

Impacto de la corrupción en el sistema de salud peruano: una revisión sistemática

Impact of Corruption on the Peruvian Health System: A Systematic Review

Franklin Rouselbel Correa Prieto ^{1,*}

¹Universidad César Vallejo, Lima, Perú. ORCID: [0000-0003-3372-0955](https://orcid.org/0000-0003-3372-0955)

*Autor para correspondencia: fcorreap@ucvvirtual.edu.pe

Resumen

La corrupción en salud representa una barrera estructural que deteriora la equidad, la eficiencia y la confianza en el sistema sanitario. En el Perú, sus efectos son más críticos en áreas rurales y durante emergencias. El objetivo fue determinar cómo influye la corrupción en el sistema de salud peruano en la toma de decisiones de los profesionales de salud pública respecto a la atención al paciente. Se realizó una revisión sistemática cualitativa y de métodos mixtos en seis bases de datos (2000-2024). La selección de estudios se basó en criterios PEO. La calidad metodológica se evaluó mediante ENTREQ, CASP y JBI-QARI, y la confianza en los hallazgos con GRADE-CERQual. El análisis fue temático y comparativo. Los resultados son, de 28 estudios identificados, tres cumplieron los criterios. Los hallazgos muestran que la corrupción estructural limita la implementación de tecnologías, genera sobrecostos en adquisiciones, afecta la sostenibilidad de proyectos y reduce la confianza institucional. El profesionalismo médico se identifica como un factor protector indirecto, aunque insuficiente para prevenir prácticas corruptas. Se concluye que la corrupción impacta negativamente en la atención y gestión en salud en el Perú. Es urgente implementar políticas de transparencia, mecanismos de rendición de cuentas y participación ciudadana.

Palabras clave: corrupción, salud pública, sistema de salud, toma de decisiones.

Abstract

Corruption in healthcare represents a structural barrier that undermines equity, efficiency, and trust in the health system. In Peru, its effects are more critical in rural areas and during emergencies. The objective of this study was to determine how corruption in the Peruvian health system influences the decision-making of public health professionals regarding patient care. A qualitative and mixed-methods systematic review was conducted using six databases (2000–2024). Study selection was based on PEO criteria. Methodological quality was assessed using ENTREQ, CASP, and JBI-QARI, while confidence in the findings was evaluated with GRADE-CERQual. The analysis was thematic and comparative. Of the 28 studies identified, three met the inclusion criteria. The findings show that structural corruption limits the implementation of technologies, generates cost overruns in procurement, affects the sustainability of projects, and reduces institutional trust. Medical professionalism was identified as an indirect protective factor, although insufficient to prevent corrupt practices. It is concluded that corruption negatively impacts healthcare delivery and health management in Peru. The implementation of transparency policies, accountability mechanisms, and citizen participation is urgently needed.

Keywords: corruption, public health, health system, decision-making.

Recibido: 06/02/2026

Aceptado: 14/05/2026

Publicado en línea: 31/05/2026

Cómo citar: Correa Prieto, F. R. (2025). Impacto de la corrupción en el sistema de salud peruano: una revisión sistemática. *Comuni@cción: Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*, 17, e1550. <https://doi.org/10.33595/2226-1478.17.1550>

Introducción

La corrupción constituye uno de los mayores peligros para la equidad, la eficiencia y la confianza pública en los sistemas sanitarios a nivel mundial. En el contexto peruano —caracterizado por profundas desigualdades socioeconómicas y territoriales—, las prácticas corruptas no solo amplían las brechas en el acceso y calidad de los servicios de salud, sino que también debilitan la legitimidad de las instituciones responsables del derecho a la atención médica (OECD, 2024). En el sistema de salud del Perú se han documentado recurrentemente fenómenos como pagos informales, malversación de fondos, nepotismo y fraudes en procesos de contratación y compra de medicamentos. Estos actos no solo desvían recursos clave de la atención médica, sino que también generan desigualdad, reducen la eficiencia institucional y perpetúan la desconfianza ciudadana (Ramírez Cosme, 2024). El caso del “Vacunagate” ocurrido durante la pandemia de COVID19 fue un ejemplo emblemático del impacto que estas prácticas pueden tener en la percepción pública de la salud como derecho universal (Contraloría General de la República, 2020).

A nivel global, la evidencia sugiere que medidas como auditorías ciudadanas, digitalización de procesos administrativos y fortalecimiento de la rendición de cuentas pueden reducir ciertas formas de corrupción en salud (Gonzalez-Aquines et al., 2023). En América Latina, países como México y Colombia han avanzado en la implementación de sistemas de información sanitaria orientados a la transparencia, lo que permite identificar desviaciones y recuperar la confianza pública (Botero-Rodríguez et al., 2023). Sin embargo, en Perú, los estudios que midan rigurosamente la eficacia de intervenciones anticorrupción en salud siguen siendo escasos. Por ejemplo, un análisis reciente de la Encuesta Nacional de Hogares reveló que el 39% de los pacientes con seguro público (SIS/EsSalud) reportaron haber realizado pagos informales en establecimientos que debían ofrecer atención gratuita (Espinoza et al., 2023). Aunque estos hallazgos evidencian la magnitud del problema, aún no existen estudios que evalúen con metodología de impacto el efecto de políticas públicas en la reducción de estas prácticas.

De forma similar, un estudio regional en Perú halló una correlación positiva entre buenas prácticas logísticas en abastecimiento y mayor transparencia en información pública, lo que sugiere posibles vínculos entre gestión y prevención de corrupción (Bellido-Boza et al., 2024). No obstante, tampoco se trató de una intervención evaluada con enfoque comparativo. Desde el ámbito institucional, el Ministerio de Salud ha avanzado en la implementación del Modelo de Integridad, alcanzando

las fases más avanzadas de dicho modelo según evaluaciones recientes (Ortiz-Prado et al., 2023). Aunque esto representa un paso importante en el desarrollo de capacidades internas, aún se carece de métricas públicas que evidencien una reducción concreta de la corrupción o su impacto en la calidad de atención. En este contexto, resulta necesario comprender no solo qué medidas se han adoptado, sino también bajo qué condiciones se han implementado, qué efectos han tenido y cómo se integran dentro de un sistema fragmentado y con capacidades institucionales dispares.

Por ello, esta revisión sistemática adopta una perspectiva crítica institucional, que permite analizar la corrupción como fenómeno estructural, vinculado a asimetrías de poder, debilidad normativa y falta de control social. Por ello, el objetivo de esta revisión sistemática es analizar el impacto de la corrupción en el sistema de salud peruano y sintetizar la evidencia disponible sobre las intervenciones implementadas para reducirla, evaluando sus efectos en la gestión y la atención en salud, con el fin de proponer recomendaciones basadas en evidencia para fortalecer la gobernanza y la transparencia en el sector.

Marco Teórico

Los sistemas de salud y la corrupción: en su medida, la corrupción en los sistemas de salud se considera el uso indebido del poder público para la obtención de beneficios privados, lo que distorsiona la asignación eficiente de recursos y afecta la equidad en el acceso a los servicios sanitarios. En este contexto, se reconocen diversas formas de corrupción, como los pagos informales, la malversación de fondos, el nepotismo y el fraude en los procesos de adquisición, las cuales pueden manifestarse tanto a nivel estructural como en las interacciones cotidianas entre usuarios y proveedores (Gaitonde et al., 2022). Desde la vertiente teórica, la corrupción puede explicarse a la luz de la teoría principal-agente, que plantea que los agentes (funcionarios o profesionales de salud) pueden actuar en beneficio propio en contextos de asimetría de información y debilidad en los mecanismos de control.

