



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Cobertura prestacional y gasto de bolsillo en el tratamiento  
de la hidatidosis del Instituto Nacional de Salud del Niño**

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

**Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTOR:**

**Br. Henry Walter Hernández Isla**

**ASESOR:**

**Dr. Jaime Agustín Benites Ortega**

**SECCIÓN:**

**Ciencias Médicas**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

**Calidad de las prestaciones asistenciales**

**LIMA - PERÚ**

**2018**

## DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): **HERNANDEZ ISLA, HENRY WALTER**

Para obtener el Grado Académico de *Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud*, ha sustentado la tesis titulada:

**COBERTURA PRESTACIONAL Y GASTO DE BOLSILLO EN EL TRATAMIENTO DE LA HIDATIDOSIS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO**

Fecha: 18 de julio de 2018

Hora: 3:15 p.m.

### JURADOS:

**PRESIDENTE:** Dra. Flor de Maria Sánchez Aguirre

Firma: 

**SECRETARIO:** Mg. Sonia Lidia Romero Vela

Firma: 

**VOCAL:** Dr. Jaime Agustín Sánchez Ortega

Firma: 

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

.....  
**APROBADO POR UNANIMIDAD**  
.....

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

.....  
**(Verificar el formato)**  
**Falta Dominio Metodológico**  
.....  
.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

**Verificar el formato de la investigación,**  
**APA, Diseño de la Investigación, Unidad de Análisis**  
**Definir, Describir Realidad Problemática**

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

**Página del jurado**

---

**Dra. Flor de María Sánchez Aguirre**

**Presidente**

---

**Mg. Sonia Romero Vela**

**Secretaria**

---

**Dr. Jaime Agustín Benites Ortega**

**Vocal**

## **Dedicatoria**

A Dios, por permitirme lograr mi objetivo con salud.

A mi madre por sus oraciones y ejemplo de responsabilidad

A mi compañera y amiga Beatriz, por su paciencia, apoyo y munificencia en el desarrollo de la investigación.

A mis hijos Kendrick Josue y Yasira Nayiya, mis joyas preciosas que Dios me dio, fuente de inspiración y motivo de mi existencia.

El autor



## **Agradecimiento**

Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, Epidemiología, Unidad de Manejo de Seguros Públicos y Privados, Farmacia, Anatomía-Patológica, Diagnóstico por imágenes, Dirección de Economía - Área de Cuentas Corrientes, Oficina de Estadística e Informática, Unidad de Registros Médicos - Área de Archivo del Instituto Nacional de Salud del Niño por su valioso apoyo en la ejecución del presente trabajo de investigación.

A los Docentes de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, por la calidad de sus enseñanzas.

El autor

## **Declaración de autoría**

Yo, Henry Walter Hernandez Isla, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, sede Lima Norte; declaro que el trabajo académico titulado “Cobertura prestacional y gasto de bolsillo en el tratamiento de la hidatidosis del Instituto Nacional de Salud del Niño” presentada en 153 folios para la obtención del grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.

No he utilizado ninguna fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 18 de julio del 2018

---

Henry Walter Hernández Isla  
D.N.I. N° 15754751

## Presentación

Señores miembros del Jurado:

El presente estudio de investigación titulado: “Cobertura prestacional y gasto de bolsillo en el tratamiento de la hidatidosis del Instituto Nacional de Salud del Niño” tiene por objetivo general estimar la cobertura prestacional del Seguro Integral de Salud (SIS) y el gasto de bolsillo en salud (GBS) en el tratamiento de la hidatidosis. Al poner a su consideración este trabajo cumpla con lo exigido por las normas y reglamentos de la Universidad y la SUNEDU para optar el grado de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud.

La investigación consta de ocho capítulos, estructuralmente interrelacionados en forma secuencial siguiendo el esquema de la tesis, determinado por la Universidad Cesar Vallejo en su reglamento: Capítulo I: Introducción, Capítulo II: Método, Capítulo III: Resultados, Capítulo IV: Discusión, Capítulo V: Conclusiones, Capítulo VI: Recomendaciones, Capítulo VII: Referencias y Capítulo VIII: Anexos.

Se determina que el 91,9% de pacientes con hidatidosis fueron beneficiarios del SIS subsidiado y el GBS del 8,1%; de acuerdo al gasto total de afiliados al SIS la cobertura fue del 99% y gastos por copagos del 1%; porcentaje que garantiza el tratamiento de la hidatidosis y protege a las familias del gasto de bolsillo en salud.

Señores miembros del jurado esperamos que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

**El autor**

## Índice

### Carátula

<b>Páginas preliminares</b>	<b>Pág.</b>
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	xiii
Resumen	xiv
Abstract	xv
<b>I. Introducción</b>	<b>16</b>
1.1. Realidad problemática	17
1.2. Trabajos previos	20
1.3. Teorías relacionadas al tema	33
1.4. Formulación del problema	44
1.5. Justificación del estudio	45
1.6. Hipótesis	49
1.7. Objetivos	51
<b>II. Método</b>	<b>52</b>

2.1. Diseño de investigación	53
2.2. Variables, Operacionalización	56
2.3. Población y muestra	59
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, valides y confiabilidad	62
2.5. Métodos de análisis de datos	68
2.6. Aspectos éticos	68
<b>III. Resultados</b>	<b>69</b>
<b>IV. Discusión</b>	<b>94</b>
<b>V. Conclusiones</b>	<b>100</b>
<b>VI. Recomendaciones</b>	<b>103</b>
<b>VII. Referencias</b>	<b>106</b>
<b>VIII. Anexos</b>	<b>116</b>
Anexo 1. Artículo científico	117
Anexo 2. Matriz de consistencia	129
Anexo 3. Permiso de la institución donde se realiza el estudio	131
Anexo 4. Instrumento	132
Anexo 5. Validación de los instrumentos	135
Anexo 6. Base de Datos	150
Anexo 7. Otros	151

## Índice de tablas

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Operacionalización de variable cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS para el tratamiento de la hidatidosis.	57
<b>Tabla 2.</b> Operacionalización de variable gasto de bolsillo en salud (GBS) para el tratamiento de la hidatidosis.	58
<b>Tabla 3.</b> Casos de pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, 2014.	59
<b>Tabla 4.</b> Fuentes de obtención de datos.	62
<b>Tabla 5.</b> Juicios de expertos.	66
<b>Tabla 6.</b> Cobertura prestacional del SIS subsidiado: pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según grupo étnico y sexo, 2014.	70
<b>Tabla 7.</b> Cobertura prestacional del SIS subsidiado: pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según región de procedencia y categoría social, 2014.	72

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 8.</b> Cobertura prestacional del SIS subsidiado: pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según diagnóstico, número de casos y total de intervenciones quirúrgicas, 2014.	74
<b>Tabla 9.</b> Cobertura prestacional del SIS subsidiado: pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según costos totales de atención por diagnóstico, incluye copagos, 2014.	75
<b>Tabla 10.</b> Cobertura prestacional del SIS subsidiado: pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según servicio de atención, 2014.	76
<b>Tabla 11.</b> Copagos por servicio de atención en pacientes hospitalizados beneficiarios del SIS subsidiado con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, 2014.	77
<b>Tabla 12.</b> Gasto de bolsillo en salud (GBS): servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) y pago directo (PD-pagante), en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según grupo étnico y sexo, 2014.	78
<b>Tabla 13.</b> Gasto de bolsillo en salud (GBS): servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-Clínica) y pago directo (PD-pagante), en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según región de procedencia y categoría social, 2014.	80

<b>Tabla 14.</b>	Gasto de bolsillo en salud (GBS): servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) y pago directo (PD-pagante), en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según diagnóstico, número de casos y total de intervenciones quirúrgicas, 2014.	82
<b>Tabla 15.</b>	Gasto de bolsillo en salud (GBS): servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) y pago directo (PD-pagante), en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según costos totales de atención por diagnóstico, incluye beneficios por exoneraciones, donaciones y programas, 2014.	83
<b>Tabla 16.</b>	Gasto de bolsillo en salud (GBS): servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-Clínica) y pago directo (PD-pagante), en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según servicio de atención, 2014.	84
<b>Tabla 17.</b>	Cobertura de pago por exoneraciones, donaciones y programas en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, por el servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-Clínica) y pago directo (PD-pagante), 2014.	86



	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 18.</b> Resumen: cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS subsidiado y gasto de bolsillo en salud (GBS) en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, 2014.	88
<b>Tabla 19.</b> Resumen: cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS subsidiado y gasto de bolsillo en salud (GBS) en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según estancia hospitalaria, 2014.	91

## Índice de figuras

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1.</b> Cobertura prestacional del SIS subsidiado: pacientes con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según grupo etáreo y sexo.	71
<b>Figura 2.</b> Cobertura prestacional del SIS subsidiado: pacientes con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según región de procedencia y categoría social.	73
<b>Figura 3.</b> Gasto de bolsillo en salud (GBS): pacientes con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según grupo etáreo y sexo, 2014.	79
<b>Figura 4.</b> GBS: pacientes con diagnóstico de hidatidosis según región de procedencia y categoría social, del INSN, 2014.	81
<b>Figura 5.</b> Resumen: costo total de tratamiento de hidatidosis en US\$ por tipo de diagnóstico, del INSN, 2014.	89
<b>Figura 6.</b> Resumen: cobertura total del SIS subsidiado y financiamiento por copagos en el tratamiento de hidatidosis en porcentajes, 2014.	90
<b>Figura 7.</b> Resumen: gasto de bolsillo total en porcentajes en el tratamiento de hidatidosis, del INSN, 2014.	90
<b>Figura 8.</b> Resumen: total de pacientes atendidos por el SIS subsidiado y gasto de bolsillo en porcentajes en el tratamiento de hidatidosis, en pacientes hospitalizados del INSN, 2014.	91

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general estimar la cobertura prestacional del Seguro Integral de Salud (SIS) y el gasto de bolsillo en salud (GBS) en el tratamiento de la hidatidosis en el Instituto Nacional de Salud del Niño, 2014.

Se realizó una investigación básica, enfoque cuantitativo, método hipotético deductivo, diseño no experimental, transeccional y descriptivo, con una población de 37 pacientes; la técnica de análisis fue censal. Se utilizó dos nuevos instrumentos para el registro de datos en hoja de Excel 2013; y uso del software SPSS 24.0 para análisis estadístico.

Con referencia a los resultados de la investigación, se determina que los beneficiarios del SIS subsidiado en el tratamiento de la hidatidosis fue de 91,9% y el GBS de 8,1%; según el gasto total de afiliados al SIS la cobertura garantiza el financiamiento de 99% (S/. 232494,00 = US\$ 81864,00) del gasto y protege a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado a GBS por copagos que fue de 1% (S/. 1395,57 = US\$ 491,40); el GBS total en pacientes no afiliados al SIS fue de 86% (S/. 31051,14 = US\$ 10934,00); y la cobertura por exoneraciones fue de 14% (S/. 3000,63 = US\$ 1050,57).

**Palabras clave:** Hidatidosis, cobertura de servicios públicos de salud.

## Abstrat

The general objective of this research was to estimate the coverage provided by the Comprehensive Health Insurance (SIS) and the out-of-pocket health expenditure (GBS) in the treatment of hydatidosis at the National Institute of Child Health, 2014.

Basic research, quantitative approach, hypothetical deductive method, non-experimental design, transectional and descriptive, with a population of 37 patients was carried out; the analysis technique was censal. Two new instruments were used to record data in Excel 2013 sheet; and use of the SPSS 24.0 software for statistical analysis.

With reference to the results of the research, it is determined that the beneficiaries of the subsidized SIS in the treatment of hydatidosis was 91.9% and the GBS of 8.1%; according to the total expenditure of SIS affiliates, coverage guarantees the financing of 99% (S/. 232494.00 = US\$ 81864.00) of the expense and protects the families from the risks of impoverishment associated with GBS due to co-payments that were 1% (S/. 1395.57 = US\$ 491.40); total GBS in patients not affiliated with the SIS was 86% (S/. 31051.14 = US\$ 10934.00); and the coverage for exonerations was 14% (S/. 3000,63 = US\$ 1050,57).

**Key word:** Echinococcosis, state health care coverage.

## **I. Introducción**

## 1.1. Realidad problemática

Calizaya (2013), señaló que la “descripción de la realidad problemática consiste en presentar descriptivamente la forma como se muestra el problema de investigación, en el contexto social donde tiene lugar” (diapositiva 24).

Margaret Chan, directora general de la Organización Mundial de la Salud, en su discurso inaugural de la conferencia ministerial internacional sobre financiación de los sistemas de salud, llevada a cabo en Berlín, Alemania (22 de noviembre de 2010), manifestaba que “el acceso a la atención sanitaria básica es un derecho humano fundamental, como se proclama en la constitución de la OMS, y no simplemente un privilegio del que se pueda disfrutar en unas pocas sociedades ricas” (OMS, 2010, párr. 15). Señalaba asimismo que el pago directo por el usuario no es una solución eficaz; esto ocasiona que las personas acudan a su atención sanitaria en forma tardía y que la enfermedad avance, se complique y encarezca su tratamiento. Asimismo, puede arrastrar a la ruina financiera del usuario (OMS, 2010, párr. 35). Indicaba además que en algunas naciones “hasta el 11% de la población experimenta situaciones financieras catastróficas cada año a causa de las facturas de la asistencia sanitaria, e incluso un 5% de esas personas caen por debajo del umbral de pobreza debido a esos costos” (OMS, 2010, párr. 36).

Según OMS (2014) los indicadores, utilizados para medir el nivel de protección financiera en salud son dos: la “incidencia de gasto catastrófico en salud” que hace referencia a todos los hogares, cuyos gastos en salud superan sus recursos económicos; y la “incidencia de la pobreza debido a pagos directos en salud” que registra el daño a la economía familiar que ocasiona el pago directo en salud que puede provocar que las familias empobrezcan aún más quedando por debajo de la línea de pobreza (p. 5)

Dentro de las zoonosis parasitaria de importancia en salud pública, se encuentra la hidatidosis o equinococosis quística, ocasionada por la Tenia *Echinococcus granulosus*, que requiere de dos hospederos para completar su ciclo biológico: el perro que actúa como hospedero definitivo al desarrollar la fase adulta o estrobilar del parásito; y el ovino que actúa como hospedero intermediario al desarrollar la fase larvaria del parásito. En América del Sur, ambos hospederos son los de mayor importancia epidemiológica (Larrieu et al., 2014, p. 92).

En Perú, el mayor número de casos de hidatidosis, se presentan en la sierra central y sierra sur, “especialmente Junín (2866 casos), Huancavelica (2306 casos), Arequipa (404 casos), Ayacucho (324 casos) y Puno (462 casos), aunque existen casos reportados en el 2015 en todas las regiones del país” (OPS/OMS, 2015, p. 3).

