



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Plan de mejora para reducir el gasto de pacientes del Seguro
Integral de Salud atendidos en un hospital de Chiclayo

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Alcantara Rodriguez, Wilson Manfredo (orcid.org/0000-0002-4847-8850)

ASESORAS:

Dra. Molina Carrasco, Zuly Cristina (orcid.org/0000-0002-5563-0662)

Dra. Monteagudo Zamora, Vilma (orcid.org/0000-0002-7602-1807)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Políticas de los Servicios de Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Desarrollo económico, empleo y emprendimiento

CHICLAYO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

A William Alcántara y Elizabeth Rodríguez, mis señores padres, que crearon en mí el espíritu de superación en todo lo que me trazo y el motor de mi vida, mis hijas que espero me entiendan mi forma de ser pero que siempre las tengo en mi corazón y mente.

AGRADECIMIENTO

A mis docentes y maestros que pasaron en mi ciclo académico, por entregar sus sellos de formación reflejados en mi persona y en especial a mi asesora Dra. Vilma Monteagudo, por su apoyo en cristalizar esta tesis y Gracias a toda mi familia por su apoyo y fuerza de voluntad en quienes espero reflejar como ejemplo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
III. METODOLOGÍA	15
3.1 Tipo y Diseño de investigación	15
3.2 Variables y operacionalización	15
3.3 Población, muestra y muestreo	16
3.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos	17
3.5 Procedimiento	18
3.6 Método de análisis de los datos	18
3.7 Aspectos éticos	18
IV. RESULTADOS	19
V. DISCUSIÓN	24
VI. CONCLUSIONES	30
VII. RECOMENDACIONES	31
VIII. PROPUESTA	32
REFERENCIAS	34
ANEXOS	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Caracterización de los 182 pacientes con SIS atendidos en la emergencia de un hospital de Chiclayo</i>	19
Tabla 2. <i>Relación del ingreso familiar entre el gasto de los pacientes con Seguro Integral de Salud atendidos en la emergencia de un hospital de Chiclayo</i>	20
Tabla 3. <i>Porcentaje de los factores que contribuyen al gasto de los pacientes con Seguro Integral de Salud atendidos en la emergencia de un hospital de Chiclayo</i>	21
Tabla 4. <i>Porcentaje del gasto realizado por el paciente con Seguro Integral de Salud atendidos en la emergencia de un hospital de Chiclayo</i>	22
Tabla 5. <i>Relación entre el gasto del paciente con Seguro Integral de Salud y su nivel socioeconómico atendidos en la emergencia de un hospital de Chiclayo</i>	23

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo proponer un plan de mejora para reducir el gasto de los pacientes con SIS, que acuden al servicio de emergencia. Para llevarla cabo se realizó una metodología de tipo básica, cuantitativa, con un diseño descriptivo, no experimental, longitudinal y propositivo. Los participantes fueron 182 con SIS atendidos en el Hospital Las Mercedes entre enero a junio del 2023. Para la técnica se diseñó un cuestionario de 10 ítems validado por tres expertos. en donde la confiabilidad del coeficiente de Cronbach es de 0,9435. Los resultados obtenidos reportaron GBS de 56.59%, un GCS de 14.29% y un GES de 29.12% y Los factores predominantes que aumentan estos gastos en la atención de los pacientes SIS fueron medicamentos en 91.76% con D.S de 23.4, apoyo en ayuda al diagnóstico en imágenes en 81.32% con D.S. de 93.5 y laboratorio de 69.23% con D.S. de 17.5; con $p < 0.001$. Concluyéndose que existe una relación altamente significativa entre los factores que aumentan el gasto de las familias y es factible proponer un plan de mejora para reducirlo.

Palabras clave: Gasto de bolsillo, gasto catastrófico, gasto de empobrecimiento en salud.

ABSTRACT

The present investigation is intended to reduce the expenses of SIS patients who attend the emergency service. To carry it out, it was developed a basic type methodology, quantitative, with a descriptive design, not experimental, lengthwise, and purposeful. There have been 182 SIS patients seen at Las Mercedes Hospital between January and June in 2023. For the technique, it was designed a questionnaire of the items validated by three experts where the reliability of the coefficient of Cronbach is 0,9435. The results obtained reported a GBS of 56,59% and a GES of 29,12% and the predominant factors that increased these expenses in SIS patient care were medicines in 91.76% with DS of 23,4, support in help for the diagnostic imaging in 81,32% with D.S. of 93,5 and lab of 69,23% with D.S. of 17.5; with $p < 0.001$. Concluding that there is a highly significant relation among the factors that increase family expenses and it is feasible to propose an improvement plan to reduce it.

Keywords: Out-of-pockets cost, catastrophic expense, impoverishment spending in health.

I. INTRODUCCIÓN

En nuestra realidad, el sistema de salud aún es incompleto en cuanto a la atención de los pacientes y la desigualdad, por lo que uno de los indicadores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para fortalecer los sistemas de salud y el acceso a una atención de calidad son los gastos de bolsillo de salud (GBS). Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), GBS representa el 45 % del gasto total (GTS) en atención médica en América Latina, más que en Europa, y el 37 % en Perú, donde la atención médica es financiada por los pacientes. y los países brindan acceso a las familias atendidas por algún seguro de salud y obtener un GBS mínimo obligatorio para el cumplimiento de los estándares internacionales planteados (Petretera et al., 2018).

El resultado de GBS alto puede ser catastrófico; pero si se reduce, la atención sanitaria será satisfactoria y habría suficiente bienestar, por ejemplo, en países con bajo GBS, como Holanda, Francia y Reino Unido, donde es inferior al 10%, hay suficiente y adecuada inversión y según la información de los países de la OCDE, el GBS promedio es 19.1%, mientras que en los países de América Latina GBS es 34% de GTS; México ocupa el sexto lugar y destina el 14,1% al GPS, correspondiente al 53,04% del GTS, mientras que el 47% restante corresponde al gasto privado (Salinas-Escudero et al., 2019).

En América Latina, la reforma de salud se ha formalizado durante más de dos décadas con el objetivo de permitir que los ciudadanos disfruten de sus beneficios y proteger a los hogares del gasto en problemas de salud específicos. En Ecuador, el gasto privado representa el 51% del GTS, y la pobreza y la desigualdad financiera han seguido deteriorándose desde 2014 hasta el presente (Armijos-Briones et al., 2019). En Colombia se concluyó que existen desigualdades en la protección económica de los hogares frente al GBS y la posibilidad de costos médicos muy altos en relación al gasto catastrófico (GCS) (Alvis-Zakzuk et al., 2018). Finalmente, el GBS promedio en Paraguay es el 22,8% correspondiente al ingreso promedio mensual, compuesto por consultas, medicamentos y exámenes diagnósticos (Giménez et al., 2018).

En el Perú desde hace más de tres décadas se ha venido consolidando un seguro para la población vulnerable, y actualmente existe un sistema de aseguramiento en salud para familias de bajos recursos denominado Seguro Integral de Salud (SIS), el cual se ven obligados de tener un GBS elevados por la atención médica insuficiente; basado en la compra de drogas o fármacos y pruebas laboratoriales y de imágenes de apoyo al diagnóstico, relacionadas por la falta de equipos e insumos, resultando en una desprotección económica para los usuarios cotidianos o usuarios; reflejando la ineficiencia del sistema de salud, afectado por los stocks sanitarios, resultando en hogares con un GBS del 28%, en el 2017 (Arévalo, 2019).

A partir de lo referente, se planteó el siguiente problema: ¿de qué manera un plan de mejora reduce el gasto de pacientes del Seguro Integral de Salud (SIS) atendidos en la emergencia del área quirúrgica de un hospital de Chiclayo?; el GBS alto se transformaría en un obstáculo para la atención de la salud, conllevando a empobrecer a las familias; es por ello la necesidad de una adecuada inversión pública en especial al sector de la salud, para solucionar los serios problemas que el sector presenta, y lograr mejorar los servicios y el acceso a la salud con calidad en los niveles primarios de atención y alcanzar cobertura sanitaria con el único fin de la igualdad y equidad en la protección en sus finanzas en cada familia. Además, se podría con este estudio revisar las políticas en la protección social y financiera de las familias socioeconómico más vulnerables.

La investigación de estudio tiene como objetivo general en proponer un plan de mejora para reducir el gasto de pacientes del SIS que acude al servicio de emergencia, del área quirúrgica de un hospital de Chiclayo y así mismo, los objetivos específicos, se planteó en diagnosticar los factores que aumentan el gasto de pacientes del SIS que acude al servicio de emergencia, del área quirúrgica de un hospital de Chiclayo; diseñar un plan de mejora que contribuya a reducir el gasto de pacientes del SIS que acude al servicio de emergencia, del área quirúrgica de un hospital de Chiclayo, y validar por juicio de expertos este plan de mejora para reducir el gasto de paciente del SIS que acude al servicio de emergencia, del área quirúrgica de un hospital de Chiclayo.

II. MARCO TEÓRICO

Con base en lo anterior, se consideraron como fuentes bibliográficas los siguientes estudios internacionales. El objetivo del siguiente estudio fue describir la prevalencia de GCS en hogares paraguayos utilizando un análisis de método de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) de Paraguay; considerando como parámetros del GBS: consultas, medicamentos, pruebas diagnósticas y costos en hospitalización; la relación media GBS/CPH para familias con pacientes fue del 9,1%. Usando umbrales de GBS/GCS de 40 %, 30 %, 20 % y 10 %, las tasas de GCS fueron 2 %, 2,8 %, 4,4 % y 8,7 %, respectivamente. Concluye: la EPH es una herramienta adecuada, pero tiene limitaciones en cuanto al acceso a GCS, requiriendo un diseño y llevar a cabo acciones para minimizar estos costos (Giménez et al., 2018).

Otro estudio en Colombia evaluó la probabilidad del GBS y GCS, y sus factores socioeconómicos en familias en Cartagena, se trató de un estudio transversal con una muestra poblacional aleatoria estratificada. Esto alcanzó GBS de 14,6%, 8,2% y 7,0% entre los hogares pobres, de clase media y acomodados, respectivamente. La probabilidad de desarrollar GCS fue de 30,6% (95%IC 25,6-35,5%) para hogares pobres, 10,2% (95%IC 4,5-15,9%) para hogares de clase media y 8,6% (95%IC %TI 1,8-23,0%) hogares acomodados. Llegó a concluir que sus sistemas de salud eran desiguales en términos de la protección financiera del hogar contra la posibilidad de GBS y GCS (Alvis-Zakzuk et al., 2018).

Otro estudio en México tuvo como objetivo evaluar el GBS en el último año de vida en adultos mayores y utilizó datos de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento. El gasto correspondiente a medicamentos, consultas y gastos hospitalarios conforman el GBS, su promedio es de seis dólares; cuatro dólares para pacientes ambulatorios, siete dólares para pacientes hospitalizados; la permanencia del tratamiento hospitalario da como resultado un mayor GBS (Salinas-Escudero et al., 2019).

En China, los autores de un estudio que analiza el impacto de un sistema de salud integrado, en la reducción de GCS; realizaron la encuesta de salud nacional y realizaron análisis descriptivos e inferenciales a través de

la regresión econométrica utilizando un modelo Probit. Los resultados muestran que no existe una diferencia significativa en GCS entre las áreas de salud integradas y no integradas, pero muestra un rápido crecimiento, pero un menor GBS debido a la demanda de atención de servicios, por otro lado, vale la pena señalar que el las diferencias en GCS se deben al lugar de residencia, el tipo de seguro de salud, el nivel educativo del jefe de hogar y la presencia de adultos mayores de 65 años (Liu et al., 2019).

Otro estudio de la República Dominicana propuso como meta evaluar a los usuarios de GBS diagnosticados como VIH positivos. Los resultados registraron un costo promedio de 181 dólares; El 15,4% de ellos fueron para alojamiento, transporte y acceso a medicamentos antirretrovirales. Los autores concluyen que GBS exhibe regresividad, de modo que los usuarios de bajos ingresos gastan más en atención médica (Chaumont et al., 2019).

En otro estudio que tuvo como objetivo medir el aumento de la pobreza y analizar la equidad financiera del sistema de salud ecuatoriano; crear una base de datos a partir de la Encuesta de condiciones de vida 2013-2014 por año; y encontró que el 2,2% del GBS aumentó la pobreza; en especial por los rubros de medicamentos especiales y las consultas externas, los cuales representaron el 36,7% y el 14,6% de GTS en pagos directos, existiendo una clara desigualdad en su sistema de salud (Armijos-Briones et al., 2019).

En Chile se realizó una encuesta para determinar el GBS de los hogares en el año 2018, utilizando la Encuesta de Presupuestos Familiares del Instituto Nacional de Estadística, obtuvieron los gastos de mayor proporción el siguiente resultado: gasto en medicamentos fue de 48.371 pesos y 18.483 pesos por persona correspondiente a 67,72 y 25,88 dólares respectivamente, representando menos del 20% de GBS (Benitez et al., 2019).

En el estudio analizó a 317 usuarios a quienes se les pregunto si estaban dispuestos a pagar un seguro privado por la atención odontológica y se encontró que el 54,3% accedió a comprar un seguro privado de \$26,93 por mes; con el 54,3 % de los hombres y un nivel superior al 36,9% no se vieron afectados. En cuanto a los que tenía estudios incompletos fue 13.6 %, el 33,4% para los que

completaron sus estudios y el 16,1% para aquellos con post grado; resultando en una alta aceptación de comprar un seguro privado (Srivastava et al., 2020).

Otro estudio de los factores asociados con el GBS en los servicios dentales, un estudio de análisis transversal realizado mediante una encuesta nacional, encontró que la atención dental representaba el 23,8 % del gasto familiar general y el 7 % del gasto familiar utilizó el 5% de sus ingresos netos y concluyó que GBS en Israel presenta desigualdad con incluso de reformas dentales realizadas (Orenstein et al., 2020).

Otro estudio fue presentado en Brasil con el objetivo: comprender el acceso de los usuarios a la atención médica en las unidades de atención primaria de la salud; se basa estudios de casos holísticos y cualitativos de 60 usuarios en Minas Gerais. Los resultados mostraron que las APS luchaban diariamente para recibir la atención, que era su único servicio médico, lo que indica confusión administrativa y retrasos en la atención; resultando en una atención universal, justa e integral. Idealización del sistema y permite la reflexión sobre todos los actores relevantes (usuarios, profesionales de la salud y administradores) (Silva et al., 2020).

Otro estudio de 246 personas con el objetivo de estimar el GBS, encontró que GCS comprendía el 15,4% de la población, aproximadamente el 60% de la población tenía educación primaria y secundaria, el 53,7% de los participantes eran mujeres y el 57,3% estaban subempleados. Resume la desigualdad y la injusticia en diferentes realidades (Nobelika et al., 2020).

México estimó la extensión del GBS y GCS y la pobreza que enfrentan las familias con miembros esquizofrénicos sin ningún tipo de protección social; el estudio de tipo transversal de 96 pacientes consultados en un hospital psiquiátrico. El valor medio del GBS central fue de \$ 510 (IC 95%: 456 - 628), que conforman el 28% y el 4% de la solvencia de los hogares pobres y ricos (CPH), respectivamente. El 16% de los hogares reciben GCS y el 7% de los hogares son pobres por razones de salud. Mi conclusión es que las familias de pacientes esquizofrénicos, que tienen mayor GBS y GCS que la población general, necesitan protección financiera relacionada con la política de estos grupos vulnerables (Cabello-Rangel et al., 2021).

Los objetivos del estudio realizado en Ecuador fueron determinar la relación entre el acceso a la seguridad social y el nivel de GBS hospitalario en el 2021; utilizando métodos descriptivos, diseño no experimental, transversal, de tipo correlacional; tamaño poblacional 1500 afiliados, 210 de ellos tenían entre 18 y 65 años, en una muestra aleatoria simple utilizando la Encuesta de Condiciones de Vida, una alta correlación positiva en los gastos de tratamiento fue de 45,2 %, diagnóstico 44,8 % y deducible 45,7 % (Delgado, 2021).

El estudio identifica el impacto del GBS sobre los hogares, el nivel de protección financiera y su desigualdad en términos de variables relevantes en los países de la región; es descriptivo y compara el gasto con la incidencia de consumo de los hogares y la protección financiera a nivel nacional como Indicadores y su distribución por quintiles del consumo total de los hogares y por género. Sus hallazgos muestran que el GBS y la protección financiera son imperfectos, pero varían entre países, con gradientes significativos de desigualdad en toda la región (Cid, 2021).

