183,419,706.25	47%	S/ 360,459,048.69	92%

Nota: En esta tabla muestra el consolidado del año 2013 hasta el 2018 con sus componentes: reposición y gestión. Los datos son proporcionados por el Portal de Transferencias del MEF.

Como se observa en la figura 6 en los años 2013, 2014 y 2015 tenemos un fuerte gasto en el componente de gestión en el análisis vamos a identificar cual fue el factor en el que se tuvo mayor gasto en la Región Cajamarca. En el año 2013 teniendo en cuenta el

Anexo 2, en primer lugar el mayor gasto es de S/ 16'738,656.90 millones de soles en: *contrato CAS y contribuciones a ESSALUD*. En el segundo lugar tenemos con S/ 5'333 487.64 millones de soles en: *compra de máquinas y mobiliario de oficina, adquisición de equipos informáticos de comunicación, adquisición de mobiliario – equipo y aparatos médicos*. Y en tercer lugar con S/ 3'763,155.23 millones de soles en los pagos a servicios de: *personas jurídicas, personas naturales y servicios diversos*. En cuarto lugar con S/ 2'724,327 .00 en otros gastos consideramos: *adquisición de equipos para farmacia y/o equipos netamente asistenciales; balones para oxígeno medicinal; pilas y/o similares para equipos biomédicos; y alquiler de equipos biomédicos o implementar las actividades del SIS en la Oficina de Seguros*.

Para el año 2014 sucede algo similar nuevamente el componente de gestión tiene un alto gasto en primer lugar tenemos con S/ 31'954,914.03 millones de soles: *el pago a contrato CAS y contribuciones a ESSALUD*, en segundo lugar con S/ 5'275,759.69 millones de soles: *pago a personas jurídicas, personas naturales, servicios diversos*. En tercer lugar con S/ 3'668,823.86 millones de soles en: *compra de Máquinas y Mobiliario de Oficina, adquisición de Equipos Informáticos y de Comunicación, adquisición de mobiliario-equipo y aparatos médicos* (ver Anexo 3).

Para el año 2015 es el tercer año consecutivo con mayor gasto de gestión que en gasto de reposición, en primer lugar con S/ 22'115,945.24 millones de soles en: *contrato CAS y contribuciones a ESSALUD*, en segundo lugar tenemos con S/ 8'699,185.19 millones de soles en: *pago a personas jurídicas, personas naturales, servicios diversos*, en tercer lugar tenemos con S/ 4'483,941.16 millones de soles otros gastos consideramos: *adquisición de equipos para farmacia y/o equipos netamente asistenciales; balones para oxígeno medicinal; pilas y/o similares para equipos biomédicos; y alquiler de equipos biomédicos o implementar las actividades del SIS en la Oficina de Seguros*. En cuarto

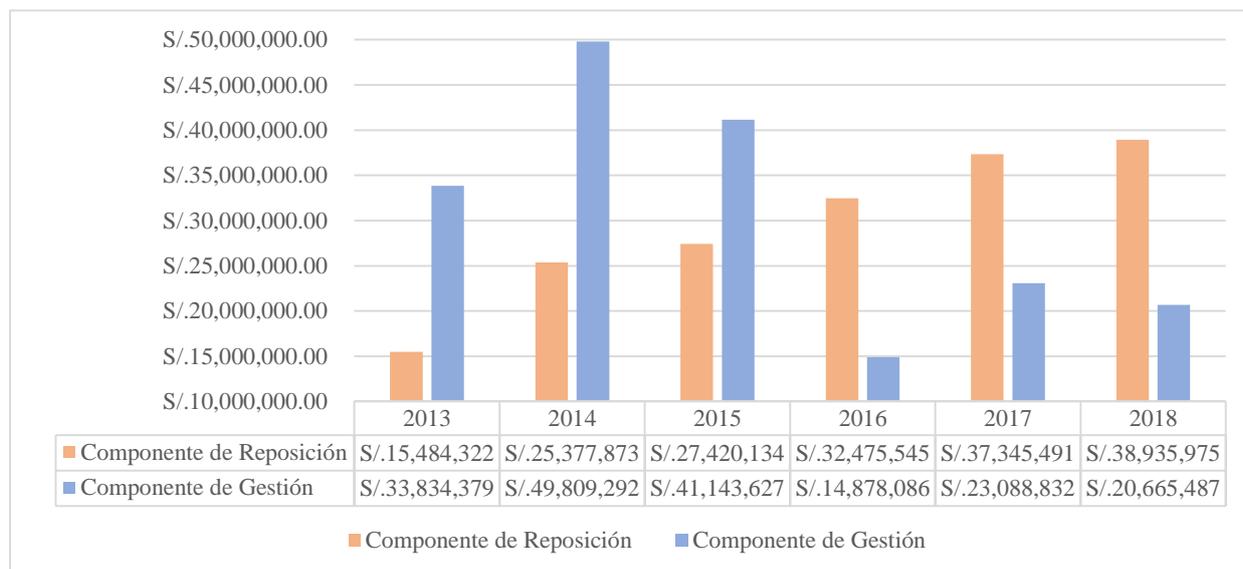
lugar tenemos con S/ 3'355,175.60 en: *compra de Máquinas y Mobiliario de Oficina, adquisición de Equipos Informáticos y de Comunicación, adquisición de mobiliario-equipo y aparatos médicos* (ver Anexo 4).

Como se observa el gasto en gestión en estos tres años consecutivos se basa principalmente en el pago al personal directo de salud y administrativos y como segundo lugar la compra de máquinas y mobiliaria tanto en equipos informáticos como aparatos médicos. Sin embargo se debió tomar en cuenta la DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 002-2020-SIS/GNF - V.01 “DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA EL CONTROL FINANCIERO Y SUS PROCEDIMIENTOS DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS TRANSFERENCIAS FINANCIERAS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD” que los gastos operativos destinados operativos destinados para brindar las prestaciones de salud y prestaciones administrativas a los asegurados SIS, dicho gasto es efectuado una vez priorizado los **Gastos de Reposición** que deben ejecutarse dentro de los conceptos y específicas señaladas en el Anexo 01 de la directiva.

En los tres siguientes años del 2016 – 2018 vemos un gasto mayor en el componente de reposición que es lo óptimo ya que es un gasto directamente relacionado con los insumos que necesita en su atención el paciente. En el año 2016 tuvo un gasto de S/ 11'122,461.00 millones de soles en: *medicamentos* y S/11458,233.00 millones de soles en *materiales insumos instrumental y accesorios médicos y otros productos similares* (ver Anexo 5).

Figura 6

Ejecución del Componente de Reposición y Componente Gestión



Nota: La figura muestra el comportamiento de los dos componentes que comprenden la ejecución de transferencias, en las cuales se observa en aumento y disminución dependiendo el año de ejecución.

4.1.1 Transferencias a las Unidades Ejecutoras de la Región Cajamarca

La Unidad Ejecutora, de acuerdo a la ley N° 28411 “Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto”, es una unidad administrativa creada para el logro de los objetivos y como contribución a la mejora de calidad de los servicios públicos. Están creadas con criterios de especialización funcional y cobertura de servicio. En la Región Cajamarca hasta el año 2018 se tuvo 10 unidades ejecutoras mencionadas en la tabla 7; inicialmente se tenía 6 UE, para el año 2014 se implementó nuevas UE - Hospital José H. Soto Cadenillas – Chota, para el 2016 se implementó la UE Salud San Ignacio y para el 2018 se implementó dos UE Gob. Reg. Cajamarca - Salud Hualgayoc – Bambamarca y Gob. Reg. Cajamarca - Salud Santa Cruz.

La ejecución de las transferencias en todas la UE de la Región Cajamarca ha ido aumentado y disminuyendo, considerando el monto de las transferencias

económicas realizadas a cada UE de los años estudiados o sea del periodo 2013 – 2018, como se observó en la tabla 7 en todos los años existió variaciones.

Tabla 7

Ejecución Transferencias a las Unidades Ejecutoras

EJECUCIÓN DE LAS TRASNFERECIAS A LAS UNIDADES EJECUTORAS							
DNTP	UNIDAD EJECUTORA	AÑOS					
		2013	2014	2015	2016	2017	2018
785	REGIÓN CAJAMARCA - SALUD CAJAMARCA	S/ 16,322,140.20	S/ 24,072,444.63	S/ 23,033,213.55	S/ 14,994,849.40	S/ 14,036,424.00	S/ 18,331,525.00
786	REGIÓN CAJAMARCA - SALUD CHOTA	S/ 9,113,843.42	S/ 14,646,255.46	S/ 10,417,818.66	S/ 6,315,224.01	S/ 6,971,137.00	S/ 4,798,160.00
787	REGIÓN CAJAMARCA - SALUD CUTERVO	S/ 6,888,039.03	S/ 7,589,720.77	S/ 6,156,679.23	S/ 5,228,595.09	S/ 6,314,244.00	S/ 5,895,432.00
788	REGIÓN CAJAMARCA - SALUD JAÉN	S/ 10,524,934.85	S/ 14,171,289.29	S/ 10,587,387.52	S/ 7,491,835.27	S/ 7,326,661.00	S/ 4,260,100.00
999	REGIÓN CAJAMARCA - HOSPITAL CAJAMARCA	S/ 4,869,166.51	S/ 13,049,642.45	S/ 14,570,445.92	S/ 8,954,529.68	S/ 11,448,116.00	S/ 15,062,592.00
1047	REGIÓN CAJAMARCA - HOSPITAL GENERAL DE JAÉN	S/ 1,600,578.08	S/ 1,630,584.34	S/ 2,517,841.46	S/ 2,649,179.75	S/ 2,945,752.00	S/ 2,164,381.00
1539	GOB. REG. CAJAMARCA - HOSPITAL JOSÉ H. SOTO CADENILLAS - CHOTA	S/ 0.00	S/ 27,229.50	S/ 1,280,376.18	S/ 1,215,050.22	S/ 2,288,870.00	S/ 1,556,089.00
1654	REGIÓN CAJAMARCA - SALUD SAN IGNACIO	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 504,369.22	S/ 6,886,566.00	S/ 4,150,401.00
1662	GOB. REG. CAJAMARCA - SALUD HUALGAYOC - BAMBAMARCA	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 1,468,005.00	S/ 2,057,362.00
1671	GOB. REG. CAJAMARCA - SALUD SANTA CRUZ	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 748,548.00	S/ 1,325,420.00
TOTAL		S/ 49,318,702.09	S/ 75,187,166.44	S/ 68,563,762.52	S/ 47,353,632.64	S/ 60,434,323.00	S/ 59,601,462.00

Nota: La tabla muestra las transferencias de las 10 Unidades Ejecutoras de la Región Cajamarca en el periodo de estudio 2013-2018. Información obtenida del Informe Anual del SIS.

