



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
ESCUELA DE POST GRADO

TESIS

**EL COSTO POR LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES Y LA
MOROSIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL I HÉROES DEL
CENEPBA BAGUA, 2015 - 2016**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA
EN GESTIÓN PÚBLICA**

AUTORA:

Br. ELIZABETH SANTA CRUZ VÁSQUEZ

ASESOR:

DR. CARLOS ALBERTO CENTURIÓN CABANILLAS

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

GESTIÓN ADMINISTRATIVA

CHICLAYO – PERÚ

2018

PAGINA DE JURADO



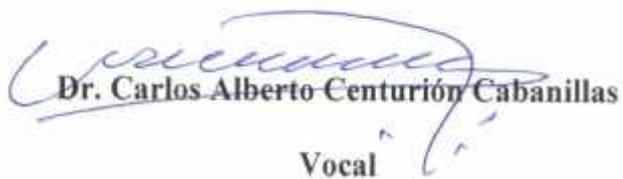
Dr. John Willian Cajan Alcantara

Presidente



Dr. Carlos Alberto Cherre Antón

Secretario



Dr. Carlos Alberto Centurión Cabanillas

Vocal

DECLARACION DE JURADA

Yo, Br. Elizabeth Santa Cruz Vásquez, egresada del programa de Maestría de Gestión Pública de la Universidad César Vallejo- Chiclayo, identificada con DNI N° 41616656

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

Soy autora de la tesis titulada: “El Costo por las Prestaciones Asistenciales y la Morosidad de los Pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016”, La misma que presento para optar el grado de: Maestra en Gestión Pública.

La tesis presentada es auténtica, siguiendo un adecuado proceso de investigación, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.

La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo al título profesional.

Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a la UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra y/o inversión presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a la UNIVERSIDAD y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar a la UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causa en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Así mismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para la UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

De identificarse algún tipo de falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo S.A.C. Chiclayo; por lo que, LA UNIVERSIDAD podrá suspender el grado y denunciar tal hecho ante las autoridades competentes, ello conforme a la Ley 27444 del Procedimiento Administrativo General.

Chiclayo, 21 de junio de 2018

Br. ELIZABETH SANTA CRUZ VASQUEZ

D.N.I. N° 41616656

DEDICATORIA

A mis queridos padres Bertha y Adalberto por su apoyo incondicional y absoluto en forjarme intelectualmente y a mi hijo Carlos quien es mi fortaleza para seguir superándome profesionalmente.

Elizabeth

AGRADECIMIENTO

A la Universidad César Vallejo, por la oportunidad de haber permitido seguir y concluir satisfactoriamente los estudios de Maestría.

Un agradecimiento especial a mis compañeros de trabajo de la institución, por haberme apoyado brindándome las facilidades necesarias para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Así mismo, expreso mi especial agradecimiento al Dr. Carlos Alberto Centurion Cabanillas, asesor de la investigación, por sus orientaciones, tiempo y dedicación en la elaboración de la presente tesis, demostrando su alto nivel y profesionalismo.

La autora

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, pongo a vuestra consideración la tesis titulada **“El Costo por las Prestaciones Asistenciales y la Morosidad de los Pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016”**, con la finalidad de obtener el grado de Maestra en Gestión Pública.

El determinar la influencia de los costos en los diversos servicios asistenciales frente al índice de Morosidad de los pacientes se investiga con el propósito de conocer porque las personas atendidas en algún servicio médico que no sean aseguradas se comprometen a pagar por las atenciones al momento del alta respectiva y se retiran sin dejar alguna garantía de pago aduciendo retornar para el desembolso económico en el menor corto posible y otros casos que son renuentes de cancelar.

El presente estudio está estructurado en: I Introducción que abarca la realidad problemática, trabajos previos, teorías relacionadas al tema, formulación del problema, justificación, hipótesis y objetivos. II Método que comprende el diseño de investigación, variables, operacionalización de variables, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad, método de análisis de datos y aspectos éticos. III está referido a los Resultados a los cuales ha llegado la investigación así como su descripción y discusión. Se definen las conclusiones, sugerencias y finalmente se presentan las referencias bibliográficas conjuntamente con los Anexos.

Por lo expuesto espero se reconozca los aportes hechos en la investigación y al mismo tiempo asumo con humildad las correcciones y observaciones que estimen conveniente.

La autora

ÍNDICE

	Pág.
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
Índice de anexos	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
I. INTRODUCCION	
1.1. Realidad problemática	13
1.2. Trabajos previos	16
1.3. Teorías relacionadas al tema	18
1.4. Formulación del problema	36
1.5. Justificación del estudio	36
1.6. Hipótesis	37
1.7. Objetivos	37
1.7.1. General	37
1.7.2. Específicos	37
II. METODO	
2.1. Diseño de investigación	38
2.2. Variable, Operacionalizacion	40
2.3. Población y Muestra	41
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	42
2.5. Métodos de análisis de datos	43
2.6. Aspectos éticos	44
III. RESULTADOS	45
IV. CONCLUSIONES	65
V. SUGERENCIAS	67
VI. REFERENCIAS	68
ANEXOS	70
Autorización de publicación de tesis en repositorio institucional UCV	81
Acta de aprobación de originalidad de tesis	82

Índice de tablas

Tabla		Pág.
1	Usted ¿conoce que tipo de seguros brinda Essalud?	45
2	¿Conoce usted qué tipo de atención son cubiertos por Essalud?	46
3	Análisis porcentual sobre los costos de las prestaciones asistenciales del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.	47
4	Después de conocer los beneficios, exclusiones u otros servicios que brinda Essalud, ¿Ud.se atendería en algunos de sus establecimientos?	48
5	¿Le gustaría que Essalud le brinde información a través de dípticos o medios de comunicación local sobre sus servicios, beneficios, derechos y exclusiones en sus atenciones?	49
6	Distribución numérica y porcentual según el nivel edad de los Pacientes morosos del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.	50
7	Distribución numérica y porcentual según el sexo de los pacientes morosos del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.	51
8	Distribución numérica y porcentual según el tipo de usuario atendidos en el Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.	52
9	Determinación porcentual sobre la morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.	53
10	Ud. ¿Considera que se debería reducir el costo del tarifario de las atenciones?	54
11	Sabia Ud. ¿Que EsSalud le brinda facilidades de pago para su deuda?	55
12	¿A usted le gustaría que los pagos que genera por las atenciones recibidas en Essalud sean descontados a través de una planilla o por pago directo?	56
13	Determinación sobre los costos de las prestaciones asistenciales y su relación con la morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016	57

Índice de figuras

Figura		Pág.
1	Usted ¿conoce que tipo de seguros brinda Essalud?	45
2	¿Conoce usted qué tipo de atención son cubiertos por Essalud?	46
3	Análisis porcentual sobre los costos de las prestaciones asistenciales del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.	47
4	Después de conocer los beneficios, exclusiones u otros Servicios que brinda Essalud, ¿Ud. se atendería en algunos de sus establecimientos?	48
5	¿Le gustaría que Essalud le brinde información a través de dípticos o medios de comunicación local sobre sus servicios, beneficios, derechos y exclusiones en sus atenciones?	49
6	Distribución numérica y porcentual según el nivel edad de los Pacientes morosos del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.	50
7	Distribución numérica y porcentual según el sexo de los pacientes morosos del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.	51
8	Distribución numérica y porcentual según el tipo de usuario atendidos en el Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.	52
9	Determinación porcentual sobre la morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.	53
10	Ud. ¿Considera que se debería reducir el costo del tarifario de las atenciones?	54
11	Sabia Ud. ¿Que EsSalud le brinda facilidades de pago para su deuda?	55
12	¿A usted le gustaría que los pagos que genera por las atenciones recibidas en Essalud sean descontados a través de una planilla o por pago directo?	56
13	Determinación sobre los costos de las prestaciones asistenciales y su relación con la morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.	58

Índice de Anexos

Anexo		Pág.
1	Encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales.	70
2	Encuesta para medir la morosidad de las prestaciones asistenciales.	71
3	Evaluación de la validez del instrumento de medición mediante la prueba binomial y z de gauss para proporciones.	72
3 - A	Escala dicotómica para evaluar por juicio de expertos apreciación de expertos sobre el instrumento de medición.	74
3 - B	Matriz de respuestas de los profesionales consultados sobre los instrumentos de medición (juicio de expertos)	75
4	Escalas dicotómicas evaluadas por los expertos sobre el instrumento de medición.	76
5	Confiabilidad del instrumento de medición por alfa de Crombach, encuesta)	79

RESUMEN

El presente estudio de Investigación, se realizó con el propósito de determinar si los costos de las prestaciones asistenciales se relacionan con la morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016. El tipo y diseño de investigación fue, cuantitativa; descriptivo correlacional; de corte transversal, la población y muestra estuvo constituida por 52 pacientes; en la variable: 1 “costo de las prestaciones asistenciales” y variable 2 “morosidad de los pacientes”, se utilizó la técnica del cuestionario, cuyo instrumento de medición fue la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y morosidad de los pacientes, el procesamiento de datos se hizo en el software estadístico SPSS versión 19.0 y la hoja de cálculo 2010. Los resultados fueron que: el 55.8% los costos de las prestaciones asistenciales se ubicó en la categoría medio y un 21.2% en bajo, respecto a la morosidad de los pacientes se encontró que a veces con el 51.9% los pacientes demuestran morosidad y sólo un 7.7% siempre son morosos. En cuanto a la relación de los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes se encontró que el 26.9% el costo de las prestaciones asistenciales es medio y a veces los pacientes demuestran morosidad y un porcentaje nulo 0.0% donde el costo de las prestaciones es bajo y siempre los pacientes son morosos. Para contrastar la hipótesis se utilizó la prueba estadística no paramétrica de la Ji cuadrado cuyo valor obtenido fue de: $X^2 = 0.005$; $gl = 1$; $p = 0.011 < 0.05$; el cual nos indicó que existe relación significativa entre los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes. Estos datos permitieron inferir que la morosidad de los pacientes es resaltante a cabalidad y en consecuencia dependen de los costos de las prestaciones asistenciales.

PALABRAS CLAVE: Costo, prestaciones asistenciales, morosidad de los pacientes.

ABSTRACT

This research is unavailable this research was focused on determining if the costs of assistance services are related to the existence of debtor patients of the Hospital I Heroes of the Cenepa Bagua, 2015-2016. The type and design of the research was quantitative; descriptive correlational; cross-sectional, population and sample consisted of 52 patients; in the variable: 1 "cost of care benefits" and variable 2 "late payment of patients", we used the questionnaire technique, whose measuring instrument was the survey to measure the costs of patient care and late payment of patients, the data processing was done in the SPSS statistical software version 19.0 and the 2010 spreadsheet. The results were that: 55.8% of the costs of care benefits were in the middle category and 21.2% in low, with respect to the late payment of patients was found that sometimes with 51.9% the patients show lack of payment and only 7.7% are always debtors. Regarding the relation of the costs of the welfare benefits and the late payment of patients, it was found that 26.9% of the cost of care benefits is average and sometimes the patients demonstrate medical debts and a percentage of 0.0% where the cost of benefits It is low and patients are always debtors. To test the hypothesis we used the non-parametric statistical test of the Chi-square whose obtained value was: $X^2 = 0.005$; $gl = 1$; $p = 0.011 < 0.05$; which indicated that there is a significant relationship between the costs of health care benefits and the medical debts of patients. These data allowed to infer that the medical debts of patients is outstanding and therefore depend on the costs of the welfare benefits.

Keywords: debtors patients, welfare benefits, social insurance

I. INTRODUCCION

1.1. Realidad Problemática

Según O'Hare (2015) dentro del Departamento de Protección Financiera del Consumidor las deudas médicas entregadas a agencias de cobro afectan los historiales de crédito de uno de cada cinco consumidores, a pesar de que esas cuentas morosas ascienden regularmente a sólo cientos y no miles de dólares, No obstante, el temor de incurrir en esas deudas persiste y hace que algunas personas de bajos recursos que no tienen seguro médico prefieran no buscar atención médica cuando la necesitan, cuando está enfermo, poniendo en riesgo su vida que ingresar a un hospital donde no pueden pagar una factura por atención médica.

“El 22 por ciento de los pacientes no quieren ir en busca de atención médica una vez más y a veces están tan enfermos que tienen que acudir a los servicios de emergencia que son más costosos”. (O'Hare, 2015).

En latinoamerica las coberturas de acceso a la salud, llegan a un 60% de trabajadores afiliados a sistemas de protección, mejorando en las últimas décadas, pero también sabemos que en pleno siglo 21 parte esa población aún no cuenta con ningún sistema de salud encontrándose desprotegida, por ello debemos considerar que la protección social no sea vea como un gasto sino como una inversión la cual busca los beneficios de las sociedades y las economías basándose en estrategias bien diseñadas. (Diario Uno, 2015).

El Seguro Social de Salud (EsSalud) no cuenta con un sistema de costos vinculado a los procesos prestacionales. El gasto en pensiones y en riesgos laborales, que representan más del 10 % de los ingresos de EsSalud, distorsionan el análisis financiero del sistema por cuanto escapan a los fines de un seguro de salud, es decir, a la cobertura de salud. Aun cuando el Seguro de Salud Agrario es deficitario y está siendo subsidiado por el Fondo Salud, esta situación no está plasmada en los estados contables de EsSalud. (EsSalud, 2015).

Los servicios prestados al Seguro de Salud Agrario se registran como ingreso al Fondo Salud cuentas por cobrar, a pesar de que este último es prácticamente incobrable. Se identificó que en los últimos 5 años el crédito fiscal por el Impuesto General a las Ventas (IGV) se imputó como un ingreso en el rubro “Otros Ingresos”, representando del 4 % al 5 % anual de los ingresos totales. (EsSalud, 2015. Pág. 79).

La ausencia de una pensión mínima de aportación en el Sistema Privado de Pensiones (SPP) obliga a EsSalud a subsidiar la cobertura de un grupo importante y creciente de pensionistas con ingresos bajos o incluso nulos. EsSalud dejó de percibir desde el año 2009 un 10,56 % de su recaudación en concepto de aportaciones sobre las gratificaciones (S/. 1785 millones). Para el período 2012-2014 se estima que ascendería a S/. 1 974 millones. (EsSalud, 2015, pág. 152).

La deuda acumulada 1999 - 2011 por aportaciones que mantienen las entidades públicas y privadas con EsSalud asciende a aproximadamente S/. 3, 200 millones. Este monto representa el 52 % de los ingresos por recaudación de EsSalud durante el período 2011, detectándose así debilidades de gestión que están incidiendo en forma significativa en una disminución de los ingresos y en un incremento sustancial de los gastos. Se destacan las áreas de afiliación, acreditación, control de recaudación, y otros seguros administrados por EsSalud (EsSalud, 2015, pág. 152).