Por otro lado, la teoría institucional entiende la corrupción como un fenómeno que emerge en contextos donde las normas formales son débiles o inaplicadas, favoreciendo la consolidación de prácticas informales dentro de las organizaciones (Hutchinson et al., 2023). En el ámbito de la gobernanza en salud, la corrupción se relaciona con la falta de transparencia, la ausencia de rendición de cuentas y la limitada participación ciudadana. Los sistemas de salud con menor capacidad institucional presentan mayores niveles de discrecionalidad en la toma de decisiones, lo que incrementa el riesgo de prácticas

corruptas (Naher et al., 2022). Se ha demostrado que la corrupción en los sistemas de salud se asocia con peores resultados sanitarios, reduce la disponibilidad de recursos, deteriora la calidad de la atención y limita el acceso equitativo a los servicios. Asimismo, contribuye a la pérdida de confianza en las instituciones, lo cual afecta la adherencia a políticas públicas y debilita la legitimidad del sistema de salud (Williams & Martínez-Perez, 2021).

Desde la perspectiva analítica, la corrupción en salud no sólo impacta en la provisión de recursos sino que directamente condiciona los procesos de decisión clínica y de decisión administrativa. En contextos de debilidad institucional la toma de decisiones no está fundadas en criterios técnicos o de necesidad de salud sino que se sustentan en incentivos informales, en presiones políticas, intereses privados. Esto distorsiona la racionalidad del sistema de salud. Aunque la teoría principal-agente pone énfasis en los incentivos que recibe cada individuo, la teoría institucional permite la comprensión de la corrupción como fenómeno estructural y nos hace ver que ambas teorías constituyen enfoques complementarios para explicar la influencia de origen institucional en la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

Metodología

Se procedió a la ejecución de una revisión sistemática de tipo integrativa con síntesis cualitativa temática y análisis descriptivo de evidencias cuantitativas, con el objetivo de reunir, examinar e interpretar crítica la información científica disponible en relación con el fenómeno objeto de estudio. La síntesis cualitativa temática, por su parte, permitió la identificación de categorías, patrones recurrentes, similitudes y diferencias de los estudios incluidos, lo que facilitó la organización de la evidencia de manera sistemática y ordenada. En cambio, el análisis descriptivo de la evidencia cuantitativa ofreció la posibilidad de resumir las principales características de los estudios analizados, tales como población, variables analizadas, contextos de investigación y resultados más relevantes. La revisión se ejecutó con criterio de modo sistemático y riguroso para la búsqueda, selección y evaluación crítica de artículos científicos, de modo que la revisión sea reproducible y transparente. Para ello, se contemplaron bases de datos científicas de reconocida trayectoria y literatura publicada en los últimos años, dejando en un segundo plano el uso de investigaciones con escasa calidad metodológica. Se, identificó vacíos en la evidencia científica y generar una visión holística que ayude al desarrollo de futuras investigaciones y a la

toma de decisiones en el ámbito de la salud pública y la gestión sanitaria.

Diseño de la revisión

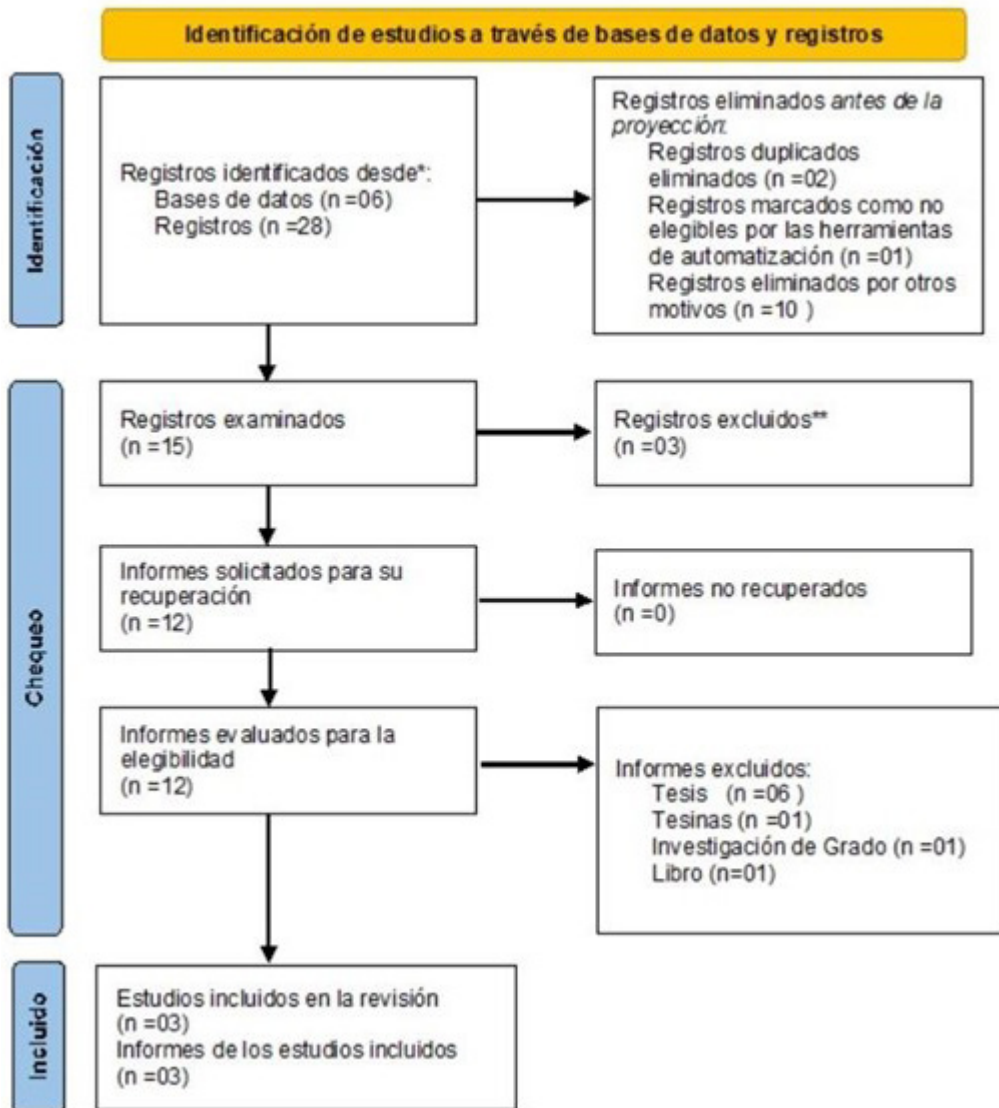
Se realizó una revisión sistemática con enfoque mixto que incluye una síntesis temática de los datos cualitativos y un análisis descriptivo y comparativo de aquellos estudios cuantitativos que midan indicadores de corrupción o transparencia. Para los informes cualitativos se usó la guía ENTREQ (Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research) (Cardoso et al., 2024, Giltenane et al., 2025) y PRISMA 2020 (Elsman et al., 2024, Veroniki et al., 2025) para asegurar claridad, completitud y reproducibilidad en la presentación de resultados. Para fines analíticos, se definieron operacionalmente las variables principales de la revisión. La corrupción en el sistema de salud se entendió como la presencia de prácticas tales como pagos informales, malversación de fondos, nepotismo, fraude en adquisiciones, sobrecostos y uso indebido de recursos públicos.