4.1.2 Transferencias al FISSAL en la Región Cajamarca

El FISSAL en la Región de Cajamarca tiene como única UE al Hospital Regional de Cajamarca ya que es la más equipada con instrumentos médicos y con la posibilidad de atender a pacientes con enfermedades de alto costo como ya se había dicho anteriormente.

De la tabla 8 se dedujo que en el año 2013 se transfirió S/ 1,133,604.00 en comparación con el año 2014 disminuyó en 89.78% con respecto al año anterior. Para el 2015 las transferencias del FISSAL fueron de S/ 754,167.00 por lo que se puede decir que aumentó en S/ 638,316.00. Para el año 2016 se transfirió S/ 358,670.00 en la cual se observó que disminuyó nuevamente en S/ 395,497.00 casi el doble de lo que se había transferido. Para el año 2017 se realizó las transferencias por S/ 278,019.00 que se redujo en S/ 80,651.00, y para el 2018 las transferencias fueron S/ 0.00.

Tabla 8

Ejecución Transferencias de FISSAL a la Región Cajamarca

EJECUCION DE TRANSFERENCIAS AL FISSAL							
DNTP	UNIDAD EJECUTORA	AÑOS					
		2013	2014	2015	2016	2017	2018
999	REGIÓN CAJAMARCA - HOSPITAL CAJAMARCA	S/ 1,133,604.00	S/ 115,851.00	S/ 754,167.00	S/ 358,670.00	S/ 278,019.00	S/ 0.00

Nota: La tabla muestra como han sido la evolución de la ejecución de las transferencias. Los datos son proporcionados por el Informe Anual del SIS.

4.2 Prestación de Servicios de Salud en la Región Cajamarca 2013 - 2018

La cobertura de la población a través de los seguros de salud ha venido incrementándose con la finalidad de avanzar y mejorar el sistema de salud; ya que, no es suficiente mantener asegurada a la población sino de brindarle una prestación de calidad

en los servicios de salud. Según Velásquez (2016), los principales desafíos en la oferta de servicios son: incrementar el financiamiento para la inversión y operación de los servicios; al desarrollo de gestión estratégica de los recursos humanos con innovación para el cierre de la brecha, mejoras en su desarrollo y desempeño, el reposicionamiento de la atención primaria de salud, la implementación de un enfoque de servicios integrados en red, la modernización de la gestión hospitalaria, el escalamiento del intercambio prestacional, nuevas formas de entrega de servicios especializados y el fortalecimiento de la regulación y modernización de la gestión de los PF, DM y PS a fin de garantizar su disponibilidad y fácil acceso.

4.2.1 Establecimientos de Salud en la Región Cajamarca

Los establecimientos de salud son instalaciones esenciales destinadas a proporcionar atención en salud. En la Región Cajamarca hasta el año 2019 según el MINSA contamos con 1,147 establecimientos de salud de diferentes niveles de complejidad como se observa en la tabla 9.

Tabla 9

Categoría de Establecimiento de Salud hasta el 2019

Institución	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	Sin Categoría	Total general
ESSALUD	1	8	5	0	1	1	0	1	17
GOBIERNO REGIONAL	590	139	105	13	7	1	1	0	856
INPE	1	1	0	0	0	0	0	0	2
MUNICIPALIDAD DISTRITAL	0	1	0	0	0	0	0	1	2
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL	0	0	1	0	0	0	0	1	2
OTRO	1	0	0	0	0	0	0	0	1
PRIVADO	35	86	66	6	7	0	0	62	262
SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ	0	1	1	1	0	0	0	0	3
SANIDAD DEL EJERCITO DEL PERÚ	0	2	0	0	0	0	0	0	2
TOTAL GENERAL	628	238	178	20	15	2	1	65	1,147

Nota: Esta tabla describe la cantidad de establecimientos de salud según su categoría, ya sea desde el servicio más básico hasta el más especializado según el MINSA.

Los establecimientos de salud en el nivel I-1 es el 54.7% de la totalidad lo que significa que en la Región Cajamarca en la mayor parte son Puestos de salud o Posta de salud con profesional de salud no médico, siendo sus actividades: atención de urgencias y emergencias, salud ocupacional, registro de atención e información, salud familiar y comunitaria, atención de parte inminente, nutrición integral, prevención y diagnóstico precoz de cáncer, pruebas rápidas y tomas de muestra.

A diferencia de las demás regiones del Perú, la Región Cajamarca es la que más puestos de salud tiene en el nivel I-1, es una gran desventaja porque, no cuenta con un médico profesional a cargo, el principal desafío es iniciar la recategorización del establecimiento que se da cada tres años, pero depende de la máxima autoridad del establecimiento de salud que debe solicitarla; principalmente para mejorar la atención de los pobladores que no cuentan con los recursos económicos. Se debe seguir con una serie de requisitos el cual lo encontramos en la “Guía para la categorización de establecimientos de salud del sector salud” – MINSA 2005.

El primer nivel I-1, I-2, I-3, I-4 llega a ser el 92.7% de los establecimientos de salud, donde se atiende en un 70% a la población (MINSA, BVS.MINSA.GOB, 2005), la severidad de los problemas es de baja complejidad y con una menor especialización tecnificación de sus recursos, su actividad principal es la promoción y diagnóstico precoz, es por ello que debe tener una infraestructura adecuada y equipada; además, de tener un personal profesional capacitado para realizar un diagnóstico adecuado; ya que, son establecimientos de mayor la demanda por la población.

En el segundo nivel II-1, II-2, es el 1.05% en el cual están los hospitales de atención general y las clínicas de atención general siendo sus principales funciones la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y gestión.

En el tercer nivel III-1 es el 0.11 % en el cual actualmente se encuentra
Mediante Resolución Ministerial N° 638-2017/MINSA, se autoriza al Hospital Regional Docente de Cajamarca, de nivel II-2, realizar actividades correspondientes a la categoría inmediata superior (III-1) de acuerdo a las necesidades de la demanda siempre y cuando el establecimiento reúna las condiciones de calidad y seguridad que se requieren. (MINSA, 2020). A través de la Resolución Ministerial N° 637-2017/MINSA, se autoriza al Centro de Salud Simón Bolívar, de nivel I-4, realizar actividades correspondientes a la categoría inmediata superior (II-1). Asimismo, a través de la Resolución Ministerial N° 637-2017/MINSA, se autoriza al Centro de Salud Simón Bolívar, de nivel I-4, realizar actividades correspondientes a la categoría inmediata superior (II-1). A partir de ahora, dicho establecimiento podrá atender a gestantes en las labores de parto, lo que permitirá reducir los riesgos de muertes maternas.

4.2.2 Población afiliada a otros seguros de salud

En el Perú, el sistema de salud está compuesto por distintos seguros que brindan servicios de salud, el SIS es el seguro que mayor afiliación tiene la Región Cajamarca hasta el 2017 se tuvo una afiliación del 70,7% de la población; el ESSALUD tiene una afiliación del 11,7%, pasando a ser el segundo seguro en tener mayor afiliación, teniendo en cuenta que a este seguro solo acceden a trabajadores dependientes y sus habientes que también tienen acceso a la atención.

El 1,8% de la población está afiliada a otros seguros dentro ellos esta (RIMAC, PASIFICO, SALUDPOL, OCOSALUD), como se muestra en la tabla N° 10.

Tabla 10

Población afiliada a los seguros hasta el 2017

REGION	POBLACIÓN AFILIADA		
	SIS	ESSALUD	OTROS SEGUROS
CAJAMARCA	70,7%	11.7%	1.8%

Nota: Esta tabla describe el número de afiliados a los principales aseguradoras del Perú.

4.2.3 Población Afiliada al SIS

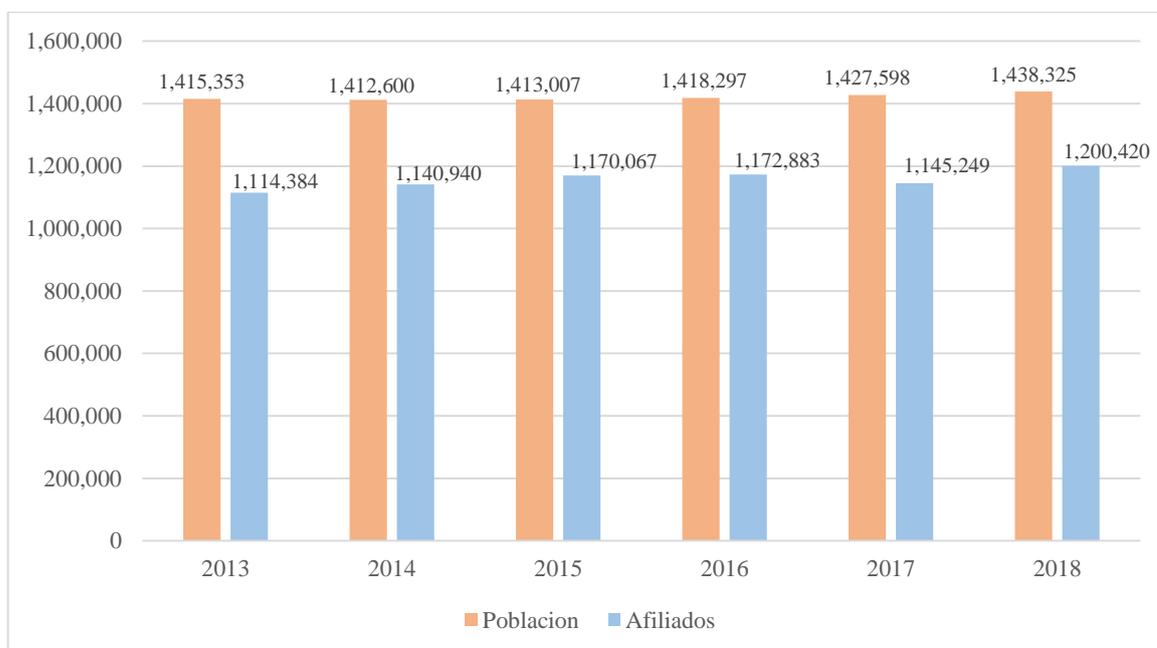
Por la información obtenida de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH, 2018), la proporción de afiliados únicamente al SIS fue del 47,1%; en promedio de todo el periodo 2013-2018 es del 41,4% de la población que cuenta con este seguro, teniendo en cuenta que existe una afiliación por el crecimiento natural de la población en la Región Cajamarca. En la figura 7, se puede apreciar la evolución de los afiliados en la Región Cajamarca en el periodo 2013 - 2018 comparado con la población total. El incremento esa en ascenso cada año especialmente en el año 2018; el motivo es, por la afiliación en todos los grupos de edad según INEI (2018). Los estudios del INEI Y ENAH, revelan que la mayor cobertura del SIS desde sus inicios es entre la población de 0 – 15 años de edad a diferencia de los 15 años a más.