Asimismo, se detalla que “el EsSalud, hasta diciembre del 2015 tenía a 25 mil personas morosas que fueron atendidas sin ser asegurados o porque su cobertura no estaba vigente”. (Gerencia Central de Gestión Financiera, diciembre 2015). “Podrán pagar su deuda con reducción de hasta 100% de intereses o de hasta 40%, así también son 30 mil empresas morosas, aproximadamente S/. 675 millones de Soles a nivel nacional”. (Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015 y su Reglamento del Régimen Excepcional de Facilidades de Pago para deudas de Terceros). Esta reducción de intereses es una directiva temporal que contempla deudas solo de atención es menor del 31 de diciembre

del 2013, las fechas para el acogimiento es desde el 11 de agosto de 2015 al 10 de agosto del 2016. (Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015 y su Reglamento del Régimen Excepcional de Facilidades de Pago para deudas de Terceros).

“El Hospital I Héroes del Cenepa cuenta con una población de 12,884 asegurados” (Oficina de Informática, 2016). “Atiende prestaciones asistenciales del nivel preventivo, promocional, recuperativo y rehabilitación” (Art 3 de la Ley N° 27056).

El personal asistencial del servicio brinda las atenciones estabiliza, da el alta u hospitaliza al paciente, obviando la obligación económica que genere la atención de salud, deslindándose de las responsabilidades administrativas que se puedan presentar durante la atención, por ejemplo: mal llenado de los formatos, obviado de datos en el pagare para identificar al paciente o ubicarlos en su domicilio, ausencia de registrar al aval o acompañante de ser el caso.

Según el Informe Operacional Hospital I Héroes del Cenepa del 2016, se suscribe que los deudores del Hospital I Héroes del Cenepa en el periodo comprendido entre enero 2015 a mayo 2016, se ha reducido solo en un 15% quedando pendiente por accidente de tránsito (10), agrario dado de baja (12), agresión por terceros (1), EPSS (Empresas Prestadoras de Servicios de Salud) Facturado a pacientes. (7), intoxicación por alcohol (1), y no acreditados (21) lo que asume una deuda total de S/. 57,804.83 soles, esta demora tal vez en parte se deba a que no se cuenta con un personal exclusivo para el seguimiento y verificación de los expedientes, así como la cobranza inmediata al alta de la atención del paciente.

No existe conciencia de pago en las personas morosas o por la calidad de atención recibida por parte del personal no tenga algún tipo de respuesta positiva ya que muchas veces se ha notado la burocracia en Essalud por existir personal recomendado y que no les interesa ni la eficiencia ni la rapidez en la atención, el resto nos les importa o por ser personal nombrado nadie puede sacarlos de sus

puestos menos por las quejas de los pacientes, notándose la indiferencia y desidia en cuanto a cumplir con sus deberes y respetar los derechos de los asegurados terminando en la insatisfacción en la calidad de atención dirigida al usuario y que muchas de las veces repercute de forma directa sobre la calidad; conllevando de esta manera a que el usuario sea mucho más moroso por sus prestaciones recibidas, motivo por el cual me hice la siguiente pregunta para el presente estudio de investigación.

1.2. Trabajos Previos

Rendón (1992), menciona que la formación de la seguridad social es el resultado de un prolongado proceso que se extiende desde los inicios del siglo pasado hasta las épocas del presente. Hace su aparición desde la época en que reducidos grupos de trabajadores de algunas actividades económicas se unen con el fin de protección mutua hasta llegar paulatinamente a la protección de todos los trabajadores por cuenta ajena después de los laborantes independientes y posteriormente al amparo de toda la población contra los riesgos y contingencias como la enfermedad, el accidente, la maternidad, la vejez y la muerte. La formación histórica de la Seguridad Social ha pasado por tres etapas: la Primera es la que él llama los procedimientos indiferenciados de garantía, la segunda: es la de los seguros sociales y la tercera: la seguridad social.

Castillo & Rodríguez (2008), refieren que las prestaciones, sea médica o pecuniaria, deben ser suficientes para atender satisfactoriamente las contingencias sociales de que se traten, es decir, deben resolver el caso social, en cuanto a la salud, las prestaciones médicas deben considerar tanto el aspecto preventivo, como el curativo y también el reeducativo. Además, debe contemplar la atención médico-quirúrgica y dental.

En cuanto a las prestaciones pecuniarias, debe asegurarse que los montos sean tales que permitan, efectivamente, seguir viviendo en condiciones relativamente similares a las que tenía cuando disfrutaba de su capacidad de trabajo. También es importante decir que este principio busca también la protección íntegra del núcleo familiar. El fundamento principal de este principio es

la justicia distributiva, que obliga a la sociedad a atender a los habitantes de un determinado país de acuerdo a sus necesidades. (Castillo & Rodríguez, 2008),

La propuesta de lineamientos para la disminución de los índices y de morosidad de cartera, se realiza con base en los hallazgos encontrados mediante los indicadores financieros y de gestión practicados a la situación financiera y administrativa del ente. Aunque el monto de la cartera de la ESE HEQC ha venido aumentando desde el 2010, hasta el 2012, esta no ha tenido un efecto, mientras que la morosidad de cartera ha incidido de manera neutra, ya que no ha afectado ni la liquidez ni la rentabilidad del ente. (Pérez, 2014),

“Las políticas de ventas al crédito influyen en la morosidad de los clientes de la constructora Los Cipreses S.A.C, y la morosidad, es consecuencia del incumplimiento de los requisitos normados en las tres políticas de créditos establecidas por la empresa” (Quiroz & Castro, 2013),

En lo referente a la morosidad se observa que en este caso se debe su influencia a la existencia de desinformación de los requisitos normados según sus políticas de la propia empresa por parte de sus clientes, también fue un estudio a corto plazo en una determinada población.

EsSalud (2015), indica que “los beneficios de la Seguridad Social constituyen derechos inalienables, de rango constitucional y sin embargo no tienen una protección especial de orden penal, lo que dificulta la aplicación de medidas o sanciones realmente disuasivas ante conductas que se presentan frecuentemente”.

Por ello, “es necesario efectuar cambios sustanciales relacionados con la gestión de EsSalud, en interacción con otros organismos que juegan un papel relevante, cruzando las bases de información para detectar casos de incumplimiento (evasión, sub declaración), actividad de control combinada y conjunta” (pág. 153)

El servicio de emergencia está operativo las 24 horas y atiende un promedio de 20 a 30 pacientes al día, el compromiso del personal de salud es asistir profesionalmente las diversas patologías clínicas que puedan presentarse, así como las urgencias médicas, muy a parte de los trámites administrativos que demande dicha atención.

La atención de un paciente, se realiza con la identificación, del documento nacional de identidad (DNI), verificándose en el sistema de gestión, de ser un asegurado regular es atendido directamente, en el caso de los pacientes que llegan al servicio de emergencia y no están debidamente acreditados o casos de aquellos que llegan con lesiones producidas por terceros como son exclusiones del seguro, o producto de accidentes de tránsito cuyo caso compete a ser reembolsados (SOAT), lesiones producidas por accidentes laborales (Ley N° 26790), Asegurados Agrarios dados de Baja (Ley N° 27360), por estos motivos se suscribe un Pagare según las disposiciones del nivel central para la atención de asegurados y sus derecho habientes (Res. de Presidencia Ejecutiva N° 335-PE-ESSALUD-2001) pasando posteriormente a valorizarse y al cobro de la obligación al termino de las atenciones dadas.

Entre las razones que justifican que el establecimiento construya un sistema propio de medición de costos se menciona, además de la formulación de adecuadas políticas de precios, la reducción de costos de los diversos procesos y prácticas asistenciales que demanda el tratamiento de la persona, el conocimiento de la casuística hospitalaria y la elaboración de estándares de eficiencia.

1.3. Teorías relacionadas con el tema

Soho. (2006). refiere “La garantía de las prestaciones en salud en América Latina, equidad y reorganización de los cuasi mercados a inicios del milenio”. Menciona que, en países con sistemas de salud poco desarrollados, con muy bajos niveles de aseguramiento para la población de bajos ingresos, y que sufren procesos de transición epidemiológica polarizada, la garantía de prestaciones se ha abocado eminentemente a la atención primaria en salud y a la atención

materno-infantil. Estas prestaciones si bien en términos relativos son de bajo costo, representan un esfuerzo con respecto del punto de partida. Dichas experiencias se caracterizan porque la garantía de las prestaciones tiene un efecto muy acotado en términos de las reorganizaciones global del sistema de salud; en el caso de Guatemala se prescindió de la separación de funciones planteadas al inicio. En Guatemala y Bolivia las garantías de oportunidades y de acceso, y sin repercusiones con relación al aseguramiento.

Según la autora hace mención sobre el tipo de atención con los afiliados, pero que también la burocracia lleva a las consecuencias y atraso para la institución poniendo través en muchas formas en el desarrollo para el buen funcionamiento o atención para sus afiliados. Da cuenta que en otros países comprenden prestaciones de alto costo y dan garantía de oportunidad.

Tinoco (2015). En su artículo denominado “El desafío de la seguridad social en América Latina” nos menciona:

América Latina cuenta con una sólida tradición en programas de seguridad social y ha logrado avances en los últimos años, pero aún tiene que superar importantes obstáculos para lograr un nivel de cobertura adecuado. La protección social es un elemento clave de las estrategias nacionales dirigidas a promover el desarrollo humano, la inclusión social, la estabilidad política y el crecimiento económico. Sin embargo, hoy al menos la tercera parte de los trabajadores urbanos de América Latina, la mayoría de ellos mujeres, se encuentran completamente fuera del paraguas de los sistemas formales de protección social.

La situación ha mejorado en las últimas décadas, pero esta tasa también nos indica que en pleno siglo 21 parte considerable de la población de América Latina aún no está afiliada a ningún sistema de salud y esta situación de desprotección aumenta a medida que disminuyen los ingresos (Tinoco, 2015).

Según Essalud (2016) en su “Plan Estratégico Institucional 2012-2016” hace mención sobre el marco filosófico y conceptual de la seguridad social, El marco filosófico de la propuesta de Seguridad Social Universal para todos establece básicamente en los derechos humanos y en la responsabilidad política

de los Estados para la garantía de su ejercicio pleno. Los principios que lo guían son la solidaridad, la universalidad, la igualdad, la unidad, la integralidad y la autonomía. La sostenibilidad debe estar planteada de la siguiente manera: “De cada quien según su capacidad y a cada quien según su necesidad”.

La más grande crisis del sistema financiero internacional afecta de manera directa la operación de los sistemas de salud del mundo (Organismo Mundial de Salud, OMS, 2009/1). Esto tiene que ver en medidas que expresan un complejo escenario regresivo, en algunos sistemas de salud de países desarrollados, los que son concurrentes con un escenario de ineficiencia y falta de sostenibilidad financiera de los sistemas del primer mundo; además de la emergencia de nuevos problemas sanitarios y respuestas distintas desde la oferta asistencial, por la disponibilidad de nuevas tecnologías y formas de organización de los servicios de salud. Este contexto nos muestra que el principal desafío en los países emergentes es su sostenibilidad en un contexto en el que el desarrollo tecnológico y los nuevos escenarios económicos y demográficos mundiales nos obligan a introducir cambios orientados a atender nuevas demandas sociales sumadas a las ya existentes (PEI 2012- 2016, Pág. 23)

De qué manera y cómo influye las crisis económicas sobre la salud de la población del Perú en general y específicamente la del asegurado (niños, ancianos, etc.). Por tanto, es necesario diferenciar los efectos a corto y largo plazo y los efectos directos e indirectos entre consecuencias reversibles e irreversibles que producen las crisis económicas.

En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), los efectos del desempleo sobre la salud dependen de la extensión de la cobertura de la seguridad social. Esto último, es lo que de alguna forma afectaría a la institución y sus asegurados. Especial consideración nos merecen los efectos de la crisis económica, sobre las personas y las familias, de un lado; y los efectos sobre los gobiernos, instituciones de seguridad social y las políticas que afectan a las personas, por otro; además de los efectos sobre el reparto de la riqueza y las desigualdades sociales. (PEI 2012 – 2019, pág. 23-24).

En el análisis del entorno nacional se han identificado los siguientes procesos: Escenario económico: Tendencia sostenida de crecimiento económico. Posibilidad de desaceleración del crecimiento económico y emergencia de políticas públicas contracíclicas (Marco Macroeconómico Multianual 2012-2014 Ministerio de Economía y Finanzas). Despliegue de políticas públicas orientadas al logro de una mayor inclusión social. Servicios de salud fragmentados en varias instituciones (Minsa, gobiernos regionales, EsSalud, sanidades de las FF.AA., de la Policía Nacional y del sector privado). Existencia de eventos sanitarios continentales emergentes y reemergentes (sarampión, dengue, TBC, VIH/SIDA). Previsión de un Fenómeno del Niño mayor para el periodo. (PEI 2012 – 2019, pág. 23- 24).