Entre los estudios del país, tenemos el siguiente trabajo con sus objetivos de conocer qué factores influyen en el GBS en los servicios de salud brindados a la población por el MINSA y los gobiernos regionales entre 2010 y 2014; estudio descriptivo y transversal, basados en encuestas domiciliarias: 5 % de la población de tipo rural recibe atención en centros complejos (hospitales) versus 16 % en la zona urbana; los medicamentos concentran los mayores costos para los usuarios del SIS, 44 % y no asegurados 62 %; concluye que mayor GBS está asociado a no tener el seguro del SIS, al mayor nivel de complejidad del proveedor, nivel de gasto per cápita de los hogares y edad, por lo que se requieren políticas específicas para proteger a los adultos mayores, a los extremadamente pobres, lograr la cobertura universal y reestructurar sus servicios públicos (Petrera et al., 2018).

Un análisis de investigación del comportamiento de GBS entre los pobres en el Perú encontró los determinantes de preferencia de estos hogares por el GBS e identificó qué aspectos de la reforma no brindarán a los usuarios una respuesta positiva que esté justificada; el estudio cuantitativo se realizó entre 2007 y 2013, utilizando la base de datos de la Encuesta Nacional de

Hogares (ENAHO) del INEI Perú, con un análisis descriptivo econométrico; la demanda del gasto fue visitar una farmacia o automedicación, en lugar de buscar atención en las familias pobres; y en las familias acomodadas fueron atendidos en clínicas y consultorios privados; también sus oportunidades financieras, el tiempo y la disponibilidad de un seguro afectan el crecimiento de GBS. Como resultado, la falta de seguridad financiera y las bajas tasas de seguro entre las poblaciones pobres y no pobres debido al gasto público insuficiente amenazan la sostenibilidad de un seguro con el logro de cobertura universal (Ginocchio, 2018).

Los objetivos de este estudio fueron: identificar factores de riesgo para el desarrollo de políticas públicas para mejorar el acceso de las personas a una atención de salud de calidad con base en un enfoque hipotético deductivo; los gastos en salud de tipo público son ineficaces para reducir GBS, de los bienes y servicios finales de salud y costos de seguros de salud (Arévalo, 2019).

Otro estudio nacional cita a sus autores: análisis de la relación entre GBS y el riesgo de pobreza, caracterizada por un estudio descriptivo, no experimental, de corte transversal; los hogares con GBS fueron muestreados de la ENAHO, la pobreza como variable dependiente se divide en tres categorías: pobreza extrema, pobreza no extrema y no pobreza, con el método Xu K utilizando la variable salud. Los resultados para algún seguro son: SIS 44.2%, EsSalud 28.3%, no asegurado 24.2% y otros seguros representaron 3.3%, resulto el GBS de 63, 0%. Los gastos médicos son un 39,2% más altos; atribuidos a medicamentos, servicios dentales y consultas que lograrían un GCS y pueden llevar a la pobreza (Guerrero-Ojeda, 2020).

El estudio realizado en el Hospital Cayetano Heredia, con el objetivo de determinar GBS en pacientes COVID-19 en 2020, de tipo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo; los usuarios realizaron un cuestionario de 33 preguntas validado por 8 expertos y como resultados se encontró 100% de las 119 encuestas tenían GBS con diferencias significativas en el gasto de insumos, medicamentos y hospitalización (Rojas, 2021).

En otro estudio realizado en el Hospital Regional del Cusco, sus autores afirmaron la relación entre el GBS y la recuperación quirúrgica en pacientes con SIS en los servicios quirúrgicos. Este estudio es básico, cuantitativo, no

experimental, transversal, de nivel correlacional y se obtuvo como muestra los pacientes quirúrgicos ingresados en el año 2020. El GBS se presentó en el 100 por ciento de los pacientes, con una media de 140 soles y en la variable de recuperación posoperatoria: el 63,8% se mostraron desde satisfecho y muy satisfecho y solo 25,5% medianamente satisfecho. El 71,3% de las estancias hospitalarias quirúrgicas fue menor a nueve días; y se encontró una correlación positiva significativa entre GBS, el tiempo de recuperación, medicamentos y desechables quirúrgicos, pero no entre las pruebas complementarias y banco de sangre (Arce, 2021).

Otro estudio nacional identificó factores de riesgo para GBS y GCS. Se realizó la Encuesta Nacional de Hogares 2017; Se desarrollaron seis modelos de cálculo de desastres en los que la variable fue el tipo de gasto en alimentación. En todos los modelos, las variables de edad y género del jefe de hogar no fueron factores protectores para la GCS, más aún si existe un miembro familiar con una enfermedad crónica, un niño menor de 5 años o una persona mayor. Llegó a la conclusión que los costos médicos de un hogar superan el 20% de su gasto disponible, la probabilidad de recibir GCS es alta (Quiroz, 2021).

Este trabajo realizado en La libertad cuyo objetivo es determinar la relación que existe entre los factores socioculturales y GBS en los afiliados a los sistemas de salud, con un enfoque descriptivo, básico, cualitativo, correlacional y con corte transversal; compuesta por 152 afiliados se encontró los siguientes resultados: existe una relación estadística altamente significativa con el GBS y los factores socioculturales ($p \leq 0.05$) como en el grado de instrucción y la religión; y moderadamente significativa con la asistencia de algún programa social, ocupación, nivel de pobreza, tipo de seguro y la edad (Nolazco, 2021).

Este estudio identificó los principales determinantes de la GCS de los hogares de la región norte del Perú. Basado en datos obtenidos de la ENAHO 2019, de naturaleza básica, tipo cuantitativo y niveles de interpretación y correlación de los modelos Logit y Probit. Los resultados mostraron que el 11,55% de los hogares tenían GCS, y estaba relacionado con la presencia del jefe de hogar con ciertas limitaciones permanentes, enfermedades crónicas y/o personas mayores, la probabilidad de contraer GCS aumentó en 8,86%,

4.63% y 14,36% respectivamente; Si el jefe de hogar tiene una posición más alta, es conviviente o casado, vive en una ciudad y tiene un techo plano y fuerte, la probabilidad de GCS se reduce en 7.66, 12.73, 10.53 y 4.44 por ciento. Además, los usuarios del SIS tenían más probabilidades de desarrollar un GCS significativo en comparación con los usuarios de EsSalud (Sunción et al., 2022).

Este estudio, utilizó el modelo descriptivo y longitudinal, que permitió observar qué variables fueron determinantes para el GCS y cómo se vio influenciada por la pandemia del COVID-19. Encontrando GCS de 13,6% en 2019 y 16,5% en 2020; siendo los factores influyentes los ingresos salariales en el hogar, algún miembro familiar con enfermedad crónica y/o padeció de Covid-19. Los determinantes de GCS, con un odds ratios encontraron una probabilidad de factores de riesgo como: nivel de ingresos económico y familiares que padecieron de COVID-19, mientras los factores protectores fueron el número de miembros con sueldo fijo o salariado (Negron et al., 2022).

Otra investigación de estudio, realizado en 2022 en Lima; los autores determinaron la relación entre los factores sociales de la atención odontológica con EsSalud y GBS; un estudio descriptivo, básico, cuantitativo, con diseño no experimental y tasa de cumplimiento. Su muestra fue de 124 usuarios que había participado en una atención privada odontológica de la Clínica de San Borja. La técnica utilizada fue una encuesta basada en un cuestionario de preguntas validado por evaluación de expertos; y como resultado, la correlación entre las dos variables fue significativa con un $p < 0.01$ (Espinoza, 2023).

Dichos términos se definen como Gasto Público en Salud (GPS), que es el gasto total en que incurre un país en su sector salud, y Gasto Total en Salud (GTS), que es el gasto que refleja tanto la inversión pública como en la privada en el sector (Salinas-Escudero et al., 2019). El gasto en salud (GS) de los hogares se define como los pagos de bolsillo o pagos directos por el acceso a los servicios de salud, excluyendo las cotizaciones obligatorias por algún seguro (Giménez et al., 2018), (Alvis-Zakzuk et al., 2018).

El gasto de bolsillo (GBS) se define como la suma de los costos por servicios médicos, tales como: facturas médicas, procedimientos terapéuticos, pruebas diagnósticas y hospitalización, así como medicamentos e insumos de laboratorio

(Giménez et al., 2018), (Alvis-Zakzuk et al., 2018), (Salinas-Escudero et al., 2019). La capacidad de pagos de los hogares (CPH) se define como la suma de todos los ingresos menos los gastos de manutención (Alvis-Zakzuk et al., 2018). Otros lo definen como la diferencia entre el GTS y el gasto en subsistencia o alimentación (Giménez et al., 2018), (Alvis-Zakzuk et al., 2018), (OMS, 2016a), (Organización Panamericana de la Salud, 2019), (WHO, 2018).

El gasto catastrófico de salud (GCS), que utiliza un umbral diferente para la relación entre los gastos de bolsillo y la capacidad de pago del hogar (GBS/CPH), debe superar el umbral de la capacidad de pago del hogar. La OMS define la GCS como el 40 % o más de la capacidad de pago (CPH) y el 20 % del GBS o como una parte del ingreso total del hogar o del gasto total durante un período determinado (OMS, 2016a) o en un umbral de 20 - 50% (Alvis-Zakzuk et al., 2018) o supera un límite de consumo predeterminado del 25% del consumo total (Giménez et al., 2018), (OMS, 2016a), (Nolazco, 2021).

El Gasto de empobrecimiento en salud (GES) si los hogares se encuentran en una situación financiera precaria o por debajo de la línea de pobreza (Giménez et al., 2018), (OMS, 2016a), (Alvis-Zakzuk et al., 2018) este indicador utilizado para la evaluación de la pobreza por GBS, mide la brecha de pobreza de los hogares que marca la estabilidad económica (Wagstaff et al., 2018). El GCS puede empobrecer a las familias, mantenerlas en un estado de fragilidad debido a GES, y en aquellos que no pueden pagar la atención médica pueden crear otras barreras inaccesibles (Houghton et al., 2020).

Sus efectos pueden ser devastadores a corto o largo plazo, pero si se redujera; el acceso a los servicios sería alentador. Entre los países con los niveles más bajos en GBS, tienen un alto apoyo presupuestario general (Países Bajos, Francia, Reino Unido menos del 10% en 2011) por lo tanto tienden a tener acceso a más fondos públicos para la organización de sus sistema de salud y su promedio GBS en estos países de la OCDE es del 19,1% (OECD, 2020) y en los países de América Latina este GBS representa del 34% del GTS, y según los países miembros de la OCDE (OECD, 2020) lo ideal es el 21% (Arévalo, 2019).

Un estudio de siete países latinoamericanos con un umbral de 40% por encima de CPH mostró que GCS fue mayor en Argentina, donde afectó al 5,6%

de los hogares, mientras que en Chile y México afectó al 2% de los hogares. 1,6% de los hogares ecuatorianos, 0,6% en Colombia y 0,5% en Uruguay. Usando el mismo umbral, los datos publicados en 2011 mostraron que el 2% de los hogares brasileños tenían GCS. De igual forma, los datos en 2017 mostraban que el 3% de los hogares argentinos contaba con GCS (Giménez et al., 2018), (WHO, 2018).

En el umbral del 30%, se informó lo siguiente: el 3,6% de los hogares chilenos tenían GCS y el 3,8% de los hogares mexicanos también se vieron afectados por GCS en 2015; y otro estudio informó que el 2,5 % de los hogares en 2017 se vieron afectados. En Colombia, utilizaron como umbral el 20% de CPH y de acuerdo con esta definición, reportaron GCS en el 4,1% de todos los hogares (Giménez et al., 2018), (OECD, 2020).

La 69.^a Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud (mayo de 2016) adoptó la resolución WHA69.11 sobre la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que reafirmó el objetivo de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, así como fortalecer los sistemas de salud para lograr todos los objetivos y compromisos específicos, alcanzando la cobertura universal de salud y el acceso a servicios de calidad, asegurando que nadie se quede sin atención (Nolazco, 2021), (Organización Panamericana de la Salud, 2019), (WHO, 2018).

Se consideraron dos dimensiones: cobertura de servicios en salud y protección financiera a las familias. En cuanto al alcance de los servicios, incluye la prevención y el tratamiento. La dimensión preventiva debe tener cobertura en los servicios con los siguientes indicadores: cuatro o más controles prenatales, vacunación infantil integral y completa, tamizaje de cáncer de mama y tamizaje de cáncer de cuello uterino. En el aspecto de tratamiento, la cobertura consta de tres indicadores: atención materna brindada por profesionales, tratamiento adecuado de niños con diarrea e infecciones respiratorias agudas, mientras que el aspecto de provisión financiera consta de dos dimensiones en la economía familiar: el GCS y el GES (Giménez et al., 2018).

Las recomendaciones políticas de la última década han enfatizado: a) Incorporar los enfoques de determinantes sociales de la salud para abordar las desigualdades y lograr la equidad. b) Transición de un modelo de atención de salud

centrado en el hospital y la enfermedad a un modelo de servicios integrados centrado en la persona en forma íntegra. c) Gestionar la atención a través de una red integrada de salud. d) Incrementar la financiación pública a través de modelos que mancomunan fondos para repartir riesgos y proporcionar seguros a un gran número de personas con el fin del aseguramiento universal. e) Incentivar a promover la investigación científica, la innovación y la evaluación de tecnologías sanitarias. f) Salud en todas las políticas públicas (Organización Panamericana de la Salud, 2019), (OECD, 2020), (WHO, 2018).

Estas intervenciones priorizan aumentar el acceso y la cobertura a través de estrategias iterativas como la buena atención primaria de salud (APS) cuando los sistemas de salud enfrentan desabastecimiento, fragmentación, exclusión y baja inversión pública (Giménez et al., 2018). Con la Ley No. 27657, conocida como Ley del Ministerio de Salud, el SIS fue creado inicialmente como una institución desconcentrada dependiente del Ministerio de Salud y posteriormente por el D.S. 034-2008-PCM. (abril de 2009) y expidió como la Ley No. 29344: “Ley Marco del Seguro General de Salud”; su objetivo es crear un marco legal para el seguro universal de salud para garantizar el acceso gratuito, adecuado, integral y progresivo a los servicios de salud para todos los habitantes del país (Instituto Peruano de Economía, 2018).

El Informe Anual del Seguro Integral de Salud (SIS) establece que es un seguro de salud para todos los peruanos residentes y extranjeros residentes en el Perú que se encuentren en situación de vulnerabilidad y no cuenten actualmente con ningún otro o tipo de seguro de salud. El seguro cubre sin ningún cargo los medicamentos, las pruebas diagnósticas, las intervenciones quirúrgicas, insumos, servicios hospitalarios, gastos funerarios y evacuación de emergencia (Instituto Peruano de Economía, 2019).

El GBS promedio mundial para la salud del hogar representó el 18,6% del gasto total en salud en 2013 (Giménez et al., 2018). En América Latina y el Caribe, el gasto informado representa el 32,1% del PIB de los hogares. En los países de ingresos bajos y medianos, el aumento es rápidamente alto representando en 45,3 % y al 35 %, respectivamente; el impacto es mayor en los

hogares pobres y de pobreza extrema (Giménez et al., 2018), (Nolazco, 2021), (Organización Panamericana de la Salud, 2019a).

El nivel de protección financiera de las personas se puede determinar de dos maneras: a) el modelo de financiamiento del sistema de salud y b) cuánto pagan las personas para recibir atención médica durante la enfermedad. En una perspectiva sistemática, el GTS, la estructura, la composición, las fuentes de financiamiento y su relación con la población y el producto bruto interno, se caracterizan en las Cuentas Nacionales de Salud, y habrá varias formas de fuentes de protección financiera pública, mayor participación de fundaciones, menor participación de fuentes privadas, especialmente en los pagos directos a través de los servicios de salud (Giménez et al., 2018), (Organización Panamericana de la Salud, 2019b), (OECD, 2020).

México, es uno de los países con el GBS más bajo entre todos los integrantes que conforman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con un gasto nacional en salud de 14.1%, representando el 53.04% del gasto total en salud. El 47% restante corresponde al gasto privado, que corresponde al 9,1% de la renta disponible de los hogares (Salinas-Escudero, et al., 2019). Para las personas con condiciones crónicas, resultan en costos más altos para el sistema de salud, y aquellos con múltiples condiciones tienen siete veces el costo de aquellos con una sola condición. Se encontró una fuerte asociación entre el 37% y el 47% de GBS asignados a adultos mayores, aunque también se presentó GBS significativo en este grupo de pacientes (Salinas-Escudero et al., 2019).

En Paraguay en 2014 se reportó que el 63,2% de la población estaba en riesgo de GCS para una atención de una cirugía y concluyó que la GBS representa el 4,1% de los ingresos, con mayor impacto en los más pobres, pues asciende a 10.4% en el primer quintil, especialmente si el sistema de salud es en gran parte financiado de forma privada. En efecto, si se tiene en cuenta el 49,3% del apoyo presupuestario general y el 45,6% del gasto público; Para lograr la fragmentación del financiamiento y las características de un sistema de salud fragmentado, en las familias solo el 20,84% de la población tenía cobertura

de seguridad social, el 8,49% otras formas de aseguramiento en salud y el 70,66% no tenía ningún tipo de seguro de salud (Giménez et al., 2018).