El año 2013 se obtuvo una afiliación del 78,74% y para el 2014 aumento en 2.03% llegando así a una tasa del 80.77%. En el año 2015 hubo una afiliación del 82,81% comparando con el año anterior, aumento en 2.04% llegando a tener una afiliación del 82.81%. En el año 2016 hubo una disminución de afiliados del 0.11% llegando al monto total de afiliados de 82,70%, para el año 2017 se observó

que existe una disminución de 2.47% que llegó a un monto de 80,22%, para el año 2018 aumenta en 3.24% teniendo un total de 83,46 % de afiliados.

Figura 7

Afiliaciones en la Región Cajamarca 2013 – 2018



Nota: Información obtenida del informe anual del SIS.

4.2.1.1 Población Afiliada al SIS por Régimen de Seguros.

El Artículo 19 de la Ley 29344 establece dos regímenes para el aseguramiento de todas las personas. En la tabla 11 se observa el número de afiliados por régimen tanto el subsidiado (gratuito) y el semicontributivo (independiente, MYPES y NRUS o emprendedor). El régimen subsidiado es para aquellas personas en pobreza extrema, pobreza, madres gestantes, niños, bomberos, entre otros grupos vulnerables es el que mayor afiliado tiene durante los 6 años de estudio. En el año 2013 el régimen subsidiado tuvo 1'108,907 afiliados y el régimen contributivo tuvo 5,098 afiliados. En el año 2014 el número de afiliados aumento en 25,016 llegando a los 1'133,923 a diferencia del régimen semicontributivo que aumento en 1,540 el número de

afiliados llegando a los 5,477 afiliados. Para el año 2015 aumento en 30,768 número de afiliados en comparación al año 2014 llegando a los 1'164,691 afiliados a diferencia del régimen contributivo que no tuvo afiliados. En el año 2016 aumento en 3,023 el número de afiliados en comparación al año 2015 llegando a los 1'167,714 a diferencia del régimen contributivo que tuvo una disminución de afiliaciones. En el año 2017 el régimen subsidiado tuvo una disminución de afiliaciones al igual que el régimen semicotributivos. En el año 2018 nuevamente aumento los afiliados en 54,982 llegado a 1'196,117 afiliados, en comparación con los años anteriores es el año que mayor número de afiliados se tiene; el Régimen contributivo también aumentó en 189 afiliado teniendo así 4,303 afiliados.

El régimen semicontributivo como ya se comentó anteriormente lo conforman 3 categorías de afiliación de las cuales el mayor es el SIS NRUS; es para aquellas personas que se cubre con un subsidio parcial. En el año 2013 y 2014 tuvo buena acogida sin embargo en los siguientes años ha ido decreciendo las afiliaciones en la Región Cajamarca.

Tabla 11

Afiliados según Régimen

AÑO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	RÉGIMEN SEMICONTRIBUTIVO			TOTAL REGIÓN CAJAMARCA
	SIS Gratuito	SIS Independiente	SIS MYPES	SIS NRUS	
2013	1,108,907	349	30	5,098	1,114,384
2014	1,133,923	503	212	6,302	1,140,940
2015	1,164,691	316	266	4,794	1,170,067
2016	1,167,714	165	358	4,646	1,172,883
2017	1,141,135	366	523	3,225	1,145,249
2018	1,196,117	582	644	3,077	1,200,420

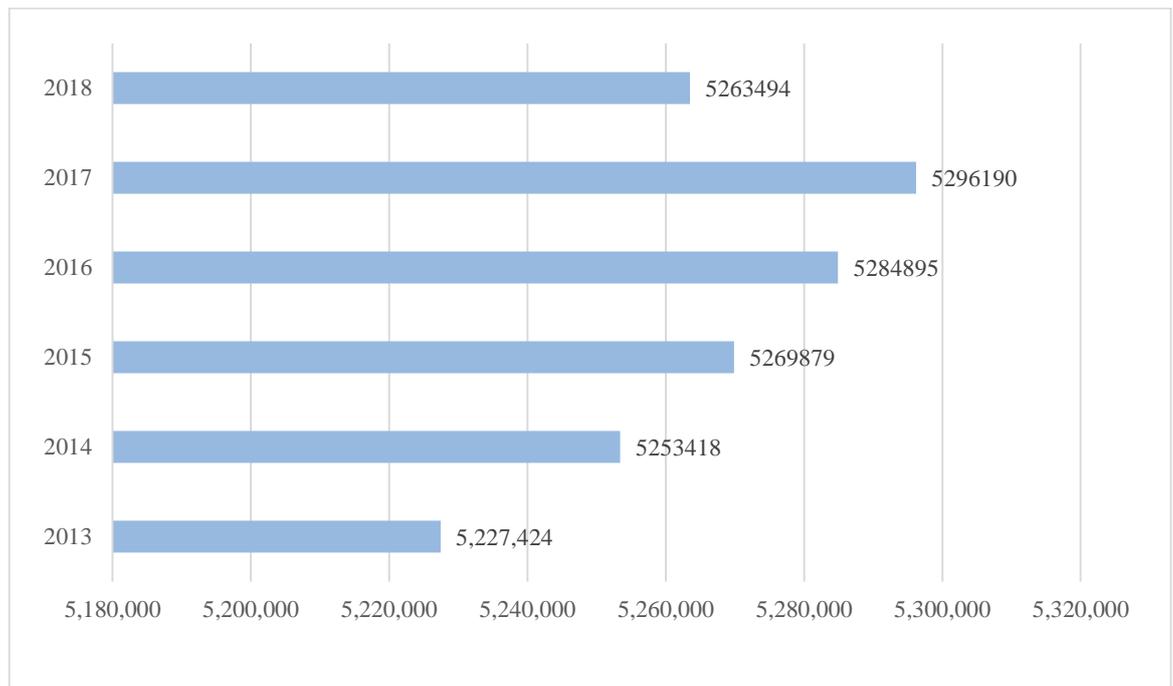
Nota: Esta tabla muestra el desagregado según régimen de afiliaciones en la Región Cajamarca. Los datos son tomados de IAFAS – SIS.

4.2.2 Población Atendida Financiada por el SIS

En la figura 8 se observa el número de atenciones que se ha realizado en el periodo 2013 – 2018, desde el año 2013 han ido aumentando hasta el 2017; la mayoría de casos va aumentando las atenciones porque existe mayor número afiliados al SIS con la ley AUS que se promulgo en el 2009 con N° 29344, el aseguramiento permite que más personas accedan a servicios de salud sin tener que hacer un gasto de su bolsillo.

Figura 8

Atenciones Financiadas por el SIS 2013 - 2018



Nota: La tabla muestra el total de atendidos en la Región Cajamarca. Los datos son proporcionados por la DIRESA.

4.2.2.1 Evaluación de la intensidad y extensión de uso del SIS.

Para poder evaluar la intensidad y la extensión del uso del SIS vamos a empezar por dar la diferencia entre atendidos y atenciones:

Atendidos: Paciente nuevo + Paciente reingresaste⁷

Atenciones: Paciente nuevo + Paciente reingresaste + Paciente continuador⁸

Se ha agrupado la información de la Región Cajamarca en la tabla 12 y se mostrara el en número de atendidos y atenciones financiados por el SIS. El cual se distinguen por sus definiciones y sus cantidades numéricas.

Tabla 12

Número de Atendidos y Atenciones

AÑO	ATENDIDOS	ATENCIONES
2011	935681	5141171
2012	929864	5204684
2013	946975	5227424
2014	931573	5253418
2015	941458	5269879
2016	971,648	5284895
2017	913094	5296190
2018	932694	5263494

Nota: Los datos son proporcionados por la DIRESA.

La intensidad y la extensión del uso del SIS desde el 2013 – 2018, cuando nos referimos a la intensión, significa cuantas personas atendidas acuden más de una vez al año a un establecimiento de salud, o sea la frecuencia con la que asisten y como observamos en la tabla 12 hasta el 2018 es de 5.64 que es la quinta parte del total de las atenciones.

⁷ Paciente reingresante: es el que acude al hospital a una consulta médica o consulta no médica, por primera vez En el año calendario, pero que acudió en años anteriores.

⁸ Paciente continuador: es el que acude más de dos veces al hospital, según sea el caso durante el año.

La extensión de uso del SIS significa la proporción de la población afiliada que hace uso de los servicios de salud en un año determinado, lo cual es útil porque nos permite conocer si la población está siendo atendida de acuerdo a sus necesidades, como observamos en la tabla 13 hasta el 2018 el 78.8% está siendo uso de los establecimientos de salud, lo que significa que existe un 20,2% de la población afiliada que no está satisfecha con el servicio de salud en la Región Cajamarca.

Tabla 13

Intensidad y Extensión de Uso del SIS

DESCRIPCIÓN	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Intensidad de uso	5.52	5.64	5.60	5.44	5.80	5.64
Extensión uso	84.98%	84.47%	83.27%	85.04%	79.95%	78.18%

Nota: Los datos son proporcionados por el SIS

4.2.3.1 Diagnósticos más frecuentes financiados por el SIS.

En relación a los motivos de atenciones frecuentes hay trece diagnósticos (ver Anexo 7) más comunes que presentan los pobladores de la Región Cajamarca desde el año 2013 – 2018. Sin embargo, en la figura 9 vamos analizar cuatro diagnósticos principales.

En primer lugar, las atenciones por 6 años consecutivos tenemos: Consulta Externa, es el área el cual brinda atención integral a los pacientes que presentan dolencias y van directamente a esta atención para brindarle el apoyo médico que necesita y para dar con el diagnóstico del más que los aqueja; en la Región Cajamarca del 2013 – 2018 tenemos un promedio es de 23.45% que solicitaron Consulta Externa.

En segundo lugar, tiene: Control de crecimiento y desarrollo en menores de 0 - 4 años, es el área que contribuye al desarrollo integral de niñas y niños a mejorar su salud y nutrición, durante el control de crecimiento y desarrollo se realizan evaluaciones periódicas para evitar y detectar de manera oportuna el riesgo (probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal) que pueden tener en su crecimiento nuestros niños. El personal encargado tiene un control de peso, tamaño y vacunas que necesitan de 0 – 4 años. En la Región Cajamarca del 2013 – 2018 tenemos un promedio de 10.84% que solicitaron control de crecimiento y desarrollo.