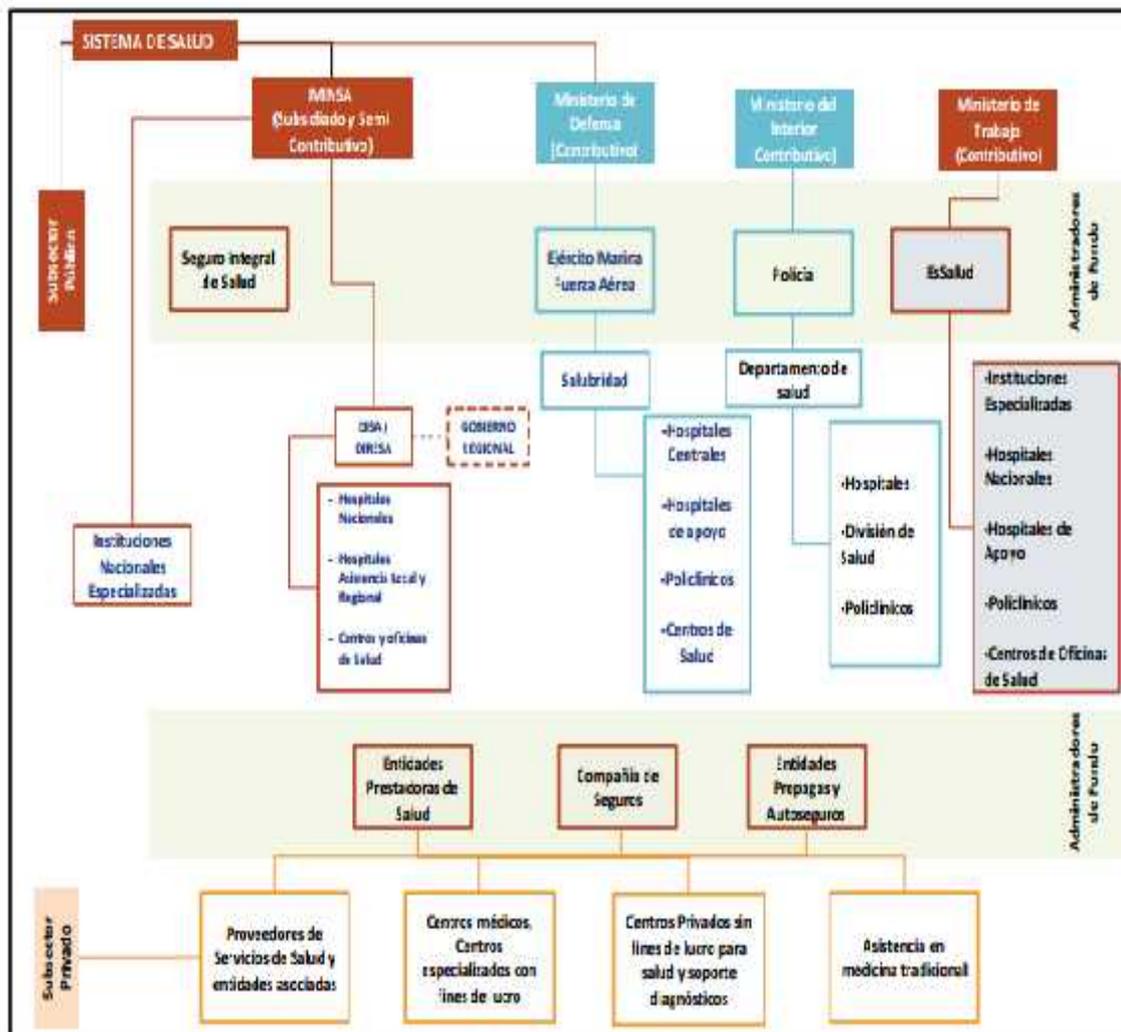
La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud tiene como objeto establecer la normativa para el aseguramiento universal con el fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de todas las personas residentes del país a la seguridad social en salud. Siendo su ámbito todas las instituciones públicas, privadas y mixtas vinculadas al Sistema Nacional de Salud, para ello establece tres regímenes: contributivo, subsidiado y semicontributivo, en función de la capacidad de aporte de los potenciales afiliados. (DS N° 008-2010-SA “Ley Marco de la Seguridad Universal N° 29344”).

La Ley N° 29344; incorpora como único rector al Ministerio de Salud (MINSA) y como supervisor y regulador a la Superintendencia de Salud (SUSALUD), creada sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS). La mencionada norma categoriza a los principales actores del proceso de aseguramiento universal en salud en administradoras de fondos e instituciones prestadoras de salud.

Entre las primeras están: las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), el Seguro Integral de Salud (SIS), el Seguro Social de Salud (EsSalud), las sanidades de las Fuerzas Armadas, la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), las Compañías de Seguros Privados de Salud, las Entidades Prepagas, los

Autoseguros, los fondos de salud y otras modalidades de aseguramiento. Como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) se considera a los establecimientos públicos, privados y mixtos, debidamente acreditados. (Estudio financiero actuarial - EsSalud, 40).

Esquema 01 Sistema de Salud del Perú en función de los sectores público y privado.



Fuente.- Gerencia Central de Aseguramiento Essalud, 2012.

“El sistema de Salud está constituido, en orden de tamaño e importancia, por el Ministerio de Salud (Minsa), las Direcciones Regionales de Salud (Diresa), EsSalud, las clínicas privadas y consultorios particulares, los hospitales de las

fuerzas armadas y policiales y los hospitales de las beneficencias y de otras entidades”. (Estudio financiero actuarial - EsSalud, 2012, Pág. 40).

EsSalud

“La población asegurada proviene del sector formal de la economía y sus dependientes directos financiándose a través de las aportaciones realizadas por el empleador y/o por aportaciones directas de los propios asegurados en el caso de los afiliados independientes” (EsSalud, 2012 Pág. 43)

Son trabajadores que se encuentran en una relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, los trabajadores del hogar, los trabajadores portuarios, los trabajadores independientes incorporados por ley especial (pescadores y procesadores pesqueros artesanales), las personas contratadas bajo el Régimen CAS (Contrato Administrativo de Servicios), así como los pensionistas que perciben pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia, tanto del sistema público como del privado. (EsSalud, 2012 Pág. 44).

“No existe límite de edad para la afiliación, solo en el caso del Seguro Agrario los trabajadores independientes que sean mayores de 70 años, deben someterse a una evaluación médica que los acredite con capacidad para la actividad agraria” (EsSalud, 2012 Pág. 44).

Ambos seguros el Regular y el de Salud Agrario se rigen por procedimientos propios de su naturaleza relacionados con la inscripción, declaración pago y acreditación. EsSalud mantiene un Modelo de Financiamiento contributivo con subsidios cruzados entre el Seguro del Trabajador Activo y el resto de los seguros incluidos en el Seguro Regular y Seguro de Salud Agrario. (EsSalud, 2012 Pág. 44).

“La Superintendencia Nacional de Aduanas y Administración Tributaria (SUNAT) se encarga de la recaudación por cuenta de EsSalud de las aportaciones de los empleadores respecto de los trabajadores asalariados. Los

trabajadores independientes, por su parte, realizan directamente sus pagos” (EsSalud, 2012 Pág. 44).

El Seguro Regular Administra los seguros para el trabajador activo y pensionistas, trabajador del hogar, procesador y pescador artesanal independiente, trabajador del régimen CAS y trabajador y pensionista de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador (CBSSP). Las tasas de aportación varían entre uno y otro, igual que la base imponible. (Salud, Manual Institucional EsSalud, 2008)

Con excepción de los pensionistas, la remuneración mínima sobre la que se debe aportar al Seguro Regular es equivalente a la Renta Mínima Vital (RMV). En el caso de los pensionistas, la situación varía en función del sistema considerado. Para el caso del Sistema Nacional de Pensiones (SNP), la base mínima de aportación se corresponde con la prestación mínima legal del sistema. Por el contrario, dado que el Sistema Privado de Pensiones no cuenta con una regulación similar, las aportaciones a este sistema no consideran una base imponible mínima (Estudio financiero actuarial - EsSalud, 2012 Pág. 49)

Seguro de Salud Agrario

“Los asegurados son aquéllos que desarrollan actividades de cultivo, crianza, agroindustria, avicultura y acuícola, con excepción de la industria forestal. La diferencia entre los dependientes e independientes estos últimos, la contribución o aporte mensual está a cargo del asegurado titular”. (Salud, Manual Institucional EsSalud, 2008)

Están cubiertos por el Seguro de Salud Agrario: el trabajador agrario dependiente y el trabajador agrario independiente. La tasa de aportación es del 4 %, y la base imponible mínima es equivalente a la remuneración mensual legal actualizándose en función del incremento de la RMV para los trabajadores agrarios dependientes, y a la RMV para los trabajadores agrarios independientes. (Estudio financiero actuarial - EsSalud, 2012 Pág. 50)

Información económico-financiera y presupuestal

EsSalud se encuentra comprendida en el ámbito de regulación presupuestaria del FONAFE. Bajo dicho marco normativo, EsSalud otorga cobertura a sus asegurados y sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales bajo el régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos. (Estudio financiero actuarial - EsSalud, 2015 Pág. 91).

Por ello en su Tercer Objetivo estratégicos Essalud se enfoca a “Garantizar la sostenibilidad financiera de la Seguridad Social en Salud” y en cumplimiento del mandato de la ley, ampliando la base contributiva y tributaria, mediante las auditorías financieras internacionales y estudios financieros-actuarial periódicos, hecho por la OIT. La sostenibilidad financiera de EsSalud es una prioridad central, que tendrá sustento en el desarrollo de un diseño prospectivo financiero, en base a estos estudios realizado con el apoyo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), mediante el cual se establecerá técnicamente, la tasa de aportación del Régimen Contributivo de la Seguridad Social que garantice dicha sostenibilidad, en donde se identificará y propondrá las medidas financieras necesarias para mantener el equilibrio presupuestal con las recomendaciones políticas orientadas a mejorar el rol asegurador financiador. (PEI 2012 – 2016, 76).

Por ello se propondrá y sustentará al Ministerio de trabajo los proyectos de ley para cautelar y recuperar los ingresos institucionales, además de actualizar y uniformizar las tasas de aportaciones en relación con las recomendaciones de la OIT, más aún si a lo largo de los años, el Estado peruano ha emitido normas que amplían la cobertura de la seguridad social en salud, manteniendo la tasa de aportación en el 9%. Estas normas no incorporaron nuevos mecanismos de financiamiento, lo cual ha venido afectando la calidad del servicio asistencial brindado a los asegurados del régimen contributivo de la seguridad social en

salud. (Salud, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_202984.pdf, 2012)

Para la gestión financiera y de seguros para reducir la deuda pública y privada con EsSalud, se fortalecerá la alianza estratégica con la entidad recaudadora Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (Sunat) para contar con información válida de las aportaciones y de los aportantes diseñándose mecanismos de asignación de recursos para optimizar las fases del proceso presupuestario, con énfasis en la calidad del gasto, incorporando la gestión por resultados sobre la base de objetivos sanitarios, priorizando la atención primaria, la mejora de la calidad de atención y la eficiencia en la gestión clínica y sanitaria por procesos que se incorporarán a los acuerdos de gestión por parte de los órganos desconcentrados. (Salud, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_202984.pdf, 2012).

Para el logro del presente objetivo es que exista transparencia financiera y gestión, a través de auditorías financieras y presupuestarias con opinión técnica respecto a los estados financieros preparados por EsSalud en el cual refleje su verdadera situación financiera, los resultados de sus operaciones y flujo de efectivo, conforme las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (PCGA) y las disposiciones legales vigentes. Asimismo, contar con una opinión técnica sobre la razonabilidad de la información presupuestaria preparada por el Seguro Social de Salud, y el grado de cumplimiento de las metas y objetivos previstos en el presupuesto institucional. (Salud, 2012)

Mejorar la gestión de la siniestralidad y de la administración de riesgos.- con lo cual debemos fortalecer técnicamente las áreas encargadas de gestionar y monitorizar los riesgos financieros y de salud para prevenir y controlar la siniestralidad financiera y vulnerabilidad de los sistemas de afiliación. (PEI 2012 – 2016, Pag. 78).

Mejorar la gestión del gasto con resultados de intervenciones costos efectivos. - Con acciones orientadas a establecer un presupuesto institucional, como correlato financiero del plan de gestión enfocado a financiar resultados sanitarios. (PEI 2012 – 2016, Pag. 78).

Mejorar la gestión de ingresos tributarios y no tributarios, procurando preservar o incrementar el valor del capital.- Basados en la estructura del gobierno tripartito y una conducción democrática, promover una línea de acuerdos institucionales que permitan actuar con una visión de país en función a la ampliación de cobertura, garantizando la sostenibilidad financiera, procurando una tasa de competitiva y sostenible de aporte, recuperación de las deudas de los sectores públicos y privados, reducción de los índices de morosidad, evasión y elusión, inversión en infraestructura sanitaria y promoción de reformas legislativas. (PEI 2012 – 2016, Pág. 79).

Desarrollar un sistema financiero sostenible mediante la proposición de una tasa de aporte actuarialmente sustentada y comparable con el promedio de los seguros sociales de los países latinoamericanos.

En tal sentido la omisión del pago de las contribuciones del seguro social y atenciones de salud no cubiertas perjudican el financiamiento de las prestaciones que conforme su normatividad se encuentra obligado a otorgar atentando contra la economía de la seguridad social no solo porque reduzca los ingresos del régimen sino porque aun cuando el empleador haya cumplido con su obligación de pago de aportes sus trabajadores y derechohabientes de estos reciben las prestaciones médicas financiados con los que si pagaron atentando contra el Principio de Prudencia Fiscal en el gasto no sustentado de la contribución .

“La atención médica de salud es obligatorio y prioritaria y no puede ser condicionada al pago previo en ningún establecimiento público o privado”, (Ley de Atención de Emergencia Nª 27604)

La mayoría de las instituciones médicas no cuentan con un sistema exclusivo para atender los procedimientos administrativos en cuanto a deudas por atenciones online, hoy en día usan el proceso administrativo documentario es decir tradicional, el cual consiste en pasar la documentación de oficina en otra demandando largos tiempos y muchas veces documentación incompleta que genera demora en el trámite de la cobranza; por lo que el inconveniente de dicho proceso es que no existe un flujo de información definido o también el poco interés del personal asistencial para cumplir con las labores administrativas que demande. (Ley de Atención de Emergencia N^o 27604).

EsSalud presentó un nivel de cobertura del 30,5 % respecto de la población total del país al año 2011. Si se mantiene la trayectoria de crecimiento reciente, esta cobertura se incrementará al 44 % en el año 2021.

Si bien la prima legal vigente es del 9 %, la prima efectiva de los trabajadores activos en EsSalud resulta en promedio 8,43 %, pues algunos de ellos están afiliados a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS).

La exoneración de la aportación sobre las gratificaciones tiene un impacto importante sobre la prima media general. Por un lado, la prima media general única del Seguro Regular y del Seguro de Salud Agrario resulta en un 9,70 % para la proyección de la situación vigente, es decir contemplando la aportación sobre las gratificaciones a partir del 2015. Si no se contemplaran las aportaciones sobre las gratificaciones durante el período de la proyección, por el contrario, la prima media se eleva a un 10,38 % o 0,68 puntos porcentuales. (Salud, 2012).

Al calcular los escenarios alternativos respetando las aportaciones que pagan los pensionados (4 %) y el Seguro de Salud Agrario (4 %) la prima media general se incrementa aún más.

La reserva técnica del año 2011 fue contemplada sólo para el cálculo de la prima del Seguro del Trabajador Activo, dado que resultó ser el único seguro con superávit.

Políticas orientadas a mejorar el rol asegurador-financiador

La evasión del pago de aportes es un problema importante en el sistema de salud, ya que la prima que se paga en un año debe soportar la carga de prestaciones de salud y económicas para el mismo período.

Hay demora en la SUNAT en relación con la transferencia de las aportaciones y la transmisión electrónica de datos. También se ha detectado información incompleta en la base de datos y una falta de supervisión directa a los empleadores que declaran las aportaciones, pero no las pagan. La recaudación pendiente en un año supera en un 10 % los ingresos recaudados por fraccionamiento en el mismo período.