El sistema de aseguramiento en nuestro país brinda cobertura a familias de escasos recursos económicos y obliga a las familias a realizar GBS por falta de atención, compra de medicamentos, exámenes no brindados por las instituciones, falta de equipos e insumos, resultando en una falta de protección para el día a día del usuario, reflejando la ineficiencia del sistema de salud. El GBS se introduce porque sus necesidades no se satisfacen a través del tratamiento que brindan en los centros de salud, resultando ser altas debido a la protección insuficiente y precario del sistema de la salud peruano, por lo que más familias son vulnerables a stock de salud negativos y el GBS alcanzó el 28% en 2017 (Arévalo, 2019), (WHO, 2018).

Por lo tanto, un alto GBS tiene muchas consecuencias, haciendo que nuestro sistema de salud sea inadecuado, fragmentado y débil, razón por la cual la prestación de atención es baja o nula, lo que obliga a los usuarios a complementar su atención con servicios privados o cambiar completamente a otra atención integrada con experiencia y calidad; este trabajo buscó comprender a los pacientes del SIS con GBS atendidos en el servicio de emergencias, donde 27.765 pacientes fueron atendidos en el 2021 y 22.949 pacientes en 2022 (Soto et al., 2021).

La participación ciudadana juega un papel importante en el desarrollo de la política y la administración pública, por lo que su completa y adecuado rol de actividades como unidad de presupuesto participativo es de mayor importancia y trascendencia, lo que mostrará las diferencias y brechas en el gasto público y el desperdicio o no buen uso del presupuesto entre los sectores y concluirá que los ciudadanos u usuarios tienen una opción de lograr en dirigir el destino de los recursos públicos que tienen y el estado seguir con su función de mantiene el bienestar de la población del país, mediante la buena orientación y buen uso del gasto público, con la eficiencia y eficacia del gasto público y el uso de este presupuesto participativo es una herramientas adecuada en la gestión pública (Huárac et al., 2022).

III. METODOLOGÍA

El presente estudio de investigación cumpliendo con los requisitos propios y de rigor científico se consideró la siguiente metodología planteada.

3.1 Tipo y Diseño de investigación

3.1.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación de estudio es fundamental, las variables no disminuyen, pero crean nuevos conocimientos cuantitativos, porque nos mostraron datos numéricos que se recopiló datos como base para analizar y medir estos datos y lograr patrones según el marco teórico basado en una hipótesis para luego extraer conclusiones a partir de las descripciones de las variables de estudio para conocer una realidad específica, como las visitas de pacientes del SIS, y buscar las posibles mejoras en las soluciones de la atención con la intención de reducir el costo de las mismas (Hernández-Sampieri et al., 2018).

3.1.2 Diseño de investigación

El diseño fue no experimental, es decir. el estudio se realizó sin manipular las variables ni cambiar su comportamiento o percepción, y los resultados son observables; también es longitudinal, ya que la recopilación de datos se llevará a cabo durante un período de tiempo con objetivos descriptivos, ya que el diagnóstico de la situación se determinó para lograr proporcionar y desarrollar recomendaciones de mejoras utilizando la información existente y traducirlas a la realidad local, donde la investigación actual se centrará en forma propositiva, para lograr medidas de manejo con la finalidad de reducir los costos sanitarios en el usuario SIS, que busca una atención de emergencia (Arias et al., 2021), (Hernández-Sampieri et al., 2018).

3.2 Variables y operacionalización

La operacionalización de las variables nos permitió conocer al detalle nuestro instrumento de datos con la finalidad de tener los resultados claros y verdaderos de las variables dependiente e independiente (Espinoza, 2019).

Variable 1: El Gasto de Salud (GSS).

Definición conceptual: GBS se define como la suma de gastos en servicios de atención como: honorarios médicos, procedimientos terapéuticos, estudios de

diagnóstico y hospitalizaciones, así como de medicamentos e insumos de laboratorio.(Salinas-Escudero et al., 2019).

Definición operacional: Se define como la unidad monetaria (soles), del ingreso familiar, que corresponderá a tres dimensiones: (D1) Gasto de Bolsillo, (D2) Gasto Catastrófico y (D3) Gasto de Empobrecimiento; cuya escala será por razón con seis niveles, correspondientes a gastos por medicamentos, laboratorio, insumos, consulta externa y/o interconsulta, hospitalización y apoyo de imágenes.

Variable 2: Plan de mejora.

Definición conceptual: se define como el análisis de las áreas a mejorar, definiendo los problemas a solucionar, y en función de estos estructurar un plan de acción, que esté formado por objetivos, actividades, responsables e indicadores de gestión que permita evaluar constantemente, este proceso debe ser alcanzable en un periodo determinado (Gobena, 2019).

Definición operacional: es un instrumento de gestión para aplicar una serie de acciones, metodologías y flujos que logren un resultado óptimo de una gestión institucional, reduciendo el impacto de un problema (Proaño et al., 2017). (Operalización de variables – Anexo I)

3.3 Población, muestra y muestreo

3.3.1 Población

Todos los pacientes que acudieron para una atención en el servicio de emergencia del área quirúrgica de Cirugía General en el mes de enero a junio del 2023. Teniendo como población atendida en el año 2022, en esta área quirúrgica (Cirugía General) de 6986 pacientes; de un total general de 22949 pacientes en el servicio de emergencia.

3.3.2 Muestra

La muestra se realizó con la fórmula según proporciones poblacionales, con un nivel de confianza de 95% y con margen de error del 5%; lo que permitió generalizar los resultados obtenidos mediante el análisis crítico de la investigación (Sánchez et al., 2018), (Hernández-Sampieri et al., 2018). La muestra obtenida es 365 para un año de trabajo, por lo se decidió tomar solo 182 pacientes necesarios

para el desarrollo del estudio durante solo seis meses desde enero a junio del 2023, en el servicio de emergencia del área quirúrgica (cirugía general y especialidades), (Formula muestral - Anexo VIII).

3.3.3 Muestreo

Para este estudio, fueron seleccionados 182 pacientes en forma aleatoria usando probabilidad de muestreo probabilístico, se basa en asignar probabilidades iguales a los resultados obtenidos, al tiempo que clasifica de manera aleatoria permitir muestrear a todos los participantes que componen la población (Hernández-Sampieri et al., 2018).

Se consideró como criterios de inclusión: todos los pacientes SIS, que acudan por emergencia para la atención en el área quirúrgica de cirugía general y especialidades; y todo grupo familiar que tiene uno o más aportantes o jefes de familia.

Y como criterios exclusión: a los pacientes que no cuenten con SIS, que soliciten retiro voluntario, fallecidos, que acuden por accidentes de tránsito o indigentes que obtengan el apoyo de asistencia social o particular.

3.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Para el desarrollo del trabajo de estudio se utilizó como técnica de recolección de datos una encuesta, compuesta o conformada por preguntas cerradas, sencillas y como instrumento un cuestionario con sus respectivas dimensiones e ítems en número de diez, dentro de la escala proporcional y nominal como herramienta de recolección de datos (Instrumento de recolección de datos – Anexo II) y serán validados por tres expertos, conocedores de la importancia en la recolección de datos adecuados y veraces que conducirán al estudio la importancia de obtener nueva información analítica y realista (Validación – Anexo III, IV, V). Asimismo, la confiabilidad del coeficiente de Cronbach es de 0,9435, lo que indica que el cuestionario mencionado mantiene constantemente un alto nivel de confiabilidad (Confiabilidad - Anexo VI). Además, la propuesta fue consolidada en un plan de mejora (Propuesta – Anexo XII) con sus respectivas acciones, indicadores y programación de las mismas, con su cronograma para su monitoreo y evaluación; esta validada por tres expertos de

juicio debidamente identificados con la línea de estudio de este trabajo (Validación del plan – Anexo XIII, XIV, XV).

3.5 Procedimiento

La recolección de la información obtenida estuvo protegida por el investigador en un archivo Microsoft Excel y en coordinación con la institución en su área de capacitación, se solicitó el permiso respectivo para tal fin en el tiempo establecido, luego se empezó a encuestar a los usuarios con la coordinación del jefe de guardia durante el turno de guardia diurna y nocturna (Permiso – Anexo IX).

3.6 Método de análisis de los datos

Se realizó tablas estadísticas para el análisis descriptivo y procesamiento de los datos utilizando SPSS v. 26; y con pruebas estadísticas “No paramétricas” y de tendencia central, que se recopilaron en una base de datos de los participantes (Base de datos – Anexo XI).

3.7 Aspectos éticos

De acuerdo a los principios de la Universidad César Vallejo, según el Código de Ética & CONCYTEC (2020), que se fundamenta en el respeto a las personas por su integridad y autonomía; reconoce que cada participante del estudio de conformidad con los principios de su dignidad humana en equidad, honestidad e igualdad, además con el correspondiente valor de la transparencia, y la autenticidad de la investigación en estudio, se tuvo como base los principios del rigor científico y competencia profesional, esforzándose por proporcionar la información de alto nivel científico, y el cumplimiento final de las normas de la política antiplagio y de derechos de autor, definidas en el Código APA de la 7ª edición. Además, se consolidó los consentimientos de los 182 participantes (Consentimiento Informado - Anexo VII).

IV. RESULTADOS

Al aplicar el instrumento de recolección de datos basado en un cuestionario, se obtuvo la siguiente información, agrupadas en tablas que se detallaran:

Tabla 1

Caracterización de los 182 pacientes con SIS atendidos en la emergencia de un hospital de Chiclayo

CARACTERISTICAS	FRECUENCIA ABSOLUTA N	PROPORCION PONDERADA %
SEXO		
Masculino	77	42.31%
Femenino	105	57.69%
EDAD		
<10	21	11.54%
10 - <20	13	7.14%
20 - <30	26	14.29%
30 - <40	40	21.99%
40 - <50	39	21.43%
50 - <60	22	12.09%
60 - <70	15	8.24%
>70	6	3.28%
OCUPACION		
Trabajador independiente	74	40.66%
Asalariado	15	8.24%
Trabajador familiar sin salario	52	28.57%
Trabajador del hogar	6	3,3%
Patrón / empleador	1	0.55%
Estudiante	34	18.68%
MIEMBROS APORTANTES		
Padre	119	65.38%
Madre	39	21.42%
Hijo	18	9.90%
OTROS	6	3.30%

En la tabla 1, se muestra un análisis de los 182 pacientes, con predominio mujeres en 57.69% y el grupo por edad con mayor frecuencia fue el rango comprendido entre los 30 y menores de 50 años con un 43.42 %; además en el tipo de ocupación el 40.66% es trabajador independiente, seguido de las amas de casa con un 28.57% y estudiantes 18.68%; y los miembros aportantes fue el padre con 65.38%.

Tabla 2

Relación del ingreso familiar entre el gasto de los pacientes con Seguro Integral de Salud atendidos en la emergencia de un hospital de Chiclayo

INGRESO FAMILIAR (soles)	CATEGORIAS DE GASTO DEL PACIENTE SIS						TOTAL	
	GBS		GCS		GES		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%
<1025	34	18.68%	13	7.14%	29	15.93%	76	41.76%
1025 - < 2000	47	25.82%	8	4.40%	15	8.24%	70	38.46%
2000 - < 3000	17	9.34%	5	2.75%	9	4.95%	31	17.03%
3000 - < 4000	5	2.75%	0	0.00%	0	0.00%	5	2.75%
4000 - < 5000	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0%
5000 - < 6000	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0%
> 6000	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0%
TOTAL	103	56.59%	26	14.29%	53	29.12%	182	100%

En lo que corresponde al ingreso familiar, se muestra en la Tabla 2 que un 41.76 % de los pacientes logran obtener el sueldo mínimo vital de 1025 soles y a la vez presentan los gastos realizados con mayor frecuencia el GBS y GES en 18.68% y 15.93% respectivamente; seguidos de los que logran obtener en un mes un ingreso menor a 2000 soles representando el 38.46%, siendo el GBS el de mayor frecuencia de 25.82%. Además, el GCS fue de 14.29% y el GES de 29.12% reflejado en los ingresos menores a 3000 soles de toda la muestra.

Tabla 3

Porcentaje de los factores que contribuyen al gasto de los pacientes con Seguro Integral de Salud atendidos en la emergencia de un hospital de Chiclayo

FACTORES	FRECUENCIA ABSOLUTA N	PROPORCION PONDERADA %	D.S. N = 182
MEDICAMENTOS	167	91.76%	23,4
LABORATORIO	126	69.23%	17,5
INSUMOS	109	59.89%	19,4
CONSULTA Y/O INTERCONSULTA	9	4.95%	5,4
HOSPITALIZACION	3	1.65%	3,1
IMAGENOLOGIA	148	81.32%	93,5

La tabla 3, muestra lo correspondiente a los factores que influyen en el gasto de los pacientes con SIS y refleja que los dos factores con mayor frecuencia en el gasto son los medicamentos y la imagenología con un 91.76% y 81.32% respectivamente, es decir la influencia y demanda de los pacientes del estudio esta dado por disminución en el stock de medicamentos y la falta de resolución o escasos de insumos para el apoyo de diagnóstico de imágenes. En el factor del gasto de laboratorio es de 69.23%, resultando en el análisis que los servicios intermedios de un hospital son los más vulnerables y demandados para un gasto mayor en la atención de los pacientes.

Tabla 4

Porcentaje del gasto realizado por el paciente con Seguro Integral de Salud atendidos en la emergencia de un hospital de Chiclayo

GASTOS (porcentajes)	CATEGORIAS DE GASTO DEL PACIENTE SIS						TOTAL	
	GBS		GCS		GES		N	%
	N	%	N	%	N	%		
< 10	35	19.23%	0	0.00%	0	0.00%	35	19.23%
10 - < 15	16	8.79%	0	0.00%	0	0.00%	16	8.79%
15 - < 20	11	6.04%	0	0.00%	0	0.00%	11	6.04%
20 - < 25	11	6.04%	0	0.00%	0	0.00%	11	6.04%
25 - < 30	28	15.38%	0	0.00%	0	0.00%	28	15.38%
30 - < 35	1	0.55%	0	0.00%	0	0.00%	1	0.56%
36 - < 40	1	0.55%	0	0.00%	0	0.00%	1	0.56%
40 - < 45	0	0.00%	15	8.24%	0	0.00%	15	8.24%
45 - < 50	0	0.00%	11	6.04%	0	0.00%	11	6.04%
> 50	0	0.00%	0	0.00%	53	29.12%	53	29.12%
TOTAL	103	56.59%	26	14.29%	53	29.12%	182	100%

Como se observa en los datos de la tabla 4, el GBS aceptable en el nivel del 10% de los gastos es de 19.23% y el GBS que llega al 40% es de 37.36%, haciendo un GBS total en el estudio de 56.58%; además el GCS llego a 14.29% en el nivel de gasto de más del 40% y menor al 50% y por último GES fue de 29.12% con un nivel de gasto superior al 50%.

Tabla 5

Relación entre el gasto del paciente con Seguro Integral de Salud y su nivel socioeconómico atendidos en la emergencia de un hospital de Chiclayo

NIVEL SOCIOECONOMICO (NSE)	CATEGORIAS DE GASTO DEL PACIENTE SIS						TOTAL	
	GBS		GCS		GES			
	N	%	N	%	N	%	N	%
BAJO	34	18.68%	13	7.14%	29	15.93%	76	41.76%
MEDIO BAJO	64	35.16%	13	7.14%	24	13.19%	101	55.49%
MEDIO ALTO	5	2.75%	0	0.00%	0	0.00%	5	2.75%
ALTO	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0%
TOTAL	103	56.59%	26	14.29%	53	29.12%	182	100%

En la tabla 5, muestra el análisis de los niveles socioeconómicos, correspondiendo a la mayor frecuencia en el estrato medio bajo con un 55.49% y que se compone de un GBS de 35.16% y un GES de 13,19%; en cuanto al estrato bajo correspondiente al 41.78%, compuesta de igual forma por un GBS de 18.68% y un GES de 15.93%, lo que nos hace observar que el 97.25% de los estratos inferiores son los que tienen más la demanda de los gastos en los pacientes que buscan una atención en el servicio de emergencia.

V. DISCUSIÓN

El sistema de salud del país, se encuentra en una condición precaria, desde que recibe un presupuesto minúsculo comparado con los países vecinos; originando al usuario a incurrir o buscar otras formas de atención médica, independiente de su seguro que tenga o no, con llevando a un GBS y la posibilidad de empobrecerse por la compra de medicinas o estudios diagnósticos para su atención en donde su seguro no le provee, agudizando aún más el sistema ya fragmentado y sin conexión entre sus niveles de atención y resolución, creando un ambiente social y económico por la brecha social e inequidad ya existente. Todo esto ocurre sin un sistema de salud capaz de responder a las necesidades de una población en crecimiento, es por ello en el análisis se encontró lograr encaminar en un plan en la toma de decisiones de las autoridades en beneficio de la población.

