



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRIA EN GESTION DE
LOS SERVICIOS DE SALUD**

Calidad de servicio del sistema de salud, predictor del gasto de bolsillo
en el distrito Veintiséis de Octubre, Piura 2023

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en gestión de los Servicios de salud

AUTOR:

Avila Valdiviezo, Jose Ramon (orcid.org/0000-0001-5806-7548)

ASESORAS:

Dra. Luján Johnson, Gladys Lola (orcid.org/0000-0002-4727-6931)

MBA. García Parrilla, Joyce Daniela (orcid.org/0000-0002-0622-8079)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud.

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la Salud, Nutrición y Salud Alimentaria

PIURA— PERÚ

2023

DEDICATORIA

A Dios, que siempre estará con nosotros.

A mi familia, por su apoyo incondicional y animarme a continuar con mis metas.

A nuestros docentes, por la orientación académica brindada durante este proceso de aprendizaje.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, en especial a mi madre y hermano desde el cielo, que me guían, a mi esposa e hijos por su apoyo moral y paciencia.

A nuestras asesoras, Dra. Gladys Lola Luján Johnson y MBA. Joyce Daniela García Parrilla, por su tiempo y dedicación para que la presente tesis se concrete satisfactoriamente.

A mis alumnos de la Escuela de Medicina de UCV, por su apoyo



Declaratoria de Autenticidad de los Asesores

Nosotros, GARCIA PARRILLA JOYCE DANIELA, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesores de Tesis titulada: "CALIDAD DE SERVICIO DEL SISTEMA DE SALUD, PREDICTOR DEL GASTO DE BOLSILLO EN EL DISTRITO VEINTISÉIS DE OCTUBRE, PIURA 2023", cuyo autor es AVILA VALDIVIEZO JOSE RAMON, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 16.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

Hemos 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, asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 10 de Agosto del 2023

| Apellidos y Nombres del Asesor: | Firma |
|---|--|
| GARCIA PARRILLA JOYCE DANIELA DNI: 72222645 ORCID: 000-0002-0622-8079 | Firmado electrónicamente por: JGARCIAPA el 11- 08-2023 08:39:41 |
| LUJAN JOHNSON GLADYS LOLA DNI: 06252885 ORCID: 0000-0002-4727-6931 | Firmado electrónicamente por: LJOHNSONGL el 11- 08-2023 01:04:13 |

Código documento Trilce: TRI - 0647091



ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, AVILA VALDIVIEZO JOSE RAMON estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "CALIDAD DE SERVICIO DEL SISTEMA DE SALUD, PREDICTOR DEL GASTO DE BOLSILLO EN EL DISTRITO VEINTISÉIS DE OCTUBRE, PIURA 2023", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

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

| Nombres y Apellidos | Firma |
|---|--|
| AVILA VALDIVIEZO JOSE RAMON DNI: 02802972 ORCID: 0000-0001- 5806-7548 | Firmado electrónicamente por: JRAVILAV el 12-08- 2023 16:58:44 |

Código documento Trilce: INV - 1237860

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|------------|
| CARÁTULA | |
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTOS | iii |
| DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR | iv |
| DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR | v |
| RESUMEN | ix |
| ABSTRACT | x |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. MARCO TEÓRICO | 7 |
| III. METODOLOGÍA | 27 |
| 3.1 Tipo y diseño de investigación | 27 |
| 3.2 Variables de estudio y operacionalización: | 27 |
| 3.3 Población, muestra y muestreo | 28 |
| 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 29 |
| 3.5 Procedimiento | 30 |
| 3.6 Método de análisis de datos | 31 |
| 3.7 Aspectos éticos | 31 |
| IV. RESULTADO | 32 |
| V. DISCUSIÓN | 43 |
| VI. CONCLUSIONES | 48 |
| VII. RECOMENDACIONES | 50 |
| REFERENCIAS | 51 |
| ANEXOS | |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. ...Análisis de distribución de datos sobre gasto del bolsillo y calidad del servicio por dimensiones | 38 |
| Tabla 2. Prueba de bondad de ajuste del modelo global que explique gasto de bolsillo | 38 |
| Tabla 3. ... Prueba de bondad de ajuste de adecuación de datos al modelo global que explique el gasto del bolsillo | 39 |
| Tabla 4.Pseudo R cuadrado. Explicación de la influencia de la calidad del servicio del sistema de salud en el gasto del bolsillo..... | 39 |
| Tabla 5. Prueba de bondad de ajuste del modelo global que explique la incurrancia de gasto del bolsillo..... | 40 |
| Tabla 6. ... Prueba de bondad de ajuste de adecuación de datos al modelo global que explique la incurrancia de gasto del bolsillo | 40 |
| Tabla 7.Pseudo R cuadrado. Explicación de la influencia de la calidad del servicio del sistema de salud en la incurrancia del gasto de bolsillo..... | 40 |
| Tabla 8. Prueba de bondad de ajuste del modelo global que explique la frecuencia de gasto del bolsillo..... | 41 |
| Tabla 9. ... Prueba de bondad de ajuste de adecuación de datos al modelo global que explique la frecuencia de gasto del bolsillo | 41 |
| Tabla 10.Pseudo R cuadrado. Explicación de la influencia de la calidad del servicio del sistema de salud en la frecuencia del gasto de bolsillo | 41 |
| Tabla 11. Prueba de bondad de ajuste del modelo global que explique la motivación de gasto del bolsillo | 42 |
| Tabla 12. .. Prueba de bondad de ajuste de adecuación de datos al modelo global que explique la motivación de gasto del bolsillo | 42 |
| Tabla 13.Pseudo R cuadrado. Explicación de la influencia de la calidad del servicio del sistema de salud en la motivación del gasto de bolsillo | 42 |

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Análisis factorial de correspondencia múltiple las constelaciones de puntos-modalidades acerca de gasto del bolsillo global - tipo de seguro y ocupación- calidad del servicio que son próximos en cada cuadrante en el plano factorial 32

Figura 2. Análisis factorial de correspondencia múltiple las constelaciones de puntos-modalidades acerca de incurrancia de gasto - tipo de seguro y ocupación- calidad del servicio que son próximos en cada cuadrante en el plano factorial 34

Figura 3. Análisis factorial de correspondencia múltiple las constelaciones de puntos-modalidades acerca de frecuencia de gasto - tipo de seguro y ocupación- calidad del servicio que son próximos en cada cuadrante en el plano factorial 35

Figura 4. Análisis factorial de correspondencia múltiple las constelaciones de puntos-modalidades acerca de motivo de gasto - tipo de seguro y ocupación- calidad del servicio que son próximos en cada cuadrante en el plano factorial 37

RESUMEN

El objetivo fue determinar como la calidad de servicio del sistema de salud, es predictor del gasto de bolsillo en el distrito Veintiséis de Octubre, Piura 2023. Estudio básico, no experimental, transversal y correlacional causal. El análisis de los datos de los participantes fue realizado utilizando el software SPSS 22. Para cada una de las variables, se llevará a cabo una estadística descriptiva. Se describieron las variables gasto del bolsillo en función al tipo de seguro y de ocupación y calidad de servicio del sistema de salud aplicando análisis de correspondencia múltiple. Se aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov, prueba chi cuadrado y cálculo de Pseudo R Cuadrado Nagelkerke. De los encuestados los cuales el 100% reportó GBS. Los resultados demuestran que existe una frecuencia de GBS alto en los trabajadores independientes y trabajadores del hogar y la ocurrencia de GBS el 90.3% se debe a la influencia de la calidad de servicios del sistema de salud. Se concluye, el GBS familiar catastrófico fue en los trabajadores independientes afiliados a Es Salud. Los trabajadores independientes a menudo enfrentan GBS catastróficos debido a su situación laboral e ingresos irregulares.

Palabras clave: Gasto de Bolsillo; calidad de atención, sistema de salud.

ABSTRACT

The objective was to determine how the quality of service of the health system is a predictor of out-of-pocket spending in the Veintisés de Octubre district, Piura 2023. Basic, non-experimental, cross-sectional and causal correlational study. The analysis of the data of the participants was carried out using the SPSS 22 software. For each of the variables, descriptive statistics will be carried out. The out-of-pocket expenditure variables were described according to the type of insurance and occupation and quality of service of the health system applying multiple correspondence analysis. The Kolmogorov Smirnov test, chi-square test, and Pseudo R Square Nagelkerke calculation were applied. Of those surveyed, 100% reported GBS. The results show that there is a high frequency of GBS in independent workers and domestic workers and the occurrence of GBS in 90.3% is due to the influence of the quality of health system services. It is concluded, the catastrophic family GBS was in the independent workers affiliated with Es Salud. Self-employed workers often face catastrophic GBS due to their irregular employment status and income.

Keywords: Pocket expense; quality of care, Health system.

I. INTRODUCCIÓN

Aunque exista un sistema de salud, no todos los servicios pueden estar cubiertos por él, puesto que existen pagos directos que realizan los pacientes para cubrir servicios médicos no incluidos en la cobertura del sistema de salud, por ello es necesario entender las limitaciones que afectan el acceso a la atención médica para ciertos grupos de población. La petición extrema de precaución y pulcritud en la forma como se concibe, direcciona y los efectos del gasto de bolsillo en la salud de las personas dentro de la nación, es en ese sentido que no se puede negar la realidad existente, la incurrancia de costos adicionales (Giménez Caballero et al., 2019; Guerrero-Ojeda, 2020)

Limitada disponibilidad de recursos financieros en los gobiernos para lograr implementar en las localidades los objetivos de desarrollo sostenible asociados con la salud entre los años 2018 y 2019, fueron las de la reunión de quince países de cinco regiones de la Organización para la economía y organización y desarrollo (OCDE) de Asia central y sur, medio oriente, África oriental y América latina (Siddiqi et al., 2020). Países con infraestructura deficiente y con escasa voluntad política para coordinar y establecer alianzas nacional-mundial partes interesadas, se hallan afectadas por la corrupción (Jourdain et al., 2020). Los sistemas de salud arraigados de corrupción, siendo este la principal barrera para la implementación de la cobertura universal de salud en todo el mundo (P. J. García, 2019).

Regiones como Europa, América Latina y Asia Oriental, a pesar de tener un mayor acceso a los servicios de atención médica carecen de protección económica. (Iamshchikova et al., 2021). Siendo necesario la realización de estudios al respecto, con el apoyo de países desarrollados. Es el caso de Estados Unidos o Reino Unido quienes apoyaron a la efectivización de estudios asociados con el gasto de bolsillo, México y Brasil fueron los países de mayor número de estas publicaciones, México con más producción en la región (Mougenot & Herrera-Añazco, 2022).

Con 20 países de ingresos bajos y medianos, entre ellos México, Colombia y Perú sobre los sistemas de salud se solicitó mayor transparencia y responsabilidad pública. Quienes además incluyeron acuerdos al incumplirlos, inyecciones de presupuestos carentes de fondos; el gasto de bolsillo supera al 40 % del gasto total en salud para el 50 % de países estudiados, vulneración de la equidad de acceso al servicio de salud; fragmentación de los sistemas de salud pública y privada. En suma, sin apoyo a los sistemas de atención primaria de la salud no avanzarán con la cobertura universal de salud al 2030 (Langlois et al., 2020).

A la experiencia peruana, se adicionan la inadecuada distribución del personal de salud y la insuficiente gobernanza. Se considera al SIS como instrumento que se usa para proteger a las familias en situación de pobreza y pobreza, al extrema, al expandir su financiamiento que ejecuta correlacionaría inversamente con la disminución del gasto de bolsillo catastrófico en salud de estos (Mendoza-Arana et al., 2018). Asintiendo la OMS, la falta de equidad determina el acceso a los servicios de salud y se correlaciona con aspectos entre lo económico, social, laboral, cultural, geográfico y regulatorio (Brkan, 2018). La falta de acceso a equipos y medicamentos de calidad, hace que los habitantes de comunidades con escaso recurso no reciban tratamientos médicos adecuado (Hart, 2021).

Las enfermedades en los pobladores los obliga a gastar en medicamentos recetados en consultas y derivados de diagnósticos de laboratorios. Sigue siendo un problema social, la población es más pobre por los costos del seguro de salud elevado, aproximadamente tres veces más alto que las recomendaciones de la OMS o no son subsidiados por los sistemas de salud. El presupuesto familiar se ve afectado en un 40 % (Guerrero-Ojeda, 2020).

Al 2020 con la pandemia COVID19, la existencia de los casos de adultos mayores con padecimiento de enfermedades crónicas fueron razones de incremento de la magnitud del Gasto de bolsillo por salud, así como el de los integrantes de las familias en estos hogares mencionados como poblaciones vulnerables, al no contar con seguro y la necesidad de hospitalización con procedencia urbana fueron otros motivos mayores

para tener superiores gastos por costes derivado de su ubicación domiciliaria (Rojas Campos & Santos Campos, 2021). Para revertir esta situación, se debe promover y garantizar el acceso a los recursos y servicios de salud a todas las poblaciones (Hernández-Vásquez et al., 2020). El elevado gasto de bolsillo en salud fue muy frecuentes en las familias con algún miembro con enfermedad oncológica situación agravada por la falta de empleo formal e informal lo que redujo el ingreso económico en la mayoría de los hogares (Maradiegue et al., 2022).

Otro caso, es el desabastecimiento de medicamentos solicitados en la receta médica por el médico tratante, afectan no solo la economía de los pacientes a no poder conseguirlo y costean el precio que demandan las farmacias privadas, sino además la tranquilidad del asegurado y de los miembros de familia por la inseguridad de la recuperación de la salud del enfermo (Arevalo Pinedo & Guevara Fonseca, 2022).

Es el caso de la región Piura, los asegurados en el SIS expusieron mayor incurrancia de gasto en medicamentos y servicios médicos privados, y exámenes de laboratorios. Así también, este tipo de afiliación SIS guardan relación con mayores gastos de bolsillo (Briceño Huamán, 2022). El costo del bolsillo en el distrito de Veintiséis de Octubre es una ilustración de las barreras que enfrentan los pobladores especialmente los adultos mayores que necesitan más atención por la presencia de alto índice de presencia de indicadores de morbilidad al estar expuestos resultado de la edad para brindarles un servicio necesario de atención médica (Pavone & Sánchez, 2018).

Así en el distrito Veintiséis de Octubre, la condición económica de los hogares considerados pobres, de la familia u hogar del solicitante. A la medida de la línea de pobreza, categorías pobre y pobre extremo, contribuyen a incrementar la probabilidad de acceso al SIS (27,81 %), respecto a las familias que no son pobres. Las familias que corresponden al estrato socioeconómico D o E son más probables de tener acceso al SIS (13,94 %) superior, frente a la comparación con familias que corresponden al estrato A, B y C (Girón Sandoval, 2019)

Hechos y circunstancias que motivaron el desarrollo del presente estudio denominado Calidad de servicio del sistema de salud, predictor del gasto de bolsillo en el distrito

Veintiséis de Octubre, Piura 2023, evaluando gasto del bolsillo en tres elementos, incurrencia, frecuencia y motivo de gasto, y con respecto a la calidad de atención del servicio que otorga el sistema de salud en el distrito veintiséis de octubre entendida en una diferencia entre percepción y expectativas del servicio percibido por los pacientes usuarios del sistema.

Como formulaciones de problemas tanto general ¿En qué medida estaría explicada la influencia de la calidad de servicio del sistema de salud en el gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023? y problemas específicos, (1) ¿Cuál es la correspondencia del gasto del bolsillo global asociado con el tipo de seguro, tipo de ocupación y valoración de la calidad de servicio del sistema de salud en el distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura?; (2) ¿Cuál es la correspondencia de la incurrencia de gasto del bolsillo asociado con el tipo de seguro, tipo de ocupación y valoración de la calidad de servicio del sistema de salud en el distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura?; (3) ¿Cuál es la correspondencia de la frecuencia de gasto del bolsillo asociado con el tipo de seguro, tipo de ocupación y valoración de la calidad de servicio del sistema de salud en el distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura?; (4) ¿Cuál es la correspondencia de la motivación de gasto del bolsillo asociado con el tipo de seguro, tipo de ocupación y valoración de la calidad de servicio del sistema de salud en el distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura?; (5) ¿En qué medida estaría explicada la influencia de la calidad de servicio del sistema de salud en la incurrencia de gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023?; (6) ¿En qué medida estaría explicada la influencia de la calidad de servicio del sistema de salud en la frecuencia de gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023?; (7) ¿En qué medida estaría explicada la influencia de la calidad de servicio del sistema de salud en la motivación de gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023?

El estudio se Justificó por los datos históricos indican que en el Perú el gasto de bolsillo siempre ha sido elevado en comparación con la OCDE. Sin embargo, en los últimos

años el panorama no ha sido favorable para el país, especialmente para las provincias, lo que ha llevado a un posible aumento en estos gastos. Muchas personas se han visto obligadas a realizar pagos directos para cubrir sus necesidades de salud y las de sus familiares.

Este incremento en los gastos de bolsillo se suma a los problemas existentes en los sistemas de salud, los cuales presentan déficits notables. La corrupción, la incompetencia de los funcionarios y otros factores han contribuido a un sistema que deja mucho que desear. Esta investigación tiene como objetivo proporcionar información sobre esta problemática, con el fin de que las autoridades competentes del sector salud tomen las medidas necesarias. Específicamente, se enfoca en la débil protección financiera del sistema de salud, lo cual lleva a que los pacientes y sus familias incurran en gastos de bolsillo excesivos. Además, se espera que otros investigadores utilicen este estudio como referencia para seguir mejorando el sistema, evitando así que la población caiga en la pobreza.

Se tuvo en cuenta como limitantes de la investigación, la situación actual de la pandemia de dengue podría dificultar la recopilación de información relevante, ya que es posible que estemos obligados a aislarnos en nuestros hogares. Esto podría limitar nuestras posibilidades de obtener datos pertinentes para la investigación. Sin embargo, es importante considerar otras fuentes de información disponibles, como datos históricos, estudios previos y análisis de expertos en el campo.