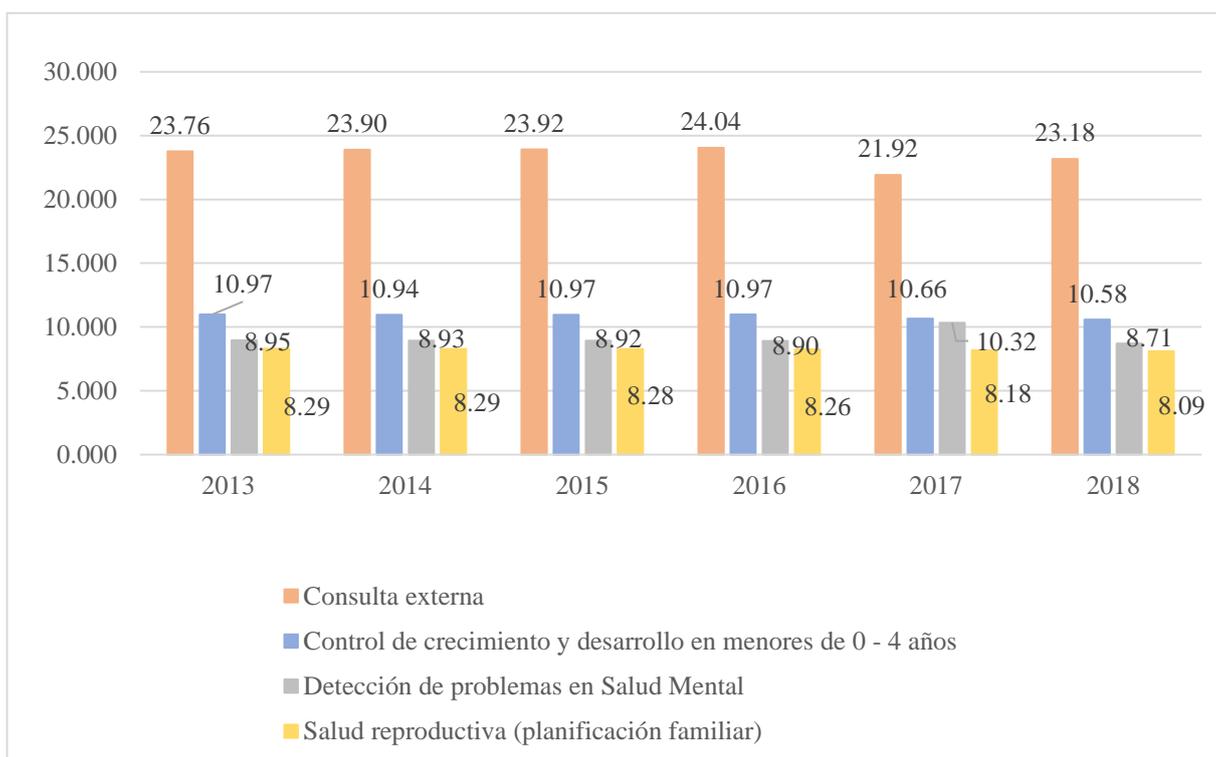
En tercer lugar, tiene: Detección de problemas en Salud Mental, como parte de la salud integral de los individuos es un componente central del desarrollo humano y en estos últimos años ha tomado mayor fuerza. Las enfermedades mentales y los trastornos mentales más comunes en el Perú son: la ansiedad y depresión; están son causadas por un gran sufrimiento personal para quienes la padecen y para las personas de su entorno. Las enfermedades mentales que se no se tratan adecuadamente pueden traer muchas consecuencias significativas en la interacción familiar, el rechazo familiar, la discriminación y exclusión del enfermo. En la Región Cajamarca 2013 -2018 tenemos un promedio de 9.12% que solicitaron área en Salud Mental.

En cuarto lugar- tiene: Salud Reproductiva (planificación familiar), la atención a la salud sexual y reproductiva es un conjunto de métodos, técnicas y servicios promocionales que contribuye a la salud y al bienestar sexual de las personas de acuerdo a sus necesidades y a cada etapa de la vida; es un área muy compleja en el que se debe tomar en cuenta las costumbres, la

cultura de los pobladores; el cual se debe educar con sumo cuidado a nuestro jóvenes todo lo relacionado con planificación familiar para evitar riesgos de mortalidad materna y embarazos no deseados. En la Región Cajamarca desde el año 2013 – 2018 en promedio solicitaron esta área 8.23% (ver anexo 7).

Figura 9

Diagnósticos más Frecuentes en Porcentajes.



Nota: Los datos han sido tomados de la base de datos de las IAFAS – SIS.

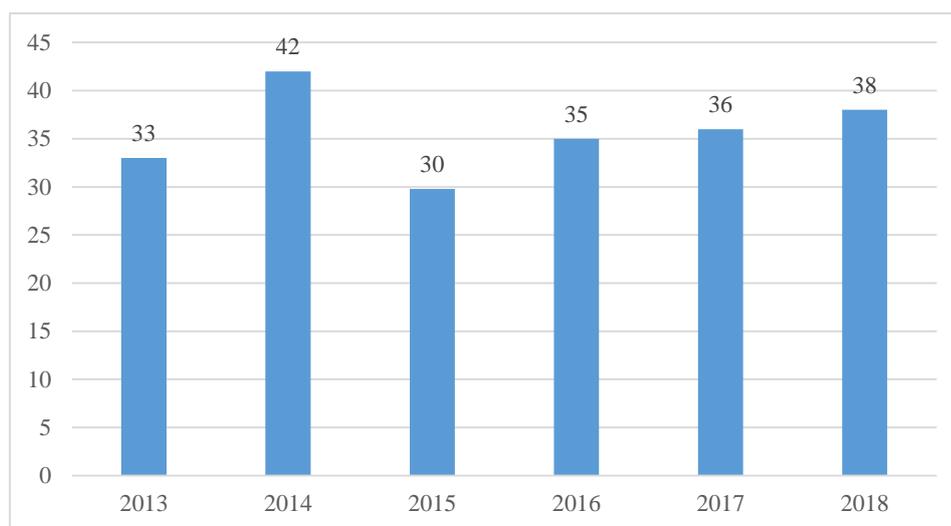
4.2.4 Disponibilidad de Medicamentos

El derecho a la salud se encuentra amparado constitucionalmente en el Perú. Así, corresponde que el ciudadano afiliado al SIS cuente con un servicio de salud integral, que incluye el acceso a los medicamentos necesarios para hacer frente a sus problemas de salud y, de ser el caso, mantener la continuidad de su dispensación hasta recuperarse totalmente.

La falta de medicamentos es uno de los principales problemas que enfrenta el paciente asegurado con el SIS, en las farmacias no cuentan con el stock adecuado y es ahí donde se incurre en el gasto de bolsillo como se observa en la figura 10 ya que se tiene que buscar en otros centros de abastecimiento; a nivel de todo el Perú.

Figura 10

Gasto de Bolsillo Per Cápita promedio mensual en Medicamentos (Soles)



Nota: Los datos han sido tomados de la base de datos de las ENAHO – 2020.

Como se observa en la tabla 14 en la Región Cajamarca pasa algo similar tenemos un déficit en año 2014 con una cantidad de 409,418 mil medicamentos o sea el 2.5% de medicamentos prescritos que no se entregó y en el año 2017 con una cantidad de 4,715,808 o sea un 2.4%. La brecha de medicamentos varía dependiendo a la ejecución de las transferencias de cada UE; sin embargo, se debe aclarar que la falta de medicamentos es un factor importante para que la cobertura del asegurado sea eficiente.

Observamos que el déficit de abastecimiento de medicamentos a nivel nacional en el año 2014 es el más alto con 4.5% y en el 2017 con el 3.3%. (Ver Anexo 5)

Tabla 14*Cobertura en Medicamentos*

AÑO	REGIÓN CAJAMARCA			
	Prescrito ⁹	Entregado	Déficit	Porcentaje
2013	37,314,459	36,765,955	548,504	1.5%
2014	16,870,807	16,461,389	409,418	2.5%
2015	162,248,152	160,412,778	1,835,374	1.1%
2016	203,066,741	200,488,039	2,578,702	1.3%
2017	198,700,131	193,984,323	4,715,808	2.4%
2018	216,424,991	213,615,565	2,809,426	1.3%

Nota: En la tabla se observa el porcentaje en déficit de la Región Cajamarca sobre todo en los años 2014 y 2017 que son los porcentajes más elevados en los 6 años de estudios. Los datos han sido tomados de la base de datos de las IAFAS – SIS.

4.3 Determinar el Nivel de Influencia de la Ejecución de las Transferencias Económicas

Realizadas por el SIS en la Mejora de la Prestación de Servicios de Salud en la

Región Cajamarca en el Periodo 2013 – 2018

En la Región Cajamarca en el año 2013, el 52.9% de la población todavía vivía en la pobreza y un 22.6% en una pobreza extrema y aunque las tasas han ido reduciendo a 41.9% y 11.2% respectivamente para el 2018, la población sigue requiriendo de los servicios públicos en salud porque es una población altamente vulnerable que necesita ser atendida por su condición. El número de afiliados al SIS ha ido creciendo de manera significativa, como se observa en la tabla 15 al año 2018 se llegó al 83.46%; estos datos de pobreza y afiliación son los principales indicadores para mejorar las prestaciones en salud; ya que, se tiene una relación directa a mayor afiliación mayor será la demanda de los servicios de salud, por lo que se tiene que estar preparado para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Sin embargo, la ejecución per cápita en

⁹ La prescripción médica es el resultado de un proceso lógico-deductivo mediante el cual el prescriptor, a partir del conocimiento adquirido, escucha el relato de síntomas del paciente, realiza un examen físico en busca de signos, concluye en una orientación diagnóstica y toma una decisión terapéutica

los 6 años consecutivos tiene un promedio de S/ 51.92, es una cantidad muy baja e insuficiente para que se brinde una atención de calidad que garantice a eficiencia y eficacia de la atención integral de salud.

Tabla 15

Resumen de los Principales Indicadores

Población	Años					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cajamarca	1,415,353	1,412,600	1,413,007	1,418,297	1,427,598	1,438,325
Afiliados	1,114,384	1,140,940	1,170,067	1,172,883	1,145,249	1,200,420
% de afiliación	78.74%	80.77%	82.81%	82.70%	80.22%	83.46%
Atendidos	946,975	931,573	941,458	971,648	913,094	932,694
Ejec. transferencia	S/ 49,318,702.09	S/ 75,187,166.44	S/ 68,563,762.52	S/ 47,353,632.64	S/ 60,434,323.00	S/ 59,601,462.00
Ejec. Traslferencia Per Cápita	S/ 44.26	S/ 65.90	S/ 58.60	S/ 40.37	S/ 52.77	S/ 49.65
Pobreza monetaria	52.9%	50.7%	50.8%	48.2%	47.5%	41.9%
Pobreza extrema	22.6%	19.2%	20.3%	20.0%	17.0%	11.2%

Nota: La tabla es un resumen de los principales indicadores de esta investigación. Los datos tomados son de la base de datos de las IAFAS-SIS y Reporte de Indicadores Sociales.

El modelo usado para establecer dicha relación, es un modelo de Regresión lineal simple, estimado mediante el método de Mínimos Cuadrados Ordinarios con los datos anuales del periodo de investigación 2013 – 2018; la variable endógena son las prestaciones de servicios de salud, y la variable exógena es la ejecución de las transferencias económicas que se realizaron a las Unidades Ejecutoras en la región Cajamarca.

