



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO  
PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN GESTIÓN PÚBLICA Y  
GOBERNABILIDAD**

**Sistema de salud peruano: Propuesta de un nuevo modelo - 2019**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**  
Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad

**AUTOR:**

Mg. Alejandro Raul Falconi Lazaro (ORCID: 0000-0002-4024-1584)

**ASESORA:**

Dra. Carmen Graciela Arbulú Pérez Vargas (ORCID: 0000-0002-8453-6553)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Reforma y Modernización del Estado

**Chiclayo - Perú**

**2020**

## **Dedicatoria**

*Dedico este trabajo a mi esposa Lita Cubas Guevara de Falconi, por su comprensión, serenidad, madurez, inteligencia y el amor que en todo momento me ha demostrado.*

## **Agradecimiento**

*A mi asesora de tesis: Carmen Graciela Arbulú Pérez Vargas, por guiar la realización de la presente. Al equipo transdisciplinario y a los colaboradores que participaron activamente en la realización de la presente tesis, sin la cual no hubiese sido posible realizarla, a: Mg. Marcos Calle Quispe, Abg. Pablo Cornejo Castellón, Mg. Luis Pablo Díaz Barahona, Prof. Héctor Hugo Falconi Lázaro, Med. Luis Edgardo Robledo Madrid, Mg. José Luis Quintos Vega, Sr. Luis Edgardo Torres Ramírez.*

Página del jurado



DICTAMEN DE SUTENTACIÓN DE TESIS

EL MAGÍSTER: Falconi Lazarò Alejandro Raul

Para obtener el Grado Académico de **Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad**, ha sustentado la tesis titulada:

**SISTEMA DE SALUD PERUANO: PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO - 2019**

Fecha: 17 de Enero del 2020

Hora: 3.00 pm

**JURADOS:**

**PRESIDENTE:** Dra. Mercedes Alejandrina Collazos Alarcón

Firma:

**SECRETARIO:** Dra. Gioconda del Socorro Sotomayor Nunura

Firma:

**VOCAL** : Dra. Carmen Graciela Arbulú Pérez Vargas

Firma:

El jurado evaluador emitió el dictamen de:

..... **APROBAR POR EXCELENCIA** .....

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis

.....  
.....  
.....

Recomendaciones sobre la tesis:

.....  
.....  
.....

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de 15 días, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

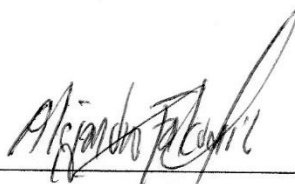
Yo, Alejandro Raul Falconi Lazaro, estudiante del Programa de Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad, de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado con DNI 22299025, con la tesis titulada Sistema de Salud Peruano: Propuesta de un Nuevo Modelo – 2019.

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiado ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse las faltas de: fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 19 diciembre, 2019



---

Alejandro Raul Falconi Lazaro

DNI: 22299025

## ÍNDICE

Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Página del jurado .....	iv
Declaratoria de autenticidad .....	v
Índice .....	vi
índice de figuras .....	vii
RESUMEN .....	viii
ABSTRACT .....	ix
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>II. MÉTODO .....</b>	<b>16</b>
2.1. Tipo y diseño de investigación .....	16
2.2. Escenario de estudio .....	18
2.3. Participantes .....	18
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	19
2.5. Procedimiento .....	20
2.6. Método de análisis de información .....	21
2.7. Aspectos éticos .....	21
<b>III. RESULTADOS .....</b>	<b>22</b>
<b>IV. DISCUSIÓN .....</b>	<b>29</b>
<b>V. CONCLUSIONES .....</b>	<b>36</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>37</b>
<b>VII. PROPUESTA .....</b>	<b>38</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>48</b>
Propuesta de un nuevo modelo de sistema de salud fundamentado en la praxeología de los actores participantes del Sistema de Salud Peruano .....	48
Traducciones de citas en inglés .....	69
Consentimiento informado .....	73
Instrumento de recolección de información en la primera fase de investigación (fase cualitativa): vídeo .....	74
Audios de entrevistas .....	74
Transcripción de entrevistas .....	74

Encuesta piloto .....	80
Encuesta piloto. Vídeo .....	82
Fichas y constancias de validación de expertos .....	82
Instrumento de recolección de información en la segunda fase de investigación- Cuestionario .....	90
Piloto de fiabilidad - Alfa de Cronbach .....	96
Resultados completos de la investigación .....	100
Autorización para el desarrollo de la tesis .....	142
Formulario de autorización para la publicación electrónica de la tesis .....	145
Acta de aprobación de originalidad de tesis .....	146
Reporte Turnitin .....	147
Autorización de la versión final del trabajo de investigación .....	148

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Grado de satisfacción del paciente en el actual modelo de sistema de salud .....	22
Figura 2: Necesidad de reforma al actual modelo de sistema de salud .....	22
Figura 3 Calificación al actual modelo de sistema de salud en el Perú .....	23
Figura 4: Trato inapropiado del personal de salud .....	23
Figura 5: Déficit de profesionales .....	24
Figura 6: Déficit de infraestructura .....	24
Figura 7: La corrupción es un obstáculo para la mejora del modelo de sistema de salud en el Perú .....	25
Figura 8: Implementación en el Perú de las reformas realizadas en otros países .....	25
Figura 9: La reforma debe contemplar una combinación entre lo público y lo privado ...	26
Figura 10: Implementación integral de los Determinantes de la Salud .....	27
Figura 11: Modelo más idóneo para ser implementado en el Perú .....	27
Figura 12: Figura de Propuesta del sistema de salud peruano: Propuesta de un nuevo Modelo .....	39

## RESUMEN

El presente estudio se realiza con el objetivo de proponer un nuevo modelo de sistema de salud fundamentado en la praxeología de los actores participantes del sistema de salud peruano en el periodo abril- diciembre 2019, tomando como referencia los fundamentos de los paradigmas pragmático, de complementariedad, sistémico, humanista y de complejidad. Se realizó un estudio con Diseño Exploratorio Secuencial Derivativo, contemplando los alcances de la investigación transdisciplinaria y proyectiva, y se aplicó la triangulación múltiple. La investigación se realizó en dos fases sucesivas, en la primera, se eligió la teoría fundamentada como método de investigación, realizando una entrevista a profundidad semi estructurada a 40 participantes clave; en la segunda, el método de investigación exploratorio, aplicándose un cuestionario a 1308 participantes a nivel nacional. Los resultados sobre el análisis obtuvieron una calificación negativa: grado de insatisfacción del usuario de 59.9%, y se determinó que el 89.3% está de acuerdo con que se realice una reforma al actual modelo. Con respecto a la comparación con otros modelos se encontró que el 89.3% opina que las reformas realizadas en otros países podrían implementarse en nuestro país. Acerca del diseño del modelo se encontró que el 89.3% de los encuestados prefiere una combinación entre lo público y privado; el 91.6 % que se debe enfatizar en la implementación de los determinantes de la salud; y que el 37.2%, de los modelos presentados, prefiere el Modelo Bismarck. Por consiguiente, se propone un modelo praxeológico para el sistema de salud peruano, que relegue el dilema de preferencias entre lo público y lo privado, buscando la eficiencia; que considere un enfoque integral de los determinantes de la salud; y que avance progresivamente hacia un modelo tipo Bismarck.

**Palabras claves:** modelo de sistema de salud, actores del sistema de salud, modelo praxeológico, modelo Bismarck, transdisciplinarietàad.



## ABSTRACT

This present study is carried out with the objective of Proposing a New Health System Model based on the Praxeology of the actors that participate in the Health System Model of Peru in the period April-December 2019, With reference to the bases of pragmatic paradigms, of complementarity, systemic, humanist and complexity. A mixed Derivative Sequential Exploratory study was conducted, contemplating the scope of transdisciplinary, projective research and multiple triangulation was applied. The study was presented in two successive phases, in the first, the theory based on the research method was chosen, 40 key participants were interviewed using the semi-structured in-depth interview; in the second, the exploratory research method, applying a questionnaire to 1308 participants nationwide. the results on the analysis, a negative rating was determined: degree of user dissatisfaction of 59.9%, and it was determined that 89.3% agree with what a reform to the current model. Regarding the comparison with other models, it is was found that 89.3% believe that reforms applied in other countries must be implemented in our country. About the design of the model, it was found that 89.3% of the participants prefer a combination between public and private; the 91.6% that should be emphasized the implementation of health determinants; the 37.2%, of the models presented, prefer the Bismarck Model. Accordingly, a praxeological model for the Peruvian health system is proposed, that relegates the dilemma of preferences between public and private, that considers a comprehensive approach to health determinants; and progressively towards a Bismarck model.

**Keywords:** health system model, health system actors, praxeological model, Bismarck system, transdisciplinarity.

## **I. INTRODUCCIÓN.**

Los sistemas de salud fueron, durante siglos, instituciones que operaban en muy pequeña escala, en gran parte de origen caritativo y algunas privadas, casi todas ineficaces. Hace apenas algo más de 100 años los sistemas de salud sufrieron un cambio radical creciendo exponencialmente, esto a medida que se adquirían y aplicaban nuevos conocimientos, a la par que las necesidades y exigencias de la población lo demandaban. Este crecimiento explosivo sucedido en los sistemas de salud, acarreó un enorme beneficio para mejorar la salud. Sin embargo, siempre tuvo y tiene un punto débil, el cual es cómo llegar equitativamente a la población en general, sobre todo a los más pobres. Estas inequidades no son producto de limitaciones técnicas, sino más bien de fallas sistémicas. Por consiguiente, se torna indispensable valorar su funcionamiento actual, realizar un análisis integral y proponer nuevos modelos que conlleven a materializar todo su potencial (OMS, 2000).

En el momento actual nos encontramos inmersos, ininterrumpidamente, a cambios y nuevas exigencias que requieren de instituciones competentes que puedan moldearse al entorno actual (Makón, 2000).

En la actualidad muchos de los países del mundo están cuestionando sus sistemas de salud, encontrando sus dificultades más álgidas en los temas de regulación, financiamiento y prestación; se intenta descubrir nuevos modelos que mejoren estos aspectos, que favorezcan la atención universal y puedan ser sostenibles. Se debe tomar en cuenta nuevas relaciones de los conceptos del problema, identificando su actual funcionamiento y encontrando las debilidades del sistema (Londoño y Frenk, 1997a).

Zulkepli (2012) refiere al respecto que: *The steep global population growth leads to greater use of health services. Consequently, the necessary activities must be undertaken to increase the quality of the services provided and thereby sustain the quality of life of the population.*

El modelo del sistema de salud peruano afronta, actualmente, muchas dificultades: filas interminables para acceder a los servicios de salud, citas y exámenes de apoyo al diagnóstico programados para dos o tres meses después de haber sido solicitados, salas de emergencia

en los hospitales públicos desbordadas en su capacidad de atención, carencia de medicamentos e insumos; son solo algunos ejemplos de las múltiples deficiencias que afronta el sistema. Lo mencionado, hace que otros actores como los prestadores de servicios privados de salud sean preferidos por el ciudadano. En consecuencia, prima la desigualdad y falta de acceso a los servicios de salud de los grupos más pobres de la sociedad, un grupo privilegiado accede a los servicios de salud con calidad y el resto al deficiente sistema de salud actual, si acaso accede (Sánchez-Moreno, 2014a).

La problemática sobre los sistemas de salud es mundial. Milcent (2016) afirma: Patients are increasingly demanding with the care the doctor can provide. However, the waiting times for a consultation are longer and the attention itself is getting shorter.

A la vez, la inadecuada distribución del recurso humano en salud, en especial de los médicos especialistas, empeora más la situación. Al respecto el WHO (2018) refiere globally it is recognized that there is a shortage of health professionals and its distribution is unequal, resonate the adequate care of health services.

Asimismo, la carencia de medicamentos idóneos, y en general, el desabastecimiento de medicamentos en los establecimientos de salud es un tema crítico. Al respecto Damasceno, Alves, Barboza, et al. (2017) refieren timely supply of medications is considered essential for the optimal performance of health systems. A third of the global population still does not give appropriate access to medicines.

Por otra parte, los organismos internacionales conminan a los países a cumplir exigencias mínimas en temas de salud, y el desarrollo de las clases medias ejerce mayor presión sobre las autoridades competentes para realizar los anhelados cambios. Nos encontramos ante una ocasión insuperable para proponer y realizar los cambios tan esperados y necesarios a nuestro modelo de sistema de salud (Sánchez-Moreno, 2014b).

Así pues, debido a las recomendaciones sugeridas por el Banco Mundial, los objetivos de desarrollo sostenible, el Acuerdo Nacional con visión aprobada al 2050, las desigualdades institucionales con otros países, las tendencias globales en salud, señaladas por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico CEPLAN (2015): cambios demográficos, la presión

de las nuevas clases emergentes, los cambios medioambientales y los cambios tecnológicos ligados a constante innovación; así como el avance tecnológico y económico de nuestro país, hacen que el estado peruano intente mejorar la calidad de la gestión pública, buscando una nueva y efectiva forma de atender las necesidades de salud de nuestra población.

No obstante, la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo Ministros del Perú [Secr. de G P de la PCM. Perú] (2013) refiere que el trabajo por modernizar la gerencia estatal es cuantioso y diverso, aun así, en su gran mayoría no se ajusta a una planificación programada y se viene dando de manera solitaria y no articulada. Al respecto Stewart and Malatjill (2018) afirman incomplete or incorrect convictions and information may lead to erroneous decisions.

Además, se debe tener presente que las realidades son dinámicas, incluyendo la problemática a enfrentar en el campo de la salud, tal como lo refiere el CEPLAN (2019) en su publicación “Impacto de los escenarios futuros sobre las variables de desarrollo nacional”; este tipo de modelo sirve para analizar tendencias a largo plazo, las cuales derivan del comportamiento que se pretende modelar, (Pardee Center for International Futures, 2013), entre otras, puede ser aplicada a la simulación de políticas públicas. Al respecto Diez (2015) refiere the systems perspective does not allow to know patterns and trends that could be useful in decision making.

A continuación, es conveniente definir qué es un modelo y qué es un sistema de salud. El modelo es un acercamiento, a través de un esquema, a un área temática. Es el que media entre lo abstracto y lo concreto. Por consiguiente, es la pauta que siguen las personas para concretar las acciones (Carvajal, 2002).

Los sistemas de salud están enmarcados en una línea de tiempo, desde su concepción mágico- religiosa, su enfoque moderno o científico, hasta los conceptos últimos de considerar a los sistemas de salud con un carácter sistémico y complejo.

Seguí, Toledo y Jiménez (2013) afirman que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010), un sistema de salud es una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población.

Para tener una conceptualización clara de los sistemas de salud es necesario además conocer sus principales componentes y funciones. Así pues, Londoño y Frenk (1997b) proponen dos componentes fundamentales: Las poblaciones y las instituciones. Las distintas agrupaciones poblacionales muestran una gama de cualidades que establecen necesidades sanitarias, las cuales, a su vez demandan acciones por parte de las instituciones.

Asimismo, Roemer (1991) refiere que las principales funciones de los sistemas de salud serían: (i) La producción o generación de recursos. Se refiere a las instituciones productoras de recursos humanos que abastecen a los sistemas de salud; entre ellas las universidades, institutos tecnológicos, pedagógicos, técnicos y otros. Incluye también a las empresas farmacéuticas, empresas que se dedican a la confección de material y equipo médico. Abarca, además, a los centros de investigación científica los cuales desarrollan nuevas tecnologías y contribuyen a nuevo conocimiento; (ii) La función de financiamiento. En forma sencilla, se trata de la movilización de dinero de las diferentes fuentes hacia diversos fondos para proveer la producción de los servicios de salud; (iii) La función de prestación. Trata del acto mismo de la realización del servicio de salud brindado al usuario, debiendo generar un cambio en la salud del mismo; (iv) La función de modulación. Se refiere al establecimiento de reglas claras para el buen funcionamiento del sistema de salud, es imperativo equilibrar los intereses de todos los actores participantes; (v) La función de articulación. Abarca acciones claves que facilitarán el ingreso de recursos financieros hacia la producción y utilización de los servicios de salud.

Con respecto a esta última función (Chernichovsky, 1995) la llama “organización y gerencia del consumo de la atención”. Sobre los sistemas de salud, Pérez, Maciá y Gonzales (2019) afirman Health systems must pass intrinsic and extrinsic quality. The first refers to the design, execution and evaluation of processes. The second to the evaluation of the services provided and patient satisfaction.

Luego de plantear los componentes y funciones de los sistemas de salud, se revisó muy brevemente los principales sistemas de salud en el mundo, Latinoamérica, y el sistema de salud actual del Perú.

De los distintos modelos de sistemas de salud en Latinoamérica y el mundo según los autores consultados, se optó por la clasificación referida por Ramón Granados Toraño,

Granados (2009a) la cual tiene similitud con la propuesta por la physicians for a national health program, donde establecen cuatro modelos básicos: Beveridge o Modelo Nacional de salud, Bismarck o Modelo de seguro social, Modelo Segmentado y el Modelo de Mercado regulado.

El modelo Beveridge, toma su nombre del creador del innovador Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña, William Beveridge. En este modelo, los servicios de salud son suministrados y costeados por el estado mediante el pago de impuestos. La gran mayoría de establecimientos de salud pertenecen al estado. Los médicos pueden trabajar para el gobierno o para la parte privada, pero todos sus honorarios serán cancelados por el gobierno. En este modelo el único pagador es el gobierno. Inglaterra, Nueva Zelanda, España y Cuba son representantes de este modelo. Aunque este último representa una variante extrema y única, donde el gobierno realiza un control total. Al respecto, se debe considerar que cada sistema de salud tiene una crónica, cuyas características principales estamos obligados a conocer para entender su comportamiento presente y sus propensiones a futuro (Infante, 2012).

El modelo Bismarck, toma su nombre del canciller prusiano Otto Von Bismarck, creador del estado de confort en Alemania del siglo XIX. Emplea el modelo de sistemas de seguros sociales. La financiación es compartida por el estado, empleadores y empleados. Una característica fundamental es que, en este modelo, las aseguradoras, llamadas “fondos de enfermedad”, se establecen sin fines de lucro y además tienen la obligación de cubrir a toda la población. En este modelo la mayor parte de servicios de salud son privados. El gobierno ejerce una regulación estricta en el control de costos gracias a su condición de pagador único. Este modelo se encuentra en: Alemania, Francia, Suiza, Bélgica, Japón, entre otros.

El modelo segmentado, llamado erróneamente modelo porque en realidad son tres sistemas independientes: 1. Sistema público, para las personas pobres 2. Sistema de seguridad social, para los empleados formales 3. Sistema privado, para las élites económicas y sociales. En este modelo cada uno desempeña las funciones de salud, pero cada uno lo hace para un grupo específico. Tal situación acarrea muchas deficiencias, genera duplicación de funciones y mal uso de recursos. Conlleva a disparidades relevantes con respecto a la calidad de atención recibida entre los segmentos de la población. Este modelo está presente en la generalidad de las naciones de Latinoamérica.

El Modelo de mercado regulado, empieza a desarrollarse a partir de los años 90 con las iniciativas de cambio de salud basados en el uso de incentivos de mercado, pretende resolver las inequidades de los sistemas segmentados mediante el uso de mecanismos de mercado que hagan más eficiente el sistema. Se manejan paquetes diferenciales de acuerdo a las posibilidades de cotización a distintos planes que tengan distintos segmentos de la población. En este modelo la oferta mayoritaria de los servicios de salud pertenece al sector privado y está presente en Chile, Colombia y República Dominicana.

Ningún país se enmarca en forma exacta a los modelos descritos, pues poseen sus características muy particulares que los hacen únicos, sin embargo, el modelo predominante se ajusta a los descritos por los autores.

Estimamos que todo modelo de sistema de salud debe lograr la cobertura total y efectiva de su población, sin embargo, hay que considerar que Nowadays, only developed nations have been able to configure models of health systems for total population care (World Health Organization [WHO] 2000).

Para describir el sistema de salud actual en el Perú, utilizaremos la descripción realizada por Giedion, Villar y Ávila (2010) quienes refieren que el sistema de salud peruano posee dos sectores: público y privado.

En el sector público, el Ministerio de salud es el encargado de cobertura de la atención de la salud de la población no asegurada, brindando prestaciones de salud subsidiadas; y a través del Seguro Integral de Salud (SIS) intenta cubrir el total del costo de la prestación de los servicios de salud a las personas que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. La seguridad social en el Perú (ESSALUD) es la encargada de la atención de salud a la población asegurada, que comprende a los trabajadores asalariados y sus familias. La financiación se realiza principalmente con recursos del estado, y en menor medida con las cuotas de recuperación, en el caso del Ministerio de Salud. En el caso de ESSALUD se financia con el aporte de los empleadores.

El sector privado oferta servicios de salud a través de compañías de seguro, clínicas privadas y otros. Este sector incluye a las entidades prestadoras de salud, las cuales pueden

pactar convenios con ESSALUD, y las instituciones de beneficencia que pertenecen a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro. La financiación del sector privado se realiza con el pago de las primas de seguros contratados y con pagos directos de bolsillo, a excepción de los recursos de las beneficencias que provienen de donaciones internas y externas.

Se reconoce que el presente modelo de salud peruano carece de una adecuada interacción funcional, es incapaz de realizar un plan estratégico común y desperdicia, al no compartir, innumerables recursos humanos, financieros y de infraestructura. El Perú estaría inmerso en el modelo segmentado propuesto por Granados (2009b).

A continuación, los antecedentes más importantes del presente trabajo. Al respecto Castillo, Laborde y Sanhuesa (2017) refieren in Latin America, health system models have been investigated based on: 1. inequity in care 2. degree of use of services 3. Effects of sectoral reforms 4. argumentative analysis between countries. Research deepens about: supply and demand, financing, organization and structure, expectations and user satisfaction.

La investigación realizada por Londoño y Frenk. Investigador del Banco Interamericano de Desarrollo y vicepresidente de la Fundación Mexicana para la salud respectivamente, quienes presentan un trabajo titulado: “Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”; constituye uno de los antecedentes sustanciales para nuestro estudio. Ellos presentan una forma de reestructurar los modelos de sistemas de salud existentes en Latinoamérica. Hacen una breve pero clara presentación de los modelos de sistemas de salud actuales, identifican sus principales debilidades y proponen una solución creativa a las mismas, basados en un enfoque sistémico a través del pluralismo estructurado, es decir, bajo una orientación pragmática y centrista que evita los engaños de las condiciones extremas, y pretende encontrar equilibrio entre los intereses legítimos de todos los actores. Entre sus conclusiones destacan: 1. Necesidad de una reforma cabal de los modelos de sistema de salud de Latinoamérica. 2. Los sistemas de salud de América Latina han demostrado en la práctica su incapacidad para fomentar la equidad, la calidad y la eficiencia. 3. El fortalecimiento institucional es fundamental para una verdadera división de funciones en el sistema de salud. 4. La descentralización no debe



realizarse sin antes realizar cambios fundamentales en la organización y funcionamiento de las instituciones (Londoño y Frenk, 1997c).

Otro aspecto importante al respecto es el planteado por Arredondo, Orosco y Avilés (2015) que afirman one of the fundamental objectives of health reform has been to incorporate all social actors to achieve health democratization.

De igual manera se tomó en cuenta la Investigación realizada por Daniel Maceira, Ph.D. en economía, investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad de Argentina, quien presenta un trabajo titulado: “Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa”. Él realiza un análisis de las reformas realizadas en los sistemas de salud en algunos países de Europa y América Latina, encontrando resultados dispares en las distintas realidades, realiza una explicación del porqué de las diferencias encontradas en ambos continentes, realza los términos de eficiencia asignativa y cohesión social, con la firme convicción de que interviniendo en estos últimos mejorarán significativamente las oportunidades para todo el grueso de las poblaciones. Concluye afirmando, entre otras, que en Latinoamérica los sistemas de salud poseen una profunda fragmentación en la prestación y financiación en la atención de salud de sus usuarios, además de enormes defectos de organización entre sus sub sistemas; asimismo refiere que el eje de todas las reformas fue la descentralización, aunque con resultados dispares en ambos continentes; que el Ministerio de Salud juega con su rol regulador un factor clave para el éxito de las reformas, más esto no sucede en América Latina debido principalmente a la debilidad de sus instituciones; y que el pago a los proveedores de salud no está acorde con un apropiado sistema de incentivos (Maceira, 2007).

En el Perú, uno de los antecedentes más importantes encontrados, es el trabajo realizado por Sánchez-Moreno (2014c) quien en su publicación titulada “El sistema nacional de salud en el Perú”. Refiere que el Perú ha pasado de estar en un nivel medio en cuanto a desarrollo de la salud, hasta finales de los años sesenta, a estar en los últimos lugares en América del sur, en la primera década del siglo XXI; y esto debido principalmente al poco entendimiento sobre los sistemas de salud y lo que significa la seguridad social, un enfrentamiento constante de modelos opuestos de sistemas de salud, imposiciones interesadas económicas neoliberales externas e internas, la inexistente rectoría en salud y sobre todo la inestabilidad

que provoca la falta de una política de estado en salud. Por consiguiente, afirma el desempeño actual del sistema de salud en el Perú es peligrosamente ineficiente, su financiamiento está totalmente desfasado y hay una escasa valoración de los recursos humanos. Él propone que se organice un diálogo nacional con el fin de conocer y evaluar las experiencias internacionales en temas de reforma de los sistemas de salud. Además, sugiere que por consenso se cimiente una política de estado, subraya además la importancia del financiamiento en el sistema de salud. Plantea incluir a todos los asalariados sin distinción, de forma progresiva, con el propósito de mejorar la recaudación de sus contribuciones, realizándolos en forma equitativa mediante las ventas y servicios. Se produciría un incremento paulatino de los asegurados, por consiguiente, se contribuiría a la sostenibilidad de la financiación del sistema y a que la intervención de la actividad privada sea complementaria y no alternativa.

En lo que refiere al financiamiento, el mismo autor señala que el Banco Interamericano de Desarrollo propone un impuesto al consumo, supliendo el aporte por planillas, el cual según proyecciones triplicaría el número de asegurados. Al respecto, Resende y Guerra (2017) afirman, *how it finances health services is the question facing most countries in the world. The expenditure on medicines has become a commission for the sustainability of health services.*

Dada la experiencia internacional, se torna de suma importancia garantizar la conservabilidad de la financiación del modelo de sistema de salud; pues incluso en los países desarrollados se ha visto en crisis. Carvalho, Ribeiro y Prado (2015) señalan, *The economic crisis has still reached the developed countries, these have seen the need to establish counter-reforms to their health system models.*

Por último, en lo que corresponde a antecedentes, otro estudio importante es el presentado por Mendoza, Rivera, Gutiérrez y Sanabria (2018) con su trabajo titulado “El proceso de reforma del sector salud en Perú” cuyo objetivo fue el de caracterizar el proceso de la Reforma del Sector Salud, identificando los principales avances en su implementación y los desafíos pendientes desde la perspectiva de los actores participantes; y cuyos principales resultados fueron que la propuesta se fundamenta en el crecimiento de los asegurados, con énfasis en el ámbito público, siguiendo el modelo del pluralismo estructurado, con una

manifiesta independencia de las funciones del sistema de salud. Los más importantes avances son: el establecimiento de un seguro estatal bajo la perspectiva de carácter público de la pobreza, la mejora de la inversión en personal e infraestructura, la consolidación de una entidad destinada a la defensa de los derechos del paciente, y la tarea realizada por el Ministerio de Salud en el sistema sanitario. Se determinan como desafíos fundamentales: mejorar el porcentaje de asegurados no relacionados con la pobreza, superar el déficit de profesionales con especialización, y la disminución del gasto de bolsillo.

A continuación, se realizará una breve descripción de los supuestos filosóficos que soportan la presente investigación. En la etapa más reciente de la contemporaneidad se planteó la obligación de dar una visión integral y holística de la ciencia para el análisis de la realidad y de los diferentes dilemas a los que la sociedad se ve enfrentada. Según Thompson (2004) existe una tendencia a realizar investigaciones caracterizadas por la, cada vez mayor, integración de saberes. De acuerdo con Martínez (2005a) este enfoque sea en lo sucesivo el criterio fundamental para la investigación científica actual y futura (citados en Bernal, 2016a).

De modo que, desde finales del siglo pasado surge una etapa en la que la globalización, la variedad, el pluralismo, la duda y el cambio; abarca todos los campos y temas de la vida diaria. Surge el enfoque de la complejidad, el cual persigue incrementar el conocimiento sobre la realidad sin agotarlo. Desde este enfoque o perspectiva, la ciencia debe ser, entonces, un conocimiento accesible, inconcluso y autocorrectivo. En esa línea, Morín (1984) estimula el entendimiento sobre un nuevo paradigma, la complejidad. La cual nace para albergar a todas las disciplinas, sin obstaculizar la especialización del conocimiento. Con sustento en lo mencionado es que se decidió realizar el presente estudio de forma transdisciplinaria y con metodología de complementariedad.

La investigación transdisciplinaria abarca además del conocimiento científico, otros tipos de saberes como el arte, la literatura y la religión; en consecuencia, el conocimiento que se genera trasciende el conocimiento disciplinar y particular. En los estudios transdisciplinarios los participantes están conformados por personas de diversas disciplinas e incorporan a personas sin formación profesional, pero que tienen interés o conocimiento sobre el tema de investigación. En ese sentido, en el presente estudio participaron: un médico, un profesor,

un abogado y un obrero. Tratando cada uno de aportar desde sus disciplinas, minimizando sesgos profesionales y abordándolo con visión holística. El diálogo constituye la razón principal de la transdisciplinariedad. Al respecto, Martínez (2005b, p.9) afirma:

“Entender los puntos de vista y el saber de otras personas, y conjuntamente formar los métodos, las técnicas, y los instrumentos conceptuales que provean la composición de un moderno ámbito intelectual”.

En este tipo de investigación, Peine, Haase y, Dienel (2002) recomiendan: 1. Participants of a research group should not exceed the number of four. 2. We cannot remain alone with the theory of a product, we must put it into practice.

En conclusión, la transdisciplinariedad trata de integrar el conocimiento y con ello mejorar el entendimiento de los innumerables y complejos sistemas del planeta, que desde una sola perspectiva disciplinar serían muy difíciles de entender.

De esta forma, Aenis y Nagel (2000) señalan, The agreement on what the problem really is and the objectives to be traced; as well as regular reviews lay the foundation for designing common activities. This reduces the conflicts between the various disciplines of knowledge.

Por otra parte, la investigación proyectiva se orienta a la solución pragmática de los problemas, planteando los cambios necesarios para el logro de los fines que se persiguen. Para Córdova y Monsalve (2014) consiste en la construcción de una propuesta o un modelo para resolver dificultades que se presentan en lo cotidiano, es decir problemas prácticos, ya sea en una sociedad, entidad o en una cuestión particular del conocimiento, iniciando con el diagnóstico exacto del problema, y utilizando los procesos que explican el problema y las tendencias futuras.

Por consiguiente, se coincidió plenamente con la propuesta pragmática de la investigación proyectiva, al creer que el aporte de esta investigación deberá contribuir a la mejora del actual problema de investigación en forma práctica. Se siguió los conceptos expresados anteriormente y se planteó una propuesta de solución, cuyo aporte servirá para la mejora del actual problema de investigación.

Así mismo, con la finalidad de dar mayor sustento al estudio, se siguió el modelo del rombo filosófico de Bédard, quien utiliza una metáfora representando en un iceberg cuatro dimensiones filosóficas: ontología, axiología, epistemología y praxeología. Ubica en la cima del iceberg a la praxeología, pues considera que es la que queda a la libre observación de todos los demás, constituida por las acciones de las personas. A ambos lados del rombo sitúa a la epistemología y a la axiología, quienes, desde las teorías del conocimiento y los valores, respectivamente, dan soporte a la dimensión anterior. Por último, posiciona a la ontología en la parte más profunda del iceberg; la considera la más importante porque ella, aunque queda escondida a la vista, establece los fundamentos y naturaleza de las tres dimensiones antes aludidas, al tratar sobre el fundamento del orden de las cosas, es decir de los principios generales de la realidad y la inteligibilidad (Arandia y Portales, 2015a).

La praxeología constituye el *know how* de las organizaciones, en otras palabras, es el saber hacer de las personas que se traduce en las actividades realizadas a diario al interior de la organización. En el caso específico de esta investigación, se pretende que las acciones cotidianas que realizan los actores del modelo de sistema de salud del Perú, conlleven a la mejora de la eficacia del sistema; puesto que las actuales acciones no implican este fin, las mismas obviamente deberán ser derivadas de un nuevo modelo de sistema de salud.

La epistemología, alude al saber teórico que valida la actividad precisa. Por consiguiente, los conocimientos teóricos en los que se soporta el actual trabajo encuentran a su principal representante en el paradigma pragmático, al apoyar la investigación proyectiva y los métodos complementarios de investigación. Bunge (1980) refiere que la epistemología es la meditación juiciosa sobre la investigación científica y su consecuencia, el conocimiento. Dicho de otra forma, es la que le da la dirección a la ciencia.

Además, la gestión pública moderna exige considerar criterios epistemológicos, es decir, contar con evidencias y argumentos de rigor sobre un tema específico, para que este justifique su implementación y no solo hacerlo porque tal o cual autor lo dice, tal como afirma Padrón (2011) (como es citado en Bernal, 2016b). Evidencias y argumentos de rigor son los que se pretenden conseguir con la realización de la presente investigación.

El paradigma de complementariedad presenta, también, un sustento importante al incorporar y reconocer distintas formas de producir conocimiento para explicar la realidad. En ese sentido, Olaz (2017) señala: “Esto requiere un enfoque globalizador de la investigación fundamentado en la complementariedad del enfoque cuantitativo-estadístico, caracterizado por la producción de datos, y del enfoque cualitativo, que pone énfasis en los significados, ya sean cercanos o latentes” (p.34). A su vez, Martínez (2005) afirma:

...el principio de la complementariedad lleva consigo la riqueza de lo complejo y el diálogo entre representantes de diferentes enfoques, pues permite integrar la percepción de la realidad, la superación de la fragmentación del saber y la necesidad de enfocarla desde muchos ángulos para analizar la diversidad de lo real (como es citado en Blanco y Pirela, 2016, p.99).