La toma de decisiones en salud pública se operacionalizó como los procesos mediante los cuales profesionales y gestores del sistema de salud asignan recursos, priorizan intervenciones, implementan políticas o gestionan servicios en contextos afectados por prácticas corruptas. Asimismo, la transparencia y gobernanza se definieron como la existencia de mecanismos de rendición de cuentas, acceso a información pública y control institucional orientados a prevenir o mitigar la corrupción.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda se llevó a cabo en seis bases de datos electrónicas: Scopus, Dialnet, ProQuest, ScienceDirect, Google Académico y SciELO. Se consideraron artículos publicados entre el año 2000 y el 31 de diciembre de 2024, con el fin de incluir la evidencia más reciente y relevante sobre el tema. Para la identificación de los estudios, se emplearon tanto términos controlados como palabras libres, entre los que destacan: health corruption, corrupción en salud, transparency, transparencia, accountability, rendición de cuentas, Peru y governance. (MacDonald et al., 2024, Lagisz et al., 2025) Estos descriptores fueron combinados mediante operadores booleanos (“AND”, “OR”) para optimizar la sensibilidad y especificidad de la búsqueda. Las cadenas completas utilizadas en cada base de datos, con el propósito de garantizar la reproducibilidad del proceso. (Reed & Barnett, 2025, Costa et al., 2025)

Figura 1
 Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de estudios



Criterios de inclusión y exclusión

La pregunta de investigación se estructuró utilizando el marco PEO -Población-Exposición-Resultado- (Terceiro et al., 2025), con el fin de orientar de manera clara la búsqueda y el análisis de la evidencia disponible. En este contexto, la población (P) estuvo conformada por los profesionales de salud pública en el Perú; la exposición (E) correspondió a la corrupción en el sistema de salud; y el resultado (O) se definió como la toma de decisiones vinculadas con la atención de los pacientes. Con base en este esquema, la pregunta central de la revisión fue la siguiente: ¿Cómo influye la corrupción en el sistema de salud en la toma de decisiones de los profesionales de salud pública en el Perú respecto a la atención al paciente? Para la selección de la literatura se establecieron criterios de inclusión y exclusión claramente definidos (De Cassai

et al., 2025). En cuanto a los criterios de inclusión, se consideraron artículos publicados en español o inglés.

Se admitieron estudios de tipo cualitativo, cuantitativo o mixto, siempre que incorporaran un componente de evaluación de intervenciones anticorrupción o la medición de resultados vinculados con corrupción, transparencia, rendición de cuentas, gobernanza o integridad institucional. Asimismo, se incluyeron aquellos trabajos que tuvieran como participantes a profesionales de salud pública o gestores del sistema de salud en el Perú, situados en el contexto del sistema sanitario peruano, y que abordaran fenómenos relacionados con la corrupción y sus dimensiones asociadas. En cuanto a los criterios de exclusión, se descartaron los estudios meramente descriptivos que no presentaran una evaluación de impacto concreta o carecieran de métricas de resultados.

También se excluyeron los trabajos centrados en países distintos al Perú, así como opiniones, editoriales, columnas periodísticas u otros documentos sin respaldo metodológico riguroso.

Finalmente, se eliminó de la revisión toda publicación duplicada o que no contara con información suficiente para una evaluación crítica correcta, garantizando así la calidad metodológica de la revisión. Para la identificación de duplicados se compararon el título, los autores, el año y el DOI, con el fin de evitar un solapamiento en la inclusión de la evidencia científica. De igual manera, fueron descartados aquellos trabajos que no contaban con

metodología, con resultados incompletos, y con datos que no eran relevantes para la pregunta de investigación. Fueron excluidos también los resúmenes sin texto completo, cartas al editor y documentos que contaban con restricciones de acceso. Esta estrategia corroboró los hallazgos recabados y la validez y confiabilidad de los mismos. En la Tabla 1 se puede observar el detalle de los criterios de inclusión y exclusión codificados según idioma, tipo de estudio, participantes, contexto, tipo de publicación y disponibilidad de datos, favoreciendo así la transparencia y la reproducibilidad de la revisión sistemática.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión de estudio

| Categoría | Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|--------------------------------------|---|---|
| Idioma | Artículos en español o inglés. | Publicaciones en otros idiomas. |
| Tipo de estudio | Estudios cualitativos, cuantitativos o mixtos que incluyan evaluación de intervenciones anticorrupción o medición de resultados sobre corrupción, transparencia, rendición de cuentas, gobernanza o integridad institucional. | Estudios meramente descriptivos sin evaluación de impacto o métricas de resultados. |
| Participantes / Contexto / Fenómenos | Profesionales de salud pública o gestores del sistema de salud en Perú; contexto del sistema sanitario peruano; fenómenos relacionados con corrupción, transparencia, rendición de cuentas e integridad institucional. | Estudios centrados en países distintos al Perú. |
| Tipo de publicación | Artículos científicos con metodología explícita y rigurosa. | Opiniones, editoriales, columnas periodísticas u otras publicaciones sin respaldo metodológico. |
| Disponibilidad de datos | Publicaciones con información suficiente para la evaluación crítica. | Publicaciones duplicadas o con información insuficiente para la evaluación crítica. |

Selección de estudios

El proceso de selección de estudios fue llevado a cabo por dos revisores independientes, quienes evaluaron de manera rigurosa los títulos, resúmenes y textos completos de los artículos identificados. Para organizar y facilitar el cribado, se empleó una herramienta de gestión de referencias especializada Rayyan, la cual fue complementada con hojas de cálculo en Excel para llevar un registro sistemático de las decisiones tomadas durante cada fase de la revisión (Lindsay, 2011). En los casos en que surgieron discrepancias entre los revisores, estas fueron discutidas de manera conjunta hasta alcanzar un consenso. Cuando no fue posible resolver las diferencias mediante la discusión directa, se recurrió a la participación de un tercer revisor, con el fin de garantizar la objetividad y transparencia del proceso de selección. El tamaño final de los estudios incluidos en esta revisión sistemática se determinó en función de criterios de saturación conceptual y relevancia analítica, más que por consideraciones cuantitativas.

Dado que el propósito de la investigación fue analizar a fondo el impacto de la corrupción en el sistema de salud peruano y las características de las intervenciones orientadas a disminuir el impacto de la corrupción en

el sistema de salud, consideramos que la inclusión de estudios que aportaran información pertinente, contextualizada y metodológica era prioritaria. En ese sentido, la investigación tuvo que ser capaz de describir experiencias, factores asociados, consecuencias y estrategias que han sido implementadas en diversos niveles del sistema sanitario. Con esa idea, también consideramos la diversidad de enfoques contextuales para obtener una visión del fenómeno estudiado. La saturación de la información se consideró alcanzada al momento de los estudios incluidos cuando dejaron de aportar conceptos, categorías, patrones o dimensiones analíticas relevantes para comprender el problema, criterio dentro de los límites que permitieron garantizar la suficiencia y la profundidad de la evidencia, y que eran coherentes con los principios metodológicos de las revisiones sistemáticas con la síntesis cualitativa temática.