Además, es posible que se puedan explorar métodos alternativos de recolección de datos, como encuestas en línea o entrevistas telefónicas, para obtener información de manera segura y sin necesidad de contacto físico. Aunque podría requerir ajustes en la metodología, es importante adaptarnos a las circunstancias y encontrar soluciones creativas para seguir avanzando en la investigación.

Como objetivo general, Explicar la influencia de la calidad de servicio del sistema de salud en el gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023 y objetivos específicos, (1) Analizar la correspondencia del gasto del bolsillo global asociado con el tipo de seguro, tipo de

ocupación y valoración de la calidad de servicio del sistema de salud en el distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura; (2) Analizar la correspondencia de la incurrencia de gasto del bolsillo asociado con el tipo de seguro, tipo de ocupación y valoración de la calidad de servicio del sistema de salud en el distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura; (3) Analizar la correspondencia de la frecuencia de gasto del bolsillo asociado con el tipo de seguro, tipo de ocupación y valoración de la calidad de servicio del sistema de salud en el distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura?; (4) Analizar la correspondencia de la motivación de gasto del bolsillo asociado con el tipo de seguro, tipo de ocupación y valoración de la calidad de servicio del sistema de salud en el distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura; (5) explicar la influencia de la calidad de servicio del sistema de salud en la incurrencia de gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023; (6) explicar la influencia de la calidad de servicio del sistema de salud en la frecuencia de gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023; (7) explicar la influencia de la calidad de servicio del sistema de salud en la motivación de gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023

Como hipótesis general, la calidad de servicio del sistema de salud explicaría su influencia en el gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023, hipótesis específicas, (1) la calidad de servicio del sistema de salud explicaría su influencia en la incurrencia de gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023, hipótesis específicas; (2) la calidad de servicio del sistema de salud explicaría su influencia en la frecuencia de gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023, (3) la calidad de servicio del sistema de salud explicaría su influencia en la motivación de gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023.

II. MARCO TEORICO

Para poder recolectar información sobre nuestra investigación internacional o nacional, se revisaron las bases de datos como: Scopus, ScienceDirect, Proquest, Ebsco, Scielo, Redalyc, tesis expuestas en Repositorio Universidad César Vallejo.

A nivel internacional, Nuzzo et al. (2019) identificaron los retos de la prestación de servicios de salud en tiempos de brote y peligro natural, enmarcando de resiliencia al sistema de salud. Los actores en el sistema de salud no se encontraron con preparación para el afrontamiento de crisis de salud pública. Es una propuesta de los autores, la transformación sostenible del sistema de salud a partir de la renovación del concepto de resiliencia en ellos hacia el logro simultáneo de práctica de atención médica y prestación del servicio de salud en emergencias.

Bedado et al. (2022), en Etiopía evaluaron los determinantes de gasto de bolsillo y la magnitud de estos en visitas ambulatorias con un diseño transversal entre pacientes de hospitales públicos. Utilizaron la técnica de regresión logística multivariado con significancia estadística de Sig. < ,05 y la asociación se describió mediante el uso de una razón de posibilidad ajustada con intervalo de confianza al 95 %. Del total de pacientes, al 87.8 % se les pagó el gasto de bolsillo de salud en los hospitales al cual recurrieron. De ellos, con edades entre 31 a 49 años, con educación secundaria e ingreso mensual superior a 4000 ETB, residentes urbanos y el tamaño de la familia fueron las variables que determinaron el gasto de bolsillo sanitario. El mayor número de pacientes recibió pagos de bolsillo por servicio médico dependiendo este pago del nivel educativo, número de miembros de la familia, residencia e ingresos mensuales.

Wagstaff et al. (2017), con el uso de la técnica multivariante de regresión múltiple hallaron, incidencia de pagos catastróficos correlacionados de forma positiva con el Producto interno bruto (PIB) por persona y la proporción del PIB gastada en salud. Esta incidencia, resultó inversamente correlacionada con la proporción del gasto total en salud regularizado con fondos de seguridad social y otras agencias gubernamentales. Las proporciones de población que cuentan con planes de seguro médico o de servicio de salud nacional o subnacional son malos indicadores de

protección financiera. Por lo que, aumentando la proporción del producto bruto interno que se gasta en salud no es lo adecuado para disminuir la incidencia de pagos catastróficos. Si, preferible el aumento de participación del gasto total en salud que es prepago, con impuestos y contribuciones obligatorias.

Łyszczarz & Abdi (2021), en Polonia vincularon factores socioeconómicos con el gasto público en salud entre los años 1999 y 2019. Con modelos de regresión determinaron factores relacionados de forma directa con el gasto en salud (ingreso disponible, la proporción de niños entre 0 - 9 años, proporción de ancianos mayores de 70 años, la provisión de atención médica en densidad de médicos, la contaminación derivada por el aire y el tabaco y, gasto en alcohol). Con un menor gasto público en salud se relacionaron el incremento de desempleo, la esperanza de vida a los 65 años, la tasa de mortalidad y la mayor participación deportiva. Los resultados recomendaron la mejora de asignación de atención médica y de proteger financieramente a los hogares vulnerables que cuenten con niños y ancianos.

Houeninvo et al. (2023), en Benin, producto la encuesta nacional de hogares, el mayor gasto en salud perjudicó a los pobladores, al no haber programas que garanticen la atención de la salud de estos, ellos efectivizan gastos sanitarios catastróficos. Adicionando, mecanismos inadecuados de redes de seguridad y funcionamiento de hospitales públicos deficientes, factores que vulneran la salud de comunidades o personas puesto que los debilita para afrontar problemas de salud.

Camilo Cid et al. (2021), en una publicación sobre objetivos de desarrollo sostenible los autores valoran el efecto del gasto de bolsillo en los hogares, así como el grado de resguardo financiero y su disparidad en Latinoamérica y Caribe. Tuvieron en cuenta descriptores comparativos sobre el gasto de bolsillo, prevalencia e impacto en el consumo de los hogares. Encontraron un elevado costo y variado del seguro de salud en toda la región, e influencias en el gasto total de los hogares. Algunos países con poca presencia de seguro de salud y con proporción elevada de gasto nacional en Salud. Ellos sugieren concentración de esfuerzos en las familias que pagan tarifas relativamente altas por los servicios. Es decir, en los países con un gasto per cápita

más elevado en atención médica también generan mayor impacto del gasto de bolsillo familiar, demostrando una defensa financiera débil. Destacaron, además, el mayor gasto de bolsillo en atención médica destinado a los medicamentos. No obstante, en cualquier caso, el impacto del gasto en atención médica en los hogares de bajos recursos es significativo.

En el Ecuador, Chato Bishbe (2023), del análisis de la asociación entre gasto en salud pública y esperanza de vida, entre los años 2008 a 2018. Los hallazgos reportaron mayor cantidad de ciudadanos ecuatorianos longevos del año 2008 al 2018, al mejorar el ingreso per cápita y los niveles educativos. El gasto en salud pública incrementó desde 2009 al 2014, por los elevados precios del petróleo crudo e ingresos fiscales. No obstante, la crisis económica en el 2015, y la disminución del petróleo, detuvo la inversión y redujo el gasto en salud pública llevando a una cobertura de seguro médico y personal reducido.

Freile Gutiérrez (2015) llevó a cabo para estimar el gasto de bolsillo en salud para adultos mayores que residen en áreas urbanas de Chile. El hallazgo sobre la comparación de gasto de bolsillo e ingreso en los hogares de adultos mayores, este corresponde al 60 % del gasto realizado en los hogares. En cuanto al gasto en medicamentos, es el más relevante para todos los hogares, representando el 40 % del gasto para el caso del grupo etario mayor de 60 años, y en el caso de los demás hogares representó el 28 %.

A nivel nacional, la desconfianza de los sistemas de salud global son muy altos, Espinoza et al. (2023), entre los factores, la corrupción institucional, el soborno y pagos informales, los cuales debilitan la prestación del servicio de salud. La corrupción en los servicios de salud, incluida la extracción de sobornos y pagos informales de los pacientes, perjudica directamente en los resultados de salud. Los autores caracterizaron la frecuencia y distribución de pagos informales dentro de los servicios públicos de salud en el Perú apoyándose en la nacional de hogares al 2018 sobre condiciones de vida y pobreza en personas con seguro de salud del Ministerio de Salud (SIS) o Seguro Social (ESSALUD), reportándose costos de atención distintos de cero

para los servicios que deberían ser gratuitos en el último mes. Un 52,8 % tiene cobertura SIS y 23,03% en ESSALUD. El 39 % de los encuestados efectivizó pago informal en servicio de salud. Los reportes de pago directo fueron reducidos tanto para el servicio SIS (0,22 %) y ESSALUD (0,42 %). Lo más frecuente, las denuncias indirectas que incluyeron a un 10 % de pacientes quirúrgicos y 17 % de hospitalizados en establecimientos SIS, los pacientes más ricos, llegando a un 19 % los que reportaron tales pagos. Poca fue la frecuencia de denuncias de pagos directos, por lo difícil para ellos diferenciar un pago apropiado de los pagos inapropiados o por el miedo de hacerlo, o por la pasividad social para efectuar un pago informal. Estos pagos informales fueron más comunes entre aquellos con mayor capital social y financiero, por el deseo de lograr un servicio mejorado.

Entre los años 2020 y 2021, Rojas Campos & Santos Campos (2021), determinaron el costo en tiempo de covid19 por atención médica en un hospital de Lima. Del 100 % de encuestados de la muestra, su gasto en atención hospitalaria correlacionó con el gasto de bolsillo. Reportaron gasto promedio en soles en atención médica familiar de 5,339.02 y por paciente la cantidad de 2,470.28 soles. Encontraron, además, diferencias significativas de pagos de bolsillo entre las familias. Los pagos más altos se direccionaron al equipo de protección personal y suministros de bioseguridad (2,458.88), medicamentos (1,899.54) y hospitalización (1,191.54).

Hernández-Vásquez et al. (2018), con datos de la encuesta nacional de hogares relacionado con las condiciones de vida y pobreza al 2017 el gasto de bolsillo en salud de los adultos mayores de 60 años, el 56.5 % incurrió en gastos para lograr tener atención médica. Entre los factores, fueron residir en zona urbana, contar con los más altos niveles de educación, con enfermedad crónica y tener poder adquisitivo para gastar más por persona incrementó las posibilidades que tengan gasto de bolsillo. Constataron también, los ancianos que hacen gasto de bolsillo son porque desean mejorar su bienestar (60 %) lo que evidencia lo desigual del acceso a los servicios de salud, principalmente para la sociedad más vulnerable.

Montañez Ginocchio (2018) empleando los datos ENAHO el comportamiento del Gasto de bolsillo especialmente entre la población pobre. Refleja la racionalidad de la demanda de servicios de salud en el Perú, está determinado por los ingresos de los pobladores, la disponibilidad de tiempo y la seguridad que buscan. Se observó que aquellas personas que tienen un seguro de salud tienen una mayor demanda de servicios, pagan tarifas más bajas comparándolos con aquellos que no tienen un seguro. Estos últimos, los que no tienen seguro tienden a recurrir a farmacias, clínicas y a la automedicación. Ello, a pesar del aumento en el gasto público en salud, que contribuyó en la reducción del gasto directo de los ciudadanos en el presupuesto total, pero el gasto de bolsillo en hospitales ha aumentado en términos absolutos. Finalmente, en el Perú el gasto público es insuficiente, representa menos del 6 % del PIB del 20 % recomendado por la OMS posicionándolo como una nación con sistema de salud inequitativo. Actualmente, se acrecentó el gasto de bolsillo en atención médica para los pobladores no pobres. Hay mayor peligro de alcanzar la meta de cobertura universal de salud por la desprotección financiera de dicho sector de personas.

Desde los años 2010 al 2014 las personas que emplearon las prestaciones de salud proporcionados por proveedores públicos del MINSa o gobiernos regionales y pagaron una tarifa por ese servicio, según Petrera Pavone & Jiménez Sánchez (2018), los determinantes del bolsillo en salud de los pobladores con estado de pobreza relativa acudieron a aquel servicio, sintieron diferencias, los del ámbito rural frente a los de la zona urbana, puesto que la atención hacia la salud del ámbito rural, solo el 5 % fueron atendidos en centros de mayor especialización en hospitales públicos MINSa frente al 16 % de la población urbana y, con respecto a medicamentos, superior fue el gasto para los asegurados SIS (44 %) y del 62 % fue por no contar el seguro. En conclusión, el nivel elevado de gasto de bolsillo en salud se relacionó con no ser afiliado al SIS, mayor número de hijos y por el número de adultos dentro de los hogares.

A nivel local, Briceño Huamán (2022) examinando la conexión entre gasto de bolsillo y tipo de seguro de salud en personas que presentaban enfermedades crónicas y

acudieron a alguna botica en la ciudad de Piura, identificaron que del total de pacientes, el 54,6 % fueron mujeres y con edad de 60 años o más el 52,1 %. El nivel educativo predominante, secundaria (29,6 %), cuya ocupación principal era trabajar en el hogar (29,6 %). El 57,9 % cuentan con seguro SIS y 34,8 % EsSalud. Casi todos los encuestados en un 86 % efectivizaron gastos de bolsillo, en medicamentos (81 %), gastos en seguro (17 %), otro servicio médico (66 %). Es relevante destacar, la vinculación de tener seguro SIS con el incremento en gasto de bolsillo relacionado por medicamentos y servicio médico y, exámenes de laboratorio ($p < ,05$) determinado por la prueba chi cuadrado de Pearson. Los pacientes con seguro SIS mostraron mayores gastos en medicina, consultas médicas privadas y pruebas de laboratorio. (Briceño Huamán, 2022).

El sistema de salud peruano desde la década de 1960 y 1970, se implementaron políticas de atención primaria de salud centrado en la expansión de la infraestructura de salud y a los accesos del servicio básico de salud (Huicho et al., 2006). En los años 1990 se introdujo el Seguro Integral de Salud (SIS) cuyo propósito fue la ampliación de la cobertura y mejorar el acceso a la atención médica a la población más vulnerable. La implementación del SIS fue positiva en términos de incremento de la cobertura, sin embargo surgió grandes desafíos, asociado con la calidad del servicio con finanzas sostenibles (Cañizares Fuentes, 2017). Al año 2018, aún no se logra que el servicio de salud sea de calidad (Hernández-Vásquez et al., 2018), ni atender a la desigualdad de acceso a la atención médica (Iamshchikova et al., 2021; Kruk et al., 2018).

La salud como un derecho ciudadano viene siendo respaldado por estudios científicos y organizaciones internacionales. Dar garantías para el acceso equitativo a la atención médica y a los servicios de salud para todos los ciudadanos considerando a la salud un derecho fundamental y que los estados son los responsables que las poblaciones disfruten de ese derecho que es para toda persona (Evans et al., 2015; P. N. Jiménez et al., 2022; Ooms et al., 2015). El rendimiento de los sistemas de salud en varios países de ingresos bajos y medianos, apuestan por la combinación adecuada de recursos, infraestructura de salud y personal capacitado para brindar servicios de

atención médica efectivos. Fortaleciendo la atención primaria de salud base inequívoca de solidez de los sistemas de salud (Kruk et al., 2018).

Ya desde el año 2002 para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002 citado por Cerniak, 2023), la sociedad con sus aportaciones traducidos en pago de impuestos públicos contribuyen en el gasto de salud por cargo de recibir atención en salud por el sistema de salud pública y el otro tipo de gasto es el directo del bolsillo de las familias cuando demandan servicio de salud privado desembolsando cada vez a mérito de la salud de cada miembro de familia. Otros gastos considerados como indirectos, la selección de seguros privados o pagos por honorarios por atención médica.

Si a lo anterior, se adicionan la diferenciada situación de los ingresos medianos y bajos en los hogares, hubo constatación de mayor carga de gasto por costos indirectos por mala salud, hogares con menor ingreso tienen mayor carga de gasto comparado con las familias de mayor ingreso, nace la necesidad de dar mayor atención hacia la carga de costos consecuencia de la mala salud (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2021).

Respecto a ello, el riesgo asociado con el ingreso por debajo de lo esperado, en Estados Unidos sobre el plan Medicare, este no asume todos los costos en relación a suministros y servicios de atención médica no aprobados, o como es el caso de deducibles que le corresponde pagar al paciente, costo del servicio o del suministro en el tiempo en el transcurrir de los cinco años de vida antes de su muerte (o con referencia a la muerte de su cónyuge), riesgos que se agravan por el impacto e implicancia del estado socioeconómico y civil de los usuarios (Kelley et al., 2013; Mohanty & Srivastava, 2013).

La carga financiera en tiempo de COVID-19 durante 2020, se redujeron por las dispensas de pago a los pacientes hospitalizados, no obstante, algunos facturaron esa hospitalización y tratamiento porque sus planes no consideraron ese tipo de dispensa o si las tenían no incluían ese servicio inclusive el servicio de farmacia para estos, el

servicio médico como el de proveedores de servicio auxiliar (en alta de estos pacientes, este gasto de servicio profesionales y auxiliares se hizo una necesidad de pago por el servicio), el servicio médico y el de ambulancia para el transporte al nosocomio. Es en esa medida, probable que los planes de salud cubrieran el uso de las instalaciones facturadas por el hospital, pero no respecto al servicio obtenido a través de profesionales y auxiliares de la salud que por separado facturaron el uso de servicios fuera de los hospitales (Chua et al., 2021).

En este mismo ámbito, el gasto de bolsillo promedio en atención materna, la existencia planes de seguro que cubren este servicio a sus trabajadoras, es con imposición de costos compartidos, copago y deducibles. El promedio de gasto en atención por maternidad aumenta entre las mujeres deriva del mayor gasto de gestantes con deducibles. Sin embargo, este gasto fue superior para gestantes con ingresos más bajos entre los años 2008 a 2013, disminuyendo este continuo gasto entre gestantes con mayor ingreso entre los años 2014 y 2015. Las políticas desarrolladas, menguan ese gasto de bolsillo por atención materna, ello reduce la carga financiera en las familias (Moniz et al., 2020). En la India, el aumento de partos en centros de salud privado aumentó a pesar de que el costo se considere catastrófico para los hogares pobres. (Mohanty & Srivastava, 2013).

