

Pago capitado del seguro integral de salud en el cumplimiento de los indicadores sanitarios: micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas

Dr. Keller Sánchez Dávila

ksanchezd@unsm.edu.pe

ORCID: 0000-0003-3911-3806

Mg. Kterine Ríos Lozano

kattty_345@hotmail.com

Dr. José Manuel Delgado Bardales

jmdelgado@unsm.edu.pe

ORCID: 0000-0001-6574-2759

Dra. Alicia Bartra Reategui

larevalo@unsm.edu.pe

ORCID: 0000-0003-2425-9220

Dra. Lolita Arévalo Fasanando

larevalo@unsm.edu.pe

ORCID: 0000-0001-8264-5707

Dra. Evangelina Ampuero Fernández

eampuero@unsm.edu.pe

ORCID: 0000-0003-2952-8354

M.Sc. Luz Karen Quintanilla Morales

lquintanilla@unsm.edu.pe

ORCID: 0000-0003-4951-2296

RESUMEN

En la presente investigación titulada: Influencia del pago capitado del seguro integral de salud en el cumplimiento de los indicadores sanitarios en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016, se planteó como objetivo establecer la Influencia del pago capitado del seguro integral de salud en el cumplimiento de los indicadores sanitarios en las micro redes de salud. Asimismo, el estudio plantea como hipótesis la existencia de influencia del pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores sanitarios en las micro redes de salud. El estudio tuvo como muestra a siete (07) Micro Redes de salud y un (01) Hospital. La investigación fue no experimental,

con un diseño de estudio descriptivo correlacional, teniendo como instrumento la ficha de recolección de datos. Entre los resultados destaca el monto de pago cápita del seguro integral de salud a la red asistencial de salud Lamas de S/. 445 549.00 Nuevo Soles; siendo el de mayor monto cápita asignado a la micro red de Tabalosos con S/. 109 654.00 Nuevo Soles; y el de menor monto es de la micro red Lamas – Huayco con solo S/. 30 482.00 Nuevo Soles del monto total asignado. En cuanto al cumplimiento de los indicadores de la red asistencial de salud Lamas llego a un 99% de cumplimiento en los indicadores maternos y en los indicadores niño alcanzo un 62% de cumplimiento. El estudio concluye que existe una influencia baja del pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores sanitarios en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas, encontrando un coeficiente de determinación de (0.066) explicando que sólo el 7% del pago cápita del seguro integral de Salud influye en el cumplimiento de los indicadores en las micro redes de salud.

Palabras clave: pago cápita; indicadores sanitarios; seguro

**Capitated payment of comprehensive health insurance in compliance
with health indicators: health care network micro networks
health Lamas**

ABSTRACT

In the present investigation entitled: Influence of the payment of integral health insurance in the fulfillment of health indicators in the micro health networks of the health care network Lamas - 2016, the objective was to establish the Influence of the payment of insurance Health in the fulfillment of health indicators in micro health networks. Likewise, the study hypothesizes the existence of influence of the capita payment of comprehensive health insurance with the compliance of health indicators in micro health networks. The study sampled seven (07) Micro Health Networks and one (01) Hospital. The research was non-experimental, with a correlational descriptive study design, having as instrument the datasheet. Among the results, the amount of capita payment of comprehensive health insurance to the health care network Lamas de S /. 445 549.00 Nuevos Soles; Being the one of greater capita amount assigned to the micro net of Tabalosos with S /. 109 654.00 Nuevos Soles; And the smallest amount is from the micro-network Lamas - Huayco with only S /. 30 482.00 Nuevos Soles of the total amount allotted. Regarding compliance with the indicators of the health care network, Lamas reached a 99% compliance in the maternal indicators and in the child indicators reached a 62% compliance. The study concludes that there is a low influence of the capita payment of integral health insurance with the compliance of health indicators in the micro health networks of the health care network Lamas, finding a coefficient of determination of (0.066) explaining that only the 7% of the capita payment of integral health insurance influences the compliance of the indicators in micro health networks.

Keywords: capita payments; health indicators; safe

Artículo recibido: 02 Setiembre. 2021

Aceptado para publicación: 30 Setiembre. 2021

Correspondencia: ksanchezd@unsm.edu.pe

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

1. INTRODUCCIÓN

Los países de América Latina en los últimos tiempos han tenido importantes cambios en el funcionamiento de los Sistemas Nacionales de Salud (Abizanda, 1998). Siendo la Cobertura Universal en Salud un tema ampliamente debatido en la mayoría de los países, abarcando un gran número de países de la comunidad internacional. En el transcurso del tiempo, la Cobertura Universal en Salud ha pasado de ser un anhelo a una realidad en la mayoría de los países desarrollados y en muchos países, especialmente aquellos en vías de desarrollo, todavía sigue siendo no más que un ideal dentro de las políticas sociales (OMS, 2011). En el año 2006, una reunión de expertos sobre población y pobreza, se determinó la agenda de reformas de salud en los países de la región debiendo perseguir dos objetivos: el primero, avanzar y mejorar los accesos a los servicios de salud de manera equitativa para toda la población; y el segundo, disminuir los costos con la finalidad de mejorar la eficiencia de gasto en respuesta a los escasos recursos que se encuentran disponibles (Cepal, 2010). Por lo que es necesario implementar diversas acciones enmarcadas en la integración de los sistemas de aseguramiento, la oferta adecuada de los servicios, contenidos claros sobre las prestaciones y cobertura de los servicios, la extensión y crecimiento de las atenciones primarias y la coordinación con las direcciones descentralizadas del sistema de salud (Cruces, 2006). Es así, la salud depende de una variabilidad de factores que se relacionan estrechamente con las condiciones económicas y sociales en que encuentran las personas, las familias y la comunidad (Naciones Unidas, 2005).

El Ministerio de Salud de Perú ha ido mostrando un lento avance en la mejorar de la salud nacional que se refleja en indicadores e índices de salud como las de mortalidad infantil, desnutrición crónica y mortalidad materna. No obstante, la disminución de la tasa de mortalidad materna aún no es la esperada, el mismo que llegue a la meta formulada por los objetivos del milenio. A pesar de los avances en otros indicadores, la pobreza sigue siendo uno de los principales factores que enfrenta el Estado y la ciudadanía; a ello se complejiza con los altos costos económico para acceder a los servicios de salud, constituyéndose es una de las principales causas de inequidad en la población peruana (OMS, 2011). Ante ello, surge el Seguro Integral de Salud (SIS) creado con el propósito de salvaguardar el estado de salubridad de toda la población, especialmente en poblaciones que se encuentran en pobreza y extrema pobreza, donde impulsa el acceso a

una atención de salud con características de igualdad y calidad, enfatizando e aquellos ciudadanos que carecen de un seguro de salud (SIS, 2012). Entre los grupos focalizados están las mujeres es estado de gestación con deficientes ingresos económicos, las mismas que son incorporadas al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud para ser favorecidas por su condición de mujer grávida. Asimismo, el Plan incorpora dentro su denominación las etapas de embarazo, parto y puerperio normal, que las Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) tienen el compromiso de hacerse responsables de los gastos generados en las diferentes intervenciones que lo requieran; siendo principalmente las actividades preventivas, de diagnóstico, de tratamiento y de seguimiento (Seguro Integral de Salud, 2012).

El aseguramiento pues favorece de una y otra manera a disminuir la problemática de la salud materna, siendo este grupo poblacional el más golpeado y que es representado por uno de los indicadores denominado “la muerte materna”, en este afán de proteger la vida de la gestante y del niño por nacer. Al contextualizar en el Departamento de Cajamarca, es la región que no es considerado en situación de pobreza por tener ingresos por canon minero, sin embargo es uno de los departamentos con los más altos de índices de muerte materna (MM) a nivel nacional (teniendo un reporte de 24 MM en el año 2011), idéntico a La Libertad y Puno como departamentos (31 y 29 MM); estos reportes superan a los departamentos de Huancavelica y Ayacucho catalogados como las regiones más vulnerables y pobres con 10 y 4 MM (Ministerio de Salud, 2011). Otro elemento importante, es la percepción que tienen los usuarios sobre los servicios ofertados por los establecimientos de salud, para ello se considera los reportes del SIS procedentes de las regiones de Lima Este, Piura, Ayacucho, Huancavelica, San Martín y Ucayali. La información hace referencia a los datos porcentuales en la desinformación que tienen los usuarios en el momento de la afiliación sobre la cobertura de los servicios, las exclusiones que tiene el seguro, los planes a ser beneficiario, entre otros elementos básicos. Pudiendo llegar hasta un 30% de las personas que son afiliadas y a los futuros afiliados, asimismo aseguran que ningún responsable del SIS les informo de forma adecuada, a pesar que el 99% de los entrevistados dijeron que están interesados en poder recibir más información sobre el seguro. Por lo tanto, los beneficiados desconocen los beneficios y el alcance de los servicios (Ministerio de Salud, 2011).