La justificación de utilizar más de un paradigma como sustento filosófico para el presente estudio la encontramos en la afirmación de Hashimoto y Saavedra (2014):

Los enfoques o paradigmas utilizados actualmente no son suficientes para desarrollar las ciencias sociales y la tecnología, por tanto, aplicar la complementariedad paradigmática en la investigación genera mayor potencia y eficacia en la búsqueda de explicaciones y soluciones a los problemas de la sociedad (p.2).

Por otro lado, siempre se ha vivido en un mundo de sistemas, aunque solo recientemente es tomado en cuenta por los estudiosos. En el mundo actual todo está vinculado y los eventos que suceden a diario son mutuamente interdependientes. Martínez (2011) señala que el enfoque sistémico es imprescindible cuando nos manejamos con organizaciones dinámicas o sistemas cuyos componentes no son iguales (...). Afirmación que se ajusta a este estudio, al intentar tomar el todo, abarcar a los distintos actores del sistema de salud y las interrelaciones que mantienen entre sí y con la sociedad. Por consiguiente, el paradigma sistémico sustentó, también, el abordaje de esta investigación.

La axiología, es como salvaguardia, desde un plano moral, de las acciones ejecutadas por los elementos de una entidad (Arandia y Portales, 2015b). Los valores y la ética son trascendentales para un buen desempeño en gestión pública; es justamente esta falta de

formación axiológica una de las principales, sino la principal, causa de que la teoría no pueda plasmarse en la práctica; la corrupción ha sido y es un flagelo para la gestión pública. El actual modelo de sistema de salud en el Perú, modelo segmentado, es considerado el peor modelo del mundo, por entre otras razones, ser injusto y discriminatorio (Granados, 2009c), y en mi opinión, inmoral. Por tanto, el tratar de revertir esta situación le dio el sustento axiológico al estudio de investigación.

La ontología, trata de los principios generales y ámbitos de referencia que guían el pensamiento y las acciones de los elementos de una entidad. Queda implícita detrás de las posturas intelectuales teóricas recogidas por las distintas áreas del saber que subyacen a nuestras ocupaciones. Así pues, para efectos de esta investigación, uno de los más importantes marcos de referencia que guían el mismo, quedó constituido por el pragmatismo. Esta corriente filosófica defiende el uso de múltiples aproximaciones, tratando de utilizar “lo que funciona” para tratar de contestar a las cuestiones de investigación planteadas. Una aplicación práctica de la ontología en la gestión pública es realizar una definición formal de los tipos, propiedades y relaciones que existen entre las diversas entidades y actores que participan en ella (Echevarría, 2003). Por tanto, no puede ser copiada o trasladada de un país a otro puesto que las realidades e idiosincrasias son distintas; se necesita hacer un propio análisis para conseguir éxito en este fin. Lo mismo sucede con los modelos de sistemas de salud existentes en el mundo, no se pueden copiar por los mismos motivos expuestos.

El presente estudio guarda estrecha relación con lo referido por Arbulú (2018) quien identifica los problemas más importantes en la administración pública peruana. Considera entre ellos la falta de una planificación adecuada, deficiente planteamiento de los documentos de gestión y defectuosos procesos de producción de bienes y servicios públicos; estas con referencia a la reforma y modernización del estado. A su vez señala que uno de los caminos posibles sería el de orientar la política hacia el ciudadano a través de la participación ciudadana, este estudio sigue estos pasos y va más allá al pretender la participación de todos los actores y analizar el problema de manera sistémica.

La justificación de este trabajo de investigación se centró en la necesidad de desarrollar un nuevo modelo que tome en cuenta la opinión de los diversos actores que participan en el sistema de salud del Perú, y de esta manera se pretende proponer un nuevo modelo que pueda

afrontar las deficiencias actuales del estado para cumplir sus objetivos propuestos, y orientar la política de salud a la satisfacción de todos los actores. De la misma forma, fomentará su participación y contribución en la solución de los problemas del sistema.

Asimismo, este estudio consideró la eficiencia del gasto público, en cuanto al sistema de salud, pues con la propuesta se contribuirá a disminuir el gasto excesivo e innecesario en la utilización de recursos y se tratará de mejorar la producción de los servicios de salud (Rueda, 2011).

Al mismo tiempo, siguiendo a Caballero (2014) esta investigación es necesaria no solo para los decisores de las políticas públicas en salud, y el personal del Ministerio de Salud; sino también, para los parlamentarios del Poder Legislativo; porque sus aportes pueden brindar otras perspectivas de solución a los diversos problemas que afectan el sistema de salud peruano. También, es importante para los actores del sistema de salud, pues sus perspectivas estarán inmersas en la presente investigación y su contribución podrá beneficiar y empoderar a los mismos. Además, es conveniente para la Universidad César Vallejo, dado que tiene como parte de sus fines la investigación científica y la extensión universitaria en beneficio del país.

En el actual trabajo, la formulación del problema se plantea en los siguientes términos: ¿Qué tipo de modelo de sistema de salud sería el más adecuado para el Perú? Se planteó como objetivo general: Proponer un nuevo modelo de sistema de salud fundamentado en la praxeología de los actores participantes del sistema de salud peruano, en el periodo abril-diciembre 2019; y como objetivos específicos: (i) Analizar el modelo de sistema de salud peruano desde las subjetividades de sus actores en el periodo abril-diciembre 2019; (ii) Contrastar conjuntamente con los actores los modelos de los sistemas de salud de Latinoamérica con el modelo de sistema de salud peruano en el periodo abril-diciembre 2019; (iii) Diseñar el modelo de sistema de salud para el Perú desde la perspectiva de los actores en el periodo abril-diciembre 2019; (iv) Validar el modelo de sistema de salud propuesto para el Perú en el periodo abril-diciembre 2019.



## **II. MÉTODO**

### **2.1. Tipo y diseño de investigación**

Este estudio se realizó contemplando los alcances de la investigación transdisciplinaria y proyectiva. Se utilizó la metodología complementaria y se aplicó la triangulación múltiple.

El equipo transdisciplinario quedó constituido de la siguiente forma: tres profesionales de distintas ramas, incluido el investigador principal, y una persona sin formación profesional pero interesado en el tema de investigación abordado. Se utilizó la investigación proyectiva al tener como fin la propuesta de un modelo de sistema de salud que conlleve a mejoras en la práctica, se respetó y consideró los pasos principales de este tipo de investigación: diagnóstico de las necesidades del momento, procesos explicativos y las tendencias futuras.

En relación al método complementario Seale (2014) afirma: “en algunos casos es más realista y eficaz en la investigación social optar por un diseño combinado y articulado entre perspectivas y métodos cuantitativos y cualitativos, sin que ello suponga una contradicción en sus términos” (como es citado en Verd y Lozares, 2016, p.25).

Dentro de los tipos de diseños complementarios, se eligió el diseño exploratorio. La idea es indagar en conjunto sobre cómo se debe plantear el problema, para en segundo lugar poder ampliar su comprensión en una muestra poblacional mayor y de esta forma poder extrapolar los resultados obtenidos (Creswell, 2013). Tal cual como se realizó en esta investigación.

En el mismo sentido, Hernández, Fernández y Baptista (2014a) plantean el diseño exploratorio secuencial (DEXPLOS) y sugiere dos modalidades: derivativa y comparativa. Se decidió utilizar la modalidad derivativa, teniendo como base que la misma es apropiada cuando se busca probar elementos de una teoría emergente producto de la fase cualitativa y se pretende generalizarla a diferentes muestras. Además, porque permite formar un instrumento estandarizado; ya que no existe, son inadecuados o no se puede disponer de ellos. Lo que se ajusta a cabalidad a este estudio. Con sustento en lo anteriormente descrito, el diseño de este trabajo se estableció como: Diseño exploratorio secuencial derivativo.

En lo que respecta a la primera fase de esta investigación, fase cualitativa, se optó por escoger a la teoría fundamentada como método de investigación, pues esta centró su interés en la generación de teorías que expliquen, confirmen y/o desarrollen los fenómenos sociales objeto de estudio. Con la aplicación de esta teoría se buscó conocer las opiniones y aportes de los diversos actores del sistema de salud peruano.

En lo que respecta a la segunda fase de investigación, fase cuantitativa, se eligió el método de investigación Exploratorio. Estos estudios, según Hernández et al. (2014b) “investigan problemas poco estudiados, indagan desde una perspectiva innovadora, ayudan a identificar conceptos promisorios y preparan el terreno para nuevos estudios” (p.89).

En el actual estudio se aplicó la Triangulación múltiple, la cual es la unión de dos o más tipos de triangulación en una investigación. Se aplicó la triangulación del investigador y la triangulación entre métodos. Hernández et al. (2014c) afirman: “La triangulación o incremento de la validez se refiere a verificar convergencia, confirmación o correspondencia al contrastar datos CUAN y CUAL, así como a corroborar o no los resultados y descubrimientos en aras de una mayor validez interna y externa del estudio” (p.538).

An important basis for the veracity of the conclusions reached in a research study with qualitative methodology is triangulation (Erazo, 2011) (como es citado en Rodríguez-Sabiote, 2017, p.4).

Se utilizó la triangulación del investigador, al haber empleado múltiples observadores, opuestos a uno singular. Denzin (1989) señala que este tipo de triangulación se cumple cuando dos o más investigadores preparados con distintas experiencias examinan el mismo problema de investigación (como es citado en Arias, 1999). Lo importante de la triangulación del investigador es que diferentes sesgos disciplinares se comparan o se neutralizan a través de este tipo de estudio. Al mismo tiempo, se empleó la triangulación entre métodos, al utilizar métodos cualitativos y cuantitativos.

Alfehaid (2011) refiere: The triangulation of data collection tools sources and places helps to increase the validity and reliability of the findings. Es justamente lo que se pretendió con la aplicación de la triangulación múltiple en el estudio.

## 2.2. Escenario de estudio

El lugar donde se obtuvo la información en la primera fase de esta investigación, fase cualitativa, fue el acordado previamente con los entrevistados; pudiendo ser su domicilio, oficinas privadas, lugares de trabajo o estudio, cafeterías y otros ambientes que cumplieran los requisitos de clima y ambiente necesarios para la eficaz aplicación del instrumento de recolección de información, la entrevista. En la segunda fase, fase cuantitativa, la información se obtuvo de los conglomerados elegidos.

## 2.3. Participantes

Los participantes de este estudio lo constituyeron los actores del modelo de sistema de salud peruano: Es decir los pacientes, personal asistencial y administrativo del Ministerio de Salud (MINSA), Seguro Social de salud (ESSALUD), Fuerzas Armadas y policiales, además de las entidades privadas de salud. Asimismo, se tomó en cuenta al personal que labora en Universidades o similares, compañías farmacéuticas, gestores en salud, profesionales de otros sectores del estado, autoridades y políticos.

En la fase cualitativa, se utilizó una muestra no probabilística. Se aplicó un muestreo por conveniencia para obtener una muestra de acuerdo al interés del equipo de investigación, entrevistándose a 40 participantes. En la fase cuantitativa, se tuvo en cuenta que al ser una muestra probabilística se necesitaba cumplir dos requisitos fundamentales: 1) establecer el tamaño de la muestra y 2) elección al azar de los sujetos de la muestra (Hernández et al. 2014d). Para el tamaño de la muestra se utilizó: Fórmula con población infinita o desconocida:

Dónde:

n = muestra

Z = nivel de confianza

p = probabilidad a favor

q = probabilidad en contra

E = error de la muestra

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{E^2}$$

El nivel de confianza se fijó en 97%, la probabilidad a favor y en contra en 50% y el error de la muestra en 3%.

Remplazando la fórmula:

$$n = \frac{(2.17 \times 2.17) \times 0.5 \times 0.5}{0.03 \times 0.03} = 1308.02$$

Entonces se fija la cuota de participantes en 1308

En la elección del tamaño de la muestra se tomó en cuenta, además, las recomendaciones sugeridas por (Hernández et al. 2014e) quienes refieren que en estudios de orden nacional las muestras suelen ser mayores a mil participantes.

Para la elección al azar de los sujetos de la muestra, se realizó un muestreo por conglomerados en 4 etapas. Los mismos son constituidos por: Establecimientos de salud y centros de educación superior.

Para asegurarnos de que la muestra sea representativa, en las primeras tres etapas de los conglomerados se usó entre cada una de ellas el muestreo aleatorio simple (MAS); y en la última, el muestreo sistemático. Así, en la primera etapa se eligieron las regiones donde se aplicaría el cuestionario, resultando ser las siguientes: Amazonas, Cajamarca, Ica, Lima, Lambayeque y Piura. En la segunda, se seleccionó la provincia, siendo elegidas las siguientes: Bagua, Jaén, Pisco, Lima, Chiclayo y Piura, respectivamente. En la tercera etapa se seleccionó cuál de los conglomerados iban a constituir nuestra unidad de análisis, resultando ser el Hospital “Gustavo Lannata Luján”, Instituto Superior Pedagógico “Víctor Andrés Belaunde”, Institución Educativa “Bandera del Perú”, “Universidad Privada del Norte”, Hospital “Luis Heysen Incháustegui” y Hospital “Jorge Reátegui Delgado” respectivamente. En la cuarta etapa se seleccionó la unidad muestral, es decir los participantes, a quienes se les aplicó el instrumento de recolección de datos.

El criterio de inclusión para la muestra en ambas fases de este estudio fue: personas mayores de 18 años que pertenezcan al Modelo de sistema de salud del Perú y accedan voluntariamente a participar en el presente trabajo. Se excluirá a todas las personas que no cumplan con los requisitos antes mencionados.

#### **2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica utilizada en la primera fase de investigación fue la entrevista a profundidad semi estructurada y el instrumento consistió en la confección y aplicación de un video, abarcando los tres primeros objetivos específicos del presente estudio. Para la segunda fase, la técnica elegida fue la encuesta y se optó por el cuestionario como instrumento de recojo de información, con el que se abarcó el cuarto objetivo específico. Se utilizó solo preguntas

cerradas, de tipo: 4 dicotómicas, 78 escala y 1 semicerrada. Sabino (1998) refiere que un instrumento de recojo de datos es cualquier tipo de medio posible para aproximarse al problema y obtener la información.

“El contenido debe estar acorde con la cultura y formación de los sujetos informantes” (Niño, 2011, p.89). En ese sentido, este estudio, previo a la aplicación del cuestionario, aplicó una Encuesta Piloto para conocer que si lo que se pretende investigar es así entendido y respondido por los participantes del estudio.

La confiabilidad y validez son condiciones que todo instrumento de recolección de datos debe cumplir. En consecuencia, para la confiabilidad se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach aplicándolo a 50 cuestionarios, cuyo resultado fue 0.87, considerado bueno; y la validez del instrumento se obtuvo a través de juicio de expertos. Además, se realizó una validación de respuesta o de aproximación a la población al haberse aplicado una entrevista a profundidad en la primera fase de investigación.

## **2.5. Procedimiento**

En la primera fase se obtuvo, en primer lugar, el consentimiento informado, luego se aplicó una entrevista a profundidad semiestructurada, utilizando para este propósito un video donde se explicaba la finalidad y objetivos del trabajo de investigación. La entrevista se realizó con la precaución de no influenciar los comentarios y sugerencias de los participantes, de tal forma que los subtemas fueron emergiendo espontáneamente, los mismos fueron modificándose según se avanzaba el desarrollo de la investigación. Se realizaron a nivel nacional 40 entrevistas individuales, las cuales fueron de dos tipos y corresponden a fases sucesivas del estudio: 34 entrevistas a profundidad semiestructuras y 06 entrevistas focalizadas. Las entrevistas permitieron conocer los principales contenidos, las mismas que al ser contrastadas una a una y entre ellas, conforme se avanzaba en el estudio, produjeron una precisión temática superior. El número total de entrevistas dependió del momento que se alcanzó la saturación de los datos.

En la segunda fase, con base en la información recogida y analizada en la fase anterior, se confeccionó y aplicó un cuestionario a los participantes de este estudio, con la intención de validar la información obtenida. Se realizaron los sorteos para la elección de los

conglomerados donde se aplicaría el cuestionario; y luego, previa coordinación con los colaboradores de las regiones elegidas para la aplicación del cuestionario, se procedió a la aplicación misma, siempre en estrecha coordinación con los responsables por regiones y con el investigador principal. Concluido el período de estudio se procede a la tabulación y análisis de los datos.

## **2.6. Método de análisis de información**

Analizar los datos de una investigación busca definir las relaciones, conclusiones, consecuencias y resultados de la recolección de la información adquirida (Cerdeña, 2000). En esta investigación, en la fase cualitativa se utilizó la teoría fundamentada, la cual tiene su propia lógica de análisis. Luego de realizadas las primeras entrevistas se procedió a la transcripción de las mismas. Se realizó entonces la codificación sustantiva, teórica e in vivo de cada párrafo transcrito; luego se relacionaron entre sí y se produjeron las categorías emergentes iniciales. Posteriormente estas categorías fueron contrastadas con las nuevas entrevistas realizadas, resultando en nuevas categorías, estas sirvieron de guía al muestreo y al análisis respectivo. Se continuó así sucesivamente hasta lograr la saturación de los datos. Finalmente se obtuvo las categorías emergentes definitivas, sobre las cuales se construyó el instrumento cuantitativo de recolección de información para la segunda fase de investigación.

En la fase cuantitativa, se confeccionó y aplicó un cuestionario; los datos fueron consolidados en tablas estadísticas unidimensionales y bidimensionales, y gráficos para una mejor interpretación. La estadística descriptiva e inferencial se realizó con el apoyo del paquete estadístico SPSS versión 25.0 para Windows, mediante el cual se construyó la base de datos.

## **2.7. Aspectos éticos**

Blaxter, Hughes y Tight (2000) refieren que se deben tomar en cuenta cuatro grandes aspectos éticos en un proceso de investigación: Confidencialidad, anonimato, legalidad y profesionalismo. El actual estudio tuvo en consideración estas recomendaciones al obtener el permiso de los entrevistados a través de la firma del consentimiento informado; así mismo se informó que se respetarán los aspectos éticos antes descritos y que la información obtenida se utilizará exclusivamente para la finalidad del presente estudio.

### III. RESULTADOS

A continuación, se expresan los principales resultados según los objetivos planteados. Se aclara que en anexos se presentan los resultados completos.

**Objetivo específico 1:** Analizar el modelo de sistema de salud peruano desde las subjetividades de sus actores en el período abril-diciembre 2019.

Grado de satisfacción del paciente en el actual modelo de sistema de salud

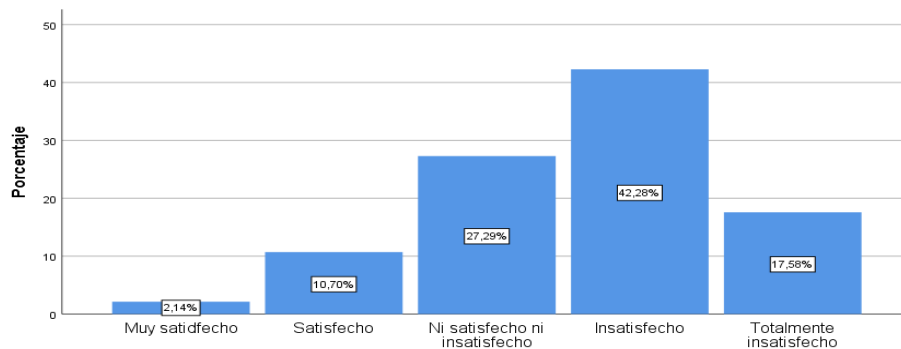


Figura 1; muestra que de los 1308 encuestados el 42,3% se siente “Insatisfecho” con la atención recibida en su calidad de paciente, seguido por el 27,3% que no se siente “Ni satisfecho ni insatisfecho”, el 17,6% “Totalmente insatisfecho”, el 10,7% “Satisfecho”, y solamente el 2,1% se siente “Muy satisfecho”. En efecto, se aprecia un porcentaje sumamente bajo en relación a la satisfacción del paciente, debido a las múltiples deficiencias que presenta el actual modelo del sistema de salud.

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

Necesidad de reforma al actual modelo de sistema de salud

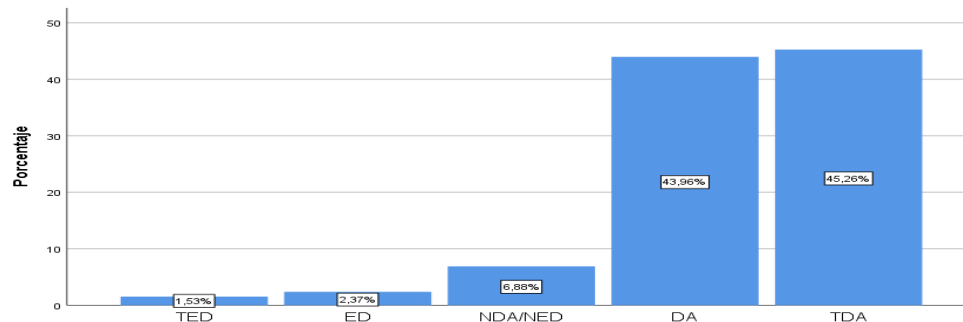


Figura 2; muestra que de los 1308 encuestados el 45,3% está “Totalmente de acuerdo” en que se realice una reforma al actual modelo de sistema de salud peruano, el 44% está “De acuerdo”, el 6,9% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,4% “En desacuerdo” y solo el 1,5% está “Totalmente en desacuerdo”. Se evidencia que los actores del sistema de salud en el Perú expresan en forma contundente la necesidad de reforma.

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

Calificación al actual modelo de sistema de salud en el Perú

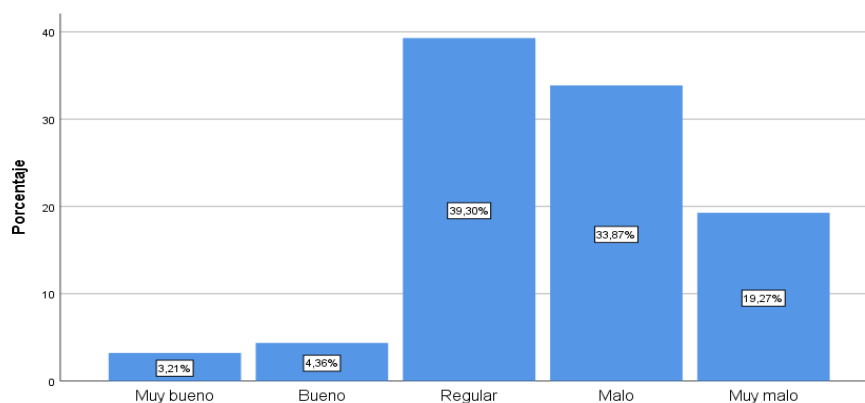


Figura 3; muestra que de los 1308 encuestados el 39,3% calificó como “Regular” al actual modelo de sistema de salud en el Perú, el 33,9% lo calificó como “Malo”, el 19,3% como “Muy malo”, el 4,4% como “Bueno” y solamente el 3,2% como “Muy bueno”.

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

Trato inapropiado del personal de salud

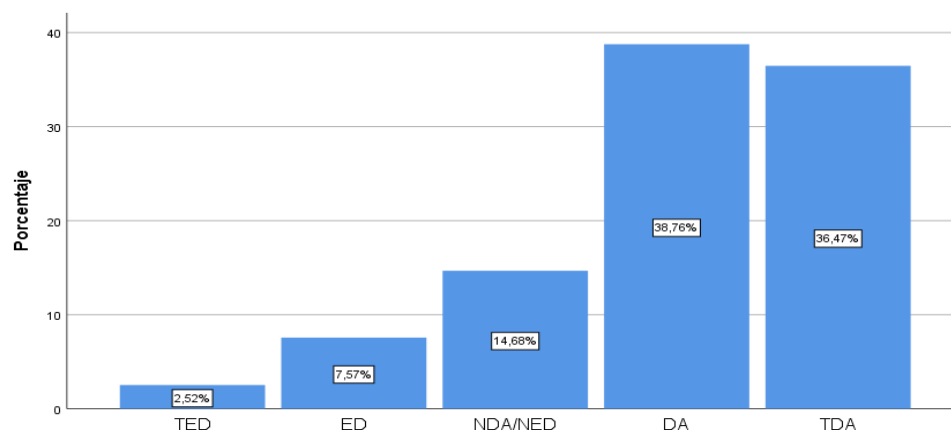




Figura 4 muestra que de los 1308 encuestados el 38,8% está “De acuerdo” que el trato que recibe del personal de salud, en su atención médica, es inapropiado, el 36,5% está “Totalmente de acuerdo”, el 14,7% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 7,6% está “En desacuerdo” y solo el 2,5% está “Totalmente en desacuerdo”.

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

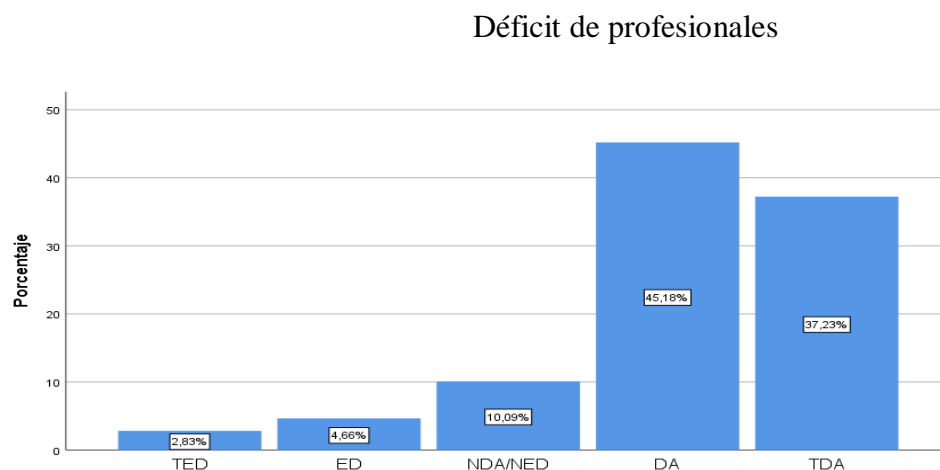


Figura 5 muestra que de los 1308 encuestados el 45,2% manifiesta que está “De acuerdo” existe déficit de profesionales en salud, el 37,2% está “Totalmente de acuerdo”, el 10,1% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 4,7% está “En desacuerdo” y solo el 2,8% está “Totalmente en desacuerdo”.

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

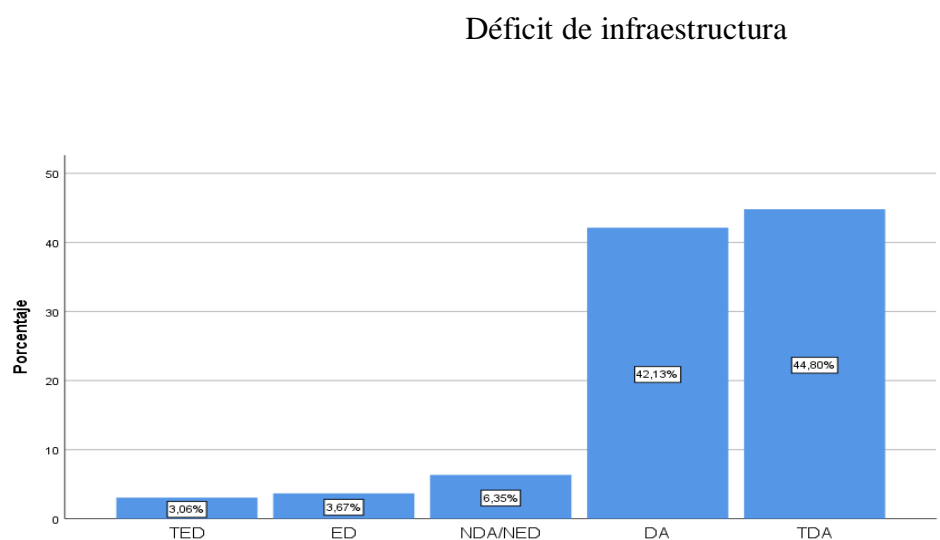


Figura 6; muestra que de los 1308 encuestados el 44,8% manifiesta que está “Totalmente de acuerdo” que existe déficit de infraestructura, el 42,1% está “De acuerdo”, el 6,3% “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 3,7% está “En desacuerdo” y solo el 3,1% está “Totalmente en desacuerdo”.

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

La corrupción es un obstáculo para la mejora del modelo de sistema de salud en el Perú.

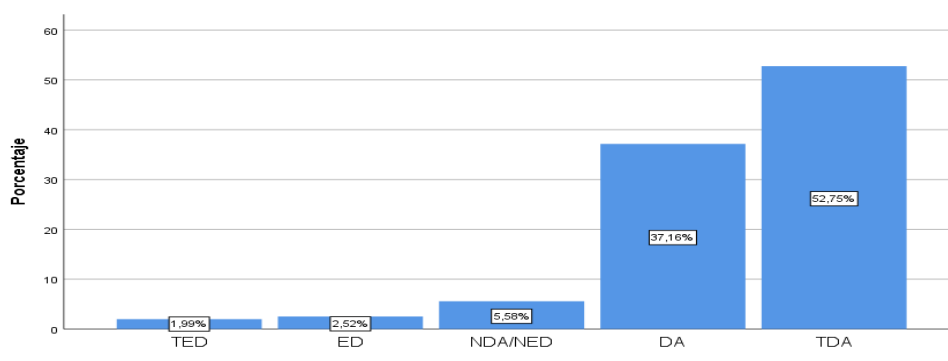


Figura 7 muestra que de los 1308 encuestados el 52,8% está “Totalmente de acuerdo” en que la corrupción es un obstáculo para la mejora del modelo de sistema de salud en el Perú, el 37,2% está “De acuerdo”, el 5,6% “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,5% está “En desacuerdo”, y solo el 2% está “Totalmente en desacuerdo”.

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

**Objetivo específico 2:** Contrastar conjuntamente con los actores los modelos de los sistemas de salud de Latinoamérica con el Modelo de Sistema de Salud Peruano en el período abril-diciembre 2019.

Implementación en el Perú de las reformas realizadas en otros países.

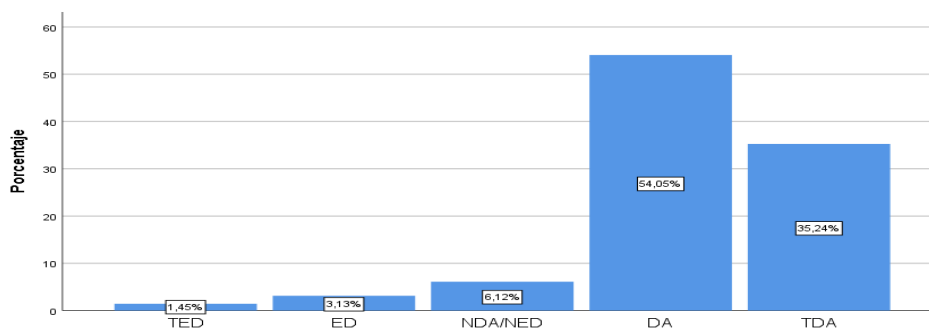


Figura 8; muestra que de los 1308 encuestados el 54,1% está “De acuerdo” en que las reformas realizadas en otros países podrían implementarse en nuestro país, el 35,2% está “Totalmente de acuerdo”, el 6,1% “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 3,1% “En desacuerdo” y solo el 1,5% “Totalmente en desacuerdo”. Los actores opinan que las experiencias internacionales podrían ser aprovechadas rescatando los aspectos positivos de las mismas y aprendiendo de sus errores.

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

**Objetivo específico 3:** Diseñar el modelo de sistema de salud para el Perú desde la perspectiva de los actores en el período abril-diciembre 2019

La reforma debe contemplar una combinación entre lo público y lo privado

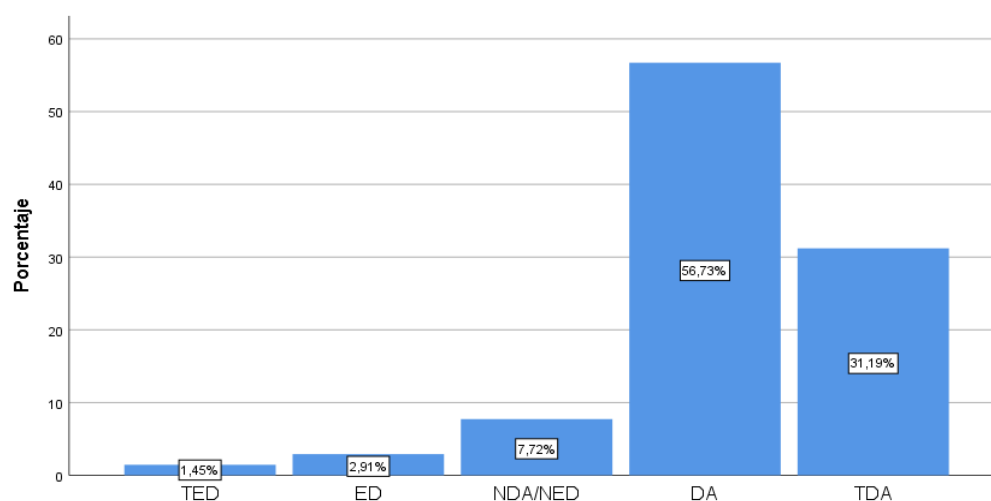


Figura 9 muestra que de los 1308 encuestados el 56,7% manifiesta que está “De acuerdo” en que la reforma debe contemplar una combinación entre lo público y lo privado, el 31,2% está “Totalmente de acuerdo”, el 7,7% “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,9% “En desacuerdo” y solo el 1,5% está “Totalmente en desacuerdo”. El anhelo de los actores del sistema de salud peruano es que exista una combinación óptima entre los servicios que ofrecen los establecimientos de salud públicos y privados.