La ecuación a estimar corresponde:

$$PS = \alpha_0 + \alpha_1 TRANS + \mu$$

Donde:

PS = Atenciones

TRANS = Transferencias económicas a las Unidades Ejecutoras

μ = Término de perturbación (incluye variables no especificadas)

Estimación del modelo:

Tabla 16

Estimación del Modelo Econométrico

Dependent Variable: LOG_ATENCIONES				
Method: Least Squares				
Date: 09/25/21 Time: 20:51				
Sample: 1 60				
Included observations: 48				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
LOG_TRANSFERECIAS	0.442523	0.079632	5.557131	0.0000
C	4.242651	1.227648	3.455919	0.0012
R-squared	0.401678	Mean dependent var		11.04390
Adjusted R-squared	0.388671	S.D. dependent var		0.851831
S.E. of regression	0.666026	Akaike info criterion		2.065797
Sum squared resid	20.40515	Schwarz criterion		2.143763
Log likelihood	-47.57912	Hannan-Quinn criter.		2.095260
F-statistic	30.88171	Durbin-Watson stat		1.238497
Prob(F-statistic)	0.000001			

Nota: Las variables son transformadas a logaritmos naturales de tal manera que los estimadores se puedan interpretar como cambios porcentuales.

Ecuación:

$$\hat{PS} = 4.242651 + 0.442523TRANS$$

Análisis e interpretación

- $\hat{\beta}_0 = 4.242651$, si las transferencias son iguales que cero, el promedio de las atenciones es de 4.242651.
- $\hat{\beta}_1 = 0.442523$, si las transferencias aumentan en 1%¹⁰, las atenciones tiene una variación 0.442523% bajo el supuesto de ceteris paribus.

Verificación del modelo

Coefficiente de determinación:

$$R^2 = 0.40167$$

El 40.167% de la variación de las atenciones es explicado por la variable de la ejecución transferencias.

Prueba de hipótesis

Para $\hat{\beta}_1$

H_0 : La variable transferencias no es estadísticamente significativa

H_1 : La variable transferencias es estadísticamente significativa

$t_{ca}(5.557131) > t_{tabulado}(1.96)$, se rechaza H_0 , por lo tanto las transferencias explican el comportamiento promedio de atenciones.

Aunque en la tesis se ha presentado el modelo de regresión lineal que pretende validar la asociación entre las variables de estudio, se ha encontrado problemas referente al

¹⁰ Los datos al estar en logaritmos, los coeficientes son interpretados como elasticidades. Es decir, si aumentas X en uno %, en la otra variable también aumenta en beta%

cumplimiento de los supuestos de mínimos cuadrados ordinarios (MCO) que son necesarios para tener estimaciones de parámetros eficientes y consistentes. Se ha trabajado con las variables en logaritmos, esto con el fin de disminuir la volatilidad de las variables y los resultados de la estimación del modelo que se muestra en la tabla 16, el coeficiente estimado de la variable logaritmo de transferencias es 0.40167, siendo estadísticamente significativa.

La ejecución de las transferencias de recursos económicos realizadas por el SIS a la Región Cajamarca han experimentado incrementos durante el periodo de estudio; sin embargo, existen diversos factores que explican la mejora de la prestación de servicios en salud (mayor atenciones) como la calidad.

Debemos tener cuenta, que cuando nos referimos a la VARIABLE DEPENDIENTE (prestación de servicios) se hace referencia netamente a las atenciones que las IPRES prestan, todo lo que son costos de reposición.

5.- Contratación de Resultados:

Knauth et al. (2013); en su artículo llegó a la conclusión que la reforma en salud en México ha cumplido con la reducción del gasto de bolsillo se produjo entre la población que no tenía seguro (que después se afilió al Seguro Popular). Este artículo, aporta información esencial por su experiencia; nos ilustra la manera de garantizar protección en salud a la población no asalariada; para el caso peruano sucede lo mismo al crear el SIS este sistema de afiliación fácil y rápida. En sus inicios ayudaba evitar el gasto de bolsillo al sector más pobre pero desde el 2009 con la Ley de Aseguramiento Universal en la Región Cajamarca hasta el año 2018 se tiene el 83.46% de afiliación, con la finalidad de tener un seguro de protección por derecho como peruano.

Becerril et.al, (2011), en su estudio ha llegado a la conclusión la salud y es el estado el responsable de la provisión de servicios pero a la vez esta carece de fondos suficientes siendo uno de los principales problemas el financiamiento para el cual propuso una serie de estrategias para la mejora teniendo como: 1.- El financiamiento mixto 2.- El reconocimiento a la salud como un bien social, asegurando el respeto por los usuarios; en nuestro caso el financiamiento proviene de mayormente del gasto público que designa el estado siendo la tasa de ejecución un promedio del 92% en la Región Cajamarca.

En la presente investigación coincidimos con el autor Alfageme (2012); porque es el MINSA la autoridad para conducir el proceso, debería compatibilizar las prioridades con énfasis especial en las acciones de prevención, mejoramiento en la gestión de recursos y acceso equitativo a la salud de calidad Región Cajamarca contamos con 54.7% de establecimientos de primer nivel que no están lo suficientemente equipadas para cumplir con su función básica de prevención.

Ginocchio (2018) en su tesis denominada: “Análisis del gasto de bolsillo en salud en el Perú” coincidimos en que, el aseguramiento no garantiza un aseguramiento efectivo que se traduzca en mejores servicios de salud por lo cual se evidencia las grandes dificultades de la oferta para dar mejor atención considerando que de las transferencias el promedio de la tasa de ejecución en promedio de los años de estudio es del 92%.

CONCLUSIONES

La ejecución de las transferencias económicas realizadas por el SIS a la región Cajamarca, considerando principalmente el componente de reposición (medicamentos e insumos utilizados en la atención de salud del asegurado), sí ha tenido una tendencia creciente; se considera este componente porque es el que está directamente relacionado con la prestación de servicios de salud. El resultado del análisis estadístico tabla 5, da como resultado que la tasa de ejecución en el componente de reposición en el periodo estudiado 2013 – 2018 ha ido aumentando; en los años 2016, 2017 y 2018 se ejecutó más del 50% de la tasa total de ejecución de las transferencias económicas; a diferencia de los años 2013, 2014 y 2015 que su tasa de ejecución es menor del 40%.

En la región Cajamarca las afiliaciones han ido de forma creciente por dos principales razones: 1) por las afiliaciones a los diferentes regímenes del SIS (gratuito, independiente, MYPES y NRUS) y 2) por la tasa crecimiento natural de la población; por lo que podemos decir que nos encontramos con una relación directa entre afiliaciones y las prestaciones de servicios como se observa en la figura 8. Un elemento importante dentro de las prestaciones de salud son los medicamentos; el cual existe un déficit de stock incurriendo en las familias cajamarquinas a un gasto de bolsillo; en la Región Cajamarca se tiene un déficit en año 2014 con una cantidad de 409,418 mil medicamentos o sea el 2.5% de medicamentos prescritos que no se entregó y en el año 2017 con una cantidad de 4,715,808 o sea un 2.4%. Para tener una cobertura eficiente se tiene que cerrar la brecha de medicamentos el cual depende de la ejecución de las transferencias económicas en el componente de reposición.

La relación entre la ejecución de transferencias económicas realizadas por el SIS a las Unidades ejecutoras es positiva con respecto a la mejora de la prestación de servicios de salud en la Región Cajamarca en el periodo 2013 – 2018; según el estudio econométrico en la

presente investigación se ha llegado a confirmar que se tiene una relación directa con las prestaciones de servicios de salud por lo que se puede decir que aumentar en 1% las transferencias económicas, las atenciones por parte de las Unidades Ejecutoras se incrementarían en un 0.442% lo que significa que tienen una relación directa.

RECOMENDACIONES

El presente estudio debe servir como base para la realización de otros estudios que complementen la información recogida y permitan establecer una correlación para analizar más a fondo esta problemática. Asimismo, al haberse realizado un análisis de la relación entre el SIS y los Establecimientos de Salud, invita a la realización de estudios que analicen la cobertura de salud con respecto a la calidad de servicios.

Se debe mejorar las condiciones de los establecimientos de salud de nivel I, es el gobierno que debe dotar de infraestructura y equipamiento estratégico para el primer nivel que es prevención, programar evaluaciones a las unidades ejecutoras y modernizar las gestiones en el sector Salud para que se logre un desarrollo sostenible.

Es importante que se tenga en cuenta que a largo plazo se debe buscar una diversificación de las fuentes de financiamiento o sea que incentive la formalización de las pequeñas y microempresas para que accedan a mejores beneficios de afiliación para sus trabajadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfageme, A. (s.f.). *Algunas reflexiones sobre la ley de aseguramiento Universal en Salud en el Perú*. Banco Central de Reserva, Lima.
- Arias, G. L. (s.f.). *Efectos del Seguro Integral de Salud sobre el Estado de Salud: Aplicación de Regresión Discontinua*. Universidad del Pacifico, Lima.
- Becerril V, Medina Y Aquino R. (5 de ENERO de 2011). *Salud Publica* . Obtenido De Salud Publica. Brazil
- Bolaños, J. O. (2015). *La concepcion de justicia en la Cobertura Universal de salud Colombia 1990 - 2015*.
- Campo, J. E. (2015). *Reforma del Sistema de Salud en el Perú*. Healthreform in Perú, 5.
- CEPAL. (2 de Febrero de 2016). *Naciones Unidas*. Obtenido de Naciones Unidas: <https://www.cepal.org/es/noticias/la-poblacion-america-latina-alcanzara-625-millones-personas-2016-segun-estimaciones>
- Daniel Titelman, O. C. (2015). *La cobertura universal de salud en los países de América Latina: como mejorar los esquemas basados en la solidaridad* . MEDICC REVIEW, 68-69.
- ENAHU, I. . (2017). *Cajamarca, Resultados Definitivos*.
- ESSALUD. (2013). *SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. LIMA.
- Fernández collado, H. S. (2010). *Metodologia de la investigación* . México : McGraw-Hill .
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2005). *MEF.COM*. Obtenido de MEF.COM:

<https://www.mef.gob.pe/es/politica-economica-y-social-sp-2822/750-preguntas-frecuentes-pol-econ/4860-93-que-es-el-gasto-social>

Ministerio de Economía y Finanzas. (2018). *Cuenta General De La Republica 2018*. Lima.

Ginocchio, V. A. (2018). *Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú*. Marid.

Ginocchio, V. A. (2018). *Universidad Complutense Madrid*. Obtenido de Universidad Complutense Madrid: <https://eprints.ucm.es/49480/1/T40330.pdf>

Hernandez Sampieri, F. C. (2010). *Metodologia De La Investigacion*. Mexico: Mc Graw Hill.

Seguro Integral de Salud. (2010). *Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud*. (2010). Lima.

INEI. (2017). *RESULTADOS DEFINITIVOS. CAJAMARCA*.

Larrain J, Valentin K y Zelaya F. (2018) *Propuesta de mejora del proceso de abastecimiento de medicamentos a través de compras corporativas*. Universidad del Pacifico.