Con respecto al presupuesto general de la República según Restrepo (2016) y Ministerio de Salud (2014) citados por Lazo-Gonzales; Alcalde-Rabanal y Espinosa-Henao (2016), muestran que en salud el presupuesto se ha ido incrementando del 2006 al 2014 de 4,6 a 5,5 % (p. 48); y como resultado de la dación de la ley de aseguramiento universal en salud (AUS), se observa que la cobertura de aseguramiento de salud aumento del 64,5% en el 2011 al 72,9% en el 2015 (p. 47).

Lazo-Gonzales et al. también sostiene que en relación a la tendencia del gasto en salud como % del producto bruto interno (PBI), muestra que Perú es el país con el más bajo % de gasto en salud en la región Andina en el año 2007; y en el año 2014, es el antepenúltimo país con el más bajo % del PBI destinado para salud (p. 49); asimismo da a conocer que “el SIS se financia principalmente con recursos del tesoro público (98,9 %), y en menor proporción con recursos recaudados directamente (0,6 %) y donaciones y transferencias (0,5 %)” (p. 51).

En relación al gasto de bolsillo, el Ministerio de Salud (2014) señala que continua siendo alto a pesar de haber disminuido del 41% en el 2008, al 29% en el 2014; el gasto de bolsillo per cápita durante los años 2011 al 2014 no ha sufrido mayor variación de 105 a 103 dólares respectivamente, y estuvo orientado principalmente a cubrir gastos de atención en centro de salud particulares (61,7%), en servicios públicos (8,3 %), y en el rubro compra de medicamentos el gasto de bolsillo llega a 29,9% (Lazo-Gonzales et al., 2016, p. 52).

“El Seguro Integral de Salud tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, con prioridad en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema” (SIS, 2015, p. 36)

En el Instituto Nacional de Salud del Niño, la hidatidosis constituye una de las principales causas de hospitalización por enfermedades zoonóticas parasitarias (INSN, 2014, p. 12); sin embargo, no se tiene una estimación delimitada de los recursos económicos que se destinan para el tratamiento de la enfermedad. En este sentido, resulta conveniente estimar la cobertura prestacional del régimen de financiamiento subsidiado del Seguro Integral de Salud (SIS) en el ámbito del Aseguramiento Universal en Salud y el gasto de salud financiado por los hogares (gasto de bolsillo) para el tratamiento de la hidatidosis, con la finalidad de proveer un marco de referencia presupuestal que garantice la disponibilidad de recursos económicos que nos permita disminuir los “gastos de bolsillo” a favor de la población de los niveles de pobreza y pobreza extrema que es afectada por esta zoonosis parasitaria.



## 1.2. Trabajos previos

La revisión de trabajos previos, consiste en “consultar diversas fuentes para informarse acerca de lo que se conoce hasta el momento sobre el tema que se va a estudiar” (Cucaita, 2017, párr. 4).

La revisión de la literatura debe ser selectiva, teniendo en cuenta la gran cantidad de información que se tiene en el mundo, de donde se debe extraer la información necesaria para nuestro problema de investigación. En algunos casos sin importar nuestro enfoque, revisamos referencias que se relacionan con nuestros objetivos y preguntas sin tener en cuenta si son cualitativos o cuantitativos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 61).

Hernández et al. (2014), indicó que:

En todas las áreas de conocimiento, las fuentes primarias más consultadas y utilizadas para elaborar marcos teóricos son libros, artículos de revistas científicas y ponencias o trabajos presentados en congresos, simposios y eventos similares, entre otras razones, porque estas fuentes son las que sistematizan en mayor medida la información, profundizan más en el tema que desarrollan y son altamente especializadas, además de que se puede tener acceso a ellas por internet. (p. 65)

### 1.2.1. Internacionales.

Venegas, Espinoza y Sánchez (2014), en su trabajo de investigación titulado *Estimación del impacto económico de la equinococosis quística en Chile y análisis de las posibles causas que han dificultado su erradicación*, publicado en Revista Médica de Chile Vol. 142, Nº 8, agosto 2014, con el objetivo de evaluar el impacto económico a nivel humano y animal originado por la enfermedad en Chile. Material y método: se analizó informes y publicaciones sobre la enfermedad del Ministerio de Salud de Chile, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Instituto Nacional de Estadísticas de los Estados Unidos y el Servicio Nacional de Agricultura. Se estimaron los costos del tratamiento farmacológico de perros contaminados y las mermas por decomisos en la producción de carne. Resultados: el total de tratamientos quirúrgicos de la hidatidosis durante el año 2012, fue de 767; y los costos anuales se consideraron en USD 2,46 millones. Los costos de licencias por enfermedad y pérdida de productividad ascendieron a USD 3,13 millones. La carga económica anual de la enfermedad en el área humana y animal se estimó en USD 14,35 millones. Conclusiones: la distribución de la hidatidosis humana y/o animal, indica una contaminación ambiental significativa con huevos de parásitos en regiones de alta incidencia. Mejoraría la eficacia de los programas de control si se solucionan las causas de esta contaminación.

Fica y Weitzel (2014), en su trabajo de investigación titulado *Gastos hospitalarios en pacientes con fascioliasis en fase aguda, hidatidosis de tratamiento quirúrgico y neurocisticercosis en un hospital general en Chile*, publicado en Revista Chilena de Infectología Vol. 31, Nº 4, 2014; con el objetivo de ponderar y comparar los gastos hospitalarios originados por tres infecciones por helmintos. Material y método: análisis retrospectivo de gastos hospitalarios entre los años 2006 y 2010 en un hospital de Santiago. Resultados: 16 pacientes con 21 ingresos fueron registrados y analizados: 4 con FA, 11 con H y 6 con NCC. La mediana de gastos hospitalarios

para fascioliasis en fase aguda (FA) fue de US\$ 1.799, para hidatidosis (H) US\$ 4.707, y para neurocisticercosis (NCC) US\$ 1.293. Conclusiones: no obstante que las infecciones por helmintos están en decadencia en Chile, los gastos hospitalarios generados por la atención de pacientes con FA, H y NCC, son altos y representan una significativa carga económica para el sistema de salud chileno.

Luna (2013), en su tesis titulada *Los gastos catastróficos por motivos de salud en México, los factores socioeconómicos relacionados y la política en salud*, en la Universidad Autónoma de Madrid, con el objetivo de establecer y describir las variables que inciden en los gastos catastróficos, por insatisfacción en salud en los hogares mexicanos y la medición de los efectos económicos en la disminución del gasto de bolsillo y si son adaptables a los nuevos programas de salud. Utilizo la base de datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares en México (ENIGHs) 2008. Diseño: probabilístico, estratificado, bietápico y por conglomerados. Metodología: modelación de los gastos en salud: modelo de probabilidad de incurrir en gasto catastrófico; modelación del gasto de bolsillo: Probit de la probabilidad de ejecutar un gasto de bolsillo en salud mayor al 30% del gasto disponible por nivel de ingreso y modelo Tobit de determinantes del gasto catastrófico: el gasto de bolsillo en salud como proporción del gasto disponible. Resultados: sobresalen los gastos por servicios médicos (consulta ambulatoria, terapias, etc.) y medicamentos. Entre ambos rubros el promedio anual se estima de \$ 380,64 (pesos mexicanos), y la atención hospitalaria. Los resultados revelaron que 29.1% de las familias del primer decil incurrieron en gasto catastrófico; si hubieran estado adscritas a un aseguramiento social, el gasto catastrófico sería menor. El resultado más significativo es que, no se hallan cambios en cuanto a disminución del gasto de bolsillo y al incremento significativo de la demanda de servicios de salud en los deciles de más bajo ingreso. Conclusiones: el contar con un esquema de seguridad social reduce la incertidumbre a las familias para hacer frente a los gastos no planificados por salud.

Ramírez (2012), en su tesis titulada *Análisis de los principales determinantes de la incidencia de gastos catastróficos de bolsillo en salud para los hogares de México con base en la Enigh 2010*, para optar el Grado de Maestro en economía aplicada en el Colegio de la Frontera Norte. Tijuana, B. C., México; se realizó con el objetivo de analizar el gasto de bolsillo en salud en México y los principales determinantes que llevan a que dicho gasto sea catastrófico para las familias; utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2010; su financiamiento puede ser público, seguridad social o de bolsillo. Metodología: modelo Tobit censurado para identificar las principales variables que explican porque las familias gastan una mayor proporción de su ingreso disponible en salud; y de un modelo Probit para explicar la probabilidad de que un hogar tenga un gasto mayor en salud al 30% de su ingreso disponible (catastrófico). Resultado: en el gasto familiar para los hogares mexicanos no hay holgura. El gasto en alimentos y vivienda no permite espacios para otro tipo de gastos adicionales, como los gastos por atención médica; que al aparecer, las familias gastan sus ahorros, se adeudan o venden activos. Conclusión: el estudio del gasto de bolsillo no sólo busca determinar la iniquidad financiera, sino en identificar los componentes a través de los cuales se pueda proteger a los más vulnerables en términos económicos. El gasto de bolsillo, contribuye al empobrecimiento de las familias, básicamente es curativo y de baja eficacia y calidad, debería destinarse a la prevención.

Farias y Medina (2011), en su trabajo de investigación titulado *Estimación del costo para el diagnóstico precoz de la hidatidosis en niños de 5 y 12 años en la provincia de Ñuble, Región del Bío-Bío, Chile*, publicado en Revista Chilena de Infectología Vol. 28, N° 1, 2011; señalo que la hidatidosis humana se considera como accidente biológico y constituye una enfermedad de pronóstico grave, desde el punto de vista de la enfermedad, por las repercusiones económicas que representa, debido a prolongadas hospitalizaciones, complicaciones post operatorias, tratamientos, alta mortalidad quirúrgica y el elevado costo monetario que tiene su diagnóstico y

tratamiento, además del largo ausentismo laboral, pago de subsidios y otros gastos que no son posibles de evaluar con precisión. Objetivo: estimar los costos del diagnóstico precoz de la hidatidosis, evaluar el impacto económico generado y poder crear programas de control para la provincia. Poblaciones y métodos: El universo está constituido por niños de 5 y 12 años de colegios de zonas rurales. Para la toma de datos se establecieron las actividades, que consistieron en: medición de anticuerpos IgG (Elisa indirecto) y ecotomografía abdominal. En la determinación de costos mediante la metodología de costos basados en actividades se identificaron los costos reales directos e indirectos.

Los resultados demostraron que el diagnóstico preventivo implica un gasto por niño de \$ 17.18; en consecuencia, realizar esta intervención es de menor costo que esperar a que la persona se enferme de dicha enfermedad. Conclusiones: la importancia de este estudio radica en que los controles que se han realizado hasta la actualidad no son fructíferos para las personas implicadas y para las entidades de salud. Por último, el costo total real para el diagnóstico precoz por niño es bajo y permite estar acorde con la política de salud de buscar la prevención más que el llegar al tratamiento de la dolencia.

Eusebio (2010), en su tesis titulada *Gasto de bolsillo en los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud*, para optar el Grado de Maestro en Salud Pública, Universidad Veracruzana, México; afirmo que después de la reforma de la Ley General de Salud se inicia la promoción del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular, modelo que anima a las familias sin seguridad social que los proteja, y de escasos recursos una forma de evitar el gasto de bolsillo por atenciones que pueden ocasionar gastos catastróficos. El objetivo de este estudio fue medir “el gasto de bolsillo” que asumen los afiliados al solicitar atención médica en el Hospital General “Dr. Emilio Alcázar” de Tuxpan, Veracruz. Para medir el gasto directo, se conformaron tres estratos 1) atención por parto, 2) atención por cesárea y

3) atención por fracturas. En este sistema el 92% de los casos continúan teniendo gasto de bolsillo, el gasto de medicamento representa el 90% en atención de partos y cesáreas y 66.67% para fracturas. En general los afiliados registran un gasto total promedio de \$ 839.07 pesos, un afiliado que solicite atención médica por fractura tendrá un gasto promedio de \$ 1,858.91 pesos, atención por cesárea tendrá un gasto de \$ 976.70 y un parto de \$ 619.95 pesos. Estos resultados concuerdan con las evaluaciones nacionales ejecutadas al Seguro Popular que sitúan al estado de Veracruz en el surtimiento de medicamentos en el lugar número 15, en 3er lugar en el pago de consultas y en un 74% de satisfacción con el sistema. Por lo que aún no se logra garantizar uno de los objetivos principales del Seguro Popular, ya que persiste el gasto de bolsillo entre sus afiliados.

Suárez (2010), en su artículo de investigación titulado *Desafíos para alcanzar universalidad con equidad en salud en América Latina en el siglo XXI*, publicado en Revista Cubana de Salud Pública Vol. 36, Nº 3, septiembre 2010; señalo que los valores de universalidad y equidad en salud tienen una aprobación generalizada en el mundo de hoy. Contar con sistemas de salud que cubra a todos los ciudadanos sin distinción de clase social, raza, credo, género u otras condiciones, es requisito para una vida digna. América Latina y el Caribe alrededor de 230 millones de personas (46%) no tienen acceso a un seguro de salud (OPS, 2007, citado por Suarez, 2010 p. 248). Según la CEPAL (2009), en la Región de Las Américas la tasa de informalidad laboral es de 52 % (citado por Suarez, 2010 p. 248). Según la OMS (2007) el gasto mínimo inevitable para prever productos "básicos" de salud por persona y por año es de 35 a 50 USD, pero en el 2004, 64 países (uno de ellos es Haití) no alcanzaban esta cifra (citado por Suarez, 2010 p. 248). OMS (2009) señala que "cuatro países de América Latina: Bolivia, Honduras, Nicaragua y Paraguay poseían en 2005 un gasto per cápita anual en salud menos a 100 dólares" (citado por Suarez, 2010, p. 248). América Latina no es la región más pobre del mundo, pero es la más desigual en la repartición de su riqueza. El inconveniente mayor es la

segmentación y fragmentación de los regímenes de salud, que genera inequidad al relacionar a los usuarios de acuerdo con su procedencia a uno u otro segmento. En los 20 países con mayor Índice de Desarrollo Humano (IDH) el gasto público en salud es de 6,5 % o más del PBI (pp. 249-250-253). Esta dependencia se altera paradójicamente en los países de "Desarrollo Humano Bajo", en donde prevalece el gasto privado sobre el público. El gasto de bolsillo, considerado como el más desfavorable, es aún muy costoso primordialmente en la adquisición de medicamentos (pp. 253-254). El gasto de bolsillo en salud en algunos países alcanza a más del 95 % en relación al gasto privado, el gasto en medicamentos es mayor al 60 % del gasto total de bolsillo y familias enteras que asumen privadamente el pago de los servicios de salud caen en la pobreza (p. 254). No es común que las personas se sientan orgullosas y satisfechas de sus sistemas públicos de salud y los protejan como un valor ineludible de su sociedad (p. 255).