Aunado a ello, lo difícil de las finanzas en los pacientes con el cáncer, los tratamientos o la duración del efecto duradero medidos en un dominio material y psicológico para el propio paciente o su entorno (Newton et al., 2018). Entendiendo como dificultad material, el préstamo, endeudamiento o quedarse en bancarrota e inclusive por el costo médico, son las psicológicas el dominio de mayor gasto por lo grande en sus montos por atención médica (Ekwueme et al., 2019; lamshchikova et al., 2021; Iragorri et al., 2021; Narang & Nicholas, 2017).

El mayor número de miembros en el hogar considerados como personas mayores, posibilita gastos superiores en medicamentos de alto costo y a empobrecer a la familiar, puesto que la presencia de miembros de familia muy mayores propende a la familia a situaciones de empobrecimiento, aumentando a su vez las probabilidades de

enfermedades de estos miembros del hogares (Koch et al., 2017; Nievas et al., 2021; Pavón-León et al., 2017).

La existencia de estas diversas formas de gastos financiados por los usuarios se traduce en gasto de bolsillo informado como aquel gasto que los pacientes realizan por hospitalización o por atención ambulatoria y que ese pago lo realizan cuando estuvieron hospitalizados, incluye, además, pagos en efectivo que se realizan por productos farmacéuticos, servicios y suministros no cubiertos por el sistema de salud. En otros casos, atención domiciliaria o insumos no asociado porque no son cubiertos por el sistema de salud (Ruger & Kim, 2007). No obstante, evaluaciones realizadas en Francia, Canadá y Alemania reportaron casi las tres cuartas partes de los medicamentos caros ofrecen un beneficio clínico bajo o nulo (DiStefano et al., 2023).

Otro estudio llevado a cabo por (Eze et al., 2022) examinó el gasto de bolsillo en salud en el contexto de la protección financiera, destacó que el gasto de bolsillo puede generar una carga económica significativa para los individuos y las familias, especialmente para aquellos con ingresos bajos o vulnerables. Resaltó, además, el gasto de bolsillo excesivo puede llevar a la pobreza y empobrecer a las personas (C. Cid & Marinho, 2022). Máxime en población con atención neurológica, los costos de bolsillo son los más altos, lo determina, la adherencia de medicación, costo del medicamento, y receta del medicamento, tres factores que deben ser de dominio médico para reducir los costos de bolsillo e incrementar la adherencia de medicamentos, lo contrario seguirán aumentando ese gasto de bolsillo (Reynolds et al., 2020).

Los pacientes a ciegas buscan los tratamientos alternativos, no hacen discusión al respecto, no toman consciencia del efecto financiero derivado por la prescripción médica; en ese sentido las aseguradoras deben de concienciar sobre gastos de bolsillo por el tratamiento a los médicos por esas prescripciones (Victoor et al., 2019). A pesar de la aparente cobertura activa del medicamento, los pacientes buscan un sustituto de los medicamentos adherencia (Abbasi-Kangevari et al., 2023).

Es el reflejo de la precaria atención del sistema de salud por el desabastecimiento de medicamentos consecuentemente de ello lo inoportuno de los tratamientos en pacientes esencialmente adultos mayores que padecen de enfermedades crónicas. refleja las deficiencias del sector salud (Esparza Abanto, 2023). En los nosocomios públicos se atienden pacientes con registro SIS logran recibir los productos que se les prescribe llegando o bien el paciente o la familia al tener recursos económicos comprarlos en establecimientos de venta privada o muchas veces se limitan a observar a su paciente con los síntomas de la enfermedad que aqueja. Este entre otros son las razones que en el Perú el 39.5 % de gasto de bolsillo predomine los gastos en salud (Espinoza-Marchan et al., 2021).

Son realidades del comportamiento del gasto de bolsillo asociados con los medicamentos, la desigualdades social y regional ambos determinan el acceso a estos medicamentos esenciales, máxime si la razón de compra es para combatir alguna enfermedad crónica, causantes principales de morbilidad y mortalidad en la región de Latinoamérica (Herrera-Ballesteros et al., 2018).

El dengue ha sido un problema de salud en Perú, especialmente en las regiones del norte del país. El aumento de casos de dengue puede tener un impacto significativo en el gasto de bolsillo de los pacientes y sus familias debido a varios factores relacionados con la enfermedad y su tratamiento, como son los costos de tratamiento médico, medicamentos, análisis de laboratorio y atención hospitalaria en casos graves, los cuales no necesariamente son cubiertos por el sistema de salud y, por lo tanto, deben ser asumidos por los pacientes o sus familias. consultas médicas adicionales para el seguimiento y control de la enfermedad (A. R. Jiménez et al., 2019). Costos indirectos entre ellos, los traslados para asistir a las consultas médicas, los gastos de alimentación durante su recuperación y/o pérdida de ingresos laborales por la incapacidad para trabajar mientras se recuperan de la enfermedad (Benavides et al., 2018), finalmente gasto por acciones de prevención costo de repelentes, mosquiteros y fumigación. Gasto de bolsillo variado acorde a la gravedad de la enfermedad

(Palacios-Barahona et al., 2021), y acceso a los servicios de salud (C. Cid & Marinho, 2022).

En el caso la pandemia COVID19, ya concurrían desafíos en el sistema de salud, y exacerbó a muchos hogares a cometer gastos de bolsillo para lograr atención médica, puesto que la demanda de atención médica se incrementó cuantiosamente debido a los muchos casos, como el pediátrico (Rizo-Patron et al., 2020). A pesar de que el gobierno peruano implementara medidas para afrontar la crisis sanitaria (Gonzales-Castillo et al., 2020), el crecimiento de la infraestructura hospitalaria, la adquisición de equipos y suministros médicos, medicinas y la contratación de personal de salud adicional no estuvo a la altura de copamiento de las necesidades sanitarias por la crisis, situación similar en el país de Bolivia (Chucas-Ascencio et al., 2022; Guerrero-Mieles & Escobar-García, 2022; Ortíz, 2021).

Alta fue la probabilidad de gastos de bolsillo que los hogares enfrentaron por las limitaciones del sistema de salud adicionando a esta crisis, las restricciones de movilidad y las medidas de confinamiento podrían haber reducido los ingresos de muchas personas, lo que a su vez podría haber aumentado la carga financiera de los gastos de salud (Giovanella et al., 2021).

Es en ese sentido, los sistemas de salud serían sostenibles con eficiencia estructural sin dejar de lado la fragmentación y segmentación del sistema de salud. No perpetuando la desigualdad existente, dando acceso a coberturas de salud en poblaciones con trabajo informal, consecuencia del efímero avance en la incorporación al mercado formal de estos (Dahuabe, 2023). Cambios que mitiguen resistencias en los hospitales con estructuras eficientes que logren mitigar los desabastecimientos, la escasez de medicamentos (Modisakeng et al., 2020).

En la India, reducir significativamente las hospitalizaciones y los gastos de bolsillo, las poblaciones, esencialmente los niños deben de contar con acceso al agua potable y promover en ellos y comunidad la higiene de manos, madres que promueven la lactancia materna, y disponibilidad y oportunidad de acceso de medicamentos

considerados como esenciales, puesto, al no contar con seguro médico, los costos lo cubren los padres de estos (Pradhan et al., 2020). Debe, realizar diagnósticos concurrentes a los sistemas de salud pública y garantizar el acceso equivalente de tratamientos, y con los informes realicen propuestas de reformas de financiación así como para la India y en otros países con entornos similares (Prinja et al., 2019).

Con respecto al gasto de bolsillo catastrófico, condicionado al pago por atención médica, considerados tan elevados comparado al ingreso familiar o de la persona que llega a poner en riesgo la capacidad para lograr satisfacer necesidades básicas o en su defecto una vida económicamente estable. Este tipo de gasto es de significación para las familias toda vez que los conduce a la pobreza y a menoscabar sus condiciones de vida (Flores et al., 2008). Aquellos pagos directos por atención médica superan el 10% o el 25% del ingreso disponible de un hogar. Además, este estudio estableció que el gasto catastrófico en salud puede ser medido a nivel individual o familiar, y puede incluir tanto los gastos directos en servicios médicos como los gastos indirectos relacionados con transporte y alimentación durante el proceso de atención médica (Xu et al., 2007)

El gasto incurrido en salud como el desembolso total realizado por los individuos, incluyendo los pagos directos por servicios médicos y los gastos indirectos relacionados con transporte, alojamiento y alimentación durante la búsqueda y utilización de la atención médica (Papanicolas et al., 2018).

Otro estudio llevado a cabo por Huicho et al. (2019) evaluó el gasto de bolsillo en salud en Perú en comparación con otros países de ingresos medios. Los resultados revelaron que el gasto de bolsillo en Perú fue significativamente más alto comparado con países como Chile y Uruguay, ello conduce a deducir la existencia de mayores dificultades para acceder a la atención médica sin antes no haber incurrido en gastos directos. A pesar de ellos, hogares con bajo recurso cuando observan o anticipan gastos por enfermedad, ellos dan frente a esa situación tratan de reducir el impacto de eventos adversos. En el caso de la efectividad de la estrategia de afrontamiento conduce a estabilizar los ingresos familiares, y sus hábitos de consumo pueden no son

afectados en gran parte. Lo contrario, esas situaciones de shock de salud los conduciría a desequilibrar su patrón de consumo en el hogar (Houeninvo et al., 2023b).

Además, un estudio de Cetrángolo et al. (2020) comparó el gasto de bolsillo en salud en Perú con países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Los resultados mostraron que Perú tenía un nivel de gasto de bolsillo relativamente alto en comparación con países de la OCDE, lo que indicaba una mayor dependencia de los pagos directos por parte de los individuos.

En resumen, se ha demostrado que el GBS en Perú es comparativamente alto en relación con otros países de América Latina y de ingresos medios, así como en comparación con países de la OCDE. Estos hallazgos resaltan la necesidad de políticas que promuevan la protección financiera de los individuos y reduzcan la carga del gasto de bolsillo para tener el acceso para ser atendido médicamente.

Es el acceso equitativo y pertinente a la salud son motivaciones para incurrir en gastos sin embargo, incrementa los riesgos de tener poblaciones cada vez más pobres, más aún a aquellos de situación vulnerable, que recurrentemente necesitan de atención médica por su precaria salud. Salud para todos, transformando los sistemas de salud mayor atención primaria de salud, es el norte, fortalecer la capacidad institucional de salud hacia un resiliente sistema de salud y capacidad de respuesta hospitalaria para enfrentar retos en el presente y futuro. Ello implica, incrementar el gasto público en salud, sea equitativo y eficiente, priorizando estratégicamente en el primer nivel de atención (Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, 2021).

Otra explicación del gasto de bolsillo se relaciona con las ocupaciones individuales o de los integrantes de familia. En empresarios y empleadores el gasto de bolsillo hace referencia con el costo y gasto personal que asumen estos señores propietarios de negocios y empleadores en actividades comerciales, como son gastos operativos, cuantos de ellos alquilan local, pago de servicio público, suministros y materiales de mantenimiento, seguros y otros gastos relacionados con la operación del negocio. El gasto personal, incluye el salario y beneficios para los trabajadores. Impuesto y

contribuciones, a la seguridad social y otros impuestos relacionados con la actividad empresarial. En estudios dentro del ámbito peruano, se reconoce la relación significativa entre la ocupación con el gasto de bolsillo, identificando la mayor frecuencia de gasto de bolsillo en los empleados en un 88.7 % (C. G. Espinoza, 2023). y de la evidente diferencia significativa del gasto del bolsillo en la consideración de tipos ocupacionales, donde la frecuencia de gasto de los patronos y empleadores son 8.63 veces más frente al gasto que realizan los trabajadores familiares no remunerados (Rojas Campos & Santos Campos, 2021).

Los costos y gastos que asumen familiares y cuidadores de una persona enferma para brindarle atención, cuidado y tratamiento adicional que no está cubierto por el sistema de salud o seguros médicos, gastos significativamente variantes según la condición médica de la persona enferma, el nivel de atención requerido y sistema de salud en el que se encuentre. Se maximiza si la enfermedad es crónica o requiere tratamientos prolongados.

En el caso de los trabajadores independientes el gasto de bolsillo comprende los costos y gastos que asumen los trabajadores por cuenta propia o independientes para mantener y desarrollar su actividad laboral. A diferencia de los empleados asalariados, los trabajadores independientes no tienen un empleador que cubra ciertos beneficios o gastos relacionados con el trabajo. En cambio, son responsables de financiar diversos aspectos de su negocio o actividad laboral.

En trabajadores del hogar el gasto de bolsillo se refiere a los costos y gastos adicionales que los empleadores no asumen al momento de contratar con un trabajador doméstico en su hogar. Depende de las leyes laborales específicas que rigen la contratación vigente de este tipo de ocupación en el hogar.

Es un desafío para el cuidador no remunerado, el riesgo de sentir menoscabo de ser reconocido o no ser incluido socialmente, por la dificultad de no tener la oportunidad de combinar su trabajo de cuidado con retribución laboral, dificultad de tener ingresos

y seguridad social adecuados, si incrementa su carga mental por el rol de cuidador (Hessel et al., 2023).

El gasto de bolsillo por falta de calidad del sistema de salud se refiere a los costos adicionales que los pacientes deben asumir para obtener una atención médica adecuada debido a deficiencias o insuficiencias en el sistema de salud. Estos gastos pueden surgir cuando el sistema de salud público o privado no proporciona servicios de calidad, lo que lleva a los pacientes a buscar atención médica alternativa o complementaria para satisfacer sus necesidades de salud. En esa misma línea de ideas, gasto de bolsillo en salud se entiende como los pagos realizados por los individuos en efectivo o en especie al recibir servicios de atención médica. El gasto de bolsillo puede incluir pagos directos por medicamentos, consultas médicas, hospitalización, exámenes y otros servicios relacionados con la salud (Montañez Ginocchio, 2018; Wagstaff et al., 2017). Entre las dimensiones, incurrancia, frecuencia y motivación de gasto.

Se entiende por incurrancia de gasto, lo incurrido significa cualquier dinero que una persona o entidad debe o realiza por compras realizadas o gastos recurrentes, OCDE (2020), son los pagos directos y costos adicionales que cubren los pacientes para cubrir servicios médicos no incluidos en la cobertura del sistema de salud (Giménez Caballero et al., 2019; Guerrero-Ojeda, 2020).

Motivo de gasto es aquella razón o circunstancia, que mueve a alguien a hacer algo, o que provoca un gasto para mantener o mejorar su salud. La motivación de gasto, tener una verdadera atención en los establecimientos, suplir lo insuficiente de la atención la cual no es apropiada. MINSA si bien es cierto tiene las condiciones para proporcionar diagnósticos óptimos y oportunos en situaciones de salud muy severa y de alta complejidad. Pero no cuenta con recursos disponible para atender en forma real, implica seguir con las estancias hospitalarias prolongadas y con complicaciones intrahospitalarias conducentes a una alta mortalidad (Rojas Campos & Santos Campos, 2021; Soto, 2019).

Frecuencia de gasto se refiere a la cantidad de veces que se realiza un gasto en salud durante un período determinado porque la población acrecienta cada vez su exigencia y expectativas de atención, ello debe estar reflejadas en la oferta del servicio de salud en el sistema de salud (Barrachina, 2021; Rojas Campos & Santos Campos, 2021).

Gasto de bolsillo es lo que gasta toda familia para ser atendida en su salud, al exceder de un 30 % del ingreso disponible, se le denomina gasto catastrófico en salud y cuando las familias con ingresos inferiores a la línea de pobreza alimentaria gastan en salud se denomina gasto empobrecedor (Espinoza Ochoa & Gaspar Huaman, 2018; Rojas Campos & Santos Campos, 2021)

En el Perú, la presencia de los seguros de salud, SIS, ESSALUD y Seguros privados. Con respecto al seguro integral de salud (SIS), es el seguro público direccionado a otorgar cobertura de salud a la población más vulnerable y con bajo recurso económico. Este sistema de salud es financiado por el Estado en el Perú y posibilita el acceso a los servicios de atención médica en los establecimientos de salud públicos y acreditados. EsSalud, otorga seguro social de salud a los trabajadores y dependientes. La administración de este está a cargo de la seguridad social y ofrece servicios médicos, hospitalario y de prevención a sus afiliados.

EsSalud es la imagen traducida del efecto negativo del seguro integral de salud sobre el GBS, con mayor cuantía para la zona urbana, así como para el no pobre (L. García & Rojas, 2021). Inclusive, llegan a realizar mayores gastos para alcanzar un servicio de calidad por la mala percepción hacia los establecimientos públicos porque no satisfacen sus expectativas de atención (Fatima et al., 2018).

Con respecto al seguro privado, existe una diversidad de compañías de seguros de salud con ofrecimiento de pólizas de seguro. Elecciones libres en consideración de pacientes u organizaciones empresariales con el deseo de tener alguna cobertura médica en una red de servicio de salud. Finalmente, los seguros de salud complementarios, que se pueden adquirir a través del SIS o del seguro privado. Se refiere a servicios de cobertura adicional y beneficio especial.

Los establecimientos de salud privado no cuentan con financiamiento del estado. Estas personas u otros buscan atenderse en un servicio de salud privada en función a los percibido, mejor instalación y excelente atención. Son el entorno físico un excelente expositor de la lealtad de los pacientes y se comporta como un predictor de su satisfacción, involucra, la instalación física, infraestructura, función del establecimiento hospitalario, los aparatos, dispositivos e instrumentos médicos, como el aspecto del personal médico, etc., denotan además buen mantenimiento, gestionando a la vez pulcritud, higiene y tranquilidad ambiental, esenciales para salvaguardar las condiciones de salud de los pacientes (Fatima et al., 2018).

