



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

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

Cobertura de aseguramiento en salud y su influencia en gasto de bolsillo del asegurado en un hospital de Puno, 2024

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTOR:**

Quispe Condori, Alberto Cecilio ([orcid.org/0000-0003-4085-322X](https://orcid.org/0000-0003-4085-322X))

**ASESORES:**

Dr. Gonzalez Gonzalez, Dionicio Godofredo ([orcid.org/0000-0002-7518-1200](https://orcid.org/0000-0002-7518-1200))

Mg. Sanchez Vásquez, Segundo Vicente ([orcid.org/0000-0001-6882-6982](https://orcid.org/0000-0001-6882-6982))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión de Riesgo en Salud

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición de la salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2024

## Declaratoria de Autenticidad del Asesor



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

### Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, GONZALEZ GONZALEZ DIONICIO GODOFREDO, docente de la ESCUELA DE POSGRADO de la escuela profesional de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Cobertura de aseguramiento en salud y su influencia en gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024", cuyo autor es QUISPE CONDORI ALBERTO CECILIO, 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.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

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

LIMA, 26 de Julio del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
GONZALEZ GONZALEZ DIONICIO GODOFREDO DNI: 17889722 ORCID: 0000-0002-7518-1200	Firmado electrónicamente por: DIONICIOGG el 12- 08-2024 09:53:37

Código documento Trilce: TRI - 0835355



## Declaratoria de Originalidad del Autor



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

### Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, QUISPE CONDORI ALBERTO CECILIO estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO de la escuela profesional de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Cobertura de aseguramiento en salud y su influencia en gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024", 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
ALBERTO CECILIO QUISPE CONDORI DNI: 02150026 ORCID: 0000-0003-4085-322X	Firmado electrónicamente por: AQUISPEQU65 el 26- 07-2024 18:26:35

Código documento Trilce: TRI - 0835357

## **Dedicatoria**

A mi familia por la motivación y soporte incondicional, a mis amados hijos Carlos Alberto y Aarón Barney por ser la razón de mis metas y el motor de mi desarrollo profesional.

## **Agradecimiento**

A **Dios** omnipotente y omnisciente que ilumina y bendice eternamente mis proyectos y por dotarme de fortaleza hasta lograr la meta trazada.

A los docentes y asesores de la Universidad César vallejo, por su valiosa contribución de conocimientos, colmando las expectativas en la cristalización de mi grado de maestro.

## Índice de contenidos

Declaratoria de Autenticidad del Asesor .....	ii
Declaratoria de Originalidad del Autor.....	iii
Dedicatoria .....	iv
Agradecimiento .....	v
Índice de contenidos .....	vi
Índice de tablas .....	vii
Resumen.....	viii
Abstract .....	ix
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. METODOLOGÍA.....	22
III. RESULTADOS .....	27
IV. DISCUSIÓN .....	38
V. CONCLUSIÓN .....	43
VI. RECOMENDACIONES.....	44
REFERENCIAS.....	45
ANEXOS .....	51

## Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de la población de estudio .....	24
Tabla 2. Estadística de confiabilidad .....	25
Tabla 3. Características sociodemográficas de la población intervenida .....	27
Tabla 4. Cruce entre cobertura de aseguramiento en salud y gasto de bolsillo del asegurado .....	28
Tabla 5. Cruce entre la cobertura de aseguramiento en salud y gasto por procedimientos .....	29
Tabla 6. Cruce entre cobertura de aseguramiento en salud y gasto por tratamientos .....	29
Tabla 7. Cruce entre cobertura de aseguramiento en salud y gasto por exámenes auxiliares .....	30
Tabla 8. Cruce entre cobertura de aseguramiento en salud y gasto por deducibles	31
Tabla 9. Prueba de normalidad .....	31
Tabla 10. Informe de ajuste de modelo de la hipótesis general .....	32
Tabla 11. El $R^2$ de la hipótesis general .....	32
Tabla 12. Influencia de cobertura de aseguramiento en salud en gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024 .....	33
Tabla 13. Influencia de cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por procedimientos en un Hospital de Puno, 2024 .....	34
Tabla 14. Influencia de cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por tratamientos en un Hospital de Puno, 2024.....	35
Tabla 15. Influencia de cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por exámenes auxiliares en un Hospital de Puno, 2024.....	35
Tabla 16. Influencia de cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por deducibles en un Hospital de Puno, 2024 .....	36

## Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud y gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024. La metodología de la pesquisa fue de tipo básica, enfoque cuantitativo, diseño no experimental, correlacional causal de corte transversal y de método hipotético deductivo. La población estuvo constituida de 90 pacientes, entre 18 a 65 años de edad con participación espontánea en la encuesta de escala de calificación tipo Likert, para el análisis de información se aplicó la técnica estadística de regresión logística ordinal, la prueba de Kolmogorov-Smirnov y cálculo de  $R^2$  de Nagelkerke. Los resultados obtenidos determinaron que la cobertura de aseguramiento en salud tuvo influencia significativa en gasto de bolsillo del asegurado, con sig. bilateral de 0.000 ( $p < 0.05$ ) rechazando la hipótesis nula, con hallazgo de 48.9 % que corresponden a nivel eficiente y solo el 24.4% indican nivel deficiente, respecto a gasto de bolsillo del asegurado el 98.9 % mencionó nivel alto y solo 1.1 % manifestó nivel medio. Se concluye que existe influencia alta con un 97.6 % de la cobertura de aseguramiento en salud en gasto de bolsillo del asegurado.

**Palabras clave:** *cobertura de aseguramiento en salud, gasto de bolsillo, asegurado.*

## Abstract

The main objective of this study was to determine the influence of insurance coverage on health and out-of-pocket expenses of the insured in a Hospital in Puno, 2024. The research methodology was basic, quantitative approach, non-experimental design, causal correlational cross-sectional and hypothetical-deductive method. The population consisted of 90 patients, between 18 and 65 years of age, with spontaneous participation in the Likert-type rating scale survey. For the analysis of information, the statistical technique of ordinal logistic regression, the Kolmogorov-Smirnov test, and Nagelkerke calculation of  $R^2$ . The results obtained determined that health insurance coverage had a significant influence on the insured's out-of-pocket expenses, with sig. bilateral of 0.000 ( $p < 0.05$ ) rejecting the null hypothesis, with a finding of 48.9 % that correspond to an efficient level and only 24.4 % indicate a poor level, with respect to out-of-pocket spending of the insured, 98.9% mentioned a high level and only 1.1 % stated medium level. It is concluded that there is a high influence with 97.6 % of health insurance coverage on out-of-pocket expenses of the insured.

**Keywords:** *health insurance coverage, out-of-pocket expenses, insured.*

## I. INTRODUCCIÓN

En el contexto de la realidad problemática internacional, la Organización Mundial de la Salud, en su condición de órgano especializado, en la perspectiva coyuntural para la intervención significativo de los ciudadanos, tiene como meta la aplicación de políticas de la administración sanitaria de espectro mundial en relación a la convergencia con la labor, se estructura a tres preferencias claves y vinculadas para asegurar una vida saludable y comodidad de todos los grupos etarios: conseguir la cobertura sanitaria, resolución a la crisis de salud pública y optimizar la salud de los habitantes bajo los lineamientos de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) (OMS, 2023).

La Organización Mundial de la Salud (2023), valora como pilar fundamental los objetivos de desarrollo sostenible para conseguir la cobertura universal sanitaria de la meta 3.8, de preferencia la protección contra las amenazas presupuestarias, accesibilidad a las asistencias sanitarias básicas cualitativos, a la dispensación de fármacos y vacunas garantizadas, efectivas, factibles y de calidad. En el mundo, anualmente casi 90 millones de personas se empobrecen como consecuencia del gasto de bolsillo, riesgo que compromete el cumplimiento del ODS 1, donde se exhorta a poner fin a la pobreza en todas sus formas de cara al 2030. Frente a la demanda de las prestaciones sanitarias, según el repositorio de la Organización Mundial de la Salud (2023), en el aspecto sanitario, señala que la colectividad se encuentra comprometido en el riesgo de padecer en la pobreza por los gastos directos efectuados para recibir la prestación de salud, los cuales bordean un aproximado del 10 % de su presupuesto familiar.

La Organización de las Naciones Unidas, en una reunión inicial aprobaron por unanimidad una declaratoria política para poner en práctica el programa de trabajo en beneficio de una vida saludable y bienestar para todos de soporte a la consumación de la meta de ODS 3, sobre el decrecimiento principalmente de la mortalidad materna y de recién nacidos mínimamente a 70 por cada 100,000 nacidos vivos, asegurando la disponibilidad universal en la asistencia sanitaria sexual y procreadora, asimismo, poner límite a las epidemias de la tuberculosis, SIDA, enfermedades tropicales como la malaria, lidiar la hepatitis, las patologías contaminantes por el agua y fomentar el bienestar del estado mental (ONU, 2016).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2021), los desembolsos de bolsillo es una preocupación en la aplicación de una política de administración de un sistema de salud, de la forma ineficiente y sin justicia para financiar las atenciones en salud, y encontrarse forzados a preferir entre complacer otras obligaciones elementales como la educación, nutrición y residencia, o desembolsar en prestaciones sanitarias para cuidar a su familia de las patologías, el padecimiento y un promedio de vida lacónico, desamparando de la protección monetaria.

De modo similar, en su publicación de Bancalari et al. (2023), del sistema sanitario y desigualdades en América latina y el Caribe, describen las medidas de inequidad en la accesibilidad a la asistencia médica, escenario donde se aprecia que los países con sistemas sanitarios de tipo Beveridge se inclinan a mostrar diferencias inferiores en comparación con aquellos que adoptan sistemas Bismarckianos. Empero, no se detecta un modelo definido en las desigualdades, pero si se describe la categorización de los sistemas de salud en las regiones según la segmentación de su garantía de seguro sanitario, en la región la mayor parte de los países tienen esquemas de salud contributivos y no contributivos segmentados.

En Argentina, según Basso et al. (2024), en su teoría analítica mostraron, sobre la cobertura de salud y se encuentra dividido en tres subsectores tanto estatal, seguridad social y privado según la Constitución del Estado Republicano, sin embargo, no ha sido suficiente para el cierre de brechas que existe entre los diferentes estratos y curso de vida, y el gasto de bolsillo viene afectando principalmente a los ciudadanos con más de 65 años y con sujetos inferiores a 14 años, teniendo variabilidad estadística en diferentes regiones geográficas del ámbito nacional.

De igual modo, en Paraguay, desde una perspectiva analítica sobre el abono de bolsillo exagerado, catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud, como considera Giménez (2021), el abono de bolsillo sanitario es como una barrera al acceso a una atención médica, un obstáculo entre el derecho a la salud y las prestaciones médicas, el financiamiento en esta modalidad es inequitativo e injusto, que perjudica desproporcionadamente a las personas más vulnerables, convirtiéndose en una causa de exclusión y que la postergación puede tener graves consecuencias.

No obstante, en el Perú según MINSA, el pronóstico de brechas de infraestructura o facilidades a una atención sanitaria del sector en el 2023, el 94 % de los hospitales (232) a nivel nacional, no disponen con la capacidad adecuada para ofrecer una atención médica con calidad, donde los ciudadanos a pesar de disponer de una cobertura de salud son afectados por el gasto de bolsillo, ya sea por una atención médica en un nosocomio público, privado o por automedicación en un establecimiento farmacéutico particular. Esta situación sanitaria va más allá de los desafíos derivados de la crisis por COVID-19, la ENAHO en una pesquisa estadística ejecutado a nivel nacional muestra que apenas el 42,3 % de los pobladores con demandas de salud buscaron asistencia médica, de los cuales el 22,4 % optaron por recurrir a una farmacia privada en lugar de acudir a un establecimiento sanitario público, dicha data está estrechamente vinculado al concepto de abono de bolsillo, y va asociado a las acrecentadas brechas de infraestructura y equipamiento (INEI, 2023).

Asimismo, la organización estructural del procedimiento técnico y sistemático de salud del País está constituido de dos sectores, el sector estatal y el sector no gubernamental, el ámbito público se encuentra comprendido en regímenes como el contributivo, semicontributivo y subsidiado, con un tipo de sistema segmentado y fraccionado. La situación actual sanitaria está establecida bajo una norma con contenido de alcance nacional hacia la población, el aseguramiento universal sanitario, tiene características de forzoso, gradual, avalado, reglamentado, desconcentrado, transportable, transparente y permanente (Ley N° 29344, 2009).

Sin embargo, en la realidad no se aplica en su integridad las atenciones de salud por factores normativos burocráticos, geográficos y disponibilidad de acceso a las prestaciones requeridas en su momento inmediato. Según el Plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS), se establece el contenido del programa de beneficios con un catálogo de naturaleza garantizadas, operaciones y asistencia a costear y los resguardos expresos. De aplicación en la población sana, obstétricas y pediátricas prioritariamente, es imprescindible considerar que la atención sanitaria de calidad debe ser de eficacia y seguro, centrado en las personas con respuesta en las prioridades y valores personales, y para el aprovechamiento de bondades de una atención médica eficiente debe ser oportuno, equitativo, integrado y con eficiencia,

por eso es imprescindible valorar escrupulosamente la calidad de servicio y las atenciones sanitarias para obtener la salud para todos (MINSA, 2010).

Más aun el Seguro Integral de Salud (2023), dentro de su plan estratégico institucional, como política institucional del SIS tiene como misión el fortalecimiento del aseguramiento universal como porción del sistema sanitario mediante una cobertura financiera oportuna y eficiente con realce en la prestación preventivo beneficiando la modernización como instrumento para lograr las metas de la organización, al mismo tiempo, de acuerdo al reporte de la población de asegurados al SIS hasta el año 2022, según régimen de financiamiento alcanza en el rubro de subsidiados una cifra de 25,115,083 afiliados que equivale al 99,77 % y en la modalidad de semicontributivo los afiliados son 58,687 equivalente a 0,23 %, los cuales hacen un sumatorio total de 25,173,770 de población de asegurados al SIS.

En otros términos, de la cobertura en papel a la cobertura real, según la Encuesta Nacional de Hogares (2022), el área sanitaria en el Perú no brinda accesos a servicios básicos de salud, no obstante, que más del 99 % de la población se encuentra afiliado a un seguro sanitario, y ese contexto no es suficiente para optimizar la atención de salud a la ciudadanía. En consecuencia, es imprescindible que las redes integradas de salud acrediten o aseguren la calidad y disponibilidad para brindar las atenciones en su real dimensión. Según ENAHO evidencia que 7 de cada 10 sujetos que demandaron atención médica no la consiguieron, el 35 % de ellos manifestaron demoras en la atención como motivo principal, el 13 % por razones de distancia y el 3 % por falta de seguro, estos factores van asociados a que el 52 % de centros de atención primaria no disponen de médicos y el 98 % tienen una infraestructura y equipamientos no adecuados para brindar un servicio idóneo.

En esa misma línea panorámica regional versus nacional, la gran parte de las personas se encuentran adscritas a una de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) pública, según padrón nominativo de asegurados (SUSALUD, 2024), de un total de 36,305,625 habitantes (población RENIEC 2023), en una cifra de 35,447,749 personas se encuentran afiliados, equivalente al 97,64 % de asegurados a una cobertura de aseguramiento sanitario. En Puno, de acuerdo a la estadística de asegurados según región y grupo de IAFAS, de un total de 1,289,391 habitantes, en número de 1,297,181 ciudadanos disponen

con un tipo de seguro que equivale a 100.60 % de la población total, de los cuales los adscritos al SIS son 1,077,206, a EsSalud son 222,617, a EPS son 4,167, a FFAA y PNP son 13,220, a prepagas son 6,096, a empresas seguros son 23,473, a auto seguros son 244. Sin embargo, conforme al Instituto Peruano de Economía (IPE) respecto a eje de salud en el marco de la cobertura global sanitaria, según ENAHO-2019, solo el 29 % de la población acudieron a un centro médico público frente a un malestar, en comparación a las atenciones requeridas de la misma naturaleza en el Callao que asciende al 60 % de concurrentes, observándose amplias desigualdades en el acceso a una atención sanitaria.

Mientras que en la región Puno, atinente al aspecto sociodemográfico según el informe del proceso de presupuesto participativo multianual (PPTO PPTVO, 2024), tomando como fuente a ENAHO, en la población la tasa de pobreza multidimensional asciende al 40,99 % versus 10,8 % de los habitantes en tesitura de pobreza extrema. Asimismo, la prevalencia de la anemia asciende a 67,2 % de niños y niñas entre 6 a 35 meses de edad, la tasa de desnutrición crónica es 11,2 % en infantes menores de 5 años de edad, el 33,2 % equivale a la proporción de infantes menores de 36 meses con vacuna según esquema de inmunizaciones actual, existe un 35,3 % de incidencia de anemia en féminas entre 15 a 49 años de edad versus el 95,7 % de mujeres con atención de parto en un recinto sanitario, data estadística según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Frente a la realidad problemática local en el departamento de Puno, según el Acuerdo de gobernabilidad regional 2023-2026 (2023), dentro de plan concertado de batalla contra la pobreza tiene como meta al 2026 llegar a un resultado esperado la cobertura de adscripción a algún seguro de salud hasta en un 56 % de la población total. Sin embargo, a pesar de realizar esfuerzos con lanzamiento de proyectos de acción de programas de salud, a fin de reordenar y mejorar el sistema sanitario en el departamento de Puno. Según Quispe (2023), evidencia que el 38,4 % de hogares son afectados en la economía familiar, al efectuar un gasto innecesario para requerir una asistencia sanitaria para resolver alguna enfermedad que afecta la salubridad de algún miembro de hogar, a consecuencia de diferentes determinantes que conllevan a consumir el hecho, los mismos que en lo posterior corre el riesgo de conducir a una catástrofe amenazante para la salud de la población puneña.

El tema causal de abono directo de bolsillo no reembolsable efectuado por los asegurados que hacen uso de los servicios de salud en un Hospital de Puno es latente, considerando los gastos incurridos en el momento de la atención por concepto de compra de medicamentos, consultas médicas, tratamientos odontoestomatológicos, por exámenes auxiliares, intervenciones quirúrgicas, hospitalización, emergencias, entre otros, por motivos de las malas prácticas del tipo de sistema de salud implantado en el País. Esta causal tiene efecto negativo mayormente en la población vulnerable, siendo uno de los factores que está afectando la economía de los hogares, básicamente de los más pobres, es evidente que en cuanto sea mayor el índice de gasto de bolsillo de salud en la familia, ellos están expuestos en caer en un riesgo monetario consecuentemente al empobrecimiento, perjudicando el bienestar de los hogares desprotegidos.

De lo anteriormente expuesto, con base a la referencia informativa, en el presente proceso investigativo se ha formulado la descripción del problema que a continuación, se detalla:

Problema General: ¿Cuál es la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024?

Problemas específicos: ¿Cuál es la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por procedimientos en un Hospital de Puno, 2024?; ¿Cuál es la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por tratamientos en un Hospital de Puno, 2024?; ¿Cuál es la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por exámenes auxiliares en un Hospital de Puno, 2024?; ¿Cuál es la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por deducibles en un Hospital de Puno, 2024?

En el marco de la justificación teórica, la presente investigación contribuye con una información real sobre la influencia de gasto de bolsillo en los pobladores no empleados y empleados adscritos en diferentes tipos de seguro, convertidos en limitaciones de accesibilidad para recibir una prestación fácil y oportuna, y al internalizar los resultados obtenidos fueron de información básica y de utilidad para rediseñar políticas de estado con contenido inclusivo de índole técnico y pragmático.

Respecto a la justificación práctica, el estudio se justifica con base en los resultados del porcentaje de abono de bolsillo, y con la data se busca brindar información sobre las deficiencias existentes en el nosocomio, y poder encontrar una transformación y cierre de brechas existentes entre los responsables del soporte financiero y la parte usuaria que requieren de los servicios sanitarios. Cualquier abono adicional en la prestación sanitaria constituye una característica desfavorable del sistema sanitario puesto que afecta su funcionamiento adecuado, con impacto negativo en el presupuesto familiar, inclusive conduciendo a un gasto catastrófico. En tal sentido, todos los ciudadanos en general deben alcanzar y disponer de una verdadera cobertura sanitaria integral, gratuita y sostenible sin restricciones.

Concerniente a la justificación a nivel metodológico, el desarrollo del estudio está centrado en la normativa de los procedimientos de la investigación científica, empleando instrumentos de validación y confiabilidad diseñados para tal finalidad, y al término del evento se presentó los resultados obtenidos previo procesamiento con ayuda de programa estadístico, los mismos permiten ubicar el porcentaje de los montos gastados por parte de los usuarios para contrastar con el porcentaje de la inversión pública de parte del estado y las entidades prestadoras de salud.

Se justifica a nivel social, ya que según lo investigado esta problemática sobre el gasto directo de bolsillo del asegurado, es un hecho que ha causado una preocupación en la comunidad altiplánica, afectando la economía precaria sobretodo de la población con menos ingresos monetarios, por una deficiente administración de parte del Estado y un sistema de salud segmentado y fraccionado adicionado a la corrupción, en ese sentido, en los resultados estadísticos se reflejan las grandes falencias de la gestión pública del sector salud, los mismos serán útiles para rediseñar políticas y lineamientos técnicos favorables para las grandes mayorías necesitadas y en el cumplimiento del Artículo 7 relacionado al derecho a la protección de su salud establecido en el Capítulo II de los derechos sociales y económicos según la carta magna.

Por consiguiente, frente a esta problemática real, se ha diseñado un planteamiento para lograr el objetivo general: determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud y gasto de bolsillo de asegurado en un Hospital de Puno, 2024.

Objetivos diagnósticos: describir el nivel de la cobertura de aseguramiento en salud en un Hospital de Puno, 2024; describir el nivel de gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024.

Objetivos específicos: OE1: determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por procedimientos en un Hospital de Puno, 2024; OE2: determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por tratamientos en un Hospital de Puno, 2024; OE3: determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por exámenes auxiliares en un Hospital de Puno, 2024; OE4: determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por deducibles en un Hospital de Puno, 2024.

A continuación, se propuso como hipótesis general **H1**: existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024; hipótesis nula **H0**: no existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024.

Hipótesis específicas: existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por procedimientos en un Hospital de Puno, 2024; existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por tratamientos en un Hospital de Puno, 2024; existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por exámenes auxiliares en un Hospital de Puno, 2024; existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por deducibles en un Hospital de Puno, 2024.