Extracción y análisis de datos

Para la extracción de datos, se elaboró una tabla estructurada en la que se registraron las características principales de los estudios incluidos, tales como el autor, año de publicación, tipo de estudio, población participante, intervención o fenómeno anticorrupción

analizado, indicadores evaluados, resultados obtenidos, contexto de aplicación y limitaciones reportadas. Esta herramienta permitió organizar la información de manera sistemática y facilitar su análisis posterior. En cuanto al método de síntesis, los hallazgos cualitativos fueron integrados mediante una síntesis temática, lo que permitió identificar patrones y significados comunes. (Schmidt et al., 2020). Respecto al procedimiento analítico, los datos cualitativos se codificaron de manera inductiva y deductiva, generándose categorías y temas emergentes a partir de la evidencia. Para fortalecer la credibilidad del análisis, se aplicó un proceso de triangulación de codificadores, en el que participaron varios revisores.

Se omitió realizar un metaanálisis ni pruebas estadísticas inferenciales por la heterogeneidad metodológica de todos los trabajos seleccionados, la diversidad de estrategias analíticas utilizadas y la escasa presencia de estudios con indicadores cuantitativos comparables. Los estudios seleccionados eran distintos en diseño, población, variables de análisis y metodologías de medición por lo que se obstaculizó la posibilidad de combinar la información estadísticamente válida. En este sentido se continuó con un análisis descriptivo, acompañado de una síntesis cualitativa de tipo temática, dado que con ello se logró integrar y sintetizar todos los hallazgos de forma sistemática y coherente. Esta

estrategia ayudó a descubrir patrones, categorías y relaciones en torno al impacto de la corrupción en el sistema de salud peruano y las intervenciones para reducirla, a la vez que permitió preservar el contexto, la complejidad y las singularidades de los fenómenos estudiados, contribuyendo así a una interpretación más holística y crítica de la evidencia.

Evaluación de calidad de estudios incluidos

Para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios tomados en cuenta, se hizo uso de JBI-QARI para las investigaciones cualitativas, el cual permite evaluar aspectos ligados a credibilidad, congruencia metodológica y pertinencia de los hallazgos (Smith et al., 2025). También se utilizó la lista de chequeo de CASP (Critical Appraisal Skills Programme) para hallar el riesgo de sesgo y analizar la rigurosidad metodológica de cada uno de los estudios cualitativos incluidos en esta revisión sistemática (Peters et al., 2022). En lo que respecta a la forma de integrar la calidad en la síntesis, los estudios fueron acotados en base a la calidad metodológica y nivel de consistencia analítica que presentaba. Aquellos categorizados como de baja calidad fueron explicitados y analizados de manera distinta. También se indagó por la sensibilidad de los hallazgos ante su exclusión, a fin de evaluar la estabilidad, confiabilidad y consistencia de las conclusiones obtenidas de la evidencia.

Tabla 2

Evaluación de calidad de estudios cualitativos (CASP Qualitative Checklist) para el estudio de Bressan

| Ítem CASP | Juicio | Observaciones |
|-------------------------------------|-----------|---|
| 1. Pregunta/objetivo claro | Sí | Explora desafíos en implementación de tecnologías biomédicas y corrupción en comunidades indígenas remotas. |
| 2. Método cualitativo apropiado | Sí | Enfoque fenomenológico, adecuado para explorar experiencias. |
| 3. Diseño de estudio apropiado | Sí | Coherente con la pregunta planteada. |
| 4. Estrategia de muestreo apropiada | No consta | No se describen criterios de inclusión/exclusión ni tamaño de muestra. |
| 5. Métodos de recolección adecuados | Parcial | Se menciona contexto, pero no técnicas concretas de recolección. |
| 6. Reflexividad | No consta | No hay información sobre la influencia de investigadores. |
| 7. Consideraciones éticas | No consta | No se menciona consentimiento ni aprobación ética. |
| 8. Rigor en análisis de datos | Parcial | Se reporta análisis temático, pero sin detallar proceso de codificación ni triangulación. |
| 9. Claridad en resultados | Parcial | Resultados presentados, pero sin citas textuales de participantes. |
| 10. Valor del estudio | Sí | Aporta evidencia sobre efectos de corrupción en sostenibilidad de proyectos en la Amazonía. |

Juicio global: Riesgo de sesgo moderado. Aporta hallazgos valiosos, aunque con limitaciones en detalle metodológico.

Tabla 3*Evaluación de calidad de estudios cualitativos (CASP Qualitative Checklist) para el estudio de Arancibia.*

| Ítem CASP | Juicio | Observaciones |
|-------------------------------------|-----------|---|
| 1. Pregunta/objetivo claro | Sí | Analiza respuesta gubernamental al COVID-19 y corrupción en adquisiciones. |
| 2. Método cualitativo apropiado | Sí | Exploratorio, adecuado para percepciones y procesos. |
| 3. Diseño de estudio apropiado | Parcial | No se especifica diseño cualitativo concreto. |
| 4. Estrategia de muestreo apropiada | No consta | No se reportan criterios de selección de participantes. |
| 5. Métodos de recolección adecuados | Parcial | No se detalla si fueron entrevistas, grupos focales u otros métodos. |
| 6. Reflexividad | No consta | No se menciona posicionamiento de investigadores. |
| 7. Consideraciones éticas | No consta | No se reporta consentimiento ni aprobación ética. |
| 8. Rigor en análisis de datos | Parcial | Hallazgos descritos, pero sin explicación de procedimientos analíticos. |
| 9. Claridad en resultados | Parcial | Resultados concretos reportados, pero sin citas textuales de participantes. |
| 10. Valor del estudio | Sí | Evidencia relevante sobre corrupción en adquisiciones y efectos en salud de trabajadores. |

Juicio global: Riesgo de sesgo moderado–alto. Aporta evidencia útil, pero con vacíos metodológicos significativos.

Evaluación de confianza en la síntesis cualitativa (GRADE-CERQual)

Se utilizó la herramienta GRADE-CERQual (Confianza en la evidencia de revisiones de investigación cualitativa), con la finalidad de realizar la evaluación de la confianza en los hallazgos extraídos de la síntesis cualitativa; de esta manera, se lleva a cabo una valoración del proceder sistemático de la solidez y credibilidad de la evidencia que forma parte de la revisión. Para la evaluación, se tomaron en cuenta los dominios de limitaciones metodológicas, relevancia, coherencia y suficiencia de los datos tal como se había ido realizando siguiendo

las recomendaciones aportadas por Cooper et al. (2024). Las limitaciones metodológicas sirvieron para aportar indicios de sesgos o debilidades de los estudios primarios y la relevancia puso la evaluación del grado de aplicabilidad de los hallazgos puestos en práctica en la revisión de investigación. La coherencia, por su parte, expone la concordancia entre los resultados reportados y la suficiencia de datos, así como la amplitud y riqueza de la evidencia científica que se revise. A continuación, se suministra el Summary of Qualitative Findings (SoQF), en el que se llevan a cabo una síntesis de los hallazgos y del nivel de confianza que se le asigna a cada uno de ellos.