En la tabla 1 se mostró un 57.69% de los pacientes del estudio son de predominio femenino que acuden a una atención médica, la misma frecuencia se encontró en el trabajo de (Nolazco, 2021) con un 70.4% y (Málaga, 2020) como (Nobelika et al., 2020) con (54% y 53.7% respectivamente; a excepción de (Rojas, 2021) que encontró una frecuencia mayor en varones con un 61.34%; en cuanto a la edad el rango de 30 a menores de 50 años, obtuvo una frecuencia de 43.42 %, el cual es reflejada con otros estudios con la misma frecuencia (Nolazco, 2021), (Nobelika et al., 2020) y 62.18% se encontró un rango de 30 a 39 años en (Rojas, 2021) y en mayores de 59 años en el estudio de (Málaga, 2020).

En el tipo de ocupación el 40.66% es trabajador independiente, seguido de las amas de casa con un 28.57% y estudiantes 18.68%, observando que tenemos las amas de casa y los estudiantes como miembros familiares dependientes de los jefes de familia que llega en casi en un 50%, comparado con el estudio de (Nolazco, 2021), (Nobelika et al., 2020) los cuales encontraron 61.2% y 57.3 % respectivamente muy superior de la dependencia del jefe de la familia, es por eso necesario una buena información de las características propias de los miembros aportantes de la familia en donde el padre fue el 65.38% y considerando otros estudios mencionados anteriormente, en donde también el padre es el mayor aportante de la familia.

En relación al ingreso familiar se encontró un 41.76% solo reciben un sueldo mínimo vital, lo que representa pertenecer al quintil inferior y más aún los usuarios que reciben un ingreso menor de 2000 soles el porcentaje de usuarios que acuden para una atención médica en emergencia es de casi 80%, esto explica la necesidad de tener un seguro universal y según (García, 2021) los usuarios del SIS no solo afilian a los de riesgo de pobres o muy pobres, sino también a los de estrato medio, logrando proteger a estas familias para que logren una buena atención y según (Chaumont et al., 2019) existe una proporción indirecta entre el ingreso de salario mensual disminuido y el aumento del gasto en la atención médica.

Si bien es cierto para que una familia haga un gasto por la salud de unos de sus miembros debe haber un claro evento de deterioro de la salud, que busque atención médica, y en algunos casos muy graves para que realice un gasto adicional más allá de la cobertura que tiene como seguro; es motivo que en tabla 3 refleja, los gastos correspondieron en más del 60% en medicamentos, en apoyo de diagnóstico por imágenes, laboratorio e insumos médicos, y solo un 5% tuvieron gastos en consultas y/o interconsultas y hospitalizaciones, el cual al confrontar con estudios como (Salinas-Escudero et al., 2019) que encontró un gasto más en las hospitalizaciones de los pacientes, además las hospitalizaciones se enlazaban con los gastos de medicinas e insumos que solicitaban como los observo en los trabajos de (Rojas & Arce, 2021).

En cerca del 100%; en las consultas también se encontró en otros trabajos con más frecuencia en contraste a la tabla 3, pero relacionada a medicamentos (Armijos-Briones et al., 2019) en ese contexto los hallazgos encontrados con mayor frecuencia en medicamentos de 91.76%, imágenes en 81.32%, laboratorio en 69.23%, e insumos en 59.89, los mismos encontrados por los trabajos de (Guerrero-Ojeda, 2020), (Delgado, 2021), (Sum et al., 2018), (Giménez et al., 2018).

Los gastos categorizados en GBS, GCS y GES según las instituciones internacionales muy variables según la región y sistema de salud que desarrollan, en ese sentido (Organización Panamericana de la Salud, 2019), (WHO, 2018) considera un GBS en un rango de 40% siendo lo ideal menor del 10% y si el rango es mayor al 40% y menor al 50% es un GCS; y GES correspondería a un gasto

mayor del 50% de sus ingresos familiares: el presente estudio encontró un GBS de 56.59% un porcentaje muy alto como lo encontró también en los estudios de (Guerrero-Ojeda, 2020) con un 63% y en un 100% (Rojas & Arce, 2021) pero en América Latina, el país mexicano ocupa el sexto lugar de GBS con un 14.1% (Salinas-Escudero et al., 2019) acercándose al gasto ideal como ocurre en los países de OCDE, pero aun así esta institución considera un GBS de menor del 20% y América latina sigue teniendo un promedio de GBS de 34% (Salinas-Escudero et al., 2019) además cabe mencionar que dos estudios nacionales del 2021 encontraron un GBS muy inferior a lo encontrado en este trabajo de 10.5% y menor del 20% (Nolazco & Quiroz, 2021) respectivamente.

El GCS en América Latina (su GCS de Argentina 5.6%, Chile, Brasil y México el 2% y Colombia y Ecuador de 0.6 y 0.5 % respectivamente) muy bajo a lo reflejado en la tabla 4 que llega a 14.29%, pero este mismo valor es inferior a los encontrados en los estudios (Nobelika et al., 2020) con 15,4%, (Cabello-Rangel et al., 2021) 16 % y (Negron et al., 2022) 16.5% en 2020; esto se refleja a los factores de riesgo que posiblemente no tengan las familias que se estudió como niños menores de 5 años, un miembro familiar con alguna enfermedad crónica, un adulto mayor o el jefe de familia que no cuente sin ningún tipo de seguro, como lo plantea en otro estudio que refiere la posibilidad de un GCS mayor del 40% con la presencia de los factores antes mencionados (García, 2021) y mientras en el estudio realizado en Paraguay se encontró un GCB de 9.1% (Giménez et al., 2018).

La enfermedad es un condicional para un GBS y a las políticas de salud deben llevar aún más en mitigarlo, para que las familias no caigan en un riesgo económico familiar muy desastroso, en este aspecto con llevando a GES como lo encontrado en el estudio de un 29.12%, muy alto como también lo planteo (Málaga, 2020) y concluyendo un aumento del GES progresaría a las familias al riesgo de empobrecimiento por una atención. Es así que (Arévalo, 2019) sostiene el gasto en salud de tipo público precario o disminuido son eficaces para mantener o aumentar un GBS. Además, tener en una familia un miembro con una enfermedad crónica como COVID-19 (Málaga, 2020), (Abrams et al., 2020) o enfermedad mental (Cabello-Rangel et al., 2021) hay una gran probabilidad de los gastos en llevarlos al estrato de pobreza y (Petrera et al., 2018) no tener SIS, el nivel de complejidad

de atención, escaso ingreso familiar y un adulto mayor en la familia también contribuye al aumentar el GBS.

Refiere por cada miembro familiar adicional tiene un impacto significativo de 0.5% más en el GBS, como también en tener algún familiar con enfermedad crónica y disminuye el gozar de algún seguro los miembros de la familia o el jefe familiar, pero no se encuentra relación significativa con los extremos de las edades (García & Quiroz, 2021) concluye en su estudio que no son protectores para un GCS la edad (menores de cinco años o mayores de 65 años), el género del jefe del hogar o algún pariente con alguna enfermedad crónica (Regassa et al., 2021) lo que difiere con Sunción et al. (2022) en sus conclusiones ya que un jefe de hogar con sueldo estable, casado, con vivienda propia y zona urbana, además de no tener un familiar con enfermedad crónica o adulto mayor como lo plantea (Negron et al., 2022) contribuye a no tener un GCS aumentado y en el presente estudio encontró casi un 12% de adultos mayores, no hubo pacientes o la familia no tengan alguno con enfermedad crónica, pero un 47% de los pacientes dependían del jefe de familia encontrándose un GCS bajo de 14.29% acompañados de un GBS alto 56.59%.

En el estudio de (Alvis-Zakzuk et al., 2018) encontró 14.6% GBS en estratos pobres comparado con el resultado de la tabla 5 que fue de 18.68%, observando una variación no significativa, pero muy diferente fue con el GCS que resulto el 30.76% donde si existe una gran variación con el presente estudio que fue 7.14% y otro contraste fue con el estrato medio, donde el GBS encontrado fue muy alto 35.16%, lo que significaría que este estrato invierte o gasta más por su salud; además (Liu et al., 2019) concluye un GBS disminuido con un GCS aumentado o variable, se produce por otros factores como lugar de residencia, tipo de seguro, nivel de instrucción del jefe familiar o la presencia de un adulto mayor. Según (Ginocchio, 2018) manifiesta una familia de estrato pobre aumenta su GBS por acudir a una farmacia o automedicación en lugar de buscar la atención adecuada y lo disminuye si contara con algún seguro o tenga una estabilidad laboral.

El contar con SIS en la población pobre o no pobre tiene un efecto similar en el GBS, pero en el GCS el impacto se reduce en la población no pobre; y según INEN (Organización Panamericana de la Salud, 2019) los pobres son el 20% y el SIS asegurado el 47.7% esto infiere el aseguramiento del estrato medio y pobre, con

la pandemia se llega a asegurar en el 2021 a más del 70% de la población logrando el aseguramiento universal; este crecimiento es adecuado para la población pero no ha crecido los servicios de atención en los niveles de la salud dejándolos en la precariedad o desabastecidos, ya en 2019 empezó con un aumento de centros y puestos de salud en 11% y 8.8%, mientras los centros de condición privada e inclusive de los gobiernos locales aumentaron en 23% y si agregamos que ya teníamos 34,4% de familias con alguna enfermedad crónica, con el devenir del COVID-19 esto ha aumentado (García, 2021), (Paremoer et al., 2021).

Este estudio encontró que las familias que buscan una atención en los centros hospitalarios, con o sin seguro se encuentran desprotegidas de una posible brecha económica, debido a los gastos que realizan para dicha atención, si bien es cierto depende de las características del jefe de la familia, como también del ingreso salarial familiar es motivo de hacer un plan de mejora con el fin de reducir este gasto y tendría un impacto significativo en dichas familias es por ello engranar un plan entre el paciente como usuario y los centros hospitalarios, y a la vez se articulen con los entes superiores gubernamentales con el rector en el sector salud representado por el Ministerio de Salud (MINSa).

En el hospital también se organizaría entre sus áreas administrativas y asistenciales, en detectar los problemas que conllevan al desabastecimiento de medicamentos e insumos para el laboratorio o imágenes, que son los factores que predominan con mayor frecuencia en los gastos para una atención, como lo presenta en la tabla 3 y al parecer se empezaría con una sistematización de todas las áreas involucradas en primer momento con el uso de aplicaciones en plataformas o de redes que nos darían información del día a día del inventario médico y las atenciones; esto aparte de agilizar la atención en el sentido administrativo ayudaría a proyectar un posible desabastecimiento o un substock; también el servicio de asistencia social jugaría un papel importante entre los pacientes, el hospital y otros establecimientos públicos o privados e inclusive con el gobierno local en cuanto al apoyo médico ante la posible escasez de medicamentos o insumos, o ausencia de algún especialista para la posibilidad de contrataciones o coordinaciones para la agilización de algunos requerimientos necesarios para la atención haciendo convenios interinstitucionales (Sum et al., 2018) además las coordinaciones de

referencias en cuanto a otros centros hospitalarios del mismo MINSA o con Essalud o con centros particulares que en forma articulada el paciente se viera beneficiado para su atención. Como lo refiere el estudio de (Custodio, 2023) con el desarrollo del plan de atención de pacientes con SIS se podrá mejorar la gestión de referencias, y lograr que todo paciente pueda acceder de la mejor manera a la consulta y/o emergencia.

En cuanto a los servicios médicos del hospital la actualización de las guías medicas de todas las patologías ayudarían a fundamentar un adecuado requerimiento de las patologías más frecuentes con la finalidad de proyectarse por las posibles demandas de atención y con la sistematización de los servicios como historias clínicas electrónicas y la conexión desde su ingreso en admisión a los servicios intermedios como farmacia, laboratorio y apoyo al diagnóstico por imágenes hasta los servicios finales como hospitalización, sala de operaciones y consultorio externos; harían de una adecuada atención y lograría detectar los puntos álgidos de la atención contribuyendo en reducir los gastos del paciente que es atendido en el servicio de emergencia.

Todo lo expuesto debe ser monitoreado por entes institucionales externos que den observaciones constructivas y de apoyo técnico, con el fin de complementar el trabajo de estas instituciones sanitarias en función de una buena atención médica y con este escenario es que este trabajo de estudio se fortalece en crear un plan de mejora para reducir el gasto por una atención en los pacientes con SIS, planteando acciones y estrategias que traten de lograr este objetivo como también el monitoreo, seguimiento y evaluación de estas acciones por medio de un cronograma, que se ajusten a los momentos y principios técnicos de las normas que rijan en el sector de salud; convalidadas o refrendadas en la fluides que otorgue el MINSA, esperando contribuir con la toma de decisiones y ayudando a los objetivos trazados por este trabajo con las conclusiones y recomendaciones.

VI. CONCLUSIONES

1. Se encontró un GBS de 56.59%, un GCS de 14.29% y un GES de 29.12% en los 182 usuarios del SIS atendidos en la emergencia del Hospital Las Mercedes, con los que se propuso un plan de mejora para reducir estos gastos con la validación de juicio de experto.
2. Los factores predominantes que aumentan estos gastos en la atención de los pacientes SIS fueron medicamentos en 91.76% con D.S de 23.4, apoyo en ayuda al diagnóstico en imágenes en 81.32% con D.S. de 93.5 y laboratorio de 69.23% con D.S. de 17.5; con $p < 0.001$.
3. La elaboración del plan de mejora, abarca las etapas de una gestión en reducir el gasto del paciente con SIS, conformado por un plan estratégico conteniendo cinco etapas y cuadros de actividades e indicadores.
4. La validación por criterios de expertos comprobó la efectividad del plan de mejora en el fin de reducir los gastos de los pacientes con SIS que acuden a una atención médica en la emergencia del Hospital Las Mercedes; además, se trazó una matriz de monitoreo y evaluación con la finalidad de administrar los indicadores de desempeño en forma mensual, trimestral y semestral que comprobarán la evolución proactiva de las acciones y estrategias implementadas, y por consiguiente el bienestar del paciente o usuario.

VII. RECOMENDACIONES

Mediante los datos obtenidos en la investigación, consideramos oportuno mencionar estas recomendaciones:

1. A las autoridades del MINSA, tomar en cuenta los hallazgos del presente estudio y considerar la problemática de la población que viene afectando a la economía familiar, con el fin de realizar las gestiones respectivas para garantizar la protección financiera de los usuarios.
2. A las autoridades estatales Superintendencia de la Salud, Defensoría del pueblo, Contraloría General de la República, Gerencia Regional de Salud y Seguro Integral de Salud del nivel Central, articular con la parte técnica y monitoreo, como también en mejorar el control y supervisión de calidad, distribución y planes de abastecimientos para el beneficio del paciente con una programación de visitas semestrales o trimestrales.
3. A los ejecutivos del Hospital Las Mercedes, considerar la información de la presente investigación para que puedan tomar decisiones con la propuesta de plan de mejorar brindada en disminuir el gasto de los usuarios con SIS, con la gestión a los procesos logísticos y de abastecimiento, en coordinación con los entes superiores, para garantizar la atención oportuna, protección socio económica e integral a los pacientes.
4. A la Administración del Hospital Las Mercedes, se le recomienda convocar a todos los actores que tienen responsabilidades en el proceso de abastecimiento de los servicios o departamentos tanto administrativas y asistenciales, con la finalidad de brindar los compromisos para realizar un trabajo coordinado y eficaz, logrando asegurar el abastecimiento oportuno y eficiente por medio de planes de mantenimiento, reposición y abastecimiento; y así los pacientes no incurran en gastos innecesarios para su atención médica.
5. Conformación de un sistema de asistencial social reconectada con las instituciones públicas y privadas con la finalidad de hacer convenios o referencias de los servicios intermedios (Laboratorio, Farmacia y apoyo al diagnóstico de imágenes) en beneficio de los pacientes.