Resulta necesario conocer la actual estructura de costos, y en función de qué se estableció en un 1,4 % la comisión por servicios prestados a favor de la SUNAT.

De acuerdo al Estado de Ingresos y Egresos del Fondo Salud del año 2011, se han destinado para AFESSALUD S/. 106,0 millones. Si este gasto se compara con los Costos y Gastos de Administración, alcanzan al 2,0 %. Si, por el contrario, la comparación se realiza con los Ingresos de la Ley N° 26790, el gasto representa el 1,7 %.

Se detectó la existencia de distintas bases de datos en EsSalud y sin la debida integración entre las mismas, provocando inconsistencias diversas en el análisis y procesamiento de la información. En todo caso, el trabajo conjunto de las distintas gerencias involucradas permitió alcanzar una confiabilidad del 80 % respecto de la información utilizada en el estudio.

Las altas primas encontradas en determinados seguros indican que no se realizaron estudios actuariales previos para su inclusión en el Sistema.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), EsSalud brinda protección a un grupo pequeño de trabajadores independientes, trabajadores del

hogar, pescadores artesanales y trabajadores agrarios, con niveles de cobertura de alrededor del 15 %. En todos estos grupos se observa una tasa de utilización alta en comparación con el seguro del Trabajador Activo.

El pago por prestaciones relacionadas con enfermedades catastróficas aumentó en los últimos cinco años, con un crecimiento anual promedio del 18,8 %.

Los problemas de los servicios de salud se explican por la propia estructura y orientación del modelo de atención vigente al momento de la valuación.

Seguro Regular:

Son asegurados de EsSalud los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia, en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, y pensionistas que reciben pensión de jubilación, de incapacidad o de sobrevivencia, los potestativos y sus derechohabientes. (LEY 27056- ESSALUD, 1999).

Seguro Agrario:

“Régimen de la seguridad social especial que brinda prestaciones de salud, económicas y sociales a los trabajadores dependientes e independientes que desarrollen actividades de cultivo y/o crianza, avícola, agroindustrial o acuícola, con excepción de la industria forestal” (LEY 27056- ESSALUD, 1999).

Seguro Independiente:

Toda persona residente en el país, nacional o extranjero, sin límite de edad, especialmente trabajadores independientes (profesionales, técnicos, artesanos, comerciantes, transportistas y artistas) y sus dependientes, asimismo universitarios, practicantes y demás emprendedores; que no se encuentren afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) o a EsSalud a través de un empleador. (Essalud, 2010).

Seguro +VIDA:

Seguro de accidentes personales que otorga indemnización en caso de muerte o invalidez permanente total o parcial como consecuencia de un accidente, y cuya cobertura cuenta con el respaldo de un consorcio conformado por dos compañías líderes en el mercado asegurador, la positiva seguros y reaseguros y Mapfre Perú vida compañía de seguros y reaseguros. Protege al afiliado y a su cónyuge o concubina (o) declarada (o) las 24 horas el día, los 365 días el año, dentro y fuera del país. (LEY 27056- ESSALUD, 1999).

Seguro SOAT:

“Repara el daño causado al asegurado, y a los ocupantes de un vehículo, sino también a los peatones que pudieran verse afectados por un accidente de tránsito, en atención a su esencia netamente social.” (Essalud, 2010).

Prestaciones Económicas:

“Las prestaciones económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y las prestaciones por sepelio” (Essalud, 2010).

Prestaciones de alto costo:

“EsSalud otorga a sus asegurados tratamientos de altos costos, como la prestación están incluidas las Enfermedades No Transmisibles, las Enfermedades Transmisibles y las llamadas Enfermedades Catastróficas”. (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_202984.pdf, 2012).

Entidades Prestadoras de Salud (EPS):

La legislación vigente ha hecho una división de carácter epidemiológico sobre los posibles daños o enfermedades que pueden tener los asegurados. En consecuencia, existe un grupo de prestaciones que por Ley están obligadas a brindar las EPS una “cobertura obligatoria” y que está referida a la denominada “capa simple” (D.S. 009-97/SA).

Atenciones de emergencias:

“Emergencia médica es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente” (Ministerio de Salud, MINSA, 2002).

Prestaciones preventivas y promocionales:

“Educación para la salud, evaluación y control de riesgos e inmunizaciones, orientadas a conservar la salud de la población, minimizando los riesgos de su deterioro”. (Estudio Financiero Actuarial, 2015. Pag. 85).

Prestaciones de recuperación:

“Atención médica tanto ambulatoria como de hospitalización, medicinas e insumos médicos, prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles, y servicios de rehabilitación, con el objeto de atender los riesgos de enfermedad, resolviendo las deficiencias de salud de la población asegurada.” (Essalud, 2010).

Población asegurada acreditada:

“Es la población que cumple con los criterios de acreditación establecidos normativamente para acceder a los servicios y prestaciones que otorga EsSalud (está incluida dentro de la población asegurada activa”. (Essalud, 2010).

Atención de Emergencia:

Es toda condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital para una persona de no mediar atención médica inmediata e impostergable o toda condición de salud o cuadro clínico que implique secuela funcional grave para una persona de no mediar atención médica inmediata e impostergable. (Estudio Financiero Actuarial, 2012. Pag. 84).

Capa Simple:

“Es el conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad”. (DS N° 009-97-SA, Cap III, Art. 22).

Capa Compleja:

“Es el conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad que no se encuentran dentro de la capa compleja”. (DS N° 009-97-SA, Cap III, Art. 22).

Plan Mínimo de Atención:

Es el conjunto de intervenciones de salud que como mínimo deben estar cubiertas por los planes de salud ofrecidos por el Seguro Social en Salud. (DS N° 009-97-SA, Cap III, Art. 20).

Exclusiones del Seguro Social de Salud:

Es el conjunto de intervenciones de salud no cubiertas por el Seguro Social en Salud. (DS N° 009-97-SA, Cap I, Art. 2).

Accidente:

Es toda lesión corporal producida por acción imprevista fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta. (DS N° 009-97-SA, Cap I, Art. 2).

Accidente de Trabajo:

Es toda lesión corporal producida en el centro de trabajo o con ocasión de las labores para las cuales ha sido contratado el trabajador causadas por acción imprevista fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. (DS N° 009-97-SA, Cap I, Art. 2).

Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo:

El sistema especializado del Seguro Social de Salud que otorga cobertura adicional a los afiliados regulares que laboran en actividades de alto riesgo, brindando prestaciones de salud, pensión de invalidez temporal o permanente,

pensión de sobrevivencia y gastos de sepelio derivados de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales no cubiertas por el régimen de pensiones a cargo de la ONP y/o AFP. (DS N° 009-97-SA, Cap I, Art. 2).

Morosidad:

Falta de puntualidad o retraso, en especial en el pago de una cantidad debida o en la devolución de una cosa, "la evolución de la morosidad se convierte en un indicador de primer orden de lo que está ocurriendo en la economía real". (<https://es.oxforddictionaries.com/definicion/morosidad?locale=es>).

Pagare:

Documento que extiende y entrega una persona a otra mediante el cual contrae la obligación de pagarle una cantidad de dinero en la fecha que figura en él, "estos pagarés se archivan cuando son cancelados de lo contrario sigue el procedimiento de cobranza en sus normas legales. (art 158, Ley de Títulos Valores N° 27287).

Prestaciones:

En el ámbito laboral se entiende por prestaciones los derechos de los trabajadores, con origen y fundamento en la relación de trabajo (no en la prestación efectiva). La legislación y la doctrina se refieren a prestaciones y contraprestaciones. Si el término, con rigor lingüista, no es afortunado para expresar su verdadero contenido, sí permite identificar los derechos y obligaciones para una y otra parte, lo cual se enfatiza una vez desechadas las teorías atributivas del carácter civilista en las relaciones laborales.

La palabra prestación, sustantivo del verbo prestar, indica "acción de entregar una cosa que debe devolverse o restituirse". El trabajo, ciertamente, es imposible de devolverse o de restituirse, empero, la realidad lo transforma en un bien económico, de utilidad material como instrumento para satisfacer sus necesidades (Kurczyn, 1992).

Lo social de las prestaciones Los derechos inherentes a la seguridad social constituyen parte de la protección social, entendida ésta de manera integral. Los derechos humanos, individuales y sociales, deben garantizarse con seguridad y certeza jurídica, en niveles de igualdad y respeto a la dignidad humana.

Morosidad de los pacientes:

La morosidad hace referencia al incumplimiento de las obligaciones de pago. En el caso de los créditos concedidos por las entidades financieras, y por entidades de prestaciones de servicios de salud respecto a sus usuarios, normalmente se expresa como cociente entre el importe de los créditos morosos y el total de préstamos concedidos. Así, la tasa de morosidad se define como:

Tasa de morosidad = $\text{Créditos impagados} / \text{Total de créditos}$.

Se pueden distinguir cuatro tipos de situaciones en los riesgos correspondientes a las operaciones financieras:

Riesgo normal:

Aquellas operaciones para las que se disponga de evidencia objetiva y verificable que haga altamente probable la recuperación de todos los importes debidos.

Riesgo subestándar:

Aquellas operaciones que, si bien no pueden ser consideradas como dudosas o fallidas, sí presentan ciertas debilidades que pueden suponer la asunción de pérdidas por parte de la entidad financiera mayores que las coberturas genéricas dotadas.

Riesgo dudoso:

Son aquellas que presenten un retraso en el pago superior a 90 días (3 meses).

Riesgo fallido:

Son aquellas operaciones cuya recuperación se considera remota, por lo que procede darlas de baja del activo.

1.4. Formulación del Problema

¿En qué medida los costos de las prestaciones asistenciales se relacionan en la morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes Del Cenepa Bagua, 2015 – 2016?

1.5. Justificación

Justificación económica

Se justifica desde el punto de vista económico en que siendo el tercer objetivo estratégico de la política nacional de EsSalud es garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social, razón por la cual debemos lograr la disminución gradualmente del porcentaje de morosidad de las de los pacientes respecto de sus prestaciones de salud brindadas logrando la recuperación económica progresiva, aplicando algunas estrategias en los procedimientos administrativos desde el inicio de la atención hasta el momento del alta de los pacientes, dicha acción es importante porque analizará mejor los ingresos y egresos al tratar en lo posible disminuir el porcentaje de pacientes morosos y servirá para que el ingreso económico tenga un mejor balance contable.

Justificación social

Se justifica desde el punto de vista social en que las atenciones de emergencias deben ser atendidas inmediatamente ya que está en riesgo o en peligro la vida del paciente en forma eficaz, oportuna y altamente calificada, cual fuere su situación de seguro de afiliación si cuenta o no con afiliación a fin de evitar complicaciones y peor aún la muerte de la persona. Es por ley obligatoria y prioritaria la atención médica de salud y no puede ser condicionada al pago previo en ningún establecimiento de salud público o privado, de tal forma que se contribuya y se oferta más los servicios de salud a la población tratando en lo posible porque mediremos también la calidad del servicio ofertado.

Justificación práctica

Se justifica desde el punto de vista práctico porque al identificar las causas del incremento de la morosidad en el pago de las prestaciones asistenciales de salud, será motivo o causa para establecer un plan estratégico, la cual incluya el análisis contable de los ingresos y egresos en la institución y a la vez proporcionará un mayor alcance económico para sugerencia de contratación de personal si este lo requiere con el objetivo de brindar mayor servicio de calidad y alcanzar un mejor nivel de satisfacción en el usuario externo.

1.5. Hipótesis

Ha: Los costos de las prestaciones asistenciales se relacionan significativamente con con la morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.

Ho: Los costos de las prestaciones asistenciales no se relacionan significativamente con con la morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.

1.6. Objetivos

1.6.1. General

Determinar si los costos de las prestaciones asistenciales se relacionan con la morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.

1.6.2. Específicos

Identificar los costos de las prestaciones asistenciales del Hospital I Héroes Del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.

Establecer el nivel de morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes Del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.

Determinar si los costos de las prestaciones asistenciales se relacionan con el nivel de morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.

II.METODO

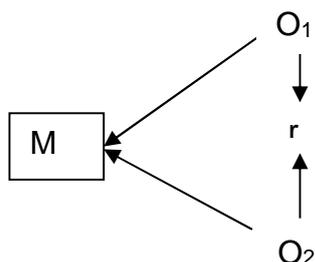
2.1. Diseño de Investigación.

La investigación tiene un enfoque cuantitativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 4).

El tipo de investigación es descriptiva, porque describe o especifica las características de las variables asociadas (Hernández et al., 2010, p. 80).

La investigación se ejecutó siguiendo un diseño no experimental, transversal correlacional (Hernández et al., 2010, pp. 149, 151, 81), debido a que no se manipulan variables. Los datos se recolectaron en un solo momento, con la finalidad de conocer la relación que existe entre las variables asociadas.

El diagrama de este tipo de estudio fue el siguiente:



Donde:

M : Representa la muestra.

$O_1 = V_1$: Costo de las prestaciones asistenciales.

$O_2 = V_2$: Morosidad de los pacientes.

r : Relación de causalidad de las variables.

2.2. Variables

2.2.1. Definición conceptual

Variable 1: Costo de las prestaciones asistenciales.

Es el importe monetario de los gastos en los diferentes servicios asistenciales que demanda la atención del afiliado o paciente particular al momento de la prestación médica. (Valverde, 2005).

Variable 2: Morosidad de los pacientes

Es la persona natural o jurídica que no ha cumplido con la obligación del pago al momento de la prestación de los diversos servicios atendidos.

(<https://es.oxforddictionaries.com/definicion/morosidad?locale=es>).

2.2.2. Definición operacional

Variable 1: Costo de las prestaciones asistenciales

Dinero que se paga por recibir una atención por el servicio no cubierto por el EsSalud.

Variable 2: Morosidad de los pacientes

Deudas contraídas por pacientes que recibieron atención en el servicio de emergencia en EsSalud

2.2.3. Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADORES	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable 1: Costo de las prestaciones asistenciales	Sanitarios: medicamentos, pruebas diagnósticas, salarios del personal sanitario. No sanitarios: Transporte de los pacientes hasta los centros sanitarios.	1,2,3,4,5,6, 7 y 8	Encuesta/Cuestionario Escala nominal Bajo Medio Alto
Variable 2: Morosidad de los pacientes.	Costos derivados de la reducción de la productividad debida a la enfermedad del paciente. Costos derivados de la reducción de la productividad no remunerada del enfermo. Costos generados por la familia, amigos y/o cuidadores informales como consecuencia de la ayuda/compañía ofrecida al paciente. Sufrimiento o dolor asociados al tratamiento.	9, 10, 11, 12 y 13	Encuesta/Cuestionario Escala nominal Nunca A veces Siempre

2.4. Población y muestra

2.4.1. Población.

La población estuvo conformada por pacientes morosos que fueron atendidos en el Hospital I Héroes del Cenepa en el periodo 2015-2016.