### 1.2.2. Nacional.

López (2016), en su tesis titulada *Gestión administrativa y calidad de la atención de las prestaciones asistenciales en la clínica Jockey Salud, Surco 2016*, para optar el Grado de Magíster en Gestión de los Servicios de la Salud, en la Universidad Cesar Vallejo, Lima - Perú; con el objetivo de establecer la relación entre gestión administrativa y calidad de las atenciones de las prestaciones asistenciales. Diseño: descriptivo correlacional; enfoque cuantitativo. Trabajo con una muestra de 100 trabajadores. Utilizó la encuesta como técnica y dos cuestionarios aplicados a los trabajadores como instrumentos de recolección de datos. La confiabilidad de cada instrumento fue determinada con el Alfa de Cronbach: 0,934 para la variable gestión administrativa y 0,856 para la variable calidad de la atención de las prestaciones asistenciales. Para la validez de los instrumentos se utilizó el juicio de expertos. Conclusión: existe correlación directa y significativa entre la gestión administrativa y calidad de la atención de las prestaciones asistenciales. Utilizó el estadístico de Spearman (sig. bilateral = .000 < 0.01; Rho = .634\*\*).

Portocarrero (2013) en su tesis titulada *Apurímac hacia el aseguramiento público en salud: la implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac 2007-2010*, para optar el Grado de Magíster en Ciencias Políticas y Gobierno, en la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima - Perú; con el objetivo de comprender el proceso de implementación del SIS para que los sectores pobres de Apurímac accedan a los servicios públicos de salud, desde el concepto de ciudadanía y de inclusión social. Metodología: A través del estudio del presupuesto del Gobierno Regional de Apurímac, la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho) 2007 – 2010 sobre percepción el tiempo de espera, trato de personal y gratuidad de la atención, y de entrevistas a informantes claves, alcanzó valorar los cambios producidos en el financiamiento, afiliación y prestación de servicios a los asegurados del SIS en relación a los no asegurados atendidos en la red pública en Apurímac. Los



resultados demuestran que el SIS ha logrado un gran avance en materia de aseguramiento contribuyendo a disminuir la barrera económica para acceder a los servicios de salud. Conclusiones: los asegurados al SIS señalan que a pesar de los progresos en cobertura del SIS, la calidad de la atención actualmente es menor, es decir no se ha conseguido garantizar la atención de salud como un derecho, limitando la inclusión social de los sectores a los que está dirigido el SIS.

Fano, Hernández y Falcón (2012), en su trabajo de investigación *Costos de la atención de pacientes con diagnóstico de Equinococosis quística humana en el Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima-Perú, Periodo 2006-2010*, publicado en Revista Salud Tecnología Veterinaria Vol 2, N° 1, 2014; con el objetivo de evaluar los costos directos en los que incurren los familiares de los pacientes y determinar el impacto económico sobre el erario nacional, a causa del tratamiento de esta enfermedad. Material y método: el estudio corresponde a una investigación descriptiva - retrospectiva. Se revisó 143 historias clínicas de pacientes con EQH. Resultados: del total de pacientes atendidos el 59.4% pertenecieron al sexo masculino y el 40.6% al sexo femenino. En el 88.1% de los casos los costos fueron asumidos por el SIS (estatal) y el 11.9% fue autofinanciado. Conclusiones: El rango de edad de los pacientes fue de 5 a 9 años (48.2 %). El promedio de estancia hospitalaria fue de 34 días (rango de 2 a 227 días). La ubicación pulmonar del quiste (39.9%), fue la de mayor ocurrencia. Los pacientes con intervenciones quirúrgicas fueron 129. De ellos 72.8%, 18.6% y 8.5% requirieron una, dos y tres intervenciones quirúrgicas respectivamente. El costo total de atención fue de S/. 369,480. Los costos promedios de atención fueron: pacientes hospitalizados con cirugía, S/. 2,583.8; hospitalizados sin cirugía, S/. 844.1; sin hospitalización, S/. 248.9. El costo de farmacia englobó el 53.7% del total. Los costos por intervención quirúrgica, estancia hospitalaria, laboratorio, imagenología y consultorio externo correspondieron al 17.1%, 14.2%, 8.6%, 5.6% y 0.8% del costo total respectivamente. Se requiere un

programa de prevención y control de esta enfermedad, que haga posible reducir el impacto económico y social de esta zoonosis.

Longaray (2010); en su tesis titulada *Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud*, para optar el Grado de Magíster en Economía de la Salud, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima - Perú; con el objetivo de establecer el impacto del SIS en el acceso a los servicios de salud en los grupos poblacionales de los dos quintiles más pobres de Perú (Q1 y Q2) 2007. Metodología: utilizando como fuente secundaria la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho-2007), agrupó la población por quintiles de riqueza, utilizando el análisis multinivel con el modelo Probit, uso el software estadístico Stata 10. Resultado: determino que el nivel socioeconómico influyó significativamente en el acceso a los servicios de salud; afectó negativamente el acceso el pertenecer a un nivel económico inferior a Q5. Vivir en área urbana tuvo influencia significativa. La edad influyó significativamente, en los menores de 3 años y negativamente en los grupos de 3-17 y de 18-65 años. El ser de sexo masculino afectó negativamente el acceso a los servicios de salud. El menor nivel educativo del jefe del hogar tuvo impacto significativo negativo en los dos grupos. Conclusión: el SIS tiene impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en todos los niveles socioeconómicos, principalmente en los grupos poblacionales más pobres (Q1 y Q2). Si la población estuviese afiliada al SIS en su totalidad, la posibilidad de acceso crecería en un 19.93%. Del total de personas que accedieron a los servicios de salud (29.8%), casi un tercio uso la cobertura del SIS. Las personas que usaron el SIS, pertenecían a Q1 (38.6%) y a Q2 (32.4%). El Minsa fue el principal proveedor de servicios de salud (63.7%).

Instituto Nacional de salud (2009), formuló un *Programa de investigación en hidatidosis endémica*, con el objetivo de realizar una evaluación del impacto económico de la equinocosis quística (EQ) en pacientes intervenidos en tres

regiones endémicas (Puno, Huancavelica, Junín) y una región de referencia (Lima), a través de la recolección de datos extraídos de registros médicos de pacientes intervenidos quirúrgicamente de julio 2006 a diciembre 2009 en el Hospital Regional de Junín “Daniel Alcides Carrión”, Hospital Regional de Huancavelica, Hospital Regional de Puno “Manuel Núñez Butrón”, Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Hospital Nacional “Hipólito Unanue” y Hospital Nacional de Salud del Niño (Lima). Para el cálculo de costos directos, la información se recabo en dos formatos: cubiertos por el SIS y cubiertos por el paciente y para el cálculo de costos indirectos en pacientes hospitalizados se diseñó un cuestionario con información sobre calidad de vida, salario perdido durante el tratamiento, costos debido a discapacidad, temporal y/o permanente. Resultados: cobertura del 70% de los registros: 579 pacientes, determinó que los costos directos, por estancia hospitalaria es de S/. 262.56; acto quirúrgico S/. 743.02; técnicas diagnósticas S/.99.90; exámenes de laboratorio S/.142.66; exámenes de imágenes S/.134.97; tratamiento médico S/.186.52, consultas ambulatorias S/.15.12. El número de hospitalizaciones por paciente es de 1.15; los costos de hospitalización cubierto por el paciente S/. 478.97; y cubierto por el seguro S/.1,105.76; costo global de hospitalización S/.1,584.73. Los costos promedios en pacientes con EQ pulmonar (n=381) S/. 1,748.17; EQ hepática (n=225) S/. 1,227.00; EQ pulmonar y hepática (n=41) S/. 2,250.85; EQ en otros organos (n=17) S/. 1,046.35. Según costos indirectos, el ingreso promedio mensual fue de 331.00, pérdida de jornada laboral de 5 días en promedio y el costo promedio de hospedaje fue de 10 soles/día. El uso de transporte mostró un aporte promedio de S/. 32.00.

Solis (2009), en su trabajo de investigación titulado *Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú*, publicado en Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica Vol. 26, Nº 2, abril/junio 2009; con el objetivo de relacionar la afiliación a un seguro de salud, con el nivel de vida, percepción de la salud individual y uso de

servicios médicos. Material y método. Estudio descriptivo transversal poblacional, ejecutado entre enero y marzo de 2006 en 12 distritos de Lima Metropolitana, utilizando una encuesta de 72 preguntas cerradas y codificadas. Para el análisis de datos usó el paquete estadístico SPSS v.15. Resultados: se entrevistó a 4355 pobladores. El 48% de personas encuestadas no tenía seguro de salud, EsSalud fue el principal asegurador (35,2%), sistema privado (8,3%), SIS (4,2%), seguros de sanidades (2,8%); el 1,6% no precisó su respuesta. Las personas sin seguro o coberturados por el SIS, tuvieron menor nivel educativo y condiciones de vida en relación con las personas que poseían un seguro privado. De acuerdo a las preferencias de atención, la búsqueda de cuidados de salud en la farmacia fue mayor en personas sin seguro de salud (39,1%), seguido de los asegurados al SIS (34,6%). El 62% prefirió atención médica en los establecimientos de salud del Minsa. Los asegurados a EsSalud, el 53,9% acudió a centros de salud públicos. Conclusiones: en los distritos de Lima los sistemas de seguro de salud cubren diferentes segmentos socioeconómicos, los asegurados a sistemas privados muestran mejores condiciones de vida y mejores accesos a los servicios médicos, con mejor conocimiento de su salud. Recomienda la regulación de un sistema de salud accesible a toda la población.

Pérez (2007), en su tesis titulada *Proyecto de control de hidatidosis en el Perú por vigilancia epidemiológica*, para optar el Grado de Doctor en Medicina, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima - Perú; con el objetivo de diseñar un Programa de control de la hidatidosis en el Perú. Metodología: investigación cuantitativa con diseño de tipo transversal, retrospectivo, descriptivo y analítico. Resultados: en la parte humana, determinó que la tasa de hidatidosis en el Perú en el año 2005, sería de 11/100,000 hab., con predominio en regiones como Pasco (79/100,000), Huancavelica (39/100,000), Arequipa (29/100,000), Junín (24/100,000), Puno (24/100,000), Cusco, Ica, Apurímac, Ayacucho y Lima en menos proporción. La hidatidosis humana en los 5 últimos años muestra una prevalencia de 4,898

casos/año. Los costos totales institucionales/año es de \$ 10,268.58; el costo total de tratamiento médico y quirúrgico es de \$ 9'140,629. En relación al número de casos las pérdidas económicas por discapacidad es del 10% (\$ 205,716). La inversión total en el tratamiento de los pacientes con hidatidosis es de \$ 17'632,800. Determina gastos adicionales hecho por la familia para el tratamiento médico y quirúrgico de la hidatidosis un total de \$ 2,522.84. Considera horas no laboradas, que hace un aproximado total de \$ 2'516,674. En el cálculo de años de vida previos perdidos (Avpp) determina que el grupo etáreo más afectado es de 20-40 años, y que el 12% de pacientes afectados dejan de producir \$ 33'504,000. La tasa de mortalidad varía entre 1 al 12%. El Impacto económico total que produce la hidatidosis en el país, estaría alrededor de \$ 178'705,058 dólares USA/año. Concluye que el presupuesto calculado para una intervención para erradicar la enfermedad en áreas de alta endemicidad sería de \$ 3'722,440/año.

Acho y Pezúa (2005), en su tesis titulada *Gastos de bolsillo en salud en el afiliado al SIS según nivel de pobreza en el periodo 2009-2014* para optar el título profesional de médico cirujano. El Gasto de bolsillo (GB) según (OMS), se define como los gastos sanitarios efectuados por el hogar en el momento que necesita de un servicio de salud. Objetivo: determinar el gasto de bolsillo en salud que realiza el afiliado al SIS según nivel de pobreza. Material: estudio transversal descriptivo, de tipo secundario, se usó la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho) del periodo 2009 - 2014, la muestra fue de tipo probabilística, estratificada, multietápica e independiente. Resultados: en el año 2009 el GB (promedio en soles; IC95%) del pobre extremo (17.71; 14.59%-20.84%), pobre no extremo (62.37; 56.83-67.91), No pobre (201.12; 185; 185.37-216.86) y en el 2014 del pobre extremo (21.63; 17.56%-25.71%), pobre no extremo (64.47; 58.63-70.31), no pobre (229.39; 185; 229.39-259.01). Conclusiones: al determinar el GB del afiliado al SIS, dejan ver un sector de salud poco fortalecido, y que bajo esta variable no ha evolucionado en forma positiva durante los últimos años.

### **1.3. Teorías relacionadas al tema**

De acuerdo a Hernández et al. (2014):

Una teoría es un conjunto de proposiciones interrelacionadas capaces de explicar por qué y cómo ocurre un fenómeno. Si se descubre una teoría que explica el problema de investigación que nos interesa, se debe tener cuidado de no investigar algo ya estudiado muy a fondo. Cuando encontramos una teoría sólida que explica el planteamiento de interés, debemos darle un nuevo enfoque a nuestro estudio: a partir de lo que ya está comprobado, plantear otras interrogantes de investigación, obviamente aquellas que no ha podido resolver la teoría; o bien nos ocupamos de profundizar y ampliar elementos de la teoría y visualizar nuevos horizontes. (p. 69)

#### **1.3.1. Aproximaciones teóricas a la cobertura prestacional de salud.**

##### **1.3.1.1. *Supuestos paradigmáticos.***

Según el enfoque cuantitativo, el modelo de la investigación corresponde al paradigma positivista. Vega-Malagón et al. (2014), menciona que el enfoque cuantitativo se inicia en la obra de Auguste Comte (1798-1857) y Emile Durkheim (1858-1917); ambos sostenían que todos los fenómenos se podían medir a través del método científico, “la piedra angular de la ciencia según el positivismo es el dato (observable, positivo)” (p. 524). Según Coello, Banco y Reyes (2012), esta orientación es la más utilizada en el área de las ciencias sociales, en especial, en la esfera educativa (p. 141). Pérez y Otero (2004), menciona que actualmente se propone el paradigma biopsicosocial, “centrado en la salud del individuo, la familia y la comunidad, donde el paciente es atendido en su integridad biológica, psicológica y social” (Coello et al., 2012, p. 144).