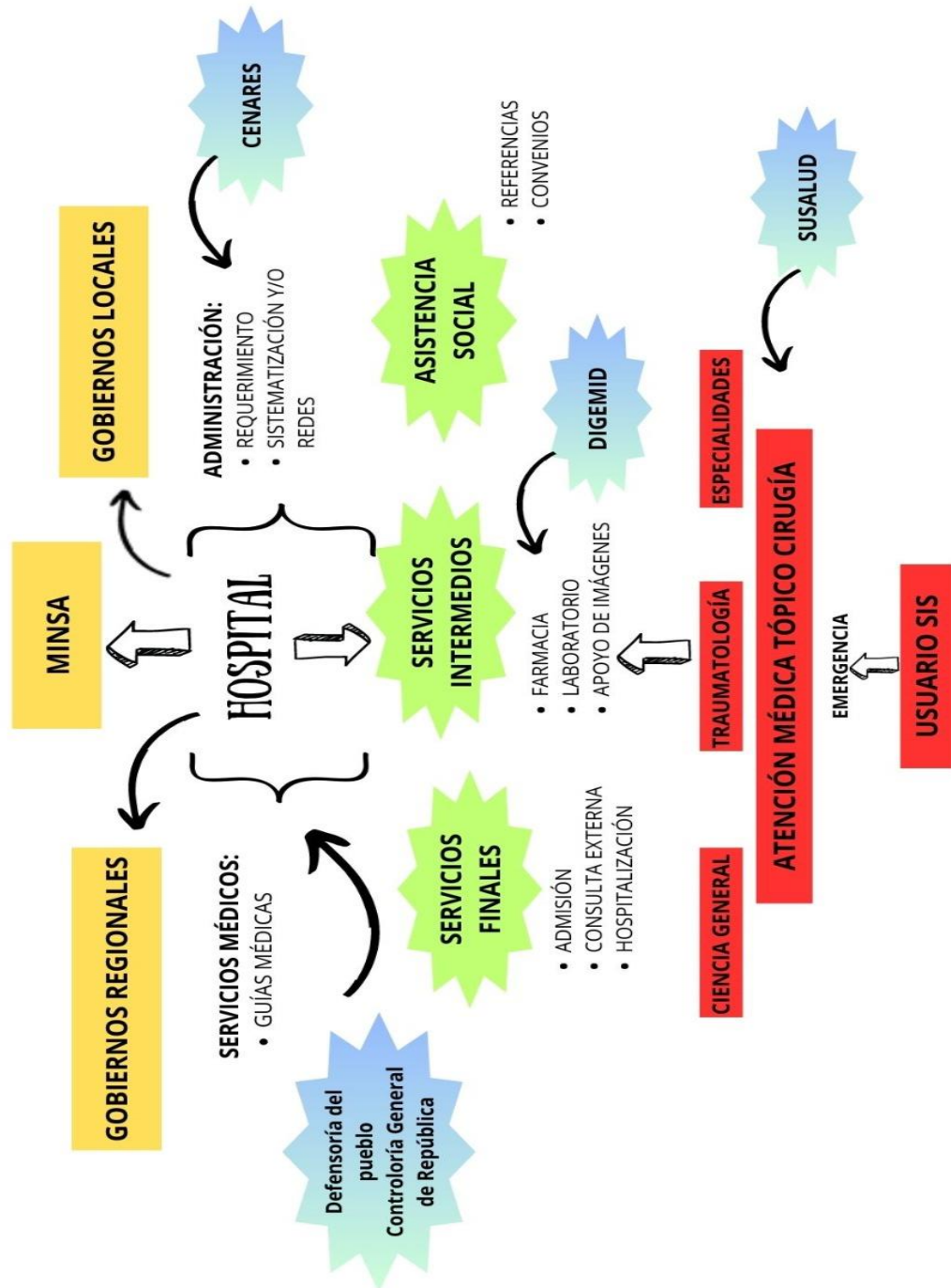
VIII. PROPUESTA

Fundamentando el derecho de todo paciente a contar con una atención médica adecuada e integral que brinde un centro hospitalario y más aun con la población afiliada al SIS de recibir acciones de dicha atención certificadas en la equidad, igualdad, calidad y calidez; logrando el resultado de un paciente satisfecho y con resolución a su problema de salud, pero en el camino observamos el enorme sacrificio de tiempo y económico que hacen para poder lograr esta mejoría, y en la realidad hacen gastos secundarios al encontrar centros hospitalarios desabastecidos o precarios en la resolución de sus padecimientos buscando el nivel de atención superior, produciendo colapso en las consultas y emergencias, o simplemente se apoyan de centros particulares.

Ante esta situación este estudio plantea como objetivo en la toma decisiones de las autoridades en consolidar un plan de mejora para reducir los gastos a los pacientes con SIS atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Las Mercedes, con acciones y estrategias complementado al involucramiento de las instituciones sanitarias, gobiernos locales y regionales, como también a las familias.

Con la afiliación universal, aunque con un 20% de no contar ningún tipo de seguro; con PBI recomendado por OMS de más 6% y actualmente oscila al 4%; además de ocho mil establecimientos del primer nivel con 78% de capacidad en resolución inadecuada y la mitad de estos no cuentan con médico; y según Defensoría del pueblo y Contraloría General de la República, reitera la precariedad que presentan los hospitales del segundo y tercer nivel en infraestructura y equipamiento (Beteta, 2022) hacen una misión de largo aliento y titanésca para hacer las gestiones con acciones claras, de largo plazo y comprometidas con los líderes gobernantes, y tener a la población con una atención médica adecuada, sin permitir la fragmentación y la acentuación de su brecha económica, es por todo lo expuesto: el MINSA como ente rector y conductor del sector tiene en sus manos instrumentos para coordinar una buena inversión en infraestructura y equipamiento en todos los niveles para lograr la planificación y gestión operativa de los recursos profesionales y especializado como económicos en función de las necesidades de la población, con roles de monitoreo y evaluación por la Superintendencia de la Salud, CENARES y DIGEMID. (Propuesta de plan de mejora - Anexo XII)

FLUJO DEL PLAN DE MEJORA PARA REDUCIR EL GASTO DE BOLSILLO



REFERENCIAS

- Abrams, E., & Szeffler S. (2020). COVID-19 and the impact of social determinants of health. *Lancet Respir Med*, 659–661. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30234-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30234-4)
- Alvis-Zakzuk, J., Marrugo-Arnedo, C., Alvis-Zakzuk, N. J., Gómez de la Rosa, F., Florez-Tanus, Á., Moreno-Ruiz, D., & Alvis-Guzmán, N. (2020). Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20, 591-598.
- Arce Quisiyupanqui, V. (2021). Gasto de bolsillo del paciente quirúrgico afiliado al SIS gratuito en Servicio de Cirugía B del Hospital Regional Cusco 2020. Universidad Cesar Vallejos.
- Arias Gonzales, JL, & Mitsuo, C.G. (2021). Diseño y Metodología de la Investigación. Enfoques Consulting EIRL.
- Armijos-Briones, M., Pires de Sousa, F., & Zavala-Briones, M. (2023). Aumento de la pobreza e inequidad en el financiamiento del sistema de salud de Ecuador. *Revista de Salud Pública*, 21, 299-306. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n3.77849>
- Benítez, A., Hernando, A. & Velasco, C. (2019). Gasto de bolsillo en salud: una mirada al gasto en medicamentos. *Puntos de referencia centro de Estudios Públicos*, 502. <https://policycommons.net/artifacts/2181799/gasto-de-bolsillo/2937776/>
- Beteta E. A. (2022). Los desafíos en el sector salud. Edición N°1. Fabricum. Universidad Pontificia Católica del Perú.
- Cabello-Rangel, H., Reyes-Morales, H., Medina-Mora, M. E., & Arredondo-López, A. (2021). Out-of-pocket and catastrophic expenses in households of patients with schizophrenia lacking social security. *Salud Publica de México*, 63(4), 547-553. <https://doi.org/10.21149/12252>
- Cid C., Flores G., Del Riego A., Fitzgerald J. (2021). Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe. *Rev. Panamá Salud Pública*. 2021; 45: p.95. doi: 10.26633/RPSP.2021.95 PMID: PMC8489847.

- Custodio, D. (2023). Plan de atención de pacientes del seguro integral de salud para la gestión de referencias de un hospital de Lambayeque. Universidad Cesar Vallejos.
- Chaumont C., Olivera C., Chávez E., Valencia J., Villalobos P. (2019). Gastos de bolsillo para el VIH en la República Dominicana: hallazgos de una encuesta participativa comunitaria. *Revista Panamericana, Salud publica* 2019; 43: e56. Publicado en línea el 7 de junio de 2019. doi: 10.26633/RPSP.2019.56
- Delgado Rodríguez, M. Y. (2021). Accesibilidad a la seguridad social y gasto de bolsillo en afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021. Universidad Cesar Vallejos.
- Delgado, M. (2023). Características epidemiológicas-clínicas y resultados del manejo del plastrón apendicular en pacientes adultos Hospital de emergencias José Casimiro Ulloa, 2020 – 2021. Universidad Privada San Juan Bautista
- Diana Ximena Proaño Villavicencio, Víctor Gisbert Soler, Elena Pérez Bernabéu (Ed.). (2017). Metodología para elaborar un plan de mejora continua. *3C Empresa (Edición Especial)* diciembre 2017, 50 – 56 Área de Innovación y Desarrollo, SL ISSN: 2254 – 3376 DOI: <http://dx.doi.org/10.17993/3cemp.2017.especial.50-56>.
- Espinoza Li, C. G. (2023). Determinantes sociales asociados al gasto de bolsillo en odontología en afiliados EsSalud, Lima Metropolitana, 2022. Universidad Cesar Vallejos.
- Espinoza, F. y Eudaldo, E. (2019). Las variables y su operacionalización en la 49 investigación educativa. Segunda parte. *Conrado*, 15(69), 171-180. <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/1052/1068>.
- García L. C. (Ed.). (2021). Determinantes del gasto de bolsillo en salud en el Perú (Número 1). Departamento de Economía - Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Giménez, E., Flores, L., Rodríguez, J. C., Ocampos, G., & Peralta, N. (2018). Gastos catastróficos de salud en los hogares del Paraguay. *Memorias del Instituto*

de Investigaciones en Ciencias de la Salud, 16(2), 38-48.
[https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016\(02\)38-048](https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016(02)38-048)

Ginocchio, V. M. (2018). Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú. Universidad Complutense de Madrid.

Gobena, AG (Ed.). (2019). El impacto de la calidad del servicio en la satisfacción del cliente: un estudio de caso en el municipio de Nekemte, región de Oromia, Etiopía. Juniper Publishers, 14-25. <https://doi.org/10.19080/ASM.2019.04.555629>.

Guerrero-Ojeda, G. A. (2020). Gasto de bolsillo en salud y riesgo de pobreza en hogares peruanos. Perú 2017. Rev. Salud & Vida Sipanense. 2020;7(2):27-40 Versión Online ISSN 2313-0369 Facultad de Ciencias de la Salud – USS.

Houghton N, Bascolo E, del Riego A. (2020). Monitoreo de las barreras de acceso a los servicios de salud en las Américas: un mapeo de encuestas de hogares. Revista Panamá Salud Pública. 2020; 44: p. 96. Doi: 10.26633/RPSP.2020.96.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7429929/>

Huárac Quispe, Y., Díaz Mújica, M., Cuba Mayuri, E. (Ed.). (2022). Presupuesto participativo y gestión del gasto público. Revista de Ciencias Sociales (RCS) vol. XXVIII, Número Especial 5, 2022 FCES - LUZ • ISSN: 1315-9518 • ISSN-E: 2477-9431. Licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

Instituto Peruano de Economía (2018,22 de enero). Las dificultades del SIS. Economía. Informe del Comercio – IPE. <https://www.ipe.org.pe/portal/wp-content/uploads/2018/01/2018-01-22-LasDificultades-del-SIS-Informe-IPE-El-Comercio-1.pdf>

Instituto Peruano de Economía (2019,12 de agosto). Propuesta de seguro universal: ¿Cuáles son los retos para el SIS? Economía. Informe del Comercio – IPE. <https://www.ipe.org.pe/portal/wpcontent/uploads/2019/08/2019-08-12-Retos-del-seguro-universal-InformeIPE-El-Comercio.pdf>

- Liu H., Hong Zhu, Jiahui Wang, Xinye Qi, Miaomiao Zhao, Linghan Shan, Lijun Gao, Zheng Kang, Mingli Jiao, Lin Pan, Ruohui Chen, Baohua Liu, Qunhong Wu. (2019). Incidencia del gasto catastrófico en salud y su equidad en China: un estudio sobre la implementación inicial del sistema de integración del seguro médico. Liu et al. BMC Public Health (2019) 19:1761 <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8121-2>.
- Málaga, G. (2020). Causas de admisión en el Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(3):587-8.
- Marina Arévalo, M. H. (2019). "Gasto público en salud y su relación con los gastos del bolsillo en salud, Perú 2002-2016 ". Universidad Cesar Vallejos.
- Negrón Bellido A., (2022). Análisis del gasto catastrófico en salud frente al sars-cov2 (covid-19) en Perú 2019-2020. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.
- Nobelika, A. & Simon, A. (2020). An observational study to find the patterns of out-of-pocket expenditure for oral healthcare among sanitary workers in Coimbatore, India, 18 (2), 143 – 150. DOI: 10.4103/jiaphd.jiaphd_78_19.
- Nolazco Bazán, E. J. (2021). Factores socioculturales asociados al gasto de bolsillo en los afiliados a los sistemas de salud, Urcubamba, La Libertad, 2021. Universidad Cesar Vallejos.
- OCDE / GRUPO BANCO MUNDIAL. Panorama de Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 Paris: OCDE Publishing; 2020. (2020).
- Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Ginebra: OMS, BID, BM; 2020. Informe de seguimiento mundial de la protección financiera en salud 2019. Disponible en: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/fp_gmr_2019.pdf?ua=1 . [Google Scholar] 1. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Informe de seguimiento mundial de la protección financiera en salud 2019. Ginebra: OMS, BID, BM; 2020. Disponible en: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/fp_gmr_2019.pdf?ua=1

- Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS; 2019. Pacto APS por la salud universal.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, DC: OPS; 2019a. Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”.
- Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: OPS, en prensa; 2021. Protección financiera en salud en las Américas: medición de gastos catastrófico y gasto empobrecedor.
- Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: OPS; 2019b. Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: la equidad, el corazón de la salud. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52717> .
- Paremoer, L., Nandi, S., & Serag, H. (2021). Covid-19 pandemic and the social determinants of health. *BMJ*, 129-134. <https://doi.org/10.1136/bmj.n129>
- Pavone, M. P., & Sánchez, E. J. (2018). Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010–2014. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e20. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.20>
- Quiroz Vera, E. F. (2021). Factores de riesgo del gasto catastrófico en salud en el Perú de hoy. *Revista IECOS*, 19, 101-120. <https://doi.org/10.21754/iecos.v19i0.1172>, 19.
- Regassa N., Janzen B., Pahwa P. (2021). Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. *Heal Promot Chronic Dis. Prev. Canada*, 87-94. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.35.6.01>
- Rojas C. C. (2021). Gasto de Bolsillo en salud de pacientes con COVID-19 atendidos en el Hospital Cayetano Heredia 2020 – 2021. Universidad San Ignacio de Loyola.
- Salinas-Escudero G., Carrillo-Vega M.F., Pérez-Zepeda M. U., García-Peña C. (2019). Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos

mayores mexicanos: análisis del Enasem. *Salud Publica Mex.* 2019;61: 504-513. <https://doi.org/10.21149/10146>

Sánchez, H., Reyes, C. & Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística.* Universidad Ricardo Palma. <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-eninvestigacion.pdf>

Silva, L. S., Viegas, S. M. da F., Nascimento, L. C. do, Menezes, C., Martins, J. R. T., & Potrich, T. (2020). Universalidade do acesso e acessibilidade no cotidiano da atenção primária: vivências de usuários do SUS. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 10. <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3575>

Srivastava, A., Esfandiari, S., Madathil, S., Birch, S., Feine, J. (2020). Willingness to Pay for Mandibular Overdentures: A Societal Perspective. *JDR Clinical & Translational Research*, 5 (1), 1 – 10. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2380084419849870>.

Sum G., Hone T., Atun R., Millette Ch. (2018). Multimorbidity and out-of-pocket expenditure on medicines: a systematic review. *BMJ Glob Health* 2018; 3: e000505. doi:10.1136/ bmjgh-2017-000505.

Sunción Albán S. P., Vilcherrez Purizaca L. J. (2022). *Determinantes del gasto catastrófico en salud de los hogares de la Macro Región Norte del Perú, 2019.* Universidad Nacional de Frontera.

Vera, E. F. Q. (2021). Factores de riesgo del gasto catastrófico en salud en el Perú de hoy. *Revista IECOS*, 19, 101-120. <https://doi.org/10.21754/iecos.v19i0.1172>.

Wagstaff A, Flores G, Smitz MF, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. (2018). Progreso en el empobrecimiento del gasto en salud: resultados para 122 países. *Lancet Salud Global.* 2018; 6 (2): p180-192. <https://www.sciencedirect.com/sciece/article/pii/S2214109X17304862>.