Cuadro 1. Lista de deudores morosos.

LISTADO DE DEUDORES	CANTIDAD N°	DEUDA S/.
ACCIDENTE DE TRANSITO	10	1.819,19
AGRARIO DADO DE BAJA	12	48.158,37
AGRESION X TERCEROS	1	116,10
EPS - FACTURAR A PTE	7	497,80
INTOXICACION X ALCOHOL NO CUBRE	1	111,94
NO ACREDITADO	21	7.101,43
TOTAL DEUDA POR TERCEROS	52	57,806.83

Fuente. - Base de datos HIHC Bagua Mayo 2016

El universo del estudio lo constituyen todos los expedientes: historia de emergencia, pagares de los pacientes no acreditados que acuden al servicio de emergencia.

2.4.2. Muestra.

La muestra es un subgrupo de la población que, por tanto, representará las mismas características de aquella (Hernández et al., 2010), Particularmente, para los efectos del presente estudio se empleó la población por ser muy pequeña.

2.5. Método de investigación

En el presente estudio los métodos de investigación a utilizar serán el deductivo y el inductivo.

El método deductivo es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. El método hipotético-deductivo tiene varios pasos esenciales: observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia. (Hernández, et.al., 2010).

El método inductivo consiste en establecer enunciados universales ciertos a partir de la experiencia, esto es, ascender lógicamente a través del conocimiento científico, desde la observación de los fenómenos o hechos de la realidad a la ley universal que los contiene. (Coello & Coello, 2012).

El método deductivo infiere los hechos observados basándose en la ley general (a diferencia del inductivo, en el cual se formulan leyes a partir de hechos observados). (Coello & Coello, 2012).

2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para poder recoger los datos provenientes de la observación de las variables de estudio, durante su aplicación se consideró las siguientes técnicas e instrumentos:

2.6.1. Técnicas

La encuesta. Permite obtener información de primera mano sobre las razones de la morosidad de los pacientes atendidos en el Hospital I Héroe del Cenepa de Bagua en el periodo 2015 - 2016 y poder describir y explicar de la mejor forma el problema.

2.6.2. Instrumentos

Cuestionario: los instrumentos se elaboraron para Costos de las prestaciones asistenciales y morosidad de los pacientes el Hospital I Héroes del Cenepa de Bagua, los cuales contaron de 8 y 5 preguntas respectivamente; los mismos que fueron validados por juicio de tres expertos (ver anexo 3); y la confiabilidad se determinó a través de una prueba piloto, en la cual valores de alfa de Crombach para ambos instrumentos igual a 0.876 (ver anexo 4).

Se aplicó a los pacientes morosos del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua 2015– 2016.

2.7. Métodos de análisis de datos.

Los métodos que se utilizara para nuestro análisis de datos son los siguientes:

Estadística descriptiva:

Matriz de puntuaciones de las dimensiones de las variables 1 y 2.

Construcción de tablas de distribución de frecuencias.

Elaboración de figuras estadísticas.

Estadística inferencial:

Para el procesamiento y obtención de los resultados estadísticos descriptivos y la contrastación de las hipótesis, se utilizará el software de estadística para ciencias sociales (SPSS V23).

Prueba de Kolmogorov - Smirnov con un nivel de significancia al 5%, para una muestra que comparara la función acumulada observada de las variables: nos permitirá conocer si corresponde a una distribución normal en ese caso los estadísticos más empleados son el coeficiente de correlación de Pearson y el coeficiente Rho de Spearman, cuando la distribución no es normal.

2.6. Aspectos éticos.

La información que se recopile tanto de la institución y de los pacientes será utilizada para fines académicos.

Confidencialidad. - Toda la información se obtuvo de las historias clínicas, la cual no se hizo pública, se aseguró el anonimato, manteniendo en absoluto resguardo los datos encontrados en las mismas.

Credibilidad. - toda la información obtenida producto de la aplicación del instrumento se ajustó a la verdad, se tuvo en cuenta desde la descripción del objeto de estudio hasta el análisis de la información.

La investigación se desarrollará dentro de los valores de la ética y moral, respetando a la propiedad privada, nivel cultural y académico de las personas.

III. RESULTADOS.

3.1. **Identificar** los costos de las prestaciones asistenciales del Hospital I Héroes Del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.

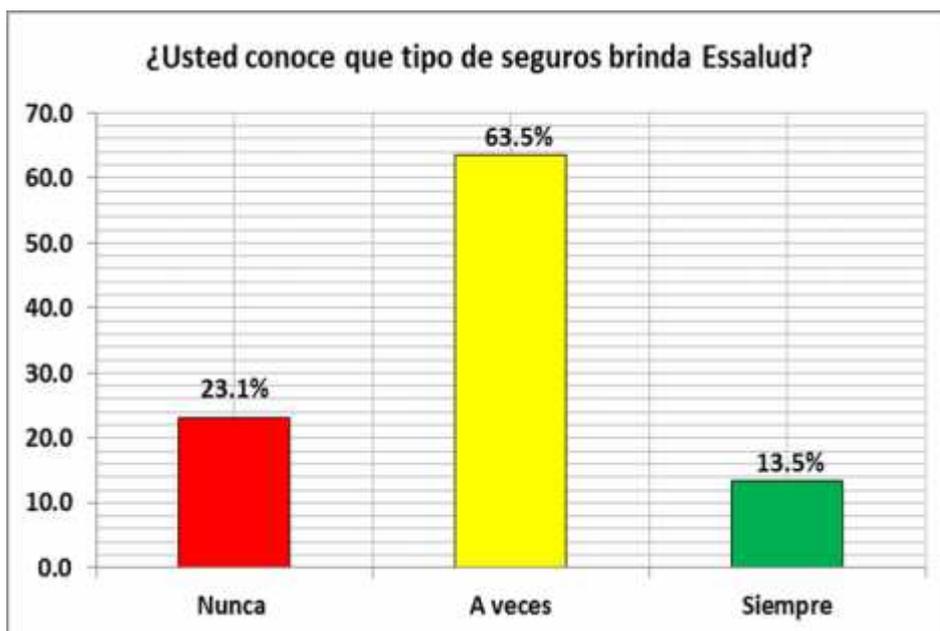
Tabla 1

Usted ¿conoce que tipo de seguros brinda Essalud?	fi	%
Nunca	12	23.1
A veces	33	63.5
Siempre	7	13.5
Total	52	100.0

Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

Descripción e interpretación: En la tabla descrita, se observa un mayor porcentaje con el 63.5% (33) en la categoría a veces, seguido de un 23,1% (12) en la categoría nunca y sólo el 13,5% (7) en la categoría siempre, donde los pacientes conocen que tipo de seguros brinda Essalud, dichos datos se pueden apreciar mejor en la figura 1.

Figura 1



Fuente: Tabla 1

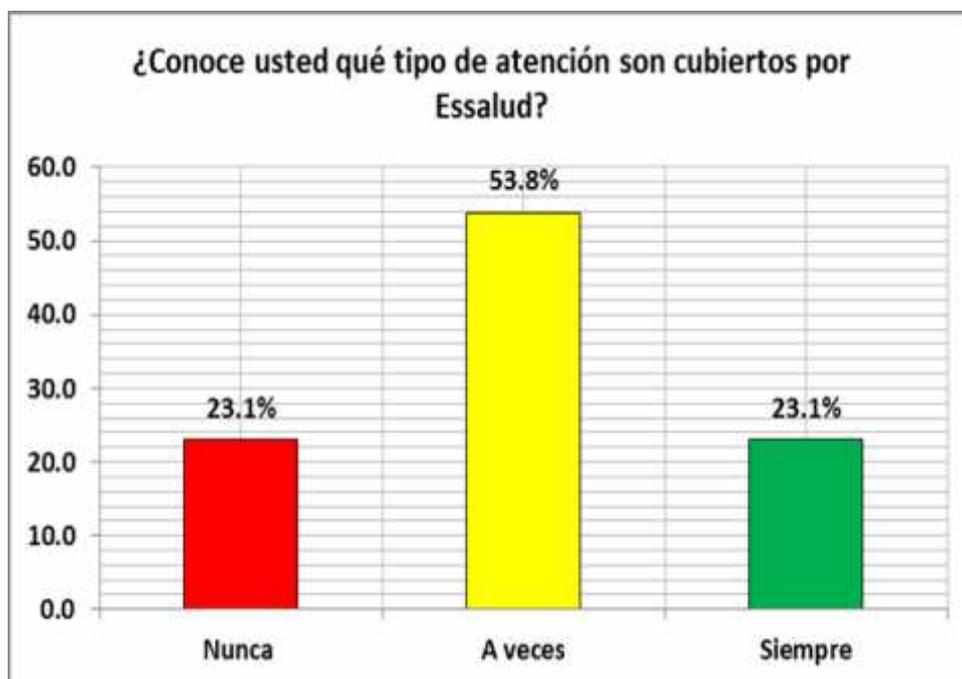
Tabla 2

¿Conoce usted qué tipo de atención son cubiertos por Essalud?	fi	%
Nunca	12	23.1
A veces	28	53.8
Siempre	12	23.1
Total	52	100.0

Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

Descripción e interpretación: En la tabla descrita, se observa un mayor porcentaje con el 53.8% (28) en la categoría a veces, seguido de un 23,1% (12) en la categoría nunca y siempre, donde los pacientes conocen que tipo de atención son cubiertos por Essalud, dichos datos se pueden apreciar mejor en la figura 2.

Figura 2



Fuente: Tabla 2

Tabla 3

Análisis porcentual sobre los costos de las prestaciones asistenciales del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.

Costos de las prestaciones asistenciales	fi	%
Bajo (S/.15.00)	11	21.2
Medio (S/.25.00)	29	55.8
Alto (40.00)	12	23.1
Total	52	100.0

Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

Descripción e interpretación: En la Tabla y Figura 03, involucra el análisis realizado de los Ítems 3,4, 5 y 6 del instrumento utilizado en el cual se observa los costos de las prestaciones asistenciales del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016, tienen un nivel medio según el 55.8% (29) de encuestados, mientras que un 23.1% (12) indica que son altos y sólo el 21.2 % (11) manifiestan que son bajos.

Figura N° 3

Análisis porcentual sobre los costos de las prestaciones Asistenciales del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.



Fuente: Tabla 3

Tabla 4

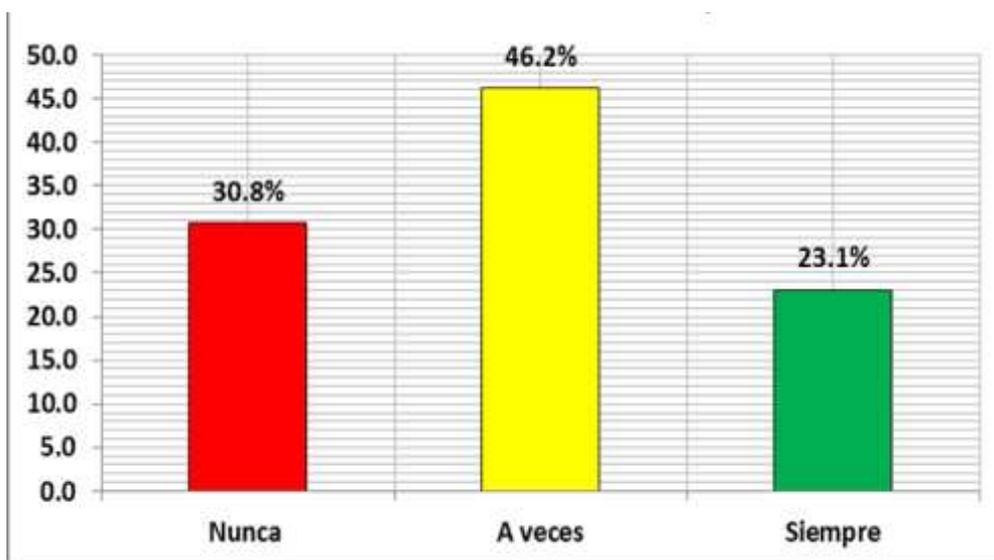
Después de conocer los beneficios, exclusiones u otros servicios que brinda Essalud, ¿Ud.se atendería en algunos de sus establecimientos?	fi	%
Nunca	16	30.8
A veces	24	46.2
Siempre	12	23.1
Total	52	100.0

Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

Descripción e interpretación: En la tabla descrita, se observa un mayor porcentaje con el 46.2% (24) en la categoría a veces, seguido de un 30,8% (16) en la categoría nunca y un 23,1% (12) en la categoría siempre, donde después de conocer los beneficios, exclusiones u otros servicios que brinda Essalud, los pacientes están en opciones de continuar con los servicios de salud que brinda, dichos datos se pueden apreciar mejor en la figura 4.

Figura 4

Después de conocer los beneficios, exclusiones u otros servicios que brinda Essalud, ¿Ud.se atendería en algunos de sus establecimientos?



Fuente: Tabla 4

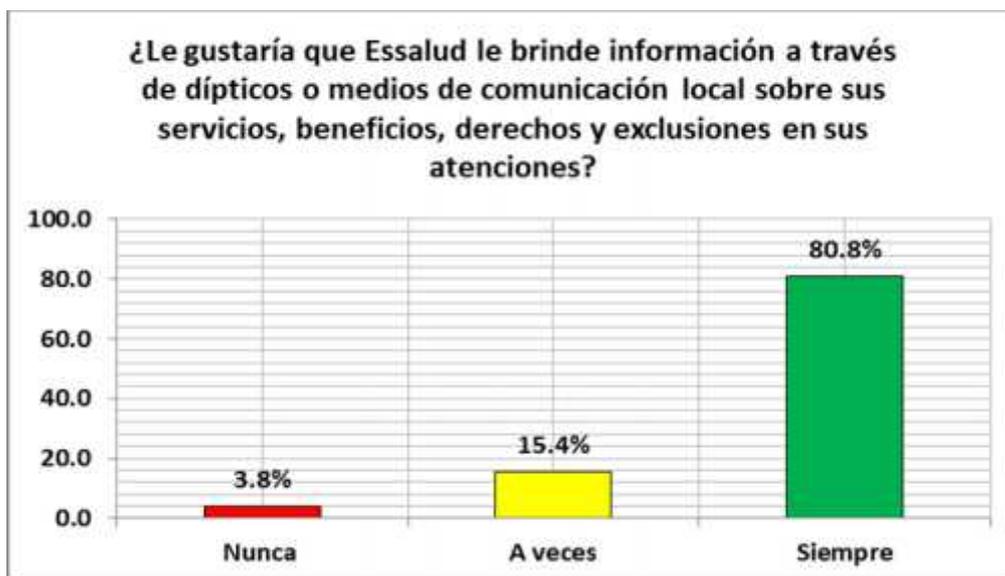
Tabla 5

¿Le gustaría que Essalud le brinde información a través de dípticos o medios de comunicación local sobre sus servicios, beneficios, derechos y exclusiones en sus atenciones?	fi	%
Nunca	2	3.8
A veces	8	15.4
Siempre	42	80.8
Total	52	100.0

Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

Descripción e interpretación: En la tabla descrita, se observa un mayor porcentaje con el 80,0% (42) en la categoría siempre, seguido de un 15,4% (8) en la categoría a veces y sólo un 3,8% (2) en la categoría nunca, donde a los pacientes les gusta que Essalud le brinde información a través de dípticos o medios de comunicación local sobre sus servicios, beneficios, derechos y exclusiones en sus atenciones, dichos datos se pueden apreciar mejor en la figura 05.