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

## Implementación integral de los Determinantes de la Salud

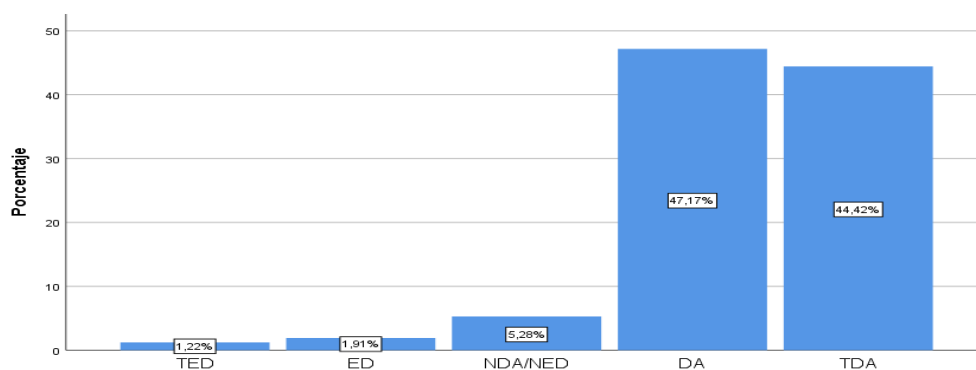


Figura 10 muestra que de los 1308 encuestados el 47,2% refiere que está “De acuerdo” que, en la reforma, los gestores en salud deben actuar en la implementación de los determinantes de la salud, el 44,4% está “Totalmente de acuerdo”, el 5,3% “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, 1,9% “En desacuerdo” y solo el 1,2% está “Totalmente en desacuerdo”. Conviene subrayar que el intervenir integralmente en los determinantes de la salud sería beneficioso para la población en general. Por consiguiente, la inversión y las estrategias de salud no solo estarían dirigidas hacia el mejoramiento del sistema de salud, si no que abarcarían otros aspectos aún más importantes, como son el entorno, los estilos de vida saludable y la genética.

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

## Modelo más idóneo para ser implementado en el Perú

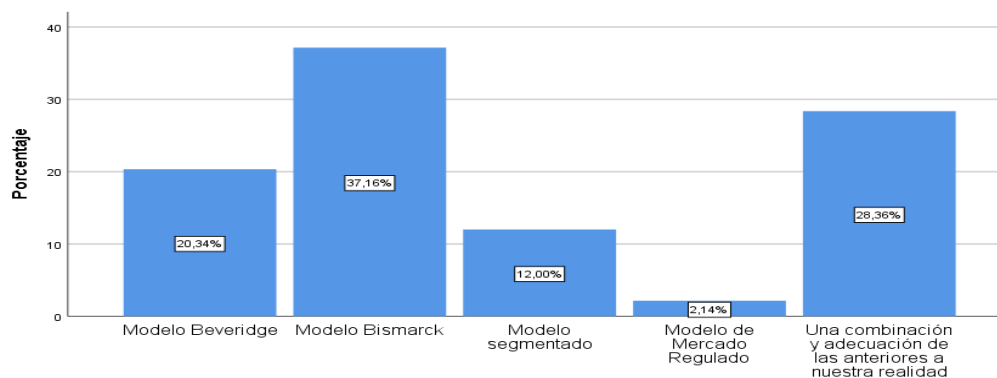


Figura 11; muestra que de los 1308 encuestados el 37,2% considera que el “Modelo Bismarck” es el más idóneo para ser implementado en el Perú, el 28,4% considera que se debe hacer “Una combinación y adecuación de los anteriores a nuestra realidad”, el 20,3%

al “Modelo Beveridge”, el 12% al “Modelo Segmentado” y el 2,1% al “Modelo de Mercado Regulado”. Es decir, los actores del sistema de salud peruano consideran que el modelo idóneo a ser implementado en el Perú sería un modelo universal y único, financiado por el estado, las empresas y los usuarios. Sin embargo, es necesario aclarar que el cambio hacia ese modelo deberá ser progresivo, dada las características y realidades de nuestro país. Además, deberán considerarse en el nuevo modelo otros aspectos demandados por el común de los actores, como por ejemplo una combinación óptima entre lo público y privado, y la implementación integral de los determinantes de la salud.

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En base a los resultados obtenidos se propone un modelo de sistema de salud fundamentado en la praxeología de sus actores. Se plantea un modelo propio y singular, que relega el dilema de preferencias entre lo público y lo privado y se enfoca en la búsqueda de la eficiencia. Considera un diseño tipo Bismarck modificado a nuestra realidad y complementado con el enfoque de los determinantes de la salud.

**Objetivo específico 4.** Validar el modelo de sistema de salud propuesto para el Perú en el período abril-diciembre 2019

El presente estudio de investigación se realizó en dos fases sucesivas, en la cualitativa se hizo una exploración para el conocimiento integral del tema de investigación a través de las entrevistas a profundidad, en la cuantitativa, con base en los conocimientos obtenidos y para poder realizar la extrapolación de los datos, se aplicó un cuestionario a una muestra mayor, a nivel nacional, validando el Nuevo Modelo de Sistema de Salud Propuesto.

#### **IV. DISCUSIÓN**

La problemática de la atención de la salud está contemplada en el tercer objetivo de Desarrollo Sostenible, salud y bienestar. Además, es la treceava política del Acuerdo Nacional al 2021, acceso universal a los servicios de salud e incluida en el quinto eje estratégico de la Visión del Perú al 2050, estado eficiente, transparente y descentralizado, aprobada en el Acuerdo Nacional del 29 de abril del 2019. Y no solo es reconocido así por los expertos, sino que al mismo tiempo está en el sentir de la población, pues constituye el cuarto problema más importante identificado por los peruanos, según los resultados de la encuesta elaborada por Pulso Perú, Datum 2018, solo superado por falta de dinero, miedo a ser asaltado e inestabilidad laboral. Por consiguiente, es irrefutable su importancia como problema de salud pública vigente a nivel mundial y nacional.

En este contexto el abordar la problemática derivada de la ineficacia del modelo de sistema de salud peruano se torna trascendental para los intereses del desarrollo nacional. Se considera que los problemas evidenciados deben ser tratados de forma integral considerando la opinión de todos los actores que son parte de la problemática. Por tanto, el objetivo general del presente trabajo de investigación es el de proponer un modelo de sistema de salud sustentado en el conocimiento y opinión de los actores que participan en el sistema de salud del Perú.

La relevancia del actual estudio de investigación queda demostrada al no existir, en la revisión realizada, a nivel nacional ningún estudio que considere la opinión de todos los actores que participan en el modelo de sistema de salud peruano, además de ser uno de los pocos, sino el único en su nivel, que utiliza el Diseño Exploratorio Secuencial Derivativo, la transdisciplinariedad y por ser de índole nacional.

Con respecto a la validez del estudio, aparte de contar con una muestra representativa de la población, lo que significó un esfuerzo sin igual al ser este un trabajo de índole nacional; se cuenta con validez interna y externa. La validez interna queda demostrada al haber logrado una puntuación de 0.87 en el análisis de consistencia interna del instrumento, obtenido a través del coeficiente de alfa de Cronbach. Además, realizó una encuesta piloto, lo que ayudó a conocer si las instrucciones eran entendidas por todos los participantes, detectar preguntas

mal elaboradas que podrían ocasionar confusión en el entrevistado, u otros aspectos que podrían causar un efecto negativo para el estudio, por tanto, se estableció mayor probabilidad de obtener resultados verosímiles para la presente investigación.

La validez externa se obtuvo a través de la aplicación de la validez de contenido, en sus variantes validez aparente y validez de repuesta. La primera, obtenida a través de juicio de expertos y la segunda, se produjo al haberse aplicado una entrevista a profundidad, buscando indagar en conjunto como se debía plantear el problema, pues no se contaba con una noción clara de lo que se debía medir, de modo que se estuvo realizando a su vez una validez de aproximación a la población, llamada también validez de respuesta.

Con relación a los antecedentes citados, respecto al análisis del modelo de sistema de salud peruano según el criterio de sus actores, la Figura 3 evidencia una calificación negativa, habiendo obtenido una calificación conjunta entre “malo” y “muy malo” de 53.2% y en la Figura 1 nos muestra un resultado de 59.9% cuando se refiere al grado de insatisfacción del usuario. Los resultados negativos empeoran cuando se van desglosando los problemas, entre otros: Figura 7 identifica a la corrupción como un gran obstáculo para la mejora del modelo de sistema de salud en el Perú con un 90%.

Estos primeros resultados guardan coincidencia con los obtenidos por Sánchez-Moreno (2014) quien en su publicación titulada “El sistema nacional de salud en el Perú”, al afirmar que el desempeño actual del sistema de salud en el Perú es peligrosamente ineficiente. Se acepta plenamente la utilización del término “peligrosamente” empleado por Sánchez-Moreno, al tratar de advertirnos sobre los riesgos que acarrea el no actuar sobre la solución de este tan importante tema y es mejor entendido hoy en día al estar inmersos en una serie de numerosas protestas multitudinarias en diversos países de la región exigiendo reformas a las actuales políticas públicas, las mismas que han derivado en pérdidas de vidas humanas y cuantiosos daños a la propiedad pública y privada. En el Perú todavía no se evidencia este nivel de reclamo, sin embargo, el riesgo es latente; aún es posible evitar estos lamentables acontecimientos.

El estudio realizado por Sánchez-Moreno (2014) también encuentra semejanza con el presente estudio de investigación al referir que hay una escasa valoración de los recursos

humanos; afirmación que guarda concordancia directa con los siguientes resultados obtenidos: Tabla 10, la remuneración que recibe el personal de salud no está acorde con sus capacitaciones y competencias, 70%; Tabla 12, la remuneración que recibe el personal de salud no es adecuada a su ámbito geográfico, 70.6%; Tabla 13, la remuneración que recibe el personal de salud es muy baja, 72.6%.

Otra similitud importante con Sánchez-Moreno (2014) es la que se produce cuando él afirma que existe poco entendimiento sobre los sistemas de salud. Efectivamente se palpó en la realización de las entrevistas a profundidad, que el nivel de desconocimiento del tema “modelos de sistemas de salud” es alarmantemente muy alto, sin referirse al ciudadano común, sino a los profesionales de la salud y personal técnico dedicados a la labor asistencial cuyo conocimiento sobre el tema es prácticamente nulo, mientras que el conocimiento del tema por parte de los profesionales de salud dedicados a la parte administrativa y gerencial es, en mi opinión, de moderada a baja. Son muy pocas las personas en el país que dominan el tema, y se encuentran en su mayoría en el nivel central de administración de salud (MINSA), hasta donde se acudió para obtener sus puntos de vista; se conversó con ellos y dejaron la impresión de que están conscientes de la necesidad del cambio y conocen algunas posibles rutas a seguir, pero no se mostraron muy entusiasmados en esforzarse por implementar estas reformas, quizás porque las mismas afectarían sus estilos de vidas, al dejar al MINSA solo como un ente modulador, restándole poder, porque así lo proclaman la mayoría de tendencias actuales en Latinoamérica y el mundo.

Así mismo, el actual trabajo encuentra similitud con el estudio realizado por Maceira (2007) en su trabajo titulado: “Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa” al afirmar que en Latinoamérica los sistemas de salud poseen una profunda fragmentación en la prestación y financiación en la atención de salud de sus usuarios, además de enormes defectos organización entre sus subsistemas. Los resultados del presente trabajo que respaldan la primera parte de esta afirmación son los mostrados en: Tabla 8, es un modelo que hace diferencia en su atención a ricos y pobres con un 69.4%; tabla 25, existe un gasto excesivo de bolsillo del paciente con 75%. Los resultados que respaldan la segunda parte de la afirmación de Maceira (2007) son: Tabla 14, los recursos humanos en salud están inadecuadamente distribuidos, 80.5%; Tabla 19, existe inequidad en



la distribución de recursos, 83.8%; y Tabla 6, es un modelo de administración muy centralizado, 65.2%.

Por otra parte, el actual estudio encuentra también coincidencia con Londoño y Frenk (1997) quienes presentan su trabajo titulado: “Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”, al referir en sus conclusiones que existe necesidad de una reforma cabal de los modelos de sistema de salud de Latinoamérica y que los mismos han demostrado en la práctica su incapacidad para fomentar la equidad, la calidad y la eficiencia. Sustentan las similitudes, respectivamente, los siguientes resultados del presente trabajo: Figura 2, está de acuerdo con que se realice una reforma al actual modelo de sistema de salud del Perú, 89.3%; Tabla 19, existe inequidad en la distribución de recursos, 83.8%; Tabla 8, es un modelo que hace diferencia en su atención a ricos y pobres, 69.4%; Tabla 24, se cuenta con una debida calidad de atención, 37.4%.

Con respecto a la contrastación de los modelos de sistemas de salud latinoamericanos con el modelo peruano, el presente estudio encuentra semejanza con la afirmación realizada por Sánchez-Moreno (2014) quien recomienda se organice un diálogo nacional con el fin de conocer y evaluar las experiencias internacionales en temas de reforma de los sistemas de salud. Al respecto en la Figura 8 se evidencia que el 89.3% de los encuestados refieren que están de acuerdo en que las reformas realizadas en otros países podrían implementarse en nuestro país.

Así mismo, otro aspecto en el que se encuentra similitud con Sánchez-Moreno (2014) es con respecto a la sugerencia de que por consenso se cimiente una política de estado en salud, la misma que en este trabajo de investigación se ve representada por el resultado: Tabla 76, la creación de nuevas políticas de estado en salud, mejorarían la gestión del nuevo modelo de sistema de salud, donde el 87.8% de los participantes del estudio están de acuerdo con esta propuesta. Además, se encuentra semejanza con la recomendación de modernizar el financiamiento del sistema de salud y plantea incluir a todos los asalariados sin distinción, de forma progresiva, con el propósito de mejorar la recaudación de sus contribuciones, realizándolos en forma equitativa mediante las ventas y servicios. Los resultados que soportan la coincidencia son: Tabla 46, como medio de financiamiento, es necesario aplicar

impuestos a la empresa privada, 76.8 %; Tabla 47, es necesario permitir la utilización de métodos auxiliares de financiamiento a nivel provincial para la mejora del sistema de salud local, 81.4%; Tabla 48, destinar un monto especial del presupuesto nacional destinado únicamente a la mejora del sistema de salud, 89.7%; y Tabla 49, el financiamiento podría ser compartido entre el estado, empresas privadas e inclusive con un porcentaje mínimo del usuario con un 73.5%.

De la misma forma, se encuentra similitud con las propuestas plasmadas por Maceira (2007), quien afirma que el eje de todas las reformas fue la descentralización, al respecto, el resultado que sustenta dicha similitud es: Tabla 38, se debe realizar una real descentralización administrativa y presupuestal con 87.1%; sin embargo, el mismo reconoce que en los países latinoamericanos la descentralización no tuvo el éxito esperado, dado principalmente, por la falta de mecanismos de coordinación entre municipios y provincias. Situación que debe ser tomada muy en cuenta para aprovechar estas experiencias y realizar las previsiones necesarias para no volver a cometer los mismos errores.

También, se encuentra similitud, solo con algunos de los resultados, con el estudio presentado por Mendoza et al. (2018) titulado “El proceso de reforma del sector salud en Perú” en lo correspondiente a sus afirmaciones sobre que los principales desafíos a resolver serían, mejorar el porcentaje de asegurados no relacionados con la pobreza, superar el déficit de profesionales con especialización, y la disminución del gasto de bolsillo. Las coincidencias se sustentan con los siguientes resultados encontrados en el presente estudio: Figura 11, la elección mayoritaria del modelo Bismark, modelo de sistema universal de salud con financiamiento compartido por el estado, empresas y los usuarios, obteniendo un 37.16%; Figura 5, existe déficit de profesionales de salud con un 81.7%; y Tabla 25, existe un gasto excesivo de bolsillo del paciente con 75%. Sin embargo, no se encuentran similitudes con otros resultados, como: La propuesta se fundamenta en el crecimiento de los asegurados, con énfasis en el ámbito público, siguiendo el modelo del pluralismo estructurado, con una manifiesta independencia de las funciones del sistema de salud. Al respecto, los mencionados autores realizan, en mi opinión, una interpretación errónea de lo que significa seguir el modelo del pluralismo estructurado. La esencia del mismo, es un cambio del modelo segmentado vertical a uno horizontal, en otras palabras, organizar al sistema de salud por funciones, y no por grupos sociales como actualmente ocurre en el Perú.

Asimismo, no se encuentra coincidencia con la afirmación: los principales avances identificados son el establecimiento de un seguro estatal bajo la perspectiva de carácter público de la pobreza, la mejora de la inversión en personal e infraestructura, la consolidación de una entidad destinada a la defensa de los derechos del paciente, y la tarea realizada por el Ministerio de Salud en el sistema sanitario. Se sustenta estas discrepancias con los resultados siguientes: Tabla 8, es un modelo que hace diferencias en su atención entre ricos y pobres, 69.4%; Figura 6, existe déficit de infraestructura, 86.9%; Figura 5, existe déficit de profesionales de salud, 82.4%; Figura 4, el trato del personal de salud es inapropiado, 75.3%; Tabla 22, existe una deficiente regulación de los seguros privados por parte del estado, 77.9%; Tabla 73, la reforma debe considerar la gestión de aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, 93.1%. Por tanto, con estos altos porcentajes de anhelos e insatisfacciones no es posible afirmar que han existido avances; por lo menos no avances significativos. Es posible que los autores del trabajo en mención consideren como avance el que se haya plasmado la constitución de algunas entidades para este fin, sin embargo, no toman en cuenta su efectividad en la práctica, ni tampoco que mientras que persista el actual modelo, situaciones estructurales y normativas, no serán posibles mejoras sustantivas. Además, expresan medias verdades al afirmar que la inversión en infraestructura y personal ha aumentado; en realidad ha aumentado en cantidad, mas no significativamente en porcentaje, que es lo que realmente es importante; hoy contamos con una inversión aproximada del 5.5 %, estando debajo del promedio Latinoamericano.

Probablemente estas divergencias se deban a la diferencia en la metodología, mientras que Mendoza et al., basan sus resultados en las entrevistas realizadas a 21 participantes clave, en su mayoría personas que han estado laborando en el Ministerio de Salud, dependencias o entidades vinculadas; el presente estudio se sustenta en 40 entrevistas realizadas a distintos actores clave del sistema de salud peruano y validado con la realización de 1308 cuestionarios a nivel nacional. La diferencia en la validez de los resultados es muy notoria; por otra parte, algunos de sus entrevistados y autores estuvieron laborando en el ente rector, podría ocasionar un sesgo, sin duda no intencional, de interpretación al verse inmersa su incumbencia en el avance del sector salud en el país.

Por otra parte, Londoño y Frenk (1997) refieren que el fortalecimiento institucional es fundamental para una verdadera división de funciones en el sistema de salud, mientras que Maceira (2007) refiere que el Ministerio de Salud juega con su rol regulador un factor clave para el éxito de las reformas, más esto no sucede en América Latina debido principalmente a la debilidad de sus instituciones. Ambos autores coinciden en atribuirle sustancial importancia al tema del fortalecimiento de las instituciones. En los resultados de la presente investigación no se obtuvo resultados referente a este tema porque no fue motivo de investigación; y aunque dos de los entrevistados, en la primera fase de investigación, manifestaron esta preocupación, se decidió no incluirlo por tratarse de un tema que atañe a todos los sectores, todos los niveles de gobierno e incluye a todas las instituciones públicas y privadas ; y si se consideraba, debían también incluirse otros temas de índole más general como la ampliación de la base tributaria, la lucha contra la pobreza, el disminuir la anemia en los niños, etc. ; temas que tienen que ver directa o indirectamente con nuestro tema de estudio, pero que al igual que el fortalecimiento de las instituciones ya han sido largamente comentados.

Conviene subrayar que las múltiples coincidencias encontradas con los autores antes mencionados, a excepción de Mendoza et al., se deben posiblemente, a que los problemas son comunes a nuestra realidad regional latinoamericana, y que a pesar de que los estudios en mención fueron realizados en distintos momentos, con una diferencia de varios años, los retos aún siguen siendo los mismos y queda todavía mucho por hacer al respecto. Pero, lo que realmente llama la atención es que existan escasas divergencias, por lo que es necesario aclarar, para evitar suspicacias, que el presente trabajo de investigación no fue realizado en base a los resultados de otros estudios, muy por el contrario, la metodología utilizada nos exigía desconocer los resultados de otros estudios similares, lo cual se cumplió a cabalidad. Para ello, en la primera fase de investigación, donde se indagó a profundidad sobre el tema, se usó la técnica de la metodología de la teoría fundamentada y se aplicaron entrevistas a los participantes, y fue en base a las ideas de los mismos que se elaboraron las preguntas que serían aplicadas a través de un cuestionario en la segunda fase de investigación, obteniéndose de esta forma los resultados finales de la actual investigación. De modo que los mismos no se han visto influenciados por ningún trabajo de investigación externo; por consiguiente, constituye un trabajo original y objetivo.

## V. CONCLUSIONES

- El análisis del Modelo de Sistema de Salud Peruano desde las subjetividades de los actores en el período abril-diciembre 2019, concluye: Que el actual modelo de sistema de salud es considerado en forma negativa obteniendo una calificación conjunta entre “malo” y “muy malo” de 53.2% de los encuestados; que la calificación negativa asciende al 59.9% cuando se refiere al grado de satisfacción del usuario, y que necesita ser reformado con urgencia, 89.3%. Resaltan además los siguientes aspectos: trato inapropiado del personal de salud al usuario con 75.3%, déficit importante de profesionales con un 82.4%, déficit de infraestructura con 86.9%, e identifica a la corrupción como un gran obstáculo para la mejora del modelo de sistema de salud en el Perú con un 90%.
- Al contrastar juntamente con los actores los modelos de sistemas de salud de Latinoamérica con el Modelo Peruano en el período abril-diciembre 2019, se concluye: Que las reformas realizadas en otros países podrían implementarse en nuestro país con un 89.3%, rescatando los aspectos positivos y aprendiendo de sus errores.
- El diseño del modelo de sistema de salud, según la perspectiva de los actores, que debería implementarse en el Perú es uno en el cual exista una combinación óptima entre lo público y privado con 89.3%; que enfatice en la implementación de los determinantes de la salud (biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema sanitario) con 91.6 %; y que de los modelos presentados, prefieren el modelo tipo Bismarck (sistema universal de salud, donde el único pagador es el estado, pero el financiamiento es compartido por el estado, las empresas y los usuarios), contando con el respaldo del 37,16% de los participantes del estudio.
- El diseño exploratorio secuencial derivativo del presente estudio validó el modelo propuesto, al probar elementos emergentes producto de la fase cualitativa y generalizarlos a diferentes muestras en la fase cuantitativa.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- Las autoridades competentes deberán de realizar los esfuerzos y consensos necesarios con el fin de reformar el actual modelo de sistema de salud, teniendo en consideración la opinión de todos los actores involucrados, creando para ello una Comisión Multisectorial con personas con conocimiento técnico y experiencia en el campo de la salud; deberá además contarse con la participación activa de la sociedad civil, contando con su apoyo y haciéndolos parte del cambio, venciendo de esta forma las resistencias de los grupos de interés, con la firme intención de que en forma progresiva avancemos hacia un modelo de sistema de sistema de salud eficiente y moderno. Se deberán priorizar las reformas en los aspectos más sentidos por los usuarios internos y externos, es decir los aspectos de trato inadecuado del personal de salud hacia los usuarios, déficit importante de profesionales y de infraestructura, y la lucha contra la corrupción.
- Se sugiere la constitución de un equipo de trabajo para que revise a profundidad las reformas realizadas en lo que respecta a sus sistemas de salud, en los países latinoamericanos y en el mundo, para valorar la posibilidad de que algunas de ellas se puedan aplicar a nuestra realidad, rescatando los aspectos positivos de las reformas realizadas en esos países y aprendiendo de sus errores; con ello se ahorraría valioso tiempo y costos al proceso de reforma, evitando mayores padecimientos a nuestros ciudadanos.
- Se debería empezar a sentar las bases para, en forma progresiva, acceder al modelo de sistema de salud que mayoritariamente los actores proponen, es decir, un sistema de salud universal y único con financiación tripartita: estado, empresas y el usuario. Remarcando que, dada nuestras características singulares del país, se deberán realizar las adecuaciones respectivas y su implementación deberá ser de forma progresiva, pudiéndose empezar por un piloto a nivel local.
- Dado el esfuerzo para realizar la validación a nivel nacional de los resultados del presente trabajo de investigación, así como el haber cumplido cabalmente con las exigencias de la investigación científica esperamos que el mismo sea tomado en cuenta por los decisores, para lo cual se realizará las gestiones que sean necesarias para su difusión y conocimiento.

## **VII. PROPUESTA**

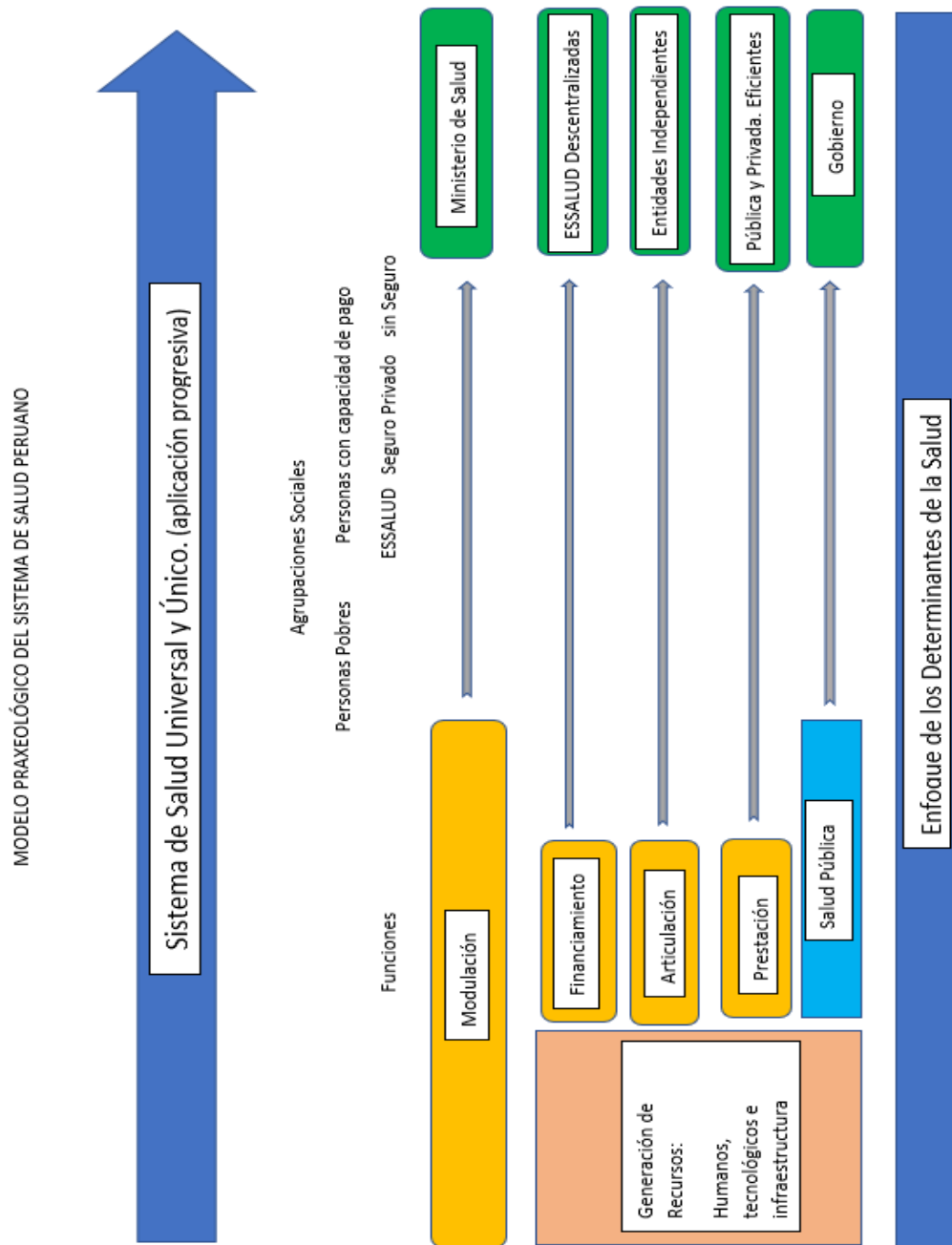
El presente trabajo propone un modelo de sistema de salud fundamentado en la praxeología de sus actores. Se plantea un modelo propio y singular, que relega el dilema de preferencias entre lo público y lo privado y se enfoca en la búsqueda de la eficiencia. Considera un diseño tipo Bismarck modificado a nuestra realidad y complementado con el enfoque de los determinantes de la salud. Incluye el aporte de otros autores, al considerarlos sustanciales, pero sobre todo por coincidir con el sentir de los actores del sistema de salud peruano expresado en los resultados del presente estudio.

A continuación, se intenta explicar en síntesis los cambios propuestos, a ser implementados en el nuevo modelo de sistema de salud para el Perú.

1. En esencia, se debe realizar una modernización del modelo estableciendo un cambio en la actual integración vertical, en base a estratos sociales, por una horizontal organizada en base a las funciones del sistema de salud.
2. El nuevo modelo debe considerar en su propósito, intervenir integralmente y efectivamente en los determinantes de la salud, acorde con los nuevos conceptos de sistemas de salud.
3. Búsqueda de la eficiencia en los ámbitos públicos y privados, excluyendo el dilema autoexcluyente entre los mismos.
4. Construcción de una Política de Estado en salud consensuada y a largo plazo, debiendo ser respetadas por los gobernantes de turno.
5. El financiamiento es crucial para la sostenibilidad de la propuesta. Se deben considerar mecanismos de financiamiento innovadores.
6. Normatividad acorde con el nuevo modelo de sistema de salud.
7. Priorización de la inversión en el primer nivel de atención de salud.
8. Enfoque intersectorial.
9. La supervisión y evaluación de los procesos y resultados de la implementación deben considerarse desde su planeamiento.

10. Figura de la propuesta  
 Figura 12.

Figura de la Propuesta del Sistema de salud peruano: Propuesta de un nuevo modelo



Fuente: Elaboración propia



## REFERENCIAS

- Aenis, T.; Nagel, U. (2000). *Participatory management of large interdisciplinary research teams First experiences from a rural research and development project in Germany*. [Gestión participativa de grandes equipos de investigación interdisciplinarios Primeras experiencias de un proyecto de investigación y desarrollo rural en Alemania]. Recuperado de <http://www.opengrey.eu/item/display/10068/86186>
- [Alfehaid, T](#) (2011). *Developing an ESP curriculum for students of health sciences through needs analysis and course evaluation in Saudi Arabia*. [Desarrollar un plan de estudios ESP para estudiantes de ciencias de la salud a través de análisis de necesidades y evaluación de cursos en Arabia Saudita] Universidad de Leicester. Inglaterra. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10068/992066>
- Arandia, O.; Portales, L. (2015). Fundamentos de la Gestión Humanista: Una Perspectiva Filosófica. DOI: 10.17230/ad-minister.26.6 Recuperado de [www.eafit.edu.co/ad-minister](http://www.eafit.edu.co/ad-minister)
- Arbulú, C. (2018). *Metodología de la Investigación en Gestión pública*. 1.<sup>a</sup> ed. Chiclayo, Perú.
- Arias, M. (1999). *La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones*. 13pp. Colombia. Recuperado de <http://www.uv.mx/mie/files/2012/10/triangulacionmetodologica.pdf>
- Arredondo, A., Orozco, E. y Aviles, R. (2015). ARTICLES: *Evidence on equity, governance and financing after health care reform in Mexico: lessons for Latin American countries*. [Evidencia sobre equidad, gobernanza y financiamiento después de la reforma de salud en México: lecciones para los países latinoamericanos]. México. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01014>  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000500162&lang=es&fbclid=IwAR0EDNMkwOtJcog4NC6Ij36LkIxPD0OG-x\\_XDd1m6\\_odkhmaHCAG18vrmfA](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500162&lang=es&fbclid=IwAR0EDNMkwOtJcog4NC6Ij36LkIxPD0OG-x_XDd1m6_odkhmaHCAG18vrmfA)
- Bernal, C. (2016). Metodología de la investigación. 4.<sup>a</sup> ed. Bogotá, Colombia: Delfín Ltda.

- Blanco, N. y Pirela, J. La complementariedad metodológica: Estrategia de Integración de enfoques en la investigación social. *Espacios Públicos*, vol. 19, núm. 45, enero-abril, 2016, pp. 97-111. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67646966005>
- Blaxter, L., Hughes, C., y Tilght, M. (2000). *Cómo se hace una investigación*. Traducción Gabriela Ventureira. Barcelona, España: Gedisa.
- Bunge, M. (1980). *Epistemología, rienda de la ciencia*. Barcelona, España: Ariel.
- Caballero, A. (2014). *Metodología integral innovadora para planes y tesis. La metodología del cómo formularlos*. México DF, México: Cengage Learnes.
- Carvalho, P., Ribeiro, R., y Prado, M. (2015). “*Economic crisis and counter-reform of universal health care systems: Spanish case*” [Crisis económica y contrarreforma de los sistemas universales de salud: caso español]. *Rev. Saude* 2015. doi: 10.1590/S0104-12902010000100014
- Carvajal, A. (2002). Teorías y Modelos: Formas de representación de la realidad. *Comunicación*, año/ vol.12, número 001 Instituto Tecnológico de Costa Rica. Cartago, Costa Rica. Pp. 1-14.
- Castillo, C., Laborde, X., Sanhueza, M, Et al. (2017). Health Insurance Scheme Performance and Effects on Health and Health Inequalities in Chile. Cuba. [Rendimiento y efectos del esquema de seguro de salud sobre la salud y las desigualdades de salud en Chile] [https://scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1555-79602017000200057&lang=es&fbclid=IwAR0bV8iyNZE7P\\_9haRMNAIK\\_S9Ub1ukaFS8pG2kcK90ZdFeG6KRDIImYo26U](https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1555-79602017000200057&lang=es&fbclid=IwAR0bV8iyNZE7P_9haRMNAIK_S9Ub1ukaFS8pG2kcK90ZdFeG6KRDIImYo26U)
- CEPLAN. (2015). El futuro de la Salud. Recuperado de [https://www.ceplan.gob.pe/documentos/\\_el-futuro-de-la-salud/](https://www.ceplan.gob.pe/documentos/_el-futuro-de-la-salud/)
- CEPLAN. (2019). Perú 2030: síntesis de tendencias globales y regionales. Recuperado de [https://www.ceplan.gob.pe/documentos/\\_peru-2030-sintesis-de-tendencias-globales-y-regionales/](https://www.ceplan.gob.pe/documentos/_peru-2030-sintesis-de-tendencias-globales-y-regionales/)
- Cerda, H. (2000). *Los elementos de la investigación. Cómo reconocerlos, diseñarlos y construirlos*. Bogotá, Colombia: El Búho.