ANEXOS

ANEXO I: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
V1 GASTO EN SALUD	<p>Es el gasto o pago directo que se realizan para acceder a los servicios de salud, excluyendo el realizado por concepto de cotización obligatoria de algún seguro.</p> <p>Este gasto de la salud en la atención es: honorarios médicos, procedimientos terapéuticos, estudios de diagnóstico y hospitalizaciones, así como de medicamentos e insumos de laboratorio</p> <p>(Salinas-Escudero et al., 2019).</p>	<p>Es el gasto económico monetario (soles) necesario para la atención de la salud de un paciente SIS, que acude a la emergencia en las áreas quirúrgicas de Cirugía general.</p>	Gasto de Bolsillo (GBS)	Gasto por medicamentos	<p>RANGO:</p> <p><10% GBS</p> <p>10 - <15%</p> <p>15 - <20%</p> <p>20 - <25%</p> <p>25 - <30%</p> <p>30 - <35%</p> <p>35 - <40%</p>	CUESTIONARIO
				Gastos por laboratorio.		
				Gasto por insumos.		
				Gastos por Consulta o interconsulta.		
				Gasto por Hospitalización		
				IDEM		
Gasto Catastrófico (GCS)	40 - <45%	45 - <50%				
Gasto de empobrecimiento (GES)	IDEM	> 50% GBS				

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
V2 PLAN DE MEJORA	Percepción que depende del proceso de interacción de la experiencia, habilidades individuales y las personalidades que se dan dentro del proceso de servicio de atención medica en base a las expectativas del paciente (Gobena, 2019).	Un plan de mejora se estructura en cuatro niveles análisis situacional planificación, implementación y seguimiento y evaluación. (Proaño et al., 2017).	Nivel socio económico	BAJO	< S/. 1025	CUESTIONARIO
				MEDIO	BAJO: S/. 1025 a S/. 3000 ALTO: S/. 3000 a S/. <6000	
			Análisis situacional	ALTO	>S/. 6000	
			Planificación	Apreciación interna Apreciación externa Objetivos	NOMINAL	
			Implementación	Estrategias Indicadores Responsables		
			Seguimiento y Evaluación	Plan de acción Presupuesto Cronograma		

ANEXO II: CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO DE SALUD

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

INSTRUMENTO: ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE EL GASTO DE SALUD DE LOS PACIENTES SIS ATENDIDOS EN LA EMERGENCIA HRDLM

FAMILIA:

No. ENCUESTA:

FECHA:

I. PACIENTE:

EDAD:..... SEXO: OCUPACIÓN:

DIAGNÓSTICO: PROCEDENCIA:

II. FAMILIA:

1. INGRESO FAMILIAR;

<S/.1025 S/.1025 - <S/.2000 ... S/.2000 - <S/.3000 ...
S/.3000 - <S/.4000 ... S/.4000 - <S/.5000 ... S/.5000 - <S/.6000 ... > S/.6000

MIEMBRO FAMILIAR APORTANTE:

ABUELO: ABUELA: PAPÁ: MAMÁ:

HIJO: TÍO: OTROS:

2. No. MIEMBROS:

III. GASTO EN SALUD:

3. MEDICAMENTOS: 4. LABORATORIO: 5. INSUMOS:

6. CONSULTA Y/O INTERCONSULTA:

7. HOSPITALIZACIÓN: 8. IMAGENOLOGÍA:

TOTAL DEL GASTO: S/. SUSTENTO DEL GASTO:

GASTO DE BOLSILLO (GBS)

< 10% 10% a <15% 15% a <20% 20% a <25%
25% a <30% 30% a <35% 35% a < 40%

GASTO CATASTRÓFICO (GCS)

40% a < 45% 45% a < 50%

GASTO DE EMPOBRECIMIENTO (GES)}

>50%

NIVEL SOCIO ECONÓMICO:

10. BAJO: < S/. 1025

MEDIO: BAJO: S/. 1025 a S/. 3000

ALTO: S/. 3000 a S/. <6000

ALTO >S/. 6000

ANEXO III: VALIDACION DEL CUESTIONARIO DE GASTO DE BOLSILLO DE SALUD POR DE EXPERTO 1

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Plan de mejora para reducir el gasto de pacientes SIS atendidos en el área quirúrgica en un hospital de Chiclayo

2. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Gestión de la calidad del servicio

3. TESISISTA:

Wilson Manfredo Alcántara Rodríguez

4. DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES: Apto para su aplicación

APROBADO:

SI

NO

Chiclayo, 12 de mayo de 2023

Grado y Nombre del Experto:



ROCÍO JANET PEJERREY GONZÁLEZ
Doctora en Ciencias de la Salud



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos **PEJERREY GONZALEZ**
Nombres **ROCIO JANET**
Tipo de Documento de Identidad **DNI**
Numero de Documento de Identidad **16627088**

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre **UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**
Rector **MARIANO AGUSTIN RAMOS GARCIA**
Secretario General **MIGUEL ANGEL JIMENEZ GAMARRA**
Director **JUAN EDUARDO AGUINAGA MORENO**

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico **DOCTOR**
Denominación **DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD**
Fecha de Expedición **12/04/2013**
Resolución/Acta **178-2013-CU**
Diploma **A1415776**
Fecha Matrícula **Sin información (*****)**
Fecha Egreso **Sin información (*****)**

Fecha de emisión de la constancia:
12 de Mayo de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 0001287953

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO
Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria
Motivo: Servidor de
Agente automatizado.
Fecha: 12/05/2023 23:59:47-0500

**ANEXO IV: VALIDACION DEL CUESTIONARIO DE GASTO DE BOLSILLO DE SALUD
POR DE EXPERTO 2**

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Plan de mejora para reducir el gasto de pacientes SIS atendidos en el área quirúrgica en un hospital de Chiclayo

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Gestión de la calidad del servicio

TESISTA:

Wilson Manfredo Alcántara Rodríguez

DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES: Apto para su aplicación

APROBRADO:

SI

NO

Chiclayo, 12 de mayo de 2023



Dra. Karina Santa Maria Santamaria
Docente UCV

Código orcid. 0000-0002-9575-9671



PERÚ

Ministerio de Educ

CONSTANCIA DE INSI

La Dirección de Documentación e
Ejecutivo de la Unidad de Registro d
documento se encuentra inscrita en e

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos

Nombres

Tipo de Documento de Identidad

Numero de Documento de Identidad

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre

Rector

Secretario General

Director

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico

Denominación

Fecha de Expedición

Resolución/Acta

Diploma

Fecha Matrícula

Fecha Egreso



CÓDIGO VIRTUAL 0001386849

ANEXO V: VALIDACION DEL CUESTIONARIO DE GASTO DE BOLSILLO DE SALUD POR DE EXPERTO 3

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

DATOS DEL EXPERTO.

Nombre y Apellidos. **María Aurelia Lazo Pérez.**

Grado Científico. **Doctora en Ciencias.**

Institución donde trabaja. **Universidad Señor de Sipán.**

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Plan de mejora para reducir el gasto de pacientes SIS atendidos en un hospital de Chiclayo

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Gestión de la calidad del servicio

TESISTA:

Wilson Manfredo Alcántara Rodríguez

CRITERIOS.

ITEMS	ADECUADO	INCORRECTO	MODIFICAR
1	X		
2	X		
3	X		
4	X		
5	X		
6	X		
7	X		

Observaciones.

DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

APROBADO: SI

NO

Chiclayo, 19 de mayo de 2023

María Aurelia Lazo Pérez
Doctora en Ciencias
Master en Educación Avanzada
CE: 002675854



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos **LAZO PEREZ**
Nombres **MARIA AURELIA**
Tipo de Documento de Identidad **CE**
Numero de Documento de Identidad **002675854**

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre **COMISIÓN NACIONAL DE GRADOS CIENTÍFICOS - INSTITUTO SUPERIOR PEDAGÓGICO "ENRIQUE J. VARONA"**
País de Procedencia **CUBA**

INFORMACIÓN DE LA RESOLUCIÓN

Título profesional y/o Grado Académico **GRADO CIENTÍFICO DE DOCTOR EN CIENCIAS PEDAGÓGICAS (GRADO DE DOCTOR)**
Resolución N° **RESOLUCIÓN N° 003092-2021-SUNEDU-02-15-02**
Fecha de Resolución **12/05/2021**

Fecha de emisión de la constancia:
31 de Julio de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 0001386870

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO
Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria
Motivo: Servidor de Agente automatizado.
Fecha: 31/07/2023 00:11:08-0500

ANEXO VI: CONFIABILIDAD

USUARIO	ITEMS										ΣX_t
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	0	2	0	2	0	2	2	2	0	0	10
2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	16
3	2	0	2	0	2	0	2	2	2	2	14
4	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	18
5	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	16
Σx	6	6	6	6	6	8	8	10	8	8	74
PROMEDIO	1.2	1.2	1.6	1.2	1.2	1.6	1.6	2	1.6	1.6	14.8
DS	0.98	0.98	0.8	0.98	0.98	0.8	0.8	0	0.8	0.8	7.36

$$S_x^2 = 7.92$$

$$S_T^2 = 7.36 (54.17)$$

$$k = 10$$

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

$$\alpha = 0.947$$

ANEXO VII: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....
acepto participar voluntariamente de esta investigación, conducida por el estudiante de la Maestría de Gestión de los Servicios de la Salud, Wilson Manfredo Alcántara Rodríguez. He sido informado que el objetivo de este estudio es proponer un plan de mejora para reducir gasto del paciente con Seguro Integral de Salud que acude al servicio de emergencia, en el área quirúrgica de un hospital de Chiclayo. Me han indicado que tendré que responder un cuestionario relacionado a los GASTOS DE SALUD, que se realiza para la atención médica en el área de emergencia, el cual tomará un tiempo aproximado de 15 minutos.

Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al responsable de esta investigación, al correo: wilsonalcantara24@outlook.com

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto puedo contactarme con el autor, al correo anteriormente mencionado.

Firma del participante
DNI del participante

ANEXO VIII: CÁLCULO MUESTRAL

Para el estudio se utilizó un muestreo de tipo probabilístico con método aleatorio:

Fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{\varepsilon^2 (N - 1) + Z^2 P Q}$$

n: Tamaño Muestral

Z: Valor de la distribución normal, para un nivel de confianza de (1- α) 1,96% al 95%

P: Proporción de éxito. 0.5

Q: Proporción de fracaso (Q=1-P) 0.5

ε : Tolerancia de error. 5%

N: Tamaño de la Población: 6986 pacientes

Reemplazando:

$$n = \frac{1,96^2 (0.5)(0.5)(6986)}{(0.05)^2 (6986 - 1) + 1,96^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{6709.3544}{(17.4625) + (0.9604)}$$

$$n = \frac{6709.3544}{18.4229}$$

$$n = 364.1855$$

$$n = 364 \text{ Participantes}$$

Y solo se tomará 182 participantes por considerar solo 6 meses del estudio (enero a junio 2023)

ANEXO IX: SOLICITUD DE PERMISO



“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

Pimentel, 22 de mayo de 2023

Doctor Elmer Alberto Delgado Senmache
Director del Hospital Las Mercedes
Chiclayo.

ASUNTO : SOLICITA AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarle cordialmente y al mismo tiempo augurarle éxitos en la gestión de la institución a la cual Usted representa.

La Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo Campus Chiclayo ofrece los Programas de Maestría y Doctorado, en diversas menciones, donde los estudiantes se forman para obtener el Grado Académico de Maestro o de Doctor, a cuyo efecto deben elaborar, presentar, sustentar y aprobar un trabajo de investigación científica (Tesis), cuyos resultados benefician tanto al estudiante investigador como a la institución donde se realiza la investigación.

Por lo expuesto, solicito a usted tenga a bien autorizar la realización de la investigación que se detalla en la institución que dignamente dirige.

- 1) Apellidos y nombres de estudiante : Alcántara Rodríguez, Wilson Manfredo
- 2) Programa de estudios : Posgrado
- 3) Mención : Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud
- 4) Ciclo de estudios : III
- 5) Título de la investigación : Plan de mejora para reducir el gasto de pacientes del Seguro Integral de Salud atendidos en un Hospital de Chiclayo.
- 6) Asesor : Dra. Vilma Monteagudo Zamora

Le anticipo mi agradecimiento por su gentil colaboración.

Atentamente,



Dr. Juan Pablo Muro Moreno
Jefe de la Unidad de Posgrado - Chiclayo



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE "LAS MERCEDES"

N° 045/ 23

AUTORIZACIÓN


El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital "Las Mercedes" Chiclayo, Autoriza a:

**ALCANTARA RODRIGUEZ
WILSON MANFREDO**


Para que realice la Ejecución del Proyecto de Investigación
Titulado: *"Plan de Mejora para Reducir el Gasto de Pacientes del Seguro Integral de Salud Atendidos en un Hospital de Chiclayo"*
debiendo al término remitir las conclusiones respectivas.

Chiclayo, Junio 2023

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO


Dr. Elnor Delgado Sermacho
CMP N° 46183 R.N.E. N° A03758
Director Ejecutivo HRDLM-CH

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO


Dr. Fernando Eulógio Peña Dávila
CMP N° 81068
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

ANEXO X: BASE DE DATOS

NUMERO PACIENTE	ITEMS DEL INSTRUMENTO DE DATOS										SUMATORIA
	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	VARIABLE V1
1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8
2	2	2	1	0	1	0	0	1	4	2	13
3	1	1	1	1	0	0	0	1	1	2	9
4	2	1	1	1	0	1	0	1	10	2	19
5	1	2	1	1	0	0	0	1	3	1	10
6	2	1	1	0	0	0	0	1	1	2	8
7	2	2	1	0	0	0	0	1	10	2	18
8	1	1	0	1	0	0	0	1	9	2	15
9	2	1	1	1	0	0	0	1	10	1	17
10	2	2	1	1	0	0	0	1	1	2	10
11	1	1	1	1	0	1	0	0	5	2	12
12	2	2	1	1	0	0	0	1	4	2	13
13	2	1	1	0	1	0	0	1	10	2	18
14	1	2	1	1	0	0	0	1	8	1	15
15	2	2	1	1	1	0	0	1	1	2	11
16	2	2	1	0	0	0	0	1	10	2	18
17	1	1	0	1	1	0	0	1	9	2	16
18	1	1	0	0	1	0	0	1	10	2	16
19	2	1	1	1	1	0	0	1	2	2	11
20	1	2	1	1	0	0	0	0	5	1	11
21	2	1	1	1	0	0	0	1	1	2	9
22	4	2	0	1	0	0	0	1	10	2	20
23	2	1	1	0	1	0	0	1	3	2	11
24	2	1	1	1	1	0	0	1	10	2	19
25	2	1	1	1	1	0	1	1	5	1	14
26	2	1	1	1	1	0	0	1	1	2	10
27	4	1	1	1	1	0	0	0	10	2	20
28	1	2	1	0	0	0	0	0	2	2	8
29	2	1	1	0	0	0	0	1	4	2	11
30	1	1	1	0	1	0	0	1	8	3	16
31	2	3	1	1	1	0	0	1	10	2	21
32	1	2	1	1	1	0	0	0	1	2	9
33	1	1	0	0	1	1	0	1	10	2	17
34	2	2	1	1	1	0	0	1	9	2	19
35	2	1	1	1	0	0	0	1	5	2	13
36	2	2	0	1	0	0	0	1	1	2	9
37	4	1	0	1	0	0	0	1	1	1	9
38	2	1	1	0	1	0	0	1	10	2	18
39	2	1	1	1	1	0	0	1	4	2	13
40	2	2	1	0	0	0	0	1	8	2	16
41	4	1	1	1	1	0	0	0	10	2	20
42	1	2	1	1	1	0	0	1	3	2	12