Tabla 4*Summary of Qualitative Findings (SoQF).*

| Hallazgo de la síntesis | Contribución de estudios | Limitaciones metodológicas | Relevancia | Coherencia | Suficiencia de datos | Nivel de confianza CERQual |
|--|--|---|--|---|--|----------------------------|
| 1. La corrupción distorsiona la asignación de recursos y la sostenibilidad de proyectos en salud, especialmente en regiones remotas. | Bressan et al. (2022), Arancibia et al. (2020) | Moderadas: vacíos en muestreo y rigor analítico | Alta: directamente aplicable al Perú | Alta: hallazgos coinciden en ambos estudios | Limitada: solo 2 estudios, poco detalle de participantes | Moderada |
| 2. La corrupción en adquisiciones durante la pandemia (sobrepagos, escasez) comprometió la atención y generó infecciones en personal de salud. | Arancibia et al. (2020) | Moderadas–Altas: falta de detalle metodológico | Alta: contexto peruano y COVID-19 | Moderada: solo un estudio respalda | Limitada: un estudio, sin citas textuales | Baja–Moderada |
| 3. La corrupción genera desconfianza institucional y debilita la gobernanza en salud pública. | Bressan et al. (2022), Arancibia et al. (2020) | Moderadas | Alta: directamente aplicable al contexto | Alta: ambos estudios coinciden | Limitada: pocos estudios, sin diversidad de fuentes | Moderada |
| 4. El profesionalismo médico no siempre se vincula explícitamente con prácticas corruptas. | Real Delor et al. (observacional) | Altas: no cualitativo, sin foco en corrupción | Moderada: contexto parcial (LatAm, no solo Perú) | Baja: no converge con otros hallazgos | Limitada: un estudio, no cualitativo | Muy baja |

Interpretación general: La confianza global en los resultados de la síntesis cualitativa fue calificada como moderada en los temas centrales del estudio, incluidos corrupción, asignación de recursos y gobernanza en el sistema de salud, para lo cual atendía a una serie de factores, a saber, a la concordancia obtenida al haber consultado diferentes estudios, como también a la significatividad de la evidencia. Se obtuvieron unos hallazgos con coherencia temática y cierto sustento contextual que pudieron llegar a respaldar las conclusiones más importantes de la revisión. Por el contrario, el nivel de confianza fue decreciendo cuando los hallazgos provenían de un único estudio o cuando se trataba de investigaciones que presentaban defectos metodológicos importantes en forma de escasa descripción analítica o debilidades en el diseño. Los hallazgos asociados al profesionalismo médico fueron calificados con un nivel de confianza muy bajo debido a la escasa cantidad de estudios con los que se podía contar y a la insuficiencia de evidencia sustentativa para poder extraer interpretaciones definitivas a partir de la síntesis cualitativa que se realizó.

Reflexividad y rigor

En el marco de la reflexividad, se explicitaron el rol, la experiencia y los posibles sesgos de los investigadores, así como su trasfondo teórico y las influencias que estos factores pudieron ejercer en la interpretación de los hallazgos. Este posicionamiento buscó aportar transparencia al proceso analítico y permitir una comprensión más clara de la perspectiva desde la cual se abordó la síntesis (Ng & Zhou, 2025). Para el aseguramiento del rigor metodológico, se implementaron diversas estrategias. Entre ellas se incluyeron la triangulación de analistas, la auditoría de datos, la revisión por pares del análisis temático y, cuando fue factible, la validación de los resultados con participantes o con expertos en el campo. Estas medidas contribuyeron a reforzar la credibilidad, la transferibilidad y la confiabilidad de la revisión cualitativa. En la Tabla 3 se resumen las principales acciones implementadas y su contribución al fortalecimiento del proceso de síntesis cualitativa.

Tabla 5
Reflexividad y estrategias de rigor aplicadas en la revisión cualitativa

| Dimensión | Descripción / Aplicación |
|---------------------------------------|---|
| Posicionamiento de los investigadores | Se explicitó el rol, la experiencia y los posibles sesgos de los investigadores, incluyendo su trasfondo teórico y la influencia potencial en la interpretación de los hallazgos. |
| Triangulación de analistas | Varios investigadores participaron en el proceso de codificación y análisis, comparando e integrando perspectivas. |
| Auditoría de datos | Se mantuvo un registro sistemático (audit trail) de las decisiones analíticas y metodológicas adoptadas. |
| Revisión por pares | El análisis temático fue discutido y validado por colegas no involucrados directamente en la síntesis. |
| Validación externa | Cuando fue posible, los hallazgos fueron contrastados con participantes o expertos en el área para aumentar la credibilidad y transferibilidad. |

La revisión sistemática no requirió la aprobación de un comité de ética en investigación dado que la revisión se sustentaba únicamente en el análisis de fuentes secundarias de acceso público, sin que participaran seres humanos ni se trataran datos sensibles o privados. Los estudios incluidos correspondieron a investigaciones publicadas en bases de datos científicas aceptadas. No obstante, el proceso de investigación fue ejecutado bajo sus principios de integridad científica, transparencia, riguroso método y la responsabilidad en el uso de información. Al mismo tiempo, se garantizó una selección objetiva de la evidencia y la crítica de los estudios incluidos, evitando sesgos en la interpretación de los resultados. Del mismo modo se respetaron las normas de citación y la concesión de autoría, garantizando la adecuada referencia de todas las fuentes consultadas en el desarrollo de la revisión sistemática.

Resultados

Selección de estudios

La estrategia de búsqueda identificó un total de 28 registros provenientes de seis bases de datos electrónicas: Scopus (n = 2), Dialnet (n = 1), ProQuest (n = 6), ScienceDirect (n = 7), Google Académico (n = 12) y SciELO (n = 0). Tras la eliminación de dos registros duplicados, se procedió al cribado de títulos y resúmenes. Posteriormente, se evaluaron los textos completos de los estudios potencialmente elegibles, de los cuales tres estudios cumplieron con todos los criterios de inclusión establecidos y fueron incorporados en la síntesis final. El proceso de identificación, cribado, evaluación de elegibilidad e inclusión de los estudios se presenta en la Figura 1, mediante un diagrama de flujo elaborado conforme a las directrices PRISMA 2020.

Características de los estudios incluidos

Los tres estudios que se incluyen en la revisión sistemática son del año 2022, lo que denota la reciente y actualizada vigencia de la evidencia disponible sobre la materia investigada. Teniendo en cuenta el enfoque metodológico, dos estudios fueron estudios cualitativos para explorar percepciones, experiencias y dinámicas sobre la corrupción y la gobernanza en salud, en un estudio cuantitativo observacional de corte transversal.

En relación con el contexto geográfico, dos estudios incluían población peruana junto con población de otros países de América Latina, lo que permitía establecer una comparación. En cambio, otro estudio se llevó a cabo únicamente en regiones del territorio peruano, lo que aportaba evidencia contextual. Las características de los estudios seleccionados como autoría, contexto, participantes, diseño metodológico y tipo de análisis se presentan de forma resumida y sistemática en la Tabla 6.

Tabla 6

Características de los estudios incluidos

| Autor(es) | Año | Contexto | Participantes | Diseño | Método | Hallazgos principales |
|-------------------|------|--|--|--------------|---|--|
| Bressan et al. | 2022 | Amazonía peruana (Ucayali, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Junín, Amazonas) | Personal de salud en centros y puestos de salud; comunidades indígenas remotas | Cualitativo | Enfoque fenomenológico | Se identificaron desafíos en el diseño, implementación y aceptabilidad de tecnologías biomédicas. La corrupción se menciona como factor que influye en la toma de decisiones en salud pública, especialmente en contextos de recursos limitados. |
| Real Delor et al. | 2022 | Paraguay, Perú, Cuba (sin detallar región peruana específica) | Médicos de diversas especialidades en hospitales | Cuantitativo | Estudio observacional transversal descriptivo | Se evaluó la percepción del profesionalismo médico. Aunque no hay un enfoque directo en corrupción, los resultados ofrecen una aproximación sobre valores éticos del personal médico en contextos latinoamericanos. |
| Arancibia et al. | 2022 | Chile, Colombia, Ecuador y Perú (Lima Metropolitana y Callao para Perú) | Profesionales de enfermería y salud pública en instituciones de salud pública | Cualitativo | Métodos exploratorios, descriptivos y enfoque analítico | Se analizó la respuesta gubernamental al COVID-19. En el caso peruano, se discutió el impacto negativo de la corrupción en la credibilidad institucional, la gestión sanitaria y la respuesta del sistema de salud ante la emergencia. |