### *El cambio en el paradigma sobre la atención de salud.*

Según Minsa (2011), “los paradigmas del proceso de salud-enfermedad se implementan a través de prácticas sociales de atención; constituyen así los modelos de atención a la salud” (p. 11). La anuencia del cambio de paradigma sobre la atención de salud de parte de los profesionales de la salud y de los usuarios de los servicios es un desafío a tener en cuenta para la ejecución del MAIS-BFC (modelo de atención integral de salud basada en familia y comunidad) (p. 77). En Perú, el modelo de atención en salud se basaba en el paradigma biomédico (enfermedad); a partir del año 2000, se plantea un nuevo enfoque, que prioriza el trabajo extramural, el equipo de salud se convierte en promotor del desarrollo comunal, aproxima el cuidado a la población beneficiaria, mejora la capacidad resolutive, la satisfacción del usuario y controla los costos de operación, en cada una de las acciones del sector (p. 79).

#### **1.3.1.2. Teoría general.**

##### *Cobertura universal en salud.*

La OMS “considera la salud como un derecho humano fundamental, sin distinciones de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (Minsa, 2014, p. 23).

En la Conferencia Internacional Atención Primaria de Salud de Alma-Ata llevada a cabo en 1978, 134 países y 67 organizaciones internacionales firmaron la Declaración de Alma-Ata, en la entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), en esta conferencia los países signatarios reconocieron que para lograr el bienestar humano y un desarrollo socioeconómico sostenido, son esenciales la promoción y protección de la salud (Minsa, 2014, p. 23).

Es necesario resaltar que según Minsa (2014):

El promedio de gasto en salud en la región de las Américas fue de 3,8 % del PBI. La evidencia señala que, para alcanzar la CUS, los países deben estar dispuestos a emplear entre 7 % y 8 % del PBI en ella, porque sin recursos financieros es muy difícil alcanzar las metas propuestas. (p. 34)

Los estados miembros de la OMS, en el 2005, aprobaron una resolución con la finalidad de buscar mecanismos de financiación de la salud de las personas que permita alcanzar la cobertura universal en salud (CUS), que garantice el acceso a los servicios de salud y la protección financiera de las familias (Minsa, 2014, p. 25).

### **1.3.1.3. Teoría sustantiva.**

*Derecho fundamental a la salud.*

Según la Organización de las Naciones Unidas (1948):

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (Minsa, 2014, p. 30)

La Constitución Política del Perú (1993) en su artículo séptimo establece que los peruanos “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”.



### *Aseguramiento Universal en Salud (AUS).*

Según Minsa (2009):

El Aseguramiento Universal es el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna que tiene toda la población residente en el territorio nacional desde su nacimiento hasta su muerte. Este derecho no estaba consagrado en el país y hacerlo significa marcar un hito histórico dando al AUS el carácter de profunda reforma social hacia una sociedad más justa y equitativa. La Ley 29344..., constituye uno de los acontecimientos más importantes para la salud pública de las últimas décadas. (párr. 1)

El Banco Mundial (BM) está trabajando en la configuración de dos grandes metas para el 2030 que sirvan para controlar el desarrollo de la CUS de forma global. La primera que al menos 80 % del 40 % de los más pobres de la población mundial tendrán asegurado su acceso a servicios esenciales de salud. La segunda que toda la población mundial contará con protección financiera para atender sus problemas de salud, es decir, nadie caerá en la pobreza o se mantendrá en ella a causa de gastos en servicios de salud. Un objetivo adicional que ha propuesto esta institución es acabar con la pobreza extrema en el 2030 (Minsa, 2014, p. 43).

Para ello, el BM propone el control de la CUS en tres dimensiones. La primera es el espectro completo de servicios de salud con calidad teniendo en cuenta las necesidades de la población (incluyen prevención, curación, rehabilitación y servicios paliativos). La segunda es la protección financiera frente al pago directo de los servicios en el punto de atención (el pago directo de bolsillo es la situación menos deseable, porque se cuenta con abrumadora evidencia que lo define como el mecanismo más ineficiente e inequitativo). La tercera es la cobertura de servicios de salud a toda la población y no solo a algunos grupos (Minsa, 2014, p. 44)

### **1.3.2. Aproximaciones teóricas al gasto de bolsillo en salud.**

#### **1.3.2.1. Supuestos paradigmáticos.**

*Índice de Pobreza Multidimensional (IPM).*

Según Vásquez (2012):

La pobreza multidimensional surge como respuesta a la limitación del enfoque de la pobreza monetaria. Mientras que esta última sólo evalúa el nivel de gasto de las familias en determinado período de tiempo y lo compara con una línea de pobreza, la pobreza multidimensional está basada en un índice (Índice de Pobreza Multidimensional) generado a partir de 9 componentes que se relacionan con la salud, la educación y las condiciones de vida de la población. (p. 12)

Vásquez, señala que para el Perú a la luz de la metodología del IPM son los siguientes: al 2011, nuestro país tiene 11'930,000 de personas que son pobres multidimensionales, porcentaje equivale al 39.9% de la población total. Estas personas son consideradas pobres desde el punto de vista multidimensional, ya que viven con algunas de las siguientes privaciones en las dimensiones de la salud (sin acceso a centros de salud cuando lo necesitan, con déficit calórico), la educación (nivel de escolaridad del jefe de familia debajo o igual a primaria completa, algún miembro de la familia en edad escolar no está matriculado a pesar de no haber terminado la secundaria) y en las condiciones de vida (sin acceso a electricidad, sin desagüe con conexión a red pública, sin acceso razonable a agua potable, el piso de la vivienda está sucio o tiene estiércol o el combustible para cocinar es de leña o carbón) (p. 16).

### *Pobreza Monetaria (PM).*

Según el INEI (2017a):

La línea de pobreza es el valor monetario con el cual se contrasta el gasto per cápita mensual de un hogar para determinar si está en condiciones de pobreza o no. Este valor está conformado por dos componentes: el componente alimentario, que es llamado también línea de pobreza extrema y el componente no alimentario. (p. 33)

Esta canasta la conforman 103 productos alimenticios consumidos dentro del hogar y 7 alimentos consumidos fuera del hogar. La cantidad en gramos de cada producto se estableció en base a los patrones de consumo de una población de referencia; es decir, el conjunto de hogares cuyo gasto per cápita se encuentra cerca de la línea de pobreza; sobre la base de la Encuesta Nacional de Hogares del año 2010 (INEI, 2017a, p. 33).

La medición monetaria se basa en el gasto como indicador de bienestar, determinado por: pagos en especies, compras, autoconsumo, autosuministro, transferencias de otros hogares y donaciones públicas. Considera pobres monetarios a las personas que habitan en hogares cuyo gasto per cápita es escaso para cubrir una canasta básica de alimentos y no alimentos (vivienda, salud, educación, vestido, transporte, etc.). Considera pobres extremos a las personas que constituyen hogares cuyos gastos per cápita están por debajo del costo de la canasta básica de alimentos.

Para medir la pobreza monetaria evalúan tres índices (desarrollados por Foster, Greer y Thorbecke, 1984): i) Incidencia de la pobreza (P0), determina la proporción de población cuyo gasto se halla por debajo del valor de la línea de

pobreza o del valor de la línea de extrema pobreza, según sea el caso, es decir representa el porcentaje de pobres o de pobres extremos del total de la población. Esta medida no considera la dimensión de la brecha que separa el gasto de los pobres de la línea de pobreza, ni el modo como está distribuido el gasto entre los pobres; ii) Índice de brecha de la pobreza (P1), determina el promedio de la carencia del consumo de los pobres en relación a la línea de pobreza. Esta medida no considera la dimensión de la población pobre en relación a la población total; y iii) Severidad de la pobreza (P2), mide las diferencias entre los pobres (INEI, 2017b, p. 59).

Según el INEI (2017a):

Para el año 2016, el 20,7% de la población del país, que equivale en cifras absolutas a 6 millones 518 mil personas, se encontraban en situación de pobreza, es decir, tenían un nivel de gasto inferior al costo de la canasta básica de consumo compuesto por alimentos y no alimentos. Al comparar estos resultados con el nivel obtenido en el año 2015, se observa que la incidencia de la pobreza disminuyó en 1,1%, es decir, 264 mil personas dejaron de ser pobres en el año 2016. (p. 41)

### **1.3.1.2. Teoría general.**

#### *Modelo privado atomizado.*

En el modelo privado atomizado, el financiamiento se realiza mediante gastos del bolsillo de los consumidores, o a través de seguros privados, las cuales reembolsan a los prestadores de servicios sin que coexista una integración vertical entre las dos empresas. En Sudamérica no existe este modelo en forma íntegra, sin embargo existen dos variantes: i) Modalidad de mercado libre, se aplica en países que tienen niveles muy bajos de aseguramiento o prepago, y en donde el gasto privado es muy alto y la prestación de servicios es profundamente desregulado. Paraguay es un ejemplo, en donde el gasto en salud es privado (87.5%) (Govindaraj, Murray y Chellaraj, 1994, citado por Londoño y Frenk, 1997, p. 13). Sin embargo a pesar de existe libertad de elección, las diferencias en el acceso financiero crean un mercado privado segmentado, excluyente a la mayoría de la población, acrecienta las fallas de mercado, y crean ineficiencias en el sistema de salud. ii) Modalidad “corporatista” (Schmitter, 1979, citado por Londoño y Frenk, 1997, p. 13), se caracteriza por la segregación de diferentes grupos ocupacionales en fondos de enfermedad exclusivos, no competitivos. El arreglo más común de algunos fondos implica una separación entre el financiamiento y la prestación, es decir el fondo de enfermedad cubre la atención que se recibe en instituciones públicas o privadas. En América Latina, el caso más demostrativo lo constituye el sistema de “obras sociales” en Argentina. Estos fondos no han alcanzado unirse en un instituto único de seguridad social. Igualmente, a pesar del número, no existe competencia entre ellos, pues la afiliación es obligatoria casi siempre a criterios ocupacionales (Londoño y Frenk, 1997, p. 13).

### *Modelo de contrato público.*

Según Londoño y Frenk (1997):

En algunos casos, el financiamiento público se ha combinado con una creciente participación privada en la prestación de servicios que se consigue mediante la contratación de servicios. Cuando el financiamiento público tiene una cobertura universal, entonces se habla de una integración horizontal de la población. En contraste con los modelos polares, la población tiene mayores opciones, y los proveedores encuentran más oportunidades para la autonomía y la competencia. A menudo existe un presupuesto público global, igual que en el modelo público unificado; pero a diferencia de éste, dicho presupuesto no se asigna por adelantado a prestadores públicos, independientemente de su desempeño, sino que se dirige a un conjunto plural de prestadores en función de ciertos criterios de productividad y calidad. A pesar de las ventajas, un serio problema es la falta de una función de articulación explícita, que a menudo queda sometida a la función de financiamiento. Esta deficiencia conduce a la fragmentación de la prestación, y complica el control de la calidad y los costos.

Este modelo se asemeja a la experiencia canadiense, pero no ha logrado desarrollar su acción moduladora, que en Canadá se ve fortalecida por la auto-regulación profesional. En el caso de América Latina, Brasil ha sido ejemplo de este modelo en la última década. (pp. 13-14)

### *Modelo segmentado.*

En los sistemas de salud de América Latina existe una distinción entre los pobres y la población con capacidad de pago. Esta última incluye a dos grupos. El primero agrupa a todos aquellos que trabajan en el sector formal de la economía y que resultan cubiertos por instituciones de seguridad social. El segundo grupo formado por las clases medias y altas, en su mayoría urbanas, que no están cubiertas por la seguridad social (El grupo con capacidad de pago, pagan a la seguridad social, pero no utilizan sus servicios; ven sus pagos como un impuesto más, y no como un aseguramiento). Este grupo acude al sector privado. Finalmente, se encuentran los pobres, rurales o urbanos, excluidos de la seguridad social porque no tienen trabajo formal. En América Latina una tercera parte de la población, se encuentra afiliada a un régimen de seguridad social, otra tercera parte recibe atención en el sector público y la tercera parte restante acude al sector privado (OPS, 2014, citado por Londoño y Frenk, 1997 p. 14). Tercero, la segmentación implica la coexistencia de los dos modelos polares, que combinan sus desventajas (Londoño y Frenk, 1997, p. 15).

### **1.3.1.3. Teorías sustantivas.**

*Empobrecimiento por gasto de bolsillo en salud (GBS).*

Según Peticara (2008), “los GBS son aquellas erogaciones en ítems de salud (hospitalización, procedimientos ambulatorios, medicamentos) netas de cualquier reembolso efectuado por el sistema de salud o seguro al que se esté afiliado” (p. 19).

El gasto de bolsillo de un hogar, se considera catastrófico cuando excede la capacidad de pago (Abul-Naga y Lamiraud, 2008, p. 1; Peticara, 2008, p. 19).

Abul-Naga y Lamiraud (2008), desarrollo tres preguntas en relación a esta metodología a saber:

¿Puede un presupuesto compartido ser informativo sobre la dirección de un cambio en el bienestar?, ¿Existe una asociación positiva entre el déficit de pobreza de un hogar y su gasto de bolsillo de salud?, ¿Siempre un aumento en la cobertura de la población de un plan de seguro de salud deriva en un descenso de la prevalencia de gastos catastróficos? (p. 2).

La respuesta a estas interrogantes serian sencillas si aceptamos que existe una variación decreciente de la curva de Engel es decir que “los gastos catastróficos aumentan con la pobreza” y “en la medida en que el desarrollo económico reduzca la pobreza, también reduciría la incidencia del gasto catastrófico” (Abul-Naga y Lamiraud, 2008, p. 7).

“Una gran fracción de las personas que experimentan pagos de salud catastróficos se asocia con una cobertura insuficiente en relación con los contratos de seguro de salud” (Abul-Naga y Lamiraud, 2008, p. 4).



## **1.4. Formulación del problema**

### **1.4.1. Problema general.**

¿Cuál es la cobertura prestacional del SIS subsidiado y el gasto de bolsillo en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014?

### **1.4.2. Problemas específicos.**

#### **Problema específico 1**

¿Cuál es el gasto de bolsillo por copagos en el tratamiento de la hidatidosis, en pacientes del INSN, 2014?

#### **Problema específico 2**

¿Cuál es el gasto de bolsillo por pago directo (PD-pagante) en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014?

#### **Problema específico 3**

¿Cuál es el gasto de bolsillo por el servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014?

#### **Problema específico 4**

¿Cuál es la cobertura por exoneraciones de pago en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014?