- Chernichovsky, D. (1995). “*Health System Reform in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm*”. [La reforma del sistema de salud en las democracias industrializadas: un paradigma emergente]. *Milbank Quarterly*. 73:339-372.
- Córdova, M. N., y Monsalve, C. (2014). *Tipos de Investigación: Predictiva, proyectiva, interactiva, confirmatoria y evaluativa* (Informe). Recuperado de [http://2633518-0.webhosting.es/blog/didact\\_mate/9.Tipos%20de%20Investigaci%C3%B3n.%20Predictiva%2C%20Proyectiva%2C%20Interactiva%2C%20Confirmatoria%20y%20Evaluativa.pdf](http://2633518-0.webhosting.es/blog/didact_mate/9.Tipos%20de%20Investigaci%C3%B3n.%20Predictiva%2C%20Proyectiva%2C%20Interactiva%2C%20Confirmatoria%20y%20Evaluativa.pdf)
- Creswell, J. W. (2013). “*Research Design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*” [Diseño de investigación: enfoques cualitativos, cuantitativos y de métodos mixtos]. (3.a ed.). Londres: Sage.
- Currículo Nacional. R. M. N° 281- 2016 - Ministerio de Educación.
- Damaseceno, R., Alves, E., Barbosa, D., Et Al. (2017) “*Access to medicines: relations with the institutionalization of pharmaceutical services*” [“Acceso a medicamentos: relaciones con la institucionalización de los servicios farmacéuticos”] <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007138>  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000300317&lang=es&fbclid=IwAR11vo3hdsRfDe5N7cI6a4E366k2x2wghJnRftJnRXDQBqSp8xC2-KDbDVQ](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300317&lang=es&fbclid=IwAR11vo3hdsRfDe5N7cI6a4E366k2x2wghJnRftJnRXDQBqSp8xC2-KDbDVQ)
- Diario Gestión, Datum, 2018. Pulso Perú: ¿Cuáles son los 14 principales problemas de los peruanos? Actualizado el 11/12/2017. Recuperado de [https://gestion.pe/peru/politica/pulso-peru-son-14-principales-problemas-peruanos-222453-noticia/?foto=4,](https://gestion.pe/peru/politica/pulso-peru-son-14-principales-problemas-peruanos-222453-noticia/?foto=4)
- Diez, A. (2015). *Health in cities: is a systems approach needed?* [Salud en las ciudades: ¿es necesario un enfoque sistémico?] Brasil. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0102-311XDE01S115>  
[https://scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015001100009&lang=es&fbclid=IwAR2Ss8-Gtkjt8A\\_cfc7gUscTfdyHm9S6EZXQNDtrVYsZGrkoaLxg16ZBf4](https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001100009&lang=es&fbclid=IwAR2Ss8-Gtkjt8A_cfc7gUscTfdyHm9S6EZXQNDtrVYsZGrkoaLxg16ZBf4)

- Echevarría, R. (2003). *Ontología del lenguaje*. 6ª edición. Santiago, Chile: Comunicaciones Noreste Ltda.
- Granados, R. (2009). Los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Cobertura Universal. Sistemas y servicios de salud OPS/OMS. Perú. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=znqacGEHX5M>
- Giedion, U., Villar, M., y Ávila, A. (2010). *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado*. Fundación MAPFRE, Madrid, España. Recuperado <https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/csseguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>
- [Hashimoto, E., & Saavedra, S. \(noviembre, 2014\). \*La complementariedad paradigmática: Un nuevo enfoque para investigar\*. Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Innovación y Educación, Buenos Aires, Argentina.](#)
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ª ed. México: McGraw-Hill.
- Infante, A. (2012). Paradigmas de Organización de los Sistemas de Salud [Internet. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012. Tema 2.2 Recuperado de <http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500566/n2.2> [Paradigmas de organización de los sistemas de salud.pdf](#)
- Londoño, J., y Frenk, J. (1997): *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington, EE.UU. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/47280592.pdf>
- Maceira, D. (2007). Documento Técnico sobre Financiación y Reforma del Sector Salud: Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa.
- Makón, M. (2000). El modelo de gestión por resultados en los organismos de la Administración Pública Nacional. *La Reforma del Estado y la Administración Pública*. Conferencia - V Congreso Internacional del CLAD República Dominicana. Recuperado de <http://www.top.org.ar/ecgp/FullText/000000/MAKON,%20Marcos%20-%20El%20modelo%20de%20gestin%20por%20resultados.pdf>

- Martínez, M. (2005). Transdisciplinariedad y lógica dialéctica: Un enfoque para la complejidad del mundo actual. Recuperado de <http://prof.usb.ve/miguelm/transdiscylogicadialectica.html>
- Martínez, M. (2011). El paradigma sistémico, la complejidad y la transdisciplinariedad como bases epistémicas de la investigación cualitativa, *REDHECS URBE*, Ed. 11, 6-27. Recuperado de <http://prof.usb.ve/miguelm/El%20paradigma%20sistemico%20%20complej%20y%20transdisc.html>
- Mendoza PJ, Rivera G, Gutiérrez C, Sanabria C. El proceso de reforma del sector salud en Perú. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e74. Recuperado de <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.74>
- Milcent, C. (2016). “*Evolution of the Health System*”. [Evolución del Sistema de Salud]. *China Perspectives*. 2016/4. 12.pp Recuperado de <http://journals.openedition.org/chinaperspectives/7112>
- Morín, E. (1984). *Ciencia con conciencia*. Barcelona, España: Editorial Antropos.
- Niño, V. (2011). *Metodología de la Investigación. Diseño y Ejecución*. Bogotá, Colombia: Ediciones de la U.
- Olaz, A. (2017). *Cómo escribir y defender una tesis en Ciencias Sociales*. Madrid, España: Síntesis.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Capítulo 1. ¿Por qué son importantes los sistemas de salud? [https://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_ch1\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch1_es.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2010). “*Key components of a well functioning health system*”. [Componentes clave de un sistema de salud que funcione bien]. Ginebra: OMS.
- Pardee Center for Internacional Futures (2013). Recuperado de <https://pardee.du.edu>
- Peine, A.; Haase, R. y DieneI, H. (2002). *Process evaluation Evaluation of interdisciplinary cooperation in the Sentha group of researchers*. Corporate author :Technische

Universitaet Berlin, Zentrum Technik und Gesellschaft (Germany) ; [Evaluación del proceso Evaluación de la cooperación interdisciplinaria en el grupo de investigadores Senth]. <http://hdl.handle.net/10068/212116>

Pérez, V., Maciá, L. y González, V. (2019). *User satisfaction in the spanish health system: trend análisis*. [Satisfacción del usuario en el sistema sanitario español: análisis de tendencias]. España. Recurado de <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001506>

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102019000100277&lang=es&fbclid=IwAR0LVAtpYJvCJHzFFhPIiS5mjywyzOV8dZnOikRbo-cN4qMEXxttThlJMWM](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100277&lang=es&fbclid=IwAR0LVAtpYJvCJHzFFhPIiS5mjywyzOV8dZnOikRbo-cN4qMEXxttThlJMWM)

Resende, D. y Guerra, A. (2017). *Financing of Pharmaceutical Services in the municipal management of the Brazilian Unified Health System*. [Financiamiento de servicios farmacéuticos en la gestión municipal del Sistema Único de Salud de Brasil]

<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007060>

[https://scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000300302&lang=es&fbclid=IwAR0TWMMnbPR5LifAN9yGQg0B7l-Qt-Ao4\\_MCa5o2cOmOVt2qfP1anxuTQzg](https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300302&lang=es&fbclid=IwAR0TWMMnbPR5LifAN9yGQg0B7l-Qt-Ao4_MCa5o2cOmOVt2qfP1anxuTQzg)

Rodríguez-Sabiote, C. (2017). *Diagnostic evaluation of needs in an environmental education center through data multiple triangulation*. [Evaluación diagnóstica de necesidades en un equipamiento de educación ambiental mediante la triangulación múltiple de datos]. Educ. Pesqui., São Paulo, v. 45, e187378, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-4634201945187378>

Roemer, M.I. (1991). “*National Health Systems of the World*”, *Volume 1: The Countries*. [Sistemas Nacionales de Salud del Mundo]. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.

Rueda, N. (2011). *La eficiencia y su importancia en el sector público*. 1ª Edición. España: extoikos, ISSN-e 2173-2035, N°. 1, 2011, págs. 38-47 Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4017945.pdf>

Sabino, C. (1998). *El proceso de investigación*. 4ª Edición. Bogotá, Colombia: Panamericana.

- Sánchez-Moreno, F. (2014, oct./dic.) El sistema nacional de salud en el Perú. (*Revista peruana de medicina experimental y salud pública*). Oct 2014, Volumen 31 N° 4 Páginas 747 – 753. Recuperado de doi. <http://doi.org/10.17843/rpmesp.2014.314.129>
- Secretaría de Gestión Pública De la Presidencia del Consejo de Ministros. *Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021*. Perú. Recuperado de <http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2017/04/PNMGP.pdf>
- Seguí, M., Toledo, E., y Jiménez, J.J. (2013). *Sistemas de salud. Modelos*. España: Elsevier. Recuperado de <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-3.3.1.pdf>
- Stewartl, J. y malatjill, S., (2018). *Development of the MOSH Leading Practice Adoption System - a science-based system for managing behaviour change*. [Desarrollo del Sistema de adopción de prácticas líderes de MOSH: un sistema basado en la ciencia para gestionar el cambio de comportamiento]. Recuperado de [http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2225-62532018000300012&lang=es&fbclid=IwAR2DGmLfzWt5kj4bOlq\\_pNYUgapEz2rK2QgUzVsgDRjjoI6F-JR0Q6tsmyw](http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2225-62532018000300012&lang=es&fbclid=IwAR2DGmLfzWt5kj4bOlq_pNYUgapEz2rK2QgUzVsgDRjjoI6F-JR0Q6tsmyw)
- Verd, J., y Lozares, C. (2016). *Introducción a la investigación cualitativa. Fases, métodos y técnicas*. Madrid, España: Síntesis.
- World Health Organization [WHO]. (2000). *WORLD HEALTH REPORT 2000. health systems: improving performance*. [INFORME MUNDIAL DE LA SALUD 2000. sistemas de salud: mejora del rendimiento]. Recuperado de [https://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1&fbclid=IwAR05oCrMGeCPddIps6PWQeXdeyksBTIUCFA7-RqR2d-exz4f3mXMKeuGEPo](https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1&fbclid=IwAR05oCrMGeCPddIps6PWQeXdeyksBTIUCFA7-RqR2d-exz4f3mXMKeuGEPo)
- WHO, (2018). *Delivering quality health services A global imperative for universal health coverage*. [Brindar servicios de salud de calidad Un imperativo global para la cobertura universal de salud]. Recuperado de <https://extranet.who.int/sph/docs/file/1654>

Zulkepli, J. (2012). A theoretical framework for hybrid simulation in modelling complex patient pathways. [Un marco teórico para la simulación híbrida en el modelado de vías complejas del paciente]. Recuperado de <https://bura.brunel.ac.uk/bitstream/2438/6448/1/FulltextThesis.pdf>



# ANEXOS

## **Propuesta de un nuevo modelo de sistema de salud fundamentado en la praxeología de los actores participantes del Sistema de Salud Peruano.**

### **I. Introducción**

El presente trabajo propone un modelo de sistema de salud fundamentado en la praxeología de sus actores. Se plantea un modelo propio y singular, que relega el dilema de preferencias entre lo público y lo privado y se enfoca en la búsqueda de la eficiencia teniendo en cuenta las tendencias actuales en la atención de la salud a la población. Considera un diseño tipo Bismarck modificado a nuestra realidad y complementado con el enfoque de los determinantes de la salud. Incluye el aporte de otros autores, al considerarlos sustanciales, pero sobre todo por coincidir con el sentir de los actores del sistema de salud peruano expresado en los resultados del presente estudio.

En primer lugar, para centrarnos en el contexto histórico es necesario remarcar que nos encontramos ya frente a la tercera generación de reformas de los sistemas de salud, las cuales surgieron por las deficiencias percibidas y por la necesidad de encontrar mayor justicia y capacidad oportuna de respuesta. La primera generación de reformas se produjo alrededor de 1940, en la misma se crearon sistemas nacionales de salud y se amplió el sistema de seguro social a países de medianos ingresos, unos años más tarde a los países de menos ingresos. Sin embargo, la utilización de los servicios de salud era mayormente abarrotada por los que tenían mejores ingresos económicos. Surge entonces como respuesta a esta inequidad la segunda generación de reformas de los sistemas de salud, quienes a través de la promoción de la atención primaria de salud pretendían superar el escollo de inequidad hasta ese momento palpable; situación que hasta la actualidad no ha podido superarse a cabalidad. En la práctica, los servicios de atención primaria de la salud fueron mal utilizados, de manera que las personas evitaban atenderse en estos establecimientos y acudían directamente a los hospitales. Como consecuencia, la inversión se siguió realizando en los niveles más altos, descuidando, alarmantemente, los primeros niveles de atención.

Ambas generaciones de reformas se enfocaron en la oferta, con los resultados grosso modo ya descritos. En la actualidad está en boga la tercera generación de reformas que se centra

en la demanda, y que inserta cambios tales como “hacer que el dinero siga al paciente” y desechar el hábito de direccionar los presupuestos hacia los proveedores. Además, se resalta la importancia de las finanzas públicas, avaladas y moduladas por el sector estatal, sin incluir de forma obligatoria que la prestación se realice en el ámbito público, pudiendo ser también privada.

Conviene subrayar, que los beneficios que emanan de la atención primaria de salud siguen siendo reconocidos y se mantienen vigentes y que con el transcurrir de los años se han ido perfeccionando sus conceptos y estrategias. Se conoce que la misma es casi siempre más beneficiosa para los pobres que la atención hospitalaria, lo que evidencia la necesidad de mayor inversión en este nivel y de esta forma favorecer a las personas de menores recursos económicos.

De igual modo, en 1980 algunas potencias mundiales como China y la vieja Unión Soviética, se encontraban en transición de economías centralizadas a economías de mercado, como causa del fracaso de la acentuada intervención estatal en la economía, lo que trajo como consecuencia una venta masiva de las empresas estatales, apertura a la competencia, a la reducción de la modulación y la normativa gubernamental, y en general a dejar la situación al libre albedrío de las fuerzas del mercado. Esto trae desde luego repercusiones en los sistemas de salud, elevando sustancialmente el interés por los seguros, en especial los de financiamiento privado. En muchos países del mundo se introdujeron estos cambios con el objetivo de agrupar, incrementar o asociar la cobertura de los seguros y de esta manera conseguir una mayor implicación en el riesgo. El sistema de salud público costado por el estado, fue remplazado en muchos países del mundo por una atención de salud financiada por el seguro y directamente por el beneficiario.

En segundo lugar, el actual modelo de sistema de salud es considerado por sus actores, entre otros resultados, como malo y por ende posee un bajo grado de satisfacción. Los actores del sistema de salud peruano consideran que el personal de salud no brinda un trato apropiado a los usuarios, que existe un déficit importante de profesionales y de infraestructura, que es un modelo desactualizado, e identifica a la corrupción como un obstáculo para la mejora del sistema.

Además, en la contrastación realizada con otros estudios a nivel nacional e internacional, se evidencian múltiples coincidencias en la problemática; esto se debe, en mi opinión, a que los problemas son comunes a nuestra realidad regional latinoamericana. La forma de abordarlos, sin embargo, deberá contemplar las particularidades de cada país, especialmente en el Perú donde la diversidad geográfica, cultural, social y económica es tan abundante.

En tercer lugar, la descentralización y la participación en el sector salud son primordiales para lograr mejorar la calidad de vida de la población. Sin embargo, estos procesos están sometidos a múltiples presiones y resistencias por grupos de interés, los cuales pretenden imprimir otra dirección que anule totalmente la marcha de estos procesos.

La participación social en salud es uno de los desafíos más importantes en la gestión pública a nivel nacional y latinoamericano. Por tanto, se requiere el surgimiento de un nuevo modelo de sistema de salud para que no solamente busquen librar al gobierno de la obligación y responsabilidad de atender las necesidades de salud de la población, como es el caso de las políticas de ajuste y apertura que plantea el neoliberalismo, sino que se encaminen hacia la democratización de los procesos de gestión que persiguen la participación social a todos los niveles en dichos procesos.

En el Perú, la gestión pública, lamentablemente aún se vincula a intereses particulares muy alejados de los principios que deben guiar la prestación de los servicios públicos; siendo, a mi entender, la poca participación ciudadana una de las principales causas. Al mismo tiempo, el ánimo centralista que aún permanece en nuestros gobernantes y en ciertos grupos de interés constituyen el principal escollo a superar. Por lo cual, los ciudadanos deben ser fuente de sus propias soluciones, es necesario fomentar su participación y contribución en la solución de los diversos problemas que los afectan; de tal forma que se empoderen en este quehacer fortaleciendo la democracia.

El equipo transdisciplinario considera trascendental un enfoque multisectorial, para la mejora y sostenibilidad del sistema. En ese sentido el sector educación juega un rol clave en el éxito de la reforma. La educación, sin lugar a dudas, es uno de los contribuyentes que influyen en la salud.

El binomio educación-salud es muy frecuente en todos los sistemas, estratos, el aparato público y privado, la sociedad civil, la demanda de la población desde los diferentes ámbitos del Perú, sin embargo, siempre se busca definir cuál es más importante o cuál va primero, “sin salud, no hay buena educación”, se suele escuchar, pero también, “sin educación no hay buena salud”, todo depende del grado de amplitud con la que se mire. La salud es el resultado de un conjunto de comportamientos, de prácticas, de actitudes, de tipos de pensamientos, de cultura, de tradiciones, de mitos, muchos de ellos, beneficiosos para la salud, pero también, otros perjudican frecuentemente la misma.

Es aquí donde se recurre sin lugar a dudas a la educación como cambio de pensamiento, como cambio de paradigma, en su sentido más amplio y no como suele ocurrir que la educación se hace en la escuela, en el aula. La educación determina la vida de las personas, su estilo de crianza, de trato, de su economía, del ambiente, de la familia, y por su puesto define sus prácticas de alimentación, de consumo, de actividad física, de salud mental, protección ante los riesgos, salud laboral entre muchas otras decisiones que a cada ser humano le corresponde de manera intrínseca decidir.

La educación y la salud entonces forman un binomio de realización personal, pero también de ejercicio ciudadano, de ética, de familia, de práctica del bien común, de bien público, donde una comunidad, un territorio, una sociedad está inmersa, sin exclusión. Estos principios básicos deberían formar parte siempre de cualquier proceso de formación a cualquier edad, con énfasis en la primera infancia, no sólo dentro de los servicios formales, sino en cualquier campo comunitario.

En este contexto los establecimientos de educación básica, superior, universitaria y comunitaria, cobran un rol importante en la educación de las personas, pero en esa educación para vivir mejor, para ser mejor, para hacer el bien, para buscar la calidad de la vida en común.

La educación es un proceso de aprendizaje y enseñanza que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que ha tenido ciertos procesos y cambios con la finalidad de superar las brechas y adecuarse a la realidad que exige la globalización.

En ese sentido el logro de una salud integral conlleva a hablar de cambio de paradigmas en el ser humano, a una formación y trabajo desde un enfoque territorial, un enfoque que busque el cambio de todo un determinado territorio, mediante procesos y acciones con otros actores a nivel sectorial o multisectorial, de tal manera que se atienda y eduque a toda la población sin discriminación o desigualdad alguna.

Así mismo el sector educación y sector salud deben fomentar y encaminar directivas comunes que permitan el logro de competencias de vida saludable y sean los mismos actores de una población los que se involucren directamente en el cuidado de su salud y el de los demás mediante el cuidado de su territorio buscando siempre el bien común.

Para que la propuesta tenga éxito, los objetivos propuestos en la reforma deben ser consistentes, para tal fin se sigue la definición de Maceira (2007) quien refiere: Llamamos reformas consistentes a aquellas que logran identificar prioridades sanitarias con objetivos claros de reforma, e instrumentan la puesta en práctica de las metas planteadas con criterios claros de gestión, distribución de responsabilidades y evaluación de resultados. Por tanto, la propuesta que se presenta, se preocupa por cumplir con los criterios referidos.

## **II. Justificación**

Son múltiples las razones que justifican la presente propuesta, para empezar, en el Perú, así como en la mayoría de países de Latinoamérica, el enfoque actual aún sigue siendo mayoritariamente el asistencialista, y se maneja dentro de un sistema con deficientes procesos de planificación, organización y control, y donde pululan sólidos grupos de poder. El ánimo de cambiar esta realidad es uno de los argumentos que acreditan la propuesta.

Por otro lado, a pesar del crecimiento económico sostenido que el país ha vivido en los últimos años, la salud no tuvo el desarrollo a la par que se hubiese deseado. Los intentos de reforma de los últimos años no han trascendido, en realidad, no fueron ni de cerca reformas; las mismas han sobrevalorado la importancia del mercado y no al derecho a la salud, y eluden los problemas esenciales del sector, como son la gravísima ineficiencia del sistema nacional de salud, el desfasado financiamiento y la insuficiente valoración de los recursos humanos.

De ahí que, la propuesta de reformar el actual modelo de sistema de salud peruano encuentre notable justificación.

Así mismo, la inequidad y las frustraciones de la población son crecientes por el desamparo en el primer nivel del sistema nacional de salud, la insuficiente y demorada atención en los otros niveles, la sobresaturación desesperada en emergencias y hospitales, entre otros problemas, conlleva a graves consecuencias. Esta situación más que por deficiencias técnicas se debe a deficiencias sistémicas, por tanto, se pretende con la presente propuesta corregir el modelo actual de sistema de salud, constituyendo otra importante causa que justifica la propuesta.

Por otra parte, los organismos internacionales conminan a los países a cumplir exigencias mínimas en temas de salud, y el desarrollo de las clases medias ejerce mayor presión sobre las autoridades competentes para realizar los anhelados cambios. Nos encontramos ante una ocasión insuperable para proponer y realizar los cambios tan esperados y necesarios a nuestro modelo de sistema de salud.

Para terminar, un país con altas tasas de morbilidad es un país improductivo, por tanto, la salud es fuente también de riqueza. Por tanto, la búsqueda de políticas de estado que generen prevención de la enfermedad e incremento de la calidad de vida, constituyen en sí mismo una fuente de riqueza, dándole justificación desde la perspectiva de la economía a la presente propuesta.

### **III. Objetivos de la Propuesta**

#### **3.1 Objetivo general**

Proponer un nuevo modelo de sistema de salud fundamentado en la praxeología de los actores participantes del sistema de salud peruano.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Determinar la orientación general y principios básicos del nuevo modelo de sistema de salud propuesto.
- Establecer prioridades sanitarias en el nuevo modelo de sistema de salud propuesto.

- Definir las principales acciones de implementación del nuevo modelo de sistema de salud propuesto.
- Especificar responsabilidades en el nuevo modelo de sistema de salud propuesto.
- Planificar la evaluación de los resultados en el nuevo modelo de sistema de salud propuesto.

#### **IV. Fundamentación.**

##### 4.1 Fundamentación Filosófica.

La presente propuesta se fundamenta en la praxeología, esta constituye el *know how* de las organizaciones, en otras palabras, es el saber hacer de las personas que se traduce en las actividades realizadas a diario al interior de la organización. En el caso específico del presente estudio, se pretende que las acciones cotidianas que realizan los actores del modelo de sistema de salud del Perú, conlleven a la mejora de la eficacia del sistema; puesto que las actuales acciones no implican este fin, las mismas obviamente, deberán ser derivadas de un nuevo modelo de sistema de salud.

Así mismo, se fundamenta en la epistemología, pues la misma alude al saber teórico que valida la actividad precisa. Por consiguiente, los conocimientos teóricos en los que se soporta el actual trabajo encuentran a su principal representante en el paradigma pragmático. Es necesario remarcar que la metodología de la investigación científica es parte del conocimiento científico, y que para entender este, necesitamos contar con nociones epistemológicas. Bunge (1980) refiere que la epistemología es la meditación juiciosa sobre la investigación científica y su consecuencia, el conocimiento. Dicho de otra forma, es la que le da la dirección a la ciencia.

Por otro lado, Martínez (2011) señala que el enfoque sistémico es imprescindible cuando nos manejamos con organizaciones dinámicas o sistemas cuyos componentes no son iguales (...) Este enfoque debería ser tomado en cuenta por todas las disciplinas. Afirmación con la que se concuerda y se piensa aplica a este caso de estudio, y por cierto en la mayoría de los casos, al intentar tomar el todo, abarcar a los distintos actores del sistema de salud y las interrelaciones que mantienen entre sí y con la sociedad. El paradigma sistémico sustenta, también, el abordaje del presente trabajo.

La axiología, es empleada en salvaguardia, desde un plano moral, de las acciones ejecutadas por los elementos de una entidad (Arandia y Portales, 2015b). Los valores y la ética son trascendentales para un buen desempeño en gestión pública; es justamente esta falta de formación axiológica una de las principales, sino la principal, causa de que la teoría no pueda plasmarse en la práctica; la corrupción ha sido y es un flagelo para la gestión pública. El actual modelo de sistema de salud en el Perú, modelo segmentado, es considerado el peor modelo del mundo, por entre otras razones, ser injusto y discriminatorio (Granados, 2009c), y en mi opinión, inmoral. Por tanto, el tratar de revertir esta situación le da el sustento axiológico al actual estudio de investigación.

La ontología, trata de los principios generales y ámbitos de referencia que guían el pensamiento y las acciones de los elementos de una entidad. Queda implícita detrás de las posturas intelectuales teóricas recogidas por las distintas áreas del saber que subyacen a nuestras ocupaciones.

Una aplicación práctica de la ontología en la gestión pública es realizar una definición formal de los tipos, propiedades y relaciones que existen entre las diversas entidades y actores que participan en ella (Echevarría, 2003). Por tanto, no puede ser copiada o trasladada de un país a otro puesto que las realidades e idiosincrasias son distintas; se necesita hacer un propio análisis para conseguir éxito en este fin. Lo mismo sucede con los modelos de sistemas de salud existentes en el mundo, no se pueden copiar por los mismos motivos expuestos.

#### 4.2 Fundamentación legal o Normativa.

En el siguiente cuadro se muestran las principales normas que rigen el sistema de salud peruano en la actualidad. Algunas de ellas, como se mencionó con anterioridad deberán ser modernizadas, congruentemente con las necesidades de reformas planteadas.

Algunos lineamientos y recomendaciones de organismos nacionales e internacionales servirán para este propósito: Objetivos de desarrollo Sostenible, el Banco Mundial, el Acuerdo Nacional con visión aprobada al 2050, las desigualdades institucionales con otros países, las tendencias globales en salud, señaladas por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico CEPLAN (2015): cambios demográficos, la presión de las nuevas clases



emergentes, los cambios medioambientales y los cambios tecnológicos ligados a constante innovación; así como el avance tecnológico y económico de nuestro país.

Principales normas que rigen el Sistema de Salud Peruano.

Norma /número	Año	Resumen
<p>Ley PER-1997-L- 46887</p> <p>Ley núm. 26790, ley de modernización de la seguridad social en salud</p>	<p>1997</p>	<p>El estado promueve los sistemas de previsión para la salud y la integración de esfuerzos de las entidades que brindan servicios de salud, cualquiera sea su naturaleza. El Ministerio de Salud tiene a su cargo el régimen estatal que brinda atención a la población de escasos recursos que no tienen acceso a otros regímenes o sistemas. El Seguro Social de Salud otorga cobertura a sus asegurados y está a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social-IPSS-y se complementa con los planes y programas de salud brindados por las entidades prestadoras de salud debidamente acreditadas.</p> <p>Se crea la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud-SEPS-. Se regula el seguro complementario de trabajo de riesgo.</p>
<p>Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) LEY Nº 27056</p>	<p>1999</p>	<p>Crea, sobre la base del Instituto peruano de Seguridad Social, el Seguro Social de Salud (ESSALUD) como organismo público descentralizado, con personalidad jurídica de derecho público interno adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, cuya finalidad es el de dar cobertura a los asegurados y a sus derechohabientes, a través de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la seguridad social en salud, así como otros seguros de riesgos humanos.</p>

Ley PER-2001-R-59138 Resolución de Superintendencia núm. 014-2001-SEPS/CD	2001	Se establece la información sobre prestaciones de salud que las Entidades Prestadoras de Salud deben presentar a la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud.
Ley PER-2002-L-60551 Ley núm. 27656 De creación del Fondo intangible solidario de salud	2002	Tiene por objeto la creación del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) destinado únicamente a favorecer el acceso a prestaciones de salud de calidad a la población excluida de las mismas. Los recursos complementan el financiamiento del Seguro Integral de Salud. Dispone, asimismo, que los recursos del FISSAL podrán ser destinados a infraestructura o equipamiento, solamente en el caso de que el Seguro Integral de Salud haya alcanzado la totalidad de su meta de cobertura de salud.

## V. Viabilidad de la Propuesta

Para la viabilidad de la propuesta es necesario armonizar de manera efectiva los instrumentos de intervención con los actores que hacen posible su aplicación.

Hasta hace pocos años se creía que el lograr un amplio consenso, garantiza la implementación de las acciones; la práctica ha demostrado que en esta situación el alcance de las mismas se ve muy limitado. El consenso se alcanza cuando se trata de principios básicos; pero la obtención de un acuerdo común sobre acciones específicas ha resultado mucho más difícil, ya que aquellos que se ven afectados por una decisión tienen la posibilidad real de bloquear una adopción integral de los cambios. De hecho, cuando todas las partes interesadas pueden expresar abiertamente sus posiciones, resulta más fácil obtener un consenso sobre lo que no quieren, es decir un consenso negativo, que uno positivo. Por lo tanto, las estrategias integrales y totalmente consensuales corren el riesgo de ser poco realistas. En consecuencia, muchas de las propuestas que derivan de esta estrategia se vuelven intrascendentes.

Por otro lado, el intentar aplicar propuestas integrales sin tener un consenso, tienen como el resultado más común es que las propuestas se mantengan en el nivel de decretos y no sean implementables.

Más que buscar un consenso total desde un principio o tratar de ejecutar simultáneamente todas las acciones que requiere una reforma sistémica, parecería que las probabilidades de éxito se incrementan en la medida en que se adopten estrategias que identifiquen conjuntos de intervenciones coherentes que ataquen los cuellos de botella más críticos en el sistema.

Con el fin de evitar que el combate sistémico contra las fallas de la atención a la salud conduzca a estrategias que no son técnica o políticamente viables, los procesos de reforma más exitosos han identificado configuraciones secuenciales de intervenciones de política con un alto grado de calidad técnica y coherencia interna, que son aplicadas en forma progresiva.

En conclusión, las reformas requieren un consenso en relación con su orientación general y sus principios. Una vez logrado el mencionado consenso, los gestores, se supone debidamente preparados, tendrían mayor libertad para la implementación técnica de la misma.

## **VI. Riesgos de la no implementación de la propuesta**

En caso de seguirse desaprovechando la modernidad mundial en salud, continuarán en el Perú, sucesivas décadas de injustificable subdesarrollo. El atraso es dramático y sus consecuencias permanecerían generando graves y crecientes problemas de salud, enfermedad y discapacidad a un porcentaje muy significativo de la población peruana.

## **VII. Propuesta**

La propuesta pretende reformar el modelo vigente en el país, el modelo segmentado; por tanto, es provechoso repasar las experiencias al respecto; aprendiendo de los errores y corrigiéndolos, los mismos unidos al consenso entre los actores del sistema de salud nos brindará una opción viable a seguir. Así pues, se han realizado reformas nacionalizando los servicios de salud y unificando todas las instituciones en un sistema público único, sin

embargo, no se encontró la eficiencia esperada, ni equidad entre la población con estas medidas.

Así mismo, otras iniciativas se orientaron a delegar la organización de los servicios de salud a entidades distintas a las del gobierno central. Existiendo dos versiones de la misma, una de ellas ha sido la de privatización de los servicios de salud, sobre todo respecto de la seguridad social. La otra versión ha sido la devolución de las responsabilidades previamente centralizadas a las entidades locales. El problema principal que se presentó en ambas versiones es la flaqueza en la modulación, pues se dejó a criterio local, sin la preparación previa, la solución de las dificultades sistémicas en la atención de los servicios de salud. Por consiguiente, la mayoría de esfuerzos de esta índole han sido antagónicos a la necesidad de equidad tan reclamada por la población, además de ello, no se produjo la eficiencia prometida.