Leticia Ávila-Burgos, E. S.-M.-R.-R. (2013). *Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación*. scielo.

López-Valcárcel, O. M. (2018). *Economía de la salud*. Piramide.

Lozano, B. (2006). Derecho de la Seguridad social, Manual . *Revista Latinoamericana de Derecho Social* , 5.

Martínez, J. M. (2012). Los retos económicos de la sanidad. 17.

Martínez, J. M. (2012). Los retos económicos de la sanidad. 16.

- Ministerio de Economía y Finanzas. (2019). *Transparencia Económica*. Obtenido de
Transparencia Económica:
<http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx?y=2017&ap=ActProy>
- Ministerio de Salud. (ABRIL de 2005). *BVS.MINSA.GOB*. Obtenido de BVS.MINSA.GOB:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/116_GUIACATEGOR.pdf
- Ministerio de Salud. (2018). *Fundamentos de la Salud*. LIMA: CREATIVE SIDEKICK.
- Organización Mundial de Salud. (2012). *OMS*. Obtenido de OMS:
<https://www.who.int/es>
- Organización Mundial de Salud. (2013) OMS. Obtenido de OMS:
<https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/the-world-health-report-2013>
- Organización Mundial de Salud. (2017) OMS. Obtenido del OMS:
<https://www.who.int/es/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks>
- Pinchi, G. H. (Junio de 2018). *SCIÉNDO*. Obtenido de SCIÉNDO:
evistas.unitru.edu.pe/index.php/SCIENDO/article/view/1886
- Parkin, M. y Loría, E. (2010). *Macroeconomía*. Editorial: Pearson.
<http://csh.izt.uam.mx/cursos/gerardo/uam/material/Microeconomia-I.pdf>
- República, C. G. (2017). *Gasto Social* . Obtenido de Gasto Social :
https://www.mef.gob.pe/contenidos/conta_public/2017/gasto_social2017_tomo1.pdf
- Rey, V. y. (1999). *Metodología de la investigación Científica* . Lima: San Marcos .
- Ministerio de Salud. (2016). *Hacia la Cobertura Universal en Salud*. Lima: Servicio
Grafico Publicitario S.R.L.

O.P.S (2018). *Indicadores De Salud Aspectos Conceptuales y Operativos*. Whashington.

Seguro Integral de Salud. (2013). *Informe Anual 2013*. Lima : Biblioteca Nacional Del Perú.

Seguro Integral de Salud. (2017). *Boletín Estadístico* . Obtenido de Boletín Estadístico : http://www.sis.gob.pe/portal/estadisticas/archivos/boletines/ResumenEjecutivo_2017_01_AL_06.pdf

Sánchez, M. P. (2018). *Pan American Journal of Public Health*. Obtenido de Pan American Journal of Public Health: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49033/v42e202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Seguro Integral de Salud . (2018). *Portal de Trasnparencia del SIS*. Obtenido de Portal de Transparencia: <https://www.gob.pe/sis>

Seguro Integral de Salud. (2009). Obtenido de Seguro Integral de Salud: <http://www.sis.gob.pe/index.asp>

Seguro Integral de Salud. (2014). *Informe Anual 2013*. Lima: Biblioteca Nacional De Perú.

Stiglitz, J. E. (2000). *La economía del sector público* . Barcelona : Antony Bosch.

Superintendencia Nacional de Salud. (2013). Obtenido de Superintendencia Nacional de Salud: <http://portal.susalud.gob.pe/>

SUSALUD. (2018). *Anuario Estadístico 2018*. Lima .

Sven Neelsen, O. O. (2017). *¿Universalismo progresivo? El impacto de la cobertura específica en el acceso a la atención médica y los gastos en Perú*. Health Economics.

Timana, P. M. (s.f.). *Impacto del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la razón de mortalidad materna en el distrito de la esperanza 2010 - 2014*. Tesis de Pregrado. Universidad Nacional de Cajamarca , Trujillo.

Velásquez, A. (2016). *Salud en el Perú: hacia la cobertura universal y una respuesta efectiva frente a riesgos sanitarios*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública ,

Winslow. (24 de OCTUBRE de 1991). *Memorias De Un Grupo De Consulta* . Obtenido De Memorias De Un Grupo De Consulta
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1933.pdf>

Knul ,G,D al., F. M. (2013). *Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México*. México.

ANEXOS

Anexo 1 Lista de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud públicas y privadas.

Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud	AÑOS					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Seguro Integral de Salud	11,814,620	15,079,371	16,078,993	16,407,505	16,211,621	17,446,821
Essalud	8,448,238	7,594,055	8,303,456	9,874,390	9,832,431	9,520,897
Saludpol	86,813	105,966	360,538	443,109	431,443	440,824
Rímac Cía. De Seguros y Reaseguros	0	0	305,055	330,764	404,285	237,578
Oncosalud S.A.C	28,1159	343,967	503,970	416,079	416,038	810,065
Pacifico S.A. EPS	371,204	396,886	365,982	405,536	398,769	375,610
Rímac S.A EPS	359,558	376,262	322,892	371,066	388,478	341,286
El pacifico peruano suiza Cía. De seguros y reaseguros	0	0	169,739	278,987	240,699	372,215
CARDIF del Perú S.A cía. De seguros y reaseguros	0	2	78,443	78,389	86,560	46,333
la positiva de seguros y reaseguros	0	46,400	40,351	73,932	82,914	82,800
Clínica san pablo S.A.C	24,286	25,524	25,802	36,385	47,955	
FOSPEME		32,036	37,790	37,790	37,789	72,608
FOSFAP	18,191	30,286	36,642	36,791	36,881	43,819
FOSMAR	0	18,834	36,017	35,979	35,936	60,699
Mapfre Perú cía. De seguros y reaseguros	0	33,376	34,553	34,529	34,490	34,435
Autoseguro de accidentes personales UNMSM	0	0	0	0	32,229	32,119
administradora clínica Ricardo Palma S.A	17,777	19,989	22,835	30,015	29,953	32,441
CSALUD S.A		66,497	40,573	32,814	29,766	
Sanitas Perú S.A EPS	24,608	33,763	30,722	27,783	28,171	28,561
Mapfre Perú S.A EPS	26,000	25,497	26,123	26,114	26,096	26,081
Autoseguro FEBAN	13,859	16,452	16,798	16,485	16,123	15,930
Autoseguro colegio médico del Perú - SEMEFA	0	0	14,532	14,120	14,802	13,719
Asociación pastoral SMA good hope de la iglesia	1,913	8,348	8,331	8,275	10,876	10,837
Autoseguro petróleos del Perú - PAMF	0	0	7,650	7,745	8,096	8,106
Autoseguro PAMEF de SEDAPAL	0	0	7,432	7,438	7,433	7,836

Autoseguro FOPASEF	0	0	0	6,014	5,975	5,954
La esperanza del Perú S.A clínica San Borja/SANNA	6,066	5,376	3,777	4,681	5,364	5,091
Autoseguro fondo de empleados SUNAT	0	0	4,941	5,192	5,269	4,847
Brithish american hospital S.A	0	0	3,837	4,165	4,047	3,866
Autoseguro BCRP	3,063	3,528	3,451	3,383	3,400	3,211
Autoseguro CORPAC S.A			3,212	3,208	3,202	3,722
Centro médico clínica san Judas Tadeo S.A	2,231	2,231	2,675	2,494	2,976	3,044
Autoseguro Fesalud S.A	0	0	0	1,119	2,923	1,913
Sistema de Adm. Hospitalaria S.A.C clínica el golf	1,133	915	938	1,138	1,503	1,157
Autoseguro MEF	1,296	1,296	1,282	1,274	1,275	1,210
Medicina Externa S.A	897	776	1,178	1,207	1,207	2,241
Autoseguro Sima S.A		161	993	970	1012	955
Autoseguro ENAPU S.A	0	0	0	832	811	807
Servicio de salud Montessori S.A.C	385	385	489	572	664	658
Clínica Javier Prado S.A	477	297	541	555	555	138
COA					273	212
Autoseguro MINCETUR	259	252	246	239	229	213
Asociación Peruana Japonesa (clínica centenario)	71	71	57	57	57	45
clínica Stella Maris	60	55	97	59	50	50
ACE seguros Cía. De seguros y reaseguros	0	0	31	31	31	31

Fuente: Registro de afiliados al AUS para todas las IAFAS

Elaboración: SUSALUD

Anexo 2 Desagregado de la Ejecución de las Transferencias a las Unidades Ejecutoras Año 2013