Antecedentes internacionales como Vargas, I. (2012), concluye que los responsables de la atención distinguen que para obtener atención es difícil y poco adecuado, con total diferencia entre el tipo de aseguramiento y área de atención. Asimismo, muestran que las dificultades inciden fundamentalmente en la atención especializada. Además, identifican cuatro barreras entre las que se destacan: las políticas de aseguramiento – problemas en la extensión y continuidad del aseguramiento, y brechas en la prestación, los instrumentos de control y compra que realizan los servicios, las deficiencias en la infraestructura y organización de los establecimientos prestadores, y las características socioeconómicas de la población que son beneficiarias del seguro. El estudio concluye, haciendo referencia que los problemas de accesibilidad a la prestación de servicios están presentes en los sistemas de salud público en consecuencia de una inadecuada estructura organizacional de servicios que ofrece a la población y el inadecuado ingreso económico con que cuentan las familias. Asimismo, incorporan otros factores que debilitan al sistema destacando, la inserción de aseguradores privadas que perjudican los recursos de la provisión, también se relaciona con el débil acceso a los servicios debido a la sobre oferta de prestadores de salud y su acceso geográfico y/o insertando maniobras para controlar la utilización de servicio. Otro factor, es encontrar una mayor fuente de ingresos económicos para la garantizar continuidad en las prestaciones públicas para no originar la desaprobación de los usuarios no asegurado. Por tanto, el estar afiliado a un seguro de salud no refleja y garantiza el acceso a los servicios de salud. Agudelo, C., Cardona, J., Ortega, J., & Robledo, R. (2011), encontró que, los recursos financieros que le corresponde al sistema de salud, se vio incrementado de forma continua; en tanto, el gasto que realiza el sistema de salud se encuentra próximo al 8% del PIB. Por su parte, la protección que alcanzo el sistema de salud mediante la afiliación a los diferentes regímenes de salud, oscila entre un 92% de la población colombiana. Por su parte, el Plan Obligatorio de Salud que es documento normativo que define las prestaciones de salud, se ha mostrado con una característica de ampliar los servicios, los mismos que se extralimitado por diferentes mecanismos de reclamo jurídico, repercutiendo en los déficits financieros del sistema. El estudio destaca, que el sistema de salud ha generado un mejor acceso a los servicios de las personas y familias de escasos recursos, pero aún continúa las desigualdades causantes de las brechas de cobertura de salud, esto en los distintos planes de salud y que sin lugar a duda afecta al sistema según los ingresos de la población. No obstante, los logros del

sistema de salud colombiano son positivos, debiendo aun alcanzar la universalización de la salud con mejores accesos a los servicios de salud y con igualdad para todos.

Sin embargo, Bustamante, S., Rodríguez-Frías, Ú., & Bernal, C. (2011), encontró que, en el contexto identifica que una gran parte de la población (81.5%) no tiene ningún seguro de salud y la salud demanda está alrededor de un 60% de servicios de salud, los mismo que hacen uso en gran parte por su preferencia de las prestaciones no públicas, esto debido en gran parte por la experiencia negativa vivida en los establecimientos públicos. La oferta privada en la actualidad es limitada y en gran parte se direcciona a los hogares con mayores ingresos económicos, y ante el eminente ingreso de competidores, el principal obstáculo de entrada al mercado de la salud debe regirse a la diferenciación del producto y el Know How del equipo de gestión. Las dimensiones fundamentales de la gestión para cumplir con los objetivos y obtener óptimos resultados son las áreas de recursos humanos y marketing institucional. Por parte del componente financiero, el proyecto genera valor para los inversionistas. El ROI supera al Promedio Ponderado del Costo de Capital (11.36% vs 10.78%), situación similar ocurre con el TIR (28.84% vs 10.78%) y el Valor Actual Neto es positivo y supera en S/. 504,407 la inversión.

Además, Catacora, I., & Pastor, S. (2012), encontró que, el establecimiento de salud no está adecuadamente implementado para ofertar una atención de parto con enfoque intercultural; la implementación se fundamenta en primer lugar a una infraestructura inapropiada, mobiliario, materiales y equipos hospitalarios no acorde a la realidad cultural, en tanto no se ajusta a la Norma técnica. Asimismo, el estudio menciona que el recurso humano no cuenta con las competencias necesarias para realizar una atención con enfoque intercultural. Él estudio tuvo como muestra a mujeres embarazadas respecto a sus derechos como beneficiarias del SIS es totalmente equivocado y el estudio hace hincapié que la desinformación inicia desde el primer contacto de la afiliación, ocasionando malestar entre los prestadores de salud, las beneficiarias y sus familiares y de manera conclusiva en gran parte de las beneficiarias del Seguro Integral de Salud desconocen la salud como un derecho humano y a la no incorporación del enfoque intercultural a la atención del parto; ocasionando insatisfacción en las beneficiarias respecto a la atención recibida en el establecimiento de salud. Ypanaqué, P. (2014), encontró que los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) tiene una mayor predominancia las personas jóvenes, las personas con bajo nivel educativo, personas procedentes de la Sierra y la Selva,

mientras que los afiliados del Seguro Social de Salud (ESSALUD), tiene una mayor predominancia las personas mayores, con un alto nivel educativo, procedentes principalmente de la Costa. Las personas con bajo nivel educativo (OR=1.45), las mujeres (OR=1.64) y los mayores de 50 años (OR=2.09) tuvieron más chance de presentar problemas de salud agudos. Las personas con alto nivel educativo (OR=1.41), las mujeres (OR=1.43) y las personas 25 a 49 años (OR=2.08) y los mayores de 50 años (OR=8.19) tuvieron más chance de presentar problemas de salud crónicos. Los afiliados a ESSALUD tuvieron más chance de reportar un problema de salud crónico (OR=2.25) que los afiliados al SIS. Los asegurados tuvieron más chance de utilizar la consulta en comparación con los no asegurados (OR= 2.27). Se evidenció un mayor uso de la consulta en los afiliados a ESSALUD (41.3%) y un menor uso en los afiliados al SIS (31.0%), mientras que los no asegurados usaron más el servicio de farmacia (46.7%). Asimismo, en cada uno de los tipos de seguros existe una generación de gasto de bolsillo con la necesidad de responder a los costos de la consulta, los medicamentos y los exámenes auxiliares.

Igualmente, Portocarrero, A. (2013), encontró que el proceso de aseguramiento de Apurímac se fundamente en la dinamización debido al incremento de las afiliaciones, según los reportes de la ENAHO durante la periodicidad del estudio el SIS tuvo incremento al 87% de 82%; es decir, existe un crecimiento de 5%; por su parte EsSalud presento a una disminución de 5%; es decir disminuyo del 16% al 11%. En su reporte, ENAHO estos cambios se produjeron directamente por las barreras económicas, donde fue un impedimento al acceso de los servicios de salud, esto responde de un 26.7% a 7.9%; en tanto, concluye que la implementación del SIS es un factor que ayudo ampliamente a solucionar las barreras económicas. Asimismo la implementación del SIS en los diferentes centros asistenciales de salud se reportó un declive en los ingresos DRD, sucediendo lo inverso en las D y T donde se apreció un crecimiento por esta fuente; siendo este tipo el reembolso que realiza el SIS. La implementación del SIS y los cambios de ingreso como las transferencias por reembolso ha creado una modificación porcentual en el financiamiento de los establecimientos prestadores de salud, todo ello en base a todo pronóstico los RO es la fuente de que siguen siendo mayor, suscitándose modificaciones en función de los RDR y las D y T. Otro elemento, de real importancia es la temporalidad,

ya que los RDR pueden ejecutarse mes a mes, pero al pasar al SIS se vuelve con un tiempo no menor a tres meses.

López, L. (2015), concluye que, al mencionar la existencia de la relación estadísticamente significativa entre el estrato socioeconómico y el nivel de caries dental ($p=0,000$), donde a mayor estrato socioeconómico menor nivel de caries dental en gestantes atendidas en instituciones de salud públicas y privadas de la ciudad de Iquitos. Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de caries dental y el tipo de establecimiento de salud ($p=0,000$) y entre el estrato socioeconómico y el tipo de establecimiento de salud ($p=0,000$).

El presente estudio es el primero en abordar el tema prestacional donde conoce el cumplimiento de los indicadores sanitarios y en base a ello la recaudación per cápita en los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud Lamas y con ello contribuir a la salud pública con el cumplimiento de los indicadores sanitarios. No obstante, en este nivel carece de estudios idénticos al tema abordado.

Las políticas en salud, no es un fin en sí mismas; son, más bien, un medio para dar respuesta a una problemática social específica. Asimismo, es el algo que se desea solucionar, dando una posible respuesta a un problema netamente que es público y es sentido pro las mayorías. Por lo tanto, es fundamental realizar una aproximación a los problemas públicos haciendo políticas públicas, todo ello pensando en el bien común (Roth, 2006). Al comparar lo público y lo privado, se puede definir como público, lo que afecta a los demás, lo que es de interés común o colectivo. Así se podrá definir un problema público como una situación que afecta negativamente el bienestar de la población. Dentro de la concepción de los problemas públicos se contempla la imposibilidad del individuo o los conglomerados para resolver este por sus propios medios, siendo necesaria la intervención del estado para su resolución (Parson, 1995).

Por ello, ante un determinado problema existe una gran probabilidad de poder solucionarlo, existiendo para ello una serie de alternativas de solución para abordar de la mejor manera y eso son las políticas públicas (Lahera, 2004). En esa misma línea de lo mencionado por Lahera, las soluciones a los problemas implican una determinada postura, donde es necesario realizar negociaciones, articulaciones que puedan contribuir de manera adecuada para la toma de decisiones, siempre guardando los valores que serán el fiel reflejo en las soluciones futuras (Hill, 1997).

Las prioridades en salud MINSA (2012), formuló políticas sectoriales para hacer frente a reforma en salud y con ello abarcar una mayor oferta de servicios en salud y responder adecuadamente a las necesidades de la población peruana. Entre las políticas nacionales y sectoriales, destacan: Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud (seguro integral de salud- SIS, ESSALUD, otros). Política de suministro y uso racional de los medicamentos. Política de gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad. Creación del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud. Impulsar un nuevo modelo de atención integral de salud. Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial. Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad. Democratización de la salud.

A nivel regional la Dirección regional de salud tiene como finalidad cerrar las brechas de insatisfacción y mejorar la salud del poblador sanmartinense, para ello la Dirección Regional de Salud, por medio de un conclave para priorizar los problemas de salud, entre las que se destacan, según la Ordenanza Regional N°026: Elevada prevalencia de la Desnutrición crónica infantil, Elevada tasa de Mortalidad materna, Elevada incidencia de Enfermedades Metaxenicas: Dengue Incremento en prevalencia de Enfermedades Crónico Degenerativas: Cáncer de Cérvix, Elevada incidencia de Enfermedades Transmisibles: VIH, Elevada tasa de Mortalidad Perinatal, Alta prevalencia de las enfermedades de Salud Bucal, Incremento en prevalencia de Enfermedades Crónico Degenerativas: Cáncer de Mama, Elevada incidencia de Enfermedades Transmisibles: TBC, Elevada incidencia de Enfermedades Metaxenicas: Leishmaniosis.