La presente propuesta toma en cuenta las experiencias aprendidas, y pretende establecer la orientación general consensuada por los actores, así como sus principios básicos, subrayando algunas intervenciones importantes a tener en cuenta, dejando el grueso de las acciones y pormenores para un equipo de profesionales transdisciplinarios, aún mayor que el empleado en la presente propuesta. Así mismo, se remarcan que los cambios deberán ser progresivos, encargándose primero de los puntos más álgidos del sistema.

**A continuación, se establecen tres aspectos trascendentales para el éxito de la aplicación de la propuesta de un nuevo modelo de sistema de salud en el Perú:**

**Consideraciones previas a la aplicación de la propuesta.**

Se debe entender que la propuesta es un proceso que para hacer cumplir su propósito deben establecerse cimientos que preparen a la población y al gobierno para el cambio, entre ellos, los principales puntos a considerar serían:

1. Capacitación del recurso humano encargado de la administración en la gestión de la salud. Pues este factor ha sido identificado como uno de los principales motivos de los fracasos de las reformas.

2. Inversión en infraestructura, equipamiento y tecnología, preparándose para el cambio.
3. Programas de inclusión para las personas de escasos recursos económicos, para prevenir un desequilibrio económico en las aseguradoras.
4. Subsidios cruzados entre regiones y provincias ricas y pobres, con el fin de establecer equidad entre las mismas.
5. Búsqueda de la eficiencia en los ámbitos públicos y privados, excluyendo el dilema autoexcluyente entre los mismos.
6. Se debe procurar el fortalecimiento institucional, puesto que es una condición indispensable para lograr una efectiva división de funciones en el sistema de salud.
7. Enfoque intersectorial, pues se conoce que otros sectores de la vida social tales como educación, los servicios sociales, la vivienda, la producción y distribución de alimentos, trabajo, etc.; influyen directamente en la eficiencia y eficacia del sistema e influyen poderosamente en el estado de salud de las poblaciones y en las percepciones de la gente sobre su propia situación de salud y sobre cómo son atendidas sus necesidades de salud.
8. La normatividad legal debe estar acorde con las expectativas de puesta en práctica del nuevo modelo de salud, realizando los cambios necesarios a nivel de leyes, o a nivel constitucional de ser preciso.
9. Considerar las tendencias actuales que demanda la atención de salud de la población. Entre ellas, el envejecimiento de la población y, por tanto, el aumento de las enfermedades crónicas y cardiovasculares; la migración de la población rural al ámbito urbano; el aumento de la tecnología y el cambio climático.
10. Neutralización de grupos de interés. Una estrategia ensayada es la obtención de doble consenso de los beneficiarios y los tomadores de decisiones, de forma que el proceso de cambio pueda contar con el apoyo endógeno de las principales fuerzas, capaces de neutralizar a los oponentes, y las decisiones iniciales puedan inducir mayores cambios para profundizar los alcances de la reforma.
11. Fomentar la educación para la salud desde la escuela, desde la familia y desde la comunidad, una salud no solo libre de enfermedades, sino de una salud integral que incluya la promoción de hábitos de vida saludables que conlleve a un estado de completo bienestar físico, mental y social.

## **Factores Exógenos y Endógenos que influyen en la Propuesta**

1. Preocuparse por la mejora de las variables macroeconómicas (factores exógenos), pues su influencia es decisiva en la mejora del sistema de salud.

- El ingreso económico, es esencial para el buen manejo de los sistemas de salud. La experiencia internacional nos indica que existe una relación proporcional entre mayor nivel de ingreso y mejor desempeño del sistema.
- La distribución del ingreso, juega un papel muy importante, se evidencia que cuando la distribución del ingreso es deficiente, esta manifiesta una mayor brecha entre ricos y pobres.

2. Fortalecer la cohesión social (factores endógenos).

- Realizar una efectiva descentralización, la cual permitirá una mayor capacidad de decisión en los niveles donde se encuentran las necesidades de la población.
- Prevenir la selección adversa, pues aumentan la cohesión social, en la medida que tiende a la inclusión universal de la población en el sistema de aseguramiento social. Se deberá establecer la normatividad y los mecanismos para evitar la selección de riesgo por parte de proveedores.
- Establecer mecanismos de pago que permitan mayor eficiencia asignativa, promoviendo el uso más racional de los recursos y una mayor equidad en el acceso. De modo que, se deben cambiar la asignación de presupuestos históricos y mecanismos de salario fijo, por criterios de necesidades reales de las regiones y gobiernos locales; premiando los buenos resultados y corrigiendo los sistemas ineficientes.

## **Implementación de la Propuesta**

1. En esencia, se debe realizar una modernización del modelo realizando un cambio en la actual integración vertical, en base a estratos sociales, por una horizontal organizada en base a las funciones del sistema de salud.

2. Descentralización del sistema de salud, otorgando competencias a instancias regionales y locales. Precizando que para su realización es requisito previo implementar los cambios en

la configuración y la operación de las organizaciones; hacerlo de otra manera conllevará a la multiplicación de estructuras burocráticas y prácticas ineficientes.

3. El nuevo modelo debe considerar en su propósito intervenir integralmente y efectivamente en los determinantes de la salud, acorde con los nuevos conceptos de sistemas de salud.

4. Conformación de una comisión nacional multisectorial, con representación efectiva de la sociedad civil y de todos los actores que participan en el sistema de salud peruano para la reforma del actual modelo, donde uno de los insumos sería necesariamente la presente propuesta.

4. Construcción de una Política de Estado en salud consensuada y a largo plazo, debiendo ser respeta por los gobernantes de turno.

5. La supervisión y evaluación de los procesos y resultados de la implementación deben considerarse desde su planeamiento, puesto se ha identificado a los mismos como una causa importante de la no identificación oportuna de problemas y por ende el fracaso del modelo.

6. El financiamiento es crucial para la sostenibilidad de la propuesta. Se deben considerar mecanismos de financiamiento innovadores. La incorporación contributiva de todos los trabajadores formales e informales, a fin de recaudar con equidad sus aportes a través de las ventas y servicios, parece ser una alternativa viable. También, se ha propuesto un impuesto al consumo, que reemplazaría a los aportes por planillas y en teoría, triplicaría el número de asegurados; esta y las anteriores alternativas deberán ser analizadas por expertos en economía para comprobar la viabilidad de las mismas.

7. Normatividad acorde con el nuevo modelo de sistema de salud, valorando la vigencia del derecho fundamental a la salud con acceso a la atención integral y el aseguramiento universal.

8. Valorar la oportunidad que ofrece el sistema en cuanto a la creación de empleo de calidad, inversión en infraestructuras, y generación de conocimiento innovador de alto valor científico y tecnológico.

9. Priorización de la inversión en el primer nivel de atención de salud, acortando las brechas de inequidad, pues se ha demostrado que la población de menores recursos puede acceder con mayor facilidad a estos establecimientos, a la vez que destugurizamos los niveles de alta complejidad, que en estadística oficial se conoce que solo deberían atender al 50% de la

población que actualmente atienden, pues el otro 50% pudo haber sido resuelto con facilidad en los primeros niveles de atención.

10. Establecimiento de prioridades sanitarias: Binomio madre-niño, lucha contra la anemia infantil, promoción de la salud, entre otros.

11. Las funciones del sistema de salud deben ser explícitas y tener en cuenta lo siguiente:

- La modulación. Se convierte en la misión principal del Ministerio de Salud en su carácter de entidad responsable de imprimir una dirección estratégica al sistema en su conjunto. Dejando muy en claro que se le releva de su función de prestación en su totalidad.
- El financiamiento. Se convertiría en la responsabilidad central de la seguridad social u otro ente especializado, y se ampliaría gradualmente a fin de alcanzar una protección universal.
- La función de articulación. La forma como se administre el pago se convertiría en un elemento clave para esta función, la cual deberá ser encargada a una entidad especializada.
- La prestación. Esta estará a cargo de instituciones tanto públicas como privadas. En las áreas urbanas se fomentará la competencia entre los proveedores de servicios de salud, pues la elección de los proveedores será realizada por el usuario.
- En las áreas rurales, se deberán crear otras estrategias donde participen, en las decisiones, tanto el gobierno como la comunidad.

12. El Ministerio de Salud desempeñara las siguientes funciones específicas:

- Desarrollo estratégico del Sistema de Salud: El cual comprenderá la formulación de políticas públicas en salud, determinación de la priorización para la inversión, movilización social para la salud incluyendo la participación de la comunidad, acción intersectorial promoviendo las políticas que contribuyan al fortalecimiento de la atención de los determinantes de la salud. Además, deberá encargarse del fortalecimiento de la capacidad resolutoria del sistema promoviendo las inversiones en infraestructura física, recursos humanos, investigación científica, desarrollo tecnológico y sistemas de información. Así mismo, del desarrollo de criterios y



estándares para la evaluación del desempeño de agencias financieras, organizaciones articuladoras y prestadores individuales e institucionales.

- **Coordinación.** Debiendo fomentar los modos más acordes y equitativos posibles entre las entidades públicas y privadas. La misma se puede y debe realizarse entre unidades territoriales, niveles de gobierno u organizaciones públicas y privadas.
- **Diseño Financiero.** Disponer a quienes corresponden los incentivos en el sistema, tales como el uso de fondos públicos en los paquetes de beneficios ; los montos de los pagos por capacitación y sus posibles ajustes por riesgo; los techos presupuestales para el sistema en su conjunto; las fórmulas para la asignación de recursos entre las unidades territoriales, los niveles de gobierno y las instituciones no gubernamentales, y el uso de instrumentos de política, tales como los impuestos y los subsidios, que buscan modificar el comportamiento de la población.
- **Regulación propiamente dicha.** Por una parte, la regulación sanitaria de bienes y servicios, y la regulación de la atención a la salud. La primera se refiere a los esfuerzos convencionales que llevan a cabo las autoridades sanitarias para minimizar los riesgos a la salud derivados de los bienes y servicios que se proporcionan a través de la economía, en particular aquellos que los seres humanos consumen en forma directa, tales como los productos alimenticios. Por otra, es la que se realiza a los: prestadores individuales, mediante el licenciamiento y la certificación, prestadores institucionales, mediante la acreditación, mecanismos financieros, mediante reglas para los fondos de aseguramiento e instrumentos similares, a las entidades a cargo de la articulación mediante la acreditación y la supervisión, instituciones educativas, mediante la acreditación; medicamentos, equipo y aparatos, mediante la evaluación tecnológica, inversiones de capital, mediante planes. Estas actividades regulatorias pueden llevarse a cabo de forma descentralizada y con la participación activa de todos los actores.
- **Protección al consumidor.** Brindando información pública acerca del desempeño de los aseguradores y los prestadores de servicios. Poner este tipo de información a la disposición de los consumidores y las entidades a cargo de la articulación.

13. Creación de las entidades encargadas de la Articulación, a nivel central y de forma descentralizada.

14. Encargar a las entidades encargadas de la Articulación las siguientes funciones:

- La articulación entre poblaciones y prestadores. La cual comprende a su vez la administración de riesgos, la administración del acceso y la representación. La administración de riesgos se lleva a cabo afiliando poblaciones, de forma que los riesgos se dispersen y se reduzca así la incertidumbre financiera de los consumidores en su interacción con los prestadores. Las entidades responsables de la articulación reciben un pago a cambio de asumir los riesgos asociados con la cobertura de eventos inciertos, tal pago debe ser una capitación ajustada por riesgo. Por último, la entidad articuladora actúa representante de los usuarios, operando como un comprador cauto de servicios de salud a su nombre.
- Articulación entre agencias financieras y prestadores de servicios. Mediando entre las agencias de financiamiento y los prestadores a través de la canalización selectiva de los recursos de las primeras a los segundos.
- Realizar funciones para la gestión de la calidad, tales como la certificación de la competencia de los proveedores y el monitoreo de los procesos y los resultados de la atención, incluyendo tanto sus aspectos técnicos como la satisfacción del consumidor.

15. Utilización de instrumentos de gestión para la mejora de los aspectos técnicos:

- Instrumentos de diagnóstico: Análisis del peso de la enfermedad, para valorar las condiciones de la población; análisis organizacional, medición del desempeño y mapeo político. Estos últimos para valorar la respuesta de las instituciones.
- Instrumentos de promoción: Análisis de las aportaciones de la salud a la formación de capital humano y al crecimiento económico, para la vinculación de la salud con asuntos más amplios de la política económica y social.
- Instrumentos para la identificación de opciones: Facilitan el diseño y la elección de cursos alternativos de acción para mejorar el sistema de salud.

- Instrumentos para la implementación de soluciones: Desarrollar y utilizar instrumentos que, basados en el desempeño, generen los incentivos adecuados para la parte de la oferta.
- Instrumentos para una administración eficiente: Micro administración detallada (como la variante de los grupos relacionados por diagnóstico, adoptada en Brasil). Mecanismos de incentivos globales (como el esquema de capitación utilizado en Colombia), estos últimos parecen ser más efectivos y más fáciles de aplicarse.

### VIII. Referencias

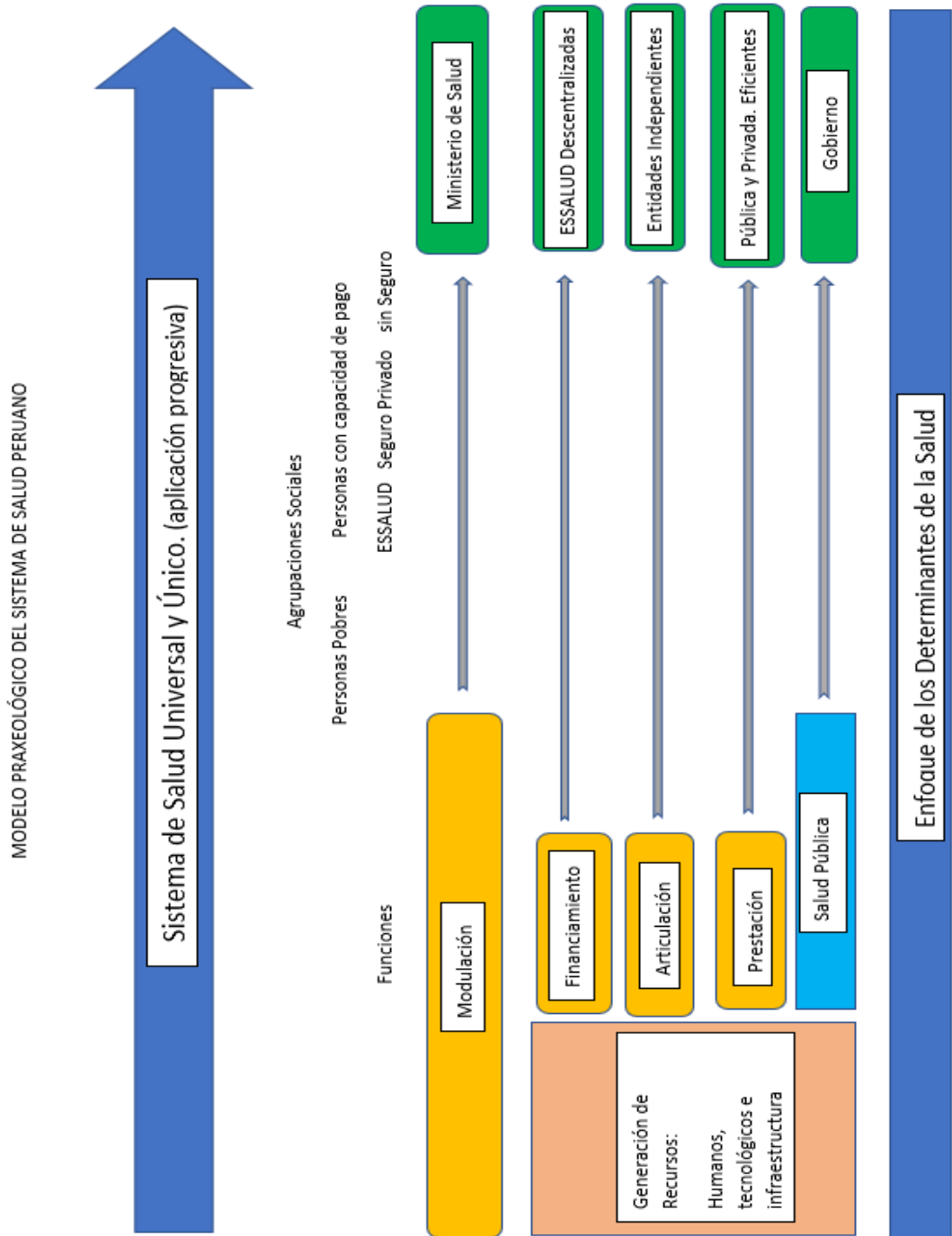
- Arandia, O.; Portales, L. (2015). Fundamentos de la Gestión Humanista: Una Perspectiva Filosófica. DOI: 10.17230/ad-minister.26.6 Recuperado de [www.eafit.edu.co/ad-minister](http://www.eafit.edu.co/ad-minister)
- Bunge, M. (1980). *Epistemología, rienda de la ciencia*. Barcelona, España: Ariel.
- Currículo Nacional. R. M. N° 281- 2016 - Ministerio de Educación.
- Echevarría, R. (2003). *Ontología del lenguaje*. 6ª edición. Santiago, Chile: Comunicaciones Noreste Ltda.
- Granados, R. (2009). Los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Cobertura Universal. Sistemas y servicios de salud OPS/OMS. Perú. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=znqacGEHX5M>
- Infante, A. (2012). Paradigmas de Organización de los Sistemas de Salud [Internet. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012. Tema 2.2 Recuperado de [http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500566/n2.2\\_Paradigmas\\_de\\_organizacion\\_de\\_los\\_sistemas\\_de\\_salud.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500566/n2.2_Paradigmas_de_organizacion_de_los_sistemas_de_salud.pdf)
- Londoño, J., y Frenk, J. (1997): *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington, EE.UU. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/47280592.pdf>

- Maceira, D. (2007). Documento Técnico sobre Financiación y Reforma del Sector Salud: Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa.
- Martínez, M. (2011). El paradigma sistémico, la complejidad y la transdisciplinariedad como bases epistémicas de la investigación cualitativa, *REDHECS URBE*, Ed. 11, 6-27. Recuperado de <http://prof.usb.ve/miguelm/El%20paradigma%20sistemico%20%20complej%20y%20transdisc.html>
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Capítulo 1. ¿Por qué son importantes los sistemas de salud? [https://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_ch1\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch1_es.pdf?ua=1)
- Pérez, V., Maciá, L. y González, V. (2019). *User satisfaction in the spanish health system: trend análisis*. [Satisfacción del usuario en el sistema sanitario español: análisis de tendencias]. España <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001506> [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102019000100277&lang=es&fbclid=IwAR0LVAtpYJvCJHzFFhPIiS5mJywyzOV8dZnOikRbo-cN4qMEXxtThlJMWM](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100277&lang=es&fbclid=IwAR0LVAtpYJvCJHzFFhPIiS5mJywyzOV8dZnOikRbo-cN4qMEXxtThlJMWM)
- Sánchez-Moreno, F. (2014, oct./dic.) El sistema nacional de salud en el Perú. (*Revista peruana de medicina experimental y salud pública*). Oct 2014, Volumen 31 N° 4 Paginas 747 – 753. Recuperado de doi. <http://doi.org/10.17843/rpmesp.2014.314.129>

#### **IV. Figura de la Propuesta**

Figura 12.

Figura de la Propuesta del Sistema de salud peruano: Propuesta de un nuevo modelo



Fuente: Elaboración propia

## **Traducciones de citas en inglés.**

### **1. Zulkepli (2012) refiere que:**

The steep global population growth leads to greater use of health services. Consequently, the necessary activities must be undertaken to increase the quality of the services provided and thereby sustain the quality of life of the population.

#### **Traducción:**

El abrupto crecimiento poblacional mundial acarrea mayor uso de los servicios de salud. En consecuencia, se deben de emprender las actividades necesarias para incrementar la calidad de los servicios prestados y con ello sostener la calidad de vida de la población.

### **2. Milcent (2016) afirma:**

Patients are increasingly demanding with the care the doctor can provide. However, the waiting times for a consultation are longer and the attention itself is getting shorter.

#### **Traducción:**

Los pacientes son cada vez más exigentes con la atención que el médico le puede brindar. Sin embargo, los tiempos de espera para una consulta son más largos y la atención misma es cada vez más corta.

### **3. World Health Organization [WHO] (2018)**

globally it is recognized that there is a shortage of health professionals and its distribution is unequal, resonate the adequate care of health services.

#### **Traducción:**

A nivel global se reconoce que existe escasez de profesionales de la salud y su distribución es inequitativa, repercutiendo en la atención adecuada de los servicios de salud.

### **4. Damasceno, Alves, Barboza et al. (2017).**

Timely supply of medications is considered essential for the optimal performance of health systems. A third of the global population still does not have appropriate access to medicines.

#### **Traducción:**

El abastecimiento oportuno de medicamentos se considera esencial para el desempeño óptimo de los sistemas de salud. Una tercera parte de la población global aún no tiene acceso apropiado a medicamentos.

**5. Malatji (2018) refiere:**

Incomplete or incorrect convictions and information may lead to erroneous decisions.

**Traducción:**

Las convicciones e información incompleta o incorrecta pueden derivarse a decisiones erróneas.

**6. Díez (2015) Refiere:**

The systems perspective does not allow to know patterns and trends that could be useful in decision making.

**Traducción:**

La perspectiva de sistemas no permite conocer patrones y tendencias que podrían ser útiles en la toma de decisiones.

**7. Pérez, Maciá y Gonzales (2019) Afirman:**

Health systems must pass intrinsic and extrinsic quality. The first refers to the design, execution and evaluation of processes. The second to the evaluation of the services provided and patient satisfaction.

**Traducción:**

Los sistemas de salud deben poseer calidad intrínseca y extrínseca. El primero se refiere al diseño, ejecución y evaluación de procesos. El segundo a la evaluación de los servicios brindados y a la satisfacción del paciente.

**8. World Health Organization [WHO] (2000).**

Nowadays, only developed nations have been able to configure models of health systems for total population care (World Health Organization).

**Traducción**

Hoy en día, solo las naciones desarrolladas han podido configurar modelos de sistemas de salud para la atención de la población total (Organización Mundial de la Salud).

**9. Castillo, Laborde y Sanhuesa (2017).**

In Latin America, health system models have been investigated based on: 1. inequity in care 2. degree of use of services 3. Effects of sectoral reforms 4. argumentative analysis between

countries. Research deepens about: supply and demand, financing, organization and structure, expectations and user satisfaction.

**Traducción:**

En Latinoamérica, los modelos de sistema de salud se han investigado en base a: 1. inequidad en la atención. 2. grado de uso de los servicios 3. Efectos de las reformas sectoriales 4. análisis argumentativo entre países. En investigaciones se profundiza acerca de: la oferta y la demanda, financiamiento, organización y estructura, expectativas y satisfacción del usuario.

**10. Arredondo, Orozco y Aviles (2015).**

One of the fundamental objectives of health reform has been to incorporate all social actors to achieve health democratization.

**Traducción:**

Uno de los objetivos fundamentales de la reforma de la salud ha sido incorporar a todos los actores sociales para lograr la democratización de la salud

**11. Resende y Guerra (2017).**

How it finances health services is the question facing most countries in the world. The expenditure on medicines has become a commission for the sustainability of health services.

**Traducción:**

Cómo financiar a los servicios de salud es la pregunta que enfrenta la mayoría de países del mundo. El gasto en medicamentos se ha convertido en una conminación para la sustentabilidad de los servicios de salud.

**12. Carvalho, Ribeiro y Prado (2015) señalan:**

The economic crisis has still reached the developed countries, these have seen the need to establish counter-reforms to their health system models.

**Traducción:**

La crisis económica ha llegado aún hasta los países desarrollados, estos se han visto en la necesidad de establecer contrarreformas a sus modelos de sistema salud.

**13. Peine, Haase y, Dienel (2002) recomiendan:**

1. Participants of a research group should not exceed the number of four.



2. We cannot remain alone with the theory of a product, we must put it into practice.

**Traducción:**

1. Los participantes de un grupo de investigación no deben de exceder el número de cuatro
2. No podemos quedarnos solo con la teoría de un producto, debemos ponerlo en práctica.

**14. Aenis y Nagel (2000) señalan:**

The agreement on what the problem really is and the objectives to be traced; as well as regular reviews lay the foundation for designing common activities. This reduces the conflicts between the various disciplines of knowledge.

**Traducción:**

La concertación acerca de cuál es realmente el problema y los objetivos a trazar; así como las revisiones regulares sientan las bases para diseñar actividades en común. Con ello disminuimos los conflictos entre las diversas disciplinas del saber.

**15. Erazo (2011) afirma:**

An important basis for the veracity of the conclusions reached in a research study with qualitative methodology is triangulation. (como es citado en Rodríguez-Sabiote, 2017, p.4).

**Traducción:**

Un sustento importante de la veracidad de las conclusiones alcanzadas en un estudio de investigación con metodología cualitativa es la triangulación.

**16. Alfehaid (2011) afirma:**

The triangulation of data collection tools sources and places helps to increase the validity and reliability of the findings.

**Traducción:**

La triangulación de las herramientas de recopilación de datos, fuentes y lugares ayuda a aumentar la validez y fiabilidad de los resultados.

## Consentimiento Informado

Requisito para la aplicación del instrumento de recolección de información de la fase cualitativa: Entrevista en profundidad semiestructurada.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

Identificado con DNI N°.....de profesión.....

Radicado actualmente en la región de .....

Acepto participar voluntariamente en el estudio de tesis doctoral “Sistema de salud peruano: Propuesta de un Nuevo Modelo - 2019”. Realizado por el doctorando Alejandro Raúl Falconí Lázaro y equipo colaborador de investigación.

Tesis que será presentada, en la Universidad “César Vallejo”, para optar el Grado de Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad.

El objetivo del presente estudio es proponer un modelo de sistema de salud sustentado en el conocimiento y opinión de los actores que participan en el sistema de salud del Perú, en el periodo abril – diciembre 2019.

Le garantizamos que su opinión, comentarios y apreciaciones serán tratadas con carácter de confidencial, y que las mismas serán exclusivamente utilizadas con fines del presente trabajo de investigación.

.....,.....de septiembre del 2019

---

Firma del entrevistado

## **Instrumento de recolección de información en la primera fase de investigación (fase cualitativa): Vídeo.**

El instrumento de recolección de información en la primera fase de investigación consistió en un vídeo explicando los objetivos de la investigación y los principales temas a tratar, de modo que sirviera como motivación para despertar el interés del entrevistado. Se adjunta el vídeo.

### **Audios de entrevistas (archivo adjunto).**

Se adjunta los archivos de los audios de las 40 entrevistas que se realizaron en la primera fase de investigación.

### **Transcripción de Entrevistas.**

A continuación, presentamos la transcripción de una entrevista. Las transcripciones de las 40 entrevistas se encuentran en un archivo adjunto.

#### **ENTREVISTA N° 29- AMAZONAS**

**Entrevistador:** Dr. Alejandro Raúl, Falconi Lázaro

**Entrevistado:** Dr. César Velásquez Vílchez (MEDICO CIRUJANO)

- 1. A cerca del actual Modelo de Sistema de Salud del Perú, le pedimos nos dé su opinión, comentarios y/o sugerencias.**

**Entrevistado:** en el año 1978, analizando todos los problemas que habían en el mundo, sobre la atención de salud, salió los principios de atención primaria de atención de salud y planteó solucionar el problema de la salud en el mundo, salud para todos en el año 2000, por el año 2005 o 2007 la atención primaria de salud fue renovada con una nueva propuesta como actualizándolas, en el 2011 el ministerio de salud del Perú, lanza una nueva propuesta que es el modelo integral de salud basada en familia y comunidad dentro de este plantea fundamentalmente el financiamiento, porque encuentran que era más del 25% del gasto del bolsillo, otro punto era la atención y las largas colas que habían antes en el segundo y tercer nivel, y en el primer nivel de atención que no solucionaba porque definitivamente no se involucraba con la comunidad y los servicios no estaban adecuados. Este planteamiento

sigue siendo lo mismo en el Perú, no ha cambiado mucho, aquí, en la zona de Bagua, que no está articulado a los servicios de primer nivel con el segundo nivel, los puestos con los centros, los centros con los hospitales, no están articulados y cuando el paciente llega sigue y que los servicios que presta el segundo nivel, en este caso en la provincia de Bagua y eso pasa en todo el Perú, definitivamente va a tener que hacer cobertura de gasto de bolsillo nuevamente.

No hay una articulación del sistema de referencia y contrarreferencia, entonces, el sistema que tiene el Perú actualmente definitivamente sigue siendo deficiente y el gran problema que hay y básico es la fragmentación y segmentación del sector, mientras el sistema de salud en el Perú sea segmentado y fragmentado no va a contribuir mucho a que se mejore esto, además, si este sistema de salud segmentado y fragmentado no tiene un financiamiento que le asegure a la gente más pobre del Perú gaste un sol de su bolsillo va a ser un poco difícil, porque es de sumos gastos y hay muchos intereses de los laboratorios, de las clínicas, de los mismos profesionales de la salud, hay un interés para que esto no se solucione y los gobiernos que llegan de turno cada 5 años no se están preocupando en la solución del problema.

El modelo con el que se ha escuchado y se ha visto sigue siendo el mismo y no hay mejoras.

**2. Queremos diseñar con usted un nuevo modelo de sistema de salud para el Perú, por ello le pedimos que nos brinde una propuesta, comentarios y/o sugerencias.**

**Entrevistado:** en los 4 modelos planteados, los 4 tienen sus propios intereses, en el problema de los 4, que ahí también está Perú, en el segmentado está el Perú, el que se acerca más a la solución de la población es el primer modelo, sino que en Cuba ya es sumamente extremo, hay una combinación entre el primer modelo y el segundo modelo Bismarck, que sería plantear ahí ver lo público pero también lo privado, y al personal de salud, no como en Cuba que todo está regulado por el Estado. El estado saca un promedio de consultas y al final le llega a un médico por \$100 al mes, eso es lo que les toca a todos; eso no es justo, para que los profesionales de la salud seamos médicos, enfermeros, obstetras, también estudiamos para que tengamos una posición no tan diferenciada debería verse como estado, pero tampoco un país que regule todo como lo hace Cuba. Hay una combinación entre un sistema

del primer y segundo modelo uniendo con fuerza y teniendo un problema de la regulación, la rectoría, tiene que ver regulación, normatividad y que el financiamiento esté asegurado. En conclusión, los 4 tienen sus propios intereses. Creo que en el modelo propuesto que estás planteando como modelo es sacar un nuevo modelo que podría salir de los 4 tomando lo técnico de los modelos de atención integral de salud que sí se ha planteado teóricamente pero lo que falta es que desde el punto de vista de la gestión y del empoderamiento institucional y del financiamiento, que son 3 motores fundamentales para un sistema de salud si es esos 3 sacados de los 4 se podría hacer un buen modelo del Perú, pero que mucho va a requerir que como gestión, gobierno y estado que sea sostenible en el tiempo, porque el Perú lo que tiene de malo es que en 5 años viene un nuevo gobierno y comienza a inventar cosas de nuevo. Después que se fue Fujimori se empezó a formar las políticas a través del acuerdo nacional, ahora están en decadencia en el Perú por el hecho que los partidos políticos que eran miembros natos de estos, todos los partidos están en esta situación que se encuentra en el Perú, ya no aportan nada, las 35 políticas nacionales que se crearon que son muy buenas, pero que en la práctica no han sido sostenibles, esto tendría que ver con lograr consolidar las organizaciones políticas partidarias en el Perú, para que seas sostenibles en el modelo sea sostenible.

**3. Queremos diseñar con usted un nuevo modelo de sistema de salud para el Perú, por ello le pedimos que nos brinde una propuesta, comentarios y/o sugerencias.**

**Entrevistado:** Primero que tendría que ver es el problema de la fragmentación y segmentación, ahí lo que tiene que plantearse como regla número 1 en el Perú que es un país que recién está saliendo de los límites de la pobreza, tendría que unificarse el sistema nacional de salud, tendría que reorganizarse la prestación de la salud en las regiones y provincias del Perú, porque en la actualidad existen hospitales y centros de salud que sinceramente no cumplen y no tienen la categoría adecuada para brindar, debería de haber una fuerte reorganización. Como primer paso, una cuestión económica básica para entrar a un nuevo modelo; en lo que es el financiamiento, me parece muy bien este modelo, ya que en Perú se paga el 40% de gasto de bolsillo, podría ser una cuestión para un estatal bien organizada, el estado tal vez no llega a pagar el 40% pero un 70% podría pagar el estado cubriendo con buenos servicios en todo el país y un 30% que lo podría prestar a través de cuestiones privadas, para eso la cuestión de la regulación de la normatividad es fundamental

para que funcione, en el problema de la gestión en sí, que tiene que hacer que los que gestionen los servicios de salud públicos y privados tendría que ser gente que tenga competencias en estos temas y conozca la gestión, reducir, lo que pasa en el Perú los últimos años es que en lugar de mejorar la salud del Perú, con los años que tengo no lo veo que haya mejorado mucho, porque eso se traduce en indicadores y logros sanitarios; anemia, tenemos más que los años anteriores, tenemos desnutrición, muerte materna a nivel nacional está disminuyendo pero no salimos del rango, estamos entre 70 y 90% a nivel de país, que no ha mejorado, tenemos regiones en el Perú que todavía no se solucionan, aquí tiene que haber una organización en el financiamiento que cubra 70-30, como en el primer modelo de Singapur. Otro problema, que en este 70% se fortalezca el sistema de gestión, en el primer nivel de atención, que son los puestos y centros de atención, con el equipamiento e infraestructura, capacitación de los médicos de forma sostenible, de todos los profesionales. El problema del financiamiento del 30% pero que sea muy normado y regulado, que se organice a nivel de todos los profesionales y técnicos de la salud para que se pueda mejorar la atención. Me quedo con el modelo de Singapur, hay que plantearlo de esa manera, mejor que los otros, en Singapur sí hay resultados sanitarios de impacto, como esperanza de vida al nacer, mortalidad, morbilidad, lo podemos hacer, solo que en el Perú hay un tema que tratar, hacer nuevamente políticas poblacionales con un poco de control de la población porque hay un crecimiento desmedido, con las subvenciones que está bien que se les dé a la gente pobre en algunas zonas, hace que se incremente el número de hijo. Habría que hacer un buen trabajo.