Figura 5



Fuente: Tabla 5

3.2. **Establecer** el nivel de morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes Del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.

Tabla 6.

Distribución numérica y porcentual según el nivel edad de los pacientes morosos del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.

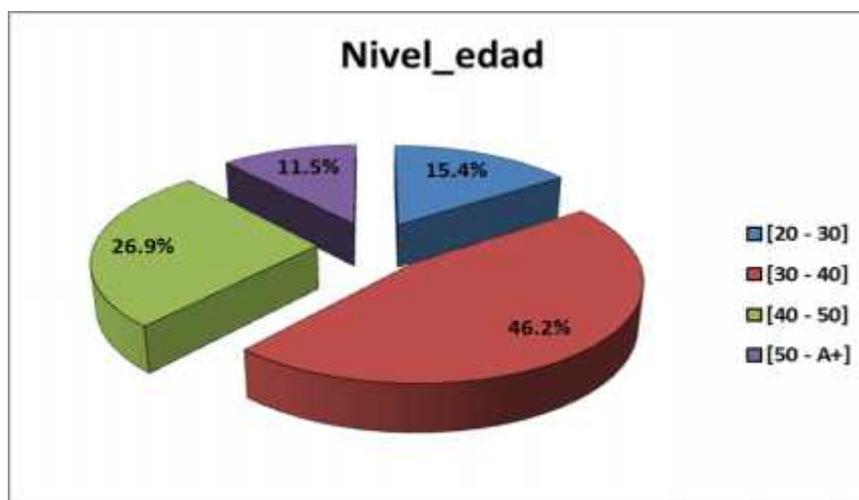
Nivel edad	fi	%
[20 - 30]	8	15.4
[30 - 40]	24	46.2
[40 - 50]	14	26.9
[50 - A+]	6	11.5
Total	52	100.0

Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes

Descripción e interpretación: La edad de los pacientes morosos del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, en el periodo 2015 – 2016, el 46.2% (24) entre las edades de 30 a 40 años de edad y sólo un 11.5% (6) como menor porcentaje entre las edades de 50 a + años. (Tabla y Figura 06).

Figura 6

Distribución numérica y porcentual según el nivel edad de los Pacientes morosos del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.



Fuente: Tabla 6

Tabla 7

Distribución numérica y porcentual según el sexo de los pacientes morosos del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.

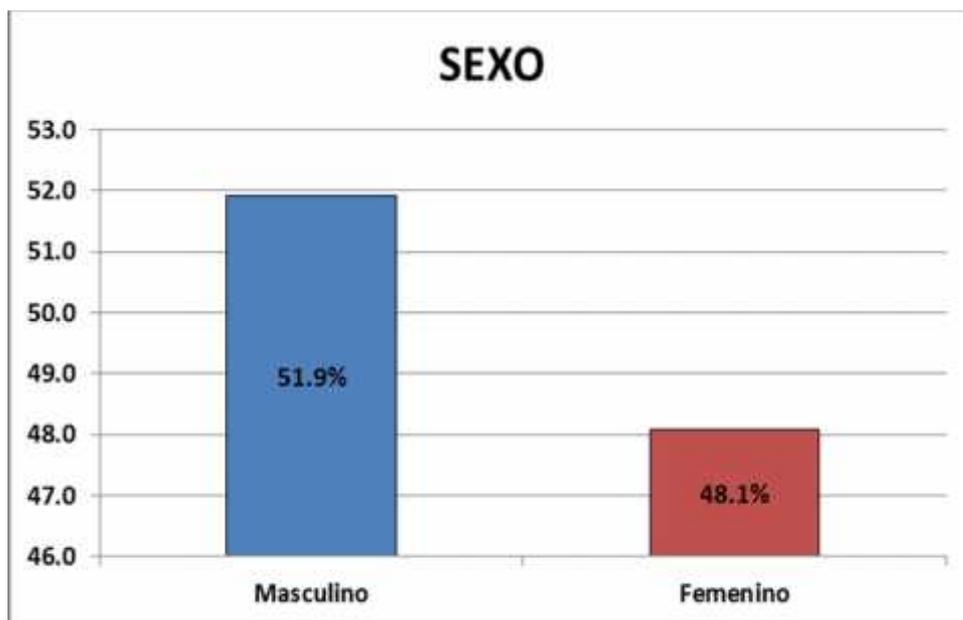
SEXO	fi	%
Masculino	27	51.9
Femenino	25	48.1
Total	52	100.0

Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

Descripción e interpretación: El sexo de los pacientes morosos del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, en el periodo 2015 – 2016, el 51.9% (27) fue de sexo masculino y el 48.1% (25) sexo femenino (Tabla y Figura 7).

Figura 7

Distribución numérica y porcentual según el sexo de los pacientes morosos del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.



Fuente: Tabla 7

Tabla 8

Distribución numérica y porcentual según el tipo de usuario atendidos en el Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.

Tipo de usuario	fi	%
Afiliado	35	67.3
Particular	17	32.7
Total	52	100.0

Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

Descripción e interpretación: Se observa que el mayor porcentaje de usuarios atendidos en el Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, en el periodo 2015 – 2016, son afiliados con 67.3% (35), y un 32.7% (17) (Tabla y Figura 03).

Figura N° 8

Distribución numérica y porcentual según el tipo de usuario atendidos en el Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.



Fuente: Tabla 8

Tabla 9

Determinación porcentual sobre la morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.

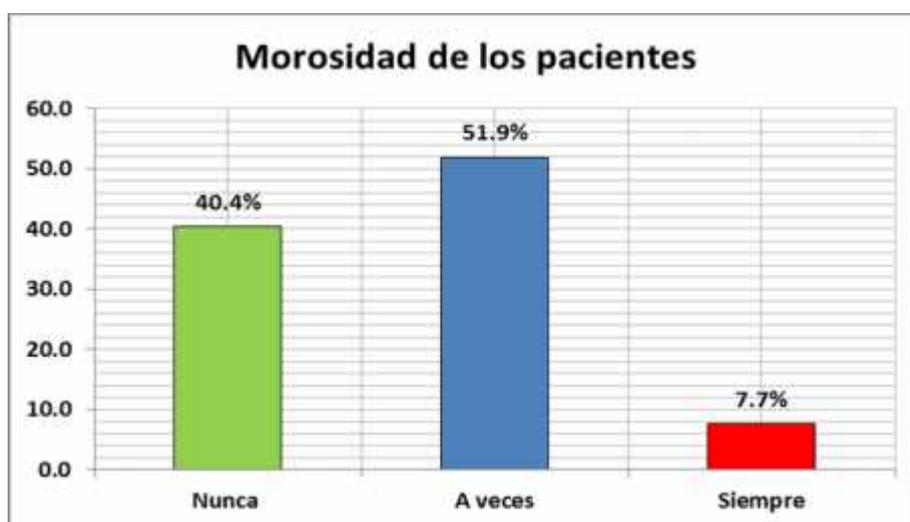
MOROSIDAD DE LOS PACIENTES	fi	%
Nunca	21	40.4
A veces	27	51.9
Siempre	4	7.7
Total	52	100.0

Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

Descripción e interpretación: En la Tabla y Figura 9 se hizo un análisis de los Ítems 9 y 10 del instrumento aplicado y se observa que la morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016, es a veces según el 51.9% (27) de los encuestados, seguido de un 40.4% (21) dice que nunca y sólo el 7.7% (4) lo hace siempre.

Figura 9

Determinación porcentual sobre la morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.



Fuente: Tabla 9

Tabla 10

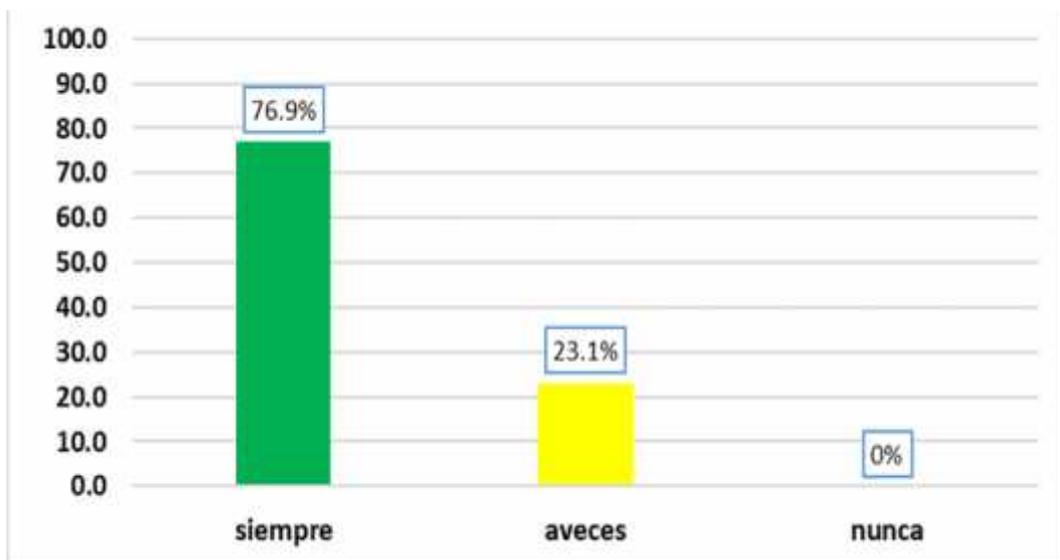
Ud. ¿Considera que se debería reducir el costo del tarifario de las atenciones?	fi	%
Nunca	0	0.0
A veces	12	23.1
Siempre	40	76.9
Total	52	100.0

Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

Descripción e interpretación: En la Tabla y Figura 10 se observa que los pacientes morosos atendidos en el Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016, en su mayoría representado por siempre opinaron que debería reducirse el costo del tarifario con el 76.9% (40) de los encuestados, seguido de un 23.1% (12) que dice que a veces y el 0.0% es decir ninguno manifestó que nunca debe reducirse.

Figura 10

Ud. ¿Considera que se debería reducir el costo del tarifario de las atenciones?



Fuente: Tabla 10

Tabla 11

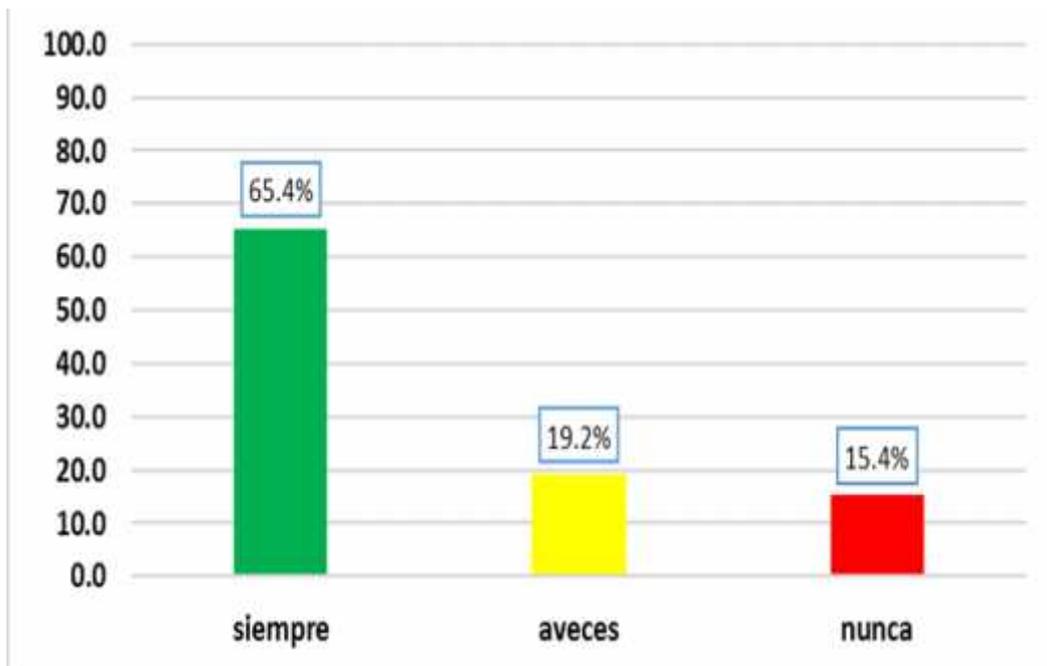
Sabia Ud. ¿Que EsSalud le brinda facilidades de pago para su deuda?	fi	%
Nunca	8	15.4
A veces	10	19.2
Siempre	34	65.4
Total	52	100.0

Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

Descripción e interpretación: En la Tabla y Figura 11 se observa que los pacientes atendidos del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016, en su mayoría representado por siempre opinaron que si sabían de las facilidades de pago existentes con el 65.4% (34) de los encuestados, seguido de un 19.2% (10) que dice que a veces y el 15.4% (8) dijeron que nunca.

Figura 11

Sabia Ud. ¿Que EsSalud le brinda facilidades de pago para su deuda?



Fuente: Tabla 11.