Es enfático resaltar la vinculación del gasto de bolsillo con el tipo de seguro de salud experimentado por los pacientes peruanos en tiempo de covid19, las personas que no cuentan con seguro alguno gastan relativamente el doble de los que se hallan con afiliación SIS o EsSalud (Rojas Campos & Santos Campos, 2021). Respecto a medicación, el precio proporcionado por los sectores públicos y privados fue superior para el sector privado. En un comparativo entre agrupaciones de regiones, hubo diferencias en función al presupuesto público en salud por habitante los gastos más severos en medicamentos fueron mayor para el grupo que obtuvo menor presupuesto frente al de mayor presupuesto por habitante, sin embargo, el gasto fue asequible para los tratamientos leves de ambos grupos de regiones. Para un mismo tratamiento, más asequibilidad en casos severos en el sector público mientras para el sector privado fue sumamente superior. En otros casos, las compras de medicinas en establecimientos públicos puede vulnerar los salarios de los pacientes, hasta en seis días de salario, comparado con los hasta 64 días de salario si el gasto se realizan en el sector privado (Tenorio-Mucha et al., 2020).

La calidad de atención del servicio que brinda el sistema de salud, significa, realización de actividades que cumplen estándares en los establecimientos de salud desde puntos de vista técnicos y humanos orientados a alcanzar el efecto deseado por los usuarios (Cabello & Chirinos, 2012; Mandujano Toralva & Rojas Melendez, 2019; Ministerio de

Salud, 2012; Motta Guillen, 2020; Núñez Valencia & Gamero Maldonado, 2021; Sánchez Mucha, 2023; Vargas Zapata, 2020).

Es evidente la satisfacción del servicio que brinda el sistema de salud en los pacientes, cuando la diferencia numérica entre percepción frente a expectativas sea positiva o cero. Contrariamente, una diferencia negativa, expresa insatisfacción (Cabello & Chirinos, 2012; Ministerio de Salud, 2012; Núñez Valencia & Gamero Maldonado, 2021). La medición de la calidad del servicio de los sistemas de salud proporciona un espejo práctico de cómo mejorar la calidad de atención a tener en cuenta el proveedor de este servicio para que los pacientes sientan satisfacción (Ng, 2022).

Las dimensiones de acuerdo con SERVQUAL (tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía). Estos componentes para los servicios de salud están estrechamente asociados con la satisfacción del paciente, deben ser servicios confiables, garantizado, tangibles, empáticos y con capacidad de respuesta, todos con amplia relación significativa con la satisfacción del paciente. Con diferencia entre la empatía y la fiabilidad asistencial, el primero con alta prioridad frente a la fiabilidad. Los establecimientos deben garantizar el cuidado y prestar atención al mejor interés del paciente; brindarles servicios rápidos; certificar las condiciones de equipos, sean estos limpios y atractivos y monitorear de forma regular la atención médica prestada; darles atención durante su espera y hacerlos sentir tranquilos; brindarles servicio oportuno con información médica precisa y consistente. (Ministerio de Salud, 2012; Ng, 2022).

Los aspectos que satisfacen lo tangible de acuerdo al paciente, la calidad física de la instalación (Al Awadh, 2022; Mustika et al., 2019), en la observancia hacia el equipo médico junto con la presencia limpia y ordenada de sus ellos y trabajadores en general que provén el servicio conducen a mejorar la satisfacción del paciente cuando además crean una actitud favorable durante el proceso de servicio para satisfacer a los pacientes (Akdere et al., 2018; Al Awadh, 2022).

Son rasgos de la calidad de capacidad de respuesta para satisfacer al paciente, que ellos encuentren un servicio de salud receptivo con disposición para informarles rápidamente el proceso del servicio; prestarles asistencia con prontitud; y demostrar a ellos una voluntad persistente de ayuda al paciente (Akdere et al., 2018; Pour Babroudi et al., 2021). Este componente se conecta positivamente con la lealtad del paciente hacia el servicio otorgado (Fatima et al., 2018).

Un servicio es fiable, cuando la capacidad organizativa se orienta a dar cumplimiento al reglamento del sistema de salud en su forma y plazos detallados con respecto al servicio de salud a suministrar y de los recursos necesarios hacia el logro de prestaciones de servicio sin perjudicar a los pacientes con respeto de manera eficiente, cuidadosa y con ausencia de errores (Cabello & Chirinos, 2012; Ministerio de Salud, 2012; Núñez Valencia & Gamero Maldonado, 2021). Debe ser preciso (Fauziah et al., 2019) y mantener informados a los pacientes sobre el proceso del servicio y asegurarse de que no haya ninguna negligencia médica (Reddy et al., 2019), que cumpla con las necesidades y expectativas del paciente (Zun et al., 2018).

De manera consistente, la confiabilidad resultó ser un elemento importante en el aspecto de la calidad del servicio de atención médica para influir en la satisfacción (Ng, 2022). La falta de esta en el sistema de salud, el gasto de bolsillo puede tener un impacto significativo en la economía de los pacientes y sus familias, llevándolos a una carga financiera adicional (Almalki et al., 2022). En suma, desequilibrio en el acceso equitativo a una confiable atención médica para todos (Calabrese, 2023).

La garantía del servicio de atención hacia la salud de los pacientes le corresponde a los sistemas de salud, cumpliendo con estándares de alta calidad protegiendo la salud y bienestar de sus pacientes con respetuosidad y satisfacción (Ng, 2022). Además de obtener tratamientos de calidad los pacientes, se suman las actitudes y comportamientos de las personas a cargo, de la instalación misma que cubra lo que necesitan (Schwatka et al., 2022; Siripipatthanakul & Nyen Vui, 2021), deben de creer en el proveedor del servicio por su calificada experiencia, competencia y devoción y

tengan sensación de seguridad y protección durante la prestación del servicio médico (Akdere et al., 2018; Jarva et al., 2022; Manzoor et al., 2019).

Empatía orientado a satisfacer al paciente centrado en el cuidado y la atención personalizado y comprender sus necesidades y colocar el valor del paciente como el mejor interés y ponerlos en primer lugar en el proceso clínico (Ng, 2022; Zun et al., 2018). El reclamo de las autoridades de los establecimientos de salud, es que el personal demuestre atención individualizada a los pacientes durante el proceso de prestación del servicio (Akdere et al., 2018).

III. METODOLOGIA

3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación:

Es básica por su orientación a tener conocimientos globales comprendiendo eventos y la relación entre eventos (Concejo Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación tecnológica, 2018).

3.1.2. Diseño de investigación:

Investigación no experimental, el estudio se llevó a cabo sin manipular deliberadamente las variables y, transversal, ya que la recojo de datos se produjo en un solo momento, en un tiempo único, determinar el nivel o la modalidad de las variables en un momento específico, con el propósito de describir o analizar dichas variables en dicho grupo de casos. El nivel de investigación es explicativa porque desea ubicar que situaciones causantes de ciertos eventos o analizar la relación causal entre variables (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018). Con enfoque cuantitativo, porque se relaciona con la medición de variables y verificación de hipótesis planteadas (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

3.2 Variables de estudio y operacionalización:

Variable independiente tipo cualitativa, calidad del servicio que brinda el sistema de salud, y variable dependiente tipo cualitativa, gasto del bolsillo

- Definición conceptual:

El gasto de bolsillo en salud se entiende como los pagos realizados por los individuos en efectivo o en especie al recibir servicios de atención médica, incluye pagos directos por medicamentos, consultas, hospitalización, exámenes y otros servicios relacionados con la salud (Montañez Ginocchio, 2018; Petrera Pavone & Jiménez Sánchez, 2018; Wagstaff et al., 2017).

La calidad de atención del servicio que brinda el sistema de salud, significa, realización de actividades que cumplen estándares en los establecimientos de salud desde puntos de vista técnicos y humanos orientados a alcanzar el efecto deseado por los usuarios (Cabello & Chirinos, 2012; Mandujano Toralva & Rojas Melendez, 2019; Ministerio de Salud, 2012; Motta Guillen, 2020; Núñez Valencia & Gamero Maldonado, 2021; Sánchez Mucha, 2023; Vargas Zapata, 2020)

- definición operacional

Gasto de bolsillo, incurrancia de gasto (Giménez Caballero et al., 2019; Guerrero-Ojeda, 2020), frecuencia de gasto (Barrachina, 2021; Rojas Campos & Santos Campos, 2021).y motivación de gasto (Rojas Campos & Santos Campos, 2021; Soto, 2019).

Calidad del servicio del sistema de salud, diferencia numérica entre percepción frente a expectativas sea positiva o cero. Contrariamente, una diferencia negativa, expresa insatisfacción con SERVQUAL (tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía). (Cabello & Chirinos, 2012; Ministerio de Salud, 2012; Núñez Valencia & Gamero Maldonado, 2021).

- Indicadores

Gasto del bolsillo, incurrancia, frecuencia y motivo de gasto (Protección personal, consulta médica, examen de laboratorio e imágenes, medicamentos y dispositivos, hospitalización, afecciones crónicas).

Calidad del servicio; E-P en sus cinco dimensiones o componentes.

3.3 Población, muestra y muestreo

3.3.1 Población

La población total de estudio será de 78, se obtuvo a partir del promedio de atenciones en mayores de 18 años, de acuerdo al récord que se registran en los libros de

atenciones del ES I-4 Consuelo de Velasco entre enero-mayo del año 2023. Población accesible, pacientes atendidos en el ES I4 Consuelo de Velasco durante el año 2023

- Criterios de Inclusión: Todo aquel paciente que ha sido atendido en el ES I4 Consuelo de Velasco.
- Criterios de Exclusión: Negarse a participar de la investigación, pobladores menores de 18 años.

3.3.2 Muestra

El tamaño de la muestra fue de 78 personas, se aplicó la fórmula de muestreo para poblaciones finitas, con elementos tales como nivel de confianza del 95 %, error de precisión de 2 %, proporción de existo y rechazo de 0,50. En tal sentido, de acuerdo con la fórmula utilizada, el marco muestral está compuesta por 306 personas.

3.3.3 Muestreo

Utilizaremos la técnica de muestreo probabilístico aleatorio simple para reclutar a los participantes de nuestra muestra. Se seleccionarán aleatoriamente 78 pacientes que acudirán a diferentes servicios médicos (consulta médica, obstétrica, odontológica, enfermería, terapia física y rehabilitación, y laboratorio) en el ES I4 Consuelo de Velasco durante el año 2023. En este tipo de muestreo, los individuos son seleccionados al azar, sin ningún otro criterio adicional. Según (Castro Pérez, 2022), el muestreo es una herramienta invaluable en la investigación científica y social, ya que permite determinar la parte de la población que debe ser examinada.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se logró cumplir con los procedimientos planificado con respecto a la recopilación de los datos sobre gasto de bolsillo y calidad de atención del servicio, se usó la técnica, la encuesta para ambos procesos de recojo de información. El instrumento seleccionado guarda correspondencia con la técnica la encuesta y, se encuentra asociado con lo que se desea obtener de información sobre los eventos estudio. Este

debe ser proporcional al planteamiento del problema de investigación e hipótesis del estudio (Barrera, 2012; Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

El cuestionario sobre Gasto de Bolsillo en Salud elaborado por los autores (Rojas Campos & Santos Campos, 2021) (Anexo 1)

El cual consta de 24 ítems, 8 de los cuales evalúan la incurrancia, frecuencia y motivo de gasto. Un ítem para los indicadores (protección personal, consulta médica, hospitalización y afecciones crónicas) y dos ítems para los indicadores examen de laboratorio e imágenes, y, medicamentos y dispositivos.

El cuestionario sobre calidad de atención del servicio que otorga el sistema de salud, elaborado por (Ministerio de Salud, 2012). (Anexo 1)

El cual consta de 32 ítems tanto para medir la calidad de atención producto de la diferencia entre expectativas y percepción, en sus cinco dimensiones, 3 ítems para fiabilidad, 3 ítems para seguridad con garantía; tercero, 3; capacidad de respuesta, 3; empatía, 4 y tangibles, 3.

Sobre la validez de contenido, son instrumentos validados por la fuente en mención. Y validez de constructo con valores sig. < ,05 e índices correlacionales superiores a ,300.

La confiabilidad de instrumentos, con valores superiores a ,700, considerados como aceptables para ambos instrumentos.

3.5 Procedimiento

Se espera obtener la aprobación de la Universidad Cesar Vallejo (UCV) para llevar a cabo el trabajo de investigación. Posteriormente, se solicitará la autorización al jefe del ES I4 Consuelo de Velasco y al jefe de la Red Integrada de Salud (RIS) veintiséis de octubre. Para aplicar el cuestionario "Gasto de Bolsillo en Salud y sistema de salud", se invitará a los pacientes o sus familiares a participar en el estudio a través de una encuesta. Se les informará sobre el proyecto de investigación y se solicitará su consentimiento verbal para participar en la encuesta.

3.6 Método de análisis de datos

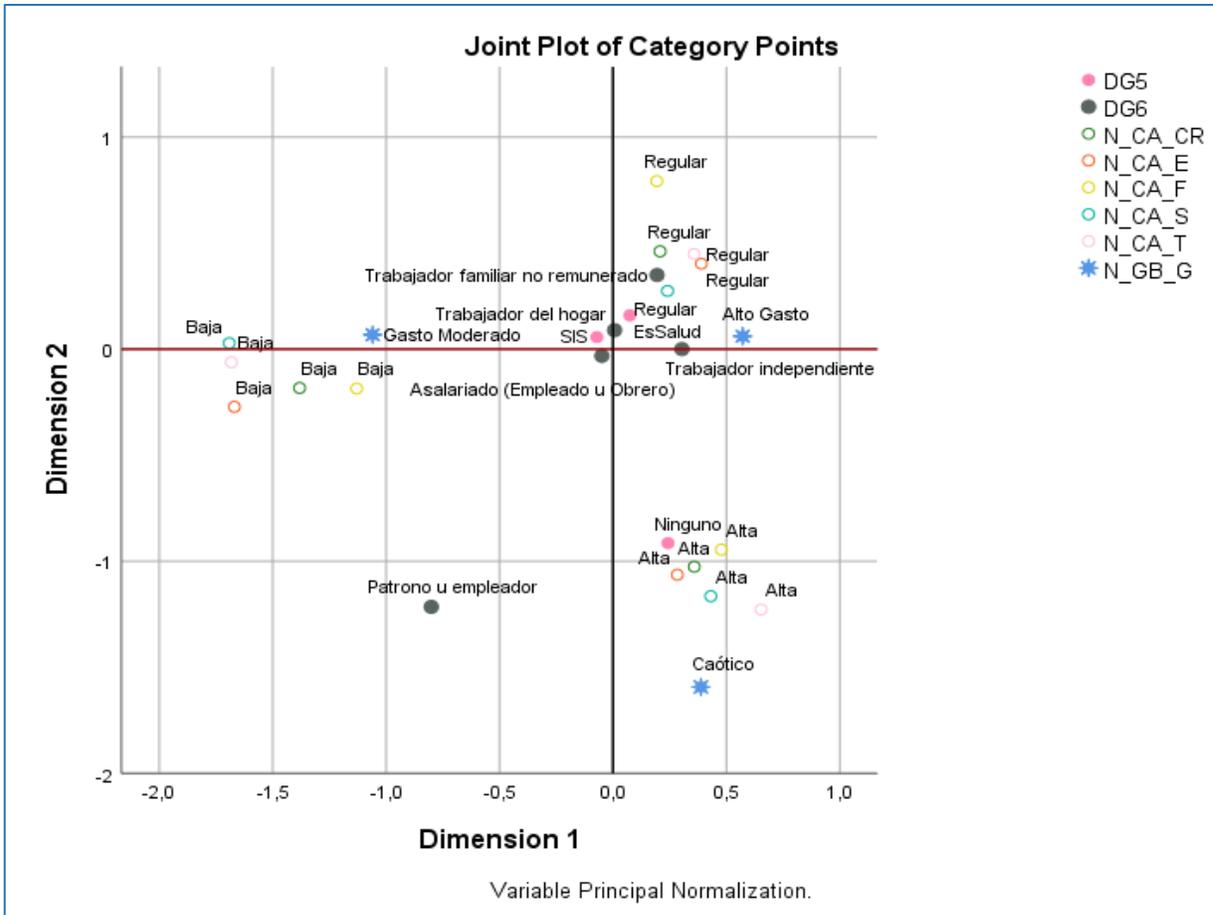
El análisis de los datos recolectados a través del cuestionario se realizará utilizando el software SPSS 22. Para cada una de las variables, se llevará a cabo una estadística descriptiva. Por ejemplo, en el caso de la variable cuantitativa (Gasto de Bolsillo en Salud). Se describieron las variables gasto del bolsillo en función al tipo de seguro y de ocupación y calidad de servicio del sistema de salud aplicando análisis de correspondencia múltiple. Se aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov para el análisis de la distribución de los datos y prueba chi cuadrado para la bondad de ajuste de modelos explicativos, así también el cálculo de Pseudo R Cuadrado Nagelkerke.

3.7 Aspectos éticos

Es de suma importancia destacar los elementos éticos que se seguirán en todo momento, desde el inicio hasta el final de la investigación, con el objetivo de preservar la integridad moral de los participantes. Esto implica salvaguardar su privacidad, respetar su derecho a participar o no, y brindarles la información necesaria antes de llevar a cabo cada encuesta.