**Entrevistador:** muy buena sus aportaciones, ¿cree usted que también sería necesario la implementación de una política pública al respecto?

**Entrevistado:** para mí una política pública poblacional es básico, la planificación familiar, que sea fuerte mente marqueteado y vendido empezando desde la educación que estos programas educativos que hay, que desde el inicial la gente comience a saber estos métodos de planificación familiar, en la medida que tengan más hijos, su crecimiento personal y familiar va a ser endeble, tenemos que romper la cadena de la pobreza con políticas públicas de este nivel poblacional. Durante unos gobiernos, hubo entidades que pudieron mejorarlo.

**Entrevistador:** en lo que se refiere a un nuevo modelo de salud al parecer todo nos tiende a unificar el sistema de salud, a unificar Essalud con Minsa, y demás entes que brindan atención de salud. Sin embargo, podemos apreciar que puede haber alguna resistencia, por

ejemplo, las personas que trabajan en Essalud, que son miles en el Perú, ¿aceptarán pasar al mismo sistema de Minsa? ¿Cree que la resistencia se pueda controlar o nos va a desbordar ese problema?

**Entrevistado:** en algunos gobiernos que no quiero mencionar, de un presidente que ya falleció, no sé si recordará en Piura, el hospital Cayetano Heredia, era un hospital que se unificó y se atendían trabajadores, era del Minsa, ese hospital y lo volvieron ese hospital para atender a toda la gente de la seguridad social y del Minsa. Hice mi Serums en campo en Campo Redondo, en ese gobierno hace muchos años, habían unificado el puesto de salud, el centro de salud de Campo Redondo, era el ministerio de salud, pero yo era el médico del Essalud que en ese tiempo se llamaba IPS y entonces atendía a todos los pacientes y todos los sistemas seguían funcionando paralelamente, fueron uniendo servicios, poco a poco, pero me pareció muy bueno. He trabajado en un centro de salud donde había trabajadores del Minsa y trabajadores de Essalud, teníamos todo, medicamentos, equipamiento básico porque los dos no se había roto, pero sí se habían complementado, la primera etapa de complementación primero y en el camino del proceso, unos 5 o 10 años por lo menos. Claro, habrá muchos intereses de los mismos asegurados que no van a querer.

**Entrevistador:** ¿recomendaría comenzar con un piloto?

**Entrevistado:** sí, creo que pilotos, volver a retomar esas experiencias de pilotos, hubo uno en Piura, hubo aquí en amazonas, pero en centros de salud, en Campo Redondo eran integrados, creo que se podría empezar a hacer.

**Entrevistador:** Se habla hace mucho tiempo de la nivelación de los trabajadores de salud, sin embargo, un médico en Essalud gana 16 sueldos, un médico del Minsa gana 12, y un técnico que está en el Ministerio de Salud gana mucho más que un médico que está en un distrito de un departamento, etc. Nivelarlos a ese nivel, parecería que nos trajera muchos problemas al respecto, mucha resistencia. Sin embargo, pareciera que fuese una oportunidad para poder hacerlo. La manera que usted plantea, hacerlo paulatino y complementario, pareciera que fuese la solución, ¿es así doctor?

**Entrevistado:** sí, yo creo que al inicio va a haber mucho. En algunos sitios Essalud tiene buenos servicios y en el Minsa, en los sitios de la periferie tiene malos servicios en infraestructura y equipamiento, entonces va a haber una resistencia, pero creo que podemos empezar con algo que se vaya complementando trabajando en conjunto, de hecho que van a

seguir los sueldos diferenciados, y ya en un momento llegará a ser un sistema único y se va a gastar menos, por ejemplo aquí en Bagua, en Bagua tenemos el hospital de Essalud y el hospital del Minsa, si eso se complementaría en uno solo, en una sola infraestructura brindando a los asegurados y a los del Minsa y que los pagos que generen ahí sean una compensación a todos los trabajadores desde médicos hasta técnicos que generaría un bono, creo que podríamos prestar mejores servicios y el presupuesto del hospital que tendría el Essalud aquí en Bagua más el del Minsa podría fortalecerse y se podría tener 24 horas especialistas y los 30 días del mes, durante los 12 meses del año. Creo que es una propuesta que sí se puede hacer para el segundo nivel, para el primer nivel sí lo va a tener que seguir manejando obligadamente el Minsa y fortalecer. En Chiriaco ha creado el Essalud un centro de salud, de categoría 1-3 que brinda atención solo 6 horas en lugar de solucionar crea problemas y yo creo que ahí a través de convenios se comience a pagar los servicios que brindamos a los de Essalud, no a los costos de Essalud pero a los costos razonables que nos permitan fortalecernos, en la provincia Condorcanqui hay otro establecimiento de salud que tiene categoría de centro de salud que tampoco soluciona problemas. Se acude nuevamente a los servicios del Minsa. Creo que podemos iniciar una propuesta de complementariedad. puede ser en un gobierno de unos años, en unos 10, 15 años, de acuerdo a la experiencia mejorada.



## ENCUESTA PILOTO

### Título de Tesis:

**“Sistema de Salud Peruano: Propuesta de un Nuevo Modelo - 2019”**

### Formulación del Problema de investigación.

¿Cómo Desarrollar un Nuevo Modelo de Sistema de Salud para el Perú?

### Objetivo General y Específicos.

- O. General: Proponer un Modelo de Sistema de Salud sustentado en el conocimiento y opinión de los actores que participan en el sistema de salud del Perú en el periodo abril- diciembre 2019.
- O. Específico 1. Analizar el Sistema de Salud Peruano según el criterio de sus actores en el periodo abril-diciembre 2019.
- O. Específico 2. Comparar conjuntamente con los actores los modelos de los sistemas de salud de Latinoamérica con el Modelo de Sistema de Salud peruano en el periodo abril-diciembre 2019.
- O. Específico 3. Diseñar el modelo de sistema de salud para el Perú desde la perspectiva de los actores en el periodo abril-diciembre 2019.
- O. Específico 4. Validar el modelo de sistema de salud propuesto para el Perú en el periodo abril-diciembre 2019.

### Diseño de investigación

Nuestro estudio se basa en el diseño mixto exploratorio secuencial derivativo. El cual consta de dos fases:

**Primera fase Cualitativa**, donde obtuvimos información a través de la aplicación de entrevistas a profundidad semiestructuradas, utilizando la metodología de la teoría fundamentada; en esta fase abarcamos nuestros tres primeros objetivos específicos.

**Segunda fase cuantitativa.** Con base en la información recogida y analizada en la fase anterior, confeccionamos un **cuestionario** para ser aplicado en esta fase cuantitativa. Es este último, el cuestionario, el que pretendemos validar a través de la aplicación de esta prueba piloto.

### **Identificación de Variables.**

Las variables que se tienen para el presente trabajo es la siguiente:

Dependiente: Sistema de Salud Peruano.

Independiente: Propuesta de un Nuevo Modelo.

Tipo de instrumento: Cuestionario.








- Objetivos:
- Evaluar la idoneidad del cuestionario,
  - Evaluar la redacción de las preguntas, si son adecuadas y entendibles.
  - Calcular la extensión del cuestionario y el tiempo necesario para completarlo.

Dirigido a: Actores que integran el modelo de sistema de salud peruano

Dejamos constancia que después de haber leído y desarrollado el cuestionario, procedimos a la vez a evaluar la redacción de las preguntas y si las mismas eran adecuadas y entendibles. Calculamos la extensión del cuestionario y el tiempo necesario para completarlo. Realizamos sugerencias de correcciones en algunas de las preguntas con la intención de hacerlo más entendible, eliminando palabras redundantes y poco conocidas.

Por tanto, mediante el presente hacemos constar que se ha realizado la validación del cuestionario a través de una prueba piloto, previo a ser utilizado para el recojo de datos para la tesis: “Sistema de Salud Peruano: Propuesta de un Nuevo Modelo”, del Doctorando en Gestión Pública y Gobernabilidad, Señor: Alejandro Raúl Falconí Lázaro con DNI. 22299025, estudiante de la Universidad Cesar Vallejo.

Firmamos, dejando constancia de nuestra participación:

<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>Nº de DNI</b>	<b>PROFESION U OFICIO</b>	<b>FIRMA</b>
Karina Elizabeth Seclén Guevara	40760791	Técnico en Enfermería	
Deysi Pizarro Collantes	46659983	Técnico en Farmacia	
Mily Esperanza Troyes Jiménez	47066007	Tecnólogo médico	
Claudia Licet Guevara Tucto	74554815	ama de casa (Usuaría de Essalud)	
Marcos Antonio Torres Sánchez	16727373	Tecnólogo Médico	
Juan Seclén Guevara	41750833	Técnico en radiología	
William Estela Silva	41469401	Comerciante (Usuario Minsa)	

## Encuesta piloto. Vídeo (archivo adjunto).

### Fichas y constancias de expertos.

#### FICHA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

Mediante el presente hago de su conocimiento, que en mi calidad de experto en la validación del instrumento o encuesta para el recojo de información, alcanzo los siguientes datos:

Apellidos y Nombres: Cuadros Maco José Darwin  
 Documento de Identidad: 25435748 No. \_\_\_\_\_  
 Profesión: MEDICO  
 Entidad donde labora: Ministerio de Salud  
 Lugar: Av. Salarerry Cda 8 s/n. Jesús María  
 Cargo que desempeña: Director Ejecutivo Seccion - CNS.

Después de haber leído y analizado la consistencia tomando el problema, objetivos generales y específicos, diseño de investigación y variables; luego realizar el análisis del instrumento de recolección de información, procedemos a valorar el siguiente cuestionario, considerando que: 1. Deficiente, 2. Aceptable, 3. Bueno, 4. Muy bueno, 5. Excelente.

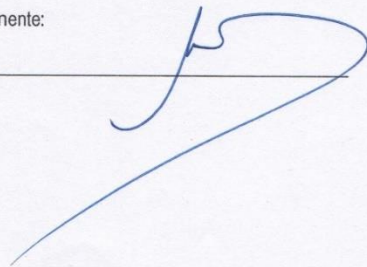
No.	Indicador / Criterios - Preguntas	1	2	3	4	5	Observaciones
01	Coherencia. ¿Las preguntas elaboradas tienen relación con el título y variables de la investigación?					X	
02	Claridad. ¿La redacción de las preguntas y la instrucción del instrumento son adecuadas y entendibles?					X	
03	Metodología. ¿El instrumento elaborado responde al objetivo de la investigación?				X		
04	Suficiencia. ¿La calidad y la cantidad de ítems/ es adecuado para aplicar a la muestra?					X	
05	Experticia. ¿Existe una relación del conocimiento de los autores con el contenido del instrumento, basados en aspectos teóricos - científicos?					X	
06	Intencionalidad. ¿Existe intencionalidad expresada en conductas observables?				X		
07	Organización. ¿Existe una secuencia lógica y ordenada en las preguntas?				X		
08	Pertinencia. ¿Considera que las opciones empleadas son correctas para lograr el objetivo?					X	
09	Coherencia. ¿Hay coherencia entre preguntas en cuanto a forma y estructura?				X		
10	Actualidad. ¿Es adecuado el avance de la ciencia, tecnología y experiencia del tesista?					X	

Mediante el presente hago constar que el instrumento utilizado para el recojo de datos para la tesis: "Sistema de Salud Peruano: Propuesta de un Nuevo Modelo", del Doctorando en Gestión Pública y Gobernabilidad, Señor: Alejandro Raúl Falconi Lázaro con DNI. 22299025, estudiante de la Universidad Cesar Vallejo, reúne todos los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Lugar: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de Noviembre del 2019

Atentamente:

Firma



**Constancia de validación del instrumento**

Tipo de instrumento: Cuestionario.

Objetivos: - Analizar, comparar, diseñar el modelo de sistema de salud peruano.

-Validar la información obtenida en la fase cualitativa.

Dirigido a: Actores que integran el modelo de sistema de salud peruano

Valoración del instrumento:

Deficiente	regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
	X			
	X		X	

Apellidos y nombres del evaluador:

Grado académico del evaluador:

nombres y apellidos del evaluador

DNI N°

José Darwin Cuadro Maco -  
25435748.

**FICHA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS**

Mediante el presente hago de su conocimiento, que en mi calidad de experto en la validación del instrumento o encuesta para el recojo de información, alcanzo los siguientes datos:

Apellidos y Nombres: Neyra Alvarez, Gisela Jacqueline.

Documento de Identidad: 09752594 No. \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Entidad donde labora: Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur

Lugar: Barranco - Lima

Cargo que desempeña: Especialista en Salud Pública

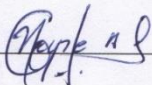
Después de haber leído y analizado la consistencia tomando el problema, objetivos generales y específicos, diseño de investigación y variables; luego realizar el análisis del instrumento de recolección de información, procedemos a valorar el siguiente cuestionario, considerando que: 1. Deficiente, 2. Aceptable, 3. Bueno, 4. Muy bueno, 5. Excelente.

No.	Indicador / Criterios - Preguntas	1	2	3	4	5	Observaciones
01	<b>Coherencia.</b> ¿Las preguntas elaboradas tienen relación con el título y variables de la investigación?			X			
02	<b>Claridad.</b> ¿La redacción de las preguntas y la instrucción del instrumento son adecuadas y entendibles?			X			
03	<b>Metodología.</b> ¿El instrumento elaborado responde al objetivo de la investigación?			X			
04	<b>Suficiencia.</b> ¿La calidad y la cantidad de ítems/ es adecuado para aplicar a la muestra?			X			
05	<b>Experticia.</b> ¿Existe una relación del conocimiento de los autores con el contenido del instrumento, basados en aspectos teóricos - científicos?			X			
06	<b>Intencionalidad.</b> ¿Existe intencionalidad expresada en conductas observables?			X			
07	<b>Organización.</b> ¿Existe una secuencia lógica y ordenada en las preguntas?			X			
08	<b>Pertinencia.</b> ¿Considera que las opciones empleadas son correctas para lograr el objetivo?				X		
09	<b>Coherencia.</b> ¿Hay coherencia entre preguntas en cuanto a forma y estructura?		X				
10	<b>Actualidad.</b> ¿Es adecuado el avance de la ciencia, tecnología y experiencia del testista?				X		

Mediante el presente hago constar que el instrumento utilizado para el recojo de datos para la tesis: **"Sistema de Salud Peruano: Propuesta de un Nuevo Modelo"**, del **Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad**, Señor: Alejandro Raúl Falconí Lázaro con DNI. 22299025, estudiante de la Universidad Cesar Vallejo, reúne todos los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Lugar: Barranco, 28 de Noviembre del 2019

Atentamente:

Firma: 

Constancia de validación del instrumento

Tipo de instrumento: Cuestionario.

Objetivos: - Analizar, comparar, diseñar el modelo de sistema de salud peruano.

-Validar la información obtenida en la fase cualitativa.

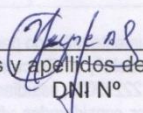
Dirigido a: Actores que integran el modelo de sistema de salud peruano

Valoración del instrumento:

Deficiente	regular	Buono	Muy bueno	Excelente
		✓		

Apellidos y nombres del evaluador: *Neyra Alvarez Cisselo Jacqueline.*

Grado académico del evaluador: *Egresada de Maestría de Salud Ocupacional y de Maestría en S3yR.*

  
nombres y apellidos del evaluador  
DNI N°

**FICHA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS**

Mediante el presente hago de su conocimiento, que en mi calidad de experto en la validación del instrumento o encuesta para el recojo de información, alcanzo los siguientes datos:

Apellidos y Nombres: Polo Cornejo Andú  
 Documento de Identidad: DNI 32824787 No. \_\_\_\_\_  
 Profesión: Médico cirujano  
 Entidad donde labora: Ministerio de Salud  
 Lugar: Lima  
 Cargo que desempeña: Especialista en Gerencia de Salud

Después de haber leído y analizado la consistencia tomando el problema, objetivos generales y específicos, diseño de investigación y variables; luego realizar el análisis del instrumento de recolección de información, procedemos a valorar el siguiente cuestionario, considerando que: 1. Deficiente, 2. Aceptable, 3. Bueno, 4. Muy bueno, 5. Excelente.

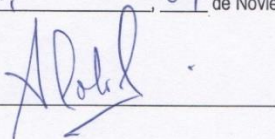
No.	Indicador / Criterios - Preguntas	1	2	3	4	5	Observaciones
01	<b>Coherencia.</b> ¿Las preguntas elaboradas tienen relación con el título y variables de la investigación?				X		
02	<b>Claridad.</b> ¿La redacción de las preguntas y la instrucción del instrumento son adecuadas y entendibles?			X			
03	<b>Metodología.</b> ¿El instrumento elaborado responde al objetivo de la investigación?			X			
04	<b>Suficiencia.</b> ¿La calidad y la cantidad de ítems/ es adecuado para aplicar a la muestra?			X			
05	<b>Experticia.</b> ¿Existe una relación del conocimiento de los autores con el contenido del instrumento, basados en aspectos teóricos – científicos?				X		
06	<b>Intencionalidad.</b> ¿Existe intencionalidad expresada en conductas observables?				X		
07	<b>Organización.</b> ¿Existe una secuencia lógica y ordenada en las preguntas?			X			
08	<b>Pertinencia.</b> ¿Considera que las opciones empleadas son correctas para lograr el objetivo?				X		
09	<b>Coherencia.</b> ¿Hay coherencia entre preguntas en cuanto a forma y estructura?				X		
10	<b>Actualidad.</b> ¿Es adecuado el avance de la ciencia, tecnología y experiencia del testista?				X		

Mediante el presente hago constar que el instrumento utilizado para el recojo de datos para la tesis: **"Sistema de Salud Peruano: Propuesta de un Nuevo Modelo"**, del **Doctorando en Gestión Pública y Gobernabilidad**, Señor: Alejandro Raúl Falconi Lázaro con DNI. 22299025, estudiante de la Universidad Cesar Vallejo, reúne todos los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Lugar: Lima, 04 de Noviembre del 2019

Atentamente:

Firma



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS  
**Constancia de validación del instrumento**

Tipo de instrumento: Cuestionario.

Objetivos: - Analizar, comparar, diseñar el modelo de sistema de salud peruano.

-Validar la información obtenida en la fase cualitativa.

Dirigido a: Actores que integran el modelo de sistema de salud peruano

Valoración del instrumento:

Deficiente	regular	Buena	Muy buena	Excelente
		X		

Apellidos y nombres del evaluador:

Polo Conrigo Andrés Ismael  
Egresado de Maestría en Salud Pública

Grado académico del evaluador:

nombres y apellidos del evaluador

DNI N° 32824787



**FICHA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS**

Mediante el presente hago de su conocimiento, que en mi calidad de experto en la validación del instrumento o encuesta para el recojo de información, alcanzo los siguientes datos:

Apellidos y Nombres: Cruz Sánchez Edward Alcedo  
 Documento de Identidad: 06607777 No. \_\_\_\_\_  
 Profesión: México - Contador  
 Entidad donde labora: Ministerio de Salud  
 Lugar: Av. Salvador N° 809 Jesús María  
 Cargo que desempeña: México Neobanco

Después de haber leído y analizado la consistencia tomando el problema, objetivos generales y específicos, diseño de investigación y variables; luego realizar el análisis del instrumento de recolección de información, procedemos a valorar el siguiente cuestionario, considerando que: 1. Deficiente, 2. Aceptable, 3. Bueno, 4. Muy bueno, 5. Excelente.

No.	Indicador / Criterios - Preguntas	1	2	3	4	5	Observaciones
01	<b>Coherencia.</b> ¿Las preguntas elaboradas tienen relación con el título y variables de la investigación?					✓	
02	<b>Claridad.</b> ¿La redacción de las preguntas y la instrucción del instrumento son adecuadas y entendibles?					✓	
03	<b>Metodología.</b> ¿El instrumento elaborado responde al objetivo de la investigación?					✓	
04	<b>Suficiencia.</b> ¿La calidad y la cantidad de ítems/ es adecuado para aplicar a la muestra?					✓	
05	<b>Experticia.</b> ¿Existe una relación del conocimiento de los autores con el contenido del instrumento, basados en aspectos teóricos - científicos?					✓	
06	<b>Intencionalidad.</b> ¿Existe intencionalidad expresada en conductas observables?				✓		
07	<b>Organización.</b> ¿Existe una secuencia lógica y ordenada en las preguntas?					✓	
08	<b>Pertinencia.</b> ¿Considera que las opciones empleadas son correctas para lograr el objetivo?					✓	
09	<b>Coherencia.</b> ¿Hay coherencia entre preguntas en cuanto a forma y estructura?					✓	
10	<b>Actualidad.</b> ¿Es adecuado el avance de la ciencia, tecnología y experiencia del testista?					✓	

Mediante el presente hago constar que el instrumento utilizado para el recojo de datos para la tesis: "Sistema de Salud Peruano: Propuesta de un Nuevo Modelo", del Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad, Señor: Alejandro Raúl Falconi Lázaro con DNI. 22299025, estudiante de la Universidad Cesar Vallejo, reúne todos los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Lugar: Lima, 13 de Noviembre del 2019

Atentamente:

Firma

### Constancia de validación del instrumento

Tipo de instrumento: Cuestionario.

Objetivos: - Analizar, comparar, diseñar el modelo de sistema de salud peruano.

-Validar la información obtenida en la fase cualitativa.


Dirigido a: Actores que integran el modelo de sistema de salud peruano

Valoración del instrumento:

Deficiente	regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
				✓

Apellidos y nombres del evaluador: Cruz Sanchez, Edward Alcedo

Grado académico del evaluador:

  
nombres y apellidos del evaluador  
DNI N° 66607771

## Instrumento de recolección de datos – Cuestionario.

### CUESTIONARIO

Estamos realizando un estudio de investigación titulado: “Sistema de salud peruano: Propuesta de un Nuevo Modelo - 2019”.

El presente cuestionario tiene como finalidad recoger sus opiniones, para que, en conjunto con los demás actores del modelo de sistema de salud peruano, proponer un nuevo modelo de sistema de salud.

Tenga en cuenta que su opinión, servirá y permitirá mejorar el modelo de sistema de salud del Perú.

Antes de responder, debe tener en cuenta lo siguiente:

- El cuestionario es anónimo y confidencial, su uso es exclusivamente para fines de investigación académica.
- No hay respuesta correcta ni incorrecta, ni se pretende medir sus conocimientos en el tema.
- Tener en cuenta que se tiene una sola opción para llenar por cada una de las preguntas o enunciados. Asegúrese de responder todas las preguntas o enunciados.
- Es importante responder de manera franca y honesta.
- En las primeras 72 preguntas usara la escala de evaluación siguiente:

Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
TED	ED	NDANED	DA	TDA

En las preguntas del 73 al 83, deberá marcar con un aspa o circulo una sola respuesta, o escribir su repuesta, según sea el caso.

Cualquier duda o consulta que tenga puede comunicarlo, para ser absuelta. Le agradecemos anticipadamente su colaboración.

#### Datos generales (Marque con un aspa y escriba donde corresponde)

Región de residencia:	Sexo	Edad	Profesión u oficio:	Usted es usuario de:
	( ) Femenino ( ) Masculino	1) 18 a 26 2) 27 a 59 3) 60 a más		1) MINSA 2) ESSALUD 3) Fuerzas Armadas y policiales 4) Entidades privadas

**TED: Totalmente en desacuerdo / ED: En Desacuerdo / NDANED: Ni de acuerdo ni en desacuerdo / DA: De acuerdo / TDA: Totalmente de acuerdo.**

<b>CONSIGNA</b>						
<b>N°</b>		<b>TED</b>	<b>ED</b>	<b>NDA NED</b>	<b>DA</b>	<b>TDA</b>
	<b>El actual modelo de sistema de salud en el Perú:</b>					
1	Es un modelo de administración muy centralizado.					
2	Es un modelo de sistema de salud desactualizado.					
3	Es un modelo que hace diferencia en su atención a ricos y pobres.					
4	Es un modelo que considera las distintas realidades de las regiones del país.					
5	La remuneración que recibe el personal de salud, no está acorde con las capacitaciones y competencias.					
6	La remuneración que recibe el personal de salud (Minsa, Essalud, Fuerzas armadas, Fuerzas policiales, etc.) no está estandarizada.					
7	La remuneración que recibe el personal de salud, no es adecuada de acuerdo al ámbito geográfico (zona de frontera, zona de pobreza extrema, etc.					
8	La remuneración que recibe el personal de salud es muy baja.					
9	Los recursos humanos en salud, están inadecuadamente distribuidos.					
10	Le parece inapropiado el trato que recibe del personal de salud, en su atención médica.					
11	Existe déficit de infraestructura.					
12	Existe déficit de profesionales en salud.					
13	El control al personal de salud es inadecuado.					
14	Existe inequidad en la distribución de recursos.					
15	Existe influencia de los laboratorios farmacéuticos en la prescripción médica.					
16	Existe una gran proporción de medicamentos que se expenden sin receta médica.					
17	Existe una deficiente regulación de los seguros privados por parte del estado.					
18	La atención de la salud es considerada actualmente como un comercio.					
19	Se cuenta con la calidad debida de atención.					
20	Existe un gasto excesivo de bolsillo del paciente.					
21	Cree usted que la corrupción es un obstáculo para la mejora del modelo de sistema de salud en el Perú.					
22	Cree usted que sin realizar la reforma y solamente mejorando la organización y planificación en salud, la atención al usuario podría mejorar.					
23	Está de acuerdo con que se realice una reforma al actual modelo del sistema de salud del Perú.					
	<b>Con respecto a la experiencia internacional:</b>	<b>TED</b>	<b>ED</b>	<b>NDA NED</b>	<b>DA</b>	<b>TDA</b>
24	Está usted de acuerdo en que las reformas realizadas en otros países podrían implementarse en nuestro país.					
25	Las reformas siempre están sujetas a mejoras, en la práctica se irán mejorando las falencias.					
26	Está de acuerdo en que la reforma debe contemplar una combinación entre lo público y privado.					

27	La reforma debe abarcar a todos los estratos sociales, sin discriminaciones.					
<b>TED: Totalmente en desacuerdo / ED: En Desacuerdo / NDANED: Ni de acuerdo ni en desacuerdo / DA: De acuerdo / TDA: Totalmente de acuerdo.</b>						
	<b>Con respecto al nuevo modelo de sistema de salud:</b>	<b>TDE</b>	<b>ED</b>	<b>NDA NED</b>	<b>DA</b>	<b>TDA</b>
28	El personal médico debe dedicarse en forma exclusiva a un solo tipo de prestación (pública o privada).					
29	El personal de salud debe cesarse antes de los 70 años, y de esta forma ofrecer al usuario un personal motivado, enérgico y eficaz.					
30	Se debe sensibilizar al personal de salud para la mejora de la atención de salud al usuario.					
31	Se debe realizar un control estricto de la normatividad con respecto al cumplimiento de la jornada laboral.					
32	Debe adecuarse según las realidades de cada región del país.					
33	Debe realizar una real descentralización administrativa y presupuestal.					
34	Debe fortalecer a las regiones con personal especializado y con experiencia en temas de gestión pública en salud.					
35	Debe realizar una redistribución de los recursos adecuándolos a las realidades actuales y a las necesidades específicas de cada región.					
36	El estado debería mejorar la evaluación de las personas pobres y muy pobres, beneficiarias de exoneraciones.					
37	Se debe continuar con las subvenciones (el aporte del asegurado que aporta más financia al asegurado que aporta menos) entre asegurados.					
38	Se debería incorporar, a las personas extranjeras, al sistema nacional de salud.					
39	Desearía usted poder atenderse en cualquier establecimiento de salud del país, sin distinciones de ningún tipo, en forma regular y oportuna.					
40	La incorporación y utilización masiva de las EPSS (Entidades Prestadoras de Salud), con cumplimiento de requisitos mínimos, podrían ser una alternativa de solución para mejorar el sistema de salud.					
41	Como medio de financiamiento, es necesario aplicar impuestos a la empresa privada.					
42	Es necesario permitir la utilización de métodos auxiliares de financiamiento a nivel provincial para la mejorara del sistema de salud local.					
43	Destinar un monto especial del presupuesto nacional destinado únicamente a la mejora del sistema de salud.					
44	El financiamiento podría ser compartido entre el estado, empresas privadas, e inclusive con un porcentaje mínimo del usuario.					
45	Estaría dispuesto a aumentar, el gasto que realiza usted directamente de su bolsillo, en un porcentaje mínimo en aras de mejorar muy significativamente la calidad del servicio de salud que recibe actualmente.					
46	Las capacitaciones deben ser constantes a todo el personal de salud.					

<b>TED: Totalmente en desacuerdo / ED: En Desacuerdo / NDANED: Ni de acuerdo ni en desacuerdo / DA: De acuerdo / TDA: Totalmente de acuerdo.</b>						
Nº	CONSIGNA	TED	ED	NDA NED	DA	TDA
47	Las capacitaciones al personal de salud deben ser costeadas en su mayor parte por el estado.					
48	Crear capacitaciones específicas para autoridades locales, con el fin de brindarles conocimientos básicos y sensibilizarlos en los temas de salud.					
49	En la reforma, los gestores en salud deben enfatizar en la implementación de los determinantes de la salud (biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema sanitario).					
50	Los gestores en salud (directores ejecutivos, jefes, personal del Ministerio de Salud, etc.) deberían, obligatoriamente, tener estudios de administración en salud, gestión pública o similares.					
51	Los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener conocimiento de la realidad nacional, habiendo laborado en la parte asistencial y/o administrativa en los primeros niveles de atención.					
52	Los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener conocida solvencia ética y de valores.					
53	Los cargos directivos y jefaturales deben ser asumidos por concurso público.					
54	Se debe mejorar los incentivos al personal de salud que labora en zona de frontera y de pobreza extrema.					
55	Implementar temas de educación en salud a la población en general, a través de medios masivos.					
56	Mejorar la implementación de temas básicos de salud en la currícula educativa desde el nivel primario.					
57	Crear consciencia en el paciente sobre sus responsabilidades como usuario.					
58	Crear una comisión nacional para la reforma del modelo de sistema nacional de salud.					
59	Mejorar la capacidad resolutoria de todos los niveles de atención.					
60	Convocar la participación multisectorial para el nuevo modelo de sistema de salud.					
61	La reforma debería contemplar la mejora de la calidad de atención.					
62	La reforma debería implementar un control adecuado de los recursos públicos.					
63	La reforma debería impulsar la recategorización de los establecimientos de salud a nivel nacional.					
64	La reforma debe priorizar el fortalecimiento del primer nivel de atención.					
65	La reforma debe considerar la modernización en tecnología y educación médica.					
66	La reforma debe realizar una articulación adecuada a nivel intrasectorial y multisectorial.					

67	La reforma debe ser integral, considerando la opinión de todos los actores.					
<b>Nº</b>	<b>CONSIGNA</b>	<b>TED</b>	<b>ED</b>	<b>NDA NED</b>	<b>DA</b>	<b>TDA</b>
68	La reforma debe considerar la gestión de aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud.					
69	Se debe establecer una política de recursos humanos moderna y acorde con el nuevo modelo de sistema de salud.					
70	Se debe regular y hacer cumplir la normativa sobre medicamentos genéricos.					
71	La creación de nuevas políticas de estado en salud, mejorarían la gestión del nuevo modelo de sistema de salud.					
72	La normatividad debería estar acorde con la realidad actual del nuevo modelo del sistema de salud.					

**73. ¿Cómo calificaría usted al actual modelo de sistema de salud en el Perú?**

- a) Muy bueno    b) Bueno    c) Regular    d) Malo    e) Muy malo

**74. ¿En su calidad de paciente, cuál es su grado de satisfacción con relación a la atención recibida en el actual modelo de sistema de salud?**

- a) Muy satisfecho  
b) Satisfecho  
c) Ni satisfecho ni insatisfecho  
d) Insatisfecho  
e) Totalmente insatisfecho

**75. Con respecto al porcentaje del gasto público que el estado asigna al sector salud, considerando que el promedio latinoamericano es 8.6 %, y que el nuestro no supera el 5.5 %. ¿Cuál considera usted que debería ser el porcentaje que debería asignar el estado?**

- a) 5.5%  
b) 8.5%  
c) 10%  
d) Debería ser un aumento gradual anual no menor del 0.5%  
e) Otro. Especifique: .....

**76. La inversión que se realiza para la prevención en salud, es:**

- a) Excelente  
b) Muy buena  
c) Bueno  
d) Regular  
e) Insuficiente

**77. Se debería mejorar la articulación del modelo de salud actual, concertando acciones con:**

- a) Sector educación  
b) Con todos los demás sectores.  
c) Subsistemas (al interior de los establecimientos que conforman el Minsa, Essalud, etc.).  
d) Todas las anteriores.

e) Ninguna de las anteriores.

**78. Con respecto a la reforma usted cree que:**

- a) Debería unificarse a todos los establecimientos de salud para una atención sin distinciones ni discriminaciones.
- b) Debería realizarse la complementación intrasector (solo al interior del Minsa), en vez de la unificación.

**79. Con respecto a la reforma usted cree que:**

- a) Debería implementarse desde un inicio a nivel nacional.
- b) Debería iniciarse con un piloto y avanzar gradualmente.