El sector salud de todos los peruanos y peruanas en los últimos años ha experimentado un cambio en los últimos años, evidenciándose en los indicadores sanitarios como la esperanza de vida al nacer, las tasas de mortalidad materna e infantil, y la desnutrición crónica infantil. No obstante, los logros obtenidos no son los suficientes a pesar de los notables avances, todo ello en comparaciones con países vecinos y de la región, donde continua la desigualdad en los diferentes sectores sociales y económicos (MINSA, 2013). Asimismo, las innumerables modificaciones en el comportamiento demográfico, sumado al crecimiento urbano de las ciudades, ha conllevado a las modificaciones de los perfiles epidemiologías, expresada en los indicadores de morbilidad. Es así, donde surge el gran reto para los decisores del sistema de salud para mejorar conservar y restablecer la

salud de los peruanos y peruanas, donde se incorpora las acciones de minimizar las desigualdades y exclusiones con la finalidad de lograr una verdadera equidad sanitaria (MINSa, 2013): Donde debe ser multidimensional y multidisciplinario para analizar y tratar adecuadamente a los diferentes factores como el biológico, económico, social, cultural, político, entre otros y con ello lograr un bienestar en la salud de la ciudadanía. Un abordaje integral y compacto para tener una amplitud en las acciones de salud, de gestión, de prevención, de recuperación y de rehabilitación. Un accionar multisectorial, donde los sectores del estado y la parte privada se vinculen en las acciones de brindar una adecuada educación, vivienda digna, ambiente adecuado, inclusión social, entre otros que son relevantes para un crecimiento sostenido.

Intergubernamental, para tener un abordaje contextualizado con intervenciones sanitarias enfocadas en prestación, promoción y vigilancia de la salud desde un enfoque de región y local; donde la participación es de manera vertical y horizontal. El accionar intergubernamental tiene el objetivo de asociar diferentes acciones en bien del sistema sanitario en los diferentes niveles de gobierno para asegurar la respuesta a las múltiples demandas de la población con el propósito de asegurar un servicio ofertado con estándares de calidad con los menores costos y con el uso de recursos de manera eficiente. Establecimientos del primer nivel de atención, el Ministerio de Salud (MINSa), en base a los Lineamientos de las Política de Salud incentiva a mejorar la oferta de los servicios de salud en función del Modelo de Atención Integral de Salud; el mismo que se orienta a la atención integral de la persona, familia y comunidad, mejorando el acceso oportuno con equidad. Por lo tanto, es necesario la diferenciación de los servicios de salud para asegurar el acceso de acuerdo, ajustándose al nivel de complejidad y categoría (cuatro niveles de complejidad y cuatro categorías de establecimiento) de cada establecimiento de salud, otro elemento necesario es la especialización y tecnificación de los profesionales de salud (MINSa, 2004).

Los establecimientos del Primer Nivel de atención son los encargados de atender a un promedio de 70-80% de la demanda del sistema de salud, en este nivel radica la importancia de identificar y priorizar los problemas de salud, donde identifican una atención de baja calidad, con una escasa oferta que imposibilita responder a la gran demanda poblacional y profesionales en menor cantidad de respuesta y especialización. Asimismo, en el primer nivel de atención se desarrollan principalmente actividades de

promoción y protección específica, con diagnóstico precoz y tratamiento oportuno a las necesidades de salud más frecuentes y menos complejas (MINSA, 2004). En tal sentido, el primer nivel de atención desarrolla principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, considerando como eje de principal a la persona, familia y comunidad; el primer nivel de atención es considerado como el primer contacto y principal acceso de la población al sistema de salud. Al identificar un mayor grado de severidad de los problemas de salud en este nivel de baja complejidad, se procede a coordinar la referencia empleando distintos flujos de conexión para proseguir la atención del usuario en otro establecimiento del sistema de salud (Correa, 2015).

Asimismo, Correa, V. (2015: p.29) refiere que el primer nivel de atención como finalidad contribuir a lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población, brindando servicios de salud con calidad, equidad, eficiencia y efectividad, con participación social y comunitaria en el marco del Aseguramiento Universal y la Descentralización en Salud. Un indicador de salud es una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (estado de salud u otro factor de riesgo) en una población especificada. De la misma manera, los indicadores de salud son herramientas que facilitan una evaluación oportuna, el mismo que pueden determinar de forma directa o indirectamente los cambios del estado de salud de la persona, familia y comunidad (Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, 2016). La OMS (1981: p.41), refiere que "los indicadores son variables que intentan medir u objetivar de manera cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos, con ello respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. En tanto, la OMS los define como "variables sirven para medir los cambios".

Para el presente estudio, se abordan las dimensiones de la etapa niño y mujer: Dimensión Niño El marco de trabajo del ministerio ayuda a ilustrar cómo cada corriente del ministerio, sector y entidad, en línea con los principios de visión mundial, y utilizando la rica variedad de enfoques para las diferentes necesidades y contextos que abordan las prioridades del bienestar del niño y niña. En el marco de trabajo del ministerio, cada entidad puede encontrar su contribución al objetivo organizativo. Los indicadores de bienestar del niño y niña proporcionan los medios para medir este progreso por todos los

ministerios de salud de cada país (World Vision, 2013). Los indicadores de salud en atención de la niña y el niño menor de cinco años, entre los que se destacan los indicadores de Tasa de mortalidad neonatal e infantil, Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años, Desnutrición crónica en menores de 5 años. Anemia en menores de 6 a 59 meses (MINSA, 2011). En el contexto del estudio se abordan los siguientes indicadores: Recién Nacidos con 2 controles CRED hasta los 15 días de nacido; Niños/as menores de 1 año que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad (11 controles y 2250 mg de Hierro); Niños/as de 1 año de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad (06 controles y 2250 mg de Hierro); Niños/as de 2 años de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad (04 controles y 2250 mg de Hierro); Niños/as menores de 36 meses (Menores de 1 año, 1 año y 2 años) suplementados con 2250 mg de hierro.

Dimensión mujer, los indicadores maternos adscritos en el marco mundial de vigilancia, los países incluyen indicadores para realizar un seguimiento de los progresos de las estrategias nacionales en materia de prevención y control de la morbilidad materna, teniendo en cuenta las situaciones propias de cada país (OMS, 2012). Los indicadores relacionados con la salud materna: Muerte materna, Embarazo en adolescente, Cobertura de atenciones prenatales, Partos atendidos en el EESS y Cobertura en Planificación familiar (MINSA, 2011). En tanto los indicadores maternos que abordo el estudio son: Gestante con paquete preventivo completo en el primer trimestre (04 Controles Prenatales y 04 entregas de Hierro durante el embarazo). Gestantes suplementadas con hierro, ácido fólico y dosaje de hemoglobina en el tercer Trimestre. Población adolescente atendida con Prestaciones de Salud Reproductiva (Consejería y/ o métodos anticonceptivos). Mujeres de 25 a 64 años con despistaje de cáncer de cuello uterino.

El pago cápita surge para contrarrestar un de las principales barreras de acceso a servicios de salud para la población pobre del país, que la constituye la barrera económica, la cual debería ser resuelta en gran medida por el aseguramiento público orientado a brindar protección financiera para los riesgos sanitarios de esta población (MINSA, 2014). Desde el año 2012, el Seguro Integral de Salud (SIS) realiza transferencias financieras a los establecimientos de salud en forma anticipada y tomando como cálculo un monto por cada asegurado, denominado PAGO CAPITADO con el propósito de garantizar la atención oportuna y de calidad en los establecimientos de salud a los afiliados al Seguro

Integral de Salud (Seguro Integral de Salud, 2016). El pago capitado está en función del cálculo anual por asegurado SIS que reciba atenciones de primer nivel, el SIS realiza las transferencias de los recursos a los Gobiernos Regionales, hasta completar el 80%. El restante que representa el 20%, es desembolsada al culminar el año, siempre que haya cumplimiento de las metas preestablecidas en el convenio que firma el SIS con el respectivo Gobierno Regional. Con el convenio se busca incrementar el mayor número de prestaciones básicas, de la misma manera la atención tiene que contar con estándares de calidad para tener con una adecuada atención, donde permita guardar oportunidad, accesibilidad a las prestaciones de los asegurados, entrega oportuna y completa de insumos y medicamentos sin costo alguno (SIS, 2016).

La operativización del pago cápita del SIS, se fundamenta en mejorar eficientemente el financiamiento, en base a entrega de servicios óptimos que permitan generar incentivos mediante la política pública implementada (SIS, Guía de operativización cápita, 2016). El mecanismo de pago, es mediante el prospectivo per cápita I nivel, mediante un convenio capitado prospectivo, cuyo pago es mediante por servicio ofertado (SIS, Guía de operativización cápita, 2016). La metodología de cálculo Cápita por año es: $\text{Cápita Anual} = \text{Valor de Producción Total Estimado en el Año "X"} / \text{Población "X"}$. Para determinar la Cobertura de prestaciones: $\text{Número de atenciones (x prestación) Preventivas - Prestaciones Normadas con Número de Prestaciones con variabilidad de Número de Prestaciones «Programadas» por la Población de año "X"} / \text{Población Objetivo del año "X"}$. El Comportamiento Histórico Intensidad de uso Recuperativas $\text{Población "del año X"} / \text{Comportamiento Histórico Costo Unitario (x prestación) Prestaciones Tarifadas Prestaciones No Tarifadas (Por Consumo) Tarifario Gasto Histórico}$. Pago Capitado, es mediante el convenio suscrito a nivel nacional, Nuevos convenios Cápita a nivel nacional y Adenda cápita a nivel nacional. Con la firma de los convenios garantiza el pago de las prestaciones preventivas – promocionales y de recuperación para todos los usuarios del sistema de salud circunscrito en cada establecimiento de acuerdo al nivel de complejidad.