## **1.5. Justificación del estudio**

### **1.5.1. Justificación teórica.**

La investigación realizada contribuye al conocimiento de la cobertura prestacional del régimen de financiamiento subsidiado del SIS en el ámbito del AUS y el gasto de salud financiado por los hogares o “gasto de bolsillo en salud” para el tratamiento de la hidatidosis. Los resultados de la investigación permiten conocer el consumo o gasto que demanda al estado y a los hogares el tratamiento de la hidatidosis. Se pretende con los resultados encontrados en la investigación, se logre minimizar el impacto económico que ocasiona la hidatidosis en las familias, a través de estrategias de prevención, diagnóstico temprano y flexibilización de la cobertura prestacional hacia población en riesgo de caer en umbrales de pobreza o exclusión.

### **1.5.2. Justificación práctica.**

Determinar la cobertura prestacional del régimen de financiamiento subsidiado del SIS en el ámbito del AUS y el gasto de salud financiado por los hogares o “gasto de bolsillo en salud” para el tratamiento de la hidatidosis, nos permite conocer el drama de las familias pobres y pobres extremos que sufren esta enfermedad y que no tienen acceso a la seguridad social o los recursos para el pago a una entidad aseguradora privada y/o estatal, y que necesitan una cobertura prestacional pública que evite el gasto de bolsillo, que puede generar gastos catastróficos, propios de un sistema no equitativo y fragmentado.

El conocimiento generado a la vez permitirá proponer estrategias que exijan a las autoridades de gobierno a implementar normas de salud para la vigilancia, prevención y control de la hidatidosis a nivel nacional.

### **1.5.3. Justificación metodológica.**

La investigación es de utilidad metodológica ayuda a “crear un nuevo instrumentos para recolectar o analizar datos” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 40), denominado ficha de recolección de datos: i) “cobertura prestacional del SIS para el tratamiento de la hidatidosis”, y ii) “gasto de bolsillo en salud (GBS) para el tratamiento de la hidatidosis”. Demostrada su validez de las fichas podrían ser usadas por investigadores que buscan determinar y analizar la cobertura prestacional del SIS y “gasto de bolsillo” para el tratamiento de la hidatidosis en otras regiones del Perú.

### **1.5.4. Justificación legal.**

#### **1.5.4.1. Constitución Política del Perú.**

- Artículo 7°.- Señala que todos los peruanos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.
- Artículo 10.- Determina que el Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

#### **1.5.4.2. Leyes.**

- Ley N° 29761 - Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicolaborativo del Aseguramiento Universal en Salud. 22/07/2011
- Ley N° 29344 - Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. 09/04/2009
- Ley N° 27657 - Ley de Ministerio de Salud que crea al Seguro Integral de Salud. 29/01/2002

#### **1.5.4.3. Decreto Supremo (D.S.).**

- D.S. N° 002-2016-SA. Modifican el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud. 08/01/2016
- D.S. N° 039-2016-SA. Declaran en reorganización el SIS, por el plazo de ciento veinte (120) días calendario, contado a partir de la publicación del presente D.S. 08/10/2016.
- D.S. N° 007-2012-SA. Sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y Planes Complementarios del SIS. 21/08/2012.
- D.S. N° 011-2011-SA. Aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud. 20/07/2011.
- D.S. N° 008-2010-SA. Aprueban Reglamento de la Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. 03/04/2010.
- D.S. N° 016-2009-SA. Aprueba El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS.
- D.S. N° 004-200-SA. Establece el listado de intervenciones sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciben financiamiento del SIS-LPIS.

#### **1.5.4.4. Resolución Ministerial (R.M.).**

- R.M. N° 325-2012/MINSA. Aprobar Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención, el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial. 24/04/12.
- R.M. N° 226-2011/MINSA. Sustituyen Anexos "Tarifario del SIS para los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado" y "Definiciones Operacionales", aprobados por la R.M. N° 240-2009/MINSA. 23/03/2011.

- R.M. N° 547-2010/MINSA. Declarar iniciado el proceso de AUS a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en Lima Metropolitano y Provincia Constitucional del Callao. 14/07/2010.
- R.M. N° 240-2009/MINSA. Aprueban tarifario del SIS para los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado y Definiciones Operacionales. 16/04/2009.
- R.M. N° 316-2007/MINSA. Aprueba NTS N° 056-MINSA-DGSP.V.01 Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias en el Marco del Plan de AUS en los Establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional. 16/04/2007.
- R.M. N° 588- 2006/MINSA. Aprueban Directiva N° 092-MINSA/DGSO-V.01 “Directiva para el Funcionamiento del Servicio de Salud Bajo Tarifario Diferenciado en Hospitales e Institutos Especializados de la Red Asistencial del Ministerio de Salud”, modificada por R.M. N° 151-2007/MINSA. 22/06/2006.
- R.M. N° 725-2005/MINSA. Amplían vigencia y aprueban Tarifas del Seguro Integral de Salud (SIS). 23/09/2005.

#### **1.5.4.5. Resolución Directoral (R.D.).**

- R.D. N° 298-2106-INSN-DG-OP. Aprueban el reglamento de funcionamiento del servicio de salud bajo tarifario diferenciado del instituto nacional de salud del niño. 06/07/2016.
- R.D. N° 174-2107-INSN-DG/INSN. Declaran el cierre del servicio de salud bajo tarifario diferenciado a partir del 30 de mayo del 2017. 30/05/2017.

#### **1.5.4.6. Equinocosis quística.**

- RS N° 271-2013-PCM. Declaran de interés nacional la Vigilancia, prevención y control de la equinocosis quística/hidatidosis. 25/08/2013

## **1.6. Hipótesis**

### **1.6.4. Hipótesis General.**

La cobertura prestacional del SIS subsidiado garantiza el tratamiento de la hidatidosis y protege a las familias del gasto de bolsillo en pacientes del INSN, 2014.

### **1.6.5. Hipótesis específica**

#### **Hipótesis específica 1**

La cobertura prestacional del SIS subsidiado protege a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado a gasto de bolsillo por copagos, en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014.

#### **Hipótesis específica 2**

El gasto de bolsillo por pago directo (PD-pagante) se da en pacientes no afiliados al SIS y que pertenecen a la categoría socioeconómica de no pobres, en el tratamiento de la hidatidosis del INSN, 2014.

#### **Hipótesis específica 3**

El gasto de bolsillo por servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) se da en pacientes no afiliados al SIS y que pertenecen a la categoría socioeconómica de no pobres, en el tratamiento de la hidatidosis del INSN, 2014.

**Hipótesis específica 4**

La cobertura por exoneración de pago se da en familias de pacientes que financian el tratamiento de la hidatidosis por pago directo (PD-pagante) y por el servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) del INSN, 2014.

## **1.7. Objetivos**

### **1.7.4. Objetivo general.**

Estimar la cobertura prestacional del SIS subsidiado y el gasto de bolsillo en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014.

### **1.7.5. Objetivos específicos.**

#### **Objetivos específicos 1**

Estimar el gasto de bolsillo por copagos en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014.

#### **Objetivos específicos 2**

Estimar el gasto de bolsillo por pago directo (PD-pagante) en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014.

#### **Objetivos específicos 3**

Estimar el gasto de bolsillo por el servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014.

#### **Objetivos específicos 4**

Estimar la cobertura en salud por exoneraciones de pago en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, año 2014.



## **II. Método**

## 2.1. Diseño de investigación

### **Enfoque.**

El estudio utiliza el enfoque cuantitativo

Según Hernández et al. (2014), el enfoque cuantitativo “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p. 4).

### **Tipo de estudio.**

El estudio se precisa como una investigación de tipo básica.

De acuerdo con Tam, Vera y Oliveros (2008), la investigación básica, “tiene como objetivo mejorar el conocimiento *per se*, más que generar resultados o tecnologías que beneficien a la sociedad en el futuro inmediato”, siendo fundamental “para el beneficio socioeconómico a largo plazo” (p. 146).

### **Método.**

El estudio se fundamenta en el método hipotético deductivo.

El método hipotético-deductivo es el camino que sigue el investigador para hacer de su trabajo una práctica científica, a través de la observación del fenómeno a estudiar, formulación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, presunción de resultados o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y comprobación de la verdad deducida comparándolos con la experiencia (Dulcey, 2015, Mapas mentales 1).

## **Diseño de investigación.**

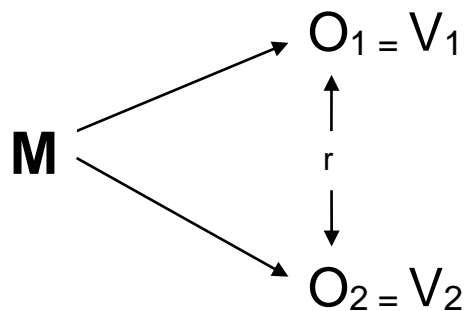
El estudio hace uso del diseño no experimental, transeccional, descriptivo.

“La investigación no experimental, podría definirse como el estudio que se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos” (The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009, Hernández et al., 2014, p. 152).

“Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (Liu, 2008 y Tucker, 2004, citado por Hernández et al., 2014, p. 154). “Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede” (Hernández et al., 2014, p. 154).

Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Hernández et al., 2014, p. 92).

Esquema:



Donde:

M: Pacientes con diagnóstico de hidatidosis.

O<sub>1</sub>= (V<sub>1</sub>) “cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS subsidiado para el tratamiento de la hidatidosis”.

O<sub>2</sub>= (V<sub>2</sub>) “gasto de bolsillo en salud para el tratamiento de la hidatidosis”.

r= notación estadística de asociación entre variables.

## **2.2. Variables, operacionalización**

### **2.2.1. Variable cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS para el tratamiento de la hidatidosis.**

#### ***Definición conceptual.***

“Protección contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un convenio de aseguramiento” (Minsa, 2011, p. 17).

#### ***Definición operacional.***

Para la evaluación se utilizó la ficha de recolección de datos: Cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS.

### **2.2.2. Variable gasto de bolsillo en salud (GBS) para el tratamiento de la hidatidosis.**

#### ***Definición conceptual.***

Comprende los gastos directos de los hogares en salud, tales como atenciones ambulatorias, medicinas y hospitalizaciones; el “gasto de bolsillo en salud surgen debido a que los miembros del hogar no están afiliados a algún sistema de salud, o sólo lo están en forma parcial” (Lavilla, 2012, p. 10).

#### ***Definición operacional.***

Para la evaluación se utilizó la ficha de recolección de datos: Gasto de bolsillo en salud (GBS) para el tratamiento de la hidatidosis.

### 2.2.3. Operacionalización de variables.

#### ***Operacionalización de variable cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS para el tratamiento de la hidatidosis.***

**Tabla 1**

*Operacionalización de variable cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS para el tratamiento de la hidatidosis*

Variable 1	Dimensión	Indicadores	Ítem	Escala de medición
Cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS	Subsidiado	Hidatidosis hepática	1-15	Nominal
		Hidatidosis pulmonar unilateral		
		Hidatidosis pulmonar bilateral		
		Hidatidosis hepática-pulmonar unilateral		
		Hidatidosis hepática-pulmonar bilateral		
		Hidatidosis diseminada		
		Hidatidosis otras		

*Nota:* Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

**Operacionalización de variable gasto de bolsillo en salud (GBS) para el tratamiento de la hidatidosis.**

**Tabla 2**

*Operacionalización de variable gasto de bolsillo en salud (GBS) para el tratamiento de la hidatidosis*

Variable 2	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Escala de Medición
Gasto de bolsillo en salud (GBS)	Copagos	Hidatidosis hepática	16-30	Nominal
		Hidatidosis pulmonar unilateral		
		Hidatidosis pulmonar bilateral		
		Hidatidosis hepática-pulmonar unilateral		
		Hidatidosis hepática-pulmonar bilateral		
		Hidatidosis diseminada		
		Hidatidosis otras		
	Pago directo (PD-pagante)	Hidatidosis hepática	31-45	Nominal
		Hidatidosis pulmonar unilateral		
		Hidatidosis pulmonar bilateral		
		Hidatidosis hepática-pulmonar unilateral		
		Hidatidosis hepática-pulmonar bilateral		
		Hidatidosis diseminada		
		Hidatidosis otras		
	Servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-Clínica)	Hidatidosis hepática	46-60	Nominal
		Hidatidosis pulmonar unilateral		
		Hidatidosis pulmonar bilateral		
		Hidatidosis hepática-pulmonar unilateral		
		Hidatidosis hepática-pulmonar bilateral		
		Hidatidosis diseminada		
		Hidatidosis otras		
Cobertura de pago por Exoneraciones	Hidatidosis hepática	61-75	Nominal	
	Hidatidosis pulmonar unilateral			
	Hidatidosis pulmonar bilateral			
	Hidatidosis hepática-pulmonar unilateral			
	Hidatidosis hepática-pulmonar bilateral			
	Hidatidosis diseminada			
	Hidatidosis otras			

Nota: Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

## 2.3. Población y muestra

### 2.3.1. Población.

La población de estudio, estuvo conformada por 37 historias clínicas de casos de pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), durante el año 2014 (Tabla 3).

**Tabla 3**

*Casos de pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, 2014*

Diagnóstico	Hospitalizados	%
Hidatidosis hepática	10	27,0%
Hidatidosis pulmonar unilateral	08	21,6%
Hidatidosis pulmonar bilateral	02	5,4%
Hidatidosis hepática-pulmonar unilateral	11	29,7%
Hidatidosis hepática-pulmonar bilateral	02	5,4%
Hidatidosis diseminada	03	8,1%
Hidatidosis otras	01	2,7%
Total	37	100,0%

*Nota:* Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

Según Lepkowski (2008b), citado por Hernández et al. (2014), “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de determinadas especificaciones” (p. 174). A su vez Hernández et al. (2014), señala que “un estudio no será mejor por tener una población más grande; la calidad de un trabajo investigativo estriba en delimitar claramente la población con base en el planteamiento del problema” (p. 174).



### 2.3.2. Muestra

Las unidades de análisis fueron las historias clínicas de pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis del INSN, durante el año 2014, y el método de muestreo es censal.

$$N \text{ (Tamaño de la población)} = n \text{ (Tamaño de la muestra)} = 37$$

La unidad de análisis indica quiénes van a ser medidos, es decir, los participantes o casos a quienes en última instancia vamos a aplicar el instrumento de medición (Hernández et al., 2014, p. 183).

Se llama censal, porque “en las poblaciones pequeñas o finitas no se selecciona muestra alguna para no afectar la validez de los resultados” (Hurtado, 1998 citado por Tesis de Investigadores, 2013, párrafo 2).

Por su parte Hernández citado en Castro (2003), expresa que "si la población es menor a cincuenta (50) individuos, la población es igual a la muestra" (p. 69). Lo señalado por este autor permite inferir, que si se toma el total de la población entonces no se aplicará ningún criterio muestral (Díaz, 2013, p. 26).