IV. RESULTADO

Figura 1. Análisis factorial de correspondencia múltiple las constelaciones de puntos-modalidades acerca de gasto del bolsillo global - tipo de seguro y ocupación- calidad del servicio que son próximos en cada cuadrante en el plano factorial



La figura 1, los puntos-modalidades que son próximos en cada cuadrante de plano factorial se tiene lo siguiente:

Primer cuadrante: con gasto de bolsillo alto se asociaron el trabajador familiar no remunerado y trabajador del hogar con tipo de Seguro de Salud EsSalud y SIS con

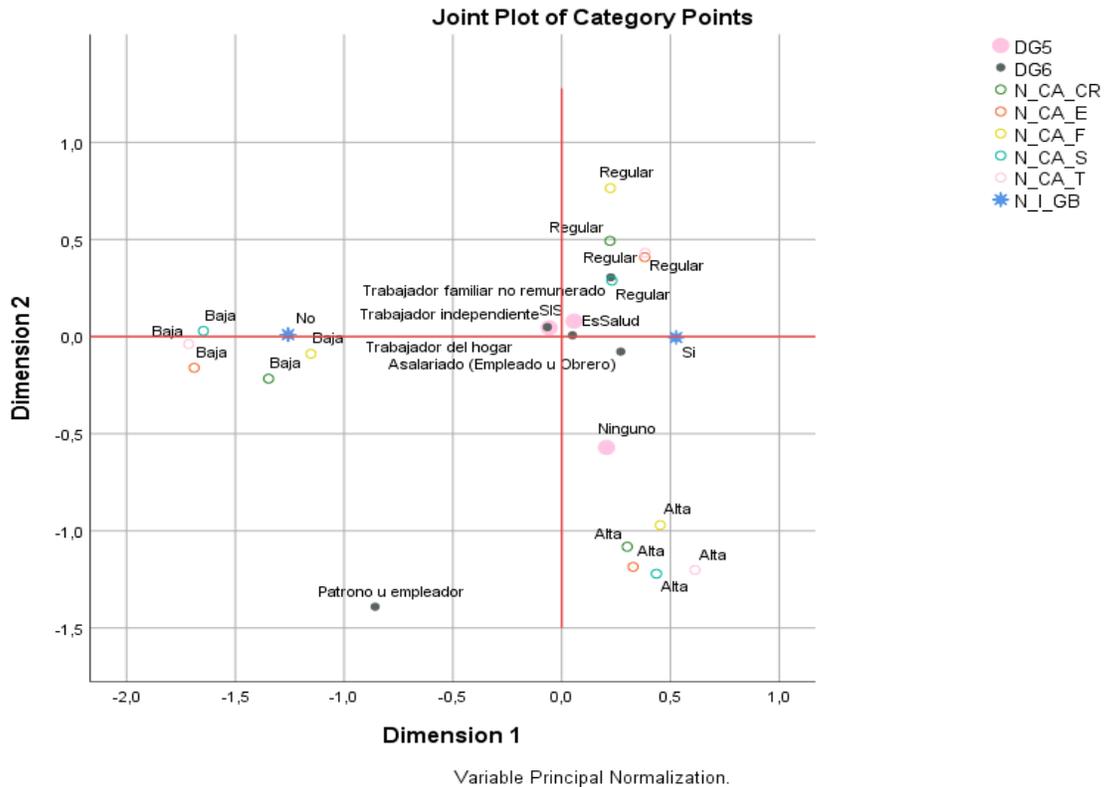
valoración del servicio de salud y sus cinco componentes entre los niveles regular – bajo.

En un segundo cuadrante con gasto de bolsillo moderado, se asociaron los trabajadores del hogar y asalariados (empleados u obreros) con afiliación al seguro SIS y baja calidad del servicio del sistema y componentes.

En el tercer cuadrante, con gasto de bolsillo caótico, se asociaron los empleadores y patronos sin registro alguno calificando con bajo nivel de servicio del sistema de salud.

En el cuarto cuadrante, con gasto del bolsillo caótico, se asocian trabajadores independientes con afiliación EsSalud o con ningún registro de tipo de seguro, quienes califican en alto, la calidad del servicio.

Figura 2. Análisis factorial de correspondencia múltiple las constelaciones de puntos-modalidades acerca de incurrencia de gasto - tipo de seguro y ocupación- calidad del servicio que son próximos en cada cuadrante en el plano factorial



En la figura 2, los puntos-modalidades que son próximos en cada cuadrante de plano factorial se tiene lo siguiente:

Primer cuadrante: con incurrencia de gasto se asociaron los trabajadores familiares no remunerados y trabajadores del hogar con tipo de Seguro EsSalud con valoración del servicio de salud y sus cinco componentes en nivel regular.

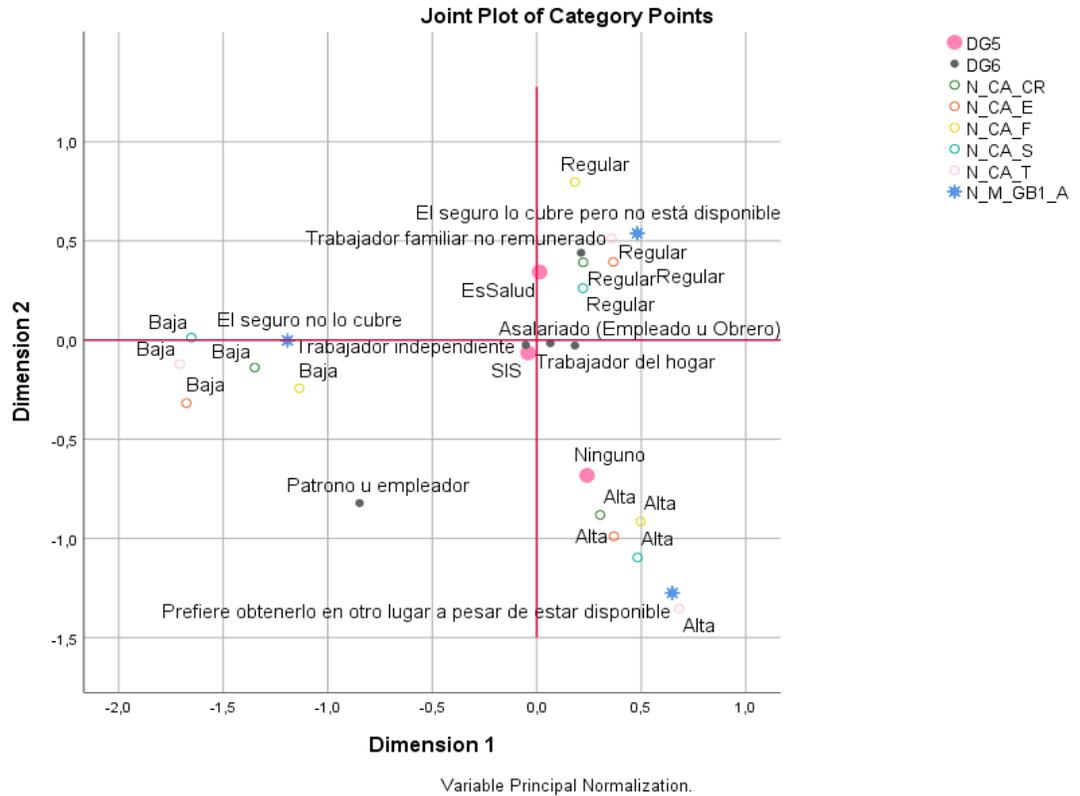
En un segundo cuadrante no incurren en gasto, se asociaron los trabajadores independientes con registro en SIS y baja calidad del servicio del sistema y componentes.

En un segundo cuadrante con gasto moderado, se asociaron los trabajadores del hogar y asalariados (empleados u obreros) con afiliación al seguro SIS y baja calidad del servicio con sus componentes.

En el tercer cuadrante, con gasto moderado, se asociaron los trabajadores independientes y calificación del servicio de salud en nivel bajo.

En el cuarto cuadrante, con frecuencia de gasto caótico, se asocian con relativa cercanía los trabajadores independientes, y patronos u empleadores sin registro de algún tipo de seguro, y calificación del servicio como, alta calidad.

Figura 4. Análisis factorial de correspondencia múltiple las constelaciones de puntos-modalidades acerca de motivo de gasto - tipo de seguro y ocupación-calidad del servicio que son próximos en cada cuadrante en el plano factorial



En la figura 4, los puntos-modalidades que son próximos en cada cuadrante de plano factorial se tiene lo siguiente:

Primer cuadrante: El seguro lo cubre, pero no está disponible se asociaron los trabajadores familiares no remunerados con tipo de Seguro EsSalud valorando el servicio de salud y sus cinco componentes en nivel regular.

En un segundo cuadrante, el seguro no lo cubre, se asociaron los trabajadores independientes y asalariados (empleados u obreros) con afiliación al seguro SIS valorando la calidad del servicio y componentes en nivel bajo.

En el tercer y cuarto cuadrante, Prefieren obtenerlo en otro lugar a pesar de estar disponible se asocian los patronos u empleadores, no cuentan con registro de seguro de salud y califican la calidad del servicio de salud en nivel alto.

Tabla 1. Análisis de distribución de datos sobre gasto del bolsillo y calidad del servicio por dimensiones

| | Statistic | df | Sig. |
|----------------------------------|-----------|----|-------|
| Calidad del servicio de salud | ,314 | 78 | ,000 |
| Fiabilidad | ,229 | 78 | ,000 |
| Capacidad de respuesta | ,313 | 78 | ,000 |
| Seguridad | ,352 | 78 | ,000 |
| Empatía | ,316 | 78 | ,000 |
| Tangible | ,295 | 78 | ,000 |
| Incurrencia de gasto de bolsillo | ,180 | 78 | ,000 |
| Frecuencia de gasto de bolsillo | ,181 | 78 | ,000 |
| Motivos de gasto de bolsillo | ,123 | 78 | ,005 |
| Gasto del bolsillo | ,087 | 78 | ,200* |

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

En consideración de la distribución de los datos sobre GBS, sigue una distribución normal con valor Sig. > ,05; mientras las distribuciones de los datos de las dimensiones de GB, variable calidad de atención y sus cinco componentes (Sig. < ,05) no siguen distribución Normal. Implica ello, que el contraste de hipótesis se realizó se realizó con la técnica multivariante, regresión logística ordinal.

Tabla 2. Prueba de bondad de ajuste del modelo global que explique gasto de bolsillo

| Model | -2 Log Likelihood | Chi-Square | df | Sig. |
|----------------|-------------------|------------|----|------|
| Intercept Only | 116,780 | | | |
| Final | ,000 | 116,780 | 16 | ,000 |

Link function: Logit.

En la tabla 2 se procede a demostrar estadísticamente por el p-valor = ,000 < ,05 y chi cuadrado = 116,780 el rechazo de la hipótesis nula de modo que el modelo se formuló con tan solo la constante. Lo que implica, un ajuste del modelo con calidad del servicio del sistema de salud influenciando al gasto del bolsillo. Es decir, el gasto del bolsillo global depende de variables regresores de la calidad del servicio del sistema de salud.

Tabla 3. Prueba de bondad de ajuste de adecuación de datos al modelo global que explique el gasto del bolsillo

| | Chi-Square | df | Sig. |
|----------|------------|-----|-------|
| Pearson | 51,721 | 114 | 1,000 |
| Deviance | 40,939 | 114 | 1,000 |

Link function: Logit.

En la tabla 3, los estadísticos Pearson y Deviance (Sig. > ,05) para ambos. Por lo tanto, se verifica el ingreso de calidad de atención para explicar su influencia en el gasto del bolsillo (GBS).

Tabla 4. Pseudo R cuadrado. Explicación de la influencia de la calidad del servicio del sistema de salud en el gasto del bolsillo

| | |
|---------------|------|
| Cox and Snell | ,776 |
| Nagelkerke | ,977 |
| McFadden | ,946 |

Link function: Logit.

La tabla 4, muestra el porcentaje de explicación del gasto del bolsillo en un 97,7 % en función de la variable independiente calidad del servicio del sistema de salud, toda vez que el valor del estadístico Nagelkerke es de ,977.

Tabla 5. Prueba de bondad de ajuste del modelo global que explique la incurrencia de gasto del bolsillo

| Model | -2 Log | | | |
|----------------|------------|------------|----|------|
| | Likelihood | Chi-Square | df | Sig. |
| Intercept Only | 90,715 | | | |
| Final | 12,203 | 78,512 | 16 | ,000 |

En la tabla 5 se procede a demostrar estadísticamente por el p-valor = ,000 < ,05 y chi cuadrado = 78,512 no se acepta la hipótesis nula, el modelo es configurado con el ingreso de la variable calidad de atención. Es decir, la incurrencia de gasto del bolsillo depende de variables regresores de la calidad del servicio del sistema de salud.

Tabla 6. Prueba de bondad de ajuste de adecuación de datos al modelo global que explique la incurrencia de gasto del bolsillo

| | Chi-Square | df | Sig. |
|----------|------------|----|-------|
| Pearson | 7,945 | 49 | 1,000 |
| Deviance | 10,353 | 49 | 1,000 |

Link function: Logit.

En la tabla 6, los estadísticos Pearson y Deviance (Sig. > ,05) para ambos. Por lo tanto, se verifica el ingreso de calidad de atención para explicar su influencia en la incurrencia de gasto del bolsillo (GBS).

Tabla 7. Pseudo R cuadrado. Explicación de la influencia de la calidad del servicio del sistema de salud en la incurrencia del gasto de bolsillo

| | |
|---------------|------|
| Cox and Snell | ,635 |
| Nagelkerke | ,903 |
| McFadden | ,830 |

Link function: Logit.

La tabla 7, muestra el porcentaje de explicación de la incurrencia de gasto del bolsillo en un 90,3 % en función de la variable independiente calidad del servicio del sistema de salud, toda vez que el valor del estadístico Nagelkerke es de ,903.

Tabla 8. Prueba de bondad de ajuste del modelo global que explique la frecuencia de gasto del bolsillo

| Model | -2 Log | | | |
|----------------|------------|------------|----|------|
| | Likelihood | Chi-Square | df | Sig. |
| Intercept Only | 112,747 | | | |
| Final | ,000 | 112,747 | 16 | ,000 |

Link function: Logit.

En la tabla 8 se procede a demostrar estadísticamente por el p-valor = ,000 < ,05 y chi cuadrado = 112,747 no se acepta la hipótesis nula, el modelo es configurado con el ingreso de la variable calidad de atención. Es decir, la frecuencia de gasto del bolsillo depende de variables regresores de la calidad del servicio del sistema de salud.

Tabla 9. Prueba de bondad de ajuste de adecuación de datos al modelo global que explique la frecuencia de gasto del bolsillo

| | Chi-Square | df | Sig. |
|----------|------------|-----|-------|
| Pearson | 58,535 | 114 | 1,000 |
| Deviance | 62,271 | 114 | 1,000 |

Link function: Logit.

Los estadísticos Pearson y Deviance (Sig. > ,05) para ambos. Por lo tanto, se verifica el ingreso de calidad de atención para explicar su influencia en la frecuencia de gasto del bolsillo (GBS).

Tabla 10. Pseudo R cuadrado. Explicación de la influencia de la calidad del servicio del sistema de salud en la frecuencia del gasto de bolsillo

| | |
|---------------|------|
| Cox and Snell | ,764 |
| Nagelkerke | ,953 |
| McFadden | ,893 |

Link function: Logit.

La tabla 10, muestra el porcentaje de explicación de la frecuencia de gasto del bolsillo en un 95,3 % en función de la variable independiente calidad del servicio del sistema de salud, toda vez que el valor del estadístico Nagelkerke es de ,953.

Tabla 11. Prueba de bondad de ajuste del modelo global que explique la motivación de gasto del bolsillo

| Model | -2 Log | | | |
|----------------|------------|------------|----|------|
| | Likelihood | Chi-Square | df | Sig. |
| Intercept Only | 153,059 | | | |
| Final | 63,036 | 90,023 | 16 | ,000 |

Link function: Logit.

En la tabla 11 se procede a demostrar estadísticamente por el p-valor = ,000 < ,05 y chi cuadrado 90,023 no se acepta la hipótesis nula, el modelo es configurado con el ingreso de la variable calidad de atención. Es decir, la frecuencia de gasto del bolsillo depende de variables regresores de la calidad del servicio del sistema de salud.

Tabla 12. Prueba de bondad de ajuste de adecuación de datos al modelo global que explique la motivación de gasto del bolsillo

| | Chi-Square | df | Sig. |
|----------|------------|-----|-------|
| Pearson | 71,188 | 114 | ,999 |
| Deviance | 57,976 | 114 | 1,000 |

Link function: Logit.

Los estadísticos Pearson y Deviance (Sig. > ,05) para ambos. Por lo tanto, se verifica el ingreso de calidad de atención para explicar su influencia en la motivación de gasto del bolsillo (GBS).

Tabla 13. Pseudo R cuadrado. Explicación de la influencia de la calidad del servicio del sistema de salud en la motivación del gasto de bolsillo

| | |
|---------------|------|
| Cox and Snell | ,685 |
| Nagelkerke | ,783 |
| McFadden | ,556 |

Link function: Logit.

La tabla 13, muestra el porcentaje de explicación de la motivación de gasto del bolsillo en un 78,3 % en función de la variable independiente calidad del servicio del sistema de salud, toda vez que el valor del estadístico Nagelkerke es de ,783.

V. DISCUSIÓN

Según el objetivo específico 1: analizar la correspondencia del gasto del bolsillo global asociado con el tipo de seguro, tipo de ocupación y valoración de la calidad de servicio del sistema de salud en el distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura, los resultados obtenidos en la figura 1 se evidencia con gasto de bolsillo alto a los trabajadores familiares no remunerados y trabajadores del hogar con tipo de Seguro de Salud EsSalud y SIS, con gasto de bolsillo moderado a los trabajadores del hogar y asalariados con afiliación al seguro SIS y baja calidad del servicio del sistema y con gasto de bolsillo caótico a los empleadores y patrones sin registro alguno calificando con bajo nivel de servicio del sistema de salud como a su vez a los trabajadores independientes con afiliación EsSalud o con ningún registro de tipo de seguro, quienes califican en alto, la calidad del servicio, los resultados son similares con la investigación de Cid et al (2021), quien identificó un gasto de bolsillo alto a los trabajadores familiares no remunerados, con gasto de bolsillo moderado a los trabajadores con seguro de EsSalud y SIS y con gasto de bolsillo caótico a los trabajadores independientes afiliados a EsSalud.