Dimensión de pago por atención en atapa niño y mujer, según la normativa definida por el máximo ente rector de la salud nacional (MINSA), el primer momento para una intervención es la identificación de las necesidades que tiene la población para poder implementar acciones en la disminución de la morbilidad de grupos vulnerables.

Donde es vital la intensidad de uso que es medido con el número de atenciones recibidas por el asegurado en un determinado servicio. Para obtener el cálculo se basa en el logro de los indicadores que fueron priorizados en los programas presupuestales, los mismos que se insertaron como estrategia para el cumplimiento de los objetivos del milenio y en ello el PPR está encaminado a responder las necesidades de la población en busca de obtener resultados medibles y cuantificables (MINSa; 2014).

Evaluación de la Prestación, con el mecanismo de pago Capitado el SIS como IAFAS cambia la conceptualización de la evaluación prestacional individual a la evaluación de indicadores sanitarios, esto quiere decir que el SIS está condicionando el pago a la consecución de resultados como país. Dentro del convenio se han negociado los denominados “Ajustes positivos” y “Ajustes negativos”, con lo cuales se tiene en consideración los costos de eventos no previstos en el cálculo de la Cápita (creación de nuevos programas o estrategias, epidemias, emergencias, población migrante o transeúnte, entre otros) los cuales son brindados (MINSa, 2016).

El problema general: ¿Cuánto influye el pago cápita del seguro integral de salud en el cumplimiento de los indicadores sanitarios en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016?, Y como problemas específicos: i) ¿Cuánto es el monto de pago cápita del seguro integral de salud asignado a las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016?; ii) ¿Cuál de las micro redes de salud tiene el mayor cumplimiento de los indicadores maternos?; iii) ¿Cuál de las micro redes de salud tiene el mayor cumplimiento de los indicadores niño?; iv) ¿Cuál de las micro redes de salud tiene el mayor cumplimiento de los indicadores materno y niño?; v) ¿Qué relación existe entre el pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores maternos en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016?; vi) ¿Qué relación existe entre el pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores niño en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016?

Se propuso como objetivo general: Conocer la influencia del pago cápita del seguro integral de Salud en el cumplimiento de los indicadores sanitarios en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas - 2016. Y como objetivos específicos: i) Conocer los montos de pago cápita del seguro integral de salud asignados a las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016, ii) Identificar el cumplimiento

de los indicadores maternos en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016; iii) Identificar el cumplimiento de los indicadores niño en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016; iv) Identificar el cumplimiento de los indicadores sanitarios materno y niño en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016; v) Establecer la relación del pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores maternos en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016; vi) Establecer la relación del pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores niño en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas - 2016.

Se planteo como hipótesis general: Existe influencia del pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores sanitarios en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas - 2016. Y como hipótesis específicas: H1: EL mayor monto de pago cápita del seguro integral de salud es asignado a la micro red de salud Tabalosos; H2: La Micro Red de Salud Tabalosos tiene el mayor cumplimiento de en los indicadores maternos de la red asistencial de salud Lamas; H3: La Micro Red de Salud Rumizapa tiene el mayor cumplimiento de en los indicadores niño de la red asistencial de salud Lamas; H4: La Micro Red de Salud Tabalosos tiene el mayor cumplimiento de en los indicadores materno y niño de la red asistencial de salud Lamas; H5: Existe relación del pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores maternos en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas; H6: Existe relación del pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores niño en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas.

2. METODOLOGÍA

El estudio de investigación fue de tipo no experimental, debido que para su desarrollo no se alteró las variables abordadas con el propósito lograr resultados fidedignos. Por otro lado, en base a la observación se determinó el comportamiento y sus características dentro de su ambiente natural (Hernández Sampieri, 2010). Diseño de investigación, la investigación es de diseño correlacional, porque examina la relación existente entre dos variables, en la misma unidad de investigación o sujetos de estudio. Las variables fueron: Variable 1: Pago cápita del Seguro Integral de Salud y Variable 2: Indicadores sanitarios materno y niño en la Red de salud Lamas. La población objeto de estudio estuvo conformado por siete (07) Micro Redes de salud y un (01) Hospital que conforman la Red

de Salud Lamas de: Barranquita, Caynarachi, Cuñumbuque, Lamas-Huayco, Rumizapa, Pacayzapa, Tabalosos y Hospital Lamas. La muestra obtenida es no probabilística, conformado por la totalidad de la población; es decir, las siete (07) Micro Redes de salud y un (01) Hospital que cumplen con los indicadores sanitarios de la etapa niño y materno de la Red de Salud Lamas. La técnica empleada para el estudio es el análisis documental, específicamente la asignación del presupuesto del pago cápita del Seguro Integral de Salud y del cumplimiento de los indicadores sanitarios en la etapa niño y materno en la Red de Salud Lamas. El estudio tuvo como instrumento la ficha de recolección de datos, el mismo que diseñado a partir de la guía técnica estandarizada del registro y cálculo de los indicadores prestacionales en el marco de los convenios de gestión suscritos entre el seguro integral de salud y los gobiernos regionales. La guía permitió recoger la recaudación cápita generado por el logro de cada indicador sanitario y el porcentaje logrado por cada indicador, tanto en la etapa niño y en la etapa mujer. De donde se evaluó los porcentajes de cumplimiento y su respectivo análisis de la evaluación de la recaudación generada por cada indicador en las micro redes de salud definidas en el estudio, entre las que se destacan: Porcentaje de Recién Nacidos con 2 controles de Crecimiento y Desarrollo hasta los 15 días de nacido; Porcentaje de niños/as menores de 1 año que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad (11 controles y 2250 mg de Hierro); Porcentaje de niños/as de 1 año de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad (06 controles y 2250 mg de Hierro); Porcentaje de niños/as de 2 años de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad (04 controles y 2250 mg de Hierro); Porcentaje de niños/as menores de 36 meses (Menores de 1 año, 1 año y 2 años) suplementados con 2250 mg de hierro; Porcentaje de Gestante con paquete preventivo completo en el primer trimestre (04 Controles Prenatales y 04 entregas de Hierro en el transcurso del embarazo). Los datos cuantitativos estuvieron procesados y analizados por medios electrónicos, clasificados y sistematizados de acuerdo a las unidades de análisis correspondientes, respecto a sus variables, a través de Microsoft Excel y el programa estadístico SPSS V22. Asimismo, se emplearon tablas y gráficos para mostrar los hallazgos del estudio. Además se empleara modelo lineal de correlación de Pearson y el coeficiente de determinación; todo ello a un 95% de confianza para determinar la influencias entre las variables estudiadas y para determinar la relación entre las variables se empleó el valor probabilístico Fisher (F).

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

Tabla 1. Montos de pago cápita del seguro integral de salud en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016.

Micro red	Monto transferido	% transferido
Barranquita	44518	10%
Caynarachi	55699	13%
Cuñumbuque	68108	15%
Hospital lamas	38653	9%
Lamas-Huayco	30482	7%
Rumizapa	36068	8%
Pacayzapa	62367	14%
Tabalosos	109654	25%
total	445549	100%

Fuente: Base de datos: Red asistencial de Salud – Lamas, 2016.

En tabla 1 se puede observar los montos destinados en soles y porcentaje a las micro redes de la Provincia de Lamas en el primer trimestre del año 2016; el monto total de pago cápita del seguro integral de salud fue de S/. 445549; por las micro redes el mayor monto cápita fue destinado a la micro red de Tabalosos con S/. 109654 que representa el 25% del total de monto; y el menor monto asignado fue para la micro red Lamas – Huayco con S/. 30482 que representa el 7% del total.

Tabla 02. Cumplimiento del indicador “Gestantes con paquete preventivo completo” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas – 2016.

Microred	Meta al III trimestre	Meta cumplida	Brecha	% cumplido
Barranquita	33	30	3	91%
Caynarachi	35	67	-32	191%
Cuñumbuque	38	16	22	42%
Hospital Lamas	51	35	16	69%
Lamas-Huayco	15	17	-2	113%
Rumizapa	20	20	0	100%
Pacayzapa	23	32	-9	139%
Tabalosos	78	21	57	27%
total	292	238	54	82%

Fuente: Base de datos: Red asistencial de Salud – Lamas, 2016.

La tabla 2 muestra el Cumplimiento del indicador “Gestantes con paquete preventivo completo” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas del primer trimestre del año 2016, la meta total para este indicador fue de 292 gestantes, la meta cumplida fue de 238 que representa el 82% del cumplimiento con una brecha de 54 gestantes; en algunas micro redes se sobrepasó la meta de cumplimiento como en el caso de la micro red de Caynarachi con el 191%, 91% más del objetivo sin embargo en otras micro redes no se llegó al objetivo como en el caso de la micro red de Tabalosos que sólo se logró el 27% del cumplimiento del indicador.

Tabla 3. Cumplimiento del indicador “Gestante suplementada con hierro y ácido fólico y dosaje de hemoglobina” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas – 2016.

Microred	Meta al II trimestre	Meta cumplida	brecha	% cumplido
Barranquita	55	56	-1	102%
Caynarachi	87	109	-22	125%
Cuñumbuque	63	68	-5	108%
Hospital Lamas	86	63	23	73%
Lamas-huayco	26	40	-14	154%
Rumizapa	33	32	1	97%
Pacayzapa	25	69	-44	276%
Tabalosos	114	145	-31	127%
total	486	582	-96	120%

Fuente: Base de datos: Red asistencial de Salud – Lamas, 2016.