43	2	1	1	0	0	0	0	1	2	1	8
44	1	1	1	1	1	0	0	1	5	1	12
45	2	2	1	0	1	0	0	1	1	2	10
46	2	1	1	1	1	0	0	1	10	2	19
47	1	1	1	1	1	0	0	1	1	2	9
48	3	1	1	1	1	0	0	1	4	2	14
49	2	1	1	0	1	0	0	1	8	1	15
50	2	2	1	1	1	0	0	1	5	2	15
51	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	7
52	2	1	1	1	0	0	0	0	10	1	16
53	2	1	1	0	0	0	0	0	9	1	14
54	3	1	1	0	1	0	0	1	2	2	11
55	1	1	1	1	0	0	0	1	10	2	17
56	3	1	1	0	1	0	0	1	3	1	11
57	2	2	1	1	1	0	0	0	5	2	14
58	3	1	0	1	0	0	0	1	10	1	17
59	1	1	1	1	1	0	0	1	1	2	9
60	2	1	1	1	1	0	0	1	10	1	18
61	2	1	1	0	1	0	0	0	8	1	14
62	1	1	1	1	1	0	0	1	2	1	9
63	1	1	1	1	1	0	0	1	5	2	13
64	1	1	1	0	1	0	0	1	10	1	16
65	2	1	1	0	1	0	0	1	5	1	12
66	3	1	1	1	1	0	0	1	4	2	14
67	3	2	1	0	0	0	0	1	8	1	16
68	2	1	0	1	0	0	0	1	10	1	16
69	3	1	1	0	1	0	0	1	9	2	18
70	1	2	1	1	0	0	0	1	10	1	17
71	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	10
72	3	1	1	1	1	0	0	1	3	2	13
73	2	2	0	1	1	0	0	1	10	1	18
74	2	1	0	1	1	0	0	1	7	1	14
75	3	1	1	1	0	0	0	0	10	2	18
76	2	1	1	0	0	0	0	1	1	2	8
77	1	1	1	0	1	0	0	0	8	1	13
78	2	1	1	1	1	0	0	1	5	1	13
79	1	1	1	0	0	0	0	1	10	2	16
80	3	2	1	1	1	0	0	1	10	1	20
81	1	1	1	1	1	0	0	1	8	2	16
82	2	1	1	1	0	0	0	1	10	2	18
83	3	1	1	1	1	0	0	1	1	2	11
84	2	1	1	1	1	0	0	0	9	3	18
85	1	1	1	1	0	0	0	1	10	2	17
86	3	1	1	1	0	0	0	0	2	1	7
87	2	2	1	1	0	0	0	1	5	2	14
88	4	1	1	1	0	0	0	0	10	2	19
89	1	2	1	1	1	0	0	1	1	2	12
90	1	1	1	1	1	0	0	1	10	1	17
91	1	1	0	1	1	0	0	0	2	2	8

92	2	1	1	1	1	0	0	0	10	2	18
93	1	1	1	1	1	0	0	0	3	1	9
94	3	2	1	0	0	0	0	1	10	1	18
95	2	2	1	1	0	0	0	0	5	1	12
96	3	1	1	1	0	0	0	0	8	1	15
97	1	1	1	1	1	0	0	0	10	1	16
98	2	1	1	1	0	0	0	1	10	1	17
99	1	2	1	0	1	0	0	1	3	1	10
100	3	1	1	1	1	0	0	1	5	2	15
101	2	2	1	1	0	0	0	1	2	2	11
102	1	1	1	0	1	0	0	1	10	2	17
103	3	2	1	1	1	0	0	1	4	1	14
104	1	2	1	0	1	1	0	1	10	1	18
105	2	1	0	1	1	0	0	1	1	1	8
106	1	1	1	1	0	0	0	1	1	2	8
107	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8
108	3	2	1	1	1	0	0	1	3	1	13
109	2	1	1	1	1	0	0	0	10	2	18
110	1	1	1	0	1	0	0	1	5	2	12
111	2	1	1	1	1	0	0	1	9	1	17
112	1	1	0	0	1	0	0	1	10	2	16
113	1	1	1	0	1	0	0	1	2	3	10
114	2	2	1	0	0	0	0	1	5	2	13
115	3	1	1	1	0	0	0	1	10	2	19
116	1	1	1	1	0	0	0	1	1	2	8
117	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	6
118	1	2	1	1	1	0	0	1	8	1	16
119	3	1	1	0	1	0	0	1	10	1	18
120	2	1	1	1	0	0	0	1	9	1	16
121	2	1	1	0	1	0	0	1	1	2	9
122	1	1	1	0	1	0	1	1	4	1	11
123	1	2	1	0	0	0	0	1	5	1	11
124	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	9
125	2	1	1	1	1	0	0	1	2	2	11
126	1	2	1	1	1	0	0	1	10	2	19
127	2	1	1	1	1	0	0	1	8	2	17
128	1	2	1	1	1	0	0	0	1	2	9
129	3	1	1	1	0	0	0	1	5	1	13
130	1	2	1	0	0	0	0	1	3	2	10
131	3	2	1	0	0	0	0	1	1	1	9
132	1	1	1	0	1	0	0	1	6	1	12
133	3	1	1	1	0	0	0	1	10	1	18
134	2	2	1	1	0	0	0	1	5	1	13
135	1	2	1	1	1	0	0	1	2	2	11
136	2	1	1	1	1	0	0	1	5	1	13
137	2	2	1	1	1	0	0	0	1	1	9
138	1	1	1	1	0	0	0	1	10	2	17
139	1	1	1	0	1	1	0	1	8	2	16
140	3	2	1	0	0	0	0	0	1	1	8

141	1	1	1	1	0	0	0	1	10	1	16
142	3	2	1	0	0	0	0	1	5	1	13
143	1	1	1	0	1	0	0	1	3	1	9
144	1	1	1	1	1	0	0	1	2	2	10
145	2	2	1	1	1	0	0	1	5	2	15
146	1	1	1	1	1	0	0	1	10	2	18
147	1	1	1	1	1	0	0	1	4	2	12
148	1	2	1	1	0	0	0	1	10	2	18
149	2	1	1	1	1	0	0	1	8	2	17
150	3	1	1	0	0	0	0	1	5	2	13
151	2	1	1	1	0	0	0	1	1	3	10
152	1	2	1	0	1	0	0	1	9	2	17
153	1	2	1	0	1	0	0	1	2	1	9
154	1	1	0	1	1	0	0	1	5	1	11
155	1	1	1	1	1	0	0	1	10	1	17
156	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	6
157	2	2	1	1	1	0	0	1	5	1	14
158	1	1	1	1	0	0	0	1	10	1	16
159	2	2	1	0	0	0	0	1	4	1	11
160	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	7
161	2	1	1	1	0	0	0	1	2	1	9
162	3	1	1	1	0	1	0	1	3	1	12
163	3	2	1	1	1	0	0	1	5	1	15
164	3	1	1	1	1	0	0	1	2	1	11
165	2	1	1	1	1	0	0	0	5	1	12
166	2	1	1	1	1	0	0	0	8	2	16
167	1	1	1	1	1	0	0	1	10	2	18
168	1	2	1	0	1	0	0	1	5	1	12
169	1	1	1	0	0	0	0	0	2	2	7
170	2	1	1	1	1	0	0	0	10	2	18
171	3	2	1	1	0	0	0	0	9	2	18
172	1	1	1	1	0	0	0	0	10	2	16
173	2	1	1	1	0	0	0	1	8	1	15
174	3	2	1	1	0	0	0	1	1	1	10
175	1	1	1	0	1	0	0	1	10	2	17
176	1	1	1	0	1	0	0	1	4	1	10
177	1	2	1	0	1	1	0	1	1	2	10
178	1	1	1	1	1	0	0	1	10	1	17
179	3	1	1	1	1	0	0	1	9	2	19
180	1	1	1	1	1	0	0	1	5	3	14
181	2	2	1	1	1	1	0	1	10	2	21
182	1	1	1	1	0	0	0	1	1	2	8

ANEXO XI: PROPUESTA DE PLAN DE MEJORA PARA REDUCIR EL GASTO DE BOLSILLO DE LOS PACIENTES SIS ATENDIDOS EN LA EMERGENCIA

1. INTRODUCCION

Los organismo internacionales en los acuerdos de las políticas públicas sobre la salud hacia el 2030 se reafirmó el objetivo de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y fortalecer los sistemas de salud, para alcanzar la cobertura universal de salud y el acceso a servicios de calidad, asegurando que nadie se quede sin atención (Nolazco, 2021), (Organización Panamericana de la Salud, 2019), considerando dos dimensiones: cobertura de servicios y protección financiera, siendo esta ultima la disminución del gasto catastrófico (GCS) y gasto de empobrecimiento de la salud (GES); recomendando la atención a través de una red integrada de salud, incrementar la financiación pública a través de modelos con fondos mancomunados para disminuir los riesgos y proporcionar el aseguramiento universal (Giménez et al., 2018), (WHO, 2018).

En ese contexto, el país se encuentra con un alto valor del gasto de bolsillo (GBS), como también GCS y GES; en comparación con América Latina y con un gasto de público en el sector de cerca del 4% del PBI, además con el nivel primario de atención con 78% de capacidad resolutive inadecuada, infraestructura y equipamiento obsoleto, inoperativo e insuficiente ante la demanda de atención y los centros hospitalarios con las mismas condiciones y colapsos para la demanda de los cuales fueron creados (Beteta, 2022), (Instituto Peruano de Economía, 2019).

El Informe Anual del Seguro Integral de Salud (SIS) establece que todos los peruanos residentes y extranjeros residentes en el Perú que se encuentren en situación de vulnerabilidad y no cuenten con ningún tipo de seguro de salud; se les asegura con una cobertura en los medicamentos e insumos, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, consultas, hospitalización, gastos funerarios y evacuación de emergencia sin gasto alguno; y dentro de la responsabilidad de actualizar periódicamente y de manera progresiva los lineamientos y estándares que forman parte de los componentes del sistema de gestión de la calidad en salud, con la conformidad de los resultados y evaluaciones de los usuarios y entes

supervisores, en ese sentido los procesos de gestión en el Hospital Las Mercedes, se buscará impulsar y proponer el desarrollo de un plan de mejora continua anual en la Institución con el involucramiento de todas las UPSS.

2. FINALIDAD

Contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en el servicio de emergencia del Hospital Las Mercedes, Chiclayo, con estrategias para la buena atención, en el cual el sistema de salud se encuentra enfrentando desabastecimiento, fragmentación, exclusión y baja inversión pública.

3. AMBITO DE APLICACION

El presente plan de mejora es de aplicación en UPSS o servicio de emergencia del Hospital Las Mercedes, que tiene participación directa en brindar la entrega de atención médica y especializada a los pacientes con SIS, así como en las actividades de gestión en la dirección y entidades públicas superiores.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un plan de mejora anual para reducir el gasto de atención de los pacientes con SIS atendidos en el servicio de emergencia del área quirúrgica del Hospital Las Mercedes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Actualizar los requerimientos en forma oportuna y con prioridades de las necesidades, basadas en las patologías medicas según las morbimortalidades de los pacientes con SIS atendidos en el servicio de emergencia del área quirúrgica.

Realizar monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos según los indicadores en la atención de los pacientes con SIS atendidos en el servicio de emergencia del área quirúrgica.

Validación del plan de mejora anual para reducir el gasto de atención de los pacientes con SIS atendidos en el servicio de emergencia del área quirúrgica, por el equipo de gestión o por especialistas en tal línea.

5. BASE LEGAL

Ley No. 26842, Ley General de Salud

Ley No. 21651, Ley del Ministerio de Salud

Ley No. 27657, Ley de Creación Seguro Integral de Salud

Ley No. 29344, Ley Marco del Seguro General de Salud.

Ley No. 21783, Ley de Bases de la Descentralización

Ley No. 21861, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales

Ley No. 27912, Ley Orgánica de Municipalidades

DS No. 023-2005-SA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

DS No. 034-2008-PCM, aprueba el Reglamento del Seguro universal gratuito

RM No. 519-2006-SNMINSa, aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud

RM No. 640-Z006/MINSa, aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad

RM No. 589-2007/MINSa, aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud

RM No. 596-2007/MINSa, aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud

6. FUNDAMENTO E IMPORTANCIA DE LA PROPUESTA

Uno de los desafíos que aún se encuentra pendiente en nuestro sistema de salud consiste en impulsar políticas públicas que promuevan una mayor competencia y transparencia en el mercado de las Instituciones de salud públicas y privadas; y en ese sentido, si la enfermedad está mal controlada con una atención deficiente, los costos pueden llegar a ser significativos y tener un impacto considerable tanto para el sistema de salud como para la economía de las.

La presente propuesta está enfocada en aplicar un plan de mejora con la finalidad de disminuir los gastos producidos por una atención médica y especializada en los pacientes beneficiarios del SIS que acuden al servicio de emergencia del área quirúrgica del Hospital Las Mercedes; el sustento teórico de esta problemática obliga a plantear estrategias de gestión que logren optimizar y perfeccionar los servicios intermedios (Farmacia, Laboratorio y apoyo al diagnóstico por imágenes) que son los que tienen mayor demanda, en el gasto del paciente por motivos ya expuestos, el cual debe estar basado en la calidad de la atención y

protección económica de las familias, asumiendo los efectos o consecuencias que conlleva a impactar en la población.

Con el estudio realizado en el servicio de emergencia del área quirúrgica del Hospital Las Mercedes, a 182 pacientes con SIS se encontró un GBS de 56.59%, un GCS de 14.29% y un GES de 29.12%, valores relativamente alto en comparación con los parámetros internacionales y de América latina, lo que ocasiona una población fragmentada y segmentada para una atención, por lo tanto descontento; es por ello que se busca articular los diferentes niveles de gestión en las instituciones involucradas en el sector de salud con la finalidad de complementar las acciones y las estrategias para obtener una buena calidad de atención y evitar el empobrecimiento de las familias.

7. RESPONSABILIDADES

La gestión de la calidad es un componente de la gestión institucional; que incluye los componentes de planificación, organización, programación y evaluación que garanticen una mejora de la calidad dentro de la dirección estratégica de la institución, en la perspectiva de diseñar, gestionar y mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad, en beneficio del usuario; es por ello la conformación del equipo de gestión y jefes de los servicios en responsabilizarse en desarrollar con éxito dicho plan de mejora anual en reducir el gasto de los pacientes SIS, agrupándose las siguientes funciones:

- Incorporar en el Plan operativo institucional las actividades orientadas a garantizar la implementación y ejecución del mejoramiento continuo para la calidad.
- Realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan Anual de Mejora en disminuir el gasto de los pacientes con SIS.
- Retroalimentar e informar oportunamente sobre los avances de los indicadores a los gestores de la dirección.
- Informar los resultados obtenidos de las acciones, planes y evaluaciones en la mejora de estos resultados para la toma de decisiones.
- Elaborar el Informe técnico final del año correspondiente del plan de mejora en base de lo reportado, ejecutado y su respectivo avance de la mejora
- Socializar los resultados a los gestores de la institución y personal de salud.

- Conformar el equipo técnico y hacerlo operativo, cuyos integrantes serían:

Director del Hospital o un representante

Jefe de Planeamiento estratégico

Jefe de la administración

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad

Jefe de cada UPSS

8. CONTENIDO DEL PLAN ESTRATEGICO O DE ACCION

Se realiza por medio de las siguientes etapas:

Primera etapa: Diagnostico o análisis del FODA

Cabe mencionar además que se realizó un análisis FODA para determinar sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, que contribuirán a formular las estratégicas necesarias para poder concretar el plan propuesto:

FORTALEZAS:

Trabajo en equipo y multisectorial. El seguro integral de salud (SIS) cuenta con presupuesto propio. Personal joven y proactivo

OPORTUNIDADES:

Convenios con hospitales de mayor complejidad. Tiene un Presupuesto anual, programado para sus funciones. Capacitaciones por parte de la Unidad de Gestión de Calidad. Supervisiones por parte de la jefatura de enfermería.

DEBILIDADES

Poco personal de salud especializado en las UPSS. Personal no capacitado en cuanto a valorizar la disminución del gasto por atención del paciente. Falta de unidades de servicios intermedios en la emergencia (Farmacia, Laboratorio, trauma shock, etc.). Hacinamiento en los tópicos de atención en la emergencia. Falta de módulos de información para la atención del usuario.

AMENAZAS

Fallas en la conexión de internet por la ausencia de una banda ancha u óptica. Ausencia de una estación de red eléctrica para los equipos de especialización. Infraestructura del hospital antigua y en mal estado. Disminución del presupuesto

anual destinado para el Seguro Integral de Salud. Ausencia de convenios con instituciones privadas o sin fin de lucro ante un desabastecimiento.

Segunda etapa: Desarrollo de la propuesta

- a. Primera táctica: Coordinación entre el equipo de gestión con los servicios asistenciales para implementar y mejorar el flujo de información.
- b. Segunda táctica: Coordinación entre el equipo de gestión con el servicio de asistencia social para implementar el apoyo con otras instituciones.
- c. Tercera táctica: Coordinación entre el equipo de gestión con el área administrativa para agilizar los procesos de gestión relacionado en los requerimientos e información.
- d. Cuarta táctica: Coordinación entre el equipo de gestión con los servicios intermedios y finales para implementar y mejorar el flujo de información.
- e. Quinta táctica: Coordinación y promoción de las estrategias de los gestores del hospital con las instituciones superiores.
- f. Sexta táctica: Coordinación entre los gestores del hospital y las instituciones privadas.
- g. Séptima táctica: Coordinación y monitoreo entre los gestores del hospital con las instituciones superiores del estado.

Tercera etapa: Programación de las acciones

Así mismo se cuenta con una programación de actividades en función de las estrategias o tácticas planteadas y por lo tanto hacer seguimiento con la finalidad de cumplir con todo lo programado en el tiempo estimado.