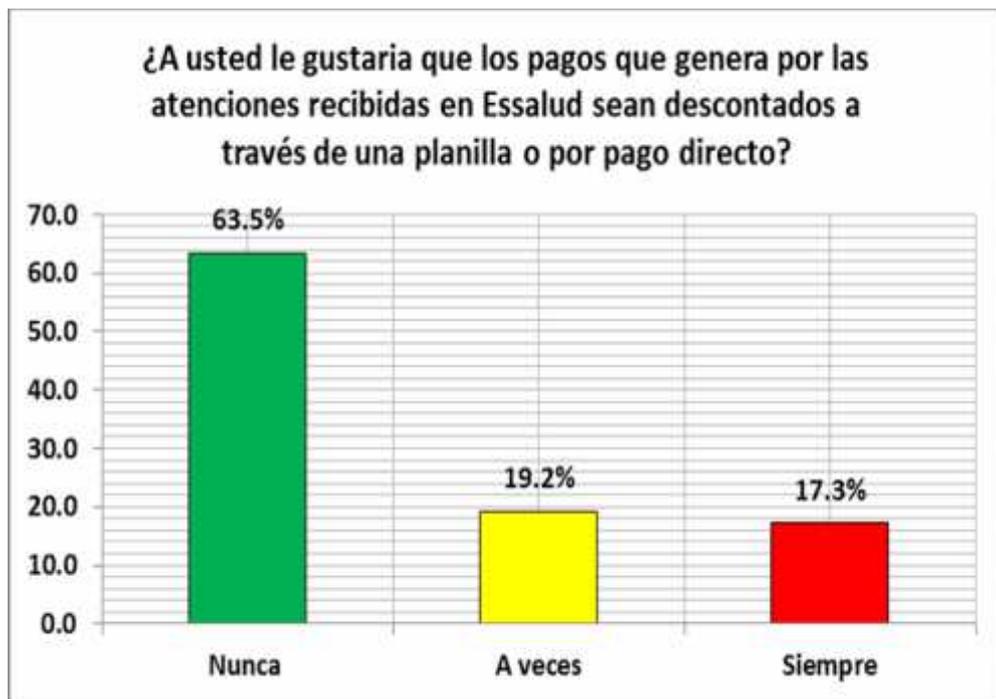
Tabla 12

¿A usted le gustaría que los pagos que genera por las atenciones recibidas en Essalud sean descontados a través de una planilla o por pago directo?	fi	%
Nunca	33	63.5
A veces	10	19.2
Siempre	9	17.3
Total	52	100.0

Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

Descripción e interpretación. En la tabla descrita, se observa un mayor porcentaje con el 63,5% (33) en la categoría nunca, seguido de un 19,2% (10) en la categoría a veces y el 17,3% (9) en la categoría siempre, donde a los pacientes les gusta que los pagos que genera por las atenciones recibidas en EsSalud sean descontados a través de una planilla o por pago directo, dichos datos se pueden apreciar mejor en la figura 12.

Figura 12



Fuente: Tabla 12

3.3. **Determinar** si los costos de las prestaciones asistenciales se relacionan con el nivel de morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.

Tabla 13

Determinación sobre los costos de las prestaciones asistenciales y su relación con la morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.

Costos de las prestaciones asistenciales	Morosidad de los pacientes						Total	
	Nunca		A veces		Siempre			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	4	7.7	7	13.5	0	0.0	11	21.2
Medio	12	23.1	14	26.9	3	5.8	29	55.8
Alto	5	9.6	6	11.5	1	1.9	12	23.1
Total	21	40.4	27	51.9	4	7.7	52	100.0

Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

$$X^2 = 0.005; \text{gl} = 1; p = 0.011 < 0.05.$$

Descripción e interpretación: Los costos de las prestaciones asistenciales si se relacionan con la morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016, en mayor porcentaje, 26.9% (14), se ubica en el nivel medio de los costos de las prestaciones asistenciales y a veces para morosidad de los pacientes, seguido de un 13.5% (7) en bajo y un 11.5% (6) en el nivel alto. Asimismo se obtuvieron porcentajes de 23.1% (12) en el nivel medio y nunca según la morosidad de los pacientes, seguido de un 9.6% (5) en el nivel alto y sólo el 7.7% (4) en el nivel bajo y finalmente se obtuvo el 5.8% (3) en el nivel medio de los costos de las prestaciones asistenciales y es siempre en la variable morosidad de los pacientes y sólo un 1.9% (1) en el nivel alto respectivamente.

La Tabla 13 de contingencia doble descrita fue sometida a la prueba estadística no paramétrica de la Ji cuadrada cuyo valor fue de: $X^2 = 0.005$; $gl = 1$; $p = 0.011 < 0.05$. El cual nos indica que existe relación significativa entre los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes. Pacientes.

Figura 13

Determinación sobre los costos de las prestaciones asistenciales y su relación con la morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016.



Fuente: Tabla 13

Cuadro 2: Correlación de variables: Costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

		Percentiles						
		5	10	25	50	75	90	95
Promedio ponderado (definición 1)	costos_de_las_prestaciones_asistenciales	8,0000	8,0000	10,0000	10,0000	11,0000	12,0000	12,3500
	morosidad_de_los_pacientes	8,0000	8,0000	10,0000	11,0000	12,0000	12,0000	13,0000
Bisagras de Tukey	costos_de_las_prestaciones_asistenciales			10,0000	10,0000	11,0000		
	morosidad_de_los_pacientes			10,0000	11,0000	12,0000		

Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

Cuadro 3: Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
costos_de_las_prestaciones_asistenciales	,191	52	,000	,933	52	,006
morosidad_de_los_pacientes	,177	52	,000	,932	52	,005

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

Regla de decisión: Shapiro-Wilk: se usa Sperman Brown.

Cuadro 4: Correlaciones

		costos_de_las_prestaciones_asistenciales	morosidad_de_los_pacientes
Rho de Spearman	costos_de_las_prestaciones_asistenciales	1,000	,027
		.	,047
		52	52
morosidad_de_los_pacientes	costos_de_las_prestaciones_asistenciales	,027	1,000
		,847	.
		52	52

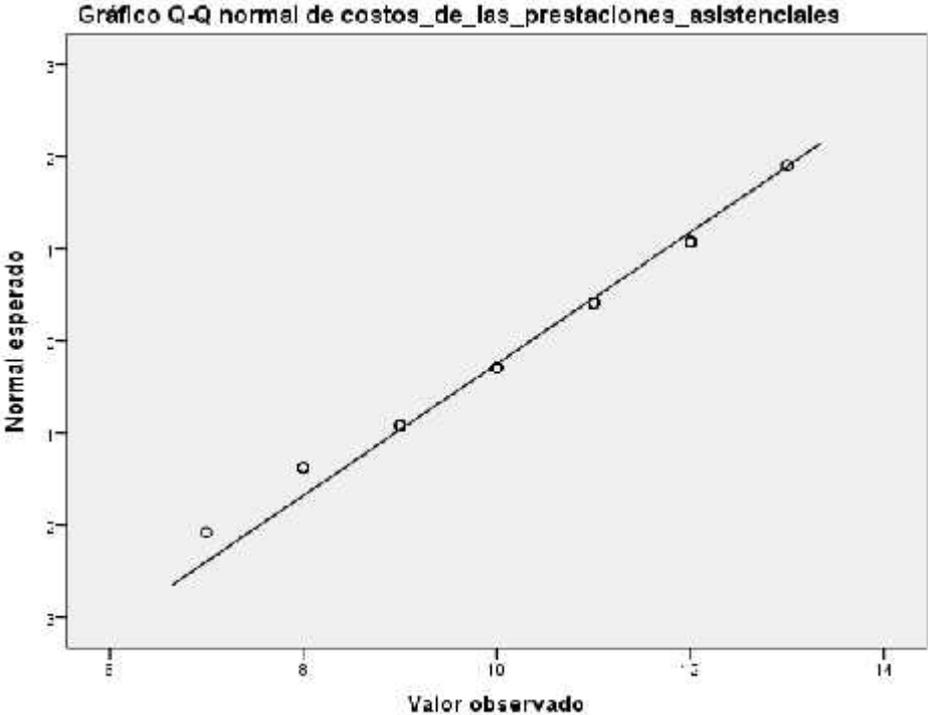
Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

En los cuadros 3 y 4, se observa que los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, han adquirido en la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los mismos, obteniendo un nivel de significancia de 0,047 para N y gl (grados de libertad) = 52 en las pruebas de normalidad incluyendo a las de Kolmogorov-Smirnov^a Shapiro-Wilk con la regla de decisión de Spearman Brown, quien es menor a 0,05; la cual nos indica una relación directa fuerte.

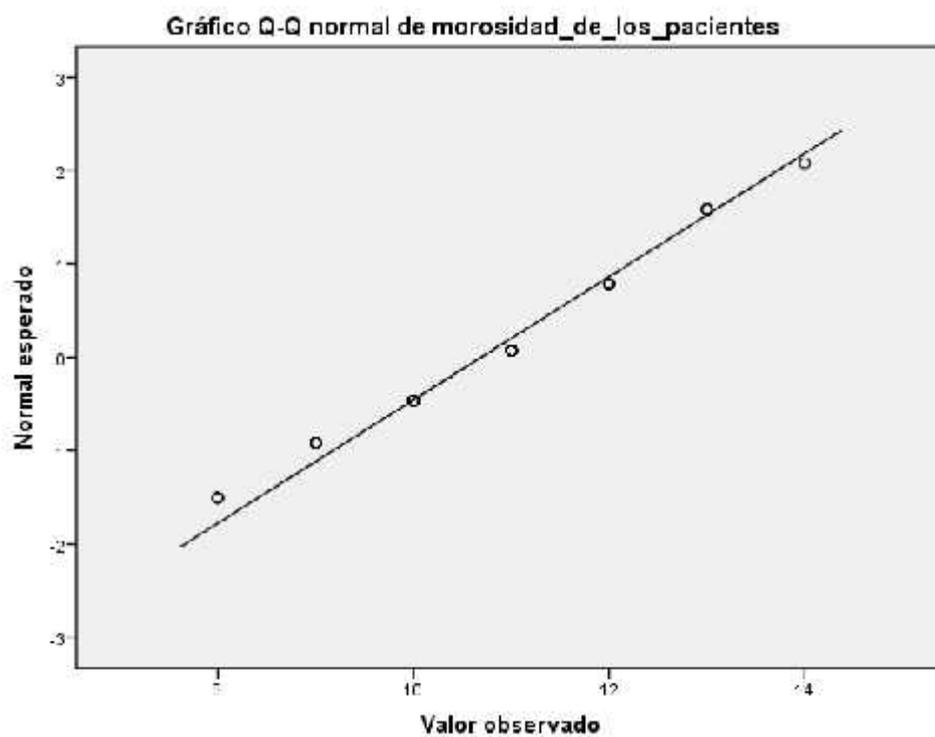
En consecuencia, los costos de las prestaciones asistenciales se relacionan significativamente en la morosidad de los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, 2015 – 2016. Estos resultados se pueden evidenciar mejor en el Figura N° 14.

Figura N° 14

Pruebas de normalidad y correlación de variables para las puntuaciones obtenidas entre los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.



Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.



Fuente: Resultados de la encuesta para medir los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

En el presente trabajo de investigación se llegó a los costos de las prestaciones tienen un nivel medio (Tabla N° 13) con una tendencia a alto lo cual concluiría que si existe morosidad de los pacientes es debido a los costos de las prestaciones asistenciales y a la desinformación de los usuarios. Así mismo, las deudas contraídas son canceladas previa insistencia del cobro por lo que existe un endeudamiento generando déficit económico a los fondos de la seguridad social. Coincidiendo con Pérez, (2014) en lo referente al endeudamiento, los cuales han ido disminuyendo a través de los años, en cuanto a este indicador se debe resaltar que el endeudamiento está concentrado en el corto plazo, es decir se debe cancelar en un periodo inferior a 12 meses.

En el presente trabajo de investigación no se encontró información relacionada directamente con el tema de investigación por lo tanto no podemos hacer un comparativo o discusión directa con autores que hayan realizado investigación en temas iguales o similares. Sin embargo, podemos deducir de los resultados obtenidos que los costos de las prestaciones según los encuestados tienen un costo promedio medio que influyen porcentualmente en la morosidad de las personas atendidas. Lo cual podría estar de acuerdo con lo determinado por Quiroz y Castro, (2013) que la morosidad, es a consecuencia del incumplimiento de los requisitos normados en las tres políticas establecidas por las propias empresas lo cual atenta posteriormente a la liquidez económica de las instituciones.

Existe una relación significativa entre los costos de las prestaciones asistenciales y la morosidad de los pacientes ($r= 1.0$) por tanto inferimos que los costos de las prestaciones asistenciales se relacionan y en consecuencia depende de la morosidad de los pacientes.

CONCLUSIONES

- J Los pacientes del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, en el periodo 2015 – 2016, en su mayoría fueron varones, con edades que fluctúan entre 30 a 40 años y están afiliados al sistema de Essalud.
- J Los costos de las prestaciones asistenciales están en un nivel medio (55.8%) en el Hospital I Héroes del Cenepa Bagua en el periodo 2015 – 2016.
- J La mayoría de los pacientes en el Hospital I Héroes del Cenepa Bagua, a veces son morosos (51.9%), en el periodo 2015 – 2016.
- J Los costos de las prestaciones asistenciales se relacionan con la morosidad de los pacientes en el Hospital I Héroes del Cenepa Bagua en el periodo 2015 – 2016 ($r=1,0$), donde se obtuvieron datos demostrado un mayor porcentaje de 26,9% (14), donde los costos de las prestaciones asistenciales es medio y a veces los pacientes demuestran morosidad y un porcentaje nulo de 0.0 (0) donde el costo de las prestaciones asistenciales es bajo y siempre demuestran morosidad.

SUGERENCIAS

Al Director del Hospital I Héroes del Cenepa Bagua se le sugiere trabajar en los procesos que se describen a continuación:

-) Elaborar un plan estratégico en gestión sobre en el cual se incluya el estudio de costos, oferta y demanda en relación a sus ingresos, canasta familiar, fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades en cuanto al desempeño laboral de los prestadores de servicios de salud.
-) Definir los costos de las prestaciones asistenciales, concertadamente con los Gobiernos Regionales, la Política Tarifaria que regirá para todo el sector con alcances diferenciados tomando como referente los resultados del presente estudio.
-) Supervisar que los costos de las prestaciones asistenciales en relación a la morosidad de los pacientes, no tenga un ascenso para que uno no recaiga sobre el otro y que a su vez se mida con un plan de gestión de la calidad en forma trimestral su avance en beneficio de la institución quien debe generar de forma constante un nivel alto en satisfacción del usuario externo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACUERDO N° 8-13-ESSALUD-2015

ACUERDO N° 28-15-ESSALUD-2016

Arriagada, I. Aranda, V. y Miranda, F. (2005). Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. CEPAL. División de Desarrollo Social. Santiago de Chile.