La tabla 3 muestra el Cumplimiento del indicador “Gestante suplementada con hierro y ácido fólico y dosaje de hemoglobina” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas del primer trimestre del año 2016, la meta total para este indicador fue de 486 gestantes, la meta cumplida fue de 582 que representa el 120% del cumplimiento con una brecha de -96 gestantes (en este caso se superó el cumplimiento del indicador); en algunas micro redes se sobrepasó la meta de cumplimiento como en el caso de la micro red de Pacayzapa con el 276%, 176% más del objetivo sin embargo en otras micro redes no se llegó al objetivo como en el caso de la micro red de Hospital Lamas que sólo se logró el 73% del cumplimiento del indicador.

Tabla 04. Cumplimiento del indicador “Gestantes atendidas en salud reproductiva” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas – 2016.

Microred	Meta al III Trimestre	Meta cumplida	Brecha	% cumplido
Barranquita	451	411	40	91%
Caynarachi	544	585	-41	108%
Cuñumbuque	641	521	120	81%
Hospital lamas	326	303	23	93%
Lamas-Huayco	281	258	23	92%
Rumizapa	266	182	84	68%
Pacayzapa	641	439	202	68%
Tabalosos	940	1100	-160	117%
total	4088	3799	289	93%

Fuente: Base de datos: Red asistencial de Salud – Lamas, 2016.

La tabla 4 muestra el Cumplimiento del indicador “Gestante atendidas en salud reproductiva” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas del primer trimestre del año 2016, la meta total para este indicador fue de 4088 gestantes, la meta cumplida fue de 3799 que representa el 93% del cumplimiento con una brecha de 289 gestantes; en algunas micro redes se sobrepasó la meta de cumplimiento como en el caso de la micro red de Tabalosos con el 117%, 17% más del objetivo sin embargo en otras micro redes no se llegó al objetivo como en el caso de la micro redes de Pacayzapa y Rumizapa que sólo se lograron el 68% del cumplimiento del indicador.

Tabla 05 Cumplimiento del indicador “Mujeres de 25 a 64 años con despistaje de cáncer de cuello uterino” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas – 2016

Microred	Meta al III Trimestre	Meta cumplida	Brecha	% cumplido
Barranquita	124	56	68	45%
Caynarachi	174	194	-20	111%
Cuñumbuque	196	150	46	77%
Hospital Lamas	216	355	-139	164%
Lamas-Huayco	102	65	37	64%
Rumizapa	113	157	-44	139%
Pacayzapa	190	102	88	54%
Tabalosos	360	581	-221	161%
total	1475	1660	-185	113%

Fuente: Base de datos: Red asistencial de Salud – Lamas, 2016.

La tabla 5 muestra el Cumplimiento del indicador “Mujeres de 25 a 64 años con despistaje de cáncer de cuello uterino” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas del primer trimestre del año 2016, la meta total para este indicador fue de 1475 mujeres, la meta cumplida fue de 1660 que representa el 113% del cumplimiento con una brecha de -185 mujeres (en este caso se superó el cumplimiento del indicador); en algunas micro redes se sobrepasó la meta de cumplimiento como en el caso de la micro red de Hospital Lamas con el 164%, 64% más del objetivo sin embargo en otras micro redes no se llegó al objetivo como en el caso de la micro red de Barranquita que sólo se logró el 45% del cumplimiento del indicador.

Tabla 06. Cumplimiento de los indicadores maternos en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas - 2016.

Microred	Meta al III Trimestre	Meta cumplida	Brecha	% cumplido
Barranquita	166	138	28	83%
Caynarachi	210	239	-29	114%
Cuñumbuque	235	189	46	80%
Hospital Lamas	170	189	-19	111%
Lamas-huayco	106	95	11	90%
Rumizapa	108	98	10	91%
Pacayzapa	220	161	59	73%
Tabalosos	373	462	-89	124%
total	1585	1570	16	99%

Fuente: Base de datos: Red asistencial de Salud – Lamas, 2016.

La tabla 6 muestra el cumplimiento general de los indicadores maternos en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas del primer trimestre del año 2016, la meta promedio fue de 1585 mujeres, la meta cumplida fue de 1570 que representa el 99% del cumplimiento con una brecha de 16 mujeres; en algunas micro redes se sobrepasó la meta promedio de cumplimiento como en el caso de la micro red de Tabalosos con el 124%, 24% más del objetivo sin embargo en otras micro redes no se llegó al objetivo como en el caso de la micro red de Pacayzapa que sólo se logró el 73% del cumplimiento promedio de los indicadores.

Tabla 07. Cumplimiento del indicador “Recién nacidos con 02 controles CRED hasta los 15 días de nacido” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas – 2016.

Microred	Meta al III Trimestre	Meta cumplida	Brecha	% cumplido
Barranquita	67	29	38	43%
Caynarachi	91	96	-5	105%
Cuñumbuque	63	96	-33	152%
Hospital Lamas	86	62	24	72%
Lamas-Huayco	26	25	1	96%
Rumizapa	33	24	9	73%
Pacayzapa	34	52	-18	153%
Tabalosos	124	82	42	66%
total	522	466	56	89%

Fuente: Base de datos: Red asistencial de Salud – Lamas, 2016.

La tabla 7 muestra el Cumplimiento del indicador “Recién nacidos con 02 controles CRED hasta los 15 días de nacido” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas del primer trimestre del año 2016, la meta total para este indicador fue de 522 niños, la meta cumplida fue de 466 que representa el 89% del cumplimiento con una brecha de 56 niños; en algunas micro redes se sobrepasó la meta de cumplimiento como en el caso de la micro red de Pacayzapa con el 153%, 53% más del objetivo sin embargo en otras micro redes no se llegó al objetivo como en el caso de la micro red de Barranquita que sólo se logró el 43% del cumplimiento del indicador.

Tabla 08. *Cumplimiento del indicador “Niños menores de 1 año que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas – 2016.*

Microred	Meta al III Trimestre	Meta cumplida	Brecha	% cumplido
Barranquita	30	6	24	20%
Caynarachi	39	10	29	26%
Cuñumbuque	42	5	37	12%
Hospital Lamas	28	8	20	29%
Lamas-Huayco	18	8	10	44%
Rumizapa	19	11	8	58%
Pacayzapa	39	2	37	5%
Tabalosos	67	15	52	22%
total	282	65	217	23%

Fuente: Base de datos: Red asistencial de Salud – Lamas, 2016.

La tabla muestra el Cumplimiento del indicador “Niños menores de 1 año que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas del primer trimestre del año 2016, la meta total para este indicador fue de 282 niños, la meta cumplida fue de 65 que representa el 23% del cumplimiento con una brecha de 56 niños; en ninguna micro red se sobrepasó la meta de cumplimiento como en el caso de la micro red de Rumizapa con el 58% (el mayor porcentaje de cumplimiento), o en el caso de la micro red de Pacayzapa que sólo se logró el 5% del cumplimiento del indicador.

Tabla 09. Cumplimiento del indicador “Niños de 1 año con atención preventiva para la salud” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas – 2016

Microred	Meta al III Trimestre	Meta cumplida	Brecha	% cumplido
Barranquita	42	31	11	74%
Caynarachi	60	44	16	73%
Cuñumbuque	63	55	8	87%
Hospital Lamas	43	47	-4	109%
Lamas-Huayco	24	29	-5	121%
Rumizapa	23	28	-5	122%
Pacayzapa	65	22	43	34%
Tabalosos	103	76	27	74%
Total	423	332	91	78%

Fuente: Base de datos: Red asistencial de Salud – Lamas, 2016.

La tabla y gráfico 09 muestra el Cumplimiento del indicador “Niños de 1 año con atención preventiva para la salud” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas del primer trimestre del año 2016, la meta total para este indicador fue de 423 niños, la meta cumplida fue de 332 que representa el 78% del cumplimiento con una brecha de 91 niños; en algunas micro redes se sobrepasó la meta de cumplimiento como en el caso de la micro red de Rumizapa con el 122%, 22% más del objetivo sin embargo en otras micro redes no se llegó al objetivo como en el caso de la micro red de Pacayzapa que sólo se logró el 34% del cumplimiento del indicador.

Tabla 10. Cumplimiento del indicador “Niños de 2 años que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas – 2016.

Microred	Meta al III Trimestre	Meta cumplida	Brecha	% Cumplido
Barranquita	36	44	-8	122%
Caynarachi	50	51	-1	102%
Cuñumbuque	69	79	-10	114%
Hospital Lamas	34	49	-15	144%
Lamas-Huayco	29	40	-11	138%
Rumizapa	22	42	-20	191%
Pacayzapa	49	33	16	67%
Tabalosos	100	103	-3	103%
total	389	441	-52	113%

Fuente: Base de datos: Red asistencial de Salud – Lamas, 2016.

La tabla 10 muestra el Cumplimiento del indicador “Niños de 2 años que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas del primer trimestre del año 2016, la meta total para este indicador fue de 389 niños, la meta cumplida fue de 441 que representa el 113% del cumplimiento con una brecha de -52 niños (en este caso se superó el cumplimiento del indicador); en algunas micro redes se sobrepasó la meta de cumplimiento como en el caso de la micro red de Rumizapa con el 191%, 91% más del objetivo sin embargo en otras micro redes no se llegó al objetivo como en el caso de la micro red de Pacayzapa que sólo se logró el 67% del cumplimiento del indicador.

Tabla 11. Cumplimiento del indicador “Niños menores de 36 meses suplementados con 4500 mg de hierro” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas – 2016.

Microred	Meta al III Trimestre	Meta cumplida	Brecha	% Cumplido
Barranquita	67	9	58	13%
Caynarachi	84	27	57	32%
Cuñumbuque	108	12	96	11%
Hospital Lamas	64	17	47	27%
Lamas-Huayco	55	10	45	18%
Rumizapa	41	13	28	32%
Pacayzapa	112	6	106	5%
Tabalosos	197	47	150	24%
total	728	141	587	19%

Fuente: Base de datos: Red asistencial de Salud – Lamas, 2016.