Toledo (2014) señaló que:

Si se tiene una población de 100 individuos habrá que tomar por lo menos el 30% para no tener menos de 30 casos, en los casos que es de 50 o menos es preferible tomar el total de la población. (p. 4)

### **2.3.2.1. Criterios de inclusión.**

Según los requisitos del trabajo de investigación, se consideran criterios de inclusión los registros de pacientes hospitalizados en el INSN, menores de 18 años, de ambos sexos, en condición de paciente nuevo o continuador por el régimen de financiamiento subsidiado del SIS; gasto de bolsillo en salud por servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-Clínica) y pago directo (PD-pagante), con diagnóstico de hidatidosis confirmada a través de pruebas serológicas, imágenes y/o histopatología.

### **2.3.2.2. Criterios de exclusión.**

Según los requisitos del trabajo de investigación, se consideran criterios de exclusión los registros de pacientes atendidos en forma ambulatoria no hospitalizados en el INSN, menores de 18 años, de ambos sexos, en condición de paciente nuevo o continuador, por el régimen de financiamiento subsidiado del SIS; gasto de bolsillo en salud por servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-Clínica) y pago directo (PD-pagante), con diagnóstico de hidatidosis no confirmada.

## 2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y fiabilidad

### 2.4.1. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

#### 2.4.1.1. Técnica.

*Técnica de recolección de datos.*

Tamayo (2004), definió la recolección de datos como “la expresión operativa del diseño de investigación” y que específica concretamente “como se hará la investigación” (p. 182).

*Fuentes de obtención de datos.*

Los datos fueron obtenidos de: (Ver Tabla 4).

**Tabla 4**

*Fuentes de obtención de datos*

Servicio	Datos
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada	Autorización para llevar a cabo la investigación
Oficina de Epidemiología	Autorización para llevar a cabo la investigación
Oficina de Estadística e Informática:	Historias clínicas de casos de hidatidosis
Estrategia Sanitaria de Zoonosis	Lugar de investigación. Datos de pacientes con hidatidosis
Oficina de Economía	Costos emergencia, costos consultorios externos, costos egresos hospitalarios: pagantes, servicio gratuito, SBTD
Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Diagnóstico por Imágenes	Costos ecografías, examen radiológico, TAC, TEM, otros.
Unidad de Manejo de Seguros Públicos y Privados:	Archivos - datos SIS
Servicio de Farmacia	Costos insumos - Costos medicinas
Servicio de Microbiología	Costos procedimientos
Servicio de Bioquímica	Costos laboratorio
Servicio de Anatomía Patológica	Resultados de muestras de quistes hidatídicos

#### **2.4.1.2. Instrumento.**

Un instrumento de recolección de datos en opinión de Arias (2012) es “cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información” (p. 68); por su parte Sabino (1992) define que un instrumento de recolección de datos es, “cualquier recurso del cual pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información” (p. 108). Las opiniones coinciden con Palella y Martins (2012), que señala que técnicas de recolección de datos “son las distintas formas o maneras de obtener la información” (p. 115).

Según Bernal (2010) opina que “en la actualidad, en investigación científica hay gran variedad de técnicas o instrumentos para la recolección de información en el trabajo de campo de una determinada investigación” (p. 192); coincide con la opinión de Carrasco (2005) “sin duda son numerosas las técnicas e instrumentos para la recolección de datos” (p. 245); y la opinión de Hernández (2004) “cada día es más común ver estudios en los que se utilizan diferentes métodos de recolección de datos” (p. 254).

Debemos tener en cuenta que la recolección de información en una investigación, es muy importante, pues de este proceso depende la confiabilidad y validez del estudio; a esta etapa también se le conoce como trabajo de campo (Bernal, 2010, p. 191)

Para el trabajo de investigación, se diseñaron dos instrumentos de medición elaborados exprofesamente para determinar la cobertura prestacional del SIS subsidiado y el gasto de bolsillo en salud para el tratamiento de la hidatidosis por paciente, de acuerdo con los objetivos de la investigación.

*Ficha de recolección de datos cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS subsidiado para el tratamiento de la hidatidosis.*

Se utiliza para determinar la cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS subsidiado en el ámbito del AUS generado para el tratamiento de la hidatidosis en pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía general y cirugía torácica del INSN (Institución Prestadora de Salud Pública - IPRESS).

*Ficha de recolección de datos gasto de bolsillo en salud (GBS) para el tratamiento de la hidatidosis.*

Se utiliza para determinar el gasto de los hogares en salud (GHS) conocido también como gasto de bolsillo en salud (GBS), generado para el tratamiento de la hidatidosis en pacientes hospitalizados por servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) y pago directo (PD-pagante) del INSN (Institución Prestadora de Salud Pública - IPRESS).

*Ficha técnica del instrumento 1.*

Nombre:	Ficha de recolección de datos: Cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS subsidiado para el tratamiento de la hidatidosis
Autor:	Henry W. Hernandez Isla
Año:	2014
Monitoreo	A demanda
Aplicación:	Para casos de pacientes con diagnóstico de hidatidosis que cuentan con SIS
Administración:	Individual. Una ficha por caso
Objetivo	Determinar la cobertura prestacional SIS subsidiado para el tratamiento de la hidatidosis en pacientes hospitalizados
Significación:	Valora el gasto del estado a través del SIS subsidiado, para el tratamiento de la hidatidosis, en población con pobreza y pobreza extrema.
Material:	Fichas de recolección de datos
Procedencia:	Lima, Perú

*Ficha técnica del instrumento 2.*

Nombre:	Ficha de recolección de datos: Gasto de bolsillo en salud (GBS) para el tratamiento de la hidatidosis
Autor:	Henry W. Hernandez Isla
Año:	2014
Monitoreo	A demanda
Aplicación:	Para casos de pacientes con diagnóstico de hidatidosis que cuentan con recursos económicos que alcanza para cubrir la Canasta Básica Familiar
Administración:	Individual. Una ficha por caso
Objetivo	Determinar el “gasto de bolsillo en salud” generado para el tratamiento de la hidatidosis en pacientes hospitalizados
Significación:	Valora el gasto de los hogares para el tratamiento de la hidatidosis, en población no pobre o con diagnóstico social de pobreza y pobreza extrema, carentes de seguro o que aun teniéndolo se ven obligados o deciden realizar gastos de bolsillos por insumos o medicamentos, exámenes auxiliares o laboratorio, y otros.
Material:	Fichas de recolección de datos
Procedencia:	Lima, Perú

## 2.4.2. Validez y fiabilidad de los instrumentos

### 2.4.2.1. Validez de los instrumentos.

#### *Fundamento*

Validez de expertos o *face validity*, se refiere grado en que un instrumento efectivamente mide la variable de interés, de acuerdo con expertos en el tema; se considera como parte de la validez de contenido (Hernandez et al., 2014, p. 204).

#### *Validez de contenido.*

Según Hernandez et al. (2014), “la validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide” (p. 201).

Los instrumentos fueron sometidos a juicios de cinco expertos, profesionales de la salud y profesionales administrativos del Instituto Nacional de Salud del Niño.

**Tabla 5**  
*Juicios de expertos*

Juez validador	Especialidad	Opinión de aplicabilidad	
Pereyra López Sonia Adelaida	Mg. Gestión Sanitaria	V <sub>1</sub>	Pertinencia, Relevancia y claridad. Aplicable.
		V <sub>2</sub>	Pertinencia, Relevancia y claridad. Aplicable.
Amoretti Alvino Pedro Miguel	Mg. Gerencia en Salud	V <sub>1</sub>	Pertinencia, Relevancia y claridad. Aplicable.
		V <sub>2</sub>	Pertinencia, Relevancia y claridad. Aplicable.
Ramírez Rodríguez Ernesto	Mg. Gestión en Salud	V <sub>1</sub>	Pertinencia, Relevancia y claridad. Aplicable.
		V <sub>2</sub>	Pertinencia, Relevancia y claridad. Aplicable.
Méndez Perea Antonio	Mg. Gestión Pública	V <sub>1</sub>	Pertinencia, Relevancia y claridad. Aplicable.
		V <sub>2</sub>	Pertinencia, Relevancia y claridad. Aplicable.
Marocho Chahuayo Luis Jesús	Médico internista - Especialidad Infectólogo.	V <sub>1</sub>	Pertinencia, Relevancia y claridad. Aplicable.
		V <sub>2</sub>	Pertinencia, Relevancia y claridad. Aplicable.

Con respecto a la proporción de concordancia al evaluar la validez de contenido, según la Tabla 5, los cinco jueces determinan en forma favorable que los ítems de los instrumentos evaluados: miden adecuadamente las dimensiones de las variables (Hernandez et al., 2014, p. 202 y Escurra, 1988, p. 108)

### *Fiabilidad*

Según Hernandez et al. (2014), el “coeficiente alfa Cronbach”, es el procedimiento frecuentemente utilizado para determinar la confiabilidad (p. 208); sin embargo Welch & Comer (1988) refiere que “la medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados” (citado por Frias-Navarro, 1977, p. 1).

No se determina la fiabilidad de los instrumentos por ser fichas de recolección de datos, diferentes a un cuestionario (Hernandez et al., 2014, p. 217).



## **2.5. Métodos de análisis de datos**

Los datos obtenidos en las fichas de recolección de datos: cobertura prestacional del SIS y gasto de bolsillo en salud (GBS) para el tratamiento de la hidatidosis, serán agregados a una hoja de cálculo Microsoft Excel 2013 elaborada con las variables correspondientes, con el propósito de efectuar ajustes y codificar los datos de acuerdo a los objetivos de la investigación.

Seguidamente para el análisis estadístico los datos codificados, se transfieren en una matriz de un programa computarizado de análisis estadístico a través del Software IBM SPSS® Statistics 24.0.

Por último se procedió a realizar el análisis estadístico de las variables de investigación, haciendo uso de tablas de distribución de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencias central (media, mediana y moda), medidas de variabilidad (desviación estándar). Los resultados obtenidos se presentan en histogramas, cuadros y gráficas, con el propósito de valorar la cobertura financiera del SIS subsidiado y el gasto de los hogares para el tratamiento de la hidatidosis en el INSN.

## **2.6. Aspectos éticos**

Todos los procedimientos del estudio tratan de resguardar la integridad y los derechos elementales de los pacientes sujetos a investigación, de acuerdo con la ética en investigación biomédica. Garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos y no aplica daños potenciales por la participación en el estudio.

### **III. Resultados**

A continuación se presentan, los resultados obtenidos en la presente investigación:

### 3.1. Análisis estadístico descriptivo

#### 3.1.1. Cobertura prestacional del sistema integral de salud (SIS).

**Tabla 6**

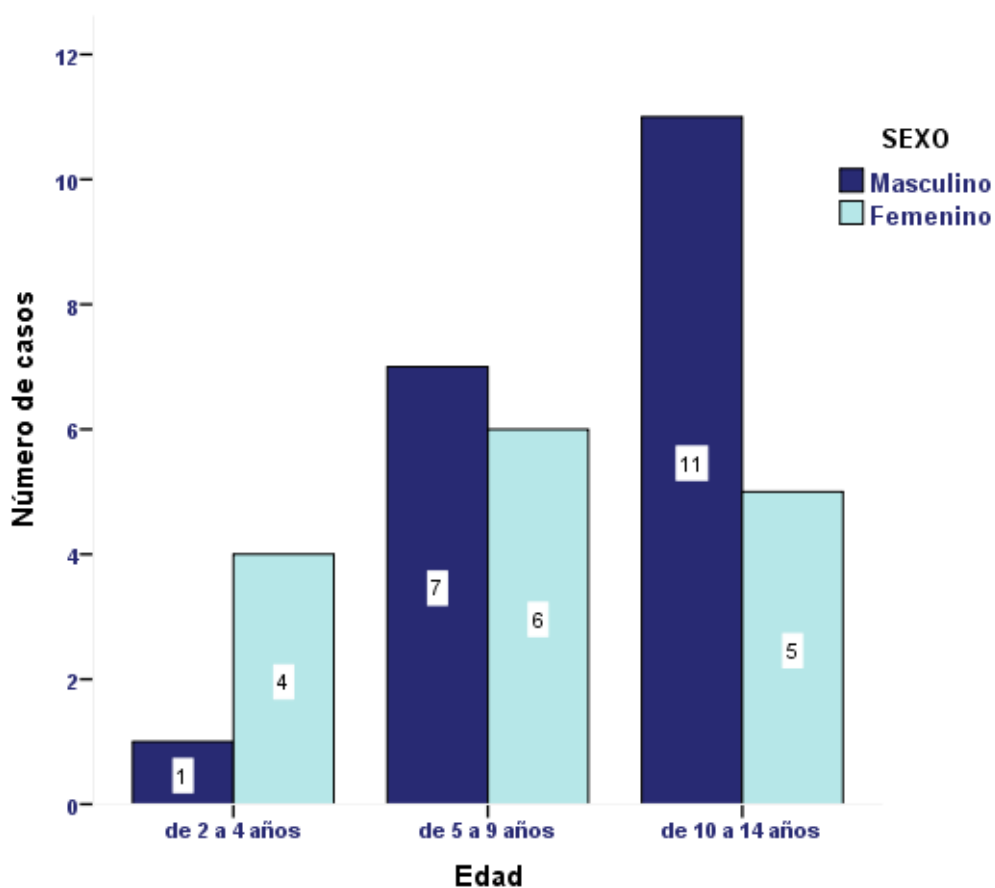
*Cobertura prestacional del SIS subsidiado: pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según grupo etáreo y sexo, 2014*

Grupo Etáreo	Total casos	Tipo de financiamiento		Total	
		SIS subsidiado		Nº	%
		Masculino	Femenino		
		Nº	Nº	Nº	%
2-4 años	5	1	4	05	13,5%
5-9 años	15	7	6	13	40,5%
10-14 años	17	11	5	16	45,9%
Total	37	19	15	34	100%
%	100%	51,4%	40,5%	91,9%	

*Nota:* Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

En la Tabla 6, se observa que en la variable cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS en la dimensión SIS subsidiado en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según grupo etáreo, el mayor número de casos se concentra en los pacientes de 10-14 años (45,9%), seguido de los pacientes de 05-09 años (40,5%), y finalmente los pacientes de 2-4 años (13,5%). De acuerdo al sexo en la dimensión SIS subsidiado, el mayor número de casos se registra en los pacientes de sexo masculino (51,4%), seguido de los pacientes de sexo femenino (40,5%).

Se determinó que el paciente con diagnóstico de hidatidosis, de menor edad es de 02 años 04 meses (F), y el paciente de mayor edad es de 14 años 10 meses (M).



**Figura 1.** Cobertura prestacional del SIS subsidiado: pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según grupo etáreo y sexo.

En la Figura 1, se observa que en la variable cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS en la dimensión SIS subsidiado en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según grupo etáreo, el mayor número de casos se concentra en los pacientes de 10 a 14 años de sexo masculino, seguido de los pacientes de 5 a 9 años del mismo sexo.