Dentro de la estructura del marco teórico, en la presente pesquisa planteada se determina la influencia de la cobertura universal de salud sobre el abono directo de bolsillo del asegurado, con afectación negativa en la economía familiar con menores ingresos monetarios, en el colectivo adscrito a un tipo de seguro, dado la ocurrencia en el transcurso del proceso de la asistencia sanitaria en un Hospital de Puno en la gestión 2024.

En el plano internacional, según Ngepah et al. (2024), efectuaron una investigación en África, sobre el gasto directo en salud (OOPHE), persistentemente alto en África y la amenaza sobre las perspectivas de lograr las metas de salubridad

de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) y el aseguramiento global sanitario, tuvieron como propósito explorar la hipótesis de la convergencia de la OOPHE en 40 países africanos entre 2000 y 2019. Métodos, explotaron los métodos log t, agrupación de clubes y fusión en un panel de conjunto de datos obtenido del World. Indicadores de desarrollo, emplearon el modelo de efectos mixtos lineales multinivel para evaluar las características a nivel macro de los países que afectan las disparidades en OOPHE en las comunidades económicas regionales africanas. Resultados, se evidenció la divergencia total del panel, lo que indica disparidades persistentes en OOPHE a lo largo del tiempo, los hallazgos revelaron el mejor acceso de los países al saneamiento y la calidad de la gobernanza, el aumento de la cobertura de vacunación infantil DPT, el aumento de la magnitud de las personas de edad avanzada, el promedio de vida al nacer, el desembolso externo en salud per cápita y los programas informáticos y la comunicación contribuyen significativamente afectar las disparidades dentro de los grupos regionales en OOPHE per cápita. Conclusión, indicaron que es necesario desarrollar políticas que varíen entre los clubes de convergencia, los decisores políticos consideraron los costos ocultos asociados con el acceso a los servicios de vacunación infantil que pueden llevar a un gasto sanitario catastrófico.

Según Binyaruka et al. (2023), diseñaron un estudio en Tanzania, sobre la equidad y la eficiencia en la financiación sanitaria y cobertura en las regiones, cuyo objetivo fue descubrir posibles divergencias entre unidades subnacionales, para evaluar la asignación o no de fondos para la salud en 26 regiones de Tanzania en 2017-2018. Métodos, los datos sobre gastos del gobierno y de los donantes del Fondo Canasta de Salud se obtuvieron de las autoridades gubernamentales. Las contribuciones de los hogares al seguro médico y los pagos directos se obtuvieron del gobierno nacional, a través de la encuesta de presupuesto familiar, utilizaron el índice de Kakwani (KI) para medir la equidad de financiamiento regional. Resultado, el análisis de eficiencia incluyó cuatro insumos financieros y dos productos de la cobertura de servicio sanitaria materna e índices de protección financiera, hubo una variación sustancial en la financiación regional per cápita, especialmente en las contribuciones a los seguros (TZS 473-13.520), y en la cobertura de los servicios (entre un 49 y un 86,3 %), hubo menos variación en gasto per cápita en HBF (TZS 1294-2394) y protección financiera (93,5 y un 99,4 %), el gasto gubernamental (KI:

10,047,  $p = 0,348$ ) fue proporcional al estatus económico regional; pero el gasto del HBF (KI: -0,195,  $p < 0,001$ ) fue significativamente progresivo, la carga de contribuir al seguro social de salud fue proporcional (KI: 0,058,  $p = 0,613$ ), mientras que la carga de pago del seguro comunitario (CHF, KI: -0,152,  $p=0,012$ ) y pagos de bolsillo (KI:-0,187,  $p=0,005$ ) fueron mayores entre los pobres. Conclusión, el puntaje promedio de eficiencia en todas las regiones fue del 90 %, lo que indica que el 90 % de los recursos financieros se utilizaron de manera óptima, mientras que el 10 % se desperdiciaron. Tanzania debería seguir movilizando recursos internos para la salud hacia la cobertura de aseguramiento global sanitario y reducir la dependencia de pagos de bolsillo desiguales.

Asmamav et al. (2023), en Etiopía realizaron una investigación sobre la tendencia de carga financiera y el abono de bolsillo en medicamentos en los hogares, el estudio tuvo como objetivo investigar las implicaciones financieras de los pagos de medicamentos para los hogares etíopes, el estudio implicó un análisis de datos secundarios del consumo y gasto de los hogares nacionales, encuestas de 2010-2011 y 2015-2016. Metodología, utilizaron el método de "capacidad de pago" para calcular medicamentos catastróficos de gasto, el alcance del estatus económico relacionado con la inequidad en el pago de medicamentos catastróficos, calcularon utilizando estimación del índice de concentración, se estimaron las consecuencias de empobrecimiento del pago directo de medicamentos utilizando métodos de recuento de la pobreza y análisis del estándar de la pobreza, utilizaron patrones de regresión logística para reconocer las variables que predicen pagos catastróficos de medicamentos. Resultados, los medicamentos representaron la mayor parte del gasto sanitario (>65 %) en todas las encuestas, del 2010 a 2016, el porcentaje total de hogares que enfrentaron pagos de medicamentos catastróficos disminuyó del 1 % al 0,73 %. Sin embargo, el número real de personas que se espera que hayan experimentado pagos por medicamentos catastróficos aumentó de 399,174 a 401,519 personas, el pago de los medicamentos empujó a 11,132 hogares a la pobreza en 2015-2016. Conclusión Los pagos directos por concepto de medicamentos representaron la mayor parte del gasto sanitario en Etiopía, el pago directo de medicamentos continuó empujando a los hogares a pagos catastróficos y al empobrecimiento familiar.

Huoghton et al. (2023), en el presente artículo realizado en Washington, sobre la identificación de una variedad de barreras de acceso que enfrentan las comunidades rurales y dispersas para abordar mejor sus necesidades en las Américas, tuvieron como objetivo identificar y actuar sobre los factores que restringen el acceso a las atenciones médicas a las comunidades rurales e indígenas. Métodos, aplicaron un diseño de triangulación concurrente para recopilar y analizar datos obtenidos de la literatura de estilo narrativo, revisiones, entrevistas en profundidad con las autoridades sanitarias locales y análisis secundarios de datos de hogares existentes en Guyana y Perú. Resultados, identificaron siete temas dominantes en los dos países: uso de la medicina y la práctica tradicional, decisión creación, género y dinámicas de poder familiar; etnicidad y confianza, conocimientos y alfabetización sanitaria, accesibilidad geográfica, salud personal y habilidades interculturales, y accesibilidad financiera. Las limitaciones de disponibilidad de recursos humanos para la salud se vieron agravados por suministros inadecuados y la infraestructura, las barreras financieras a menudo estuvieron vinculados a los costos indirectos de transporte y ubicación geográfica, y además exacerbado por el reducido nivel socioeconómico de las zonas rurales. Conclusión, a través de la data y análisis evaluaron barreras de acceso en comunidades rurales y alejadas. Los problemas identificados reflejan las deficiencias estructurales de muchos sistemas de salud, esos desafíos y particularidades requieren modelos organizativos adaptativos para la atención médica con respuesta a las características específicas de las comunidades rurales e indígenas.

Según Haakenstad et al. (2023), es su artículo sobre el análisis del gasto catastrófico de los hogares en el marco de la crisis sanitaria de COVID-19, en su teoría sostienen que la pandemia trastornó los sistemas de salud en 2020 en cinco países: Bielorrusia, México, Perú, Rusia y Vietnam. Métodos, en ese análisis de serie de tiempo, definieron el gasto directo en atención médica que excede el 10 % del consumo, los datos para 2004–20 obtuvieron de micro datos de encuestas a nivel individual y de hogares, y datos tabulados del Comité Nacional de Estadística de Bielorrusia y el Banco Mundial. Esos métodos utilizaron para evaluar a los conductores de gasto sanitario catastrófico (GSC): cobertura de seguro, gasto directo y gasto de consumo en el sector privado frente a público. Resultados, el GSC, en México aumentó al 5,6 % del 95 %, cifra superior a lo previsto (3,2 %, 2,5–4,0), en

Bielorrusia fue de 13,5 % (11,8–15,2), también superior a lo previsto (9,7 %, 7,7–11,3), el GSC no fue diferente de lo previsto por tendencias pasadas en Rusia, Perú y Vietnam. Entre marzo y abril de 2020, las visitas de atención médica cayeron 4,6 (2,6–6,5) puntos porcentuales en México y 48,3 (40,6–56,0) puntos porcentuales en Perú y la proporción de visitas privadas a la atención médica aumentó en 7,3 (4,3–10,3) puntos porcentuales en México y en 20,7 (17,3–24,0) puntos porcentuales en Perú. Conclusión, dentro de los cinco países estudiados, en tres de ellos, los sistemas de salud no protegieron a las personas de la crisis financiera, riesgos de la atención médica o no mantuvieron el acceso a la asistencia sanitaria en 2020, una indicación de que los sistemas de salud no lograron mantener funciones básicas.

Conforme a Kumar et al. (2023), realizaron una investigación en Kerala-India, sobre los planes de seguro médico financiados con fondos públicos (PFHIS) de la cobertura sanitaria universal, con el objetivo de explorar el alcance y las desigualdades en la cobertura del seguro, así como la elección de proveedores y el costo medio de la hospitalización en Kerala entre personas aseguradas y no aseguradas. Métodos, realizaron una encuesta de hogares transversal en cuatro distritos de Kerala, como un segmento de la investigación más extenso sobre sistemas de salud entre julio y octubre de 2019, emplearon un muestreo aleatorio de múltiples etapas para recopilar datos de 13,064 personas que cubren 3,234 hogares en el sector de influencia de ocho recintos de atención primaria de salud. Utilizaron estadística descriptiva, análisis bivariado y multivariado. Resultados, en su estudio una proporción sustancial de los encuestados informaron que estaban cubiertos por el PFHIS (45,8 %), los encuestados que incumbe a los quintiles de riqueza más bajos y medios de los hogares que tienen significativas probabilidades de estar cubiertos por un seguro que los encuestados referentes al quintil no pobre, la magnitud negativa de RCI [-16,8 % (IC 95 %: -25,3, -8,4)] y SII [-21,5 % (IC 95 %: -36,1, -7,0)], identificaron una mayor concentración de cobertura entre los pobres. El costo medio de hospitalización en establecimientos de salud privados fue de aproximadamente de USD 108,70 entre los cubiertos por el PFHIS, mientras que en los centros de salud privados fue aproximadamente de 126,82 USD entre los no cubiertos por el seguro. Conclusión, descubrieron que el PFHIS estuvo dirigido apropiadamente a las poblaciones más pobres, entre los asegurados persiste el OOPE para hospitalización

entre los no asegurados, los subgrupos de población con ventaja son los que gastan la mayor cantidad en las atenciones médicas.

Según Mougnot et al. (2022), publicaron un artículo sobre el análisis y medidas exploratorias de la teoría a cerca del abono de bolsillo sanitario en América Latina, tuvieron como propósito desarrollar un análisis bibliométrico de los estudios científicos con respecto al desembolso de bolsillo, editado en Latino América durante la gestión 2002 al 2020. Métodos, utilizaron el banco de información de Scopus para recopilar ediciones vinculados con abono de bolsillo en Latinoamérica, los marcadores bibliométricos evaluaron usando los paquetes Bibliometrix y Biblioshiny R. Resultados, detectaron 207 artículos y 888 inventores dentro de la gestión 2002-2020, la cantidad de publicaciones incrementó en 12,62 % de tasa anual, siendo “Salud Pública de México” el boletín abanderado en cantidad de ediciones en América Latina. Conclusiones, México es el país más productivo y referenciado en el tema de abono de bolsillo en el ámbito regional, como también hay otras revistas asociados con abono de bolsillo en Latinoamérica que van en crecimiento.

Según Varco et al. (2022), en su artículo titulado gasto catastrófico y empobrecedor en salud realizado en Argentina, tuvieron como objetivo calcular los marcadores en la gestión 2017-2018. Metodología, edificaron y evaluaron las variables del desembolso sanitario y los marcadores de abono catastrófico y empobrecedor sanitario mediante el banco de información estadístico de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares del periodo indicado. Resultados: las familias designaron un 6,4 % del desembolso total a bienes y prestaciones sanitarias, y un 4,9 % del ingreso global. De acuerdo con ENGHo 2017-2018, el 11,4 y los 3,3 puntos porcentuales de las familias a nivel nacional incidió en gasto catastrófico sanitario, y como consecuencia del abono de bolsillo sanitario, las familias en condición de pobres incrementaron en 1,8 %. Conclusión: el descenso del gasto catastrófico, podría indicar una progresión en la protección financiera en todo el País.

Conforme a Cid et al. (2021), realizaron el estudio dentro de la circunscripción de América Latina y el Caribe sobre el impacto del déficit de cobertura monetaria, plantearon como propósito definir la repercusión del abono de bolsillo sanitario en los hogares, los índices de cobertura de financiación y la inequidad de acuerdo con las variables significantes en países de la Región. Metodología, recopilaron los datos

descriptivos para la comparación con respecto al abono de bolsillo, la influencia en la ciudadanía y la constitución en el consumo de los hogares. Resultados, en los marcadores de abono de bolsillo y la cobertura financiera fueron insuficientes y distintos en cada País, determinaron la estructura del desembolso sanitario para un subgrupo de asegurados y la existencia de gradientes relevantes al estudiar las inequidades. Conclusión, la desprotección de la financiación por inequidad afectaron mayoritariamente a la población, con predominio el costeo en medicamentos y la alta desprotección de sectores con mayor estado de vulnerabilidad, entre ellos, las mujeres y los más pobres, el abono de bolsillo fue un obstáculo en la accesibilidad, y deben ser sustituidos para incrementar el gasto público a través del financiamiento de los sistemas sanitarios con reforma hacia la salud universal en los países.

Conforme a Guerrero (2020), investigación realizada en Chile sobre la consistencia de recurso humano y la disparidad en desembolso sanitario en los países de América, tuvo como finalidad definir la presencia de inequidad y elevado abono de bolsillo, costeo estatal y costeo privado, en los países americanos de acuerdo a su estrato y la concentración de recurso humano sanitario (RHS). Metodología, fue analítico y transversal de inequidades sanitarios entre el abono de bolsillo, el desembolso estatal y el desembolso no gubernamental, adaptando la concentración de recurso humano como clasificador, en referencia a la data de la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Mundial, fueron seleccionados 32 estados conforme a su concentración. Además, tasaron los promedios ponderados, correlaciones, divergencias, descriptivos, trazadores discretos y compuestos de inequidad. Resultados, hallaron prominente diferencia de concentración de RHS (3,8 a 171,3; media de 43,97, DS 37,08) con variabilidad significativa entre los estratos de mayor y menor concentración, la concentración del cuartil inicial fue 9 % de los sujetos y 4,45 % del RHS; los tres principales cuartiles acumularon el 48,4 % de los sujetos y el 17 % del RHS. En la clasificación, se comprobó un ascenso de inequidad en marcadores de costeos, el abono de bolsillo fue predominante, asimismo la concentración de RHS mostró una concordancia adversa. Conclusión, en la concentración de RHS mostraron una variabilidad alta entre países y sectores clasificados, con densidad distinto entre los habitantes, siendo superior en las regiones con alto gasto público; los sectores de baja densidad mostraron alto abono de bolsillo, bajo desembolso estatal y alto costeo privado.

Según López-Mallama et al. (2023), en su artículo desarrollado en Colombia, tuvieron como finalidad descubrir las principales estructuras del abono de bolsillo sanitario, destacaron que Colombia al tener bajo gasto de bolsillo, se ubica con promedio ínfimo sobre lo decretado por la Organización Mundial de la Salud, favoreciendo a los hogares colombianos a optimizar sus recursos económicos para la compra de otros servicios o bienes, para la asistencia de afecciones y la promoción sanitaria. Métodos, el estudio tiene enfoque cualitativo, de tipo descriptivo, con recopilación de datos basado en la verificación documental, sistemática y experimental de los componentes financieros del abono de bolsillo sanitario de la colectividad, en el entorno del Sistema General de Seguridad Social Sanitaria en Colombia. Resultados, resaltaron los abonos de bolsillo sanitario de los hogares, destacando el consumo en medicamentos que están excluidos en el Plan de Beneficios de Salud. Conclusión, en Colombia identificaron la presencia de un bajo costeo privado en salud, tanto en aseguramiento como en abono de bolsillo, en cierta medida por el derecho básico a la salud establecida en la ley estatutaria, donde existe gran importancia del principio de equidad.

De acuerdo con Benítez et al. (2023), en su artículo diseñado en Paraguay, tuvieron como finalidad analizar la dimensión, la contextura y la influencia del abono de bolsillo sanitario (GBS) de los sujetos internados en el consultorio médico y cirugía en el Hospital Polivalente de IPS – Concepción, en tiempos de la emergencia sanitaria del año 2020. Metodología, de tipo experimental, observacional, transversal, descriptiva, aplicaron una muestra en 48 sujetos de tipo no probabilística por conveniencia, consideraron como variables de estudio: GBS promedio, porcentaje de componentes del GBS, incidencia del GBS sobre los ingresos del hogar. Los abonos excesivos se determinaron a las cifras que rebasan el 10 % y 25 % de la entrada, para detallar las características de la población y del gasto, aplicaron un cuestionario para acopio de información. Resultados, el 70,83 % de sujetos ingresaron a la clínica médica y 29,17 % en cirugía, con una hospitalización media de 7,2 días, con un promedio de GBS de 720,1 mil Gs., la dimensión básica fue compra de medicamentos y representó el 32,6 % del ingreso del hogar, un 81,3 % tuvieron desembolsos excesivos superior a 10 % del ingreso y el 39,6 % mayor a 25 % del ingreso, el promedio y la repercusión económica del GBS fue alto en área de cirugía. Conclusión, consideraron que el internamiento en el sector estatal de Concepción puede ser

causal de abonos excesivos y limitaciones financieras para los hogares, para alcanzar cobertura universal de salud demandaron de dispositivos de protección monetaria concretos sobre todo a la disponibilidad de medicamentos.

En el ámbito nacional, según Huarachi et al. (2023), diseñaron un artículo en Lima sobre la distribución desproporcionado de recursos y la asistencia sanitaria en los quintiles de pobreza, y plantearon como objetivo determinar la asignación de recursos y atención del SIS al quintil más pobre durante 2018 y 2019 en Perú. Métodos: realizaron un análisis secundario del banco de datos de cinco instituciones técnicas peruanas. En 39,8207 hogares peruanos, analizaron el presupuesto per cápita asignado a la población afiliada al SIS en microrregiones de quintil 1 y quintil 2, y quintil 4 y quintil 5, cobertura de salud y nivel de pobreza considerando el indicador de desarrollo humano (IDH) y el indicador de competencia regional (ICR). Resultados, las regiones más pobres están inversamente correlacionadas con el IDH y el ICR y tuvieron un servicio promedio del 25,0 % de afiliados, en las zonas pobres, el presupuesto asignado fue menor, pero la proporción de afiliados que requirieron atención fue mayor (>70,0 %). El presupuesto asignado a salud fue injusto ( $p < 0,05$ ) entre áreas pobres y áreas no pobres, las asignaciones presupuestarias mínimas y el bajo ingreso per cápita de los hogares contribuyeron a la pobreza en quintil 1 y quintil 2 ( $p < 0,01$ ). Conclusiones: las regiones más pobres tuvieron mayor inequidad y la mayoría de afiliados no utilizaron o no tuvieron acceso a los servicios del SIS, pero tuvieron una mayor necesidad de atención médica. Además, las regiones pobres tuvieron una gran cantidad de población sin cobertura del SIS y bajos presupuestos asignados, lo que afectaron la competitividad y desarrollo.

Según Benites et al. (2023), desarrollaron un artículo en Lima sobre disparidades étnicas en el abono de bolsillo en medicamentos en Perú, tuvieron como objetivo analizar las disparidades étnicas en el pago de gastos directos y estimar las brechas relacionadas con el riesgo de factores en el pago directo de medicamentos por condición étnica durante 2014-2016. Metodología, diseño del estudio transversal, realizaron un análisis de información secundario usando la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud, alcanzando como resultado el pago directo de los participantes en medicamentos auto informados, con regresión lineal cruda y ajustada realizaron modelos y utilizaron el método de descomposición Oaxaca-Blinder para

evaluar el pago del OPP diferencial por condición de minoría étnica, explicado por sus características individuales y sociodemográficas. Resultados, analizaron 11,346 encuestados, la edad media fue de 40,78 años y el 57,67 % eran mujeres, ubicaron el pago directo más bajo en medicamentos entre las minorías étnicas en el análisis ajustado (coeficiente Beta [ $\beta$ ]: - 0,11; 95 % de intervalo de confianza [IC95 %]: - 0,21 a - 0,01;  $p = 0,043$ ). En el análisis de descomposición de Oaxaca-Blinder encontraron una brecha de 0,19 USD en el pago directo de medicamentos entre las minorías étnicas ( $p < 0,001$ ), y el componente explicado por las variables medidas en esta investigación solo representa el 40,5 % de la brecha ( $p = 0,001$ ). Conclusión, ubicaron menos gastos directos en medicamentos en las minorías étnicas. Sin embargo, las variables medidas explican sólo el 40,5 % de estas brechas.

Según Zavala-Curzo (2023), en su artículo realizado en Lima, sobre el efecto del aseguramiento en salud en los bolsillos de hogares del Perú, tuvo como propósito definir la repercusión de la cobertura sanitaria en la economía de las familias en la gestión 2010-2019. Metodología, exploración analítico transversal, empleó el banco de información de la Encuesta Nacional de Hogares en el período 2010, 2014 y 2019 para evaluar el efecto de la afiliación al SIS en condiciones de costeo de bolsillo sanitario, abono catastrófico y empobrecimiento de las familias peruanas. Resultados, llegó a observar que las familias peruanas tuvieron la reducción del abono de bolsillo sanitario, en un promedio por mes de S/. 119,9 en 2010 a S/.107,9 en 2019, los hogares con gasto catastrófico en salud alcanzaron 4,06 % en 2010 a 3,47 % en 2019, y las familias que se empobrecen por abonos de bolsillo sanitario oscilan entre 1,78 % en 2010 a 1,51 % en 2019. Conclusión, el incremento de la protección de seguro de salud contribuyeron a la cobertura financiera de las familias peruanas versus el abono de bolsillo sanitario, entre tanto, los obstáculos para el acceso seguro a las atenciones médicas y otros factores socioeconómicos restringieron considerablemente su impacto.