Según el objetivo específico 2: analizar la correspondencia de la incurrancia de gasto del bolsillo asociado con el tipo de seguro, tipo de ocupación y valoración de la calidad de servicio del sistema de salud en el distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura, los resultados obtenidos en la figura 2 se evidencia con incurrancia de gasto a los trabajadores familiares no remunerados y trabajadores del hogar con tipo de Seguro EsSalud con valoración del servicio de salud, los que no incurren son los trabajadores independientes con registro en SIS y baja calidad del servicio del sistema y los que si incurren en gasto son los patrones u empleadores sin registro de seguro de salud, calificaron el sistema de salud como bajo – alto, los resultados son similares con la investigación de Chato (2023), quien identificó 3 grupos: el primero con incurrancia de gasto conformados por los trabajadores no remunerados, el segundo los que no incurren siendo trabajadores independientes con SIS y el tercer grupo los que si incurren, siendo empleadores sin registro de salud.

Las personas incurren gastos e incrementa el riesgo de empobrecimiento de estas, sobre todo si se encuentran en situación de vulnerabilidad, con estado de salud más precario y necesitan mayor atención en salud. Es imperioso el aumento del gasto público en salud, con equidad y eficiencia, priorizar estratégicamente el primer nivel de atención (Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, 2021; Giménez Caballero et al., 2019; Guerrero-Ojeda, 2020).

Son los empleadores o patronos quienes incurren en gastos por diversas razones, los sueldos de sus empleados por los servicios prestados, muchas veces por horas extras, bonificaciones, incentivos, entre otros. Los beneficios laborales, infraestructura y equipamiento; cumplimiento normativo, impuestos y contribuciones; costos administrativos; seguridad laboral; despido y terminación, con indemnizaciones, liquidaciones y beneficios de salida. Es evidente la diferencia existente y significativa del gasto del bolsillo al considerar tipos ocupacionales, donde la incurrancia de gasto de los patronos y empleadores son aproximadamente nueve veces mayor que el gasto que los demás tipos de ocupación (Rojas Campos & Santos Campos, 2021).

Según el objetivo específico 3: Analizar la correspondencia de la frecuencia de gasto del bolsillo asociado con el tipo de seguro, tipo de ocupación y valoración de la calidad de servicio del sistema de salud en el distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura, los resultados obtenidos en la figura 3 se evidencia una frecuencia de gasto alto a los trabajadores familiares no remunerados, trabajadores del hogar e independientes con tipo de Seguro EsSalud con valoración del servicio, con gasto moderado a los trabajadores del hogar y asalariados con afiliación al seguro SIS y baja calidad del servicio y a los trabajadores independientes y calificación del servicio de salud en nivel bajo, y finalmente con frecuencia de gasto caótico a los trabajadores independientes, y patronos u empleadores sin registro de algún tipo de seguro, los resultados son similares con la investigación de (Petrera Pavone & Jiménez Sánchez, 2018), quien identificó 3 grupos: el primero con frecuencia de gasto alto conformados por los trabajadores no remunerados, el segundo con frecuencia de gasto moderado, siendo

trabajadores independientes con SIS y el tercer grupo con frecuencia de gasto caótico, siendo trabajadores independientes sin registro de salud.

Los trabajadores independientes a menudo enfrentan gastos caóticos debido a la naturaleza misma de su situación laboral, debido a sus ingresos irregulares, puesto que no tienen salario fijo y predecible, son susceptibles de variar de un mes a otro, lo que hace que sea difícil planificar y presupuestar gastos; la demanda de los servicios o productos de un trabajador independiente son fluctuantes puede ser estacional o estar sujeta a cambios impredecibles. Esto puede llevar a períodos de alta demanda seguidos de períodos de escasa actividad económica; los trabajadores independientes a menudo tienen gastos relacionados con su negocio que pueden ser irregulares o difíciles de prever; la falta de beneficios laborales a diferencia de los empleados regulares, ellos por lo general no reciben beneficios laborales como seguro de salud, seguro de desempleo o contribuciones a planes de jubilación de su empleador. Esto significa que deben asumir estos costos por su cuenta; los trabajadores independientes generalmente deben pagar sus impuestos trimestralmente, lo que puede ser un desafío para aquellos que no están acostumbrados a administrar sus propias obligaciones fiscales; la existencia de casos por gasto de marketing y autopromoción, a menudo necesitan invertir en ello para atraer clientes y mantener su flujo de trabajo; falta de estabilidad laboral: La inestabilidad laboral inherente al trabajo independiente puede hacer que los trabajadores se sientan menos seguros sobre sus ingresos futuros, lo que puede llevar a decisiones financieras impulsivas o desorganizadas. Si, la mayor frecuencia de gasto de bolsillo para empleados es en un 88.7 %, que deducción se podría especular para el gasto de bolsillo para los trabajadores independientes (C. G. Espinoza, 2023).

Según el objetivo específico 4: analizar la correspondencia de la motivación de gasto del bolsillo asociado con el tipo de seguro, tipo de ocupación y valoración de la calidad de servicio del sistema de salud en el distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura, los resultados obtenidos en la figura 4 se evidencia 3 grupos: en el primero se indica que el seguro lo cubre a los trabajadores familiares no remunerados con tipo de Seguro EsSalud valorando el servicio de salud y componentes en nivel regular. El

seguro donde el seguro no lo cubre, asociado a los trabajadores independientes y asalariados con afiliación al seguro SIS valorando la calidad del servicio y componentes en nivel bajo y el tercero prefieren obtenerlo en otro lugar a pesar de estar disponible, asociado a los patronos u empleadores que no cuentan con registro de seguro de salud y califican la calidad del servicio de salud y componentes en nivel alto, los resultados son similares con la investigación de (Rojas Campos & Santos Campos, 2021), quienes muestran que el seguro cubre a los trabajadores no remunerados con seguro EsSalud y no cubre a los trabajadores asalariados. Es un desafío para el cuidador no remunerado, la dificultad de no tener la oportunidad de combinar su trabajo de cuidado con retribución laboral, dificultad de tener ingresos y seguridad social adecuados y, el riesgo de sentir menoscabo de ser reconocido o no ser incluido socialmente, si eleva su carga mental por el rol de cuidador (Hessel et al., 2023). La falta de recursos disponibles por MINSA prolonga las estancias hospitalarias ello conlleva al incremento de complicaciones intrahospitalarias consecuentemente a una elevada mortalidad (Rojas Campos & Santos Campos, 2021; Soto, 2019).

Según el objetivo específico 5: explicar la influencia de la calidad de servicio del sistema de salud en la incurrencia de gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023, los resultados obtenidos en la tabla 7 se evidencia un porcentaje de explicación de incurrencia de gasto de bolsillo del 90.3% en función a la variable calidad de servicio del sistema de salud, los resultados son similares con la investigación de Hernández et al (2018), quien muestra una influencia de la incurrencia de gasto de bolsillo del 87.5% con respecto a la calidad de servicio del sistema de salud.

Según el objetivo específico 6: explicar la influencia de la calidad de servicio del sistema de salud en la frecuencia de gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023, los resultados obtenidos en la tabla 10 se evidencia un porcentaje de explicación de frecuencia de gasto de bolsillo del 95.3% en función a la variable calidad de servicio del sistema de salud, los resultados son similares con la investigación de Montañez (2018), quien muestra una influencia de la frecuencia de gasto de bolsillo del 89.6% con respecto a la calidad de

servicio del sistema de salud. Sumado a ello, el efecto negativo del seguro integral de salud (SIS) sobre el gasto de bolsillo, tal efecto también se encuentra en el caso del Seguro Social de Salud (Essalud), en las zonas urbanas inclusive a para los no pobres (L. García & Rojas, 2021). Mayor gasto para alcanzar un servicio de calidad por la mala percepción hacia los establecimientos públicos al no satisfacer las expectativas de atención de las personas (Fatima et al., 2018).

Según el objetivo específico 7: explicar la influencia de la calidad de servicio del sistema de salud en la motivación de gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023, los resultados obtenidos en la tabla 13 se evidencia un porcentaje de explicación de motivación de gasto de bolsillo del 78.3% en función a la variable calidad de servicio del sistema de salud, los resultados son similares con la investigación de (Briceño Huamán, 2022) quien muestra una influencia de la motivación de gasto de bolsillo del 74.8% con respecto a la calidad de servicio del sistema de salud. E inclusive desde covid19 las personas que no contaron con seguro alguno gastaron relativamente el doble de los que se hallaron con afiliación SIS o EsSalud (Rojas Campos & Santos Campos, 2021).

Los pacientes buscan establecimientos con calidad física instalada (Al Awadh, 2022; Mustika et al., 2019), equipo médicos y personal limpio y ordenado con actitudes favorables durante el proceso del servicio (Akdere et al., 2018; Al Awadh, 2022), dialogantes dispuestos para dar información rápida del proceso que siguen y demuestren voluntad persistente de ayuda al paciente (Akdere et al., 2018; Pour Babroudi et al., 2021). Son características que conectan positivamente con la lealtad del paciente hacia el servicio otorgado (Fatima et al., 2018).

VI. CONCLUSIONES

Se analizó la correspondencia del gasto del bolsillo global asociado con el tipo de seguro, tipo de ocupación y valoración de la calidad de servicio del sistema de salud en el distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura, determinando con gasto de bolsillo alto a los trabajadores familiares no remunerados y trabajadores del hogar con tipo de Seguro de Salud EsSalud y SIS, con gasto de bolsillo moderado a los trabajadores del hogar y asalariados con afiliación al seguro SIS y baja calidad del servicio del sistema y con gasto de bolsillo caótico a los empleadores y patrones sin registro alguno calificando con bajo nivel de servicio del sistema de salud como a su vez a los trabajadores independientes con afiliación EsSalud o con ningún registro de tipo de seguro, quienes califican en alto, la calidad del servicio

Se analizó la correspondencia de la incurrancia de gasto del bolsillo asociado con el tipo de seguro, tipo de ocupación y valoración de la calidad de servicio del sistema de salud en el distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura, determinando con incurrancia de gasto a los trabajadores familiares no remunerados y trabajadores del hogar con tipo de Seguro EsSalud con valoración del servicio de salud, los que no incurrían son los trabajadores independientes con registro en SIS y baja calidad del servicio del sistema y los que si incurrían en gasto son los patrones u empleadores sin registro de seguro de salud, calificaron el sistema de salud como bajo – alto.

Se analizó la correspondencia de la frecuencia de gasto del bolsillo asociado con el tipo de seguro, tipo de ocupación y valoración de la calidad de servicio del sistema de salud en el distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura, determinando una frecuencia de gasto alto a los trabajadores familiares no remunerados, trabajadores del hogar e independientes con tipo de Seguro EsSalud con valoración del servicio, con gasto moderado a los trabajadores del hogar y asalariados con afiliación al seguro SIS y baja calidad del servicio y a los trabajadores independientes y calificación del servicio de salud en nivel bajo, y finalmente con frecuencia de gasto caótico a los trabajadores independientes, y patronos u empleadores sin registro de algún tipo de seguro.

Se analizó la correspondencia de la motivación de gasto del bolsillo asociado con el tipo de seguro, tipo de ocupación y valoración de la calidad de servicio del sistema de salud en el distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura, determinando 3 grupos: en el primero se indica que el seguro lo cubre a los trabajadores familiares no remunerados con tipo de Seguro EsSalud valorando el servicio de salud y componentes en nivel regular. El segundo grupo es el seguro que no lo cubre, asociado a los trabajadores independientes y asalariados con afiliación al seguro SIS valorando la calidad del servicio y componentes en nivel bajo y el tercero prefieren obtenerlo en otro lugar a pesar de estar disponible, asociado a los patronos u empleadores que no cuentan con registro de seguro de salud y califican la calidad del servicio de salud y componentes en nivel alto.

Se explicó la influencia de la calidad de servicio del sistema de salud en la incurrencia de gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023, determinando un porcentaje de explicación de incurrencia de gasto de bolsillo del 90.3% en función a la variable calidad de servicio del sistema de salud.

Se explicó la influencia de la calidad de servicio del sistema de salud en la frecuencia de gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023, determinando un porcentaje de explicación de frecuencia de gasto de bolsillo del 95.3% en función a la variable calidad de servicio del sistema de salud.

Se explicó la influencia de la calidad de servicio del sistema de salud en la motivación de gasto del bolsillo en las familias del distrito Veintiséis de Octubre de la provincia de Piura en el año 2023, determinando un porcentaje de explicación de motivación de gasto de bolsillo del 78.3% en función a la variable calidad de servicio del sistema de salud.

VII. RECOMENDACIONES

Es necesario fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud a través de normativas, con el fin de mejorar la cobertura de los afiliados al SIS, otorgando protección financiera a los adultos mayores.

Es recomendable incorporar el servicio de telemedicina dirigido a la población vulnerable, con el propósito de actuar como fuente de comunicación entre el afiliado y el centro de salud.

Es indispensable realizar estudios acerca del acceso a los medicamentos para los afiliados del SIS, con el objetivo de mejorar el abastecimiento en las distintas redes de salud, incorporando normativas asociadas al derecho al acceso de la salud.

REFERENCIAS

- Abeldaño, R. A. (2017). Análisis del gasto de los hogares en salud en Argentina, como componente de la cobertura universal de salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1631-1640. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.21102015>
- Agrest, Martin y Druetta, Ivana. (2011). El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios, 22, 56-64. Vertex. https://www.researchgate.net/publication/266500563_El_concepto_de_recuperacion_la_importancia_de_la_perspectiva_y_la_participacion_de_los_usuarios
- Aguirre-Gas, H. G., Zavala-Villavicencio, J. A., Hernández-Torres, F. y Fajardo Dolci, G. (2010). Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. *Cirugía y Cirujanos*, 78(5),456-462. ISSN: 0009-7411. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=662/66220238015>
- Albornoz, G. y L Pusic, S. (2016). Evaluación de resultados quirúrgicos desde la perspectiva del paciente. *Revista Médica Clínica Las Condes*,27(1),107- 112. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.01.013>.
- Alvis-Zakzuk, J., Marrugo-Arnedo, C., Alvis-Zakzuk, N. J., Gómez de la Rosa, F., Florez-Tanus, Á., Moreno-Ruiz, D. y Alvis-Guzmán, N. (2018). Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(5), 591- 598. <https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v20n5.61403>
- Anderson, M. (2016, 24 de octubre). Escalas de medición y variables en estadística. Mauricio Anderson. <https://mauricioanderson.com/escalas-de-medicion-estadistica/>
- Badia, J. y Péres, X. (2015). Guías clínicas de la asociación española de cirujanos. Infecciones quirúrgicas,2. ARAN.
- Benítez, A., Hernando, A. y Velasco, C. (2019). Gasto de bolsillo en salud:una mirada al gasto en medicamentos. Puntos de referencia.Centro de Estudios Públicos, 502. https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20190130/20190130113629/pder502_abenitez_ahernando_cvelasco.pdf

- Caballero, E. G., Rodríguez, J. C., Ocampos, G. y Flores, L. (2017). Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 15(3), 64- 72. [https://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015\(03\)64-072](https://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015(03)64-072)
- Cañizares Fuentes, W. R. (2017). Evolución del sistema de salud de Perú: buenas prácticas y desafíos en su construcción. Década 2005-2014. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 445-451. <https://doi.org/10.15381/ANALES.V78I4.14269>
- Cañizares, W. R. (2017). Evolución del sistema de salud de Perú: buenas prácticas y desafíos en su construcción. Década 2005-2014. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 445- 451. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14269>
- Cetrángolo, O., Chamorro, A., & Lugo, M. A. (2020). Gasto de bolsillo en salud y colecta de ingresos tributarios: comparación internacional y efectos distributivos en Uruguay. *Revista de la CEPAL*, (122), 71-90.
- De Maeseneer, J., & Debunne, M. (1988). Los pacientes, un recurso para la atención de salud. *Foro Mundial de la Salud (OMS)*, 458-463. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/50244/WHF_1988_9%283%29_p449-453.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Donabedian, A. (2017). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691. <https://doi.org/10.1111/J.1468-0009.2005.00397.X>
- Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 546. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.125450>
- Eze, P., Lawani, L. O., Agu, U. J., Amara, L. U., Okorie, C. A., & Acharya, Y. (2022). Factors associated with catastrophic health expenditure in sub-Saharan Africa: A systematic review. *PloS one*, 17(10). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0276266>

- Flores, G., Krishnakumar, J., O'Donnell, O., & Van Doorslaer, E. (2018). Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. *Health economics*, 17(12), 1393-1412. <https://doi.org/10.1002/HEC.1338>
- Guerrero-Ojeda, G. A. (2020). Gasto de bolsillo en salud y riesgo de pobreza en hogares peruanos. Perú 2017. *Salud & Vida Sipanense*, 7(2), 27-40. <https://doi.org/10.26495/svs.v7i2.1459>
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación : las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill Education.
- Hibbard, J. H., Greene, J., Sofaer, S., Firminger, K., & Hirsh, J. (2020). An experiment shows that a well-designed report on costs and quality can help consumers choose high-value health care. *Health affairs (Project Hope)*, 31(3), 560-568. <https://doi.org/10.1377/HLTHAFF.2011.1168>
- Huicho, L., Dávila, M., Campos, M., Drasbek, C., Bryce, J., & Victora, C. G. (2006). Expandiendo la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia a nivel nacional: logros y retos en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 67(1), 77-92. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Huicho, L., Segura, E. R., & Huayanay-Espinoza, C. A. (2019). Gasto de bolsillo en salud en el Perú en comparación con otros países de ingresos medios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(3), 475-482.
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Joseph, N. T., Danaei, G., García-Saisó, S., & Salomon, J. A. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *The Lancet*, 392(10160), 2203-2212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)
- Laokri, S., Soelaeman, R., & Hotchkiss, D. R. (2018). Assessing out-of-pocket expenditures for primary health care: How responsive is the Democratic Republic of Congo health system to providing financial risk protection? *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/S12913-018-3211-X/TABLES/5>