**Tabla 7**

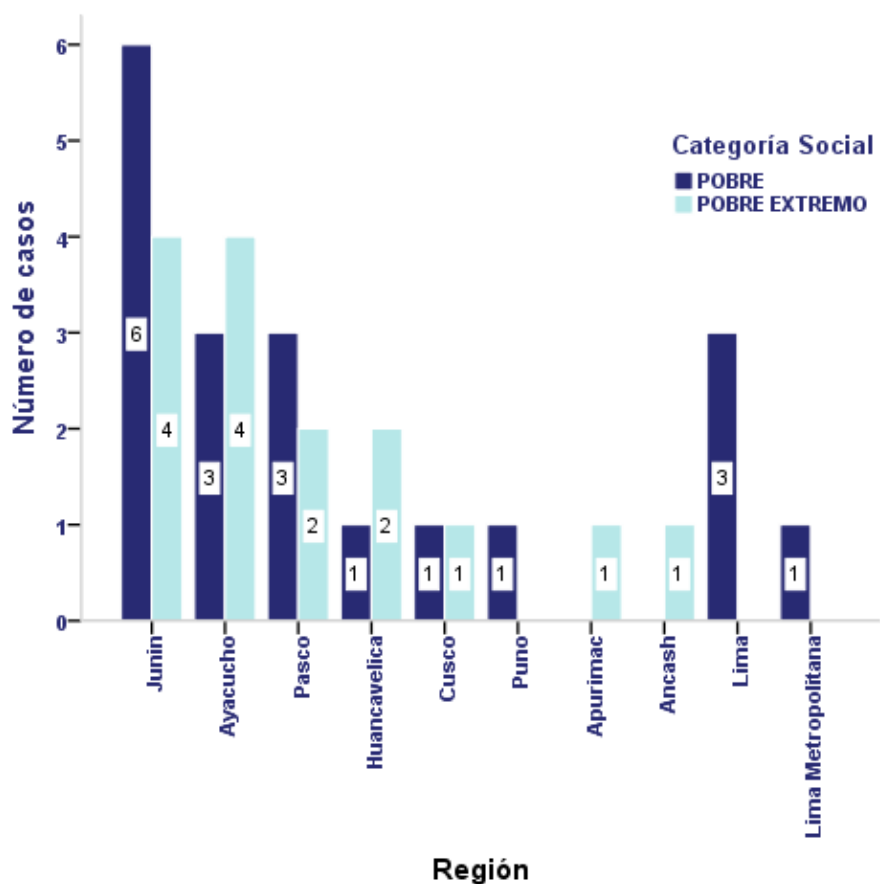
*Cobertura prestacional del SIS subsidiado: pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según región de procedencia y categoría social, 2014*

Región	Total casos	Tipo de financiamiento			
		SIS subsidiado		Total casos SIS	
		Pobre	Pobre extremo	Nº	%
Junín	11	6	4	10	29,4%
Ayacucho	7	3	4	7	20,6%
Pasco	5	3	2	5	14,7%
Huancavelica	3	1	2	3	8,8%
Lima	3	3	0	3	8,8%
Cusco	2	1	1	2	5,9%
Puno	2	1	0	1	2,9%
Lima Metropolitana	2	1	0	1	2,9%
Apurímac	1	0	1	1	2,9%
Ancash	1	0	1	1	2,9%
<b>Total casis SIS</b>	<b>37</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>100%</b>	<b>51,4%</b>	<b>40,5%</b>	<b>91,9%</b>	

*Nota:* Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

En la Tabla 7, se observa que en la variable cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS en la dimensión SIS subsidiado en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según procedencia mediata, las regiones que registran el mayor número de casos son la región Junín (29,4%), Ayacucho (20,6%) y Pasco (14,7%); y según categoría social, el 51,4% de pacientes corresponden a la categoría pobre y el 40,5% corresponden a la categoría pobre extremo.

Del total de pacientes atendidos, el 91,9% son beneficiarios del SIS subsidiado.



**Figura 2.** Cobertura prestacional del SIS subsidiado: pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según región de procedencia y categoría social.

Como se observa en la Figura 2, en la variable cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS en la dimensión SIS subsidiado en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según procedencia mediata,, las regiones que registran el mayor número de casos y que a la vez registran el mayor número de casos de pacientes en la categoría social de pobre y pobre extremo son la región Junín, Ayacucho y Pasco, en las mismas condiciones se encuentra la región Huancavelica. Los pacientes que proceden de la región Lima y Lima Metropolitana, corresponde a la categoría pobre.

**Tabla 8**

*Cobertura prestacional del SIS subsidiado: pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según diagnóstico, número de casos y total de intervenciones quirúrgicas, 2014*

Diagnóstico	Casos		Tipo de financiamiento								
			SIS subsidiado								
			Nº de cirugías (Qx)								
Total casos	Total casos SIS	Total Qx.	0	1	2	3	4	5	Total Qx. SIS	%	
Hidatidosis hepática	10	10	10	1	8	1	--	--	--	10	20%
Hidatidosis pulmonar unilateral	08	07	11	--	5	2	--	--	--	9	18%
Hidatidosis pulmonar bilateral	02	01	4	--	--	1	--	--	--	2	4%
Hidatidosis hepática-pulmonar unilateral	11	10	15	--	5	5	--	--	--	15	30%
Hidatidosis hepática-pulmonar bilateral	02	02	6	--	1	--	--	--	1	6	12%
Hidatidosis diseminada	03	03	7	--	--	2	1	--	--	7	14%
Hidatidosis otras	01	01	1	--	1	--	--	--	--	1	2%
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>34</b>	<b>54</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>3</b>	<b>--</b>	<b>5</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>100%</b>	<b>91,9%</b>	<b>100%</b>	<b>1,9%</b>	<b>37%</b>	<b>40,7%</b>	<b>5,6%</b>	<b>--</b>	<b>9,3%</b>	<b>92,6%</b>	

*Nota:* Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

En la Tabla 8, se observa que del total (54 intervenciones quirúrgicas), el 92,6% (50 cirugías), fueron coberturados por el SIS subsidiado. Solo un paciente con diagnóstico de hidatidosis hepática, no fue intervenido quirúrgicamente. Se observa igualmente que un paciente con hidatidosis hepática pulmonar bilateral fue intervenido quirúrgicamente en 5 oportunidades. Las intervenciones quirúrgicas con mayor frecuencia corresponden al diagnóstico de hidatidosis hepática-pulmonar unilateral en un 30% (15 cirugías); le sigue hidatidosis hepática con el 20% (10 cirugías).

**Tabla 9**

*Cobertura prestacional del SIS subsidiado: pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según costos totales de atención por diagnóstico, incluye copagos, 2014*

Diagnóstico	Casos		Tipo de financiamiento					
			SIS subsidiado Total			Copagos Total		
	Total casos	Total casos SIS	S/.	US\$	%	S/.	US\$	%
Hidatidosis hepática	10	10	28982,00	10205,00	12%	150,00	52,82	11%
Hidatidosis pulmonar unilateral	08	07	49604,00	17466,00	21%	116,79	41,12	8%
Hidatidosis pulmonar bilateral	02	01	10694,00	3766,00	5%	--	--	--
Hidatidosis hepática-pulmonar unilateral	11	10	68327,00	24059,00	29%	1020,78	359,43	73%
Hidatidosis hepática-pulmonar bilateral	02	02	36648,00	12904,00	16%	--	--	--
Hidatidosis diseminada	03	03	36284,00	12776,00	16%	108,00	38,03	8%
Hidatidosis otras	01	01	1954,00	688,00	1%	--	--	--
Total S/.	37	34	232494,00	81864,00	100%	1395,57	491,40	100%
Total US\$	100%	91,9%	81864,00			491,40		
%			99%			1%		

*Nota:* Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

De acuerdo al BCRP (2018) el tipo de cambio promedio-venta del dólar americano año 2014 fue de US\$ 2,84.

Como se muestra en la Tabla 9, se registra una cobertura total del SIS subsidiado de S/. 232494,00 = US\$ 81864,00 (99%). Sin embargo se registra a la vez que pacientes adscritos al SIS subsidiado realizaron copagos S/. 1395,57 = US\$ 491,40 (1%). De acuerdo al diagnóstico se observa que el mayor consumo hospitalario se registra en hidatidosis hepática-pulmonar unilateral S/. 68327,00 = US\$ 24059,00 (29%).



**Tabla 10**

*Cobertura prestacional del SIS subsidiado: pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según servicio de atención, 2014*

Servicio	Atención	Tipo de financiamiento						
		SIS subsidiado						
		S/.	US\$	%	D. estándar	Media	Mínimo	Máximo
Ambulatorio	Emergencia	102,44	36,07	0,04%	2,87	6,83	3,00	13,44
	CCEE	4318,38	1520,56	1,86%	181,94	154,23	5,50	736,88
	<b>Total</b>	<b>4420,82</b>	<b>1556,63</b>	<b>1,90%</b>	<b>1556,63</b>	<b>133,9642</b>	<b>5,50</b>	<b>736,88</b>
Imágenes	Radiología	2717,97	957,03	1,17%	80,72	97,07	10,00	287,42
	Ecografía	732,22	257,82	0,31%	16,03	38,54	13,20	79,20
	Eco-Doppler	69,17	24,36	0,03%	--	69,17	69,17	69,17
	TAC	1524,00	536,62	0,65%	152,70	217,71	160,00	564,00
	TEM	2762,82	972,82	1,19%	288,25	460,47	274,16	1006,00
	Urotem	769,89	271,09	0,33%	19,88	384,95	370,89	399,00
	Ultra Sonido	107,16	37,73	0,05%	5,30	15,31	11,09	22,18
		<b>Total</b>	<b>8683,23</b>	<b>3057,47</b>	<b>3,73%</b>	<b>318,24</b>	<b>310,12</b>	<b>10,00</b>
Análisis	Procedimientos	13740,33	4838,14	5,91%	400,02	490,73	77,91	1493,10
	Laboratorio	7791,49	2743,48	3,35%	315,92	288,57	9,78	1402,27
	<b>Total</b>	<b>21531,82</b>	<b>7581,62</b>	<b>9,26%</b>	<b>635,42198</b>	<b>768,99</b>	<b>87,69</b>	<b>2759,81</b>
Farmacia	Insumos	64660,28	22767,70	27,81%	1887,31	1959,40	139,08	8316,23
	Medicinas	19764,98	6959,50	8,50%	691,46	581,32	7,20	3991,09
	<b>Total</b>	<b>84425,26</b>	<b>29727,20</b>	<b>36,31%</b>	<b>2495,33</b>	<b>2483,08</b>	<b>7,20</b>	<b>12067,43</b>
Hospitalización	Con cirugía	113176,36	39850,83	48,70%	3088,71	3429,59	515,30	16524,51
	Sin cirugía	256,75	90,40	0,10%	--	256,75	256,75	256,75
	<b>Total</b>	<b>113433,11</b>	<b>39941,23</b>	<b>48,80%</b>	<b>3089,84</b>	<b>3336,27</b>	<b>256,75</b>	<b>16524,51</b>
	<b>SIS subsidiado Total S/.</b>	<b>232494,00</b>	<b>81864,00</b>	<b>100,0%</b>	<b>5712,00</b>	<b>6838,05</b>	<b>501,48</b>	<b>29491,19</b>
	<b>SIS subsidiado Total US\$</b>	<b>81864,00</b>						
	<b>%</b>	<b>99%</b>						

*Nota:* Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

La Tabla 10, se observa que la cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS subsidiado en el INSN en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis es de S/. 232494,00 = US\$ 81864,00. La mayor cobertura corresponde al servicio de hospitalización 48,80% (S/.113433,11 = US\$ 39941,23) que incluye costos por estancia hospitalaria e intervención quirúrgica.

**Tabla 11**

*Copagos por servicio de atención en pacientes hospitalizados beneficiarios del régimen de financiamiento del SIS subsidiado con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, 2014*

Servicio	Atención	SIS subsidiado Total	Copagos				
			SBTD-clínica	PD-pagante	Copagos Total		
			S/.	S/.	S/.	US\$	%
Ambulatorio	Emergencia	102,44	--	--	--	--	--
	CCEE	4318,38	60,00	240,00	300,00	105,63	21,5%
	Total	4420,82	60,00	240,00	300,00	105,63	21,5%
Imágenes	Radiología	2717,97	741,78	279,00	1020,78	359,43	73,14%
	Ecografía	732,22	--	--	--	--	--
	Eco-Doppler	69,17	--	--	--	--	--
	TAC	1524,00	--	--	--	--	--
	TEM	2762,82	--	--	--	--	--
	Urotem	769,89	--	--	--	--	--
	Ultra Sonido	107,16	--	--	--	--	--
Total	8683,23	741,78	279,00	1020,78	359,43	73,14%	
Análisis	Procedimientos	13740,33	--	--	--	--	--
	Laboratorio	7791,49	--	--	--	--	--
	Total	21531,82	--	--	--	--	--
Farmacia	Insumos	64660,28	70,55	--	70,55	24,84	5,05%
	Medicinas	19764,98	4,24	--	4,24	1,50	0,31%
	Total	84425,26	74,79	--	74,79	26,34	5,36%
Hospitalización	Con cirugía	113176,36	--	--	--	--	--
	Sin cirugía	256,75	--	--	--	--	--
	Total	113433,11	--	--	--	--	--
Copagos Total S/.		232494,00	876,57	519	1395,57	491,40	100%
Copagos Total US\$		81864,00	308,65	182,75	491,40	1%	
%		99%	0,63%	0,37%	1%		

*Nota:* Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

En la Tabla 11, se observa que pacientes beneficiarios del SIS subsidiado, realizaron copagos en 1% (S/. 1395,57 = US\$ 491,40); y de acuerdo al GBS por servicio de atención, el mayor copago se da en diagnóstico por imágenes (S/. 1020,78 = US\$ 359,43). Del 1,0% de copagos se observa que pacientes beneficiarios del SIS hicieron uso del servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) que representa un gasto del 0,63% (S/. 876,57 = US\$ 308,65) y el 0,37% (S/. 519,00= US\$ 182,75) realizaron pagos directos (PD-pagantes).