Hallazgos principales

Los tres estudios incluidos en la revisión permiten examinar el fenómeno de la corrupción en el ámbito sanitario desde perspectivas complementarias. El trabajo de Bressan et al. (Bressan et al., 2022) aporta evidencia desde los niveles operativos y comunitarios, mientras que el de Real Delor et al. (Real-Delor et al., 2025) se centra en los valores éticos y profesionales como elementos fundamentales para prevenir actos de corrupción. Por su parte, Arancibia et al. (Arancibia et al., 2021) analiza el impacto sistémico e institucional de la corrupción durante una crisis de salud pública, específicamente en el contexto de la pandemia de COVID-19. En relación con el primer tema emergente, corrupción estructural y toma de decisiones en salud pública, el estudio de Bressan et al. (Bressan et al., 2022), realizado en la Amazonía peruana (Ucayali, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Junín y Amazonas), incluyó a personal de salud en centros y puestos de atención, así como a comunidades indígenas.

A través de un diseño cualitativo con enfoque fenomenológico, los autores identificaron múltiples barreras estructurales que afectan la implementación de tecnologías en salud. La corrupción se señaló como un factor que obstaculiza la toma de decisiones tanto a nivel local como regional, debido principalmente a la falta de recursos, de fiscalización y de transparencia en la asignación de fondos, lo que genera inequidades y desconfianza en el sistema. El segundo tema, percepción del profesionalismo médico y cultura ética, fue abordado por Real Delor et al. (Real-Delor et al., 2025) en un estudio cuantitativo, observacional y de tipo transversal, desarrollado en Paraguay, Perú y Cuba, con la participación de médicos de diversas especialidades. Aunque este trabajo no analiza de manera directa la corrupción, sí explora el profesionalismo médico como una dimensión ética y cultural compartida. En el caso peruano, los hallazgos permiten inferir el estado de los valores profesionales en el ejercicio clínico,

los cuales se relacionan de manera indirecta con la probabilidad de prácticas corruptas. Los resultados mostraron variaciones entre países, con niveles medios de profesionalismo percibido en Perú.

Finalmente, el tercer tema, impacto de la corrupción en la respuesta institucional frente a emergencias sanitarias, se abordó en el estudio de Arancibia et al. (Arancibia et al., 2021). Esta investigación, de diseño cualitativo y con métodos exploratorios, descriptivos y analítico-interpretativos, incluyó a profesionales de salud y enfermería de instituciones públicas en Lima Metropolitana y Callao, así como en otros países de América Latina (Chile, Colombia y Ecuador). En el caso peruano, los hallazgos evidenciaron fallas en la coordinación del sistema de salud, desconfianza ciudadana e impactos negativos atribuibles a la corrupción institucional. Se destacó que la corrupción afectó tanto la asignación de recursos como la eficacia de las políticas públicas implementadas durante la pandemia. Los participantes señalaron que la credibilidad del sistema se vio comprometida, lo cual limitó la adherencia ciudadana y deterioró la gobernanza sanitaria.

Variaciones y contexto

Los estudios incluidos evidenciaron variaciones relevantes en el contexto geográfico, institucional y poblacional, así como en sus enfoques metodológicos, lo que tuvo implicancias directas para la síntesis de resultados. En primer lugar, el estudio de Bressan et al. (Bressan et al., 2022) se desarrolló en un contexto rural y amazónico que incluyó regiones como Ucayali, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Junín y Amazonas. En estos territorios participaron comunidades indígenas remotas con limitado acceso a tecnología y servicios de salud, principalmente en instituciones de atención primaria como centros y puestos de salud. Desde un diseño cualitativo con enfoque fenomenológico, el estudio profundizó en las experiencias locales y en la perspectiva de trabajadores de salud que laboran en zonas excluidas. Sus hallazgos aportan una visión contextual y localizada sobre cómo la corrupción estructural restringe la implementación de tecnologías, destacando además la falta de supervisión en áreas rurales como un catalizador de prácticas de corrupción normalizadas.

Por otro lado, el estudio de Real Delor et al. (Real-Delor et al., 2025) tuvo un carácter multicéntrico al abarcar Paraguay, Perú y Cuba. Aunque en el caso peruano no se contó con una desagregación regional específica, el análisis incluyó hospitales públicos y médicos de distintas especialidades. El diseño fue observacional,

descriptivo y cuantitativo, centrado en la percepción del profesionalismo médico como dimensión ética, sin explorar de manera directa experiencias de corrupción. A pesar de esta limitación, el estudio proporcionó datos comparativos sobre valores profesionales en diferentes países y resultó útil para explorar componentes éticos y culturales que pueden influir indirectamente en la probabilidad de conductas corruptas.

Finalmente, el trabajo de Arancibia et al. (Arancibia et al., 2021) incluyó múltiples países latinoamericanos, entre ellos Perú (Lima Metropolitana y Callao), Chile, Colombia y Ecuador, con un enfoque en instituciones públicas urbanas y la participación de profesionales de enfermería y salud pública. Se trató de un estudio cualitativo con métodos exploratorios y un enfoque analítico-interpretativo, lo que permitió realizar comparaciones regionales. Los hallazgos mostraron cómo el contexto político e institucional condiciona la gestión sanitaria y amplifica los efectos de la corrupción, evidenciando que los entornos urbanos y centralizados enfrentan desafíos distintos a los observados en contextos rurales, como los descritos por Bressan et al. (Bressan et al., 2022).

Resultados no significativos y limitaciones reportadas

Uno de los estudios analizados no abordó, ni de manera directa ni indirecta, el fenómeno de la corrupción, ni evaluó el impacto de ésta usando ni los indicadores relacionados con la gobernanza, la transparencia o la gestión de recursos en salud. El estudio se centró en los aspectos contextuales que subyacen al funcionamiento del sistema del sistema de salud y, con él, se aportó información adicional para la comprensión del problema. Así pues, igualmente, ninguno de los estudios cuantitativos incluidos en la revisión aplicó análisis inferenciales de manera contundente, no reportó asociaciones estadísticas robustas, ni obtuvo medidas comparables u homogéneas a lo largo de los trabajos. Los investigadores no mostraron la riqueza de los datos cuantitativos que recogieron sus trabajos, lo que limitó la realización de comparación estandarizada y la construcción del metaanálisis. Igualmente, fue posible observar que, en la mayor parte de los estudios analizados existía heterogeneidad en los diseños metodológicos, en las variables analizadas y en las estrategias de medición utilizadas. Estas limitaciones fueron tenidas en cuenta en el proceso de síntesis de los resultados y en la interpretación crítica de los resultados obtenidos dentro del proceso de revisión sistemática.