Desde el punto de vista de García et al. (2023), efectuaron un artículo en Lima para evaluar cuantitativamente los factores del abono de bolsillo sanitario como capacidad de pago (GBCP) durante la gestión 2016-2020, tuvieron como objetivo considerar la accesibilidad a los seguros sanitarios y la transmisión del mal de SARS-CoV-2. Métodos, en las investigaciones anteriores únicamente se acumularon en el

Seguro Integral de Salud (SIS), sin considerar al seguro EsSalud, esperaron que las coberturas disminuyan el GBCP cuando el padecimiento de Covid 19 aumente este desembolso. Resultados, a través de las valoraciones de un patrón Tobit con información de tablero y efectos estables, ubicaron que el seguro integral de salud disminuye el GBCP en el estrato de condición pobres, en cambio, Essalud en esa misma perspectiva realizó para los no pobres. A propósito, contagiarse de Covid 19 aumenta significativamente el GBCP.

Según Torres-Salazar (2022), realizó un estudio en Callao sobre cobertura en aseguramiento sanitario y abono de bolsillo en el período 2021 de la pandemia de SARS-CoV-2, tuvo como objetivo implantar la correspondencia entre la garantía en aseguramiento de salud y el abono de parte del asegurado por el concepto de prestaciones sanitarias, medicamentos e insumos por los ciudadanos del Callao, en el escenario de la crisis sanitaria COVID-19. Metodología, de perspectiva cuantitativa, observacional y cruzado, con una muestra constituido por 375 participantes, en respuesta a los objetivos y propuesta tentativa se usaron un test no paramétrico de U de Mann Whitney y Kruskal Walis. Resultados, encontró relación con significancia entre el abono global de bolsillo  $p=0,012$  y el abono por prestaciones sanitarias  $p=0,019$  con la cobertura de afiliaciones en salud, en su análisis crítico, identificó una significancia relevante entre el abono de bolsillo y clase de seguro  $p=0,001$ . Conclusión, obtuvo un hallazgo de un crecimiento considerable en el abono directo de bolsillo por asistencia sanitaria, suministro de drogas e insumos por los ciudadanos sin ninguna disponibilidad de tipo de seguro sanitario.

De acuerdo con Panduro et al (2021), realizaron un artículo en Lima, sobre la exploración del abono de bolsillo en el área de Odontología de los adscritos al SIS, tuvieron como propósito valorar el abono del bolsillo de los asegurados al SIS en el consultorio odontológico de Lima Metropolitana según ENAHO 2018. Metodología, de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo transversal y retrospectivo, para el acopio de la información utilizaron la técnica a través de la tabla de registro capturando informaciones secundarias de la “Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vivienda y Pobreza, ENAHO, 2018”, como muestra tomaron 14,874 sujetos atendidos en el consultorio odontológico en la gestión 2018. Resultado, a intermedios de 9,705059 y 19,95492 como tope mínimo y máximo a una desviación

estándar de 2,610325, el abono de bolsillo fue de 14,82999; la vinculación al costeo en promedio por género, en damas fue de 19,46143 y de varones 9,914876; el abono en el segmento de 65 a 69 años costea en promedio 40,03425 soles; el abono por grado de instrucción señala que los de nivel inicial costean 40,24546; respecto a índice de indigencia, los de pobreza extrema demostraron costeos de 0,000 en cambio el pobre no extremo 2,850577. Conclusión, mostraron que el abono del bolsillo en el consultorio odontológico de los asegurados al SIS de Lima Metropolitana es de 14,80 soles en promedio en el extremo del estudio.

Desde la posición de Jumpa (2019), el sistema de cobertura de aseguramiento global sanitaria consiste en la accesibilidad a las atenciones médicas de la población en general, se ejecutó a través de la intermediación monetaria de seguros sanitarios, determinado para ello con aplicación de cuatro ejes de cambio: plan de beneficios, financiación y desembolso, focalización de subvención, atención de asistencia y reglamentación. El sistema del AUS se encuentra fundamentado en el postulado de los cuasi mercados, en el cual el Estado tiene una postura para inhibirse como abastecedor de recursos y el abastecedor de prestaciones simultáneamente; deseando transformarse en el suministrador primigenio de bienes para una serie de abastecedores del ámbito no gubernamental, estatal y no rentables, todos actuando competitivamente entre ellos. Después de una década de puesto en funcionamiento en el País evaluaron resultados de ejecución en los ejes de cambio que formuló la política del AUS.

La cobertura de aseguramiento de salud, desde un enfoque filosófico, se establece como una expresión habitual de los derechos fundamentales en salud, admitiendo una postura de constante encausamiento, vinculando a la cobertura poblacional, cobertura prestacional y la protección financiera real; que al margen de la disponibilidad logística de diferencia de características, se basa en la interconexión de un conjunto de elementos capaces de contribuir en la universalidad, equidad y facilidad a la asistencia sanitaria. La realidad de las Administradoras de Fondos de Aseguramiento en salud se ha demostrado contradicciones vinculados a componentes económicos y sociales, contemplados en la Ley Marco del aseguramiento universal (2009) y la reforma del sector salud en el Perú (2016) con

énfasis en el régimen subsidiado, cuya evolución se convierte insólito con los cambios en la garantía y en los atributos de los adscritos (Mezones et al., (2019).

La base teórica de gasto de bolsillo, a juicio de EsSalud (2023) se define como el pago directo que hace el usuario en las ventanillas de dispensa en un determinado centro sanitario, con el fin de recibir una asistencia sanitaria, este abono no es reembolsable y no son subvencionados por el Estado o los seguros de salud. Generalmente se trata de consultas médicas, compras de fármacos, exámenes auxiliares y facturas de hospital, incluyen los gastos de transporte realizados para recibir una atención y los concernientes a la dieta por estadía. Estos abonos directos se convirtieron en una barrera de acceso a las prestaciones sanitarias exponiendo al riesgo de empobrecimiento a la familia, afectando directamente la economía precaria más aun a la población de quintiles I y II con predominio del área periurbana y rural.

La Organización Mundial de la Salud (2010), según su teoría define que, el abono de bolsillo es el desembolso por cualquier índole de costeo directo para recibir una consulta médica, procedimientos, medicamentos, análisis clínicos y otros suministros, es decir, un tipo de financiamiento regresivo, excluyente, falta de solidaridad que dificulta prever el brote de patologías o accidentes, y que estropea básicamente la salud de los más vulnerables, que no tienen capacidad para el abono de la atención médica que requieren en los recintos de salud estatales. En ese contexto, considera que el financiamiento de los sistemas de salud a nivel universal conduce a la reducción de los pagos directos innecesarios por el usuario en América Latina.

Según Enríquez (2023), en su artículo realizado en Trujillo, sobre la protección del seguro global sanitario y los recursos humanos, planteó como objetivo definir y examinar la medida y la forma en que los recursos humanos cooperan en el aseguramiento de afiliación global en un nosocomio estatal de Trujillo. Metodología, pesquisa de tipo básico, enfoque cuantitativo, diseño no experimental, correlacional causal y transversal. Resultado, realizó dos interrogatorios a través de la encuesta, validados por opinión de estudiosos, y certificados con base de confiabilidad del coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,874 y 0,891; en una muestra de 88 servidores sanitarios. Conclusión, de acuerdo a los resultados obtenidos se determinó la existencia de un nivel de significancia de  $p=0,000$ .

El marco filosófico de la verdadera gobernabilidad en América Latina, involucra acercarse a una situación de una comunidad víctima de suceso expansionista del modelo neoliberal, con una ruptura de las políticas públicas en desmedro de las instituciones gubernamentales y lo privado, incompatibles con los requerimientos de la ciudadanía que exige justicia social. Por esa razón, la gobernabilidad es sinónimo de filosofía política, comprende admitir maneras de convivencia social, coherencia, orden y organización política interna con un horizonte de reconstrucción de comunidades estables, democráticas y legitimadas por el poder ciudadano. Es decir, hacer política con perspectiva humana y razonable en búsqueda del desarrollo en aspectos prioritarios como la salud y la educación un derecho fundamental en amparo de la Constitución del Estado (Castilla et al. 2022).

El principio epistemológico de la administración del conocimiento en salud, se considera sensato aclarar que esta manera peculiar de conocimiento implica toda una teoría de la ciencia que trata de expresar la naturaleza, la variedad, los principios, las metas y restricciones del conocimiento científico. Según Leonardo Da Vinci, precursor de la epistemología moderna, la ciencia más útil es aquella cuyo fruto es el más comunicable y que la sabiduría es hija de la experiencia, como paradigma configuracional se interpreta que la epistemología de la salud significa, en otras palabras, cambiar de teorema, romper prototipos mentales, desmembrar maneras de raciocinio y conocimiento por otras formas. En consecuencia, implica un proceso de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje.

## II. METODOLOGÍA

La presente pesquisa está sustentada en el paradigma de aterrizar a verdades absolutas conforme a la intervención de los problemas donde se decide un trayecto significativo entre el investigador y la meta de estudio, para garantizar la comprobación de la hipótesis a través de las herramientas estadísticas disponibles para determinar los parámetros de las variables.

Según Hernández-Sampieri et al (2018), el tipo de investigación que se aplicó es de finalidad básica, con el propósito primordial de incrementar el conocimiento científico o innovar en el campo científico dentro de una disciplina específica, modelo de pesquisa orientado en la búsqueda y el descubrimiento de cosas que coadyuven a cerrar brechas de conocimiento en un área determinada. La esencia de la pesquisa está enfocada en la exploración y comprensión de conceptos, fenómenos o teorías sin emprender manejos efectivos inmediatos.

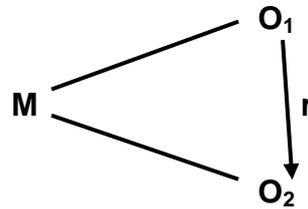
A tenor de Hadi et al. (2023), en esa misma línea, se fundamentó con un enfoque cuantitativo, porque permitió realizar el acopio de la información y exploración de datos para responder a las interrogantes de la pesquisa, asimismo se ejecutó el análisis de la data basado en el método estadístico para demostrar la hipótesis tentativa, tomando en consideración las medidas numéricas y determinar con precisión las conclusiones a través de la descripción de los fenómenos y las manifestaciones del patrón del comportamiento de la población intervenida, desde un punto de vista filosófico.

El diseño de investigación se empleó con una perspectiva de tipo no experimental. Porque los fenómenos y variables se observan y miden conforme a su situación natural para analizar objetivamente, y no se modifican de manera intencional las variables independientes para divisar su efecto sobre la dependiente por aspectos éticos (Hernández-Sampiere et al., 2018).

Según Hernández et al. (2014), el nivel de la pesquisa es de diseño correlacional causal, y de corte transversal, donde explican correspondencias entre dos o más variables en un determinado momento, en términos correlacionales o en función de la relación causa efecto. Asimismo, tiene como objetivo detectar y

examinar el impacto de las variables cualitativas de estudio independientes sobre las variables dependientes a través del uso de medidas estadísticas.

*Esquema de investigación correlacional causal*



Donde:

M = Muestra : Pacientes de un Hospital de Puno.

O<sub>1</sub> = Variable 1: Cobertura de aseguramiento en salud.

O<sub>2</sub> = Variable 2: Gasto de bolsillo del asegurado.

r = Relación de causalidad de las variables de estudio.

La investigación tiene un método hipotético deductivo, porque estudia a los fenómenos mediante la formulación de hipótesis basados desde el principio de las observaciones con constatación posterior a través de la deducción lógica y la recolección de datos (Hernández et al., 2018).

Variable Independiente: cobertura de aseguramiento en salud, definición conceptual: comprende la garantía sanitaria universal para todos los ciudadanos a tener accesibilidad al conglomerado o paquete de servicios sanitarios con eficiencia, que requieren oportunamente en lugar adecuado y sin afectación económica, dentro de su contenido involucra las dimensiones como cobertura poblacional, prestacional y financiera (Ley 29344).

Variable dependiente: gasto de bolsillo del asegurado, definición conceptual: consiste en abono directo no reembolsable efectuado por los ciudadanos que hacen uso de la dispensación de atenciones médicas y que no son financiados con los recursos del Estado o por las aseguradoras de seguros sanitarios, comprende las dimensiones relacionados al pago por procedimientos, tratamientos, exámenes auxiliares y deducibles (OMS, 2010).

De acuerdo con Arispe et al. (2020), la población y muestra estuvo en concordancia con la consulta del estudio y objetivos, adicionado a la legitimación

estadística, por consiguiente, se trabajó con una población de 90 pacientes que acudieron a las unidades prestadoras de servicios de salud como consultorios externos, emergencias, hospitalización, laboratorio y servicio de apoyo al diagnóstico de un nosocomio de la región Puno, durante el mes de mayo del 2024. Asimismo, se aplicó una prueba piloto en 20 usuarios entre los 18 a 65 años de edad. En los criterios de inclusión se tomó en cuenta a los asegurados de 18 hasta 65 años, de ambos sexos, afiliados que admiten asistir en forma espontánea, asegurados con distintos tipos de cobertura. Dentro de los criterios de exclusión se consideraron a los asegurados menores de 18 años, asegurados que trabajan en el mismo nosocomio, afiliados con seguro cancelado, asegurados con discapacidad mental grave, asegurados que no desean participar. El tamaño muestral se concretó midiendo con la fórmula para calcular la magnitud cualitativa del 5 % de asegurados que concurrieron al nosocomio, la población intervenida es finita, con un grado de confianza del 95 % de significancia. La muestra fue de tipo no probabilístico.

*Tabla 1. Distribución de la población de estudio*

Características	Urbana	Rural	SIS	No SIS
Varones	28	11	32	11
Mujeres	35	16	39	8
Total	90		90	

A tenor de Medina et al. (2023), una técnica de investigación es una conducción metódica; y un instrumento es un mecanismo definido utilizado para acopiar y examinar los datos con el propósito de solucionar un problema, en el estudio en curso se utilizó la encuesta como una técnica para analizar la cobertura se aseguramiento en salud y la influencia del gasto directo de bolsillo, el instrumento estuvo compuesto de un cuestionario para el acopio de la información, estructurado de 50 preguntas abiertas, constituido de 7 dimensiones de ambas variables, y se utilizó la escala de Likert para la evaluación de las respuestas.

De conformidad con Arispe et al. (2023), en la validación del instrumento mediante el juicio de expertos, se determinó la capacidad de calcular lo que se sospecha sobre la medida y generar resultados necesarios y fidedignos del contenido,

criterio y constructo, otorgando el veredicto final sobre la idoneidad con una concordancia de 87.6 %, considerándose óptimo para su aplicación en el estudio.

De acuerdo con Arispe et al. (2023), la confiabilidad define la consistencia del diseño del instrumento antes del proceso de acopio de la información, a través de una muestra representativa para asegurar las mismas condiciones de la realidad, el mismo se aplicó en una prueba piloto de 20 sujetos que intercambian los mismos aspectos de la población, el grado de fiabilidad de la herramienta se midió a través del coeficiente de Alfa de Cronbach aplicando una escala de valores de confiabilidad.

*Tabla 2. Estadística de confiabilidad*

Variables	Alfa de Cronbach	N° de elementos
Cobertura de aseguramiento en salud	0,876	25
Gasto de bolsillo del asegurado	0,945	25

La confiabilidad del instrumento es: Alfa de Cronbach, entonces se observa que la cobertura de aseguramiento en salud tiene un valor de:  $\alpha = 0.876$  y gasto de bolsillo del asegurado dispone de 0,945 ( $p < 0,05$ ) que demuestra como altamente confiables.

La técnica como procedimiento, consistió en la elaboración de la encuesta, para obtener datos numéricos para la prueba de hipótesis, con criterios de confiabilidad y validez, con primigenio en la operacionalización de variables y de la problemática de la exploración, y plasmar los resultados con representación en tablas de frecuencia utilizando estadística descriptiva e inferencial para la exposición. Como instrumento se utilizó el cuestionario, con un conjunto de interrogantes en forma abierta, clara, sencilla y sucinta, fueron aprobados por juicio de expertos. Posteriormente se aplicaron para realizar el acopio de la información en una población de 90 pacientes, el procesamiento de la base de datos se digitalizó de manera confidencial y codificado en tablas de Excel, la misma información se enlazó en el programa SPSS v-27.0, y los datos se analizaron evaluando la fiabilidad de la coherencia interna con el Alfa de Cronbach (Arias y Covinos, 2021).

Para la diagnosis de la data se utilizó el método estadístico descriptivo e inferencial, diseñados a través de tablas de distribución de frecuencias y gráficos absolutas y relativas para describir la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el abono de bolsillo del asegurado y sus dimensiones comprobando con la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov. Después de la determinación de la correlación, se calculó el nivel de causalidad, y para comprobar la prueba de hipótesis se empleó el diseño estadístico de la regresión logística ordinal, con el valor de significancia de ( $p < 0,05$ ) y el  $R^2$  de Nagelkerke para determinar el porcentaje de intervención de la variable independiente en la variable dependiente de la investigación (Arias y Covinos, 2021).

Aspectos éticos, con el compromiso de desarrollar la investigación dentro del marco de la honestidad y transparencia, se asegura seguir los estándares morales y lineamientos de Normas APA 7ed., y el reglamento de la Universidad, en ese contexto se promueve el bienestar de los intervenidos utilizando el consentimiento informado con aplicación en todos los encuestados afiliados, previa aceptación verbal a través de la rúbrica, la información proporcionado por los asegurados estarán disponible únicamente para fines de estudio, garantizando el derecho de privacidad, dentro del marco de los parámetros de la ética. Asimismo, en el transcurso de la ejecución de la pesquisa, se sustentaron con exploraciones científicas que garantizan la originalidad, acatamiento de autoría y su publicación con fines estrictamente académicos, promoviendo la confianza en los resultados obtenidos.

### III. RESULTADOS

En resolución a los objetivos planteados en el presente estudio, los resultados se muestran a través de tablas cruzadas, en función de las encuestas ejecutadas:

#### Análisis descriptivo:

Tabla 3. Características sociodemográficas de la población intervenida

Características		N°	%
Edad	18 - 65 años	90	100.0%
Sexo	Masculino	39	43.3%
	Femenino	51	56.7%
Estado civil	Soltero	11	12.2%
	Casado	35	38.9%
	Viudo	9	10.0%
	Divorciado	2	2.2%
	Conviviente	33	36.7%
Grado de instrucción	No tiene	1	1.1%
	Primaria	19	21.1%
	Secundaria	48	53.3%
	Superior	22	24.5%
Adscrito a un tipo de seguro de salud	SIS	71	78.9%
	No SIS	19	21.1%
Procedencia	Rural	27	30.0%
	Urbana	63	70.0%
Prestación de salud en los últimos 3 meses	Si	79	87.8%
	No	11	12.2%
	Total	90	100.0%

\* Respuestas múltiples

De la tabla 3, se cotejó las características sociodemográficas de la población intervenida entre 18 a 65 años de edad, con predominio en sexo femenino (56.7 %) y masculino (43.3 %), con grado de instrucción secundaria fueron (53.3 %) y no tiene (1.1 %), afiliados al S.I.S. fueron (78.9 %) y adscritos a otro tipo de seguro (21.1 %), de acuerdo al lugar de procedencia urbano fueron (70.0 %) y medio rural (30.0 %) y respecto a concurrentes a una asistencia médica en los últimos tres meses fueron Si (87.8 %) y No (12.2 %)

Objetivo General: determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud y gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024.

*Tabla 4. Cruce entre cobertura de aseguramiento en salud y gasto de bolsillo del asegurado*

Tabla cruzada Cobertura de aseguramiento en salud*Gasto de bolsillo del asegurado				
		Gasto de bolsillo del asegurado		Total
		Medio	Alto	
Cobertura de aseguramiento en salud	Deficiente	1	21	22
		1.1%	23.3%	24.4%
	Regular	0	24	24
		0.0%	26.7%	26.7%
	Eficiente	0	44	44
		0.0%	48.9%	48.9%
Total	Recuento	1	89	90
	% del total	1.1%	98.9%	100.0%

De la tabla 4, se verificó los hallazgos en el cual un 48,9 % de los participantes indican que el nivel de cobertura de aseguramiento en salud es eficiente y solo el 24,4 % indican que está en un nivel deficiente. Por otro lado, referente al gasto de bolsillo del asegurado el 98,9 % de los intervenidos mencionaron que es de nivel alto y solo el 1,1 % manifestaron que es de nivel medio, se demostró que las dos variables conservaron hallazgos positivos.

OE1: Determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por procedimientos en un Hospital de Puno, 2024.

*Tabla 5. Cruce entre la cobertura de aseguramiento en salud y gasto por procedimientos*

		Gasto por procedimientos		Total		
		Medio	Alto			
Cobertura de aseguramiento en salud	Deficiente	4 4.4%	18 20.0%	22 24.4%		
	Regular	0 0.0%	24 26.7%	24 26.7%		
	Eficiente	0 0.0%	44 48.9%	44 48.9%		
	Total		Recuento	4	86	90
			% del total	4.4%	95.6%	100.0%

De la tabla 5, se verificó los hallazgos en el cual un 48,9 % de los participantes indicaron que el nivel de cobertura de aseguramiento en salud es eficiente y solo el 24,4 % indicaron que se encuentra en un nivel deficiente. Por otro lado, referente al gasto por procedimientos el 95,6 % de los intervenidos mencionaron que es de nivel alto y solo el 4,4 % manifestaron que es de nivel medio, en consecuencia, se demostró que las dos variables conservaron hallazgos positivos.

OE2: Determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por tratamientos en un Hospital de Puno, 2024.

*Tabla 6. Cruce entre cobertura de aseguramiento en salud y gasto por tratamientos*

		Gasto por tratamientos		Total
		Medio	Alto	
Cobertura de aseguramiento en salud	Deficiente	2 2.2%	20 22.2%	22 24.4%
	Regular	0	24	24

		0.0%	26.7%	26.7%
	Eficiente	0	44	44
		0.0%	48.9%	48.9%
Total	Recuento	2	88	90
	% del total	2.2%	97.8%	100.0%

De la tabla 6, se verificó los hallazgos en el cual un 48,9% de los participantes indicaron que el nivel de cobertura de aseguramiento en salud es eficiente y solo el 24,4 % indicaron que se encuentra en un nivel deficiente. Por otro lado, referente al gasto por tratamientos el 97,8 % de los intervenidos mencionaron que es de nivel alto y solo el 2,2 % manifestaron que es de nivel medio, por tal razón, se demostró que las dos variables conservaron hallazgos positivos.