- Lin, W., & Yin, W. (2022). Impacts of service quality, brand image, and perceived value on outpatient's loyalty to China's private dental clinics with service satisfaction as a mediator. *PloS one*, 17(6). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0269233>
- Montañez, V. (2018). Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú [Tesis de Maestría, Universidad de Complutense de Madrid]. Repositorio. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49480/1/T40330.pdf>
- Murray, C. J. L., & Frenk, J. (2010). Theme Papers A framework for assessing the performance of health systems.
- OECD and The World Bank. (2020). Estadísticas - OCDE en español. <https://www.oecd.org/espanol/estadisticas/gastoensalud.htm>
- OMS. (2010). Informe sobre la salud en el mundo : La financiación de los sistemas de salud ; el camino hacia la cobertura universal. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ooms, G., Latif, L. A., Waris, A., Brolan, C. E., Hammonds, R., Friedman, E. A., Mulumba, M., & Forman, L. (2014). Is universal health coverage the practical expression of the right to health care? *BMC International Health and Human Rights*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-698X-14-3>
- Organización Panamericana de la Salud (2019). Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Sampling Techniques on a Population Study. http://www.intjmorphol.com/abstract/?art_id=4051
- Pantoja, B. (2018). Aspectos generales de la transfusión de sangre y sus componentes. *Revista Médica Vozandes*, 29, 83– 90. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/998918/rc_01.pdf

- Papanicolas, I., Woskie, L. R., & Jha, A. K. (2018). Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. *JAMA*, 319(10), 1024-1039. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2018.1150>
- 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 Publica*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20>
- Ramírez-Castaño, L., Fernández-Niño, J. A., & Pinzón, L. C. (2018). Equidad en el gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe, 2000-2010. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e156.
- Ruiz, H. L. (2012). Empobrecimiento por Gasto de Bolsillo en Salud Informe Final. <http://data.worldbank.org/country/peru>
- Sánchez Carlessi, H., Reyes Romero, C., & Mejía Sáenz, K. (2018). Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística. <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>
- Velásquez, A., Suarez, D., & Nepo-Linares, E. (2016). Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(3), 546-555. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2338>
- Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smitz, M. F., Chepynoga, K., Buisman, L. R., van Wilgenburg, K., & Eozenou, P. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *The Lancet. Global health*, 6(2), e169-e179. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1)
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2017). Protecting households from catastrophic health spending. *Health affairs (Project Hope)*, 26(4), 972-983. <https://doi.org/10.1377/HLTHAFF.26.4.972>

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE GASTO DE BOLSILLO EN SALUD Y SISTEMA DE SALUD

| GASTO DE BOLSILLO EN SALUD (Usuario) | | | |
|--|--|-----------------------------------|--------------|
| <p>El presente cuestionario consta de setenta y cuatro (74) preguntas, divididas en 5 partes: Incurrencia de gasto, frecuencia de gasto, Motivo de gasto, expectativa de la calidad de atención y Percepción de la calidad de atención, que se refieren al Gasto de Bolsillo en Salud que realizó su hogar en los últimos 12 meses. Escuche detenidamente cada pregunta, elija una sola alternativa entre "SI" o "NO"; "Poco frecuente", "frecuente", "muy frecuente" también como alternativa esta: "El seguro no lo cubre", "El seguro lo cubre, pero no está disponible", "Prefiere obtenerlo en otro lugar a pesar de estar disponible". Suerte y muchas gracias</p> | | | |
| N° | Indicador | Escala | Valor |
| 1 | Condición del Encuestado | Jefe (a) | 1 |
| | | Cónyuge | 2 |
| | | Hijo (a) | 3 |
| 2 | Edad del encuestado en años | 19 - 29 años | 1 |
| | | 31 - 59 años | 2 |
| | | 61 y más | 3 |
| 3 | Sexo | Masculino | 1 |
| | | Femenino | 2 |
| 4 | Grado de Instrucción | Ninguno o Inicial | 1 |
| | | Primaria | 2 |
| | | Secundaria | 3 |
| | | Superior | 4 |
| 5 | Tipo de Seguro de Salud por el cual se atiende | SIS | 1 |
| | | EsSALUD | 2 |
| | | Ninguno | 3 |
| 6 | Tipo de Ocupación | Trabajador Independiente | 1 |
| | | Asalariado (Empleado u Obrero) | 2 |
| | | Trabajador Familiar no remunerado | 3 |
| | | Trabajador del Hogar | 4 |
| | | Patrono / Empleador | 5 |
| 7 | Número de miembros en su hogar | 2 - 5 miembros | 1 |
| | | 7 - 9 miembros | 2 |
| | | 11 o más miembros | 3 |
| 8 | Número de Adultos Mayores en su hogar | Ninguno | 1 |
| | | 2 Adulto Mayor | 2 |
| | | 3 Adultos Mayores | 3 |
| | | 4 o más Adultos Mayores | 4 |
| 9 | Número de miembros en su hogar con alguna enfermedad crónica | Ninguno | 1 |
| | | 1 miembro | 2 |
| | | 2 miembro | 3 |
| | | 4 o más miembros | 4 |

| N° | Preguntas | | | |
|--|---|---|---|---|
| Incurrencia de gasto | | | | |
| Elija una sola alternativa entre: 1= "SI" o 2= "NO". Suerte y muchas gracias | | 1 | 2 | |
| I_1 | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Equipos de Protección Personal e Insumos de Bioseguridad? (mascarillas, mamelucos, protector facial, Alcohol, Jabón, entre otros) | | | |
| I_2 | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Consulta Médica? | | | |
| I_3 | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Exámenes de Laboratorio? (pruebas para descartar, entre otros de control y seguimiento de la gravedad de la enfermedad) | | | |
| I_4 | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Exámenes de Diagnóstico por Imágenes? (rayos x, tomografía, entre otros) | | | |
| I_5 | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Medicamentos? (incluyendo el oxígeno medicinal) | | | |
| I_6 | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Dispositivos Médicos? (oxímetro de pulso, termómetro, tensiómetro, entre otros) | | | |
| I_7 | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Hospitalización y/o Unidad de Cuidados Intensivos - UCI? | | | |
| I_8 | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Transporte? (taxis, buses, ambulancia o en gasolina en caso de tener vehículo propio) | - | - | |
| I_9 | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en diagnóstico y/o tratamiento por afecciones de salud mental? (estrés, depresión, ansiedad, entre otros) | | | |
| I_10 | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Sepelio? (ataúd, Traslado al cementerio o crematorio, Sepultura o Cremación y Urna) | - | - | |
| Frecuencia de gasto | | | | |
| Elija una sola alternativa entre: 1= Poco frecuente, 2= Frecuente y 3= Muy frecuente. Suerte y muchas gracias | | 1 | 2 | 3 |
| F_11 | ¿Con que frecuencia gastó en Equipos de Protección Personal e Insumos de bioseguridad? | | | |
| F_12 | ¿Con que frecuencia gastó en Consulta Médica? | | | |
| F_13 | ¿Con que frecuencia gastó en Exámenes de Laboratorio? | | | |
| F_14 | ¿Con que frecuencia gastó en Exámenes de Diagnóstico por Imágenes? | | | |
| F_15 | ¿Con que frecuencia gastó en Medicamentos? | | | |
| F_16 | ¿Con que frecuencia gastó en Dispositivos Médicos? | | | |
| F_17 | ¿Con que frecuencia gastó en Hospitalización y/o Unidad de Cuidados Intensivos? | | | |
| F_18 | ¿Con que frecuencia gastó en transporte? | - | - | - |
| F_19 | ¿Con que frecuencia gastó en diagnóstico y/o tratamiento por afecciones Crónicas? | | | |
| F_20 | ¿Gastó en Sepelio fue asumido por usted o algún miembro de su familia o fue financiado por terceros? | - | - | - |
| Motivo del Gasto | | | | |
| Elija una sola alternativa entre: 1= El seguro no lo cubre, 2= El seguro lo cubre pero no está disponible y 3= Prefiere obtenerlo en otro lugar a pesar de estar disponible. Suerte y muchas gracias | | 1 | 2 | 3 |
| M_21 | ¿Qué motivo realizar algún gasto en Equipos de Protección Personal e Insumos de bioseguridad? | | | |
| M_22 | ¿Qué motivo realizar algún gasto en Consulta Médica? | | | |
| M_23 | ¿Qué motivo realizar algún gasto en Exámenes de Laboratorio? | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| M_24 | ¿Qué motivo realizar algún gasto en Exámenes de Diagnóstico por Imágenes? | | | |
| M_25 | ¿Qué motivo realizar algún gasto en Medicamentos? | | | |
| M_26 | ¿Qué motivo realizar algún gasto en Dispositivos Médicos? | | | |
| M_27 | ¿Qué motivo realizar algún gasto en Hospitalización y/o Unidad de Cuidados Intensivos? | | | |
| M_28 | ¿Qué motivo realizar algún gasto en transporte? | - | - | - |
| M_29 | ¿Qué motivo realizar algún gasto en diagnóstico y/o tratamiento por afecciones Crónicas? | | | |
| M_30 | ¿Qué motivo realizar algún gasto en Sepelio? | - | - | - |
| Calidad de la atención | | | | |
| Elija una sola alternativa entre: 1= El seguro no lo cubre, 2= El seguro lo cubre, pero no está disponible y 3= Prefiere obtenerlo en otro lugar a pesar de estar disponible. Suerte y muchas gracias | | 1 | 2 | 3 |
| EXPECTATIVAS DE CALIDAD DE ATENCION | | | | |
| E_1 | Que Usted sea atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas | - | - | - |
| E_2 | Que la atención se realice en orden y respetando el orden de llegada | | | |
| E_3 | Que la atención por el médico u otro profesional se realice según el horario publicado en el EESS | | | |
| E_4 | Que el Establecimiento cuente con mecanismos para atender las quejas o reclamos de los pacientes | | | |
| E_5 | Que la farmacia cuente con los medicamentos que receta el médico | | | |
| E_6 | Que la atención en el área de caja/farmacia sea rápida | | | |
| E_7 | Que la atención en el área de admisión sea rápida | | | |
| E_8 | Que el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio sea corto | | | |
| E_9 | Que el Establecimiento cuente con mecanismos para resolver cualquier problema que dificulte la atención de los usuarios | | | |
| E_10 | Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad | | | |
| E_11 | Que el médico u otro profesional que le atenderá le realice un examen completo y minucioso | | | |
| E_12 | Que el médico u otro profesional que le brinde el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas sobre su salud | | | |
| E_13 | Que el médico u otro profesional que le atenderá le inspire confianza | | | |
| E_14 | Que el médico u otro profesional que le atenderá le trate con amabilidad, respeto y paciencia | | | |
| E_15 | Que el personal de caja/ farmacia le trate con amabilidad, respeto y paciencia | | | |
| E_16 | Que el personal de admisión le trate con amabilidad, respeto y paciencia | | | |
| E_17 | Que usted comprenda la explicación que le brindará el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de la atención | | | |
| E_18 | Que usted comprenda la explicación que el médico u otro profesional le brindarán sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud | | | |
| E_19 | Que los carteles letreros o flechas del establecimiento sean adecuados para orientar a los pacientes | | | |
| E_20 | Que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y cuenten con mobiliario para comodidad de los pacientes | | | |
| E_21 | Que el establecimiento de salud cuente con baños limpios para los pacientes | | | |
| E_22 | Que los consultorios cuenten con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención | | | |

| PERCEPCION DE CALIDAD DE ATENCION | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|
| 1 | ¿Usted fue atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas? | | | |
| 2 | ¿Su atención se realizó en orden y respetando el orden de llegada? | | | |
| 3 | ¿Su atención se realizó según el horario publicado en el establecimiento de salud? | | | |
| 4 | ¿Cuándo usted quiso presentar alguna queja o reclamo el establecimiento contó con mecanismos para atenderlo? | | | |
| 5 | ¿La farmacia contó con los medicamentos que recetó el médico? | | | |
| 6 | ¿La atención en el área de caja/farmacia fue rápida? | | | |
| 7 | ¿La atención en el área de admisión fue rápida? | | | |
| 8 | ¿El tiempo que usted esperó para ser atendido en el consultorio fue corto? | | | |
| 9 | ¿Cuándo usted presentó algún problema o dificultad se resolvió inmediatamente? | | | |
| 10 | ¿Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad? | | | |
| 11 | ¿El médico u otro profesional que le atendió le realizaron un examen completo y minucioso? | | | |
| 12 | ¿El médico u otro profesional que le atendió le brindó el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas? | | | |
| 13 | ¿El médico u otro profesional que le atendió le inspiró confianza? | - | - | - |
| 14 | ¿El médico u otro profesional que le atendió le trató con amabilidad, respeto y paciencia? | | | |
| 15 | ¿El personal de caja, /farmacia le trató con amabilidad, respeto y paciencia? | | | |
| 16 | ¿El personal de admisión le trató con amabilidad, respeto y paciencia? | - | - | - |
| 17 | ¿Usted comprendió la explicación que el médico u otro profesional le brindó sobre su salud o resultado de su atención? | | | |
| 18 | ¿Usted comprendió la explicación que el médico u otro profesional le brindó sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud? | | | |
| 19 | ¿Los carteles, letreros o flechas del establecimiento fueron adecuados para orientar a los pacientes? | | | |
| 20 | ¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y contaron con bancas o sillas para su comodidad? | | | |
| 21 | ¿El establecimiento de salud conto con baños limpios para los pacientes? | | | |
| 22 | ¿El consultorio donde fue atendido contó con equipos disponibles y los materiales necesarios para su atención? | | | |