Tabla 7*Características de los estudios incluidos*

| Estudio | Variaciones en contexto geográfico, Variaciones metodológicas institucional y poblacional | Implicancias para la síntesis | |
|--------------------------|--|---|---|
| Bressan et al. (2022) | - Contexto rural y amazónico (Ucayali, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Junín, Amazonas).– Comunidades indígenas remotas con limitado acceso a tecnología y servicios.–Instituciones de salud primaria (centros y puestos de salud). | - Cualitativo, con enfoque fenomenológico.– Profundiza en experiencias locales, perspectiva desde trabajadores de salud en zonas excluidas. | - Aporta perspectiva contextual y local sobre cómo la corrupción estructural limita la implementación de tecnologías.– Resalta la falta de supervisión en áreas rurales como catalizador de corrupción “normalizada”. |
| Real Delor et al. (2022) | - Estudio multicéntrico en Paraguay, Perú y Cuba.–Perú no cuenta con desagregación por región, pero abarca hospitales públicos.– Participantes: médicos de distintas especialidades. | - Diseño observacional, descriptivo, cuantitativo.– Enfoque en percepciones de profesionalismo, sin explorar directamente experiencias. | - La naturaleza del estudio ofrece datos comparativos sobre valores profesionales entre países.–Útil para explorar componentes éticos que pueden influir indirectamente en la probabilidad de conductas corruptas. |
| Arancibia et al. (2022) | - Múltiples países: Perú (Lima Metropolitana y Callao), Chile, Colombia, Ecuador.–Instituciones públicas urbanas.–Participantes: profesionales de enfermería y salud pública. | - Cualitativo, con métodos exploratorios y enfoque analítico.–Comparación regional, enfoque interpretativo. | - Permite comparar cómo el contexto político-institucional influye en la gestión sanitaria y los efectos de la corrupción.– Muestra cómo el entorno urbano y centralizado presenta desafíos distintos a los entornos rurales (como los de Bressan). |

Discusión

Los resultados de esta revisión sistemática evidencian que la corrupción tiene efectos significativos sobre la toma de decisiones en el sistema de salud peruano, particularmente en la gestión de recursos, las adquisiciones y la asignación de insumos críticos. Los estudios de Bressan et al. (Bressan et al., 2022) y Arancibia et al. (Arancibia et al., 2021) demuestran que la corrupción institucional afecta tanto la sostenibilidad de proyectos como la credibilidad del sistema sanitario. Por su parte, Real Delor et al. (Real-Delor et al., 2025) explora dimensiones vinculadas con el profesionalismo médico, las cuales, aunque no se relacionan de manera explícita con la corrupción, constituyen un referente normativo y ético que puede influir en la reducción de prácticas corruptas.

En contextos remotos, como la Amazonía peruana, la corrupción se manifiesta de forma estructural, exacerbando desafíos ya existentes relacionados con infraestructura, logística y accesibilidad (Bressan et al., 2022). La falta de transparencia en las adquisiciones, la presión política y el desvío de recursos condicionan las decisiones de los profesionales de salud, lo que repercute directamente en la calidad de los servicios y en la equidad del acceso. Durante la emergencia sanitaria por la COVID-19, estos efectos se intensificaron, tal como señala Arancibia et al. (Arancibia et al., 2021), debido a fallas en la cadena de suministros, ausencia de control en compras urgentes y una creciente desconfianza ciudadana hacia las instituciones. En contraste, el estudio de Real Delor et al. (Real-Delor et al., 2025)

resalta que la ética profesional y los valores asociados al profesionalismo médico podrían funcionar como un factor protector, aunque no fueron medidos directamente como mecanismos anticorrupción.

Estos hallazgos coinciden con investigaciones realizadas en América Latina y Europa, las cuales han documentado que la corrupción institucional debilita la efectividad de los sistemas de salud, incrementa la desigualdad y erosiona la confianza pública (Botero-Rodríguez et al., 2023; Gonzalez-Aquines et al., 2023). En el contexto peruano, informes recientes como Hacia un Sistema Nacional de Integridad y Transparencia en el Perú (OECD, 2024) corroboran que la fragmentación del sistema sanitario y la debilidad institucional constituyen obstáculos persistentes para la implementación de medidas eficaces contra la corrupción. Asimismo, la experiencia de EsSalud con la creación de la Oficina de Integridad (OFIN) en 2024 refleja avances en materia de supervisión y transparencia; no obstante, aún no se dispone de evidencia cuantitativa que demuestre el impacto de estas iniciativas sobre la reducción de prácticas corruptas (Contraloría General de la República, 2024).

Una de las principales fortalezas de esta revisión es la inclusión de estudios recientes con enfoques metodológicos variados, tanto cualitativos como cuantitativos, lo que permitió obtener una visión más completa del modo en que la corrupción opera en distintos niveles del sistema de salud peruano (Gao et al., 2024). Además, el análisis crítico-institucional aportó una mirada estructural que trasciende el relato anecdótico,

al identificar factores institucionales, normativos y culturales que condicionan la corrupción. Entre las limitaciones, destaca el número reducido de estudios incluidos, lo que restringe la generalización de los hallazgos. Asimismo, la heterogeneidad de los contextos —regiones, niveles de atención e instituciones— dificultó la comparación directa entre los estudios. Finalmente, la ausencia de investigaciones centradas en pacientes o comunidades limitó la comprensión de la dimensión social y vivencial de la corrupción en salud.

El equipo investigador cuenta con formación en salud pública, gobernanza institucional y gestión sanitaria, lo que probablemente influyó en el énfasis puesto sobre los aspectos relacionados con transparencia, integridad y política pública. Este posicionamiento orientó el análisis hacia la identificación de factores estructurales e institucionales. Sin embargo, se reconoce que otros enfoques, como la ética clínica, la antropología de la salud o los derechos humanos, podrían aportar valor adicional al examinar con mayor profundidad las experiencias de los pacientes, las dimensiones morales individuales y comunitarias, o las consecuencias culturales de la corrupción. En el ámbito de la práctica y las políticas, se recomienda fortalecer los mecanismos de control y transparencia en los procesos de adquisición y gestión de insumos, particularmente en regiones remotas y vulnerables. Asimismo, resulta necesario consolidar y ampliar las oficinas de integridad institucional, como la OFIN de EsSalud, y fomentar auditorías ciudadanas y la participación comunitaria en la vigilancia del uso de recursos.

También se sugiere diseñar modelos de contratación que reduzcan la discrecionalidad y las presiones indebidas, ya sean políticas o clientelares, asegurando la existencia de sanciones claras y la transparencia en los procesos. Respecto a futuras investigaciones, se propone realizar estudios evaluativos con diseños de impacto —por ejemplo, estudios antes y después con grupos comparativos— que permitan medir de manera cuantitativa la eficacia de intervenciones anticorrupción en el sector salud, tales como mejoras en la transparencia, la reducción de pagos informales o la disminución en el desvío de recursos. Asimismo, se recomienda llevar a cabo estudios cualitativos que recojan directamente las experiencias de pacientes y comunidades, a fin de comprender cómo perciben y son afectados por las prácticas corruptas. Finalmente, resulta pertinente desarrollar investigaciones regionales desagregadas que exploren las diferencias geográficas, institucionales y culturales dentro del Perú, con el fin de generar estrategias de control de la corrupción adaptadas a cada contexto.

Las conclusiones de esta revisión validan la necesidad de investigar la corrupción como uno de los determinantes estructurales de la salud, sobre todo si se considera que la corrupción va más allá de ser un simple problema administrativo o de gestión institucional, y nos lleva a reflexionar sobre el hecho de que la corrupción impacta directamente en la forma de asignar los recursos, en el acceso a los servicios de salud, en la calidad de la atención que reciben los pacientes, en la confianza de la población hacia el sistema sanitario y el Estado. No obstante, la escasa existencia de estudios evaluativos muestra una notable carencia de producción científica sobre el tema, especialmente cuando se extrae de contextos latinoamericanos y peruanos. Esta carencia condiciona la formulación de políticas públicas con base científica y la posibilidad de articular mecanismos de prevención y control. De esta manera, promover la investigación aplicada, mejorar los sistemas de auditoría y potenciar los mecanismos de transparencia serán formas de progresar hacia sistemas de salud más justos, equitativos y eficaces.