OE3: Determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por exámenes auxiliares en un Hospital de Puno, 2024.

*Tabla 7. Cruce entre cobertura de aseguramiento en salud y gasto por exámenes auxiliares*

Tabla cruzada Cobertura de aseguramiento en salud\*Gasto por exámenes auxiliares

		Gasto por exámenes auxiliares		Total
		Medio	Alto	
Cobertura de aseguramiento en salud	Deficiente	14 15.6%	8 8.9%	22 24.4%
	Regular	1 1.1%	23 25.6%	24 26.7%
	Eficiente	4 4.4%	40 44.4%	44 48.9%
Total	Recuento	19	71	90
	% del total	21.1%	78.9%	100.0%

De la tabla 7, se verificó los hallazgos en el cual un 48,9 % de los participantes indicaron que el nivel de cobertura de aseguramiento en salud es eficiente y solo el 24,4 % indicaron que se encuentra en un nivel deficiente. Por otro lado, referente al gasto por exámenes auxiliares el 78,9 % de los intervenidos mencionaron que es de

nivel alto y solo el 21,1 % manifestaron que es de nivel medio, por tal razón, se demostró que las dos variables conservaron hallazgos positivos.

OE4: Determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por deducibles en un Hospital de Puno, 2024.

*Tabla 8. Cruce entre cobertura de aseguramiento en salud y gasto por deducibles*

Tabla cruzada Cobertura de aseguramiento en salud*Gasto por deducibles				
		Gasto por deducibles		Total
		Medio	Alto	
Cobertura de aseguramiento en salud	Deficiente	13	9	22
		14.4%	10.0%	24.4%
	Regular	19	5	24
		21.1%	5.6%	26.7%
	Eficiente	22	22	44
		24.4%	24.4%	48.9%
Total	Recuento	54	36	90
	% del total	60.0%	40.0%	100.0%

De la tabla 8, se verificó los hallazgos en el cual un 48,9 % de los participantes indicaron que el nivel de cobertura de aseguramiento en salud es eficiente y solo el 24,4 % indicaron que se encuentra en un nivel deficiente. Por otro lado, referente al gasto por deducibles el 40,0 % de los intervenidos mencionaron que es de nivel alto y el 60,0 % manifestaron que es de nivel medio, en consecuencia, se demostró que las dos variables conservaron hallazgos positivos.

### **Análisis inferencial:**

H0: No existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024

H1: Existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024

*Tabla 9. Prueba de normalidad*

Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>	Shapiro-Wilk
---------------------------------	--------------

	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Cobertura de aseguramiento en salud	0.216	90	0.000	0.839	90	0.000
Gasto de bolsillo del asegurado	0.157	90	0.000	0.895	90	0.000
Gasto por procedimientos	0.209	90	0.000	0.832	90	0.000
Gasto por tratamientos	0.206	90	0.000	0.858	90	0.000
Gasto por exámenes auxiliares	0.396	90	0.000	0.646	90	0.000
Gasto por deducibles	0.344	90	0.000	0.759	90	0.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

De la tabla 9: se concluyó que los resultados de la prueba de normalidad según Kolmogorov-Smirnov demostraron que ambas variables no tienen una distribución de modelo normal, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, en tal sentido se utilizó el modelo de diseño de regresión logística ordinal.

*Tabla 10. Informe de ajuste de modelo de la hipótesis general*

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	319.544			
Final	0.000	319.544	12	0.000

Función de enlace: Logit.

En la tabla 10, se observó que la sig. es 0,000 ( $p < 0,05$ ); por tal razón se acepta la hipótesis general planteada y se rechaza la  $H_0$ , determinando que la cobertura de aseguramiento en salud si influye en el gasto de bolsillo del asegurado.

*Tabla 11. El  $R^2$  de la hipótesis general*

Cox y Snell	0.971
Nagelkerke	0.976
McFadden	0.667

Función de enlace: Logit.

En concordancia con el valor según la prueba de Pseudo R<sup>2</sup> de Cox y Snell, se concluyó que la variable cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto de bolsillo del asegurado con un valor de 97,1 %. Sin embargo, Nagelkerke concluyó que la cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto de bolsillo del asegurado en un 97,6 %.

*Tabla 12. Influencia de cobertura de aseguramiento en salud en gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024*

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	293,814			
Final	235,261	58,553	1	,000

Función de enlace: Logit.

Cox y Snell	,478
Nagelkerke	,481
McFadden	,125

Función de enlace: Logit.

En la tabla 12, se observó la sig. de 0.000 ( $p < 0,05$ ); por tal razón se acepta la hipótesis general planteada y se rechaza la  $H_0$ , determinando que la cobertura de aseguramiento en salud si influye en el gasto de bolsillo del asegurado.

En concordancia con el valor según la prueba de Pseudo R<sup>2</sup> de Cox y Snell, se concluyó que la variable cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto de bolsillo del asegurado con un valor de 47.8 %. Sin embargo, Nagelkerke concluyó que la cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto de bolsillo del asegurado en un 48.1 %.

Hipótesis específica 1:

H0: No existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por procedimientos en un Hospital de Puno, 2024

H1: Existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por procedimientos en un Hospital de Puno, 2024

*Tabla 13. Influencia de cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por procedimientos en un Hospital de Puno, 2024*

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	198,840			
Final	144,837	54,003	1	,000

Función de enlace: Logit.

Cox y Snell	,451
Nagelkerke	,463
McFadden	,163

Función de enlace: Logit.

En la tabla 13, se observó la sig. de 0.000 ( $p < 0,05$ ); por tal razón se determinó que la cobertura de aseguramiento en salud si influye en el gasto por procedimientos del asegurado.

En concordancia con el valor según la prueba de Pseudo  $R^2$  de Cox y Snell, se concluyó que la variable cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto por procedimientos con un valor de 45.1 % y según el coeficiente de Nagelkerke concluyó que la cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto por procedimientos en un 46.3 %.

Hipótesis específica 2:

H0: No existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por tratamientos en un Hospital de Puno, 2024

H1: Existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por tratamientos en un Hospital de Puno, 2024

*Tabla 14. Influencia de cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por tratamientos en un Hospital de Puno, 2024*

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	210,130			
Final	184,022	26,108	1	,000
Función de enlace: Logit.				
Cox y Snell				,252
Nagelkerke				,256
McFadden				,071
Función de enlace: Logit.				

En la tabla 14, se observó la sig. de 0.000 ( $p < 0,05$ ); por tal razón se determina que la cobertura de aseguramiento en salud si influye en el gasto por tratamientos del asegurado.

En concordancia con el valor según la prueba de Pseudo  $R^2$  de Cox y Snell, se concluyó que la variable cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto por tratamientos con un valor de 25.2 % y según el coeficiente de Nagelkerke concluyó que la cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto por tratamientos en un 25.6 %.

Hipótesis específica 3:

H0: No existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por exámenes auxiliares en un Hospital de Puno, 2024

H1: Existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por exámenes auxiliares en un Hospital de Puno, 2024

*Tabla 15. Influencia de cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por exámenes auxiliares en un Hospital de Puno, 2024*

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	127,692			

Final	75,762	51,930	1	, 000
Función de enlace: Logit.				
Cox y Snell				,438
Nagelkerke				,499
McFadden				,273
Función de enlace: Logit.				

En la tabla 15, se observó la sig. de 0.000 ( $p < 0,05$ ); por tal razón se determina que la cobertura de aseguramiento en salud si influye en el gasto por exámenes auxiliares del asegurado.

En concordancia con el valor según la prueba de Pseudo  $R^2$  de Cox y Snell, se concluyó que la variable cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto por exámenes auxiliares del asegurado con un valor de 43.8 % y según el coeficiente de Nagelkerke concluyó que la cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto por exámenes auxiliares del asegurado en un 49.9 %.

Hipótesis específica 4:

H0: No existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por deducibles en un Hospital de Puno, 2024

H1: Existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por deducibles en un Hospital de Puno, 2024

*Tabla 16. Influencia de cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por deducibles en un Hospital de Puno, 2024*

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	73,439			
Final	67,504	5,935	1	,015
Función de enlace: Logit.				
Cox y Snell				,064

---

Nagelkerke	,077
McFadden	,037

---

Función de enlace: Logit.

En la tabla 16, se observó la sig. de 0.015 ( $p < 0,05$ ); por tal razón se determina que la cobertura de aseguramiento en salud si influye en el gasto por deducibles del asegurado.

En concordancia con el valor según la prueba de Pseudo  $R^2$  de Cox y Snell, se concluyó que la variable cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto por deducibles del asegurado con un valor de 06.4 % y según el coeficiente de Nagelkerke concluyó que la cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto por deducibles del asegurado en un 07.7 %.

#### IV. DISCUSIÓN

La cobertura de aseguramiento en salud y los gastos de bolsillo del asegurado son un tema polémico, aun cuando no se entiende claro la influencia entre ambas variables, por otra parte, la situación actual sanitaria se encuentra establecida bajo una norma con contenido de alcance nacional hacia la población, el aseguramiento universal sanitario, de naturaleza imperativo tiene características de forzoso, gradual, avalado, reglamentado, desconcentrado, transportable, transparente y permanente (Ley N° 29344, 2009). Sin embargo, en la actualidad el fenómeno de los pagos directos no reembolsables son actos de ocurrencia cotidiana con impacto negativo en la población vulnerable conduciendo en el futuro al empobrecimiento catastrófico. No obstante, la Organización Mundial de la Salud (2023), valora como pilar fundamental los objetivos de desarrollo sostenible para conseguir la cobertura universal sanitaria de la meta 3.8, de preferencia la protección contra las amenazas presupuestarias, accesibilidad a las asistencias sanitarias básicas cualitativos, a la dispensación de fármacos y vacunas garantizadas, efectivas, factibles y de calidad, para evitar que las personas no caigan en la pobreza a consecuencia del gasto de bolsillo, los cuales bordean un aproximado del 10% de su presupuesto familiar, riesgo que compromete el cumplimiento del ODS 1, donde exhorta a poner fin a la pobreza en todas sus formas de cara al 2030.

A propósito, de los resultados del presente estudio donde participaron 90 habitantes de la región del altiplano, en colaboración para determinar si la cobertura de aseguramiento en salud disminuye o incrementa el gasto de bolsillo en el proceso de la asistencia médica, en cuyas características sociodemográficas predominantes se observa la edad entre 18 a 65 años, sexo femenino (56.7%) y masculino (43.3%), estado civil casado (38.9%), conviviente (36.7%), soltero (12.2%), viudo (10,0%) y divorciado (2.2%), participantes con grado de instrucción secundaria (53.3%), superior (24.5%), primaria (21.1%) y no tiene (1.1%), afiliados al S.I.S. (78.9%) y adscritos a otro tipo de seguro (21.1%), de acuerdo al lugar de procedencia urbano (70.0%) y medio rural (30.0%) y adicionalmente se verifica la concurrencia a una asistencia médica en los últimos tres meses Si (87.8%) y No (12.2%). Dichos resultados se asemejan con lo determinado por Torres (2021), en un estudio sobre la cobertura de aseguramiento en salud y gasto de bolsillo, manifiesta según los

resultados de la pesquisa donde participan 375 habitantes de un distrito de Lima, quienes contribuyen para definir si la cobertura de aseguramiento en salud aminora o acrecienta el abono de bolsillo durante la crisis sanitaria del SARS-CoV-2, en cuyas características comunes relevantes se observa en el segmento de 30 a 59 años de edad varones 57.3 % y mujeres 55.5 %, por añadidura identifica que el cincuenta por ciento de los intervenidos adquieren fundamentalmente antibióticos y antipiréticos, también el 96 % de la muestra adquieren alcohol medicinal como esencial recurso sanitario y casualmente el 72.5 % de los encuestados no concurren a la atención médica en los últimos 3 meses. También, identifica múltiples estudios de renombre nacional e internacional, con características similares relacionados con la materia de estudio.

Respecto al análisis inferencial, aplicado en el estudio la prueba de independencia de variables mediante el estadístico Regresión Logística Ordinal. Los resultados de la prueba de normalidad desde la mirada de Kolmogorov-Smirnov arroja un sig. de 0.000 ( $p < 0.05$ ), lo que encamina al rechazo de la hipótesis nula. Por consiguiente, se determina que existe una influencia significativa de la cobertura de aseguramiento en salud en gasto de bolsillo del asegurado en un hospital de Puno en el año 2024. Asimismo, el valor del coeficiente de Alfa de Cronbach es de 0.945, medida estadística que indica un impacto alto entre la variable independiente sobre la variable dependiente. Al respecto, Zavala-Curzo (2023), en la investigación realizado en Lima sobre el efecto del aseguramiento en salud en los bolsillos, la repercusión de la cobertura sanitaria en la economía del hogar de las familias peruanas tiene una reducción del abono de bolsillo sanitario, en un promedio por mes de S/. 119,9 en 2010 a S/.107,9 en 2019, los hogares con gasto catastrófico en salud alcanzan 4,06 % en 2010 a 3,47 % en 2019, y las familias que se empobrecen por abonos de bolsillo sanitario oscilan entre 1,78 % en 2010 a 1,51 % en 2019. En resumen, el incremento de la protección de seguro de salud contribuye a la cobertura financiera de las familias peruanas frente el abono de bolsillo sanitario, entre tanto, los obstáculos para el acceso seguro a las 18 atenciones médicas y otros factores socioeconómicos restringen considerablemente su impacto.

Con respecto a la hipótesis específica 1, en el estadístico Regresión Logística Ordinal se aprecia un sig. de 0.000 ( $p < 0,05$ ), entonces se rechaza la hipótesis nula,

por tal razón se determina la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por procedimientos del asegurado. En concordancia con el valor según la prueba de Pseudo  $R^2$  de Cox y Snell, se concluye que la variable cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto por procedimiento con un valor de 45.1 % y según el coeficiente  $R^2$  de Nagelkerke concluye que la cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto por procedimiento en un 46.3 %. Dichos resultados guardan relación con lo determinado por Panduro et al (2021), en su estudio de valoración de abono de bolsillo en el área de Odontología de los adscritos al SIS que obtiene un resultado a intermedios de 9,705059 y 19,95492 como tope mínimo y máximo a una desviación estándar de 2,610325, cuyo abono de bolsillo es de 14,82999; la vinculación al costeo en promedio por género, en damas es de 19,46143 y de varones 9,914876; el costeo por edades señala que el segmento de 65 a 69 años costea en promedio 40,03425 soles; el abono por grado de instrucción señala que los de nivel inicial costean 40,24546; respecto a índice de indigencia, los pobres extremos demuestran costeos de 0,000 en cambio el pobre no extremo 2,850577, concluyendo que el abono del bolsillo en el consultorio odontológico de los asegurados al SIS de Lima Metropolitana es de 14,80 soles en promedio en el extremo del estudio por consultas odontológicas.

Con respecto a la hipótesis específica 2, en el estadístico de Regresión Logística Ordinal se observa una sig. de 0.000 ( $p < 0,05$ ), entonces se rechaza la hipótesis nula, por tal razón se determina la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por tratamientos del asegurado. En concordancia con el valor según la prueba de Pseudo  $R^2$  de Cox y Snell, se concluye que la variable cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto por tratamientos con un valor de 25.2 % y según el coeficiente  $R^2$  de Nagelkerke concluye que la cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto por tratamientos en un 25.6 %. Al respecto, los resultados obtenidos coinciden con la comprobación hipotética por Benites et al. (2023), en el estudio sobre disparidades étnicas en el abono de bolsillo en medicamentos en Perú, según el análisis en 11,346 encuestados, la edad media se encuentra varones entre 40,78 años y el 57,67 % son mujeres, se ubica el pago directo más bajo en medicamentos entre las minorías étnicas en el análisis ajustado (coeficiente Beta [ $\beta$ ]: - 0,11; 95 % de intervalo de confianza [IC95 %]: - 0,21 a - 0,01;  $p = 0,043$ ). En el análisis de descomposición de Oaxaca-Blinder encuentra una brecha

de 0,19 USD en el pago directo de medicamentos entre las minorías étnicas ( $p < 0,001$ ), y el componente explicado por las variables medidas en esta investigación solo representa el 40,5 % de la brecha ( $p = 0,001$ ). Concluye ubicando menos gastos directos en medicamentos en las minorías étnicas. Sin embargo, las variables medidas explican sólo el 40,5 % de estas brechas.

Respecto a la hipótesis específica 3, en el estadístico de Regresión Logística Ordinal se verifica que la sig. es de 0.000 ( $p < 0,05$ ), entonces se rechaza la hipótesis nula, por tal razón se determina la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por exámenes auxiliares. En concordancia con el valor según la prueba de Pseudo R<sup>2</sup> de Cox y Snell, se concluye que la variable cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto por procedimiento con un valor de 43.8 % y según el coeficiente R<sup>2</sup> de Nagelkerke se concluye que la cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto por el apoyo al diagnóstico en un 49.9 %. Al respecto, las conclusiones determinadas por Huarachi et al. (2023), en un estudio en Lima sobre la distribución desproporcionada de recursos y la asistencia sanitaria en quintiles de pobreza, arrojaran resultados donde las regiones más pobres están inversamente correlacionadas con el IDH y el ICR y tienen un servicio promedio del 25,0 % de afiliados, en las zonas pobres, el presupuesto asignado fue menor, pero la proporción de afiliados que requieren una atención es mayor (>70,0%). El presupuesto asignado a salud es injusto ( $p < 0.05$ ) entre áreas pobres y áreas no pobres, las asignaciones presupuestarias mínimas y el bajo ingreso per cápita de los hogares contribuyen a la pobreza en quintil 1 y quintil 2 ( $p < 0,01$ ). Concluye que las regiones más pobres tienen mayor inequidad y la mayoría de afiliados no utilizan o no tienen acceso a los servicios del SIS, pero tienen una mayor necesidad de atención médica. Además, las regiones pobres tienen una gran cantidad de población sin cobertura del SIS y bajos presupuestos asignados, lo que afecta la competitividad y desarrollo, por realizar pagos directos por concepto de exámenes de apoyo al diagnóstico.

Respecto a la hipótesis específica 4, en el estadístico de Regresión Logística Ordinal se observa la sig. de 0.015 ( $p < 0,05$ ), entonces se rechaza la hipótesis nula, por tal razón se determina la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por deducibles. En concordancia con el valor según la prueba de Pseudo R<sup>2</sup> de

Cox y Snell, se concluye que la variable cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto por procedimiento con un valor de 6.4 % y según el coeficiente  $R^2$  de Nagelkerke concluye que la cobertura de aseguramiento en salud influye en el gasto por deducibles en un 07.7 %. Al respecto, los resultados tienen correspondencia con lo definido por García et al. (2023), en un estudio efectuado en Lima sobre una evaluación cuantitativa de los factores del abono de bolsillo sanitario como capacidad de Pago (GBCP) efectuados por traslados de emergencia y alimentación por estadía hospitalaria.

Haakenstad et al. (2023), en el estudio sobre el análisis del gasto catastrófico de los hogares en el marco de la crisis sanitaria de COVID-19, sostienen que la pandemia trastornó los sistemas de salud en 2020, los resultados sobre el Gasto Sanitario Catastrófico, en México aumenta al 5,6 % del 95 %, cifra superior a lo previsto (3,2 %, 2,5–4,0), en Bielorrusia se aprecia de 13,5 % (11,8–15,2), también superior a lo previsto (9,7 %, 7,7–11,3), el GSC no existe diferencia de lo previsto por tendencias pasadas en Rusia, Perú y Vietnam. Entre marzo y abril de 2020, las visitas de atención médica caen en 4,6 (2,6– 6,5) puntos porcentuales en México y 48,3 (40,6–56,0) puntos porcentuales en Perú y la proporción de visitas privadas a la atención médica aumenta en 7,3 (4,3–10,3) puntos porcentuales en México y en 20,7 (17,3–24,0) puntos porcentuales en Perú. Concluye que, dentro de los cinco países estudiados, en tres de ellos, los sistemas de salud no protegen a las personas de la crisis financiera, riesgos de la atención médica o no mantienen el acceso a la asistencia sanitaria en 2020, clara muestra de que los sistemas de salud no logran mantener funciones básicas. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (2010), según su teoría define que, el costeo de bolsillo es el desembolso por cualquier índole de costeo directo para recibir una consulta médica, procedimientos, medicamentos, análisis clínicos y otros suministros, es decir, un tipo de financiamiento regresivo, excluyente, falta de solidaridad que dificulta prever el brote de patologías o accidentes, y que estropea básicamente la salud de los más vulnerables, que no tienen capacidad para el abono de la atención médica que requieren en los recintos de salud estatales. En ese contexto, considera que el financiamiento de los sistemas de salud a nivel universal conduce a la reducción de los pagos directos innecesarios por el usuario en América Latina.

## V. CONCLUSIÓN

Respecto al objetivo general, la investigación determinó la existencia de una influencia significativa, obteniéndose una sig. bilateral de 0.000 entre el nivel de cobertura de aseguramiento en salud y el nivel del gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Puno, 2024. Asimismo, el valor según la mirada de Nagelkerke es igual a 48,1 %, indica que influye la variable independiente sobre la variable dependiente, es decir, el gasto de bolsillo que realiza el asegurado en abonos innecesarios por procedimientos, tratamiento, exámenes auxiliares y deducibles.

Con respecto al primer objetivo específico, se concluye que si existe influencia de la variable cobertura de aseguramiento en salud sobre la dimensión del gasto de bolsillo por procedimientos con sig. bilateral de 0.000. Además, el valor según la mirada de Nagelkerke es igual a 46,3 %, indica que la influencia es de nivel medio entre la variable independiente sobre la dimensión de la variable dependiente, es decir, el gasto por procedimientos que realiza el asegurado en abonos innecesarios.

Con referencia al segundo objetivo específico, se finiquita que existe influencia significativa entre la cobertura de aseguramiento en salud sobre el gasto de bolsillo por tratamientos con sig. bilateral de 0.000. Además, el valor según la mirada de Nagelkerke es igual a 26,6 %, indica que la influencia es de nivel medio entre la variable independiente sobre la dimensión de la variable dependiente, es decir, el gasto por tratamientos que realiza el asegurado en abonos innecesarios.