No.	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSIBLE
1	Coordinación entre el equipo de gestión con los servicios asistenciales para implementar y mejorar el flujo de la información	Ejecución de reuniones para actualizar guías medicas Ejecución de los requerimientos de los servicios	EQUIPO UGC
2	Coordinación entre el equipo de gestión con el servicio de asistencia social para implementar el apoyo con otras instituciones.	Ejecución de reuniones para consolidar convenios con entidades privadas o sin fines de lucro Ejecución de reuniones con el SIS para las referencias	EQUIPO UGC

		Se solicitará a las jefaturas UPSS los requerimientos de cada servicio	
3	Coordinación entre el equipo de gestión con el área administrativa para agilizar los procesos de gestión relacionado en los requerimientos e información	Se solicitará la sistematización de los servicios consolidando las historias electrónicas y vinculadas en redes desde el ingreso del paciente hasta su final de la atención	EQUIPO UGC
		Data actualizada de los pacientes atendidos en la UPSS	
4	Coordinación entre el equipo de gestión con los servicios intermedios y finales para implementar y mejorar el flujo de información	Realización de auditorías internas de las historias clínicas Ejecución de los requerimientos de los servicios	EQUIPO UGC
5	Coordinación y promoción de las estrategias de los gestores del hospital con las instituciones superiores.	Exposición de la situación problemática de la atención medica con acuerdos de trabajo para la solución y respuesta rápida.	EQUIPO UGC
6	Coordinación de los gestores del hospital con las instituciones privadas	Concretar convenios de apoyo en los servicios intermedios en momentos de desabastecimientos	EQUIPO UGC
7	Coordinación y monitoreo entre los gestores del hospital con las instituciones supervisoras del estado	Visitas inopinadas multisectorial para recoger información de campo	EQUIPO UGC
		Reuniones multisectorial en agilizar soluciones con las áreas involucradas	

Cuarta etapa: Cronograma de las acciones

Quinta etapa: Monitoreo y Evaluación

Además, con este monitoreo y avance obtenido, será evaluado con un informe final anual del plan y establecer una línea continua para el desarrollo de acciones y coordinaciones del hospital con el ente superior de salud en beneficio del paciente.

No.	ESTRATEGIAS	INDICADORES	MONITOREO
1	Coordinación entre el equipo de gestión con los servicios asistenciales para implementar y mejorar el flujo de la información	No. reuniones para actualizar guías medicas: > 2	1 vez /año
		Porcentaje de ejecución requerimientos: >75%	3 veces/año
2	Coordinación entre el equipo de gestión con el servicio de asistencia social para implementar el apoyo con otras instituciones.	No. de convenios consolidados: <3	1 vez /año
		No. reuniones con el SIS para las referencias: >10	6 veces/año
3	Coordinación entre el equipo de gestión con el área administrativa para agilizar los procesos de gestión relacionado en los requerimientos e información	Porcentaje solicitudes de requerimientos de cada UPSS: > 80%	6 veces/año
		Porcentaje de avance de la sistematización de las UPSS: >50%	12 veces/año
		Porcentaje de la data de los pacientes atendidos UPSS: 100%	3 veces/año
4	Coordinación entre el equipo de gestión con los servicios intermedios y finales para implementar y mejorar el flujo de información	Porcentaje de historias clínicas Auditadas: >80%	12 veces/año
		Porcentaje de ejecución requerimientos: >75%	3 veces/año
5	Coordinación y promoción de las estrategias de los gestores del hospital con las instituciones superiores.	No. de exposiciones de la situación problemática en la atención medica con acuerdos de trabajo para la solución y respuesta rápida: > 1	2 veces/año
6	Coordinación de los gestores del hospital con las instituciones privadas	No. Convenios concretados en los servicios intermedios en momentos de desabastecimientos: <3	1 vez /año
7	Coordinación y monitoreo entre los gestores del hospital con las instituciones supervisoras estatales	No. visitas inopinadas multisectorial: >3	4 veces/año
		No. reuniones multisectorial en solucionar las áreas involucradas:>3	3 veces/año

9. PRESUPUESTO

El presupuesto para la implementación del plan de mejora no dispone un monto exacto de requerimiento por la falta de disponibilidad de información, consistente a conocer los recursos financieros, registros contables o ingresos a disposición que puedan ser destinados para la puesta en marcha de la propuesta expuesta, en ese sentido el equipo técnico estará presidido por los gestores de la dirección, permitirán corresponder los gastos concerniente en material de útiles y oficina como también el gasto de transporte con el visto respectivo para realizar las diligencias programadas y necesarias.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Beteta E., O. A. (2022). Los desafíos en el sector salud. Edición N°1. Fabricum. Universidad Pontificia Católica del Perú.

Giménez, E., Flores, L., Rodríguez, J. C., Ocampos, G., & Peralta, N. (2018). Gastos catastróficos de salud en los hogares del Paraguay. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, 16(2), 38-48. [https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016\(02\)38-048](https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016(02)38-048)

Instituto Peruano de Economía (2019,12 de agosto). Propuesta de seguro universal: ¿Cuáles son los retos para el SIS? Economía. Informe del Comercio – IPE. <https://www.ipe.org.pe/portal/wpcontent/uploads/2019/08/2019-08-12-Retos-del-seguro-universal-InformeIPE-EI-Comercio.pdf>

Nolazco Bazán, E. J. (2021). Factores socioculturales asociados al gasto de bolsillo en los afiliados a los sistemas de salud, Urcy, La Libertad, 2021. Universidad Cesar Vallejos.

OCDE / GRUPO BANCO MUNDIAL. Panorama de Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 Paris: OCDE Publishing; 2020. (2020).

Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Ginebra: OMS, BID, BM; 2020. Informe de seguimiento mundial de la protección financiera en salud 2019. Disponible en: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/fp_gmr_2019.pdf?ua=1 . [Google Scholar] 1. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Informe de seguimiento mundial de la protección financiera en salud 2019. Ginebra: OMS, BID, BM; 2020. Disponible en: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/fp_gmr_2019.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS; 2019. Pacto APS por la salud universal.

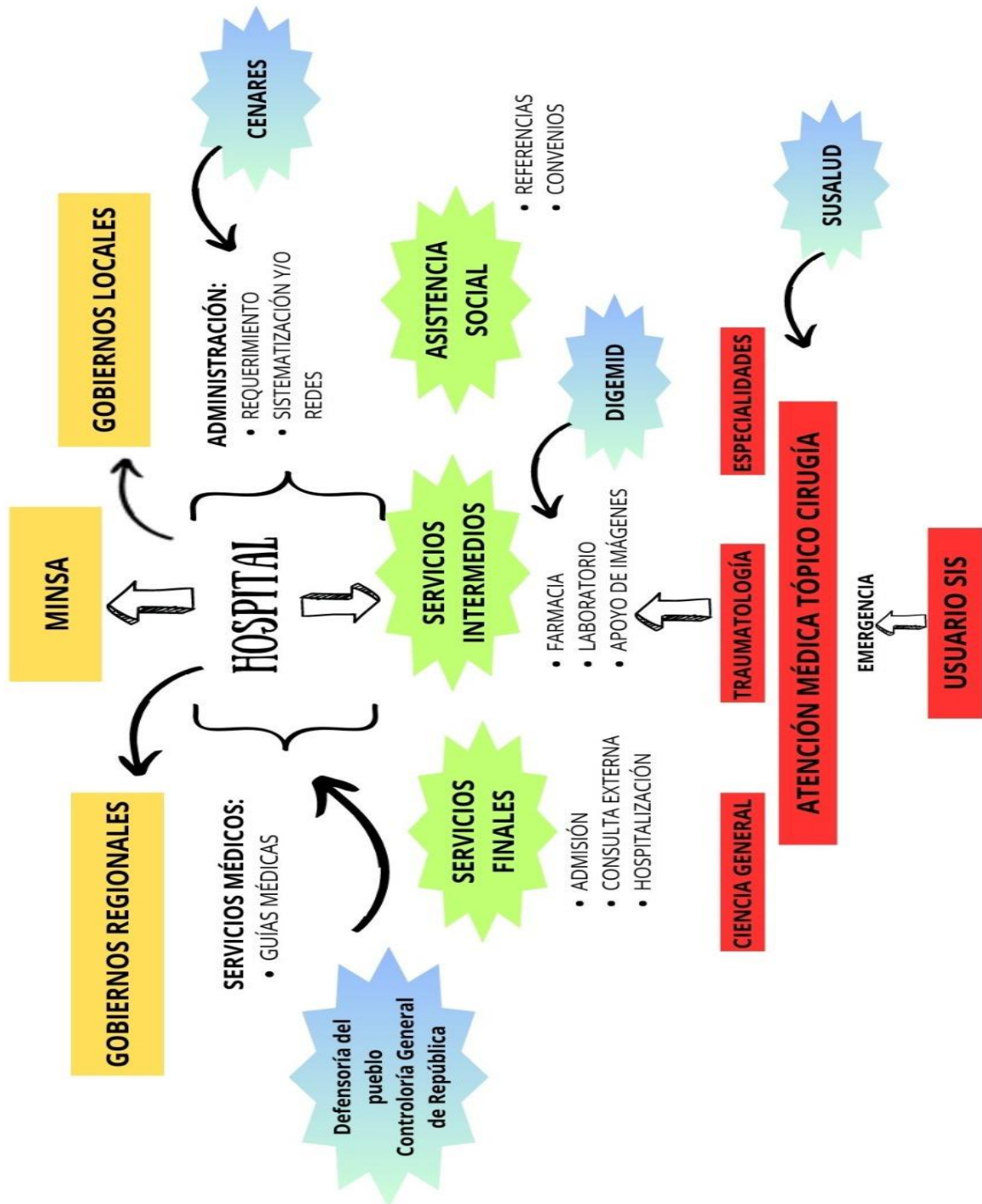
Organización Panamericana de la Salud. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, DC: OPS; 2019a. Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”.

Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: OPS, en prensa; 2021.
Protección financiera en salud en las Américas: medición de gastos
catastrófico y gasto empobrecedor.

Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: OPS; 2019b. Plan
estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: la
equidad, el corazón de la salud. Disponible
en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52717> .

11. ANEXOS

FLUJO DEL PLAN DE MEJORA PARA REDUCIR EL GASTO DE BOLSILLO



VALIDACIÓN DEL PLAN DE MEJORA POR JUICIO DE EXPERTOS

Datos del Experto: Rocío Janet Pejerrey

González Grado Científico: Dra. en ciencias

de la salud Institución: Universidad César

Vallejo

DIMENSIONES	INDICADORES	POCO	
		EFICAZ	INEFICAZ
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Presenta los componentes mínimos de un plan de mejora.	x	
	Implica elementos del plan estratégico del Hospital.	x	
	Evidencia consistencia en la estructura del plan de mejora.	x	
TEÓRICA	Evidencia pertinencia respecto a las teorías que apoyan el plan de mejora	x	
	Existe concordancia con el marco teórico, enfoques y conceptos de la investigación	x	
OPERATIVA	Las actividades son correspondientes con el plan de mejora	x	
	Evidencia viabilidad para la consumación de las estrategias que comprende el plan de mejora	x	
	Las actividades planteadas son suficientes para el plan mejora	x	
	El presupuesto es viable para efectuar el plan de mejora	x	

FIRMA:



DNI 16627088



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos	PEJERREY GONZALEZ
Nombres	ROCIO JANET
Tipo de Documento de Identidad	DNI
Numero de Documento de Identidad	16627088

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
Rector	MARIANO AGUSTIN RAMOS GARCIA
Secretario General	MIGUEL ANGEL JIMENEZ GAMARRA
Director	JUAN EDUARDO AGUINAGA MORENO

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico	DOCTOR
Denominación	DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD
Fecha de Expedición	12/04/2013
Resolución/Acta	178-2013-CU
Diploma	A1415776
Fecha Matrícula	Sin información (*****)
Fecha Egreso	Sin información (*****)

Fecha de emisión de la constancia:
12 de Mayo de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 0001287953

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO
Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria
Motivo: Servidor de
Agente automatizado.
Fecha: 12/05/2023 23:59:47-0500

VALIDACIÓN DEL PLAN DE MEJORA POR JUICIO DE EXPERTOS

Datos del Experto: Mg David Retuerto Alvarado

Grado Científico: Maestro en Gerencia de Servicios de Salud

Institución: Universidad Pedro Ruiz Gallo

DIMENSIONES	INDICADORES	POCO		
		EFICAZ	EFICAZ	INEFICAZ
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Presenta los componentes mínimos de un plan de mejora.	X		
	Implica elementos del plan estratégico del Hospital.	X		
TEÓRICA	Evidencia consistencia en la estructura del plan de mejora.	X		
	Evidencia pertinencia respecto a las teorías que apoyan el plan de mejora	X		
	Existe concordancia con el marco teórico, enfoques y conceptos de la investigación	X		
OPERATIVA	Las actividades son correspondientes con el plan de mejora	X		
	Evidencia viabilidad para la consumación de las estrategias que comprende el plan de mejora	X		
	Las actividades planteadas son suficientes para el plan mejora	X		
	El presupuesto es viable para efectuar el plan de mejora	X		



DAVID RETURTO ALVARADO



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos **RETUERTO ALVARADO**
Nombres **DAVID ISAC**
Tipo de Documento de Identidad **DNI**
Numero de Documento de Identidad **45106321**

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre **UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**
Rector **ENRIQUE WILFREDO CARPENA VELASQUEZ**
Secretario General **FREDY SAENZ CALVAY**
Director **IVAN EDUARDO SALVADOR BRICEÑO**

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico **MAESTRO**
Denominación **MAESTRO EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**
Fecha de Expedición **28/12/22**
Resolución/Acta **543-2022-CU**
Diploma **UNPRG-EPG-2022-0304**
Fecha Matriculación **14/08/2010**
Fecha Egreso **01/08/2017**

Fecha de emisión de la constancia:
20 de Mayo de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 0001297270

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO
Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria
Motivo: Servidor de Agente automatizado.
Fecha: 20/05/2023 22:44:33-0500

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu (www.sunedu.gob.pe), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito [descargado desde internet](#).

VALIDACIÓN DEL PLAN DE MEJORA POR JUICIO DE EXPERTOS

Datos del Experto: Dra. Karina Griselda Santa María Santa María

Grado Científico: Doctora en Educación

Institución: Universidad Cesar Vallejo

DIMENSIONES	INDICADORES	EFICAZ	POCO	
			EFICAZ	INEFICAZ
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Presenta los componentes mínimos de un plan de mejora.	X		
	Implica elementos del plan estratégico del Hospital.	X		
	Evidencia consistencia en la estructura del plan de mejora.	X		
TEÓRICA	Evidencia pertinencia respecto a las teorías que apoyan el plan de mejora	X		
	Existe concordancia con el marco teórico, enfoques y conceptos de la investigación	X		
OPERATIVA	Las actividades son correspondientes con el plan de mejora	X		
	Evidencia viabilidad para la consumación de las estrategias que comprende el plan de mejora	X		
	Las actividades planteadas son suficientes para el plan mejora	X		
	El presupuesto es viable para efectuar el plan de mejora	X		



Dra. Karina Santa Maria Santamaria
Docente UCV

Código orcid. 0000-0002-9575-9671



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos **SANTA MARIA SANTAMARIA**
Nombres **KARINA GRICELDA**
Tipo de Documento de Identidad **DNI**
Numero de Documento de Identidad **16732322**

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre **UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO S.A.C.**
Rector **TANTALEÁN RODRÍGUEZ JEANNETTE CECILIA**
Secretario General **LOMPARTE ROSALES ROSA JULIANA**
Director **PACHECO ZEBALLOS JUAN MANUEL**

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico **DOCTOR**
Denominación **DOCTORA EN EDUCACIÓN**
Fecha de Expedición **14/03/22**
Resolución/Acta **0119-2022-UCV**
Diploma **052-151093**
Fecha Matrícula **04/01/2019**
Fecha Egreso **30/01/2022**

Fecha de emisión de la constancia:
31 de Julio de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 0001386849

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO
Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria
Motivo: Servidor de
Agente automatizado.
Fecha: 31/07/2023 08:53:28-0500



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, MONTEAGUDO ZAMORA VILMA, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - CHICLAYO, asesor de Tesis titulada: "Plan de mejora para reducir el gasto de pacientes del Seguro Integral de Salud atendidos en un Hospital de Chiclayo", cuyo autor es ALCANTARA RODRIGUEZ WILSON MANFREDO, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 12.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo 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.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

CHICLAYO, 25 de Julio del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MONTEAGUDO ZAMORA VILMA CARNET EXT.: 001725395 ORCID: 0000 - 0002-7602-180	Firmado electrónicamente por: MMONTEAGUDOZA el 01-08-2023 16:48:43

Código documento Trilce: TRI - 0617753