Conclusiones

La corrupción en el sistema de salud peruano constituye un determinante estructural que afecta la toma de decisiones, la asignación de recursos y la calidad de la atención, con mayor impacto en contextos de vulnerabilidad y emergencias sanitarias.

La evidencia disponible, predominantemente cualitativa y limitada, demuestra que la corrupción debilita la gobernanza, reduce la eficiencia del sistema y deteriora la confianza institucional.

La escasez de estudios con diseños evaluativos impide estimar el impacto de las intervenciones anticorrupción, evidenciando una brecha crítica en la producción científica.

Se requieren estrategias integrales orientadas al fortalecimiento institucional, la transparencia, la participación ciudadana y la formación ética, con el fin de mejorar la gobernanza y la equidad en el sistema de salud.

Referencias

- Arancibia, D., Silva, D., Cortés, F., & Muñoz, D. (2021). Vigilancia, investigación y evaluación en la gestión del riesgo del COVID-19. Los casos de Chile, Colombia, Ecuador y Perú. *Religación*, 6(27), 23-37. <https://doi.org/10.46652/rgn.v6i27.770>
- Bellido-Boza, L., (2024). Cost-sharing and associated factors in the Peruvian private health sector. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 41(1), 54–63. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2024.41.13327>

- Botero-Rodríguez, F., Pantoja-Ruiz, C., & Rosselli, D. (2023). Corruption and its relation to prevalence and death due to noncommunicable diseases and risk factors: A global perspective. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e10.
- Bressan, C., Loayza, R., Valer, J., Ruiz, A., Huicho, L., & Hartinger, S. M. (2022). Challenges of designing and implementing biomedical technologies in remote Peruvian Amazon communities: Lessons learned for effective implementation. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01727-2>
- Cardoso, M. M. de A., (2024). Mapping frameworks for synthesizing qualitative evidence in health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 40(1), e53. <https://doi.org/10.1017/S0266462324000369>
- Contraloría General de la República. (2020). *Informe sobre casos de presunta corrupción en el sector salud durante la pandemia*.
- Contraloría General de la República. (2024). *Índice de riesgos de la corrupción e inconducta funcional (INCO 2024)*.
- Cooper, S., (2024). Applying GRADE-CERQual to interpretive review findings: Reflections from a Cochrane meta-ethnography on childhood vaccination acceptance. *International Journal of Qualitative Methods*, 23, 16094069241246413.
- Costa, I. C. P., Mendes, K. D. S., & Freitas, P. S. (2025). Literature search strategies: A guideline for identifying the best evidence in healthcare. *Texto & Contexto Enfermagem*, 34, e20230405. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0405en>
- De Cassai, A., (2025). Methodological standards for conducting high-quality systematic reviews. *Biology*, 14(8), 973.
- Elsman, E. B. M., (2024). Guideline for reporting systematic reviews of outcome measurement instruments (OMIs): PRISMA-COSMIN for OMIs 2024. *Journal of Clinical Epidemiology*, 173, 111422. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2024.111422>
- Espinoza, L. A., Mallma, P., & García, P. J. (2023). Informal payments in health facilities in Peru in 2018: Analysis of a cross-sectional survey. *PLOS Global Public Health*, 4(1), e0001837. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001837>
- Gaitonde, R., Oxman, A. D., Okebukola, P. O., & Rada, G. (2022). Interventions to reduce corruption in the health sector. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(9), CD008856. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008856.pub3>
- Gao, J. (2024). Effects of transparent online open procurement on prices, volumes and costs of medicine orders: A quasi-experimental analysis. *Health Policy and Planning*, 39(2), 201–212. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa213>
- Giltenane, M., (2025). Assessing the reporting quality of published qualitative evidence syntheses in the Cochrane Library. *Cochrane Evidence Synthesis and Methods*, 3(3), e70023. <https://doi.org/10.1002/cesm.70023>
- Gonzalez-Aquines, S., Alvarez-Mendoza, C., & Ortega-Pena, S. (2023). Public health expenditure and corruption in European and Latin American contexts: Trends and lessons. *European Journal of Public Health*, 33(2), 321–329. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad023>
- Hutchinson, E., Balabanova, D., & McKee, M. (2023). We need to talk about corruption in health systems. *International Journal of Health Policy and Management*, 12, 1–5. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2023.7714>
- Lagisz, M. (2025). A practical guide to evaluating sensitivity of literature search strings for systematic reviews using relative recall. *Research Synthesis Methods*, 16(1), 1–14.
- Lindsay, S. (2011). Systematic reviews and meta-analyses. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(1), 57–59.
- MacDonald, H. (2024). Searching for studies: A guide to information retrieval for Campbell systematic reviews. *Campbell Systematic Reviews*, 20(3), e1433. <https://doi.org/10.1002/cl2.1433>
- Mahmud, N. M. (2024). Anti-corruption efforts in the healthcare sector during the COVID-19 pandemic in Malaysia. *SAGE Open*, 14(2), 21582440241243118.
- Naher, N., Hoque, R., Hassan, M. S., Balabanova, D., Adams, A. M., & Ahmed, S. M. (2022). The influence of corruption and governance in the delivery of frontline health care services in low- and middle-income countries. *BMC Public Health*, 22, 880. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13203-0>
- Ng, Q. X., & Zhou, K. X. (2025). Rethinking reflexivity, replicability and rigour in qualitative research. *Medical Humanities*. <https://doi.org/10.1136/medhum-2025-013293>
- OECD. (2024). *Hacia un sistema nacional de integridad y transparencia en el Perú*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/40db10d7-es>
- Ortiz-Prado, E. (2023). Corruption in healthcare: Global perspectives and the policy response. *Public Health Reviews*, 44, 160014. <https://doi.org/10.1186/s40985-023-00140-6>
- Peters, L. (2022). A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies that investigate emotional experiences of staff working in homeless settings. *Health & Social Care in the Community*, 30(1), 58–72.

- Ramírez Cosme, A. G. (2024). La corrupción en el sector salud: Características, algunas de sus tipologías y efectos. *Derecho & Sociedad*, (62), 1–17.
- Real-Delor, R. E. (2025). Perception of professionalism among Latin American physicians in 2024. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 48(1).
- Reed, R. B., & Barnett, D. J. (2025). Assessing the quality of biomedical Boolean search strings generated by prompted and unprompted models using ChatGPT. *Medical Reference Services Quarterly*, 44(1), 31–40.
- Schmidt, L. (2020). Data extraction methods for systematic review automation: A living review protocol. *F1000Research*, 9, 210.
- Smith, V., Smith, A., & Carroll, L. (2025). Quality appraisal tools used in qualitative evidence syntheses. *Midwifery*, 104479.
- Terceiro, L. (2025). Research participants' engagement in digital health interventions. *JMIR Research Protocols*, 14(1), e65099.
- Veroniki, A. A. (2025). Updating the PRISMA reporting guideline for network meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 188, 111985.
- Williams, C. C., & Martínez-Pérez, A. (2021). Informal payments in health care: A global perspective. *Health Policy*, 125(8), 1059–1067.