Con referencia al tercer objetivo específico, se concluye que existe influencia significativa entre la cobertura de aseguramiento en salud sobre el gasto de bolsillo por exámenes auxiliares con sig. bilateral de 0.000. Además, el valor según la mirada de Nagelkerke es igual a 49,9 %, indica que la influencia es de nivel medio entre la variable independiente sobre la dimensión de la variable dependiente, es decir, el gasto por exámenes auxiliares que realiza el asegurado en abonos innecesarios.

Con referencia al cuarto objetivo específico, se define que existe influencia significativa entre la cobertura de aseguramiento en salud sobre el gasto de bolsillo por deducibles con sig. bilateral de 0.015 ( $p < 0.05$ ). Sin embargo, el valor según la mirada de Nagelkerke es igual a 07,7 % ( $p > 0.05$ ), indica que no influye la variable independiente sobre la dimensión de la variable dependiente.

## VI. RECOMENDACIONES

A las autoridades del sistema de salud sanitario del País, surge la idea de canalizar una adecuada reestructuración de la accesibilidad a los servicios médicos, fundamentalmente del seguro integral de salud, custodiando como derecho básico y universal la salud pública de la población en su conjunto, con una cobertura poblacional, prestacional y financiera integral y totalmente gratuito, garantizando el acceso a todos los peruanos (MINSA, 2010).

A los gestores de la entidad pública sanitaria del departamento de Puno, deben proyectar plan de mejora continua con estrategias de conseguir la sensibilización de los habitantes de la región altiplánica, que frente a la existencia de alguna manifestación clínica que puedan afectar su salud, deben concurrir al centro de salud más cercano, para requerir la asistencia sanitaria conforme a los parámetros establecidos del asegurado, evitando así el gasto de bolsillo innecesario (OPS, 2021).

Así mismo, al Hospital se recomienda la implementación del sistema de información que comprende instalación de software para el uso de la historia clínica electrónica al cien por ciento, y otros programas que faciliten el trabajo electrónico con manejo de cero papeles, la incorporación del servicio de telemedicina dirigido a la población vulnerable, con la finalidad de manejar como fuente de comunicación de acceso a los servicios sanitarios, entre el afiliado y el Hospital (Ngepah et al., 2024).

El gasto de bolsillo del asegurado supedita a inconvenientes monetarios a las personas y hogares, principalmente en las familias de quintil I y II, con alta repercusión e impacto en el acceso al tratamiento y generando problemas económicos que conducen en el futuro al empobrecimiento catastrófico. Se recomienda, desarrollar estudios sobre otros factores determinantes para hallar el aumento del gasto de bolsillo de los asegurados, en relación al círculo vicioso de la cobertura de aseguramiento en salud, para poder comprobar con mayor panorama situacional, y de esta manera formular medidas para la protección financiera del grupo poblacional más vulnerable (OMS,2023).

Finalmente, a los gestores de turno, se debe desarrollar un rediseñamiento de las políticas de salud, gobernanza, planificación estratégica, acceso a medicamentos y productos sanitarios, recursos humanos y financieros en salud idóneos.

## REFERENCIAS

- Arias, J., Covinos, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques Consulting EIRL. 1ra edición. <https://www.tesisconjosearias.com>
- Arispe, C., Yangali, Y., Guerreo, M., Rivera, O., Acuña, L., Arellano, C. (2020). *La investigación científica: una aproximación para los estudios de posgrado*. UideGuayaquil. 1ra edición. <https://repositorio.uide.edu.ec>
- Asmamav, G., Eshetu, E. (2023). *The financial burden of out of pocket payments on medicines among households in Ethiopia: analysis of trends and contributing factors*. BMC Public Health (2023) 23:808. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15751-3>
- Bancalari, A., Berlinski, S., Buitrago, G., García, M., de la Mata, D., Vera-Hernández, M. (2023). *Sistemas de salud e inequidades en salud en América Latina*. CAF-WORKING PAPER#2023/09. <https://scioteca.caf.com>
- Basso, M.A., del Valle Gulli, I. (2023). *El enfoque de capacidades y determinantes del gasto de bolsillo en salud de los hogares en Argentina*. Población y salud en Mesoamérica, 21(2). <https://doi.org/10.15517/psm.v21i2.54384>
- Benites-Meza, J., Pinedo-Castillo, L., Cabanillas-Lazo, M., Herrera-Añazco, P., Mougnot, B., Benites-Zapata, V. (2023). *Ethnic disparities in out-of-pocket expense on medicines in Peru: Evidence from a nationwide survey*. Elsevier. Public Health in Practice. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2023.100442>
- Binyaruka P, Martinez-Alvarez M, Pitt C, Borghi J. (2023). *Assessing equity and efficiency of health financing towards universal health coverage between regions in Tanzania*. Elsevier. Social Science & Medicine. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116457>
- Castilla, J., Chipana, Y.; Caballero, J. (2022). *Governance in Latin America: Between the Philosophical Dimension and Citizen Power*. Revista de Filosofía, Vol.39, N°102, 2022, pp. 218 – 228. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7042316>

- Cid C, Flores G, Del Riego A, Fitzgerald J. (2021). *Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe*. Rev Panam Salud Pública. 2021;45: e95. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.95>
- Congreso de la República (2009). *Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud*. Normas legales. El Peruano. <https://leyes.congreso.gob.pe>
- Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) (2022). Diccionario. *Instituto Nacional de Estadística e Informática*. <https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>
- Enríquez Díaz, M.J. (2023). *El aseguramiento universal en salud y los recursos humanos*. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 6(6), 11436-11457. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.4212](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4212)
- García, L. & Rojas, C. (2023). *Determinantes del gasto de bolsillo en salud en el Perú*. Documento de trabajo N° 500. 1ª edición. <http://departamento.pucp.edu.pe/economia/publicaciones/documentos-de-trabajo/>
- Giménez, E. (2021). *La protección financiera en salud antes y durante el COVID-19 en Paraguay: Un análisis desde la perspectiva de los gastos de bolsillo excesivos, catastróficos y empobrecedores en el Sistema Nacional de Salud*. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología – CONACYT. [www.desarrollo.org.py](http://www.desarrollo.org.py)
- Gobierno Regional Puno (2023). *Acuerdo de gobernabilidad regional 2023-2026*. Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza. Región Puno. <https://www.mesadeconcertación.org.pe>
- Gobierno Regional Puno (GORE PUNO) (2024). *Presupuesto participativo multianual 2025 – 2027. Informe final del presupuesto participativo multianual 2024*. <https://www.regionpuno.gob.pe>
- Guerrero Núñez J. (2020). *Densidad de recurso humano y desigualdad en gastos en salud en países de las Américas*. Rev Panam Salud Publica. 2020;44: e133. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.133>

- Haakenstad, A., Bintz, C., Knighth, M., Bienhoff, K., Chacón-Torrico, H., Curioso, W., Dieleman, J., Gage, A., Gakidou, E., Hay, S., Henry, N., Hernández-Vásquez, A., Méndez, J., Villareal, H., Lozano, R. (2023). *Catastrophic health expenditure during the COVID-19 pandemic in five countries: a time-series analysis*. *Lancet Glob Health* 2023; 11: e1629–39. [www.thelancet.com/lancetgh](http://www.thelancet.com/lancetgh)
- Hadi, M., Martel, C., Huayta, F., Rojas, R., Arias, J. (2023). *Metodología de la: guía para el proyecto de tesis*. Inudi Perú S.A.C. 1ra edición. <https://doi.org/10.35622/inudi.b.073>
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., (2014). *Metodología de la investigación*. 6ta edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. <https://www.esup.edu.pe>
- Hernández-Sampiere, R., Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. 1ra edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. <https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6>
- Houghton N, Bascolo E, Cohen RR, Cruz Vilcarromero N, Rodriguez Gonzalez H, Albrecht D, Koller TS, Fitzgerald J. (2023). *Identifying access barriers faced by rural and dispersed communities to better address their needs: implications and lessons learned for rural proofing for health in the Americas and beyond*. *Rural and Remote Health* 2023; 23: 7822. <https://doi.org/10.22605/RRH7822>
- Huarachi LA, Lozano-Zanelly G, Acosta J., Huarachi CA, Moya-Salazar J. (2023). *Inequality in the distribution of resources and health care in the poverty quintiles: Evidence from Peruvian comprehensive health insurance 2018-2019*. *Electron J Gen Med*. 2024;21(1): em568. <https://doi.org/10.29333/ejgm/14160>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2023). *Condiciones de vida en el Perú. Encuesta nacional de hogares. Informe técnico*. <https://m.inei.gob.pe>
- Instituto Peruano de Economía (IPE) (2021). *Propuestas de política 2021 – 2026*. Eje de Salud. [www.ipe.org.pe](http://www.ipe.org.pe)

- Jumpa-Armas, D. (2019). *Universal insurance in health in Peru: an approximation to 10 years of its implementation*. Rev. Fac. Med. Hum. Julio 2019;19(3):75-80. Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>
- Kumar, S., Joseph, J., Sankar, J., Nambiar, D. (2023). *Assessing inequalities in publicly funded health insurance scheme coverage and out-of-pocket expenditure for hospitalization: findings from a household survey in Kerala*. International Journal for Equity in Health (2023) 22-197. <https://10.1186/s12939-023-02005-2>
- Medina, M., Rojas, R., Bustamante, W., Loaiza, R., Martel, C., Castillo, R. (2023). *Metodología de la investigación: técnicas e instrumentos de investigación*. 1ra edición. Inudi Perú S.A.C. <https://doi.org/10.35622/inudi.b.80>
- Mezones-Holguín, E., Amaya, E., Bellido-Boza, L., Mougnot, B., Murillo, J., Villegas-Ortega, J., Del Carmen, J. (2019). *Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal*. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2019;36(2): 196-206. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.3998>
- Ministerio de Salud (MINSA) (2010). *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)*. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud Ley N° 29344. <https://www.minsa.gob.pe>
- Ministerio de Salud (MINSA) (2022). *Documento técnico: Lineamientos para la elaboración de los planes complementarios y planes específicos, en el marco del aseguramiento universal de salud*. RM N° 592-2022/MINSA. <https://www.minsa.gob.pe>
- Ministerio de Salud (MINSA) (2022). *Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019 – 2026 Ampliado del Ministerio de Salud*. <https://www.minsa.gob.pe>
- Mougnot B, Herrera-Añazco P. (2022). *A bibliometric analysis of literature on the out-of-pocket expense in health in Latin America*. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 30 de junio de 2022 [citado 25 de septiembre de 2022];15(2):341-6. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.152.1080>

- Ngepah N, & Ndzignat A. (2024). *Trends in household out-of-pocket health expenditures and their underlying determinants: explaining variations within African regional economic communities from countries panel data*. *Globalization and Health* (2024) 20:27. <https://doi.org/10.1186/s12992-024-01032-0>
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal: resumen*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/70498>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021). *Gastos directos de bolsillo en salud: la necesidad de un análisis de género*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54668>
- Panduro-Tello MAO, Díaz-Mujica JY. (2021). *Análisis Del Gasto del Bolsillo en el Servicio Dental de los Afiliados al SIS de Lima Metropolitana según ENAHO, 2018*. *Ágora Rev. Cient.* 2021; 08(01):75-81. <https://doi.org/10.21679/arc.v8i1.210>
- Quispe, C. & Cerdán, C. (2023). *Análisis de los factores que determinan el gasto catastrófico en salud de los hogares con adultos mayores afiliados al SIS, 2015-2019* [Trabajo de investigación de maestría, Universidad del Pacífico]. Repositorio institucional de la Universidad del Pacífico. <https://repositorio.up.edu.pe/hdl.handle.net/11354/3908>
- Seguro Integral de Salud (2023). *Plan de Comunicaciones IAFAS SIS 2023*. Anexo RJ N° 000033-2023-SIS-J.
- Seguro social de salud (ESSALUD) (2023). *Gasto de bolsillo realizado por la población asegurada en EsSalud, 2008-2021. Informe técnico*. 1era edición. <https://hdl.handle.net/20.500.12959/4287>
- Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) (2024). *Registro Nominal de Asegurados*. Boletín informativo. [www.susalud.gob.pe](http://www.susalud.gob.pe)

- Torres-Salazar, F. (2022). *Cobertura de aseguramiento en salud y gasto de bolsillo en la pandemia COVID-19. Callao-2021* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/7728>
- United Nations (2016). *The 2030 Agenda and the sustainable development goals: An opportunity for Latin America and the Caribbean*. Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). <https://digitallibrary.un.org>
- Varco MJ, Campodónico IM, de los Reyes L, Laurenza M, Levcovich M. (2022). Gasto catastrófico y empobrecedor en salud: un estudio para Argentina. *Rev Argent Salud Publica*. 2022; 14: e71. Publicación electrónica 18 de Mar de 2022. ISSN 1852-8724 *versión On-line* ISSN 1853-810X
- World Health Organization (WHO) (2023). *Universal health coverage*. Executive council. 154th meeting. Item 6 of the provisional agenda. <https://apps.who.int>
- World Health Organization (WHO) (2023). *WHO framework for meaningful engagement of people living with noncommunicable diseases, and mental health and neurological conditions*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>
- Zavala-Curzo, DF. (2023). *Impacto del Aseguramiento en Salud en la Economía de los Hogares Peruanos, 2010-2019*. *Acta Med Perú*. 2023; 40(2): 091-103. <https://doi.org/10.35663/amp.2023.402.2527>

## ANEXOS

### Anexo 1. Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿Cuál es la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Cuál es la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por procedimientos en un Hospital de Puno, 2024?</p> <p>¿Cuál es la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por tratamientos en un Hospital de Puno, 2024?</p> <p>¿Cuál es la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por exámenes auxiliares en un Hospital de Puno, 2024?</p> <p>¿Cuál es la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por deducibles en un Hospital de Puno, 2024?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud y gasto de bolsillo de asegurado en un Hospital de Puno, 2024.</p> <p><b>Objetivos diagnósticos</b></p> <p>Describir el nivel de la cobertura de aseguramiento en salud en un Hospital de Puno, 2024.</p> <p>Describir el nivel de gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>OE1: Determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por procedimientos en un Hospital de Puno, 2024.</p> <p>OE2: Determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por tratamientos en un Hospital de Puno, 2024.</p> <p>OE3: Determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por exámenes auxiliares en un Hospital de Puno, 2024.</p> <p>OE4: Determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por deducibles en un Hospital de Puno, 2024.</p>	<p><b>Hipótesis general</b></p> <p><b>H1:</b> Existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024</p> <p><b>H0:</b> No existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024.</p> <p><b>Hipótesis específicas:</b></p> <p>Existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por procedimientos en un Hospital de Puno, 2024.</p> <p>Existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por tratamientos en un Hospital de Puno, 2024.</p> <p>Existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por exámenes auxiliares en un Hospital de Puno, 2024.</p> <p>Existe influencia de la cobertura de aseguramiento en salud en el gasto por deducibles en un Hospital de Puno, 2024.</p>	<p><b>Independiente</b></p> <p>Cobertura de aseguramiento en salud</p> <p><b>Dependiente</b></p> <p>Gasto de bolsillo del asegurado</p>	<p><b>Tipo y diseño de estudio:</b></p> <p>Cuantitativo, no experimental, de nivel correlacional causal explicativo</p> <p><b>Población de estudio:</b></p> <p>90 habitantes de la región Puno, mayo 2024</p> <p>Muestra total de 20 encuestas</p> <p><b>Técnica e instrumento:</b></p> <p>Encuesta</p> <p>Cuestionario</p> <p><b>Análisis estadístico:</b></p> <p>Descriptivo</p> <p>Inferencial</p> <p>Tabla cruzada</p> <p>Prueba de normalidad</p> <p>Regresión logística ordinal</p>

## Anexo 2. Tabla de operacionalización de variables

### Cobertura de aseguramiento en salud y su influencia en gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Independiente: Cobertura de aseguramiento en salud	El aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). (Ley 29344)	Las actividades de campo de la variable independiente se aplicarán en función de las dimensiones de cobertura poblacional, prestacional y financiera que consta de 25 preguntas, los cuales se procesarán en el paquete estadístico SPSS v27.0.01, con la finalidad de gestionar el aseguramiento como política pública.	Cobertura poblacional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. % de personas atendidas adscritos al seguro subsidiado</li> <li>2. % de personas atendidas adscritos al seguro semisubsidiado</li> <li>3. % de personas atendidas adscritos al seguro contributivo</li> <li>4. % de personas atendidas adscritos al seguro privado de salud</li> <li>5. % de personas atendidas sin ningún tipo de seguro de salud</li> </ol>	Ordinal  1=Muy bajo 2=Bajo 3=Medio 4=Alto 5=Muy alto
			Cobertura prestacional	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Grado de cobertura de los servicios de salud</li> <li>7. Grado de infraestructura moderna e interconectada</li> <li>8. Nivel de brecha de médicos especialistas</li> <li>9. Nivel de barreras de acceso oportuno a los servicios de salud</li> <li>10. Nivel de acceso inequitativo a los servicios de salud</li> <li>11. Porcentaje de usuarios asegurados que no acceden a los servicios de salud</li> <li>12. Grado de insatisfacción de los usuarios con la atención</li> <li>13. Grado de implementación del servicio de programación de citas electrónicas</li> <li>14. Reducción del tiempo promedio de programación de cita en consulta externa por días</li> <li>15. Nivel de implementación del servicio de gestión de la información y de la historia clínica electrónica.</li> <li>16. Nivel de implementación de la Red nacional de Tele salud por el Gobierno Regional</li> </ol>	
			Cobertura financiera	<ol style="list-style-type: none"> <li>17. Nivel de desproporción del gasto total en salud per cápita</li> <li>18. Grado del financiamiento en el sector del 3.1% del producto bruto interno.</li> <li>19. Cobertura financiera inadecuada y porcentaje del gasto de bolsillo.</li> <li>20. Ineficiencia en administración del sector y cobros indebidos con derivación a centros privados</li> <li>21. Falencias específicas en aspectos claves de rectoría y financiamiento por fragmentación del presupuesto público</li> <li>22. Nivel de efectividad de cobertura en salud de las empresas prestadoras de seguros frente al costeo de casos</li> <li>23. Proporción del gasto total en salud atribuido a los pagos de bolsillo</li> <li>24. Proporción de la población que sobre-gasta en salud</li> <li>25. Proporción de la población que cae bajo la línea de la pobreza debido al gasto de bolsillo en salud</li> </ol>	

Dependiente: Gasto de bolsillo del asegurado	El gasto de bolsillo del asegurado es regresivo, excluyente, no solidario, y no permite anticipar la aparición de enfermedades o accidentes y afecta, principalmente, la salud de los pobres que no pueden pagar los servicios que necesitan. (OMS, 2010)	Significa incurrir en un pago directo, cometido por los afiliados al seguro de salud para conseguir una atención sanitaria que necesita, a través de pago por procedimientos, por tratamientos, por exámenes auxiliares y por deducibles.	Gasto por procedimientos	1. Ud. realizó algún pago en los últimos tres meses por alguna consulta médica? 2. Ud. realizó algún pago en los últimos tres meses por una consulta odontológica? 3. Ud. pagó por apertura de historia clínica? 4. Ud. gastó por una atención en el servicio de emergencia? 5. Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago en los últimos tres meses por una atención de control de gestante? 6. Ud. realizó algún pago por su hospitalización y/o cuidados intensivos? 7. Ud. pagó por el diagnóstico y/o tratamiento de afecciones crónicas? 8. Ud. gastó en sepelio por algún familiar difunto de su hogar? 9. Ud. realizó algún pago por el trámite de sepelio?	Ordinal  1=Nunca 2=Rara vez 3=A veces 4=Frecuentemente 5=Siempre
			Gasto por tratamientos	10. Ud. compró medicamentos para atender su salud? 11. Ud. compró algún tipo de insumos u otros elementos para su atención médica? 12. Ud. gastó en dispositivos médicos? 13. Ud. realizó algún pago por una curación dental? 14. Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por una intervención quirúrgica? 15. Ud. realizó algún pago por la aplicación de inyectables? 16. Ud. realizó algún pago por curaciones tópicas? 17. Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por la atención de parto? 18. Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por atención de puerperio? 19. Ud. realizó algún pago por terapia física, psicológica u otros?	
			Gasto por exámenes auxiliares	20. Ud. pagó por algunos exámenes de laboratorio? 21. Ud. pagó por algún tipo de prueba de cultivo de laboratorio? 22. Ud. realizó algún tipo de pago por estudios de imágenes de rayos x? 23. Ud. realizó algún tipo de pago por estudios de imágenes de ecografía, tomografía u otros?	
			Gasto por deducibles	24. Ud. realizó algún tipo de pago en transporte de ambulancia de ida y/o vuelta hacia el hospital? 25. Ud. realizó algún pago por alimentación mientras duró su estancia en el hospital?	

### Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos generales:

Edad: .....años

Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

Estado civil: Soltero/a ( ) Casado/a ( ) Viudo/a ( )  
Divorciado/a ( ) Conviviente ( )

Grado de instrucción: No tiene ( ) Primaria ( )  
Secundaria ( ) Superior ( )

Adscrito a un tipo de seguro: SIS ( ) NO SIS ( )

Procedencia: Rural ( ) Urbana ( )

Prestación de salud en los últimos 3 meses:

Si ( ) No ( )

## CUESTIONARIO I: COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Estimado (a) Señor (a), el presente cuestionario trata de conocer la situación con la que se realizan acciones y actividades respecto a la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, buscando alternativas de solución, por lo que solicitamos responder con sinceridad, veracidad y con total libertad. Muchas gracias.

**INSTRUCCIONES:** este instrumento está conformado por 25 ítems. Cada uno de ellos con 5 opciones de respuesta. Lea con detenimiento cada uno de ellos y sus alternativas para responder. Por cada pregunta elija solo una respuesta marcando con una (X) en la columna que corresponde.