EJECUCIÓN DE GASTOS DE RECURSOS TRANSFERIDOS A UNIDADES EJECUTORAS 2013																						
DNI	UNIDAD EJECUTORA	GASTOS DE RECURSOS TRANSFERIDOS A UNIDADES EJECUTORAS 2013										GASTOS DE GESTIÓN							TOTAL GASTO DE GESTIÓN (B)	% (B/D)	TOTAL EJECUCIÓN (D) = (A)+(B)	
		(*)	2.3.1.8.2.1	2.3.1.8.1.1 2.3.1.8.1.99 2.3.1.9.9.1.2 2.2.23.9999	Servicio Terciario por Prestaciones de Salud	Gasto x Pago de Traslado - Referencias	Gastos Administrativos inherentes a la prestación de salud	TOTAL GASTO DE REPOSICIÓN (A)	% (A/D)	Mejora de la Atención Administrativa y Prestacional en: Puntos de Digitación-Unidades de Seguro-ESS		Garantiza la atención	Garantiza la atención	Mantenimiento de Máquinas, Equipos, Mobiliario, Similares y Ambulancias	Fortalecimiento de Capacidades	Servicios Diversos realizados por Personas Jurídicas y/o Naturales	Gasto realizado por los CIAS	Otros Gastos de Gestión				
										2.3.1.8.1.2	2.3.1.5.1.1											2.6.3.2.1.1
										2.2.23.399	2.3.1.5.1.2											2.6.3.2.1.2
2.2.23.31	2.3.2.2.2.3	2.6.3.2.4.1																				
Medicamentos, Transferencias internas para el abastecimiento de medicamentos	Material, Insumos, Instrumental y Accesorios Méd.	Vacunas, Otros Productos Similares, Productos Químicos	Gastos por Prestaciones de Salud	Combustible, Pasajes, Viáticos	Personal de Limpieza, aseo y Limpieza, sábanas, Fundas, Bata s, Bienes e impresos (FUAS alimentación del Hospitalizado)	Combustible, Pasajes, Viáticos	Máquinas y Mobiliario de Oficina, adquisición de Equipos Informáticos y de Comunicación, adquisición de mobiliario-equipos y aparatos médicos	Servicio de Impresiones	contrato CAS, contribuciones a ESSALUD	Mantenimiento de Máquinas y Equipos, mantenimiento de mobiliario y similares, mantenimiento de ambulancias, mantenimiento de Infraestructura	Movilidad Local, viáticos x comisión de servicio, talleres	Personas jurídicas, personas naturales, servicios Diversos	A Otras Organizaciones									
785	REGION CAJAMARCA - SALUD CAJAMARCA	1,820,219.98	2,067,965.19	19,078.50	0.00	767,280.72	479,107.90	5,153,652.29	32%	328,834.59	421,546.14	2,045,155.67	1,094,865.55	4,768,620.04	339,630.37	233,820.00	828,137.54	0.00	1,107,878.01	11,168,487.91	68%	16,322,140.20
786	REGION CAJAMARCA - SALUD CHOTA	1,013,105.12	583,026.25	0.00	0.00	756,877.33	319,583.00	2,672,591.70	29%	324,376.00	285,087.75	1,296,732.57	475,169.02	2,991,651.11	84,756.14	106,686.20	176,403.80	0.00	700,389.13	6,441,251.72	71%	9,113,843.42
787	REGION CAJAMARCA - SALUD CUTERVO	851,158.06	588,819.35	6,187.11	0.00	261,875.76	196,066.36	1,904,106.64	28%	112,232.47	52,986.71	482,722.31	49,838.15	3,627,068.95	65,273.22	24,634.50	391,786.18	0.00	177,389.90	4,983,932.39	72%	6,888,039.03
788	REGION CAJAMARCA - SALUD JAEN	985,482.63	766,379.59	14,210.00	0.00	551,175.28	408,607.94	2,725,855.44	26%	236,217.98	120,671.83	1,492,318.09	200.00	3,736,431.22	89,561.00	636,025.08	1,227,940.89	0.00	259,713.33	7,799,079.42	74%	10,524,934.85
999	REGION CAJAMARCA - HOSPITAL CAJAMARCA	959,085.91	493,975.38	18,479.55	0.00	151,262.16	300,632.75	1,923,435.75	40%	64,826.64	4,001.10	0.00	20,350.00	1,580,899.58	0.00	0.00	861,738.48	0.00	413,914.96	2,945,730.76	60%	4,869,166.51
1047	REGION CAJAMARCA - HOSPITAL GENERAL DE	263,578.47	627,705.47	135.29	0.00	145,971.11	67,289.99	1,104,680.33	69%	62,559.05	2,943.70	16,559.00	0.00	33,986.00	37,660.00	0.00	277,148.34	0.00	65,041.67	495,897.76	31%	1,600,578.08
Total CAJAMARCA		5,892,630.17	5,127,871.23	58,090.45	0.00	2,634,442.35	1,771,287.94	15,484,322.14		1,129,046.72	887,237.23	5,333,487.64	1,640,422.72	16,738,656.90	616,880.73	1,001,165.78	3,763,155.23	0.00	2,724,327.00	33,834,379.95		49,318,702.09

FUENTE: Presupuesto del SIS

Anexo 3 Desagregado de la Ejecución de las Transferencias a las Unidades Ejecutoras Año 2014

EJECUCIÓN DE GASTOS DE RECURSOS TRANSFERIDOS A UNIDADES EJECUTORAS 2014																																												
DNI	UNIDAD EJECUTORA	GASTOS DE REPOSICIÓN							TOTAL GASTO DE REPOSICIÓN	%	GASTOS DE GESTIÓN							TOTAL GASTO DE GESTIÓN (B)	% (B/D)	TOTAL EJECUCIÓN																								
		Gasto de Medicamentos, Material, Insumos y Otros Otros bienes y servicios de asistencia Médica Entrega de Medicamentos			Servicio Terciarizado por Prestaciones de Salud	Gasto x Pago de Traslado - Referencias	Gastos Administrativos inherentes a la prestación de salud				Mejora de la Atención Administrativa y Prestacional en: Puntos de Digitación-Unidades de Seguro-EE.SS		Garantiza la atención	Garantiza la atención	Mantenimiento de Máquinas, Equipos, Mobiliario, Similares y Ambulancias	Fortalecimiento de Capacidades	Servicios Diversos realizados por Personas Jurídicas y/o Naturales				Gasto realizado por los CLAS																							
		2.3.1.8.1.2	2.2.23.399	2.2.23.31	2.3.1.8.2.1	2.3.1.8.1.1	2.3.1.8.1.99	2.3.1.9.9.1.2			2.2.23.9999	2.3.2.6.4.1	2.3.1.3.1.1	2.3.2.1.2.1	2.3.2.1.2.2	2.3.2.3.1.1	23.19.13				2.3.1.5.3.1	2.3.1.2.1.2	23.1.1.1.1	2.3.1.5.1.1	2.6.3.2.1.1	2.6.3.2.1.2	2.6.3.2.3.1	2.6.3.2.3.2	2.6.3.2.3.3	2.6.3.2.4.1	2.6.3.2.4.2	2.3.2.2.4.4	2.3.2.8.1.1	2.3.2.8.1.2	2.3.2.4.1.5	2.3.2.4.1.4	2.3.2.4.1.3	2.3.2.4.1.1	2.3.2.1.2.99	2.3.2.7.10.1	2.3.2.7.1.99	2.3.2.7.2.99	2.3.2.7.11.99	2.5.2.1.1.99
		Medicamentos	Material, Insumos, Instrumental y Accesorios Méd.	Vacunas, Otros Productos Similares, Productos Químicos	Gastos por Prestaciones de Salud	Combustible, Pasajes, Viáticos	Personal de Limpieza, aseo y Limpieza, sábanas, Fundas, Batas, Bienes e impresos (FUAS alimentación del Hospitalizado	Repuestos y Accesorios, Papelería en general, útiles y materiales de oficina, servicio de internet			Máquinas y Mobiliario de Oficina, adquisición de Equipos Informáticos y de Comunicación, adquisición de mobiliario-e equipo y aparatos médicos	Servicio de Impresiones	contrato CAS, contribuciones a ESSALUD	Mantenimiento de Máquinas y Equipos, mantenimiento de mobiliario y similares, mantenimiento de ambulancias, mantenimiento de Infraestructura	Fortalecimiento de Capacidades	Personas jurídicas, personas naturales, servicios Diversos	A Otras Organizaciones				Otros Gastos de Gestión																							
785	REGION CAJAMARCA - SALUD CAJAMARCA	2,086,270.57	2,119,349.51	8,357.05	0.00	1,576,581.23	1,222,072.05	7,012,630.41	29%	271,757.99	1,704,926.34	549,013.00	10,904,648.75	707,818.70	145,423.00	622,507.10	0.00	2,153,719.34	17,059,814.22	71%	24,072,444.63																							
786	REGION CAJAMARCA - SALUD CHOTA	1,687,355.13	1,227,619.53	20,565.00	0.00	914,456.18	477,356.01	4,327,351.85	30%	299,288.82	444,437.18	423,092.95	7,864,107.22	101,860.36	75,606.00	327,398.41	0.00	783,112.67	10,318,903.61	70%	14,646,255.46																							
787	REGION CAJAMARCA - SALUD CUTERVO	844,306.17	959,329.54	21,945.00	112,000.00	543,447.01	148,779.09	2,629,806.81	35%	70,120.80	238,350.79	75,745.55	3,614,649.94	87,545.98	49,788.52	310,639.00	0.00	513,073.38	4,959,913.96	65%	7,589,720.77																							
788	REGION CAJAMARCA - SALUD JAEN	921,792.78	1,322,910.64	8,758.05	0.00	937,074.09	486,754.98	3,677,290.54	26%	142,547.04	1,096,206.97	0.00	6,703,799.70	134,902.11	94,650.89	1,376,366.04	0.00	945,526.00	10,493,998.75	74%	14,171,289.29																							
999	REGION CAJAMARCA - HOSPITAL CAJAMARCA	2,764,350.92	2,745,979.27	60,639.43	0.00	318,389.02	769,578.72	6,658,937.36	51%	3,604.00	145,061.75	172,939.04	2,764,360.00	33,558.00	0.00	2,590,626.93	0.00	680,555.37	6,390,705.09	49%	13,049,642.45																							
1539	GOB. REG. CAJAMARCA - HOSPITAL JOSE H SOTO CADENILLAS- CHOTA	0.00	0.00	0.00	0.00	26,829.50	0.00	26,829.50	99%	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	400.00	0.00	0.00	400.00	1%	27,229.50																							
1047	REGION CAJAMARCA - HOSPITAL GENERAL DE J	370,106.87	379,779.96	5,676.00	0.00	242,042.60	47,422.00	1,045,027.43	64%	2,678.26	39,840.83	0.00	103,348.42	23,350.00	0.00	47,822.21	0.00	368,517.19	585,556.91	36%	1,630,584.34																							
Total CAJAMARCA		8,674,182.44	8,754,968.45	125,940.53	112,000.00	4,558,819.63	3,151,962.85	25,377,873.90	34%	789,996.91	3,668,823.86	1,220,790.54	31,954,914.03	1,089,035.15	365,468.41	5,275,759.69	0.00	5,444,503.95	49,809,292.54	66%	75,187,166.44																							

FUENTE: Presupuesto del SIS

Anexo 4 Desagregado de la Ejecución de las Transferencias a las Unidades Ejecutoras Año 2015