**80. Con respecto a los grupos de interés que intentarían bloquear la reforma, usted cree que:**

- a) Debería de fomentarse la creación de consensos.
- b) Debería excluirse a Essalud, temporalmente de la unificación.
- c) En democracia debe primar el beneficio para la gran mayoría de la población, por tanto, la unificación es prioritaria.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

**81. ¿Si fuese necesario reformar la Constitución para poder acceder a un sistema universal de salud, usted estaría de acuerdo en realizar este cambio?**

- a) Si
- b) No

**82. ¿Si ante la negativa de los grupos de interés para realizar la ansiada reforma, usted estaría dispuesto a dar un Sí a la reforma a través de un Referéndum?**

- a) Si
- b) No

**83. ¿A partir de los modelos de sistema de salud presentados, ¿cuál considera usted que es el más idóneo para ser implementado en el Perú?**

- a) Modelo Beveridge (sistema universal de salud, donde el único pagador y financiador es el estado).
- b) Modelo Bismarck (sistema universal de salud, donde el único pagador es el estado, pero el financiamiento es compartido por el estado, las empresas y los usuarios).
- c) Modelo segmentado (sistema comprendido por varios subsistemas: Minsa, Essalud, privados y otros; cada uno atiende a una población distinta, cada uno tiene un financiamiento distinto. Modelo actual del Perú).
- d) Modelo de Mercado Regulado (modelo de libre mercado donde prima la atención privada con regulaciones del estado).
- e) Una combinación y adecuación de las anteriores a nuestra realidad.



## Piloto de Fiabilidad - Alfa de Cronbach.

### Fiabilidad

#### Escala: ALL VARIABLES

##### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	50	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	50	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

##### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
,873	83

##### Estadísticas de total de elementos

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Es un modelo de administración muy centralizado	322,32	551,691	,141	,873
Es un modelo de sistema de salud desactualizado	322,00	537,061	,486	,868
Es un modelo que hace diferencia en su atención a ricos y pobres	322,18	540,436	,374	,870
Es un modelo que considera las distintas realidades de las regiones del país	322,50	554,255	,099	,874
La remuneración que recibe el personal de salud, no está acorde con las capacitaciones y competencias	321,82	548,763	,236	,871
La remuneración que recibe el personal de salud no está estandarizada	321,78	548,257	,268	,871
La remuneración que recibe el personal de salud no es adecuada de acuerdo al ámbito geográfico	321,68	553,569	,177	,872
La remuneración que recibe el personal de salud es muy baja	321,76	548,962	,234	,871
Los recursos humanos en salud, están inadecuadamente distribuidos	321,72	530,247	,717	,866
El trato del personal de salud es inadecuado	322,02	532,714	,625	,867
Existe déficit de infraestructura	321,50	540,663	,516	,869
Existe déficit de profesionales en salud	321,60	537,673	,500	,868
El control al personal de salud es inadecuado	321,76	548,309	,317	,871
Existe inequidad en la distribución de recursos	321,12	616,557	-,347	,914
Existe influencia de los laboratorios farmacéuticos en la prescripción médica	321,92	539,381	,493	,868

Existe una gran proporción de medicamentos que se expenden sin receta médica	321,66	545,127	,395	,870
Existe una deficiente regulación de los seguros privados por parte del estado	321,66	542,719	,469	,869
La atención de la salud es considerada actualmente como un comercio	321,62	541,383	,492	,869
Se cuenta con la calidad debida de atención	322,90	572,378	-,188	,878
Existe un gasto excesivo de bolsillo del paciente	321,94	536,180	,504	,868
Cree usted que la corrupción es un obstáculo para la mejora del modelo de sistema de salud en el Perú	321,56	541,149	,438	,869
Cree usted que sin realizar la reforma y solamente mejorando la organización y planificación en salud, la atención al usuario podría mejorar	322,30	577,235	-,283	,879
Está de acuerdo con que se realice una reforma al actual modelo de sistema de salud del Perú	321,68	543,120	,450	,869
Se debe rescatar los aspectos positivos de las reformas aplicadas en otros países y aprender de sus errores	321,40	543,388	,513	,869
Las reformas siempre están sujetas a mejoras, en la práctica se irán mejorando las falencias	321,64	548,929	,401	,870
La reforma debe contemplar una combinación óptima entre lo público y lo privado	321,54	546,702	,483	,870
la reforma debe abarcar a todos los estratos sociales, sin discriminaciones	321,34	543,739	,498	,869
El personal médico debe dedicarse en forma exclusiva a un solo tipo de prestación (pública o privada)	322,06	546,792	,259	,871
El personal de salud debe cesarse antes de los 70 años, y de esa forma ofrecer al usuario un personal motivado, enérgico y eficaz.	321,98	564,551	-,078	,875
Se debe sensibilizar al personal de salud para la mejora de la atención de salud al usuario	321,26	551,135	,413	,870
Se debe realizar un control estricto de la normatividad con respecto al cumplimiento de la jornada laboral	321,46	546,947	,571	,869
Debe adecuarse según las realidades de cada región del país	321,60	541,673	,528	,869
Debe realizar una real descentralización administrativa y presupuestal	321,42	543,187	,522	,869
Debe de fortalecer a las regiones con personal especializado y con experiencia en temas de gestión pública en salud	321,26	549,951	,430	,870
Debe realizar una redistribución de los recursos adecuándolos a las realidades actuales y a las necesidades específicas de cada región	321,40	548,041	,412	,870
El estado debería mejorar la evaluación de las personas pobres y muy pobres, beneficiarias de exoneraciones	321,30	552,378	,364	,871
Se debe continuar con las subvenciones entre asegurados	322,24	550,798	,187	,872
Se debería incorporar a las personas extranjeras, al sistema nacional de salud	322,64	548,725	,219	,872
Desearía usted poder atenderse en cualquier establecimiento de salud del país, sin distinciones de ningún tipo, en forma regular y oportuna	321,46	550,335	,267	,871
La incorporación y utilización masiva de las EPSS, con cumplimiento de requisitos mínimos, podrían ser una alternativa de solución para mejorar el sistema de salud	322,14	549,184	,269	,871
Como medio de financiamiento, es necesario aplicar impuestos a la empresa privada	321,74	553,421	,188	,872

Es necesario permitir la utilización de métodos auxiliares de financiamiento a nivel provincial para la mejora del sistema de salud local	321,78	546,910	,410	,870
Destinar un monto especial del presupuesto nacional destinado únicamente a la mejora del sistema de salud	321,40	551,061	,373	,871
El financiamiento podría ser compartido entre el estado, empresas privadas, e inclusive con un porcentaje mínimo del usuario	322,08	548,157	,289	,871
Estaría dispuesto a aumentar el gasto que realiza usted directamente de su bolsillo en un porcentaje mínimo en aras de mejorar muy significativamente la calidad del servicio de salud que recibe actualmente	322,34	542,760	,341	,870
Las capacitaciones deben ser constantes a todo el personal de salud	321,24	555,370	,230	,872
Las capacitaciones al personal de salud deben ser costeadas en su mayor parte por el estado	321,50	536,133	,651	,867
Crear capacitaciones específicas para autoridades locales, con el fin de brindarles conocimientos básicos y sensibilizarlos en los temas de salud	321,48	545,683	,588	,869
Todo el personal de salud debe tener conocimientos básicos sobre los determinantes de la salud	321,24	546,349	,504	,869
Los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener estudios de administración en salud, gestión pública o similares	321,20	546,408	,607	,869
Los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener conocimiento de la realidad nacional, habiendo laborado en la parte asistencial y/o administrativa en los primeros niveles de atención	321,20	549,959	,465	,870
Los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener conocida solvencia ética y de valores	321,34	546,596	,473	,870
Los cargos directivos y jefaturales deben ser asumidos por concurso público	321,26	550,482	,386	,870
Se debe mejorar los incentivos al personal de salud que labora en zona de frontera y de pobreza extrema	321,40	548,939	,353	,870
Implementar temas de educación en salud a la población en general, a través de medios masivos	321,34	552,147	,350	,871
Mejorar la implementación de temas básicos de salud en la currícula educativa desde el nivel primario	321,30	555,235	,234	,872
Crear consciencia en el paciente sobre sus responsabilidades como usuario	321,34	553,331	,306	,871
Crear una comisión nacional para la reforma del modelo del sistema nacional de salud	321,42	551,473	,282	,871
Mejorar la capacidad resolutive de todos los niveles de atención	321,32	545,079	,520	,869
Convocar la participación multisectorial para el nuevo modelo de sistema de salud	321,46	545,886	,449	,870
La reforma debería contemplar la mejora de la calidad de atención	321,44	537,884	,633	,868
La reforma debería implementar un control adecuado de los recursos públicos	321,24	545,411	,600	,869
La reforma debería impulsar la recategorización de los establecimientos de salud a nivel nacional	321,46	546,090	,507	,869
La reforma debe priorizar el fortalecimiento del primer nivel de atención	321,26	548,400	,459	,870

La reforma debe considerar la modernización en tecnología y educación médica	321,16	548,341	,501	,870
La reforma debe realizar una articulación adecuada a nivel intrasectorial y multisectorial	321,42	542,330	,594	,868
La reforma debe ser integral, considerando la opinión de todos los actores	321,42	544,249	,533	,869
La reforma debe considerar la gestión de aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud	321,40	545,061	,588	,869
Se debe establecer una política de recursos humanos moderna y acorde con el nuevo modelo de sistema de salud	321,44	548,211	,456	,870
Se debe regular y hacer cumplir la normativa sobre medicamentos genéricos	321,56	541,476	,477	,869
La creación de nuevas políticas de estado en salud, mejorarían la gestión del nuevo modelo de sistema de salud	321,64	541,704	,462	,869
La normatividad debería estar acorde con la realidad actual del nuevo modelo de sistema de salud	321,50	547,398	,473	,870
¿Cómo calificaría usted al actual modelo de sistema de salud en el Perú?	322,30	551,316	,245	,871
¿En su calidad de paciente, cuál es su grado de satisfacción con relación a la atención recibida en el actual modelo de sistema de salud?	322,54	548,866	,271	,871
Con respecto al porcentaje del gasto público que el estado asigna al sector salud ¿cuál considera usted que debería ser el porcentaje que debería asignar el estado?	322,70	558,541	,049	,874
La inversión que se realiza para la prevención en salud, es:	321,52	553,112	,196	,872
Se debería mejorar la articulación del modelo de salud actual, concertando acciones con:	323,46	557,641	,084	,873
Con respecto a la reforma de salud, usted cree que:	324,60	560,122	,092	,872
Con respecto a la reforma, usted cree que:	324,42	562,493	-,033	,873
Con respecto a los grupos de interés que intentarían bloquear la reforma, usted cree que:	323,32	565,038	-,077	,876
¿Si fuese necesario reformar la Constitución para poder acceder a un sistema universal de salud, usted estaría de acuerdo en realizar este cambio?	324,72	561,471	,039	,873
¿Si ante la negativa de los grupos de interés para realizar la ansiada reforma, usted estaría dispuesto a dar un Sí a la reforma a través de un Referéndum?	324,70	562,541	-,050	,873
¿Cuál modelo de sistema de salud cree usted que debería implementarse en el Perú?	322,22	553,849	,073	,875

## Resultados de la investigación

Tabla 1

*Región de residencia de los encuestados*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Amazonas	218	16,7	16,7	16,7
	Cajamarca	218	16,7	16,7	33,3
	Ica	218	16,7	16,7	50,0
	Lambayeque	218	16,7	16,7	66,7
	Lima	218	16,7	16,7	83,3
	Piura	218	16,7	16,7	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 1 se aprecia las 6 regiones de residencia de los 1308 encuestados: Amazonas, Cajamarca, Ica, Lambayeque, Lima y Piura en las que se encuestaron a 218 actores del sistema de salud peruano, es decir, al 16,7% en cada región.

Tabla 2

*Sexo de los encuestados*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Femenino	768	58,7	58,7	58,7
	Masculino	540	41,3	41,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 2 se observa que, del total de 1308 encuestados, 768 que equivale al 58,7% son mujeres y 540 que equivale al 41,3% de los encuestados son varones.

Tabla 3

*Grupos etarios de los encuestados*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18 a 26	469	35,9	35,9	35,9
	27 a 59	776	59,3	59,3	95,2
	60 a más	63	4,8	4,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 3 se aprecia que el 59,3% de los encuestados comprenden las edades entre 27 a 59 años; el 35,9% cuentan con edades entre 18 a 26 años y solo el 4,8% de 60 años a más.

Tabla 4

*Profesión u oficio de los encuestados*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Profesional	672	51,4	51,4	51,4
	Técnico	134	10,2	10,2	61,6
	Oficio	247	18,9	18,9	80,5
	Estudiante	255	19,5	19,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

La tabla 4 muestra que el 51,4% de los encuestados son profesionales; el 19,5%, estudiantes de educación superior; el 18,9% tiene algún oficio y el 10,2% son técnicos.

Tabla 5

*Institución de la que son usuarios los encuestados*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MINSA	413	31,6	31,6	31,6
	ESSALUD	584	44,6	44,6	76,2
	Fuerzas Armadas y Policiales	36	2,8	2,8	79,0
	Entidades privadas	275	21,0	21,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

La tabla 5 muestra que el 44,6% de los encuestados son usuarios de Essalud; el 31,6%, de Minsa; el 21% de entidades privadas y el 2,8%, de las Fuerzas Armadas y policiales.

Tabla 6

*Modelo de administración muy centralizado*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	73	5,6	5,6	5,6
	ED	170	13,0	13,0	18,6
	NDA/NED	212	16,2	16,2	34,8
	DA	636	48,6	48,6	83,4
	TDA	217	16,6	16,6	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 6 se aprecia que de los 1308 encuestados el 48,6% está “De acuerdo” que el modelo de sistema de salud peruano es un modelo muy centralizado, el 16,6% está “Totalmente de acuerdo”, el 16,2% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 13% está “En desacuerdo” y el 5,6% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 7

*Modelo de sistema de salud desactualizado*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	38	2,9	2,9	2,9
	ED	112	8,6	8,6	11,5
	NDA/NED	158	12,1	12,1	23,5
	DA	651	49,8	49,8	73,3
	TDA	349	26,7	26,7	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 7 se observa que de los 1308 encuestados el 49,8% está “De acuerdo” que el modelo de sistema de salud peruano es un modelo de salud desactualizado, el 26,7% está “Totalmente de acuerdo”, el 12,1% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 8,6% está “En desacuerdo” y el 2,9% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 8

*Modelo que hace diferencia en su atención a ricos y pobres*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	79	6,0	6,0	6,0
	ED	128	9,8	9,8	15,8
	NDA/NED	193	14,8	14,8	30,6
	DA	582	44,5	44,5	75,1
	TDA	326	24,9	24,9	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 8 se observa que de los 1308 encuestados el 44,5% está “De acuerdo” que el modelo de sistema de salud peruano es un modelo que hace diferencia en su atención a ricos

y pobres, el 24,9% está “Totalmente de acuerdo”, el 14,8% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 9,8% está “En desacuerdo” y el 6% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 9

*Modelo que considera las distintas realidades de las regiones del país.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	180	13,8	13,8	13,8
	ED	318	24,3	24,3	38,1
	NDA/NED	187	14,3	14,3	52,4
	DA	401	30,7	30,7	83,0
	TDA	222	17,0	17,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 9 se observa que de los 1308 encuestados el 30,7% está “De acuerdo” que el modelo de sistema de salud peruano es un modelo que considera las distintas realidades de las regiones del país, el 24,3% está “En desacuerdo”, el 17% “Totalmente de acuerdo”, el 14,3% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” y el 13,8% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 10

*Remuneración no acorde con las capacitaciones y competencias.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	48	3,7	3,7	3,7
	ED	117	8,9	8,9	12,6
	NDA/NED	228	17,4	17,4	30,0
	DA	544	41,6	41,6	71,6
	TDA	371	28,4	28,4	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

La tabla 10 muestra que de los 1308 encuestados el 41,6% está “De acuerdo” que la remuneración que recibe el personal de salud, no está acorde con las capacitaciones y competencias, el 28,4% está “Totalmente de acuerdo”, el 17,4% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 8,9% está “En desacuerdo” y el 3,7% está “Totalmente en desacuerdo”.



Tabla 11

*Remuneración no estandarizada.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	34	2,6	2,6	2,6
	ED	96	7,3	7,3	9,9
	NDA/NED	260	19,9	19,9	29,8
	DA	598	45,7	45,7	75,5
	TDA	320	24,5	24,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 11 se observa que de los 1308 encuestados el 45,7% está “De acuerdo” que la remuneración que recibe el personal de salud no está estandarizada, el 24,5% está “Totalmente de acuerdo”, el 19,9% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 7,3% está “En desacuerdo” y el 2,6% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 12

*Remuneración no adecuada de acuerdo al ámbito geográfico.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	46	3,5	3,5	3,5
	ED	113	8,6	8,6	12,2
	NDA/NED	225	17,2	17,2	29,4
	DA	582	44,5	44,5	73,9
	TDA	342	26,1	26,1	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 12 se observa que de los 1308 encuestados el 44,5% está “De acuerdo” que la remuneración que recibe el personal de salud no es adecuada de acuerdo al ámbito geográfico, el 26,1% está “Totalmente de acuerdo”, el 17,2% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 8,6% está “En desacuerdo” y el 3,5% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 13  
*Remuneración muy baja.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	45	3,4	3,4	3,4
	ED	104	8,0	8,0	11,4
	NDA/NED	209	16,0	16,0	27,4
	DA	567	43,3	43,3	70,7
	TDA	383	29,3	29,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 13 se observa que de los 1308 encuestados el 43,3% está “De acuerdo” que la remuneración que recibe el personal de salud es muy baja, el 29,3% está “Totalmente de acuerdo”, el 16% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 8% está “En desacuerdo” y el 3,4% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 14  
*Recursos humanos inadecuadamente distribuidos.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	38	2,9	2,9	2,9
	ED	60	4,6	4,6	7,5
	NDA/NED	158	12,1	12,1	19,6
	DA	622	47,6	47,6	67,1
	TDA	430	32,9	32,9	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 14 se observa que de los 1308 encuestados el 47,6% está “De acuerdo” que los recursos humanos en salud, están inadecuadamente distribuidos, el 32,9% está “Totalmente de acuerdo”, el 12,1% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 4,6% está “En desacuerdo” y el 2,9% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 15

*Trato inapropiado del personal de salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	33	2,5	2,5	2,5
	ED	99	7,6	7,6	10,1
	NDA/NED	192	14,7	14,7	24,8
	DA	507	38,8	38,8	63,5
	TDA	477	36,5	36,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 15 se observa que de los 1308 encuestados el 38,8% está “De acuerdo” que le parece inapropiado el trato que recibe del personal de salud en su atención médica, el 36,5% está “Totalmente de acuerdo”, el 14,7% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 7,6% está “En desacuerdo” y el 2,5% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 16

*Déficit de infraestructura.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	40	3,1	3,1	3,1
	ED	48	3,7	3,7	6,7
	NDA/NED	83	6,3	6,3	13,1
	DA	551	42,1	42,1	55,2
	TDA	586	44,8	44,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 16 se observa que de los 1308 encuestados el 44,8% está “Totalmente de acuerdo” que existe déficit de infraestructura, el 42,1% está “De acuerdo”, el 6,3% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 3,7% está “En desacuerdo” y el 3,1% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 17

*Déficit de profesionales en salud.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	37	2,8	2,8	2,8
	ED	61	4,7	4,7	7,5
	NDA/NED	132	10,1	10,1	17,6
	DA	591	45,2	45,2	62,8
	TDA	487	37,2	37,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 17 se observa que de los 1308 encuestados el 45,2% está “De acuerdo” que existe déficit de profesionales en salud, el 37,2% está “Totalmente de acuerdo”, el 10,1% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 4,7% está “En desacuerdo” y el 2,8% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 18

*Control inadecuado al personal de salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	22	1,7	1,7	1,7
	ED	71	5,4	5,4	7,1
	NDA/NED	170	13,0	13,0	20,1
	DA	635	48,5	48,5	68,7
	TDA	410	31,3	31,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 18 se observa que de los 1308 encuestados el 48,5% está “De acuerdo” que el control al personal de salud es inadecuado, el 31,3% está “Totalmente de acuerdo”, el 13% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 5,4% está “En desacuerdo” y el 1,7% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 19

*Inequidad en la distribución de recursos.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	15	1,1	1,1	1,1
	ED	52	4,0	4,0	5,1
	NDA/NED	145	11,1	11,1	16,2
	DA	670	51,2	51,2	67,4
	TDA	426	32,6	32,6	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 19 se observa que de los 1308 encuestados el 51,2% está “De acuerdo” que existe inequidad en la distribución de recursos, el 32,6% está “Totalmente de acuerdo”, el 11,1% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 4% está “En desacuerdo” y el 1,1% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 20

*Influencia de los laboratorios farmacéuticos en la prescripción médica.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	28	2,1	2,1	2,1
	ED	82	6,3	6,3	8,4
	NDA/NED	244	18,7	18,7	27,1
	DA	587	44,9	44,9	71,9
	TDA	367	28,1	28,1	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 20 se observa que de los 1308 encuestados el 44,9% está “De acuerdo” que existe influencia de los laboratorios farmacéuticos en la prescripción médica, el 28,1% está “Totalmente de acuerdo”, el 18,7% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 6,3% está “En desacuerdo” y el 2,1% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 21

*Medicamentos que se expenden sin receta médica.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	32	2,4	2,4	2,4
	ED	85	6,5	6,5	8,9
	NDA/NED	186	14,2	14,2	23,2
	DA	612	46,8	46,8	70,0
	TDA	393	30,0	30,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 21 se observa que de los 1308 encuestados el 46,8% está “De acuerdo” que existe una gran proporción de medicamentos que se expenden sin receta médica , el 30% está “Totalmente de acuerdo”, el 14,2% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 6,5% está “En desacuerdo” y el 2,4% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 22

*Deficiente regulación de los seguros privados por parte del estado.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	27	2,1	2,1	2,1
	ED	54	4,1	4,1	6,2
	NDA/NED	208	15,9	15,9	22,1
	DA	645	49,3	49,3	71,4
	TDA	374	28,6	28,6	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 22 se observa que de los 1308 encuestados el 49,3% está “De acuerdo” que existe una deficiente regulación de los seguros privados por parte del estado, el 28,6% está “Totalmente de acuerdo”, el 15,9% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 4,1% está “En desacuerdo” y el 2,1% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 23

*La atención de la salud es considerada actualmente como un comercio.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	31	2,4	2,4	2,4
	ED	80	6,1	6,1	8,5
	NDA/NED	177	13,5	13,5	22,0
	DA	587	44,9	44,9	66,9
	TDA	433	33,1	33,1	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 23 se observa que de los 1308 encuestados el 44,9% está “De acuerdo” que la atención de la salud es considerada actualmente como un comercio, el 33,1% está “Totalmente de acuerdo”, el 13,5% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 6,1% está “En desacuerdo” y el 2,4% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 24

*Calidad de atención*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	218	16,7	16,7	16,7
	ED	402	30,7	30,7	47,4
	NDA/NED	199	15,2	15,2	62,6
	DA	316	24,2	24,2	86,8
	TDA	173	13,2	13,2	100,0
Total		1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 24 se observa que de los 1308 encuestados el 30,7% está “En desacuerdo” que se cuenta con la calidad debida de atención, el 24,2% está “De acuerdo”, el 16,7% está “Totalmente en desacuerdo”, el 15,2% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 13,2% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 25

*Gasto excesivo de bolsillo.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	44	3,4	3,4	3,4
	ED	97	7,4	7,4	10,8
	NDA/NED	185	14,1	14,1	24,9
	DA	576	44,0	44,0	69,0
	TDA	406	31,0	31,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 25 se observa que de los 1308 encuestados el 44% está “De acuerdo” que existe un gasto excesivo de bolsillo del paciente, el 31% está “Totalmente de acuerdo”, el 14,1% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 7,4% está “En desacuerdo” y el 3,4% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 26

*La corrupción es un obstáculo para la mejora del modelo de sistema de salud en el Perú.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	26	2,0	2,0	2,0
	ED	33	2,5	2,5	4,5
	NDA/NED	73	5,6	5,6	10,1
	DA	486	37,2	37,2	47,2
	TDA	690	52,8	52,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 26 se observa que de los 1308 encuestados el 52,8% está “Totalmente de acuerdo” en que creen que la corrupción es un obstáculo para la mejora del modelo de sistema de salud en el Perú, el 37,2% está “De acuerdo”, el 5,6% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,5% está “En desacuerdo” y el 2% está “Totalmente en desacuerdo”.



Tabla 27

*Sin realizar la reforma y solamente mejorando la organización y planificación en salud, la atención al usuario podría mejorar.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	100	7,6	7,6	7,6
	ED	164	12,5	12,5	20,2
	NDA/NED	145	11,1	11,1	31,3
	DA	513	39,2	39,2	70,5
	TDA	386	29,5	29,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 27 se observa que de los 1308 encuestados el 39,2% está “De acuerdo” en que creen que sin realizar la reforma y solamente mejorando la organización y planificación en salud, la atención al usuario podría mejorar, el 29,5% está “Totalmente de acuerdo”, el 12,5% está “En desacuerdo”, el 11,1% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” y el 7,6% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 28

*Necesidad de reforma al actual modelo de sistema de salud del Perú.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	20	1,5	1,5	1,5
	ED	31	2,4	2,4	3,9
	NDA/NED	90	6,9	6,9	10,8
	DA	575	44,0	44,0	54,7
	TDA	592	45,3	45,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 28 se observa que de los 1308 encuestados el 45,3% está “Totalmente de acuerdo” con que se realice una reforma al actual modelo de sistema de salud del Perú, el 44% está “De acuerdo”, el 6,9% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,4% está “En desacuerdo” y el 1,5% está “Totalmente en desacuerdo”. Se evidencia que los actores del sistema de salud en el Perú expresan en forma contundente la necesidad de reforma.

Tabla 29

*Las reformas realizadas en otros países podrían implementarse en nuestro país.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	19	1,5	1,5	1,5
	ED	41	3,1	3,1	4,6
	NDA/NED	80	6,1	6,1	10,7
	DA	707	54,1	54,1	64,8
	TDA	461	35,2	35,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 29 se observa que de los 1308 encuestados el 54,1% está “De acuerdo” en que las reformas realizadas en otros países podrían implementarse en el nuestro, el 35,2% está “Totalmente de acuerdo”, el 6,1% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 3,1% está “En desacuerdo” y el 1,5% está “Totalmente en desacuerdo”. Los actores opinan que las experiencias internacionales podrían ser aprovechadas rescatando los aspectos positivos de las mismas y aprendiendo de sus errores.

Tabla 30

*Las reformas siempre están sujetas a mejoras, en la práctica se irán mejorando las falencias.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	13	1,0	1,0	1,0
	ED	55	4,2	4,2	5,2
	NDA/NED	125	9,6	9,6	14,8
	DA	747	57,1	57,1	71,9
	TDA	368	28,1	28,1	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 30 se observa que de los 1308 encuestados el 57,1% está “De acuerdo” con que las reformas siempre están sujetas a mejoras, en la práctica se irán mejorando las falencias, el 28,1% está “Totalmente de acuerdo”, el 9,6% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 4,2% está “En desacuerdo” y el 1% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 31

*La reforma debe contemplar una combinación entre lo público y lo privado.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	19	1,5	1,5	1,5
	ED	38	2,9	2,9	4,4
	NDA/NED	101	7,7	7,7	12,1
	DA	742	56,7	56,7	68,8
	TDA	408	31,2	31,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 31 se observa que de los 1308 encuestados el 56,7% está “De acuerdo” en que la reforma debe contemplar una combinación entre lo público y lo privado, el 31,2% está “Totalmente de acuerdo”, el 7,7% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,9% está “En desacuerdo” y el 1,5% está “Totalmente en desacuerdo”. El anhelo de los actores del sistema de salud peruano es que exista una combinación óptima entre los servicios que ofrecen los establecimientos de salud públicos y privados.

Tabla 32

*La reforma debe abarcar a todos los estratos sociales, sin discriminaciones.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	17	1,3	1,3	1,3
	ED	26	2,0	2,0	3,3
	NDA/NED	65	5,0	5,0	8,3
	DA	490	37,5	37,5	45,7
	TDA	710	54,3	54,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 32 se observa que de los 1308 encuestados el 54,3% está “Totalmente de acuerdo” que la reforma debe abarcar a todos los estratos sociales, sin discriminaciones, el 37,5% está “De acuerdo”, el 5% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2% está “En desacuerdo” y el 1,3% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 33

*El personal médico debe dedicarse en forma exclusiva a un solo tipo de prestación (pública o privada).*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	102	7,8	7,8	7,8
	ED	246	18,8	18,8	26,6
	NDA/NED	166	12,7	12,7	39,3
	DA	460	35,2	35,2	74,5
	TDA	334	25,5	25,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 33 se observa que de los 1308 encuestados el 35,2% está “De acuerdo” que el personal médico debe dedicarse en forma exclusiva a un solo tipo de prestación, el 25,5% está “Totalmente de acuerdo”, el 18,8% está “En desacuerdo”, el 12,7% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” y el 7,8% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 34

*El personal de salud debe cesarse antes de los 70 años, y de esa forma ofrecer al usuario un personal motivado, enérgico y eficaz.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	64	4,9	4,9	4,9
	ED	131	10,0	10,0	14,9
	NDA/NED	147	11,2	11,2	26,1
	DA	529	40,4	40,4	66,6
	TDA	437	33,4	33,4	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 34 se observa que de los 1308 encuestados el 40,4% está “De acuerdo” que el personal de salud debe cesarse antes de los 70 años, y de esa forma ofrecer al usuario un personal motivado, enérgico y eficaz, el 33,4% está “Totalmente de acuerdo”, el 11,2% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 10% está “En desacuerdo” y el 4,9% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 35

*Sensibilización al personal de salud para la mejora de la atención de salud al usuario.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	12	,9	,9	,9
	ED	24	1,8	1,8	2,8
	NDA/NED	66	5,0	5,0	7,8
	DA	591	45,2	45,2	53,0
	TDA	615	47,0	47,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 35 se observa que de los 1308 encuestados el 47% está “Totalmente de acuerdo” que se debe sensibilizar al personal de salud para la mejora de la atención de salud al usuario, el 45,2% está “De acuerdo”, el 5% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,8% está “En desacuerdo” y el 0,9% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 36

*Control estricto de la normatividad con respecto al cumplimiento de la jornada laboral.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	16	1,2	1,2	1,2
	ED	19	1,5	1,5	2,7
	NDA/NED	66	5,0	5,0	7,7
	DA	661	50,5	50,5	58,3
	TDA	546	41,7	41,7	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 36 se observa que de los 1308 encuestados el 50,5% está “De acuerdo” que se debe realizar un control estricto de la normatividad con respecto al cumplimiento de la jornada laboral, 41,7% está “Totalmente de acuerdo”, el 5% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,5% está “En desacuerdo” y el 1,2% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 37

*Adecuación de la reforma a las realidades de cada región del país.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	13	1,0	1,0	1,0
	ED	25	1,9	1,9	2,9
	NDA/NED	73	5,6	5,6	8,5
	DA	589	45,0	45,0	53,5
	TDA	608	46,5	46,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 37 se observa que de los 1308 encuestados el 46,5% está “Totalmente de acuerdo” que el nuevo modelo de sistema de salud debe adecuarse según las realidades de cada región del país, el 45% está “De acuerdo”, el 5,6% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,9% está “En desacuerdo” y el 1% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 38

*Descentralización administrativa y presupuestal.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	18	1,4	1,4	1,4
	ED	28	2,1	2,1	3,5
	NDA/NED	122	9,3	9,3	12,8
	DA	623	47,6	47,6	60,5
	TDA	517	39,5	39,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 38 se observa que de los 1308 encuestados el 47,6% está “De acuerdo” que se debe realizar una real descentralización administrativa y presupuestal, el 39,5% está “Totalmente de acuerdo”, el 9,3% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,1% está “En desacuerdo” y el 1,4% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 39

Fortalecimiento a las regiones con personal especializado y con experiencia en temas de gestión pública en salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	15	1,1	1,1	1,1
	ED	23	1,8	1,8	2,9
	NDA/NED	70	5,4	5,4	8,3
	DA	570	43,6	43,6	51,8
	TDA	630	48,2	48,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 39 se observa que de los 1308 encuestados el 48,2% está “Totalmente de acuerdo” que se debe fortalecer a las regiones con personal especializado y con experiencia en temas de gestión pública en salud, el 43,6% está “De acuerdo”, el 5,4% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,8% está “En desacuerdo” y el 1,1% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 40

*Redistribución de los recursos adecuándolos a las realidades actuales y a las necesidades específicas de cada región.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	19	1,5	1,5	1,5
	ED	19	1,5	1,5	2,9
	NDA/NED	85	6,5	6,5	9,4
	DA	602	46,0	46,0	55,4
	TDA	583	44,6	44,6	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 40 se observa que de los 1308 encuestados el 46% está “De acuerdo” que se debe realizar una redistribución de los recursos adecuándolos a las realidades actuales y a las necesidades específicas de cada región, 44,6% está “Totalmente de acuerdo”, el 6,5% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,5% está “En desacuerdo” y el 1,5% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 41

*Mejorar la evaluación de las personas pobres y muy pobres, beneficiarias de exoneraciones.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	16	1,2	1,2	1,2
	ED	29	2,2	2,2	3,4
	NDA/NED	105	8,0	8,0	11,5
	DA	576	44,0	44,0	55,5
	TDA	582	44,5	44,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 41 se observa que de los 1308 encuestados el 44,5% está “Totalmente de acuerdo” que el estado debería mejorar la evaluación de las personas pobres y muy pobres, beneficiarias de exoneraciones, 44% está “De acuerdo”, el 8% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,2% está “En desacuerdo” y el 1,2% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 42

*Continuación de las subvenciones entre asegurados.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	49	3,7	3,7	3,7
	ED	157	12,0	12,0	15,7
	NDA/NED	257	19,6	19,6	35,4
	DA	564	43,1	43,1	78,5
	TDA	281	21,5	21,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 42 se observa que de los 1308 encuestados el 43,1% está “De acuerdo” que se debe continuar con las subvenciones entre asegurados, 21,5% está “Totalmente de acuerdo”, el 19,6% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 12% está “En desacuerdo” y el 3,7% está “Totalmente en desacuerdo”.