**Escala de valoración: MUY BAJO (1), BAJO (2), MEDIO (3), ALTO (4), MUY ALTO (5)**

N°	Descripción	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
<b>DIMENSION COBERTURA POBLACIONAL</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro subsidiado en un Hospital de Puno?					
2	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro semisubsidiado en un Hospital de Puno?					
3	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro contributivo en un Hospital de Puno?					
4	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro privado de salud en un Hospital de Puno?					
5	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas sin ningún tipo de seguro de salud en un Hospital de Puno?					
<b>DIMENSION COBERTURA PRESTACIONAL</b>		<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
6	¿Cómo considera Ud. el grado de cobertura de los servicios de salud en un Hospital de Puno?					
7	¿Cómo considera Ud. el grado de infraestructura moderna e interconectada en un Hospital de Puno?					
8	¿Cómo considera Ud. el nivel de brecha de médicos especialistas en un Hospital de Puno?					
9	¿Cómo considera Ud. el nivel de barreras de acceso oportuno a los servicios de salud en un Hospital de Puno?					
10	¿Cómo considera Ud. el nivel de acceso inequitativo a los servicios de salud en un Hospital de Puno?					
11	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de usuarios asegurados que no acceden a los servicios de salud en un Hospital de Puno?					
12	¿Cómo considera Ud. el grado de insatisfacción de los usuarios con la atención en un Hospital de Puno?					
13	¿Cómo considera Ud. el grado de implementación del servicio de programación de citas electrónicas en un Hospital de Puno?					
14	¿Cómo considera Ud. la reducción del tiempo promedio de programación de cita en consulta externa por días en un Hospital de Puno?					
15	¿Cómo considera Ud. el nivel de implementación del servicio de gestión de la información y de la historia clínica electrónica en un Hospital de Puno?					
16	¿Cómo considera Ud. el nivel de implementación de la red nacional de Tele Salud por el Gobierno Regional en un Hospital de Puno?					
<b>DIMENSION COBERTURA FINANCIERA</b>		<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
17	¿Cómo considera Ud. en nivel de desproporción del gasto total en salud per cápita en un Hospital de Puno?					
18	¿Cómo considera Ud. el grado de financiamiento en el sector del 3.1% del producto bruto interno en un Hospital de Puno?					
19	¿Cómo considera Ud. el grado de cobertura financiera inadecuada y porcentaje del gasto de bolsillo en un Hospital de Puno?					
20	¿Cómo considera Ud. el grado de ineficiencia en la administración del sector y cobros indebidos con derivación a centros privados en un Hospital de Puno?					
21	¿Cómo considera Ud. el nivel de falencias específicas en aspectos claves de rectoría y financiamiento por fragmentación del presupuesto público en un Hospital de Puno?					
22	¿Cómo considera Ud. el nivel de efectividad de cobertura en salud de las empresas prestadoras de seguro frente al costo de casos en un Hospital de Puno?					
23	¿Cómo considera Ud. la proporción del gasto total en salud atribuido a los pagos de bolsillo en un Hospital de Puno?					
24	¿Cómo considera Ud. la proporción de la población que sobre-gasta en salud en un Hospital de Puno?					
25	¿Cómo considera Ud. la proporción de la población que cae bajo la línea de la pobreza debido al gasto de bolsillo en salud en un Hospital de Puno?					

**Gracias por su colaboración**

## CUESTIONARIO II: GASTO DE BOLSILLO DEL ASEGURADO

Estimado (a) Señor (a), el presente cuestionario trata de conocer la situación con la que se realizan acciones y actividades respecto a la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, buscando alternativas de solución, por lo que solicitamos responder con sinceridad, veracidad y con total libertad. Muchas gracias.

**INSTRUCCIONES:** este instrumento está conformado por 25 ítems. Cada uno de ellos con 5 opciones de respuesta. Lea con detenimiento cada uno de ellos y sus alternativas para responder. Por cada pregunta elija solo una respuesta marcando con una (X) en la columna que corresponde.

**Escala de valoración: NUNCA (1), RARA VEZ (2), A VECES (3), FRECUENTEMENTE (4), SIEMPRE (5)**

N°	Descripción	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre
<b>DIMENSION GASTO POR PROCEDIMIENTOS</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	¿Ud. realizó en los últimos tres meses pago por alguna consulta médica en un Hospital de Puno?					
2	¿Ud. realizó en los últimos tres meses pago por alguna consulta odontológica en un Hospital de Puno?					
3	¿Ud. pagó en el último mes por apertura de historia clínica en un Hospital de Puno?					
4	¿Ud. gastó por una atención en el servicio de emergencia en un Hospital de Puno?					
5	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó en los últimos tres meses pago por alguna atención de control de gestante en un hospital de Puno?					
6	¿Ud. realizó algún pago por su hospitalización y/o cuidados intensivos en un Hospital de Puno?					
7	¿Ud. realizó algún pago por el diagnóstico y/o tratamiento de afecciones crónicas en un Hospital de Puno?					
8	¿Ud. gastó en sepelio por algún familiar difunto de su hogar en un Hospital de Puno?					
9	¿Ud. realizó algún pago por el trámite de sepelio en un Hospital de Puno?					
<b>DIMENSION GASTO POR TRATAMIENTOS</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
10	¿Ud. compró medicamentos para atender su salud en un Hospital de Puno?					
11	¿Ud. compró algún tipo de insumos u otros elementos para su atención médica en un Hospital de Puno?					
12	¿Ud. gastó en dispositivos médicos en un Hospital de Puno?					
13	¿Ud. realizó algún pago por una curación dental en un Hospital de Puno?					
14	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por una intervención quirúrgica en un Hospital de Puno?					
15	¿Ud. realizó algún pago por la aplicación de inyectables en un Hospital de Puno?					
16	¿Ud. realizó algún pago por curaciones tópicas en un Hospital de Puno?					
17	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por la atención de parto en un Hospital de Puno?					
18	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por atención de puerperio en un Hospital de Puno?					
19	Ud. realizó algún pago por terapia física, psicológica u otros en un Hospital de Puno?					
<b>DIMENSION GASTO POR EXÁMENES AUXILIARES</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
20	¿Ud. pagó por algunos exámenes de laboratorio en un hospital de Puno?					
21	¿Ud. pagó por algún tipo de prueba de cultivo de laboratorio en un hospital de Puno?					
22	¿Ud. realizó algún tipo de pago por estudios de imágenes de rayos x en un Hospital de Puno?					
23	¿Ud. realizó algún tipo de pago por estudios de imágenes de ecografía, tomografía u otros en un Hospital de Puno?					
<b>DIMENSION GASTO POR DEDUCIBLES</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
24	¿Ud. realizó algún tipo de pago en transporte de ambulancia de ida y/o vuelta hacia el nosocomio en un Hospital de Puno?					
25	Ud. realizó algún pago por alimentación mientras duró su estancia en el nosocomio en un Hospital de Puno?					

**Gracias por su colaboración**

## Anexo 4. Prueba de confiabilidad

### PRUEBA DE CONFIABILIDAD PARA EL INSTRUMENTO QUE EVALÚA LA COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

MUESTRA	COBERTURA POBLACIONAL					COBERTURA PRESTACIONAL											COBERTURA FINANCIERA								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1	5	3	4	4	1	2	1	1	1	1	1	5	4	2	1	1	4	4	4	4	3	4	4	4	4
2	5	4	5	4	2	3	1	1	2	2	2	5	5	2	1	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	5	4	5	4	1	2	1	1	1	1	1	5	4	2	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	5	4	4	4	1	2	2	1	1	1	2	5	4	2	1	1	5	4	5	5	5	5	5	5	5
5	5	4	5	4	2	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	5	4	4	4	4	4	4	4	4
6	5	4	5	4	2	2	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	5	5	5	5	4	4	4	4	5
7	5	4	4	4	1	2	2	2	1	2	1	4	4	1	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4
8	5	4	5	4	2	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9	5	4	5	4	2	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5
10	5	4	5	3	1	2	2	2	2	2	1	4	4	1	2	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5
11	5	4	5	4	2	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	5	4	4	4	4	5	5	5	5
12	5	4	5	4	2	2	2	2	2	2	1	4	4	1	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4
13	5	4	5	4	2	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	5	5	5	5	5	5	5	4	5
14	5	4	5	3	1	2	2	1	2	2	1	4	4	1	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4
15	5	4	5	4	2	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5
16	5	4	5	4	2	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	5	5	5	5	5	4	5	5	5
17	5	4	5	4	2	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	5	4	4	4	4	4	4	4	5
18	5	4	5	4	2	3	1	1	1	1	2	5	5	1	1	1	4	4	5	4	5	4	5	4	5
19	5	4	5	4	2	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5
20	5	4	5	4	2	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Fuente: Aplicación – Muestra piloto

Prueba de confiabilidad del instrumento que evalúa la cobertura de aseguramiento en salud “ $\alpha$ ” Alfa de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
0.876	25

<b>Estadísticas de total de elemento</b>				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Pregunta1	78.70	31.800	0.000	0.877
Pregunta2	79.75	30.618	0.457	0.873
Pregunta3	78.85	29.924	0.435	0.872
Pregunta4	79.80	31.326	0.110	0.878
Pregunta5	82.00	28.526	0.608	0.866
Pregunta6	81.10	28.095	0.648	0.865
Pregunta7	82.45	33.839	-0.433	0.893
Pregunta8	82.55	32.997	-0.316	0.888
Pregunta9	82.50	32.263	-0.135	0.885
Pregunta10	82.45	33.103	-0.293	0.890
Pregunta11	82.00	28.000	0.719	0.863
Pregunta12	78.90	30.095	0.341	0.874
Pregunta13	79.05	28.050	0.677	0.864
Pregunta14	81.95	29.945	0.341	0.874
Pregunta15	82.50	33.842	-0.463	0.893
Pregunta16	82.10	27.884	0.690	0.863
Pregunta17	79.00	27.579	0.810	0.860
Pregunta18	79.20	27.326	0.785	0.860
Pregunta19	79.10	27.463	0.775	0.861
Pregunta20	79.15	27.292	0.796	0.860
Pregunta21	79.20	26.379	0.810	0.858
Pregunta22	79.20	27.642	0.722	0.862
Pregunta23	79.10	27.358	0.797	0.860
Pregunta24	79.20	27.642	0.722	0.862
Pregunta25	79.00	27.474	0.833	0.860

BAREMOS:

<b>Niveles</b>	<b>Bajo</b>		<b>Medio</b>		<b>Alto</b>	
<b>Cobertura de Aseguramiento en Salud</b>	<b>66</b>	<b>67</b>	<b>79</b>	<b>80</b>	<b>91</b>	<b>103</b>
Cobertura Poblacional	72	73	79	80	85	91
Cobertura Prestacional	17	17	18	18	19	20
Cobertura Financiera	20	21	22	23	24	26

**PRUEBA DE CONFIABILIDAD PARA EL INSTRUMENTO QUE EVALÚA EL GASTO DE BOLSILLO DEL ASEGURADO**

MU EST RA	GASTO POR PROCEDIMIENTOS									GASTO POR TRATAMIENTOS									GASTO POR EXÁMENES AUXILIARES				GASTO POR DEDUCIBLES			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
1	4	4	5	4	3	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4	4	3	
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	
5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	
6	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	4	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	
7	4	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	4	5	4	5	4	4	4	5	4	5	3	
8	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	
9	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	5	
10	5	4	4	5	4	5	4	4	5	4	4	5	4	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4	
11	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4	
12	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	
13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	
14	4	4	5	4	4	4	5	4	5	4	4	5	4	4	4	4	3	4	4	5	5	5	5	4	4	
15	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	5	5	4	
16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	
17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	
18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	
19	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	
20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	

Fuente: Aplicación – Muestra piloto

Prueba de confiabilidad del instrumento que evalúa el gasto de bolsillo del asegurado  
 “α” Alfa de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0.945	25

<b>Estadísticas de total de elemento</b>				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Pregunta1	111.30	59.589	0.575	0.943
Pregunta2	111.35	58.134	0.747	0.942
Pregunta3	111.40	60.042	0.398	0.945
Pregunta4	111.30	58.642	0.749	0.942
Pregunta5	111.55	55.524	0.796	0.940
Pregunta6	111.40	59.305	0.508	0.944
Pregunta7	111.55	57.945	0.625	0.943
Pregunta8	111.50	58.368	0.584	0.943
Pregunta9	111.50	59.632	0.411	0.945
Pregunta10	111.35	59.608	0.505	0.944
Pregunta11	111.50	57.316	0.732	0.941
Pregunta12	111.30	60.642	0.386	0.945
Pregunta13	111.45	56.787	0.842	0.940
Pregunta14	111.35	57.713	0.817	0.941
Pregunta15	111.55	57.629	0.668	0.942
Pregunta16	111.40	57.937	0.716	0.942
Pregunta17	111.85	55.292	0.742	0.941
Pregunta18	111.40	56.147	0.792	0.940
Pregunta19	111.95	58.155	0.570	0.944
Pregunta20	111.45	56.366	0.733	0.941
Pregunta21	111.45	56.366	0.733	0.941
Pregunta22	111.45	58.471	0.596	0.943
Pregunta23	111.40	58.358	0.651	0.942
Pregunta24	111.75	60.829	0.242	0.948
Pregunta25	112.15	59.503	0.461	0.945

**BAREMOS:**

<b>Niveles</b>	<b>Bajo</b>		<b>Medio</b>		<b>Alto</b>	
<b>Gasto de Bolsillo del asegurado</b>	96	97	106	91	116	125
Gasto por Procedimientos	36	37	39	40	42	45
Gasto por Tratamientos	39	40	43	44	47	50
Gasto por Exámenes Auxiliares	14	15	16	17	18	20
Gasto por Deducibles	7	7	8	8	9	10

## Anexo 5. Evaluación por juicio de expertos

### Ficha de validación de contenido para un instrumento

INSTRUCCIÓN: A continuación, se le hace llegar el instrumento de recolección de datos (Cuestionario) que permitirá recoger la información en la presente investigación: “Cobertura de aseguramiento en salud y su influencia en gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno”. Por lo que se le solicita que tenga a bien evaluar el instrumento, haciendo, de ser caso, las sugerencias para realizar las correcciones pertinentes. Los criterios de validación de contenido son:

Criterios	Detalle	Calificación
Suficiencia	El/la ítem/pregunta pertenece a la dimensión/subcategoría y basta para obtener la medición de esta	1: de acuerdo 0: en desacuerdo
Claridad	El/la ítem/pregunta se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas	1: de acuerdo 0: en desacuerdo
Coherencia	El/la ítem/pregunta tiene relación lógica con el indicador que está midiendo	1: de acuerdo 0: en desacuerdo
Relevancia	El/la ítem/pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluido	1: de acuerdo 0: en desacuerdo

**MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO/ DE LA VARIABLE: COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD**

N°	DIMENSIONES / Ítems	Suficiencia <sup>1</sup>		Claridad <sup>2</sup>		Coherencia <sup>3</sup>		Relevancia <sup>4</sup>		Sugerencias
		1	0	1	0	1	0	1	0	
<b>DIMENSION COBERTURA POBLACIONAL</b>										
1	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro subsidiado en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
2	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro semisubsidiado en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
3	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro contributivo en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
4	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro privado de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
5	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas sin ningún tipo de seguro de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
<b>DIMENSION COBERTURA PRESTACIONAL</b>										
6	¿Cómo considera Ud. el grado de cobertura de los servicios de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
7	¿Cómo considera Ud. el grado de infraestructura moderna e interconectada en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
8	¿Cómo considera Ud. el nivel de brecha de médicos especialistas en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
9	¿Cómo considera Ud. el nivel de barreras de acceso oportuno a los servicios de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
10	¿Cómo considera Ud. el nivel de acceso inequitativo a los servicios de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
11	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de usuarios asegurados que no acceden a los servicios de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
12	¿Cómo considera Ud. el grado de insatisfacción de los usuarios con la atención en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
13	¿Cómo considera Ud. el grado de implementación del servicio de programación de citas electrónicas en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
14	¿Cómo considera Ud. la reducción del tiempo promedio de programación de cita en consulta externa por días en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
15	¿Cómo considera Ud. el nivel de implementación del servicio de gestión de la información y de la historia clínica electrónica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
16	¿Cómo considera Ud. el nivel de implementación de la red nacional de Tele Salud por el Gobierno Regional en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
<b>DIMENSION COBERTURA FINANCIERA</b>										
17	¿Cómo considera Ud. en nivel de desproporción del gasto total en salud per cápita en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		

18	<i>¿Cómo considera Ud. el grado de financiamiento en el sector del 3.1% del producto bruto interno en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
19	<i>¿Cómo considera Ud. el grado de cobertura financiera inadecuada y porcentaje del gasto de bolsillo en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
20	<i>¿Cómo considera Ud. el grado de ineficiencia en la administración del sector y cobros indebidos con derivación a centros privados en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
21	<i>¿Cómo considera Ud. el nivel de falencias específicas en aspectos claves de rectoría y financiamiento por fragmentación del presupuesto público en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
22	<i>¿Cómo considera Ud. el nivel de efectividad de cobertura en salud de las empresas prestadoras de seguro frente al costeo de casos en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
23	<i>¿Cómo considera Ud. la proporción del gasto total en salud atribuido a los pagos de bolsillo en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
24	<i>¿Cómo considera Ud. la proporción de la población que sobre-gasta en salud en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
25	<i>¿Cómo considera Ud. la proporción de la población que cae bajo la línea de la pobreza debido al gasto de bolsillo en salud en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		

**MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO/ DE LA VARIABLE: GASTO DE BOLSILLO DEL ASEGURADO**

N°	DIMENSIONES / Ítems	Suficiencia <sup>1</sup>		Claridad <sup>2</sup>		Coherencia <sup>3</sup>		Relevancia <sup>4</sup>		Sugerencias
		1	0	1	0	1	0	1	0	
<b>DIMENSION GASTO POR PROCEDIMIENTOS</b>										
1	¿Ud. realizó en los últimos tres meses pago por alguna consulta médica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
2	¿Ud. realizó en los últimos tres meses pago por alguna consulta odontológica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
3	¿Ud. pagó en el último mes por apertura de historia clínica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
4	¿Ud. gastó por una atención en el servicio de emergencia en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
5	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó en los últimos tres meses pago por alguna atención de control de gestante en un hospital de Puno?	x		x		x		x		
6	¿Ud. realizó algún pago por su hospitalización y/o cuidados intensivos en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
7	¿Ud. realizó algún pago por el diagnóstico y/o tratamiento de afecciones crónicas en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
8	¿Ud. gastó en sepelio por algún familiar difunto de su hogar en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
9	¿Ud. realizó algún pago por el trámite de sepelio en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
<b>DIMENSION GASTO POR TRATAMIENTOS</b>										
10	¿Ud. compró medicamentos para atender su salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
11	¿Ud. compró algún tipo de insumos u otros elementos para su atención médica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
12	¿Ud. gastó en dispositivos médicos en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
13	¿Ud. realizó algún pago por una curación dental en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
14	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por una intervención quirúrgica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
15	¿Ud. realizó algún pago por la aplicación de inyectables en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
16	¿Ud. realizó algún pago por curaciones tópicas en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
17	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por la atención de parto en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
18	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por atención de puerperio en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		

19	<i>Ud. realizó algún pago por terapia física, psicológica u otros en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
<b>DIMENSION GASTO POR EXÁMENES AUXILIARES</b>										
20	<i>¿Ud. pagó por algunos exámenes de laboratorio en un hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
21	<i>¿Ud. pagó por algún tipo de prueba de cultivo de laboratorio en un hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
22	<i>¿Ud. realizó algún tipo de pago por estudios de imágenes de rayos x en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
23	<i>¿Ud. realizó algún tipo de pago por estudios de imágenes de ecografía, tomografía u otros en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
<b>DIMENSION GASTO POR DEDUCIBLES</b>										
24	<i>¿Ud. realizó algún tipo de pago en transporte de ambulancia de ida y/o vuelta hacia el nosocomio en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
25	<i>Ud. realizó algún pago por alimentación mientras duró su estancia en el nosocomio en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Lima Norte, 9 de mayo del 2024

Dr. José Carlos Tavera Aragón

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO

### **Presente. -**

Me es grato dirigirme a usted para expresarle mi saludo cordial; asimismo, hacerle de su conocimiento que, en calidad de estudiante de la Escuela de Posgrado del Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad “César Vallejo”, en la sede Lima Norte, requerimos validar los instrumentos con el cual recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y optar el Grado Académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud.

El título de mi proyecto de investigación es: Cobertura de aseguramiento en salud y su influencia en gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024; y es imprescindible contar con la aprobación de los instrumentos por parte de Servidores y Usuarios a fin de aplicarlos posteriormente; por ello, se ha considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas relacionados a la línea de investigación de calidad de las prestaciones asistenciales y gestión de riesgo en salud.

El expediente de validación contiene:

- Matriz de operacionalización de las variables.
- Instrumentos
- Certificado de validez de contenidos de instrumentos.

Quedo agradecido por la atención a la presente.

Atentamente.