La tabla muestra el Cumplimiento del indicador “Niños menores de 36 meses suplementados con 4500 mg de hierro” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas del primer trimestre del año 2016, la meta total para este indicador fue de 728 niños, la meta cumplida fue de 141 que representa el 19% del cumplimiento con una brecha de 587 niños; en ninguna micro red se sobrepasó la meta de cumplimiento como en el caso de la micro red de Caynarachi con el 32% (el mayor porcentaje de cumplimiento), o en el caso de la micro red de Pacayzapa que sólo se logró el 5% del cumplimiento del indicador.

Tabla 12. Cumplimiento de los indicadores niño en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas - 2016

Microred	Meta al III Trimestre	Meta cumplida	Brecha	% Cumplido
Barranquita	48	24	25	49%
Caynarachi	65	46	19	70%
Cuñumbuque	69	49	20	72%
Hospital Lamas	51	37	14	72%
Lamas-Huayco	30	22	8	74%
Rumizapa	28	24	4	86%
Pacayzapa	60	23	37	38%
Tabalosos	118	65	54	55%
total	469	289	180	62%

Fuente: Base de datos: Red asistencial de Salud – Lamas, 2016.

La tabla 12 muestra el Cumplimiento general de los indicadores niño en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas del primer trimestre del año 2016, la meta promedio para los indicadores fue de 469 niños, la meta promedio cumplida fue de 289 que representa el 62% del cumplimiento con una brecha de 180 niños; en ninguna micro red se sobrepasó la meta promedio de cumplimiento como en el caso de la micro red de Rumizapa con el 86% (el mayor porcentaje de cumplimiento), o en el caso de la micro red de Pacayzapa que sólo se logró el 38% del cumplimiento de los indicadores.

Tabla 13. Cumplimiento de los indicadores sanitarios Maternos y Niño en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas - 2016.

Microred	Meta al III Trimestre	Meta cumplida	Brecha	% Cumplido
-----------------	------------------------------	----------------------	---------------	-------------------

Barranquita	214	162	52	76%
Caynarachi	275	284	-10	103%
Cuñumbuque	304	238	65	78%
Hospital Lamas	221	226	-5	102%
Lamas-Huayco	136	117	19	86%
Rumizapa	136	121	14	89%
Pacayzapa	280	184	96	66%
Tabalosos	491	526	-35	107%
total	2054	1859	195	90%

Fuente: Base de datos: Red asistencial de Salud – Lamas, 2016.

La tabla 13 muestra el Cumplimiento de los indicadores sanitarios (indicadores maternos y niño) en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas del primer trimestre del año 2016, la meta para los indicadores fue de 2054 mujeres y niños, la meta cumplida fue de 1859 que representa el 90% del cumplimiento con una brecha de 195 mujeres y niños; en algunas micro redes se sobrepasó la meta de cumplimiento como en el caso de la micro red de Tabalosos con el 107%, 7% más del objetivo; sin embargo en otras micro redes no se llegó al objetivo como en el caso de la micro red de Pacayzapa que sólo logró el 66% del cumplimiento de los indicadores sanitarios.

Estadístico de prueba para las correlaciones

Para establecer las correlaciones entre las variables propuestas se trabajó con el coeficiente de correlación de Pearson así como para determinar la influencia se optó con el coeficiente de determinación; los modelos han sido contrastados para probar su importancia y poder interpretar los resultados de manera confiable.

Tabla 14 Correlación

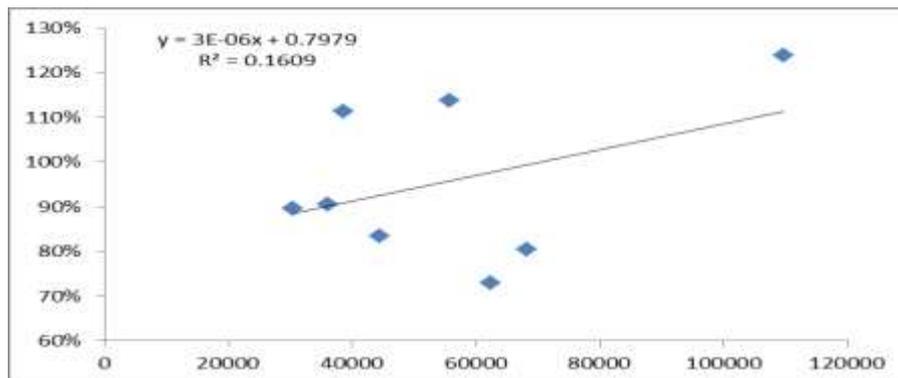
Resultados del monto cápita y cumplimiento de indicadores por micro red

Microred	Monto Transferido	Cumplimiento Madre	Cumplimiento Niño	Cumplimiento Total
Barranquita	44518	83%	49%	76%
Caynarachi	55699	114%	70%	103%
Cuñumbuque	68108	80%	72%	78%
Hospital Lamas	38653	111%	72%	102%
Lamas-Huayco	30482	90%	74%	86%
Rumizapa	36068	91%	86%	89%
Pacayzapa	62367	73%	38%	66%
Tabalosos	109654	124%	55%	107%
Total	445549	99%	62%	90%

Fuente: Base de datos: Red asistencial de Salud – Lamas, 2016.

La tabla 14 muestra los resultados del monto cápita y cumplimiento de indicadores por micro red de la red de Salud de la Provincia de Lamas del primer trimestre del año 2016, estos resultados nos servirán para poder analizarlos con la prueba de correlación de Pearson.

Gráfico 1. Gráfico de dispersión entre las variables: Pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores maternos en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016



Fuente: Base de datos formulado con el programa SPSS Ver. 21

En el gráfico de dispersión se puede observar con los puntos no se encuentran alineados a la recta, lo que hace suponer que el modelo lineal no se ajusta a nuestros datos y por consiguiente los resultados de correlación no son significativos.

Tabla 15. Resultados de la correlación

Estadísticas de la correlación	
Coefficiente de correlación	0.401
Coefficiente de determinación R ²	0.161
R ² ajustado	0.021
Error típico	0.180
Observaciones	8

Fuente: SPSS VER. 21

Los resultados de las estadísticas de correlación nos muestran un coeficiente de Pearson (0.401) el cual nos indica una correlación baja entre las variables, sin embargo, el coeficiente de determinación (0.161) nos explica que sólo el 16% del pago cápita del

seguro integral de Salud influye en el cumplimiento de los indicadores maternos en las micro redes de salud.

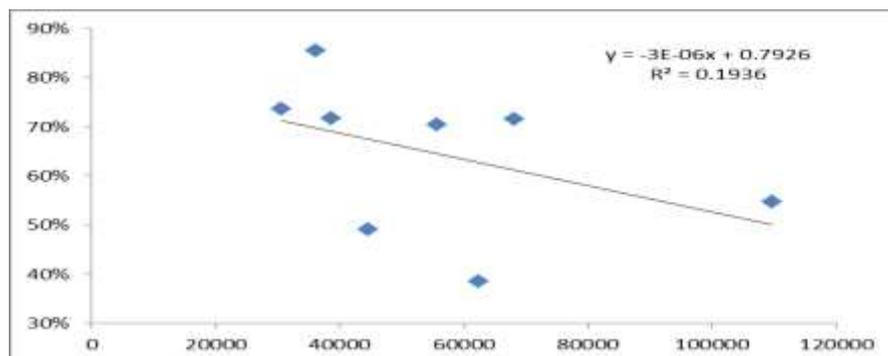
Tabla 16. Análisis del modelo lineal

	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Promedio de los cuadrados	F	Valor crítico de F
Regresión	1	0.037	0.037	1.150	0.325
Residuos	6	0.194	0.032		
Total	7	0.232			

Fuente: SPSS VER. 21

Como el valor probabilístico Fisher F (0.325) es mayor al valor probabilístico del error al 5% (0.05) podemos determinar que el modelo lineal no se ajusta a nuestros datos por lo tanto se concluye que: No existe relación significativa entre el pago cápita del Seguro Integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores maternos en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016.

Gráfico 2. Gráfico de dispersión entre las variables: Pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores niño en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas - 2016



Fuente: Base de datos formulado con el programa SPSS Ver. 21

En el gráfico de dispersión se puede observar con los puntos no se encuentran alineados a la recta, lo que hace suponer que el modelo lineal no se ajusta a nuestros datos y por consiguiente los resultados de correlación no son significativos.

Tabla 17. Resultados de la correlación

Estadísticas de la correlación	
Coeficiente de correlación	-0.440
Coeficiente de determinación R ²	0.194
R ² ajustado	0.059
Error típico	0.150

Fuente: SPSS VER. 21

Los resultados de las estadísticas de correlación nos muestran un coeficiente de Pearson (-0.404) el cual nos indica una correlación baja entre las variables, sin embargo, el coeficiente de determinación (0.194) nos explica que sólo el 19% del pago cápita del seguro integral de Salud influye en el cumplimiento de los indicadores niño en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016.