EJECUCIÓN DE GASTOS DE RECURSOS TRANSFERIDOS A UNIDADES EJECUTORAS 2015																					
DNTP	UNIDAD EJECUTORA	GASTOS DE REPOSICIÓN						TOTAL GASTO DE REPOSICIÓN (A)	% (A/C)	GASTOS DE GESTIÓN								TOTAL GASTO DE GESTIÓN (B)	% (B/C)	TOTAL EJECUCIÓN (C=A+B)	
		Gasto de Medicamentos, Material, Insumos y Otros			Servicio Terciario por Prestaciones de Salud	Gasto x Pago de Traslado - Referencias	Gastos Administrativos inherentes a la prestación de salud			Mejora de la Atención Administrativa y Prestacional en: Puntos de Digitación - Unidades de Seguro-EESS	Garantiza la atención	Garantiza la atención	Mantenimiento de Máquinas, Equipos, Mobiliario, Similares y Ambulancias	Fortalecimiento de Capacidades	Servicios Diversos realizados por Personas Jurídicas y/o Naturales	Gasto realizado por los CLAS	Otros Gastos de Gestión				
		2.3.1.8.1.2	2.3.1.8.2.1	2.3.1.8.1.1 2.3.1.8.1.99 2.3.1.9.9.1.2	2.3.2.6.4.1	2.3.1.3.1.1 2.3.2.1.2.1 2.3.1.5.3.1 2.3.1.2.1.2 2.3.1.1.1.1	2.3.2.3.1.1 2.3.1.9.1.3 2.3.1.5.3.1 2.3.1.2.1.2 2.3.1.1.1.1			2.3.1.5.1.1 2.3.1.5.1.2 2.3.2.2.2.3 2.6.3.2.3.3 2.6.3.2.4.1 2.6.3.2.4.2	2.3.2.2.4.4	2.3.2.8.1.1 2.3.2.8.1.2	2.3.2.4.1.5 2.3.2.4.1.4 2.3.2.4.1.3 2.3.2.4.1.1	2.3.2.1.2.99 2.3.2.7.10.1	2.3.2.7.1.99 2.3.2.7.2.99 2.3.2.7.11.99	2.5.2.1.1.99					
		Medicamentos	Material, Insumos, Instrumental y Accesorios Méd.	Vacunas, Otros Productos Similares, Productos Químicos	Gastos por Prestaciones de Salud	Combustible, Pasajes, Viáticos	Personal de Limpieza, aseo y Limpieza, sábanas, Fundas, Batas, Bienes e impresos (FUAS alimentación del Hospitalizado)			Repuestos y Accesorios, Papelería en general, útiles y materiales de oficina, servicio de internet	Servicio de Impresiones	contrato CAS, contribuciones a ESSALUD	Mantenimiento de Máquinas y Equipos, mantenimiento de mobiliario y similares, mantenimiento de ambulancias, mantenimiento de Infraestructura	Fortalecimiento de Capacidades	Personas jurídicas, personas naturales, servicios Diversos	A Otras Organizaciones					
785	REGION CAJAMARCA - SALUD CAJAMARCA	2,883,574.38	1,948,360.66	12,000.78	0.00	1,217,745.30	1,495,217.13	7,556,898.25	33%	106,832.50	2,067,880.61	202,882.34	7,998,974.34	396,683.55	145,512.50	2,726,974.58	0.00	1,830,574.88	15,476,315.30	67%	23,033,213.55
786	REGION CAJAMARCA - SALUD CHOTA	2,142,465.88	1,418,831.15	21,840.00	0.00	666,415.09	433,744.75	4,683,296.87	45%	210,521.54	110,289.67	228,213.58	4,291,180.37	22,229.49	37,134.20	179,859.50	0.00	655,093.44	5,734,521.79	55%	10,417,818.66
787	REGION CAJAMARCA - SALUD CUTERVO	1,237,991.66	684,871.59	1,935.00	259,000.00	449,471.27	201,320.19	2,834,589.71	46%	73,449.26	113,343.19	45,628.95	1,918,534.54	42,395.00	50,154.60	479,912.00	0.00	598,671.98	3,322,089.52	54%	6,156,679.23
788	REGION CAJAMARCA - SALUD JAEN	1,397,991.88	1,235,274.15	14,990.00	0.00	398,418.89	542,260.18	3,588,935.10	34%	113,500.55	166,089.23	0.00	4,528,487.60	309,818.43	82,624.80	1,365,723.76	0.00	432,208.05	6,998,452.42	66%	10,587,387.52
999	REGION CAJAMARCA - HOSPITAL CAJAMARCA	2,532,331.35	2,383,805.21	234,484.08	0.00	507,422.31	1,021,511.08	6,679,554.03	46%	84,536.52	682,077.93	106,585.06	2,743,899.00	156,068.30	0.00	3,295,809.47	0.00	821,915.61	7,890,891.89	54%	14,570,445.92
1047	REGION CAJAMARCA - HOSPITAL GENERAL DE JAEN	409,563.19	457,002.44	6,750.00	0.00	414,140.85	196,143.80	1,483,600.28	59%	24,628.66	26,063.00	670.00	364,829.04	800.00	0.00	536,354.88	0.00	80,895.60	1,034,241.18	41%	2,517,841.46
1539	GOB. REG. CAJAMARCA - HOSPITAL JOSE H. SOTO CADENIL	84,796.71	314,498.02	0.00	0.00	156,780.66	37,184.90	593,260.29	46%	13,116.97	189,431.97	9,985.00	270,040.35	20,000.00	5,409.00	114,551.00	0.00	64,581.60	687,115.89	54%	1,280,376.18
Total CAJAMARCA		10,688,715.05	8,442,643.22	291,999.86	259,000.00	3,810,394.37	3,927,382.03	27,420,134.53	40%	626,586.00	3,355,175.60	593,964.93	22,115,945.24	947,994.77	320,835.10	8,699,185.19	0.00	4,483,941.16	41,143,627.99	60%	68,563,762.52

FUENTE: Presupuesto del SIS

Anexo 5 Brecha de Medicamentos a Nivel del Perú

AÑO	A NIVEL DEL PERÚ			
	Préscrito	Entregado	Déficit	%
2013	1 489'919,624	1 464'443,007	25'476,617	1.7%
2014	219'541,316	210'168,699	9'372,617	4.5%
2015	2 270'660,785	2 205'427,592	65'233,193	3.0%
2016	3 222'243,061	3 152'982,626	69'260,435	2.2%
2017	3 041'765,493	2 943'972,360	97'793,133	3.3%
2018	3 369'982,405	3 302'771,725	67'210,680	2.0%

FUENTE: Base de datos de IAFAS SIS

Anexo 6 Número de Afiliados al SIS por Región

REGIÓN	Años						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total	11'353,562	13'725,247	15'079,371	16'078,993	16'407,503	16,211,621	17'446,821
Amazonas	305,222	345,121	328,900	341,403	347,824	349,441	370,823
Áncash	598,810	675,786	703,803	732,652	738,232	728,422	758,751
Apurímac	339,672	356,365	338,300	340,674	341,627	337,421	351,761
Arequipa	244,551	331,334	409,713	460,685	463,623	454,867	486,928
Ayacucho	464,669	508,039	489,732	498,017	502,383	500,543	519,313
Cajamarca	1'019,558	1'114,384	140,940	1'170,067	1'172,883	1'145,249	1'200,420
Cusco	691,556	823,891	817,028	285,287	853,225	846,785	899,678
Huancavelica	341,760	357,003	323,371	320,121	320,189	316,965	332,405
Huánuco	564,821	612,700	552,322	571,536	579,784	581,199	612,512
Ica	173,481	231,445	269,942	292,843	297,267	287,307	322,720
Junín	439,457	571,401	661,085	708,269	722,676	724,943	784,140
La libertad	674,130	819,166	893,597	958,229	966,186	952,588	1'013,260
Lambayeque	400,296	510,847	616,116	666,810	682,089	668,347	717,043
Lima	1'973,607	2'731,366	3'555,239	3'937,910	4'130,765	4'033,918	4'482,433
Loreto	704,995	786,993	695,199	726,356	746,586	745,762	801,454
Madre de dios	43,125	62,404	80,396	91,219	94,846	96,305	104,191
Moquegua	31,622	47,022	62,088	69,314	71,224	67,314	72,735
Pasco	121,495	145,309	147,374	154,811	158,680	157,098	168,614
Piura	765,568	927,524	1'043,644	1'103,921	1'102,168	1'086,879	1'180,167
Puno	598,754	690,436	761,108	795,572	806,248	802,317	845,176
San Martín	474,645	568,611	616,476	658,022	666,956	664,054	697,901
Tacna	45,208	86,415	121,701	141,579	145,419	143,924	157,599
Tumbes	91,101	114,429	137,473	146,053	147,373	145,471	154,117
Ucayali	245,459	308,256	348,595	365,720	375,941	376,596	412,123
Otros Ubigeos			3,301	1,4393	3,576	1,076	8,023

FUENTE: Base de datos de IAFAS SIS

Anexo 7 Las trece Consultas más Frecuentes de la Región Cajamarca.

Código de las prestaciones	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	PERIODO											
		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
		Cantidades de prestaciones	%										
56	Consulta externa	12'42,189	23.76	1'255,782	23.90	1'260,686	23.92	1'270,403	24.04	1'161,056	21.92	1'220,113	23.18
1	Control de crecimiento y desarrollo en menores de 0 - 4 años	573,454	10.97	574,866	10.94	577,882	10.97	579,757	10.97	564,768	10.66	556,943	10.58
22	Detección de problemas en Salud Mental	468,007	8.95	469,355	8.93	470,048	8.92	470,388	8.90	546,647	10.32	458,560	8.71
18	Salud reproductiva (planificación familiar)	433,493	8.29	435,339	8.29	436,239	8.28	436,712	8.26	433,124	8.18	425,927	8.09
75	Atención extramural rural (Visita domiciliaria)	402,680	7.70	404,003	7.69	404,438	7.67	404,676	7.66	501,798	9.47	535,802	10.18
71	Apoyo al diagnóstico	238,316	4.56	239,932	4.57	240,918	4.57	240,970	4.56	304,289	5.75	332,330	6.31
5	Consejería nutricional para niñas o niños en riesgo nutricional y desnutrición	187,457	3.59	187,844	3.58	188,784	3.58	188,784	3.57	182,773	3.45	0	0.00
S02	Salud Escolar	182,722	3.50	183,722	3.50	184,551	3.50	185,032	3.50	0	0.00	0	0.00
9	Atención prenatal	159,315	3.05	159,315	3.03	159,315	3.02	159,315	3.01	155,632	2.94	159,060	3.02
8	Profilaxis antiparasitaria	142,922	2.73	143,175	2.73	143,175	2.72	143,175	2.71	143,466	2.71	0	0.00
21	Prevención de caries	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	154,057	2.91	195,017	3.71
20	Salud Bucal	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	148,737	2.83
17	Atención Integral del adolescente	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	116,392	2.21

FUENTE: Base de datos de IAFAS SIS

Anexo 8 Principales tipos de gasto de bolsillo en salud en Per cápita.

TIPO DE GASTOS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Consulta	6.8	6.4	6.5	6.6	7.0	6.8	6.4	6.3
Medicamentos	43.1	42.1	41.6	41.9	39.3	40.6	38.8	39.5
Análisis	4.1	4.1	3.9	3.9	3.9	3.8	3.6	3.8
Rayos x, tomografía, etc	3.8	4.5	4.2	4.6	4.0	4.1	4.1	4.4
Otros exámenes	1.5	1.2	1.7	1.1	1.9	1.7	2.2	2.1
Servicio dental y conexos	15.8	15.9	15.5	16.3	16.5	15.7	17.7	16.1
Servicio oftalmológico	1.3	1.7	1.3	1.5	1.4	1.4	1.3	1.2
Compra de lentes	6.0	6.1	6.3	5.9	6.6	6.2	6.3	6.4
Vacunas	0.3	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
Control de salud del niño	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Anticonceptivos	1.1	0.9	1.0	0.8	0.9	0.9	0.7	0.8
Otros gastos (ortopedia, termómetro, etc)	8.0	8.3	8.9	9.2	10.1	9.9	10.2	11.0
Hospitalización/ intervención quirúrgica	7.6	7.8	8.3	7.1	7.7	8.0	8.0	7.5
Atención por parto	0.3	0.3	0.3	0.5	0.2	0.3	0.2	0.2
Control de embarazo	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2
Total (%)	100.00	100.00						
Total (millones de soles)	9372.1	9122.3	9023.9	9082.5	9599.3	9831.6	11.312.3	11296.7
Fuente: INEI. ENAHO 2012 – 2019 Elaboración: EEIAU/DFAU/DIGEMID								