Castillo, N. & Rodríguez, R. (2008). "Prestaciones asistenciales. Análisis, Sistematización y breve visión comparada" Santiago- Chile 2008. Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2008/de-castillo_n/html/index-frames.html

Coello, J. & Coello, W. (2012). Los métodos teóricos de investigación. En: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Escuela de Postgrado. Enseñanza en educación superior. Maestría en control y auditoría en la gestión gubernamental

Diario Uno (2015) Directora Regional de la OIT para América Latina y el Caribe, 6 de febrero de 2015. Disponible en: http://www.ilo.org/americas/oficina-regional/direcci%C3%B3n-regional/WCMS_343190/lang--es/index.htm

Diccionario Económico. La Morosidad. Disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/morosidad?locale=es>.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). Metodología de la Hospital I Héroes del Cenepa, (2016). Informe Operacional periodo. Enero 2015 - mayo 2016.
investigación. México: McGraw-HILL / Interamericana Editores, S.A.

Kurczyn. P. (1992). Prestaciones asistenciales complementarias a cargo del empleador. Capítulo 40. Pag.735-764. IN: Buen, N. y Morgado, E.(1997). Instituciones de derecho del trabajo y de la seguridad social. Academia Iberoamericana de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Nacional Autónoma de México. México **D.F.**

Ley N° 26790 (17.05.97), Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), y su Reglamento, Decreto Supremo N° 002-99-TR, modificado por el Decreto Supremo N° 002-2004-TR.

Ley N° 27360 (10.09.2002), Ley que aprueba las normas de promoción del Sector Agrario.

- O'Hare, P. (2015). Las deudas médicas estropean tu historial de crédito. La Voz. March 27, DISPONIBLE EN: [tps://blog.chron.com/lavoz/2015/03/las-deudas-medicas-estropean-tu-historial-de-credito/](https://blog.chron.com/lavoz/2015/03/las-deudas-medicas-estropean-tu-historial-de-credito/)
- Pérez, J. (2014). "Incidencia en la morosidad de cartera en la sostenibilidad financiera de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares durante el periodo 2010 - 2012" Recuperado de: <http://repositorio.ufpso.edu.co:8080/dspace/ufpso/handle/123456789/231>
- Rendón, J. (1992). Derecho de la Seguridad Social. Lima. Tarpuy. Recuperado de: <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/1/139/36.pdf>
- Res. de Presidencia Ejecutiva N° 335-PE-ESSALUD-2001
- Seguro Social de Salud (EsSalud, 2008). Salud, Manual Institucional
- Seguro Social de Salud (EsSalud, 2012). Plan Estratégico 2012 - 2016. Lima. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/_plan_2012_2016.pdf
- Soho, A. (2006). La garantía de las prestaciones en salud en América Latina. Equidad y reorganización de los cuasi mercados a inicios del milenio". México DF: CEPAL 2006. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4966/S060050_es.pdf;jsessionid=A3A2D4278AF1C2C33D49347EDE9635CF?sequence=1
- Tinoco, E. (2015). "El desafío de la seguridad social en América Latina". Disponible en: http://www.ilo.org/americas/oficina-regional/direcci%C3%B3n-regional/WCMS_343190/lang--es/index.htm
- Valverde, F (2005). Estudio financiero-actuarial y de la gestión de EsSalud: Análisis y Recomendaciones Técnicas. Disponible en http://staging.ilo.org/public/libdoc/ilo/2005/105B09_248_span.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA COSTO DE LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES

Agradecemos tu colaboración al darnos las respuestas a las siguientes interrogantes relacionadas con los costos de las prestaciones asistenciales del Hospital I Héroes del Cenepa de la ciudad de Bagua; con ello usted contribuirá para conocer la morosidad en cuanto al servicio asistencial se refiere. A continuación, deberá leer cada pregunta y responder con veracidad, marcando con una (x) en el recuadro la respuesta que considere correcta. De antemano nuestro sincero agradecimiento por su participación. Dicho cuestionario es de manera anónima.

Edad: _____ sexo: _____ Procedencia: _____

Tipo de usuario: afiliado () particular ()

N°	Descripción	Siempre	A veces	Nunca
01	¿Usted conoce que tipo de seguros brinda Essalud?			
02	¿Conoce usted qué tipo de atención son cubiertos por Essalud?			
03	¿Sabe usted que algunas de las atenciones recibidas son valorizadas y proceden a su cobranza?			
04	¿Le informaron a usted sobre los costos por las atenciones?			
05	¿Usted conocía que algunas de las atenciones recibidas en Essalud, son realizadas en base a un tarifario como entidad privada?			
06	¿Usted considera que los costos por los servicios asistenciales son adecuados?			
07	Después de conocer los beneficios, exclusiones u otros servicios que brinda Essalud, ¿Ud.se atendería en algunos de sus establecimientos?			
08	¿Le gustaría que Essalud le brinde información a través de dípticos o medios de comunicación local sobre sus servicios, beneficios, derechos y exclusiones en sus atenciones?			

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO 2

ENCUESTA MOROSIDAD DE LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES

Agradecemos tu colaboración al darnos las respuestas a las siguientes interrogantes relacionadas con los costos de las prestaciones asistenciales del Hospital I Héroes del Cenepa de la ciudad de Bagua; con ello usted contribuirá para conocer la morosidad en cuanto al servicio asistencial se refiere. A continuación, deberá leer cada pregunta y responder con veracidad, marcando con una (x) en el recuadro la respuesta que considere correcta. De antemano nuestro sincero agradecimiento por su participación. Dicho cuestionario es de manera anónima.

Edad: _____ sexo: _____ Procedencia: _____

Tipo de usuario: afiliado () particular ()

N°	Descripción	Siempre	A veces	Nunca
09	¿Usted alguna vez ha sido moroso por los servicios de atención que le brindó el Essalud?			
10	Usted ha incurrido en morosidad debido al costo en la atención.			
11	Ud. ¿Considera que se debería reducir el costo del tarifario de las atenciones?			
12	Sabía usted ¿Que Essalud le brinda facilidades de pago para su deuda?			
13	¿A usted le gustaría que los pagos que genera por las atenciones recibidas en Essalud sean descontados a través de una planilla o por pago directo?			

GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO 3

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN MEDIANTE LA PRUEBA BINOMIAL Y Z DE GAUSS PARA PROPORCIONES:

Para determinar la validez estadística del instrumento de medición, se realizó mediante el juicio de expertos y pruebas estadísticas: Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y de la Z Gauss para la aceptación total del instrumento ($n = 50$), al 5% de significancia estadística.

PRUEBA BINOMIAL.

Hipótesis estadísticas

Ho: $P = 50\%$ vs **Ha:** $P > 50\%$

Donde:

P = porcentaje de respuestas de los jueces que consideran el ítem de la escala dicotómica como adecuado.

La hipótesis alternativa (**Ha**) indica que si el ítem de la escala es adecuado (se acepta), entonces la opinión favorable de los expertos debe ser superior al 50%, ya que la calidad del ítem se categoriza como “**adecuado**” o “**inadecuado**”.

Nivel de significancia (α) y nivel de confianza ($1 - \alpha$)

$$\alpha = 0.05 (5\%); \quad (1 - \alpha) = 0.95 (95\%)$$

Función de prueba

Si H_0 es verdadera, la variable X tiene distribución binomial con $n = 5$ y $P = 0.50$ (50%).

Regla de decisión: Se rechazará la H_0 y se acepta la H_a si el valor es:

$$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05].$$

Valor calculado (VC)

$$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05] = \sum_{k=x}^5 C^5_k (0.5)^k (0.5)^{5-k}$$

El cálculo de ésta probabilidad acumulada hacia la derecha se obtiene a partir de la tabla de distribución binomial (Anexo N° 02).

Decisión estadística

Para hacer la decisión estadística de cada ítem, se compara el valor P con el valor de $\alpha = 0.05$, de acuerdo a la regla de decisión (columna 6), asimismo la significación estadística de la decisión se tiene en la columna 7 de la tabla.

ÍTEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%		
1	3	100	0	0	0.013432	**
2	3	100	0	0	0.013432	**
3	3	100	0	0	0.013432	**
4	3	100	0	0	0.013432	**
5	3	100	0	0	0.013432	**
6	3	100	0	0	0.013432	**
7	3	100	0	0	0.013432	**
8	3	100	0	0	0.013432	**
9	3	100	0	0	0.013432	**
10	3	100	0	0	0.013432	**
TOTAL	30	100	0	0	0.01343	**

Fuente: Apreciación de los expertos.

* : Significativa (P < 0.05).

** : Altamente significativa (P < 0.01).

ANEXO 3 – A

ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR POR JUICIO DE EXPERTOS
APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica		
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles		
5	Los ítems reflejan el problema de investigación		
6	Los instrumentos abarcan en su totalidad el problema de investigación		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación		
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación		
9	El instrumento abarca las variables e indicadores		
10	Los ítems permitirán contrastar las hipótesis		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

Fecha:/...../.....

Nombre y Firma del Experto

ANEXO: 3 – B

MATRIZ DE RESPUESTAS DE LOS PROFESIONALES CONSULTADOS
SOBRE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN (JUICIO DE EXPERTOS)

ITEM	EXPERTO*			TOTAL
	1	2	3	
01	1	1	1	3
02	1	1	1	3
03	1	1	1	3
04	1	1	1	3
05	1	1	1	3
06	1	1	1	3
07	1	1	1	3
08	1	1	1	3
09	1	1	1	3
10	1	1	1	3

* Respuesta de los profesionales: 1 = Si, 0 = No

PROFESIONALES CONSULTADOS

M. Cs. ELFERES MUNDACA CASTAÑEDA (Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca – Sede Jaén).

Mg. AURIA VELA MONTENEGRO (Trabajadora de la Red de Salud Bagua).

Mg. JOSÉ LUIS ESCOBAL MEDRANO (Coordinador Regional de Salud Pública – Gobierno Regional Amazonas. Chachapoyas).

ANEXO 4

ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR POR JUICIO DE EXPERTOS
APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	X	
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima	✓	
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable	✓	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	✓	
5	Los ítems reflejan el problema de investigación	✓	
6	Los instrumentos abarcan en su totalidad el problema de investigación	✓	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	X	
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación	✓	
9	El instrumento abarca las variables e indicadores	✓	
10	Los ítems permitirán contrastar las hipótesis	✓	

SUGERENCIAS:

Para el presente trabajo de investigación se deberá realizar la publicación de dicho estudio.

.....

.....

.....

Fecha: 23.12.2016


Msc. César Mardaca Castañeda.
NR. 35691.

Firma y Post firma del Experto DNI. 45771117.

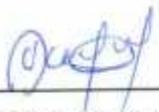
**ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR POR JUICIO DE EXPERTOS
APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Nº	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	✓	
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima	✓	
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable	✓	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	✓	
5	Los ítems reflejan el problema de investigación	✓	
6	Los instrumentos abarcan en su totalidad el problema de investigación	✓	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	✓	
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación	✓	
9	El instrumento abarca las variables e indicadores	✓	
10	Los ítems permitirán contrastar las hipótesis	✓	

SUGERENCIAS:

Ninguna

Fecha: *23.1.12.2016.*



Firma y Post firma del Experto
My-Auria Vela Montenegro
DNI: 40796109

ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR POR JUICIO DE EXPERTOS
 APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica		
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles		
5	Los ítems reflejan el problema de investigación		
6	Los instrumentos abarcan en su totalidad el problema de investigación		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación		
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación		
9	El instrumento abarca las variables e indicadores		
10	Los ítems permitirán contrastar las hipótesis		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

Fecha: 23/12/2016

Mg. JOSÉ LUIS ESCOBAL MEDRANO
 DNI

ANEXO 5

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN POR ALFA DE CROMBACH. (ENCUESTA).

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	13	100,0
Excluidos	0	,0
Total	13	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,876	13

ES ACEPTABLE A PARTIR DE 0.70

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ítem1	19,52	3,784	,100	,097
ítem2	19,77	3,789	,140	,083
ítem3	19,40	3,853	,075	,110
ítem4	19,44	3,938	,026	,133
ítem5	19,79	3,503	,329	-,003 ^a
ítem6	19,75	4,387	-,189	,222
ítem7	19,25	4,152	-,105	,204
ítem8	19,46	3,979	,003	,144
ítem9	19,58	3,425	,258	,005
ítem10	19,46	3,861	,063	,115
ítem11	18,63	4,433	-,237	,308
ítem12	19,67	3,558	,240	,028
ítem13	18,73	3,612	,049	,121

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item1	19,52	3,784	,100	,097
item2	19,77	3,789	,140	,083
item3	19,40	3,853	,075	,110
item4	19,44	3,938	,026	,133
item5	19,79	3,503	,329	-,003 ^a
item6	19,75	4,387	-,189	,222
item7	19,25	4,152	-,105	,204
item8	19,46	3,979	,003	,144
item9	19,58	3,425	,258	,005
item10	19,46	3,861	,063	,115
item11	18,63	4,433	-,237	,308
item12	19,67	3,558	,240	,028
item13	18,73	3,612	,049	,121

a. El valor negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-personas	16,609	51	,326		
Intra-personas	82,686	12	6,891	24,484	,000
Inter-elementos					
Residual	172,237	612	,281		
Total	254,923	624	,409		
Total	271,533	675	,402		

Media global = 1.62

ALTAMENTE SIGNIFICATIVO

INTERPRETACIÓN: el nivel de significancia es igual a 0,000, por lo tanto, este dato es < que 0,05, la cual nos indica que es altamente significativo, entonces es confiable y dicho instrumento de medición se puede aplicar.

Yo Elizabeth Santa Cruz Vargas identificado con DNI N° 41616656 egresado de la Escuela Profesional de de la Universidad César Vallejo, autorizo No autorizo la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "El Costo por las Prestaciones Asistenciales y la Mortalidad de los Pacientes del Hospital J. Heróles del Cuzco" en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Elizabeth Santa Cruz Vargas
FIRMA 

DNI: 41616656

FECHA: 24 de Junio del 2018.

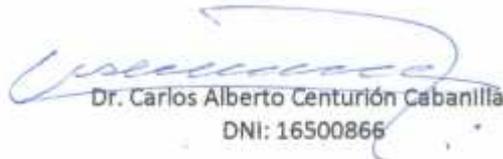
Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, CARLOS ALBERTO CENTURION CABANILLAS, Asesor del curso de desarrollo del trabajo de investigación y revisor de la tesis del estudiante, ELIZABETH SANTA CRUZ VASQUEZ, titulada: EL COSTO POR LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES Y LA MOROSIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL I HÉROES DEL CENEPABAGUA, 2015 - 2016, constato que la misma tiene un índice de similitud de 23% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, Octubre del 2017



Dr. Carlos Alberto Centurión Cabanillas
DNI: 16500866