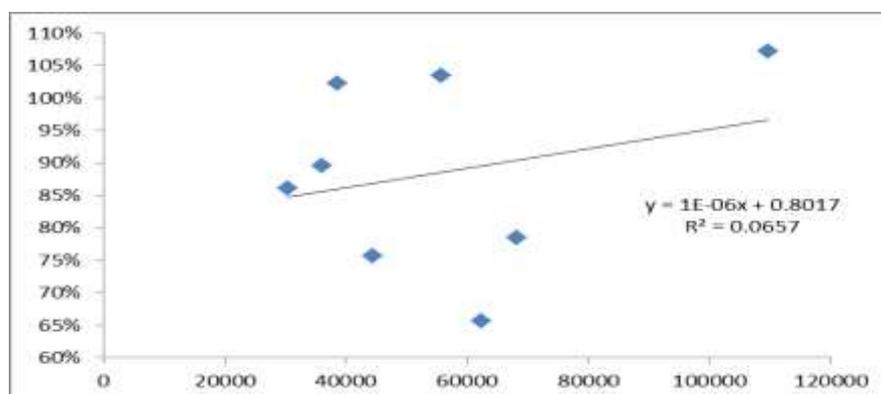
Tabla 18. Análisis del modelo lineal

	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Promedio de los cuadrados	F	Valor crítico de F
Regresión	1	0.032	0.032	1.440	0.275
Residuos	6	0.135	0.022		
Total	7	0.167			

Fuente: SPSS VER. 21

Como el valor probabilístico Fisher F (0.275) es mayor al valor probabilístico del error al 5% (0.05) podemos determinar que el modelo lineal no se ajusta a nuestros datos por lo tanto se concluye que: No existe relación significativa entre el pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores del niño en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016.

Gráfico 3. Gráfico de dispersión entre las variables: Pago cápita del Seguro Integral de Salud y el cumplimiento de los indicadores sanitarios en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016



Fuente: Base de datos formulado con el programa SPSS Ver. 21

En el gráfico de dispersión se puede observar con los puntos no se encuentran alineados a la recta, lo que hace suponer que el modelo lineal no se ajusta a nuestros datos y por consiguiente los resultados de correlación no son significativos.

Tabla 19. Resultados de la correlación

Estadísticas de la correlación	
Coefficiente de correlación	0.256
Coefficiente de determinación R ²	0.066
R ² ajustado	-0.090
Error típico	0.156
Observaciones	8

Fuente: SPSS VER. 21

Los resultados de las estadísticas de correlación nos muestran un coeficiente de Pearson (0.256) el cual nos indica una correlación baja entre las variables, sin embargo, el coeficiente de determinación (0.066) nos explica que sólo el 07% del pago cápita del seguro integral de Salud influye en el cumplimiento de los indicadores en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016.

Tabla 20

Análisis del modelo lineal

	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Promedio de los cuadrados	F	Valor crítico de F
Regresión	1	0.010	0.010	0.422	0.540
Residuos	6	0.145	0.024		
Total	7	0.155			

Fuente: SPSS VER. 21

Como el valor probabilístico Fisher F (0.540) es mayor al valor probabilístico del error al 5% (0.05) podemos determinar que el modelo lineal no se ajusta a nuestros datos por lo

tanto se concluye que: No existe relación significativa entre el pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016.

3.2. *Discusión*

El cumplimiento de los indicadores maternos en las micro redes de salud, donde la meta promedio fue de 1585 mujeres, y la meta cumplida fue de 1570 que representa el 99% del cumplimiento con una brecha de 16 mujeres; la micro red de Tabalosos sobrepasó la meta con 124%; sin embargo, la micro red de Pacayzapa sólo logró un 73% del cumplimiento promedio de los indicadores. Por su parte los indicadores niño, tuvo como meta promedio a 469 niños, la meta promedio cumplida fue de 289 que representa el 62% del cumplimiento con una brecha de 180 niños; donde ninguna micro red sobrepasó la meta promedio, la micro red de Rumizapa alcanzó el mayor porcentaje de cumplimiento con un 86%, en cambio la micro red de Pacayzapa logró apenas el 38% del cumplimiento de los indicadores. En base a los hallazgos de cobertura en las etapa niño y mujer en el estudio, Agudelo, Cardona, Ortega y Robledo (2011) destacan que el sistema de salud ha generado un mejor acceso a los servicios de las personas y familias de escasos recursos, pero aún continúa las desigualdades causantes de las brechas de cobertura de salud, esto en los distintos planes de salud y que sin lugar a duda afecta al sistema de salud en los diferentes extractos de la población.

Por lo tanto, prima la necesidad de trabajar de manera conjunta y articulada para dar cumplimiento a los indicadores sanitarios maternos y niño tuvieron un cumplimiento no esperado, ya que no lograron alcanzar sus metas establecidas, entre los indicadores que se destacan son los indicadores maternos que obtuvieron mejores resultados, siendo este indicador clave para controlar y disminuir los índices de morbilidad materno perinatal, con ello responder al objetivo cinco del milenio y con contribuir al cumplimiento de los indicadores que miden de manera cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos, con ello respaldar las acciones políticas implementadas por el sector salud (OMS, 1981).

A ello contribuye Portocarrero (2013), quien menciona que el SIS ha disminuido considerablemente la barrera económica y con la implementación de las estrategias insertadas en los establecimientos de salud se ha disminuido los índices de morbilidad. El cumplimiento de los indicadores esta de la mano con los ingresos financieros por diversas

fuentes como el financiamiento de Recursos Directamente Recaudados y en la actualidad se ha incrementado la fuente Donaciones y Transferencias siendo este el reembolso económico que realiza el SIS para responder a la demanda poblacional. Asimismo, con la incorporación del SIS y la estrategia de transferencia por reembolso se modificó los procesos estructurales financieros de los establecimientos de salud; no obstante los RO continua siendo la principal fuente de financiamiento, en cambio se ve alterado la relación entre los Recursos Directamente Recaudados, Donaciones y Transferencias.

En cierta medida, el financiamiento ha mejorado el acceso a los servicios de salud donde los beneficiarios acceden y son atendidos de manera integral, es por ello el estudio establece la influencia del pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores sanitarios en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas, donde encuentra un coeficiente de Pearson (0.256), el mismo que tiene correlación baja entre las variables, con un coeficiente de determinación (0.066) explicando que sólo el 07% del pago cápita del seguro integral de Salud influye en el cumplimiento de los indicadores en las micro redes de salud. Con este hallazgo, se puede inferir que el financiamiento y/o asignación presupuestal no es el principal componente para la solución del acceso a la atención y con ello cerrar las brechas de cobertura para la población asegurada por el SIS.

El hallazgo mostrado refleja en los indicadores maternos y niño, donde al relacionar el pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores maternos en las micro redes de salud, se encuentra un coeficiente de Pearson (0.401) indicando una correlación baja; asimismo se encuentra un coeficiente de determinación (0.161) explicando que sólo el 16% del pago cápita del seguro integral de Salud influye en el cumplimiento de los indicadores maternos en las micro redes de salud. De la misma manera al relacionar el pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores del niño en las micro redes de salud, se encuentra un coeficiente de Pearson (-0.404) el cual indica una correlación baja; asimismo, se obtiene el coeficiente de determinación (0.194) explicando que sólo el 19% del pago cápita del seguro integral de Salud influye en el cumplimiento de los indicadores del niño en las micro redes de salud. En tanto, la asignación presupuestal asignada a la Red de Salud Lamas tiene como propósito mejorar el acceso a la atención del SIS y con ello cerrar las brechas de cobertura en los grupos vulnerables como la etapa niño y mujer, a este propósito coadyuvan los

establecimientos de primer nivel de atención como los puestos y centros de salud, asentados en zonas rurales y con población categorizados como pobre y pobre extremo. Entre los resultados del estudio destaca los montos de pago cápita del Seguro Integral de Salud asignada a la red de salud Lamas, ascendiendo a un monto total de S/. 445 549.00 Nuevo Soles; los mismos que fueron distribuidos a las micro redes; siendo el de mayor monto asignado a la micro red de Tabalosos con S/. 109 654.00 Nuevo Soles que representa el 25% y el menor monto asignado fue para la micro red Lamas – Huayco con apenas S/. 30 482.00 Nuevo Soles que representa el 7% del monto total. Dichos montos están focalizados a dar cumplimiento a los principales indicadores de niño y mujer.

En este sentido Vargas (2012), en su estudio denominado barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada del caso Colombia. Donde destaca que los responsables de la atención deben cumplir con estándares de atención, pero distingue que para lograr dichos resultados es difícil y poco adecuado, debido al tipo de aseguramiento, al área de atención y al presupuesto asignado. No obstante, hace una mayor incidencia en la atención especializada que es precaria en las zonas rurales. También refiere que la salud como derecho prioritario de todo ser humano debe ser prioridad nacional y solucionada de manera adecuada haciendo uso racional del presupuesto para responder a las demandas de la salud de la población.

Siguiendo esta tendencia, Correa (2015) manifiesta que el primer nivel de atención; es decir, establecimiento denominados puestos y centros de salud ubicados en las zonas periféricas y rurales tiene como finalidad contribuir a satisfacer las necesidades de salud de cada ciudadano, familia y población que viven en dicha jurisdicción, para ello debe brindar servicios de salud con calidad, equidad, eficiencia y efectividad, sumado a ello la participación social y comunitaria para dar un enfoque al marco del Aseguramiento Universal como política descentralizada en salud.

Volviendo a retomar a Vargas, quien identifica cuatro barreras que impiden el cumplimiento de los indicadores sanitarios, siendo las políticas de aseguramiento, problemas en la extensión y continuidad del aseguramiento, brechas prestacionales, los instrumentos de control para compra de insumos y materiales, infraestructura y organización de los establecimientos prestadores de salud, entre otros. Por lo tanto, es vital hacer uso adecuado de los escasos recursos que provee el Estado para asegurar una respuesta adecuada a la demanda creciente de la población.

En base a la identificación de la problemática, la región San Martín firmaron los convenios cápita, con la finalidad de acercarse a los beneficiarios del SIS como políticas prioritaria de salud que implemento el Ministerio de Salud, con ello no solo salvaguardar el acceso a la atención, si no también priorizar otros componentes como la adquisición de medicamentos, pago a recurso humano, entre otros; siempre enfocados en la atención integral de los beneficiario del Seguro Integral de Salud que son ciudadanos pobres y pobre extremo enfocando en grupos etarios. Por lo tanto, es necesario la diferenciación de los servicios de salud para asegurar el acceso de acuerdo, ajustándose al nivel de complejidad y categoría (cuatro niveles de complejidad y cuatro categorías de establecimiento) de cada establecimiento de salud, y otro elemento indispensable es la especialización y tecnificación de los profesionales de salud (MINSA, 2004).