Tabla 43

*Incorporación de las personas extranjeras, al sistema nacional de salud.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	161	12,3	12,3	12,3
	ED	251	19,2	19,2	31,5
	NDA/NED	313	23,9	23,9	55,4
	DA	378	28,9	28,9	84,3
	TDA	205	15,7	15,7	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 43 se observa que de los 1308 encuestados el 28,9% está “De acuerdo” que se debería incorporar a las personas extranjeras, al sistema nacional de salud, el 23,9% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 19,2% está “En desacuerdo”, el 15,7% está “Totalmente de acuerdo”, y el 12,3% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 44

*Atención de salud en cualquier establecimiento del país, sin distinciones de ningún tipo.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válido	TED	20	1,5	1,5	1,5
	ED	23	1,8	1,8	3,3
	NDA/NED	84	6,4	6,4	9,7
	DA	513	39,2	39,2	48,9
	TDA	668	51,1	51,1	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 44 se observa que de los 1308 encuestados el 51,1% está “Totalmente de acuerdo” que desearían poder atenderse en cualquier establecimiento de salud del país, sin distinciones de ningún tipo, en forma regular y oportuna, el 39,2% está “De acuerdo”, el 6,4% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,8% está “En desacuerdo” y el 1,5% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 45

*Incorporación y utilización masiva de las EPSS, con cumplimiento de requisitos mínimos, podrían ser una alternativa de solución para mejorar el sistema de salud.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válido	TED	27	2,1	2,1	2,1
	ED	82	6,3	6,3	8,3
	NDA/NED	269	20,6	20,6	28,9
	DA	599	45,8	45,8	74,7
	TDA	331	25,3	25,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 45 se observa que de los 1308 encuestados el 45,8% está “De acuerdo” que la incorporación y utilización masiva de las EPSS, con cumplimiento de requisitos mínimos, podrían ser una alternativa de solución para mejorar el sistema de salud, el 25,3% está “Totalmente de acuerdo”, el 20,6% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 6,3% está “En desacuerdo” y el 2,1% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 46

*Como medio de financiamiento, es necesario aplicar impuestos a la empresa privada.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válido	TED	26	2,0	2,0	2,0
	ED	54	4,1	4,1	6,1
	NDA/NED	224	17,1	17,1	23,2
	DA	609	46,6	46,6	69,8
	TDA	395	30,2	30,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 46 se observa que de los 1308 encuestados el 46,6% está “De acuerdo” que como medio de financiamiento, es necesario aplicar impuestos a la empresa privada, el 30,2% está “Totalmente de acuerdo”, el 17,1% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 4,1% está “En desacuerdo” y el 2% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 47

*Utilización de métodos auxiliares de financiamiento a nivel provincial para la mejora del sistema de salud local.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	18	1,4	1,4	1,4
	ED	40	3,1	3,1	4,4
	NDA/NED	185	14,1	14,1	18,6
	DA	687	52,5	52,5	71,1
	TDA	378	28,9	28,9	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 47 se observa que de los 1308 encuestados el 52,5% está “De acuerdo” que es necesario permitir la utilización de métodos auxiliares de financiamiento a nivel provincial para la mejora del sistema de salud local, el 28,9% está “Totalmente de acuerdo”, el 14,1% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 3,1% está “En desacuerdo” y el 1,4% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 48

*Monto especial del presupuesto nacional destinado únicamente a la mejora del sistema de salud.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	11	,8	,8	,8
	ED	24	1,8	1,8	2,7
	NDA/NED	99	7,6	7,6	10,2
	DA	619	47,3	47,3	57,6
	TDA	555	42,4	42,4	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 48 se observa que de los 1308 encuestados el 47,3% está “De acuerdo” que se debe destinar un monto especial del presupuesto nacional destinado únicamente a la mejora del sistema de salud, el 42,4% está “Totalmente de acuerdo”, el 7,6% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,8% está “En desacuerdo” y el 0,8% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 49

*El financiamiento podría ser compartido entre el estado, empresas privadas, e inclusive con un porcentaje mínimo del usuario.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válido	TED	52	4,0	4,0	4,0
	ED	93	7,1	7,1	11,1
	NDA/NED	202	15,4	15,4	26,5
	DA	617	47,2	47,2	73,7
	TDA	344	26,3	26,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 49 se observa que de los 1308 encuestados el 47,2% está “De acuerdo” que el financiamiento podría ser compartido entre el estado, empresas privadas, e inclusive con un porcentaje mínimo del usuario, el 26,3% está “Totalmente de acuerdo”, el 15,4% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 7,1% está “En desacuerdo” y el 4% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 50

*Estaría dispuesto a aumentar el gasto que realiza usted directamente de su bolsillo en un porcentaje mínimo en aras de mejorar muy significativamente la calidad del servicio de salud que recibe actualmente.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válido	TED	98	7,5	7,5	7,5
	ED	168	12,8	12,8	20,3
	NDA/NED	214	16,4	16,4	36,7
	DA	543	41,5	41,5	78,2
	TDA	285	21,8	21,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 50 se observa que de los 1308 encuestados el 41,5% está “De acuerdo” que estaría dispuesto a aumentar el gasto que realiza usted directamente de su bolsillo en un porcentaje mínimo en aras de mejorar muy significativamente la calidad del servicio de salud que recibe actualmente, el 21,8% está “Totalmente de acuerdo”, el 16,4% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 12,8% está “En desacuerdo” y el 7,5% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 51

*Capacitaciones deben ser constantes a todo el personal de salud.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válido	TED	12	,9	,9	,9
	ED	17	1,3	1,3	2,2
	NDA/NED	70	5,4	5,4	7,6
	DA	495	37,8	37,8	45,4
	TDA	714	54,6	54,6	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 51 se observa que de los 1308 encuestados el 54,6% está “Totalmente de acuerdo” que las capacitaciones deben ser constantes a todo el personal de salud, el 37,8% está “De acuerdo”, el 5,4% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,3% está “En desacuerdo” y el 0,9% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 52

*Capacitaciones al personal de salud deben ser costeadas en su mayor parte por el estado.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	30	2,3	2,3	2,3
	ED	58	4,4	4,4	6,7
	NDA/NED	123	9,4	9,4	16,1
	DA	704	53,8	53,8	70,0
	TDA	393	30,0	30,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 52 se observa que de los 1308 encuestados el 53,8% está “De acuerdo” que las capacitaciones al personal de salud deben ser costeadas en su mayor parte por el estado, el 30% está “Totalmente de acuerdo”, el 9,4% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 4,4% está “En desacuerdo” y el 2,3% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 53

*Creación de capacitaciones específicas para autoridades locales, con el fin de brindarles conocimientos básicos y sensibilizarlos en los temas de salud.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	12	,9	,9	,9
	ED	31	2,4	2,4	3,3
	NDA/NED	87	6,7	6,7	9,9
	DA	759	58,0	58,0	68,0
	TDA	419	32,0	32,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 53 se observa que de los 1308 encuestados el 58% está “De acuerdo” que se *debe* crear capacitaciones específicas para autoridades locales, con el fin de brindarles conocimientos básicos y sensibilizarlos en los temas de salud, el 32% está “Totalmente de acuerdo”, el 6,7% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,4% está “En desacuerdo” y el 0,9% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 54

*En la reforma, los gestores en salud deben enfatizar en la implementación de los determinantes de la salud (biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema sanitario).*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	16	1,2	1,2	1,2
	ED	25	1,9	1,9	3,1
	NDA/NED	69	5,3	5,3	8,4
	DA	617	47,2	47,2	55,6
	TDA	581	44,4	44,4	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 54 se observa que de los 1308 encuestados el 47,2% está “De acuerdo” que, en la reforma, los gestores en salud deben enfatizar en la implementación de los determinantes de la salud, el 44,4% está “Totalmente de acuerdo”, el 5,3% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,9% está “En desacuerdo” y el 1,2% está “Totalmente en desacuerdo”. Conviene subrayar que el intervenir integralmente en los determinantes de la salud sería

beneficioso para la población en general. Por consiguiente, la inversión y las estrategias de salud no solo estarían dirigidas hacia el mejoramiento del sistema de salud, si no que abarcarían otros aspectos aún más importantes, como son el entorno, los estilos de vida saludable y la genética.

Tabla 55

*Los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener estudios de administración en salud, gestión pública o similares.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	9	,7	,7	,7
	ED	29	2,2	2,2	2,9
	NDA/NED	81	6,2	6,2	9,1
	DA	555	42,4	42,4	51,5
	TDA	634	48,5	48,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 55 se observa que de los 1308 encuestados el 48,5% está “Totalmente de acuerdo” que los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener estudios de administración en salud, gestión pública o similares, el 42,4% está “De acuerdo”, el 6,2% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,2% está “En desacuerdo” y el 0,7% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 56

*Los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener conocimiento de la realidad nacional, habiendo laborado en la parte asistencial y/o administrativa en los primeros niveles de atención.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	11	,8	,8	,8
	ED	18	1,4	1,4	2,2
	NDA/NED	83	6,3	6,3	8,6
	DA	610	46,6	46,6	55,2
	TDA	586	44,8	44,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 56 se observa que de los 1308 encuestados el 46,6% está “De acuerdo” que los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener conocimiento de la realidad nacional, habiendo laborado en la parte asistencial y/o administrativa en los primeros niveles de atención, el 44,8% está “Totalmente de acuerdo”, el 6,3% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,4% está “En desacuerdo” y el 0,8% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 57

*Los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener conocida solvencia ética y de valores.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	13	1,0	1,0	1,0
	ED	19	1,5	1,5	2,4
	NDA/NED	57	4,4	4,4	6,8
	DA	521	39,8	39,8	46,6
	TDA	698	53,4	53,4	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 57 se observa que de los 1308 encuestados el 53,4% está “Totalmente de acuerdo” que los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener conocida solvencia ética y de valores, el 39,8% está “De acuerdo”, el 4,4% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,5% está “En desacuerdo” y el 1% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 58

*Los cargos directivos y jefaturales deben ser asumidos por concurso público.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	10	,8	,8	,8
	ED	25	1,9	1,9	2,7
	NDA/NED	103	7,9	7,9	10,6
	DA	504	38,5	38,5	49,1
	TDA	666	50,9	50,9	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019



En la tabla 58 se observa que de los 1308 encuestados el 50,9% está “Totalmente de acuerdo” que los cargos directivos y jefaturales deben ser asumidos por concurso público, el 38,5% está “De acuerdo”, el 7,9% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,9% está “En desacuerdo” y el 0,8% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 59

*Mejorar los incentivos al personal de salud que labora en zona de frontera y de pobreza extrema.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	11	,8	,8	,8
	ED	28	2,1	2,1	3,0
	NDA/NED	77	5,9	5,9	8,9
	DA	549	42,0	42,0	50,8
	TDA	643	49,2	49,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 59 se observa que de los 1308 encuestados el 49,2% está “Totalmente de acuerdo” que se debe mejorar los incentivos al personal de salud que labora en zona de frontera y de pobreza extrema, el 42% está “De acuerdo”, el 5,9% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,1% está “En desacuerdo” y el 0,8% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 60

*Implementar temas de educación en salud a la población en general, a través de medios masivos.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	14	1,1	1,1	1,1
	ED	19	1,5	1,5	2,5
	NDA/NED	76	5,8	5,8	8,3
	DA	654	50,0	50,0	58,3
	TDA	545	41,7	41,7	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 60 se observa que de los 1308 encuestados el 50% está “De acuerdo” que se debe implementar temas de educación en salud a la población en general, a través de medios masivos, el 41,7% está “Totalmente de acuerdo”, el 5,8% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,5% está “En desacuerdo” y el 1,1% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 61

*Mejorar la implementación de temas básicos de salud en la currícula educativa desde el nivel primario.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	17	1,3	1,3	1,3
	ED	32	2,4	2,4	3,7
	NDA/NED	75	5,7	5,7	9,5
	DA	664	50,8	50,8	60,2
	TDA	520	39,8	39,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 61 se observa que de los 1308 encuestados el 50,8% está “De acuerdo” que se debe mejorar la implementación de temas básicos de salud en la currícula educativa desde el nivel primario, el 39,8% está “Totalmente de acuerdo”, el 5,7% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,4% está “En desacuerdo” y el 1,3% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 62

*Crear conciencia en el paciente sobre sus responsabilidades como usuario.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	11	,8	,8	,8
	ED	20	1,5	1,5	2,4
	NDA/NED	52	4,0	4,0	6,3
	DA	650	49,7	49,7	56,0
	TDA	575	44,0	44,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 62 se observa que de los 1308 encuestados el 49,7% está “De acuerdo” que se debe crear conciencia en el paciente sobre sus responsabilidades como usuario, el 44% está “Totalmente de acuerdo”, el 4% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,5% está “En desacuerdo” y el 0,8% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 63

*Creación de una comisión nacional para la reforma del modelo del sistema nacional de salud.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	12	,9	,9	,9
	ED	41	3,1	3,1	4,1
	NDA/NED	142	10,9	10,9	14,9
	DA	667	51,0	51,0	65,9
	TDA	446	34,1	34,1	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 63 se observa que de los 1308 encuestados el 51% está “De acuerdo” que se debe crear una comisión nacional para la reforma del modelo del sistema nacional de salud, el 34,1% está “Totalmente de acuerdo”, el 10,9% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 3,1% está “En desacuerdo” y el 0,9% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 64

*Mejorar la capacidad resolutive de todos los niveles de atención.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	8	,6	,6	,6
	ED	18	1,4	1,4	2,0
	NDA/NED	113	8,6	8,6	10,6
	DA	599	45,8	45,8	56,4
	TDA	570	43,6	43,6	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 64 se observa que de los 1308 encuestados el 45,8% está “De acuerdo” que se debe mejorar la capacidad resolutive de todos los niveles de atención, el 43,6% está “Totalmente de acuerdo”, el 8,6% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,4% está “En desacuerdo” y el 0,6% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 65

*Convocar la participación multisectorial para el nuevo modelo de sistema de salud.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	13	1,0	1,0	1,0
	ED	15	1,1	1,1	2,1
	NDA/NED	98	7,5	7,5	9,6
	DA	632	48,3	48,3	58,0
	TDA	550	42,0	42,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 65 se observa que de los 1308 encuestados el 48,3% está “De acuerdo” que se debe convocar la participación multisectorial para el nuevo modelo de sistema de salud, el 42% está “Totalmente de acuerdo”, el 7,5% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,1% está “En desacuerdo” y el 1% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 66

*La reforma debería contemplar la mejora de la calidad de atención*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	12	,9	,9	,9
	ED	19	1,5	1,5	2,4
	NDA/NED	75	5,7	5,7	8,1
	DA	582	44,5	44,5	52,6
	TDA	620	47,4	47,4	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 66 se observa que de los 1308 encuestados el 47,4% está “Totalmente de acuerdo” que la reforma debería contemplar la mejora de la calidad de atención, el 44,5% está “De acuerdo”, el 5,7% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,5% está “En desacuerdo” y el 0,9% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 67

*La reforma debería implementar un control adecuado de los recursos públicos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	15	1,1	1,1	1,1
	ED	20	1,5	1,5	2,7
	NDA/NED	73	5,6	5,6	8,3
	DA	561	42,9	42,9	51,1
	TDA	639	48,9	48,9	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 67 se observa que de los 1308 encuestados el 48,9% está “Totalmente de acuerdo” que la reforma debería implementar un control adecuado de los recursos públicos, el 42,9% está “De acuerdo”, el 5,6% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,5% está “En desacuerdo” y el 1,1% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 68

*La reforma debería impulsar la recategorización de los establecimientos de salud a nivel nacional.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	9	,7	,7	,7
	ED	14	1,1	1,1	1,8
	NDA/NED	110	8,4	8,4	10,2
	DA	636	48,6	48,6	58,8
	TDA	539	41,2	41,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 68 se observa que de los 1308 encuestados el 48,6% está “De acuerdo” que la reforma debería impulsar la recategorización de los establecimientos de salud a nivel nacional, el 41,2% está “Totalmente de acuerdo”, el 8,4% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,1% está “En desacuerdo” y el 0,7% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 69

*La reforma debe priorizar el fortalecimiento del primer nivel de atención.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	14	1,1	1,1	1,1
	ED	12	,9	,9	2,0
	NDA/NED	96	7,3	7,3	9,3
	DA	606	46,3	46,3	55,7
	TDA	580	44,3	44,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 69 se observa que de los 1308 encuestados el 46,3% está “De acuerdo” que la reforma debe priorizar el fortalecimiento del primer nivel de atención, el 44,3% está “Totalmente de acuerdo”, el 7,3% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,1% está “Totalmente en desacuerdo” y el 0,9% está “En desacuerdo”.

Tabla 70

*La reforma debe considerar la modernización en tecnología y educación médica.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	12	,9	,9	,9
	ED	21	1,6	1,6	2,5
	NDA/NED	60	4,6	4,6	7,1
	DA	557	42,6	42,6	49,7
	TDA	657	50,2	50,3	100,0
	Total	1307	99,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,1		
Total		1308	100,0		

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 70 se observa que de los 1308 encuestados el 50,2% está “Totalmente de acuerdo” que la reforma debe considerar la modernización en tecnología y educación médica, el 42,6% está “De acuerdo”, el 4,6% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,6% está “En desacuerdo” y el 0,9% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 71

*La reforma debe realizar una articulación adecuada a nivel intrasectorial y multisectorial.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	11	,8	,8	,8
	ED	15	1,1	1,1	2,0
	NDA/NED	91	7,0	7,0	8,9
	DA	668	51,1	51,1	60,0
	TDA	523	40,0	40,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 71 se observa que de los 1308 encuestados el 51,1% está “De acuerdo” que la reforma debe realizar una articulación adecuada a nivel intrasectorial y multisectorial, el 40% está “Totalmente de acuerdo”, el 7% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,1% está “En desacuerdo” y el 0,8% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 72

*La reforma debe ser integral, considerando la opinión de todos los actores.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	12	,9	,9	,9
	ED	26	2,0	2,0	2,9
	NDA/NED	140	10,7	10,7	13,6
	DA	553	42,3	42,3	55,9
	TDA	577	44,1	44,1	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 72 se observa que de los 1308 encuestados el 44,1% está “Totalmente de acuerdo” que la reforma debe ser integral, considerando la opinión de todos los actores, el 42,3% está “De acuerdo”, el 10,7% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2% está “En desacuerdo” y el 0,9% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 73

*La reforma debe considerar la gestión de aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	21	1,6	1,6	1,6
	ED	14	1,1	1,1	2,7
	NDA/NED	55	4,2	4,2	6,9
	DA	712	54,4	54,4	61,3
	TDA	506	38,7	38,7	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 73 se observa que de los 1308 encuestados el 54,4% está “De acuerdo” que la reforma debe considerar la gestión de aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, el 38,7% está “Totalmente de acuerdo”, el 4,2% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,6% está “Totalmente en desacuerdo” y el 1,6% está “En desacuerdo”.

Tabla 74

*Política de recursos humanos moderna y acorde.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	15	1,1	1,1	1,1
	ED	19	1,5	1,5	2,6
	NDA/NED	55	4,2	4,2	6,8
	DA	710	54,3	54,3	61,1
	TDA	509	38,9	38,9	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 74 se observa que de los 1308 encuestados el 54,3% está “De acuerdo” que se debe establecer una política de recursos humanos moderna y acorde con el nuevo modelo de sistema de salud, el 38,9% está “Totalmente de acuerdo”, el 4,2% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,5% está “En desacuerdo” y el 1,1% está “Totalmente en desacuerdo”.



Tabla 75

*Regulación y cumplimiento de la normativa sobre medicamentos genéricos.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válido	TED	16	1,2	1,2	1,2
	ED	16	1,2	1,2	2,4
	NDA/NED	95	7,3	7,3	9,7
	DA	607	46,4	46,4	56,1
	TDA	574	43,9	43,9	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 75 se observa que de los 1308 encuestados el 46,4% está “De acuerdo” que se debe regular y hacer cumplir la normativa sobre medicamentos genéricos, el 43,9% está “Totalmente de acuerdo”, el 7,3% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,2% está “En desacuerdo” y el 1,2% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 76

*Creación de nuevas políticas de estado en salud.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	17	1,3	1,3	1,3
	ED	31	2,4	2,4	3,7
	NDA/NED	111	8,5	8,5	12,2
	DA	615	47,0	47,0	59,2
	TDA	534	40,8	40,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 76 se observa que de los 1308 encuestados el 47% está “De acuerdo” que la creación de nuevas políticas de estado en salud, mejorarían la gestión del nuevo modelo de sistema de salud, el 40,8% está “Totalmente de acuerdo”, el 8,5% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,4% está “En desacuerdo” y el 1,3% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 77

*Normatividad acorde con la realidad actual*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	24	1,8	1,8	1,8
	ED	28	2,1	2,1	4,0
	NDA/NED	77	5,9	5,9	9,9
	DA	619	47,3	47,3	57,2
	TDA	560	42,8	42,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 77 se observa que de los 1308 encuestados el 47,3% está “De acuerdo” que la normatividad debería estar acorde con la realidad actual del nuevo modelo de sistema de salud, el 42,8% está “Totalmente de acuerdo”, el 5,9% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,1% está “En desacuerdo” y el 1,8% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 78

*Calificación al actual modelo de sistema de salud en el Perú*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy bueno	42	3,2	3,2	3,2
	Bueno	57	4,4	4,4	7,6
	Regular	514	39,3	39,3	46,9
	Malo	443	33,9	33,9	80,7
	Muy malo	252	19,3	19,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 78 se observa que de los 1308 encuestados el 39,3% califica como “Regular” al actual modelo de sistema de salud en el Perú, el 33,9% como “Malo”, el 19,3% como “Muy malo”, el 4,4% como “Bueno” y el 3,2% como “Muy bueno”.

Tabla 79

*Grado de satisfacción con relación a la atención recibida*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy satisfecho	28	2,1	2,1	2,1
	Satisfecho	140	10,7	10,7	12,8
	Ni satisfecho ni insatisfecho	357	27,3	27,3	40,1
	Insatisfecho	553	42,3	42,3	82,4
	Totalmente insatisfecho	230	17,6	17,6	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 79 se observa que de los 1308 encuestados el 42,3% se siente “Insatisfecho” con la atención recibida en su calidad de paciente, seguido por el 27,3% no se siente “Ni satisfecho ni insatisfecho”, el 17,6% “Totalmente insatisfecho”, el 10,7% “Satisfecho” y solo el 2,1% se siente “Muy satisfecho”. En efecto, se aprecia un porcentaje sumamente bajo en relación con satisfacción del paciente, debido a las múltiples deficiencias que presenta el actual modelo del sistema de salud.

Tabla 80

*Porcentaje del gasto público que debería ser asignado al sector salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	5.5%	146	11,2	11,2	11,2
	8.5%	429	32,8	32,8	44,0
	10%	366	28,0	28,0	71,9
	Debería ser un aumento gradual anual no menor del 0.5%	324	24,8	24,8	96,7
	Otro	43	3,3	3,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 80 se observa que de los 1308 encuestados el 32,8% considera que el porcentaje, del gasto público, que debería asignar el estado al sector salud es de 8.5%, el 28% considera el 10%, el 24,8% considera que debería ser un aumento gradual anual no menor del 0.5%, el 11,2% considera el 5.5% y el 3,3% considera que debería ser otros porcentajes.

Tabla 81

*Inversión para la prevención en salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Excelente	32	2,4	2,4	2,4
	Muy buena	47	3,6	3,6	6,0
	Bueno	90	6,9	6,9	12,9
	Regular	494	37,8	37,8	50,7
	Insuficiente	645	49,3	49,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 81 se observa que de los 1308 encuestados el 49,3% considera que la inversión que se realiza para la prevención en salud es “Insuficiente”, el 37,8% lo considera como “Regular”, el 6,9% como “Bueno”, el 3,6% como “Muy buena” y el 2,4% como “Excelente”.

Tabla 82

*Concertación de acciones para mejorar la articulación.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sector educación	127	9,7	9,7	9,7
	Con todos los demás sectores	371	28,4	28,4	38,1
	Subsistemas	197	15,1	15,1	53,1
	Todas las anteriores	590	45,1	45,1	98,2
	Ninguna de las anteriores	23	1,8	1,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 82 se observa que de los 1308 encuestados el 45,1% considera que se debería mejorar la articulación del modelo de salud actual, concertando acciones con todos los sectores.

Tabla 83

*Unificación de todos los establecimientos de salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Debería unificarse a todos los establecimientos de salud para una atención sin distinciones ni discriminaciones	1086	83,0	83,0	83,0
	Debería realizarse la complementación intrasector en vez de la unificación	222	17,0	17,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 83 se observa que de los 1308 encuestados el 83% considera que debería unificarse a todos los establecimientos de salud para una atención sin distinciones ni discriminaciones.

Tabla 84

*Reforma progresiva o total desde el inicio.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Debería implementarse desde un inicio a nivel nacional	708	54,1	54,1	54,1
	Debería iniciarse como un piloto y avanzar gradualmente	600	45,9	45,9	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 84 se observa que de los 1308 encuestados el 54,1% considera que la reforma, debería implementarse desde un inicio a nivel nacional.

Tabla 85

*Grupos de interés y bloqueo de la reforma.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Debería de fomentarse la graduación de consensos.	232	17,7	17,7	17,7
	Debería excluirse a Essalud, temporalmente de la unificación.	148	11,3	11,3	29,1
	En democracia debe primar el beneficio para la gran mayoría de la población, por tanto, la unificación es prioritaria.	524	40,1	40,1	69,1
	Todas las anteriores	347	26,5	26,5	95,6
	Ninguna de las anteriores	57	4,4	4,4	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 85 se observa que de los 1308 encuestados el 40,1% considera que en democracia debe primar el beneficio para la gran mayoría de la población, por tanto, la unificación es prioritaria.

Tabla 86

*Reforma de la Constitución para poder acceder a un sistema universal de salud.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	1232	94,2	94,2	94,2
	No	76	5,8	5,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 86 se observa que de los 1308 encuestados el 94,2% Sí está de acuerdo en que se realice una reforma a la Constitución para poder acceder a un sistema universal de salud.

Tabla 87

*Apoyo a la reforma a través de un Referéndum*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	1201	91,8	91,8	91,8
	No	107	8,2	8,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 87 se observa que de los 1308 encuestados el 91,8% considera que estarían dispuestos a apoyar la reforma a través de Referéndum.

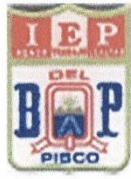
Tabla 88

*Modelo de sistema de salud más idóneo para el Perú.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Modelo Beveridge	266	20,3	20,3	20,3
	Modelo Bismarck	486	37,2	37,2	57,5
	Modelo segmentado	157	12,0	12,0	69,5
	Modelo de Mercado Regulado	28	2,1	2,1	71,6
	Una combinación y adecuación de las anteriores a nuestra realidad	371	28,4	28,4	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a los actores del sistema de salud peruano, octubre 2019

En la tabla 88 se observa que de los 1308 encuestados el 37,2% considera que el “Modelo Bismarck” es el más idóneo para ser implementado en el Perú, el 28,4% considera que se debe hacer “Una combinación y adecuación de los anteriores a nuestra realidad”, el 20,3% al “Modelo Beveridge”, el 12% al “Modelo Segmentado” y el 2,1% al “Modelo de Mercado Regulado”.



INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
**“BANDERA DEL PERÚ”**  
R.S. N° 517-60-ED  
CREACIÓN 18 DE NOVIEMBRE DEL 1960  
HONOR – TRABAJO – LEALTAD



“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUGNIDAD

La Directora de la Institución Educativa “Bandera del Perú” de la Provincia de Pisco, Integrante de la Unidad de Gestión Educativa Local de Pisco, expide lo siguiente:

**AUTORIZACIÓN**

Visto la solicitud presentada por el Mtro. En Ciencias Con Mención en Gerencia de Servicios de Salud: **FALCONI LAZARO ALEJANDRO RAÚL**, Doctorado de la Universidad “Cesar Vallejo”, donde solicita aplicar su Proyecto de Tesis se dispone lo siguiente:

**AUTORIZAR**, al Mtro. En Ciencias Con Mención en Gerencia De Servicios de Salud

**Falconí Lázaro Alejandro Raúl.**

Aplicar el Proyecto de Tesis titulado: **“Sistema de Salud Peruano: Propuesta de un Nuevo Modelo 2019”**.

Pisco, 21 de diciembre del 2019.

  
  
M<sup>g</sup>. **Alma Estrella Huancahuacho Vega**  
DIRECTORA



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital "Gustavo  
Lanatta Luján" de  
Bagua



*"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"*

**La Directora del Hospital Gustavo Lanatta Luján - Bagua, expide lo siguiente:**

### **AUTORIZACIÓN**

Visto la solicitud presentada por el Mtro. En Ciencias Con Mención En Gerencia De Servicios De Salud: Falconi Lazaro, Alejandro Raul doctorando de la Universidad "César Vallejo", donde solicita aplicar su Proyecto de Tesis se dispone lo siguiente:

**AUTORIZAR**, al Mtro. En Ciencias Con Mención En Gerencia De Servicios De Salud

**Falconí Lázaro, Alejandro Raúl**

Aplicar el Proyecto de tesis titulado: **"Sistema de Salud Peruano: Propuesta de un Nuevo Modelo, 2019"**

Bagua, 21 de diciembre del 2019

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE AEROPUERTO BAGUA  
"GUSTAVO LANATTA LUJÁN"

  
Dra. ELVA SALOME LOPEZ CUBA  
C.M.P. 025671  
Directora Ejecutiva





PERÚ

Ministerio  
de Educación



Vicariato Apostólico  
"San Francisco Javier"



Instituto de Educación Superior Pedagógica Pública  
"Victor Andrés Belaunde"  
Jaén

« Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad »

Jaén, 23 de diciembre de 2019

OFICIO N° 325 -2019/ME/DRE-CAJ/IESPP" VAB"-DG

Señor:

Mg. Alejandro Raul Falconi Lazaro

Alumno de la escuela de Postgrado del VI ciclo del Doctorado en Gestión Pública y  
Gobernabilidad de la "Universidad Cesar Vallejo".

Jaén.-

**Asunto: Autorización para la aplicación de Proyecto de Tesis.**

Referencia: Exp. 1610, del 20-DIC-2019.

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y hacer de su conocimiento que en atención al documento de la referencia, esta Institución **autoriza a su persona la aplicación de su Proyecto de Tesis denominado "Sistema de Salud Peruano: Propuesta de un Nuevo Modelo"**, en el IESPP "Victor Andrés Belaunde" Jaén.

Me suscribo de Ud. expresándole los sentimientos de mi más alta consideración.

Atentamente,



  
Juan Carlos Saavedra Montenegro  
DIRECTOR GENERAL  
C.M. 1027719427

JCSMDG.(e)  
SMNC/JUA. (e)  
GLS/Sec.III

[www.iesppvabjaen.edu.pe](http://www.iesppvabjaen.edu.pe)

Calle Hospital 350 - Jaén

078-431496

[iesppvab@hotmail.com](mailto:iesppvab@hotmail.com)



Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
“César Acuña Peralta”

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y nombres: FALCONI LAZARO ALEJANDRO RAUL
D.N.I. : 22299025
Domicilio : Avenida de Evitamiento N° 961 Int. 108 - Jaén
Teléfono : Fijo : ..... Móvil :948641908
E-mail : falejandro182@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad: Presencial
[ ] Tesis de Pregrado
Facultad : .....
Escuela : .....
Carrera : .....
Título : .....

[x] Tesis de Post Grado
[ ] Maestría Grado : Doctor [x] Doctorado

Mención : Gestión Pública y Gobernabilidad

DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres: Falconi Lazaro Alejandro Raul
Título de la tesis: Sistema de salud peruano: Propuesta de un nuevo modelo - 2019

Año de publicación : 2020

3. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento, Autorizo a publicar en texto completo mi trabajo de investigación o tesis.

Firma : [Handwritten Signature]
Falconi Lazaro Alejandro Raul

Fecha :25-01-2020

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Carmen Graciela Arbulú Pérez Vargas, Asesor de la Experiencia Curricular Desarrollo del Trabajo de investigación y revisor de la tesis del estudiante, Alejandro Raul Falconi Lazaro, titulada: SISTEMA DE SALUD PERUANO: PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO - 2019, constato que la misma tiene un índice de similitud de **14%** verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 17 de enero de 2020



Dr. Carmen Graciela Arbulú Pérez Vargas  
DNI: 16437326

# Reporte Turnitin.

The screenshot displays the Turnitin Feedback Studio interface. The main document area shows the following text:

**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN GESTION PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD**

**Sistema de Salud Peruano: Propuesta de un Nuevo Modelo**

The right-hand sidebar displays the 'Resumen de coincidencias' (Summary of Similarities) section, showing a total similarity score of 14%. Below this, a list of matches is provided:

Match Number	Source	Similarity Percentage
1	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	2 %
2	www.funsalud.org.mx Fuente de Internet	1 %
3	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	1 %
4	tesis.pucp.edu.pe Fuente de Internet	1 %
5	Entregado a Pontificia ... Trabajo del estudiante	1 %
6	scielosp.org	<1 %

At the bottom of the interface, the status bar indicates 'Página: 1 de 37', 'Número de palabras: 13234', and 'Text-only Report | High Resolution Activado'. The system tray at the bottom shows the date as 16/01/2020 and the time as 12:59.



# UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA LA JEFA DE UNIDAD DE POSGRADO

ESCUELA DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

**FALCONI LAZARO ALEJANDRO RAUL**

INFORME TITULADO:

Sistema de salud peruano: Propuesta de un nuevo modelo - 2019

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:


**DOCTOR EN GESTIÓN PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD**

---

SUSTENTADO EN FECHA: 17/01/2020

NOTA O MENCIÓN: APROBAR POR EXCELENCIA



  
FIRMA DE LA JEFA DE UNIDAD DE POSGRADO