---

Alberto Cecilio Quispe Condori  
DNI: 02150026

**MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO/ DE LA VARIABLE: COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD**

N°	DIMENSIONES / Ítems	Suficiencia <sup>1</sup>		Claridad <sup>2</sup>		Coherencia <sup>3</sup>		Relevancia <sup>4</sup>		Sugerencias
		1	0	1	0	1	0	1	0	
<b>DIMENSION COBERTURA POBLACIONAL</b>										
1	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro subsidiado en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
2	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro semisubsidiado en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
3	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro contributivo en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
4	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro privado de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
5	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas sin ningún tipo de seguro de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
<b>DIMENSION COBERTURA PRESTACIONAL</b>										
6	¿Cómo considera Ud. el grado de cobertura de los servicios de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
7	¿Cómo considera Ud. el grado de infraestructura moderna e interconectada en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
8	¿Cómo considera Ud. el nivel de brecha de médicos especialistas en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
9	¿Cómo considera Ud. el nivel de barreras de acceso oportuno a los servicios de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
10	¿Cómo considera Ud. el nivel de acceso inequitativo a los servicios de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
11	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de usuarios asegurados que no acceden a los servicios de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
12	¿Cómo considera Ud. el grado de insatisfacción de los usuarios con la atención en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
13	¿Cómo considera Ud. el grado de implementación del servicio de programación de citas electrónicas en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
14	¿Cómo considera Ud. la reducción del tiempo promedio de programación de cita en consulta externa por días en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
15	¿Cómo considera Ud. el nivel de implementación del servicio de gestión de la información y de la historia clínica electrónica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
16	¿Cómo considera Ud. el nivel de implementación de la red nacional de Tele Salud por el Gobierno Regional en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
<b>DIMENSION COBERTURA FINANCIERA</b>										
17	¿Cómo considera Ud. en nivel de desproporción del gasto total en salud per cápita en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		

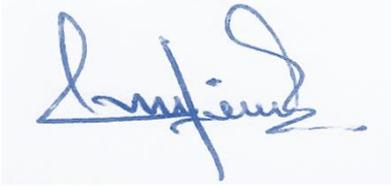
18	<i>¿Cómo considera Ud. el grado de financiamiento en el sector del 3.1% del producto bruto interno en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
19	<i>¿Cómo considera Ud. el grado de cobertura financiera inadecuada y porcentaje del gasto de bolsillo en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
20	<i>¿Cómo considera Ud. el grado de ineficiencia en la administración del sector y cobros indebidos con derivación a centros privados en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
21	<i>¿Cómo considera Ud. el nivel de falencias específicas en aspectos claves de rectoría y financiamiento por fragmentación del presupuesto público en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
22	<i>¿Cómo considera Ud. el nivel de efectividad de cobertura en salud de las empresas prestadoras de seguro frente al costeo de casos en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
23	<i>¿Cómo considera Ud. la proporción del gasto total en salud atribuido a los pagos de bolsillo en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
24	<i>¿Cómo considera Ud. la proporción de la población que sobre-gasta en salud en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
25	<i>¿Cómo considera Ud. la proporción de la población que cae bajo la línea de la pobreza debido al gasto de bolsillo en salud en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		

**MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO/ DE LA VARIABLE: GASTO DE BOLSILLO DEL ASEGURADO**

N°	DIMENSIONES / Ítems	Suficiencia <sup>1</sup>		Claridad <sup>2</sup>		Coherencia <sup>3</sup>		Relevancia <sup>4</sup>		Sugerencias
		1	0	1	0	1	0	1	0	
<b>DIMENSION GASTO POR PROCEDIMIENTOS</b>										
1	¿Ud. realizó en los últimos tres meses pago por alguna consulta médica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
2	¿Ud. realizó en los últimos tres meses pago por alguna consulta odontológica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
3	¿Ud. pagó en el último mes por apertura de historia clínica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
4	¿Ud. gastó por una atención en el servicio de emergencia en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
5	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó en los últimos tres meses pago por alguna atención de control de gestante en un hospital de Puno?	x		x		x		x		
6	¿Ud. realizó algún pago por su hospitalización y/o cuidados intensivos en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
7	¿Ud. realizó algún pago por el diagnóstico y/o tratamiento de afecciones crónicas en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
8	¿Ud. gastó en sepelio por algún familiar difunto de su hogar en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
9	¿Ud. realizó algún pago por el trámite de sepelio en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
<b>DIMENSION GASTO POR TRATAMIENTOS</b>										
10	¿Ud. compró medicamentos para atender su salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
11	¿Ud. compró algún tipo de insumos u otros elementos para su atención médica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
12	¿Ud. gastó en dispositivos médicos en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
13	¿Ud. realizó algún pago por una curación dental en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
14	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por una intervención quirúrgica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
15	¿Ud. realizó algún pago por la aplicación de inyectables en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
16	¿Ud. realizó algún pago por curaciones tópicas en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
17	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por la atención de parto en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
18	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por atención de puerperio en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		

19	<i>Ud. realizó algún pago por terapia física, psicológica u otros en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
<b>DIMENSION GASTO POR EXÁMENES AUXILIARES</b>										
20	<i>¿Ud. pagó por algunos exámenes de laboratorio en un hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
21	<i>¿Ud. pagó por algún tipo de prueba de cultivo de laboratorio en un hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
22	<i>¿Ud. realizó algún tipo de pago por estudios de imágenes de rayos x en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
23	<i>¿Ud. realizó algún tipo de pago por estudios de imágenes de ecografía, tomografía u otros en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
<b>DIMENSION GASTO POR DEDUCIBLES</b>										
24	<i>¿Ud. realizó algún tipo de pago en transporte de ambulancia de ida y/o vuelta hacia el nosocomio en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
25	<i>Ud. realizó algún pago por alimentación mientras duró su estancia en el nosocomio en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		

## FICHA DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

Nombre del instrumento	1. Cuestionario sobre cobertura de aseguramiento en salud 2. Cuestionario sobre gasto de bolsillo del asegurado
Objetivo del instrumento	Recopilar información del encuestado
Nombres y apellidos del experto	JOSE CARLOS TAVERA ARAGON
Documento de identidad	D.N.I. N° 29421993
Años de experiencia en el área	25 años
Máximo grado académico	MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. DOCTOR EN ODONTOLOGÍA
Nacionalidad	PERUANO
Institución	MINISTERIO DE SALUD
Cargo	ASISTENCIAL
Número telefónico	992585480
Firma	
Fecha	09/05/2024

**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de  
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e  
Información Universitaria y  
Registro de Grados y Títulos**REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES**

Graduado	Grado o Título	Institución
TAVERA ARAGON, JOSE CARLOS DNI 29421993	<b>MAGISTER EN ADMINISTRACION GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD</b>  Fecha de diploma: 21/01/2011 Modalidad de estudios: -  Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ <b>PERU</b>
TAVERA ARAGON, JOSE CARLOS DNI 29421993	<b>CIRUJANO DENTISTA</b>  Fecha de diploma: 12/12/1996 Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA <b>PERU</b>
TAVERA ARAGON, JOSE CARLOS DNI 29421993	<b>BACHILLER EN ODONTOLOGIA</b>  Fecha de diploma: 07/09/1995 Modalidad de estudios: -  Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA <b>PERU</b>
TAVERA ARAGON, JOSE CARLOS DNI 29421993	<b>DOCTOR EN ODONTOLOGIA</b>  Fecha de diploma: 15-01-2015 Modalidad de estudios: -  Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA <b>PERU</b>
TAVERA ARAGON, JOSE CARLOS DNI 29421993	<b>SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL INVESTIGACION DIDACTICA Y DOCENCIA EN EDUCACION SUPERIOR</b>  Fecha de diploma: 05/12/14 Modalidad de estudios: PRESENCIAL  Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ <b>PERU</b>

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Lima Norte, 10 de mayo del 2024

Dr. Carlos Alberto Gallegos Gallegos

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO

### **Presente. -**

Me es grato dirigirme a usted para expresarle mi saludo cordial; asimismo, hacerle de su conocimiento que, en calidad de estudiante de la Escuela de Posgrado del Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad “César Vallejo”, en la sede Lima Norte, requerimos validar los instrumentos con el cual recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y optar el Grado Académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud.

El título de mi proyecto de investigación es: Cobertura de aseguramiento en salud y su influencia en gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024; y es imprescindible contar con la aprobación de los instrumentos por parte de Servidores y Usuarios a fin de aplicarlos posteriormente; por ello, se ha considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas relacionados a la línea de investigación de calidad de las prestaciones asistenciales y gestión de riesgo en salud.

El expediente de validación contiene:

- Matriz de operacionalización de las variables.
- Instrumentos
- Certificado de validez de contenidos de instrumentos.

Quedo agradecido por la atención a la presente.

Atentamente.



---

Alberto Cecilio Quispe Condori  
DNI: 02150026

**MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO/ DE LA VARIABLE: COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD**

N°	DIMENSIONES / Ítems	Suficiencia <sup>1</sup>		Claridad <sup>2</sup>		Coherencia <sup>3</sup>		Relevancia <sup>4</sup>		Sugerencias
		1	0	1	0	1	0	1	0	
<b>DIMENSION COBERTURA POBLACIONAL</b>										
1	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro subsidiado en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
2	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro semisubsidiado en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
3	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro contributivo en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
4	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro privado de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
5	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas sin ningún tipo de seguro de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
<b>DIMENSION COBERTURA PRESTACIONAL</b>										
6	¿Cómo considera Ud. el grado de cobertura de los servicios de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
7	¿Cómo considera Ud. el grado de infraestructura moderna e interconectada en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
8	¿Cómo considera Ud. el nivel de brecha de médicos especialistas en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
9	¿Cómo considera Ud. el nivel de barreras de acceso oportuno a los servicios de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
10	¿Cómo considera Ud. el nivel de acceso inequitativo a los servicios de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
11	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de usuarios asegurados que no acceden a los servicios de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
12	¿Cómo considera Ud. el grado de insatisfacción de los usuarios con la atención en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
13	¿Cómo considera Ud. el grado de implementación del servicio de programación de citas electrónicas en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
14	¿Cómo considera Ud. la reducción del tiempo promedio de programación de cita en consulta externa por días en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
15	¿Cómo considera Ud. el nivel de implementación del servicio de gestión de la información y de la historia clínica electrónica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
16	¿Cómo considera Ud. el nivel de implementación de la red nacional de Tele Salud por el Gobierno Regional en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
<b>DIMENSION COBERTURA FINANCIERA</b>										
17	¿Cómo considera Ud. en nivel de desproporción del gasto total en salud per cápita en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		

18	<i>¿Cómo considera Ud. el grado de financiamiento en el sector del 3.1% del producto bruto interno en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
19	<i>¿Cómo considera Ud. el grado de cobertura financiera inadecuada y porcentaje del gasto de bolsillo en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
20	<i>¿Cómo considera Ud. el grado de ineficiencia en la administración del sector y cobros indebidos con derivación a centros privados en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
21	<i>¿Cómo considera Ud. el nivel de falencias específicas en aspectos claves de rectoría y financiamiento por fragmentación del presupuesto público en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
22	<i>¿Cómo considera Ud. el nivel de efectividad de cobertura en salud de las empresas prestadoras de seguro frente al costeo de casos en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
23	<i>¿Cómo considera Ud. la proporción del gasto total en salud atribuido a los pagos de bolsillo en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
24	<i>¿Cómo considera Ud. la proporción de la población que sobre-gasta en salud en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
25	<i>¿Cómo considera Ud. la proporción de la población que cae bajo la línea de la pobreza debido al gasto de bolsillo en salud en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		

**MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO/ DE LA VARIABLE: GASTO DE BOLSILLO DEL ASEGURADO**

N°	DIMENSIONES / Ítems	Suficiencia <sup>1</sup>		Claridad <sup>2</sup>		Coherencia <sup>3</sup>		Relevancia <sup>4</sup>		Sugerencias
		1	0	1	0	1	0	1	0	
<b>DIMENSION GASTO POR PROCEDIMIENTOS</b>										
1	¿Ud. realizó en los últimos tres meses pago por alguna consulta médica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
2	¿Ud. realizó en los últimos tres meses pago por alguna consulta odontológica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
3	¿Ud. pagó en el último mes por apertura de historia clínica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
4	¿Ud. gastó por una atención en el servicio de emergencia en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
5	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó en los últimos tres meses pago por alguna atención de control de gestante en un hospital de Puno?	x		x		x		x		
6	¿Ud. realizó algún pago por su hospitalización y/o cuidados intensivos en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
7	¿Ud. realizó algún pago por el diagnóstico y/o tratamiento de afecciones crónicas en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
8	¿Ud. gastó en sepelio por algún familiar difunto de su hogar en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
9	¿Ud. realizó algún pago por el trámite de sepelio en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
<b>DIMENSION GASTO POR TRATAMIENTOS</b>										
10	¿Ud. compró medicamentos para atender su salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
11	¿Ud. compró algún tipo de insumos u otros elementos para su atención médica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
12	¿Ud. gastó en dispositivos médicos en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
13	¿Ud. realizó algún pago por una curación dental en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
14	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por una intervención quirúrgica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
15	¿Ud. realizó algún pago por la aplicación de inyectables en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
16	¿Ud. realizó algún pago por curaciones tópicas en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
17	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por la atención de parto en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
18	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por atención de puerperio en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		

19	<i>Ud. realizó algún pago por terapia física, psicológica u otros en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
<b>DIMENSION GASTO POR EXÁMENES AUXILIARES</b>										
20	<i>¿Ud. pagó por algunos exámenes de laboratorio en un hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
21	<i>¿Ud. pagó por algún tipo de prueba de cultivo de laboratorio en un hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
22	<i>¿Ud. realizó algún tipo de pago por estudios de imágenes de rayos x en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
23	<i>¿Ud. realizó algún tipo de pago por estudios de imágenes de ecografía, tomografía u otros en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
<b>DIMENSION GASTO POR DEDUCIBLES</b>										
24	<i>¿Ud. realizó algún tipo de pago en transporte de ambulancia de ida y/o vuelta hacia el nosocomio en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
25	<i>Ud. realizó algún pago por alimentación mientras duró su estancia en el nosocomio en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		

## FICHA DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

Nombre del instrumento	1. Cuestionario sobre cobertura de aseguramiento en salud 2. Cuestionario sobre gasto de bolsillo
Objetivo del instrumento	Recopilar información del encuestado del asegurado
Nombres y apellidos del experto	CARLOS ALBERTO GALLEGOS GALLEGOS
Documento de identidad	D.N.I. N° 29554241
Años de experiencia en el área	09 años
Máximo grado académico	MAGISTER EN GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD
Nacionalidad	PERUANO
Institución	MINSA
Cargo	DIRECTOR
Número telefónico	951893455
Firma	
Fecha	10/05/2024

**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de  
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e  
Información Universitaria y  
Registro de Grados y Títulos**REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES**

Graduado	Grado o Título	Institución
GALLEGOS GALLEGOS, CARLOS ALBERTO DNI 29554241	<b>CIRUJANO DENTISTA</b>  <b>Fecha de diploma: 05/02/1998</b> Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA <b>PERU</b>
GALLEGOS GALLEGOS, CARLOS ALBERTO DNI 29554241	<b>BACHILLER EN ODONTOLOGIA</b>  <b>Fecha de diploma: 17/10/1996</b> Modalidad de estudios: -  Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA <b>PERU</b>
GALLEGOS GALLEGOS, CARLOS ALBERTO DNI 29554241	<b>MAGISTER EN GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD</b>  <b>Fecha de diploma: 09/11/15</b> Modalidad de estudios: PRESENCIAL  Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD SAN PEDRO <b>PERU</b>

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Lima Norte, 11 de mayo del 2024

Mg. Celia Chura Pari

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO

### **Presente. -**

Me es grato dirigirme a usted para expresarle mi saludo cordial; asimismo, hacerle de su conocimiento que, en calidad de estudiante de la Escuela de Posgrado del Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad “César Vallejo”, en la sede Lima Norte, requerimos validar los instrumentos con el cual recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y optar el Grado Académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud.

El título de mi proyecto de investigación es: Cobertura de aseguramiento en salud y su influencia en gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024; y es imprescindible contar con la aprobación de los instrumentos por parte de Servidores y Usuarios a fin de aplicarlos posteriormente; por ello, se ha considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas relacionados a la línea de investigación de calidad de las prestaciones asistenciales y gestión de riesgo en salud.

El expediente de validación contiene:

- Matriz de operacionalización de las variables.
- Instrumentos
- Certificado de validez de contenidos de instrumentos.

Quedo agradecido por la atención a la presente.

Atentamente.



---

Alberto Cecilio Quispe Condori  
DNI: 02150026

**MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO/ DE LA VARIABLE: COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD**

N°	DIMENSIONES / Ítems	Suficiencia <sup>1</sup>		Claridad <sup>2</sup>		Coherencia <sup>3</sup>		Relevancia <sup>4</sup>		Sugerencias
		1	0	1	0	1	0	1	0	
<b>DIMENSION COBERTURA POBLACIONAL</b>										
1	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro subsidiado en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
2	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro semisubsidiado en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
3	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro contributivo en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
4	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas adscritos al seguro privado de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
5	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de personas atendidas sin ningún tipo de seguro de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
<b>DIMENSION COBERTURA PRESTACIONAL</b>										
6	¿Cómo considera Ud. el grado de cobertura de los servicios de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
7	¿Cómo considera Ud. el grado de infraestructura moderna e interconectada en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
8	¿Cómo considera Ud. el nivel de brecha de médicos especialistas en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
9	¿Cómo considera Ud. el nivel de barreras de acceso oportuno a los servicios de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
10	¿Cómo considera Ud. el nivel de acceso inequitativo a los servicios de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
11	¿Cómo considera Ud. el porcentaje de usuarios asegurados que no acceden a los servicios de salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
12	¿Cómo considera Ud. el grado de insatisfacción de los usuarios con la atención en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
13	¿Cómo considera Ud. el grado de implementación del servicio de programación de citas electrónicas en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
14	¿Cómo considera Ud. la reducción del tiempo promedio de programación de cita en consulta externa por días en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
15	¿Cómo considera Ud. el nivel de implementación del servicio de gestión de la información y de la historia clínica electrónica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
16	¿Cómo considera Ud. el nivel de implementación de la red nacional de Tele Salud por el Gobierno Regional en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
<b>DIMENSION COBERTURA FINANCIERA</b>										
17	¿Cómo considera Ud. en nivel de desproporción del gasto total en salud per cápita en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		

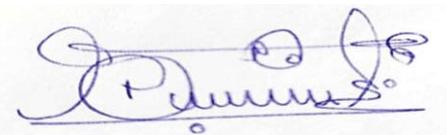
18	<i>¿Cómo considera Ud. el grado de financiamiento en el sector del 3.1% del producto bruto interno en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
19	<i>¿Cómo considera Ud. el grado de cobertura financiera inadecuada y porcentaje del gasto de bolsillo en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
20	<i>¿Cómo considera Ud. el grado de ineficiencia en la administración del sector y cobros indebidos con derivación a centros privados en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
21	<i>¿Cómo considera Ud. el nivel de falencias específicas en aspectos claves de rectoría y financiamiento por fragmentación del presupuesto público en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
22	<i>¿Cómo considera Ud. el nivel de infectividad de cobertura en salud de las empresas prestadoras de seguro frente al costeo de casos en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
23	<i>¿Cómo considera Ud. la proporción del gasto total en salud atribuido a los pagos de bolsillo en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
24	<i>¿Cómo considera Ud. la proporción de la población que sobre-gasta en salud en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
25	<i>¿Cómo considera Ud. la proporción de la población que cae bajo la línea de la pobreza debido al gasto de bolsillo en salud en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		

**MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO/ DE LA VARIABLE: GASTO DE BOLSILLO DEL ASEGURADO**

N°	DIMENSIONES / Ítems	Suficiencia <sup>1</sup>		Claridad <sup>2</sup>		Coherencia <sup>3</sup>		Relevancia <sup>4</sup>		Sugerencias
		1	0	1	0	1	0	1	0	
<b>DIMENSION GASTO POR PROCEDIMIENTOS</b>										
1	¿Ud. realizó en los últimos tres meses pago por alguna consulta médica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
2	¿Ud. realizó en los últimos tres meses pago por alguna consulta odontológica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
3	¿Ud. pagó en el último mes por apertura de historia clínica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
4	¿Ud. gastó por una atención en el servicio de emergencia en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
5	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó en los últimos tres meses pago por alguna atención de control de gestante en un hospital de Puno?	x		x		x		x		
6	¿Ud. realizó algún pago por su hospitalización y/o cuidados intensivos en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
7	¿Ud. realizó algún pago por el diagnóstico y/o tratamiento de afecciones crónicas en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
8	¿Ud. gastó en sepelio por algún familiar difunto de su hogar en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
9	¿Ud. realizó algún pago por el trámite de sepelio en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
<b>DIMENSION GASTO POR TRATAMIENTOS</b>										
10	¿Ud. compró medicamentos para atender su salud en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
11	¿Ud. compró algún tipo de insumos u otros elementos para su atención médica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
12	¿Ud. gastó en dispositivos médicos en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
13	¿Ud. realizó algún pago por una curación dental en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
14	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por una intervención quirúrgica en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
15	¿Ud. realizó algún pago por la aplicación de inyectables en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
16	¿Ud. realizó algún pago por curaciones tópicas en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
17	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por la atención de parto en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		
18	¿Ud. o algún familiar de su hogar realizó algún pago por atención de puerperio en un Hospital de Puno?	x		x		x		x		

19	<i>Ud. realizó algún pago por terapia física, psicológica u otros en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
<b>DIMENSION GASTO POR EXÁMENES AUXILIARES</b>										
20	<i>¿Ud. pagó por algunos exámenes de laboratorio en un hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
21	<i>¿Ud. pagó por algún tipo de prueba de cultivo de laboratorio en un hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
22	<i>¿Ud. realizó algún tipo de pago por estudios de imágenes de rayos x en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
23	<i>¿Ud. realizó algún tipo de pago por estudios de imágenes de ecografía, tomografía u otros en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
<b>DIMENSION GASTO POR DEDUCIBLES</b>										
24	<i>¿Ud. realizó algún tipo de pago en transporte en ambulancia de ida y/o vuelta hacia el nosocomio en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		
25	<i>Ud. realizó algún pago por alimentación mientras duró su estancia en el nosocomio en un Hospital de Puno?</i>	x		x		x		x		

## FICHA DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

Nombre del instrumento	1. Cuestionario sobre cobertura de aseguramiento en salud 2. Cuestionario sobre gasto de bolsillo del asegurado
Objetivo del instrumento	Recopilar información del encuestado
Nombres y apellidos del experto	CELIA CHURA PARI
Documento de identidad	02443902
Años de experiencia en el área	04 años
Máximo grado académico	MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Nacionalidad	PERUANA
Institución	MINSA
Cargo	ASISTENCIAL – CENTRO QUIRÚRGICO
Número telefónico	950980810
Firma	
Fecha	11/05/2024

**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de  
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e  
Información Universitaria y  
Registro de Grados y Títulos**REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES**

Graduado	Grado o Título	Institución
CHURA PARI, CELIA DNI 02443902	<b>SEGUNDA ESPECIALIZACION EN: ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO</b>  Fecha de diploma: 06/12/2012 Modalidad de estudios: -  Fecha matricula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO <b>PERU</b>
CHURA PARI, CELIA DNI 02443902	<b>LICENCIADO EN ENFERMERIA</b>  Fecha de diploma: 21/01/2000 Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ <b>PERU</b>
CHURA PARI, CELIA DNI 02443902	<b>ENFERMERA</b>  Fecha de diploma: 21/01/2000 Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ <b>PERU</b>
CHURA PARI, CELIA DNI 02443902	<b>BACHILLER EN ENFERMERIA</b>  Fecha de diploma: 06/08/1999 Modalidad de estudios: -  Fecha matricula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ <b>PERU</b>
CHURA PARI, CELIA DNI 02443902	<b>MAESTRA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>  Fecha de diploma: 10/12/19 Modalidad de estudios: PRESENCIAL  Fecha matricula: 03/01/2016 Fecha egreso: 31/10/2017	UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN <b>PERU</b>

## **Anexo 6. Consentimiento informado**

### **Consentimiento informado**

Título de la investigación: "Cobertura de aseguramiento en salud y su influencia en gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024"

Investigador: Alberto Cecilio Quispe Condori

#### **Propósito del estudio**

Le invitamos a participar en la investigación titulada "Cobertura de aseguramiento en salud y su influencia en gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024", cuyo objetivo es determinar la influencia de la cobertura de aseguramiento en salud y gasto de bolsillo de asegurado. Esta investigación es desarrollada por el estudiante del programa de estudio Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad de la Universidad César Vallejo del campus Lima Norte, aprobado por la autoridad de la Universidad y con el permiso de la institución - un Hospital de Puno.