4. CONCLUSIONES

La influencia del pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores sanitarios en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas, es baja con un coeficiente de determinación de (0.066) explicando que sólo el 7% del pago cápita del seguro integral de Salud influye en el cumplimiento de los indicadores en las micro redes de salud.

El monto de pago cápita del seguro integral de salud a la red asistencial de salud Lamas es de S/. 445 549.00 Nuevo Soles; siendo el de mayor monto cápita la micro red de Tabalosos con S/. 109 654.00 Nuevo Soles que representa el 25% del monto total; y el de menor monto es de la micro red Lamas – Huayco con solo S/. 30 482.00 Nuevo Soles que representa el 7% del monto total asignado.

En el cumplimiento de los indicadores maternos de la red asistencial de salud Lamas, tuvo como meta promedio a 1 585 mujeres, la meta cumplida fue de 1 570 que representa el 99% de cumplimiento, con una brecha de 16 mujeres. La micro red de Tabalosos sobrepasó la meta con 124%, 24% más del objetivo; mientras tanto, la micro red de Pacayzapa sólo logró un 73% del cumplimiento promedio de los indicadores.

A continuación, se describe el cumplimiento de cada indicador materno según el objetivo propuesto en las micro redes de salud: Cumplimiento del indicador “Gestantes con paquete preventivo completo” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas, siendo la meta total para este indicador de 292 gestantes, la meta cumplida fue de 238 que

representa el 82%; en tanto, en la micro red de Caynarachi alcanzo 191%, mientras que la micro red de Tabalosos alcanzo sólo un 27%.

Cumplimiento del indicador “Gestante suplementada con hierro y ácido fólico y dosaje de hemoglobina” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas, la meta para este indicador fue de 486 gestantes, atendiendo a 582 gestantes que representa el 120% del cumplimiento; la micro red de Pacayzapa alcanzo el 276%; sin embargo, la micro red de Hospital Lamas sólo logró un 73% del cumplimiento del indicador.

Cumplimiento del indicador “Gestante atendidas en salud reproductiva” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas, la meta total para este indicador fue de 4088 gestantes, la meta cumplida fue de 3799 que representa el 93% del cumplimiento; la micro red de Tabalosos logro 117%; mientras tanto la micro redes de Pacayzapa y Rumizapa sólo lograron el 68% del cumplimiento del indicador.

Cumplimiento del indicador “Mujeres de 25 a 64 años con despistaje de cáncer de cuello uterino” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas, la meta total para este indicador fue de 1475 mujeres, la meta cumplida fue de 1660 que representa el 113% del cumplimiento; la micro red de Hospital Lamas con el 164%; sin embargo, la micro red de Barranquita sólo logró un 45% del cumplimiento del indicador.

En el cumplimiento de los indicadores niño en la red asistencial de salud Lamas, tuvo como meta promedio a 469 niños, la meta cumplida fue de 289 que representa el 62% con una brecha de 180 niños; la micro red de Rumizapa alcanzo el mayor porcentaje de cumplimiento con un 86%, mientras tanto la micro red de Pacayzapa logró un cumplimiento del 38% de los indicadores.

A continuación, se describe el cumplimiento de los indicadores niño obtenido en las micro redes: Cumplimiento del indicador “Recién nacidos con 02 controles CRED hasta los 15 días de nacido” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas, la meta total para este indicador fue de 522 niños, la meta cumplida fue de 466 que representa el 89% del cumplimiento; la micro red de Pacayzapa alcanzo un cumplimiento de 153%, en tanto la micro red de Barranquita logró el 43% del cumplimiento del indicador.

Cumplimiento del indicador “Niños menores de 1 año que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas, la meta total para este indicador fue de 282 niños, la meta cumplida fue de 65 que

representa el 23% del cumplimiento; la micro red de Rumizapa logro un 58%, en cambio la micro red de Pacayzapa logró apenas un 5% del cumplimiento del indicador.

Cumplimiento del indicador “Niños de 1 año con atención preventiva para la salud” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas, la meta total para este indicador fue de 423 niños, la meta cumplida fue de 332 que representa el 78% del cumplimiento; la micro red de Rumizapa alcanzo 122%, mientras tanto la micro red de Pacayzapa alcanzo un 34% del cumplimiento del indicador.

Cumplimiento del indicador “Niños de 2 años que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad” por micro redes de la red asistencial de salud Lamas, la meta total para este indicador fue de 389 niños, la meta cumplida fue de 441 que representa el 113% del cumplimiento; la micro red de Rumizapa sobrepasó la meta de cumplimiento con un 191%, en cambio la micro red de Pacayzapa logró un 67% del cumplimiento del indicador.

Cumplimiento del indicador “Niños menores de 36 meses suplementados con 4500 mg de hierro” por micro redes de la red asistencial de salud, la meta total para este indicador fue de 728 niños, la meta cumplida fue de 141 que representa el 19% del cumplimiento; la micro red de Caynarachi logró el mayor porcentaje de cumplimiento con un 32%, en cambio la micro red de Pacayzapa logró un 5% del cumplimiento del indicador.

En los indicadores sanitarios en la red asistencial de salud, donde tuvo como meta a 2 054 mujeres y niños, la meta cumplida fue de 1859 que representa el 90% de cumplimiento con una brecha de 195 mujeres y niños; la micro red de Tabalosos logro un cumplimiento de 107%, en cambio la micro red de Pacayzapa sólo logró un 66% del cumplimiento de los indicadores.

No existe relación significativa entre el pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores maternos en las micro redes de salud de la red asistencial de salud Lamas – 2016, encontrando un Fisher F de (0.325) mayor al valor probabilístico del error al 5% (0.05). Asimismo, se encuentra un coeficiente de Pearson (0.401) indicando una correlación baja y un coeficiente de determinación de (0.161) explicando que sólo el 16% del pago cápita del seguro integral de Salud influye en el cumplimiento de los indicadores maternos en las micro redes de salud.

No existe relación significativa entre el pago cápita del seguro integral de Salud con el cumplimiento de los indicadores del niño en las micro redes de salud de la red asistencial

de salud Lamas – 2016, encontrando un valor probabilístico de Fisher F de (0.275) mayor al valor probabilístico del error al 5% (0.05). Asimismo, existe un coeficiente de Pearson (-0.404) el cual nos indica una correlación baja, y un coeficiente de determinación (0.194) explicando que sólo el 19% del pago cápita del seguro integral de Salud influye en el cumplimiento de los indicadores del niño en las micro redes de salud.

5. REFERENCIAS

- Agudelo, C., Cardona, J., Ortega, J., & Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Bogotá: Artigo.
- Autores Varios. (1978). Atención Primaria en Salud. Ginebra.
- Bustamante, S., Rodríguez-Frías, Ú., & Bernal, C. (2011). Clínica de la Familia "MISALUD". Lima: Universidad de Ciencias Aplicadas 2013.
- Catacora, I., & Pastor, S. (2012). Estudio del Servicio de Salud Materna en el Hospital General del distrito de Jaén, brindado a través del Seguro integral de Salud. Análisis desde el Enfoque Intercultural durante los meses de marzo a setiembre de 2012. Lima: PUCP.
- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. (08 de Julio de 2016). Indicadores de Salud en América Latina. Obtenidode<http://siare.clad.org/siare/innotend/evaluacion/indicador0412.html>.
- Correa, V. (2015). Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con Énfasis en la Atención de Salud Primaria Renovada. Lima: MINSA.
- Cruz, M. (2011). La atención primaria en salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias. Bogotá: OPS-OMS.
- Declaración de Alma Ata. (1978). Conferencia Mundial Sobre Atención primaria en Salud. URSS: Pan American Health Organization.
- Hernández Sampieri, R. (2010). Metodología de la Investigación. Lima: Mc Graw Hill.
- Hill M. (1997). The Policy Process in the Modern State. New York: Prentice Hall.
- Lahera PE (2004). Política y políticas públicas. Naciones Unidas CEPAL. Division desarrollo social. Serie políticas sociales; 95:7.
- Lopez, L. (2015). Relación entre caries dental y extracto socioeconómico en gestantes atendidas en instituciones de salud públicas y privadas, 2013. Iquitos: UNAP.

- Ministerio de salud. (2004). Norma Técnica N° 0021: Categoría de establecimientos de sector salud. Lima: MINSA.
- Ministerio de salud. (2011). Situación actual del Sistema de Salud en el Perú. Lima: MINSA.
- Ministerio de salud. (2012). Lineamientos de política sectorial en salud. Lima: MINSA.
- Ministerio de salud. (2013). Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. Lima: MINSA.
- Organización Mundial de la Salud. (1981). Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Marco mundial de vigilancia integral, con inclusión de indicadores y un conjunto de objetivos mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades 2012. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Atención primaria. Washington D.C: OPS-OMS.
- Parson W. (1995). Public Policy. Eduard Elgar, Aldershot UK.
- Portocarrero, A. (2013). Apurímac: Hacia el aseguramiento público en salud. La implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac 2007 - 2010. Lima: PUCP.
- Roth Deubel A. (2006). Discurso sin compromiso. La política pública de derechos humanos en Colombia. Bogotá: ed Aurora.
- Seguro Integral Salud. (2016). Guía de operativización cápita. Lima: MINSA.
- SIS. (13 de Julio de 2016). Seguro Integral de Salud. Obtenido de <http://www.sis.gob.pe/nuevoPortal/iintranet.html>.
- Vargas, I. (2012). Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso Colombia. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Ypanaqué, P. J. (2014). Utilización de los servicios de salud ambulatorio en la población afiliada a los seguros de salud del Perú. Lima: Fiocruz.
- World Visión, (2013). Compendio de indicadores para medir el bienestar del niño y niña. World Visión International. Washintong DC.