ANEXO 02: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES Y SUBVARIABLES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADOR | ÍTEMS | ESCALA |
|----------------------------|---|---|----------------------------|--|----------------------------------|---|---|
| Gasto de Bolsillo en Salud | Son pagos directos no reembolsables que incurren las personas en la utilización de los servicios sanitarios, que no son solventados por el Estado o por algún tipo de seguro. OCDE (2020) Lavilla Ruiz (2012) | Incurrancia de gasto son Gastos incurridos cualquier dinero que una persona o entidad debe o realizo por compras realizadas o gastos recurrentes, OCDE (2020) | Incurrancia de gasto | Protección personal, aquellos principios, técnicas y prácticas aplicadas con el fin de evitar la exposición no intencional a patógenos y toxinas, o su liberación accidental, (Aguilar) | Protección personal | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Equipos de Protección Personal e Insumos de Bioseguridad? | Nominal Dicotómico 1: SI 2: NO |
| | | | | Las consultas médicas son una medición importante del acceso general a los servicios de salud, ya que la mayoría de las enfermedades pueden tratarse en la atención primaria (OCDE) | Consulta medica | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Consulta Médica? | |
| | | | | son aquellos estudios complementarios que se realizan a la evaluación clínica de un paciente que permite al médico tratante confirmar un diagnóstico y/o realizar acciones terapéuticas. | Examen de laboratorio e imágenes | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Exámenes de Laboratorio? | |
| | | | | | | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Exámenes de Diagnóstico por Imágenes? | |
| | | | | Se denomina medicamento a las sustancias que contienen propiedades específicas para el tratamiento o prevención de enfermedades | Medicamentos y dispositivos | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Medicamentos? | |
| | | | | Corresponde a la permanencia de un paciente en un establecimiento asistencial público o privado | Hospitalización | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Hospitalización y/o Unidad de Cuidados Intensivos? | |
| | | | | Transporte es el medio por el cual son trasladados datos, objetos o seres vivos de un lugar a otro. | Transporte | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Transporte? | |
| | | | | Una afección es crónica cuando dura más de tres meses. Las enfermedades crónicas muestran una progresión lenta y no desaparecen en forma rápida o fácil | Afecciones crónicas | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en diagnóstico y/o tratamiento por afecciones crónicas? | |
| | | sepelio se refiere a la ceremonia y arreglos posteriores a un funeral, en donde se lleva a cabo el entierro o inhumación, incluso la cremación, de los restos de una persona cuando fallece | Sepelio | ¿Usted o algún miembro de su hogar gastó en Sepelio? | | | |
| | | La frecuencia de gasto en salud se refiere a la cantidad de veces que se realiza un gasto en salud durante un período determinado. Poco frecuente una vez cada 3 meses. Frecuente 1 vez al mes y muy frecuente 1 vez o más. a la semana | Frecuencia de gasto | Protección personal, aquellos principios, técnicas y prácticas aplicadas con el fin de evitar la exposición no intencional a patógenos y toxinas, o su liberación accidental, (Aguilar) | Protección personal | ¿Con que frecuencia gastó en Equipos de Protección Personal e Insumos de bioseguridad? | 1= Poco frecuente 2= Frecuente 3= Muy frecuente |
| | | | | Las consultas médicas son una medición importante del acceso general a los servicios de salud, ya que la mayoría de las enfermedades pueden tratarse en la atención primaria (OCDE) | Consulta medica | ¿Con que frecuencia gastó en Consulta Médica? | 1= Poco frecuente 2= Frecuente 3= Muy frecuente |
| | | | | son aquellos estudios complementarios que se realizan a la evaluación clínica de un paciente que permite al médico tratante confirmar un diagnóstico y/o realizar acciones terapéuticas. | Examen de laboratorio e imágenes | ¿Con que frecuencia gastó en Exámenes de Laboratorio? | 1= Poco frecuente 2= Frecuente 3= Muy frecuente |
| | | | | | | ¿Con que frecuencia gastó en Exámenes de Diagnóstico por Imágenes? | 1= Poco frecuente 2= Frecuente 3= Muy frecuente |
| | | | | | | ¿Con que frecuencia gastó en Medicamentos? | 1= Poco frecuente |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|------------------|---|----------------------------------|--|---|
| | | | | Se denomina medicamento a las sustancias que contienen propiedades específicas para el tratamiento o prevención de enfermedades | Medicamentos y dispositivos | | 2= Frecuente 3= Muy frecuente |
| | | | | Corresponde a la permanencia de un paciente en un establecimiento asistencial público o privado | Hospitalización | ¿Con que frecuencia gastó en Dispositivos Médicos? | 1= Poco frecuente 2= Frecuente 3= Muy frecuente |
| | | | | Transporte es el medio por el cual son trasladados datos, objetos o seres vivos de un lugar a otro. | Transporte | ¿Con que frecuencia gastó en Hospitalización y/o Unidad de Cuidados Intensivos? | 1= Poco frecuente 2= Frecuente 3= Muy frecuente |
| | | | | Una afección es crónica cuando dura más de tres meses. Las enfermedades crónicas muestran una progresión lenta y no desaparecen en forma rápida o fácil | Afecciones crónicas | ¿Con que frecuencia gastó en transporte? | 1= Poco frecuente 2= Frecuente 3= Muy frecuente |
| | | | | sepelio se refiere a la ceremonia y arreglos posteriores a un funeral, en donde se lleva a cabo el entierro o inhumación, incluso la cremación, de los restos de una persona cuando fallece | Sepelio | ¿Con que frecuencia gastó en diagnóstico y/o tratamiento por afecciones Crónicas? | 1= Poco frecuente 2= Frecuente 3= Muy frecuente |
| | | | | | | ¿Gastó en Sepelio fue asumido por usted o algún miembro de su familia o fue financiado por terceros? | 1= Usted 2= Familia 3= Terceros |
| | | motivo es aquella razón o circunstancia, que mueve a alguien a hacer algo, o que provoca un gasto para mantener o mejorar su salud | Motivo del Gasto | Protección personal, aquellos principios, técnicas y prácticas aplicadas con el fin de evitar la exposición no intencional a patógenos y toxinas, o su liberación accidental, (Aguilar) | Protección personal | ¿Qué motivo realizar algún gasto en Equipos de Protección Personal e Insumos de bioseguridad? | 1= El seguro no lo cubre 2= El seguro lo cubre, pero no está disponible 3= Prefiere obtenerlo en otro lugar a pesar de estar disponible |
| | | | | Las consultas médicas son una medición importante del acceso general a los servicios de salud, ya que la mayoría de las enfermedades pueden tratarse en la atención primaria (OCDE) | Consulta medica | ¿Qué motivo realizar algún gasto en Consulta Médica? | 1= El seguro no lo cubre 2= El seguro lo cubre, pero no está disponible 3= Prefiere obtenerlo en otro lugar a pesar de estar disponible |
| | | | | son aquellos estudios complementarios que se realizan a la evaluación clínica de un paciente que permite al médico tratante confirmar un diagnóstico y/o realizar acciones terapéuticas. | Examen de laboratorio e imágenes | ¿Qué motivo realizar algún gasto en Exámenes de Laboratorio? | 1= El seguro no lo cubre 2= El seguro lo cubre, pero no está disponible 3= Prefiere obtenerlo en otro lugar a pesar de estar disponible |
| | | | | Se denomina medicamento a las sustancias que contienen propiedades específicas para el tratamiento o prevención de enfermedades | Medicamentos y dispositivos | ¿Qué motivo realizar algún gasto en Exámenes de Diagnóstico por Imágenes? | 1= El seguro no lo cubre 2= El seguro lo cubre, pero no está disponible 3= Prefiere obtenerlo en otro lugar a pesar de estar disponible |
| | | | | | | ¿Qué motivo realizar algún gasto en Medicamentos? | 1= El seguro no lo cubre 2= El seguro lo cubre, pero no está disponible |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---------------------|--|---|
| | | | | | | 3= Prefiere obtenerlo en otro lugar a pesar de estar disponible |
| | | | | | ¿Qué motivo realizar algún gasto en Dispositivos Médicos? | 1= El seguro no lo cubre 2= El seguro lo cubre, pero no está disponible 3= Prefiere obtenerlo en otro lugar a pesar de estar disponible |
| | | | Corresponde a la permanencia de un paciente en un establecimiento asistencial público o privado | Hospitalización | ¿Qué motivo realizar algún gasto en Hospitalización y/o Unidad de Cuidados Intensivos? | 1= El seguro no lo cubre 2= El seguro lo cubre, pero no está disponible 3= Prefiere obtenerlo en otro lugar a pesar de estar disponible |
| | | | Transporte es el medio por el cual son trasladados datos, objetos o seres vivos de un lugar a otro. | Transporte | ¿Qué motivo realizar algún gasto en transporte? | 1= El seguro no lo cubre 2= El seguro lo cubre, pero no está disponible 3= Prefiere obtenerlo en otro lugar a pesar de estar disponible |
| | | | Una afección es crónica cuando dura más de tres meses. Las enfermedades crónicas muestran una progresión lenta y no desaparecen en forma rápida o fácil | Afecciones crónicas | ¿Qué motivo realizar algún gasto en diagnóstico y/o tratamiento por afecciones Crónicas? | 1= El seguro no lo cubre 2= El seguro lo cubre, pero no está disponible 3= Prefiere obtenerlo en otro lugar a pesar de estar disponible |
| | | | sepelio se refiere a la ceremonia y arreglos posteriores a un funeral, en donde se lleva a cabo el entierro o inhumación, incluso la cremación, de los restos de una persona cuando fallece | Sepelio | ¿Qué motivo realizar algún gasto en Sepelio? | 1= El seguro no lo cubre 2= El seguro lo cubre, pero no está disponible 3= Prefiere obtenerlo en otro lugar a pesar de estar disponible |

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADOR | ÍTEMS | ESCALA |
|------------------------|--|--|-------------|---|---|---------|
| Calidad de la atención | un sistema de salud es una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y | Define lo que el usuario espera del servicio que brinda la institución de salud. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus | EXPECTATIVA | Fiabilidad | Que Usted sea atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas | Ordinal |
| | | | | | Que la atención se realice en orden y respetando el orden de llegada | |
| | | | | | Que la atención por el médico u otro profesional se realice según el horario publicado en el EESS | |
| | | | | | Que el Establecimiento cuente con mecanismos para atender las quejas o reclamos de los pacientes | |
| | | | | Capacidad de respuesta | Que la farmacia cuente con los medicamentos que receta el médico | |
| | | | | | Que la atención en el área de caja/farmacia sea rápida | |
| | | | | | Que la atención en el área de admisión sea rápida | |
| | | | | Que el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio sea corto | | |

| | | | | | | | |
|---|---|--|------------|--|---|---------|---|
| | mejorar la salud de la población | necesidades conscientes, la comunicación boca a boca e información externa | | | Que el Establecimiento cuente con mecanismos para resolver cualquier problema que dificulte la atención de los usuarios | | |
| | | | | | Seguridad | | Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad |
| Que el médico u otro profesional que le atenderá le realice un examen completo y minucioso | | | | | | | |
| Que el médico u otro profesional que le brinde el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas sobre su salud | | | | | | | |
| Que el médico u otro profesional que le atenderá le inspire confianza | | | | | | | |
| Empatía | | | | | Que el médico u otro profesional que le atenderá le trate con amabilidad, respeto y paciencia | | |
| | | | | | Que el personal de caja/ farmacia le trate con amabilidad, respeto y paciencia | | |
| | | | | | Que el personal de admisión le trate con amabilidad, respeto y paciencia | | |
| | | | | | Que usted comprenda la explicación que le brindará el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de la atención | | |
| Aspectos tangibles | | | | | Que usted comprenda la explicación que el médico u otro profesional le brindarán sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud | | |
| | Que los carteles letreros o flechas del establecimiento sean adecuados para orientar a los pacientes | | | | | | |
| | Que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y cuenten con mobiliario para comodidad de los pacientes | | | | | | |
| | Que el establecimiento de salud cuente con baños limpios para los pacientes | | | | | | |
| | Cómo percibe el usuario que la organización cumple con la entrega del servicio de salud ofertado. | | PERCEPCION | | Que los consultorios cuenten con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención | Ordinal | |
| | | | | | Fiabilidad | | ¿Usted fue atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas? |
| | | | | | | | ¿Su atención se realizó en orden y respetando el orden de llegada? |
| | | | | | | | ¿Su atención se realizó según el horario publicado en el establecimiento de salud? |
| | | | | | | | ¿Cuándo usted quiso presentar alguna queja o reclamo el establecimiento contó con mecanismos para atenderlo? |
| | | | | | | | ¿La farmacia contó con los medicamentos que recetó el médico? |
| | | | | | Capacidad de respuesta | | ¿La atención en el área de caja/farmacia fue rápida? |
| | | | | | | | ¿La atención en el área de admisión fue rápida? |
| | | | | | | | ¿El tiempo que usted esperó para ser atendido en el consultorio fue corto? |
| | | | | | Seguridad | | ¿Cuándo usted presentó algún problema o dificultad se resolvió inmediatamente? |
| | | | | | | | ¿Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad? |
| | | | | | | | ¿El médico u otro profesional que le atendió le realizaron un examen completo y minucioso? |
| | | | | | | | ¿El médico u otro profesional que le atendió le brindo el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas? |
| | | | | | Empatía | | ¿El médico u otro profesional que le atendió le inspiró confianza? |
| | | | | | | | ¿El médico u otro profesional que le atendió le trató con amabilidad, respeto y paciencia? |
| | | | | | | | ¿El personal de caja, /farmacia le trató con amabilidad, respeto y paciencia? |

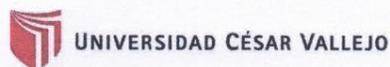
| | | | | | | |
|--|--|--|--------------------|--|---|--|
| | | | | | ¿El personal de admisión le trató con amabilidad, respeto y paciencia? | |
| | | | | | ¿Usted comprendió la explicación que el médico u otro profesional le brindó sobre su salud o resultado de su atención? | |
| | | | | | ¿Usted comprendió la explicación que el médico u otro profesional le brindó sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud? | |
| | | | Aspectos tangibles | | ¿Los carteles, letreros o flechas del establecimiento fueron adecuados para orientar a los pacientes? | |
| | | | | | ¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y contaron con bancas o sillas para su comodidad? | |
| | | | | | ¿El establecimiento de salud conto con baños limpios para los pacientes? | |
| | | | | | ¿El consultorio donde fue atendido contó con equipos disponibles y los materiales necesarios para su atención? | |

VARIABLES INTERVENENTES – DATOS GENERALES

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERATIVA | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | INDICADOR | CATEGORÍA | VALORES DE CATEGORÍA |
|-------------------------|--|---|------------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------------------|
| SEXO | Condición orgánica, masculina o femenina. | Características fenotípicas del individuo | Cualitativa | Dicotómica | Género | Hombre | 1 |
| | | | | | | Mujer | 2 |
| EDAD | Tiempo de vida de una persona expresada en años | Rango de Edad | Cuantitativa | Razón | Años cumplidos | 18 - 29 años | 1 |
| | | | | | | 30 - 59 años | 2 |
| | | | | | | 60 y más años | 3 |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | Es el grado más alto de estudios alcanzado de los niveles de enseñanza existentes en el sistema educativo. | Último grado alcanzado | Cualitativa | Ordinal | Nivel de Educación | Ninguno o Inicial | 1 |
| | | | | | | Primaria | 2 |
| | | | | | | Secundaria | 3 |
| | | | | | | Superior | 4 |
| TIPO DE SEGURO DE SALUD | Son aquellos que proporcionan una cobertura sanitaria, en caso de padecer alguna enfermedad o dolencia | Tipo de Seguro de Salud en el que se encuentre afiliado el encuestado | Cualitativa | Nominal | Seguro de Salud | SIS | 1 |
| | | | | | | EsSalud | 2 |
| | | | | | | Sin Seguro de Salud | 3 |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--------------|----------|--|-----------------------------------|---|
| TIPO DE OCUPACION | Es el tipo de labor que desempeña una persona en un determinado centro laboral. | Tipo de ocupación que tiene la persona encuestada | Cualitativa | Nominal | Ocupación Laboral | Trabajador Independiente | 1 |
| | | | | | | Asalariado | 2 |
| | | | | | | Trabajador Familiar no Remunerado | 3 |
| | | | | | | Trabajador del Hogar | 4 |
| | | | | | | Patrono / Empleado | 5 |
| NÚMERO DE MIEMBROS EN EL HOGAR | Son personas que comparten los gastos y viven habitualmente en el hogar. | Cantidad de miembros en el hogar que indique el encuestado | Cuantitativa | Razón | Miembros en el hogar | 1 - 5 miembros | 1 |
| | | | | | | 6 - 9 miembros | 2 |
| | | | | | | 10 o más miembros | 3 |
| NÚMERO DE ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR | Son personas que tienen más de 60 años de edad. | Cantidad de Adultos Mayores en el hogar que indique el encuestado | Cuantitativa | Discreta | Adultos Mayores en el hogar | Ninguno | 1 |
| | | | | | | 1 adulto Mayor | 2 |
| | | | | | | 2 adultos Mayores | 3 |
| | | | | | | 3 o más Adultos Mayores | 4 |
| NÚMERO DE MIEMBROS EN EL HOGAR CON ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA | Son las enfermedades de prolongada duración, así como de progresión lento y que generan altos gastos en salud. | Cantidad de miembros en el hogar con alguna enfermedad crónica que indique el encuestado | Cuantitativa | Discreta | Miembros en el hogar con alguna enfermedad crónica | Ninguno | 1 |
| | | | | | | 1 miembro | 2 |
| | | | | | | 2 miembros | 3 |
| | | | | | | 3 o más miembros | 4 |

ANEXO 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento Informado

Título de la investigación: "Calidad de servicio del sistema de salud, predictor del gasto de bolsillo en el distrito Veintiséis de Octubre, Piura 2023"

Investigador: Avila Valdiviezo, José Ramón

Propósito del estudio

Le invitamos a participar en la investigación titulada "Calidad de servicio del sistema de salud, predictor del gasto de bolsillo en el distrito Veintiséis de Octubre, Piura 2023", cuyo objetivo es determinar como la calidad de servicio del sistema de salud, es predictor del gasto de bolsillo en el distrito Veintiséis de Octubre, Piura 2023. Esta investigación es desarrollada por el estudiante de posgrado del Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la salud, de la Universidad César Vallejo del campus Piura, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso de la institución E.S I-4 Consuelo de Velazco.

Procedimiento

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente:

1. Se realizará una encuesta donde se recogerán datos personales y algunas preguntas sobre la investigación titulada: "Calidad de servicio del sistema de salud, predictor del gasto de bolsillo en el distrito Veintiséis de Octubre, Piura 2023"
2. Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 15 minutos y se realizará en el ambiente de Sala de espera de la institución E.S I-4 Consuelo de Velazco. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Participación voluntaria (principio de autonomía):

Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgo (principio de No maleficencia):

Indicar al participante la existencia que NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios (principio de beneficencia):

Se le informará que los resultados de la investigación se le alcanzará a la institución al término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, sin embargo, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad (principio de justicia):

Los datos recolectados deben ser anónimos y no tener ninguna forma de identificar al participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con el Investigador: José Ramón Avila Valdiviezo. Email: jrvilav@ucvvirtual.edu.pe

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Nombre y apellidos: MARIA BENITES CASTRO .
Fecha y hora: 15/06/23 .

Maria Benites Castro

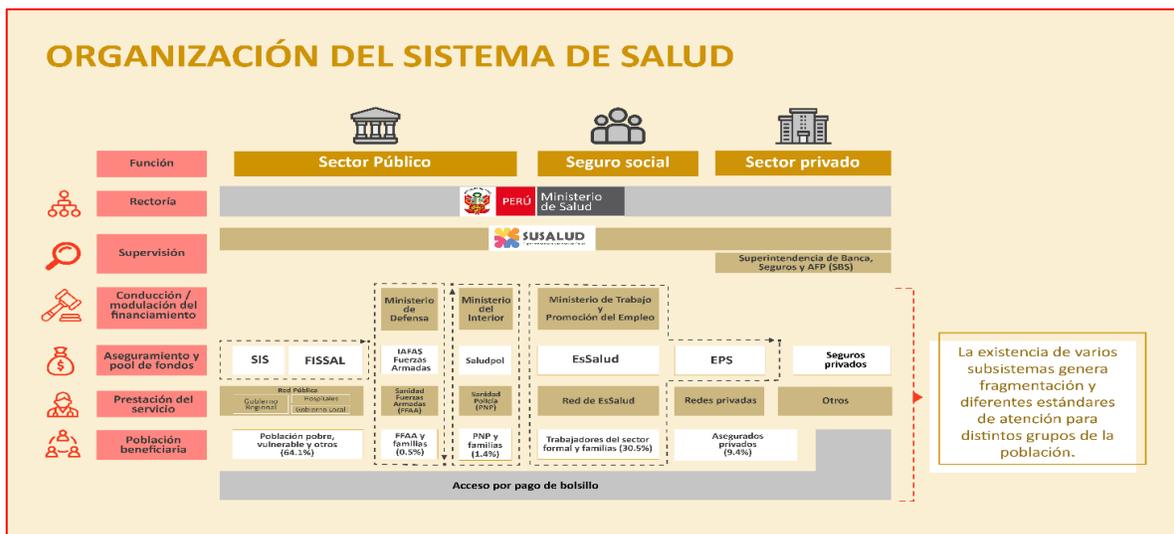


FIGURAS

FIGURA 01:



FIGURA 02:





Declaratoria de Autenticidad de los Asesores

Nosotros, GARCIA PARRILLA JOYCE DANIELA, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesores de Tesis titulada: "CALIDAD DE SERVICIO DEL SISTEMA DE SALUD, PREDICTOR DEL GASTO DE BOLSILLO EN EL DISTRITO VEINTISÉIS DE OCTUBRE, PIURA 2023", cuyo autor es AVILA VALDIVIEZO JOSE RAMON, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 16.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

Hemos 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, asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 10 de Agosto del 2023

| Apellidos y Nombres del Asesor: | Firma |
|---|--|
| GARCIA PARRILLA JOYCE DANIELA DNI: 72222645 ORCID: 000-0002-0622-8079 | Firmado electrónicamente por: JGARCIAPA el 11- 08-2023 08:39:41 |
| LUJAN JOHNSON GLADYS LOLA DNI: 06252885 ORCID: 0000-0002-4727-6931 | Firmado electrónicamente por: LJOHNSONGL el 11- 08-2023 01:04:13 |

Código documento Trilce: TRI - 0647091