Describir el impacto del problema de la investigación: En muchísimas ocasiones el SIS no estaría proporcionando una cobertura integral a los usuarios atendidos en el nosocomio, lo que genera abono de bolsillo provocando desgaste adicional de su economía con repercusiones desfavorables sobre la calidad de vida.

#### **Procedimiento**

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente (enumerar los procedimientos del estudio):

Se realizará una encuesta o entrevista donde se recogerán datos personales y algunas preguntas

Esta encuesta o entrevista tendrá un tiempo aproximado de 10 minutos y se realizará en el ambiente de PAUS de la institución Hospital de Puno. Las respuestas al cuestionario o guía de entrevista 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 (a) (es) Alberto Cecilio Quispe Condori, email: [bertinacqc@gmail.com](mailto:bertinacqc@gmail.com) y asesor Dionicio Godofredo González González, email: [dioniciogg@ucvvirtual.edu.pe](mailto:dioniciogg@ucvvirtual.edu.pe)

**Consentimiento**

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

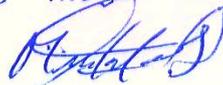
Nombre y apellidos:

Mery Herrera Sanchez

Fecha y hora:

28 - mayo - 2024 11:30

Firma:



## Anexo 7. Data

### Base de datos de la variable: COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

M	COBERTURA POBLACIONAL							COBERTURA PRESTACIONAL										COBERTURA FINANCIERA										DTV1	NIVEL					
	1	2	3	4	5	D1V1	NIVEL	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	D2V1	NIVEL	17	18	19	20	21	22	23			24	25	D3V1	NIVEL	
1	5	3	4	4	1	17	Bajo	2	1	1	1	1	1	5	4	2	1	1	20	Bajo	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	35	Alto	72	Bajo
2	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	2	2	2	5	5	2	1	2	26	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	91	Alto
3	5	4	5	4	1	19	Alto	2	1	1	1	1	1	5	4	2	1	1	20	Bajo	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Alto	75	Medio
4	5	4	4	4	1	18	Medio	2	2	1	1	1	2	5	4	2	1	1	22	Medio	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	44	Alto	84	Alto
5	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	37	Alto	81	Alto
6	5	4	5	4	2	20	Alto	2	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	23	Alto	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	41	Alto	84	Alto
7	5	4	4	4	1	18	Medio	2	2	2	1	2	1	4	4	1	2	1	22	Medio	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Alto	76	Medio
8	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
9	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
10	5	4	5	3	1	18	Medio	2	2	2	2	2	1	4	4	1	2	1	23	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	86	Alto
11	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	41	Alto	85	Alto
12	5	4	5	4	2	20	Alto	2	2	2	2	2	1	4	4	1	2	1	23	Alto	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Alto	79	Medio
13	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	4	5	44	Alto	88	Alto	
14	5	4	5	3	1	18	Medio	2	2	1	2	2	1	4	4	1	2	1	22	Medio	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Alto	76	Medio
15	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
16	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	44	Alto	88	Alto
17	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	4	4	4	4	4	4	4	5	38	Alto	82	Alto	
18	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	1	1	1	22	Medio	4	4	5	4	5	4	5	4	5	40	Alto	82	Alto	
19	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
20	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
21	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
22	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
23	5	4	5	4	1	19	Alto	2	1	1	1	1	1	5	4	2	1	1	20	Bajo	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Medio	75	Medio

24	5	4	4	4	1	18	Medio	2	2	1	1	1	2	5	4	2	1	1	22	Medio	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	44	Alto	84	Alto
25	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	2	2	2	5	5	2	1	2	26	Alto	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	37	Medio	83	Alto	
26	5	4	5	4	2	20	Alto	2	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	23	Alto	5	5	5	5	4	4	4	4	5	41	Alto	84	Alto					
27	5	4	4	4	1	18	Medio	2	2	2	1	2	1	4	4	1	2	1	22	Medio	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Medio	76	Medio		
28	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto		
29	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto		
30	5	4	5	3	1	18	Medio	2	2	2	2	2	1	4	4	1	2	1	23	Alto	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	35	Bajo	76	Medio				
31	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	41	Alto	85	Alto				
32	5	3	4	4	1	17	Bajo	2	2	2	2	2	1	4	4	1	2	1	23	Alto	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Medio	76	Medio		
33	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	4	5	44	Alto	88	Alto					
34	5	4	5	3	1	18	Medio	2	2	1	2	2	1	4	4	1	2	1	22	Medio	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Medio	76	Medio		
35	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto		
36	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	44	Alto	88	Alto				
37	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	4	4	4	4	4	4	4	5	38	Medio	82	Alto					
38	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	1	1	1	22	Medio	4	4	5	4	5	4	5	4	5	40	Alto	82	Alto					
39	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto			
40	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto			
41	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto			
42	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto			
43	5	4	5	4	1	19	Alto	2	1	1	1	1	1	5	4	2	1	1	20	Bajo	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Medio	75	Medio			
44	5	4	4	4	1	18	Medio	2	2	1	1	1	2	5	4	2	1	1	22	Medio	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	44	Alto	84	Alto			
45	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	2	2	2	5	5	2	1	2	26	Alto	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	37	Medio	83	Alto			
46	5	4	5	4	2	20	Alto	2	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	23	Alto	5	5	5	5	4	4	4	4	5	41	Alto	84	Alto					
47	5	4	4	4	1	18	Medio	2	2	2	1	2	1	4	4	1	2	1	22	Medio	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Medio	76	Medio			
48	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto				
49	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto			
50	5	4	5	3	1	18	Medio	2	2	2	2	2	1	4	4	1	2	1	23	Alto	4	4	4	4	3	4	4	4	4	35	Bajo	76	Medio					
51	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	4	4	4	4	5	5	5	5	41	Alto	85	Alto					
52	5	3	4	4	1	17	Bajo	2	2	2	2	2	1	4	4	1	2	1	23	Alto	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Medio	76	Medio				

53	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	4	5	44	Alto	88	Alto
54	5	4	5	3	1	18	Medio	2	2	1	2	2	1	4	4	1	2	1	22	Medio	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Medio	76	Medio
55	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
56	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	4	5	5	5	44	Alto	88	Alto
57	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	4	4	4	4	4	4	4	5	38	Medio	82	Alto
58	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	1	1	1	22	Medio	4	4	5	4	5	4	5	4	5	40	Alto	82	Alto
59	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
60	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
61	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
62	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
63	5	4	5	4	1	19	Alto	2	1	1	1	1	1	5	4	2	1	1	20	Bajo	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Medio	75	Medio
64	5	4	4	4	1	18	Medio	2	2	1	1	1	2	5	4	2	1	1	22	Medio	5	4	5	5	5	5	5	5	5	44	Alto	84	Alto
65	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	2	2	2	5	5	2	1	2	26	Alto	5	4	4	4	4	4	4	4	4	37	Medio	83	Alto
66	5	4	5	4	2	20	Alto	2	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	23	Alto	5	5	5	5	4	4	4	4	5	41	Alto	84	Alto
67	5	4	4	4	1	18	Medio	2	2	2	1	2	1	4	4	1	2	1	22	Medio	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Medio	76	Medio
68	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
69	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
70	5	4	5	3	1	18	Medio	2	2	2	2	2	1	4	4	1	2	1	23	Alto	4	4	4	4	3	4	4	4	4	35	Bajo	76	Medio
71	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	4	4	4	4	5	5	5	5	41	Alto	85	Alto
72	5	3	4	4	1	17	Bajo	2	2	2	2	2	1	4	4	1	2	1	23	Alto	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Medio	76	Medio
73	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	4	5	44	Alto	88	Alto
74	5	4	5	3	1	18	Medio	2	2	1	2	2	1	4	4	1	2	1	22	Medio	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Medio	76	Medio
75	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
76	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	4	5	5	5	44	Alto	88	Alto
77	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	4	4	4	4	4	4	4	5	38	Medio	82	Alto
78	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	1	1	1	22	Medio	4	4	5	4	5	4	5	4	5	40	Alto	82	Alto
79	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
80	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
81	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto

82	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto
83	5	4	5	4	1	19	Alto	2	1	1	1	1	1	5	4	2	1	1	20	Bajo	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Medio	75	Medio	
84	5	4	4	4	1	18	Medio	2	2	1	1	1	2	5	4	2	1	1	22	Medio	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	44	Alto	84	Alto	
85	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	2	2	2	5	5	2	1	2	26	Alto	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	37	Medio	83	Alto	
86	5	4	5	4	2	20	Alto	2	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	23	Alto	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	41	Alto	84	Alto	
87	5	4	4	4	1	18	Medio	2	2	2	1	2	1	4	4	1	2	1	22	Medio	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Medio	76	Medio	
88	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto	
89	5	4	5	4	2	20	Alto	3	1	1	1	1	2	5	5	2	1	2	24	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	89	Alto	
90	5	4	5	3	1	18	Medio	2	2	2	2	2	1	4	4	1	2	1	23	Alto	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	35	Bajo	76	Medio		

### Base de datos de la variable: GASTO DE BOLSILLO DEL ASEGURADO

M T	GASTO POR PROCEDIMIENTO											GASTO POR TRATAMIENTOS										GASTO POR EXÁMENES AUXILIARES					GASTO POR DEDUCIBLES				DTV 2	NIVE L			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	D1V 2	NIVE L	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	D2V 2	NIVE L	2	2	2	2	D3V 2	NIVE L			2	2	D4V 2
1	4	4	5	4	3	4	4	4	4	36	Bajo	4	4	5	4	4	4	4	3	3	4	39	Alto	3	3	4	4	14	Bajo	4	3	7	Bajo	96	Alto
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	5	10	Alto	125	Alto
3	5	4	4	4	4	4	4	4	4	37	Medio	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	41	Alto	4	4	4	4	16	Medio	5	4	9	Alto	103	Alto
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	48	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	122	Alto
5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	41	Alto	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	48	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	117	Alto
6	5	5	5	5	5	5	4	4	4	42	Alto	5	4	4	5	5	4	5	4	5	4	45	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	115	Alto
7	4	5	4	5	5	5	4	5	4	41	Alto	5	5	5	4	5	4	5	4	5	4	46	Alto	4	4	5	4	17	Alto	5	3	8	Medio	112	Alto
8	5	5	5	5	5	4	5	5	5	44	Alto	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	48	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	120	Alto
9	5	5	4	5	5	5	5	4	4	42	Alto	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	47	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	5	9	Alto	118	Alto
10	5	4	4	5	4	5	4	4	5	40	Alto	4	4	5	4	5	5	5	4	4	4	44	Alto	5	5	4	5	19	Alto	4	4	8	Medio	111	Alto
11	5	5	4	5	4	5	4	5	5	42	Alto	5	4	4	4	4	4	4	4	5	3	41	Alto	4	4	4	4	16	Medio	4	4	8	Medio	107	Alto
12	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	48	Alto	4	4	4	4	16	Medio	4	4	8	Medio	117	Alto
13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	124	Alto
14	4	4	5	4	4	4	5	4	5	39	Medio	4	4	5	4	4	4	4	3	4	4	40	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	107	Alto

15	5	5	5	5	4	4	5	5	5	43	Alto	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	47	Alto	5	5	4	5	19	Alto	5	4	9	Alto	118	Alto		
16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	124	Alto	
17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	49	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	122	Alto		
18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	123	Alto	
19	5	5	5	5	5	5	4	5	4	43	Alto	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	47	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	118	Alto		
20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	124	Alto	
21	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	124	Alto	
22	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	49	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	122	Alto		
23	5	4	4	4	4	4	4	4	4	37	Medio	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	41	Alto	4	4	4	4	16	Medio	5	4	9	Alto	103	Alto	
24	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	48	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	122	Alto	
25	5	5	5	5	4	5	4	4	4	41	Alto	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	48	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	117	Alto	
26	5	5	5	5	5	5	4	4	4	42	Alto	5	4	4	5	5	4	5	4	5	4	5	4	45	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	115	Alto
27	4	5	5	5	4	5	4	4	5	41	Alto	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	48	Alto	4	4	4	4	16	Medio	5	4	9	Alto	114	Alto	
28	5	5	5	5	5	4	5	5	5	44	Alto	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	48	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	120	Alto	
29	5	5	4	5	5	5	5	4	4	42	Alto	5	4	5	5	5	4	4	5	5	4	4	46	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	116	Alto	
30	5	4	5	5	5	5	5	5	4	43	Alto	4	4	5	4	5	5	5	4	4	4	4	44	Alto	5	5	4	5	19	Alto	5	4	9	Alto	115	Alto	
31	5	5	4	5	4	5	4	5	5	42	Alto	5	4	4	4	4	4	4	4	5	3	4	41	Alto	4	4	4	4	16	Medio	4	4	8	Medio	107	Alto	
32	4	4	5	4	3	4	4	4	4	36	Bajo	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	48	Alto	4	4	4	4	16	Medio	4	4	8	Medio	108	Alto		
33	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	124	Alto	
34	5	4	4	5	4	5	4	5	4	40	Alto	5	4	4	5	5	4	4	5	3	4	4	43	Alto	5	3	3	5	16	Medio	4	4	8	Medio	107	Alto	
35	5	5	5	5	4	4	4	5	5	42	Alto	5	5	5	4	5	5	5	4	3	4	4	45	Alto	5	5	4	5	19	Alto	4	4	8	Medio	114	Alto	
36	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	124	Alto	
37	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	49	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	122	Alto		
38	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	123	Alto	
39	5	5	5	5	5	5	4	5	4	43	Alto	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	47	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	118	Alto	
40	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	124	Alto	
41	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	124	Alto	

42	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	49	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	122	Alto
43	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	37	Medio	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	41	Alto	4	4	4	4	16	Medio	5	4	9	Alto	103	Alto
44	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	48	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	122	Alto	
45	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	41	Alto	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	48	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	117	Alto	
46	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	42	Alto	5	4	4	5	5	4	5	4	5	4	5	4	45	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	115	Alto
47	4	5	4	5	4	5	5	5	4	4	41	Alto	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	47	Alto	4	5	5	4	18	Alto	5	4	9	Alto	115	Alto
48	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	44	Alto	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	48	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	120	Alto	
49	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4	42	Alto	5	4	5	5	5	4	4	5	5	4	5	4	46	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	116	Alto
50	5	4	4	5	4	5	4	4	5	5	40	Alto	4	4	5	4	5	5	5	4	4	4	4	44	Alto	4	4	4	5	17	Alto	4	4	8	Medio	109	Alto	
51	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	42	Alto	5	4	4	4	4	4	4	4	5	3	41	Alto	4	4	4	4	16	Medio	4	4	8	Medio	107	Alto		
52	4	4	5	4	3	4	4	4	4	4	36	Bajo	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	48	Alto	4	4	4	4	16	Medio	4	4	8	Medio	108	Alto		
53	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	124	Alto	
54	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	40	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	49	Alto	3	4	5	4	16	Medio	4	4	8	Medio	113	Alto		
55	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	42	Alto	5	5	5	4	5	4	5	5	5	4	47	Alto	5	5	5	4	19	Alto	4	4	8	Medio	116	Alto		
56	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	124	Alto	
57	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	49	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	122	Alto		
58	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	123	Alto	
59	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	43	Alto	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	47	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	118	Alto		
60	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	124	Alto	
61	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	124	Alto	
62	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	49	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	122	Alto		
63	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	37	Medio	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	41	Alto	4	4	4	4	16	Medio	5	4	9	Alto	103	Alto	
64	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	48	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	122	Alto	
65	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	41	Alto	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	48	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	117	Alto	
66	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	42	Alto	5	4	4	5	5	4	5	4	5	4	5	4	45	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	115	Alto
67	5	4	4	5	4	5	5	5	4	4	41	Alto	5	4	5	4	5	4	4	5	5	4	5	4	45	Alto	5	5	4	4	18	Alto	5	3	8	Medio	112	Alto
68	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	44	Alto	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	48	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	120	Alto	

69	5	5	4	5	5	5	5	4	4	42	Alto	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	47	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	5	10	Alto	119	Alto	
70	4	4	4	5	4	5	4	4	5	39	Medio	4	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4	43	Alto	4	4	5	4	17	Alto	4	3	7	Bajo	106	Alto
71	5	5	4	5	4	5	4	5	5	42	Alto	5	4	4	4	4	4	4	4	5	3	41	Alto	4	4	4	4	16	Medio	4	4	8	Medio	107	Alto	
72	4	4	5	4	3	4	4	4	4	36	Bajo	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	48	Alto	4	4	4	4	16	Medio	4	4	8	Medio	108	Alto
73	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	124	Alto
74	4	5	4	4	4	4	4	5	5	39	Medio	5	4	5	4	4	4	5	5	4	4	4	44	Alto	5	4	3	4	16	Medio	4	4	8	Medio	107	Alto
75	5	5	5	5	5	4	5	5	5	44	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	48	Alto	5	5	4	4	18	Alto	5	4	9	Alto	119	Alto
76	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	124	Alto
77	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	49	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	122	Alto
78	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	123	Alto
79	5	5	5	5	5	5	4	5	4	43	Alto	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	47	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	118	Alto
80	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	124	Alto
81	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	124	Alto
82	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	49	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	122	Alto
83	5	4	4	4	4	4	4	4	4	37	Medio	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	41	Alto	4	4	4	4	16	Medio	5	4	9	Alto	103	Alto
84	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	Alto	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	48	Alto	5	5	5	5	20	Alto	5	4	9	Alto	122	Alto
85	5	5	5	5	4	5	4	4	4	41	Alto	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	48	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	117	Alto
86	5	5	5	5	5	5	4	4	4	42	Alto	5	4	4	5	5	4	5	4	5	4	4	45	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	115	Alto
87	5	5	5	5	5	5	4	4	4	42	Alto	4	4	5	4	5	5	4	5	5	5	4	46	Alto	4	4	4	4	16	Medio	5	4	9	Alto	113	Alto
88	5	5	5	5	5	4	5	5	5	44	Alto	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	48	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	4	8	Medio	120	Alto
89	5	5	4	5	5	5	4	5	4	42	Alto	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	47	Alto	5	5	5	5	20	Alto	4	5	9	Alto	118	Alto
90	4	5	5	5	5	5	5	5	4	43	Alto	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	5	47	Alto	5	5	5	4	19	Alto	4	3	7	Bajo	116	Alto

## Anexo 8. Constancia de idiomas



CID-CDN-2024-01-LN-4638

### CONSTANCIA

El Centro de Idiomas de la Universidad César Vallejo hace constar que **QUISPE CONDORI , ALBERTO CECILIO**, con código **N.º 7003126941**, ha realizado estudios de **PORTUGUÉS POSGRADO EXTRACURRICULAR**, equivalente a un total de **200 horas**; obteniendo los siguientes resultados:

CURSO	PROMEDIO FINAL	MES	AÑO	PROGRAMA
PORTUGUÉS I	18 (dieciocho)	Abril	2024	(Matricula Regular)
PORTUGUÉS II	18 (dieciocho)	Mayo	2024	(Matricula Regular)
PORTUGUÉS III	18 (dieciocho)	Junio	2024	(Matricula Regular)

Se expide la presente constancia a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

Los Olivos, 26 de junio de 2024.



Firmado digitalmente por: ERICA MERCEDES DE PAZ BERROSPÍ DNI: 09631501 RUC: 20164113532  
Motivo: Responsable de la firma  
Fecha y Hora: 26/06/2024 14:32:35

Dra. Erica Mercedes De Paz Berrospi  
**Jefe Nacional del Centro de Idiomas**



Esta constancia puede ser verificada utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° 27269 – Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

## Anexo 9. Resultado de turnitin

Feedback Studio - Google Chrome  
ev.turnitin.com/app/carta/es/?ro=103&o=2426877512&s=1&lang=es&u=1088032488

feedback studio Alberto Cecilio Quispe Condori Cobertura de aseguramiento en salud y su influencia en gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024 -- /100 < 9 de 67 > ?



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

Cobertura de aseguramiento en salud y su influencia en gasto de bolsillo del asegurado en un Hospital de Puno, 2024

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

**AUTOR:**  
Quispe Condori Alberto Cecilio (<https://orcid.org/0000-0003-4085-322X>)

**ASESOR:**  
Dr. González González Dionicio Godofredo (<https://orcid.org/0000-0002-7518-1200>)  
Mg. Sánchez Vásquez Segundo Vicente (<https://orcid.org/0000-0001-6882-6982>)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**  
Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión de riesgo en salud

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**  
Promoción de la salud, nutrición de la salud alimentaria

LIMA – PERÚ  
2024

**Resumen de coincidencias**

16 %

Se están viendo fuentes estándar

Coincidencias		
1	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	7 % >
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2 % >
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 % >
4	revistas.unc.edu.py Fuente de Internet	1 % >
5	segurointegralsis.blog... Fuente de Internet	1 % >
6	revistaagora.com Fuente de Internet	1 % >
7	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 % >
8	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	<1 % >
9	repositorioacademico... Fuente de Internet	<1 % >
10	riull.ulles Fuente de Internet	<1 % >
11	repositorio.uoosevelt... Fuente de Internet	<1 % >
12	archive.org Fuente de Internet	<1 % >
13	fcom.us.es Fuente de Internet	<1 % >
14	infoalimentarios.files.w... Fuente de Internet	<1 % >
15	repositorio.monterrico... Fuente de Internet	<1 % >

Página: 1 de 44 Número de palabras: 14968 Versión solo texto del informe Alta resolución Activado 08:12 5/08/2024