### 3.1.2. Gasto de bolsillo en salud (GBS).

**Tabla 12**

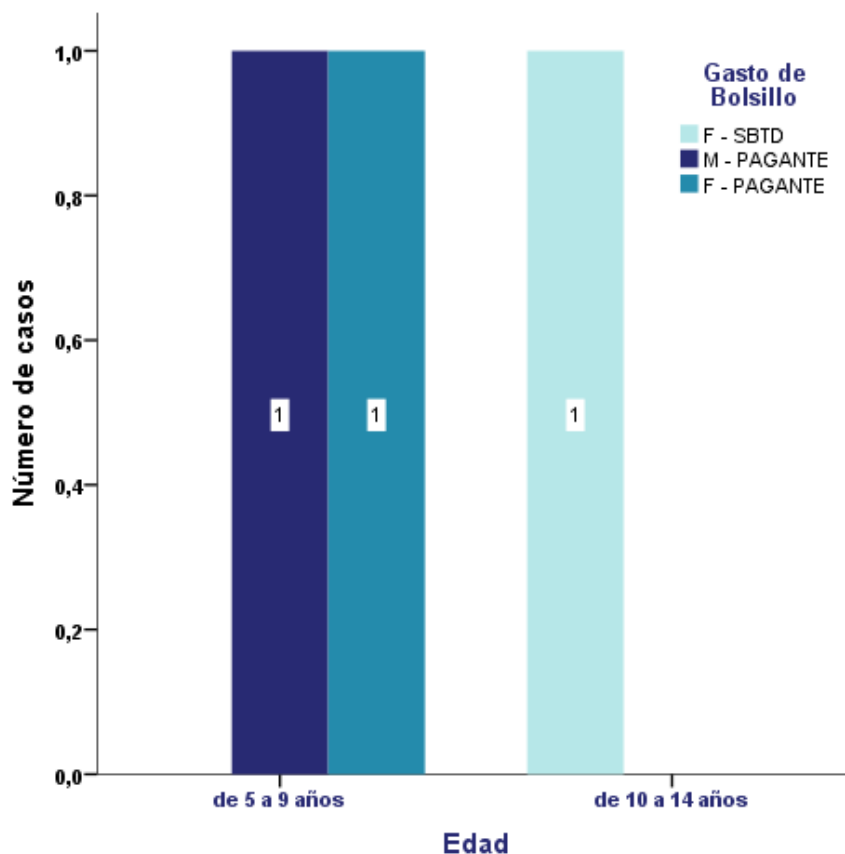
*Gasto de bolsillo en salud (GBS): servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) y pago directo (PD-pagante), en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según grupo etáreo y sexo, 2014*

Grupo Etáreo	Total	Tipo de financiamiento				Total	
		SBTD-clínica		PD-pagante			
		Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Nº	%
		Nº	Nº	Nº	Nº		
2-4 años	5	--	--	--	--	--	--
5-9 años	15	--	01	01	--	02	75%
10-14 años	17	--	--	--	01	01	25%
<b>SBTD Total</b>	<b>37</b>	<b>--</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>03</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>100%</b>	<b>--</b>	<b>2,7%</b>	<b>2,7%</b>	<b>2,7%</b>	<b>8,1%</b>	

*Nota:* Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

En la Tabla 12, se observa que en la variable gasto de bolsillo en salud (GBS) en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según grupo etáreo, el mayor número de casos se concentra en los pacientes de 5-9 años (75%), seguido de los pacientes de 10-14 años (25%); en este régimen de financiamiento no se registra pacientes de 2-4 años.

De acuerdo al sexo en la dimensión servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica), se registra un caso de sexo femenino (2.7%), y en la modalidad de pago directo (PD-pagante), los pacientes de sexo masculino y sexo femenino ambos registran el 2,7% de casos.



**Figura 3.** Gasto de bolsillo en salud (GBS): pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según grupo etáreo y sexo, 2014

En la Figura 3, se observa que en la variable gasto de bolsillo en salud (GBS) en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según grupo etáreo, registran una atención en paciente de 10-14 años de sexo femenino que corresponde a la dimensión SBTB-clínica y dos atenciones en pacientes de 5-9 años, uno de sexo masculino y otro de sexo femenino, que corresponden a la dimensión PD-pagante.

**Tabla 13**

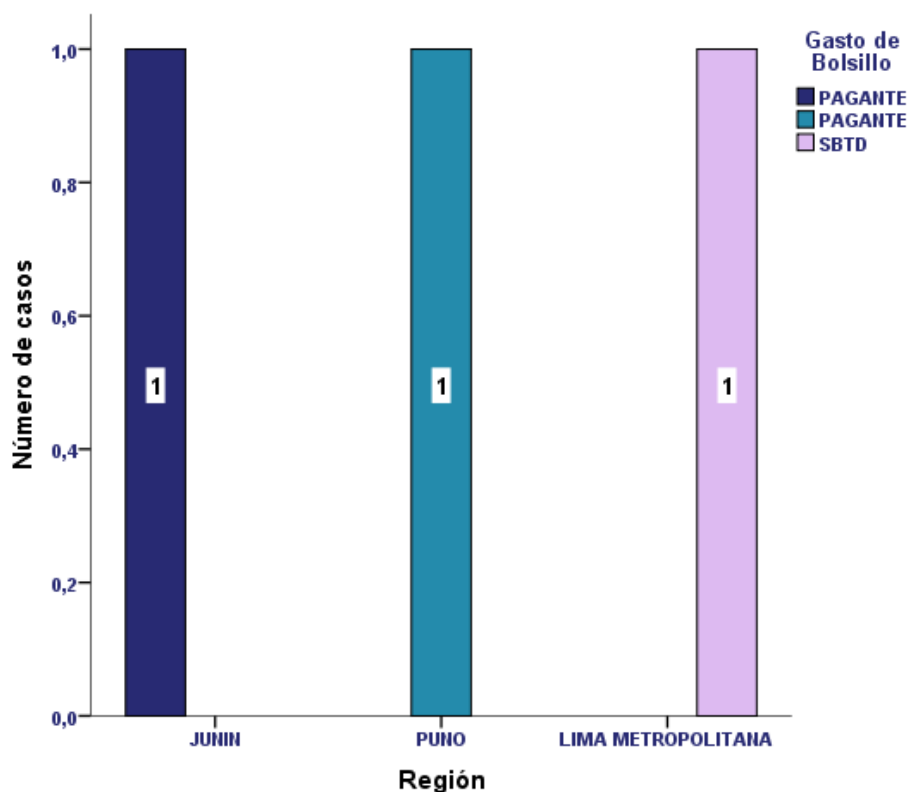
*Gasto de bolsillo en salud (GBS): servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-Clínica) y pago directo (PD-pagante), en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según región de procedencia y categoría social, 2014*

Región	Total casos	Tipo de financiamiento		Total casos GBS	
		SBTD-clínica	PD-pagante	Nº	%
		No pobre	No pobre		
Junín	11	--	01	01	33,3%
Ayacucho	7	--	--	--	--
Pasco	5	--	--	--	--
Huancavelica	3	--	--	--	--
Lima	3	--	--	--	--
Cusco	2	--	--	--	--
Puno	2	--	01	01	33,3%
Lima Metropolitana	2	01	--	01	33,3%
Apurímac	1	--	--	--	--
Ancash	1	--	--	--	--
<b>SBTD Total</b>	<b>37</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>100%</b>	<b>2,7%</b>	<b>5,4%</b>	<b>8,1%</b>	

*Nota:* Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

En la Tabla 13, se observa que en la variable gasto de bolsillo en salud (GBS) en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según procedencia mediata en la dimensión servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) la región Lima Metropolitana registra el 33,3% de casos; y en la dimensión pago directo (PD-pagante) según procedencia mediata la región Junín y Puno registran el 33,3% de casos respectivamente; y según categoría social el 100% de pacientes corresponden a la categoría no pobre.

Del total de pacientes atendidos, el 8,1% demandan gasto de bolsillo en salud (GBS); el 2,7% por servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) y el 5,4% por pago directo (PD-pagante).



**Figura 4.** Gasto de bolsillo en salud (GBS): pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según región de procedencia y categoría social, 2014.

Como se observa en la Figura 4, en la variable gasto de bolsillo en salud (GBS) en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según procedencia mediata en la modalidad servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) la región Lima Metropolitana registra un caso; y en la modalidad pago directo (PD-pagante) la región Junín y Puno registran un caso cada uno y según categoría social todos los pacientes registran la categoría no pobre.

**Tabla 14**

*Gasto de bolsillo en salud (GBS): servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) y pago directo (PD-pagante), en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según diagnóstico, número de casos y total de intervenciones quirúrgicas, 2014*

Diagnóstico	Casos			Tipo de financiamiento													Total Qx GBS	%
	Total casos	Total casos GBS	Total Qx	Gasto de Bolsillo en Salud (GBS)														
				SBTD-clínica						PD-pagante								
				Nº de cirugías (Qx)						Nº de cirugías (Qx)								
1	2	3	4	5	ST	1	2	3	4	5	ST							
Hidatidosis hepática	10	--	10	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Hidatidosis pulmonar unilateral	08	01	11	--	--	--	--	--	--	01	--	--	--	--	01	01	25%	
Hidatidosis pulmonar bilateral	02	01	4	--	01	--	--	--	02	--	--	--	--	--	--	02	50%	
Hidatidosis hepática-pulmonar unilateral	11	01	15	--	--	--	--	--	--	01	--	--	--	--	01	01	25%	
Hidatidosis hepática-pulmonar bilateral	02	--	6	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Hidatidosis diseminada	03	--	7	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Hidatidosis otras	01	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
GBS Total casos / cirugías	37	03	54	--	02	--	--	--	02	02	--	--	--	--	02	04	100%	
%	100%	8,1%	100%	--	3,7%	--	--	--	3,7%	3,7%	--	--	--	--	3,7%	7,4%		

*Nota:* Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

En la Tabla 14, se observa que del total de intervenciones quirúrgicas (54) en pacientes con diagnóstico de hidatidosis hospitalizados en el INSN, el 7,4% (4 cirugías), demandan gasto de bolsillo en salud (GBS), de los cuales el 3,7% fueron atendidos en el servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) en donde se registra un paciente con dos intervenciones quirúrgicas; y en un porcentaje similar 3,7% de pacientes fueron atendidos en la modalidad pago directo (PD-pagante) en donde se registran dos pacientes con una intervención quirúrgica cada uno.

**Tabla 15**

*Gasto de bolsillo en salud (GBS): servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) y pago directo (PD-pagante), en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según costos totales de atención por diagnóstico, incluye beneficios por exoneraciones, donaciones y programas, 2014*

Diagnóstico	Casos		Tipo de financiamiento										
	Total casos	Total casos GBS	Gasto de bolsillo en salud (GBS)					Exoneraciones, donaciones y programas					
			SBTD-clínica	PD-pagante	Gasto de bolsillo en salud (GBS) Total		Exonera pagos	Dona medicina	Programa insumos	Total			
S/.	S/.	S/.	US\$	%	S/.	S/.	S/.	S/.	US\$	%			
Hidatidosis hepática	10	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Hidatidosis pulmonar unilateral	08	01	--	2411,76	2411,76	849,20	7,77%	808,00	--	--	808,00	284,51	27%
Hidatidosis pulmonar bilateral	02	01	21176,76	470,00*	21646,76	7622,10	69,71%	--	222,84	1179,68	1402,52	493,85	47%
Hidatidosis hepática-pulmonar unilateral	11	01	5996,01	996,61*	6992,62	2462,20	22,52%	--	168,50	621,61	790,11	278,21	26%
Hidatidosis hepática-pulmonar bilateral	02	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Hidatidosis diseminada	03	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Hidatidosis otras	01	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
GBS Total S/.	37	3	27172,77	3878,37	31051,14	10934,00	100%	808,00	391,34	1801,29	3000,63	1056,57	100%
GBS Total US\$	100%	8,1%	9568,00	1366,00	10934,00			284,51	137,80	634,26	1056,57		
%			75%	11%	86%			4%	2%	8%	14%		

*Nota:* Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

Como se muestra en la Tabla 15, se registra un consumo total del gasto de bolsillo en salud (GBS) de S/. 31051,14 = US\$ 10934,00, de los cuales el SBTD-clínica registra un consumo de S/. 27172,77= US\$ 9568,00 (75%), y PD-pagante registra un consumo de S/. 3878,37= 1366,00 (11%). De acuerdo al diagnóstico se observa que el mayor consumo hospitalario se registra en hidatidosis pulmonar bilateral con el 69,71% (S/. 21646,76 = US\$ 7622,10). Pacientes pagantes fueron exonerados de pago el 4% (S/. 808,00 = US\$ 284,51); recibieron donaciones de medicina el 2% (S/. 391,34 = US\$ 137,80) y recibieron cobertura de programas a través de la compra de insumos el 8% (S/. 1801,29 = US\$ 634,26); en total se registra un 14% del gasto total financiado a través de exoneraciones, donaciones y programas (S/. 3000,63 = US\$ 1056,57).



**Tabla 16**

*Gasto de bolsillo en salud (GBS): servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-Clínica) y pago directo (PD-pagante), en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según servicio de atención, 2014*

Servicio	Atención	Tipo de financiamiento								
		SBTD-clínica	PD-pagante	GBS Total			Gasto de bolsillo (GBS)			
		S/.	S/.	S/.	US\$	%	D. estándar	Media	Mínimo	Máximo
Ambulatorio	Emergencia	--	6,00	6,00	2,11	0,02%	--	6,00	6,00	6,00
	CCEE	240,00	72,00	312,00	109,86	1,00%	60,100	104,00	36	150
	Total	240,00	78,00	318,00	111,97	1,02%	56,710	106,00	42	150
Imágenes	Radiología	265,00	454,00	719,00	253,17	2,3%	309,091	239,67	33	595
	Ecografía	80,00	38,00	118,00	41,55	0,4%	29,698	59,00	38	80
	Eco-Doppler	90,00	--	90,00	31,69	0,3%	--	90,00	90	90
	TAC	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	TEM	--	191,00	191,00	67,25	0,6%	--	191,00	191	191
	Urotem	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	Ultra Sonido	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	435,00	683,00	1118,00	393,66	3,6%	264,942	372,67	181	675	
Análisis	Procedimientos	176,00	976,00	1152,00	405,63	3,71%	28,9914	576,000	555,5	596,5
	Laboratorio	1790,00	911,00	2701,00	951,06	8,70%	175,5408	900,333	759,5	1097,0
	Total	1966,00	1887,00	3853,00	1356,69	12,41%	163,720	1284,33	1097	1400
Farmacia	Insumos	3829,28	167,50	3996,78	1407,31	12,88%	1693,36595	1332,3267	32,50	3247,28
	Medicinas	31,36	329,37	360,73	127,02	1,16%	168,66443	120,2433	14,61	314,76
	Total	3860,64	496,87	4357,51	1534,33	14,04%	1593,24234	1452,4033	346,76	3278,64
Hospitalización	Con cirugía	20670,93	734,00	21404,93	7536,95	68,93%	11138,431	9667,06	1791,00	17543,00
	Sin cirugía	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	Total	20670,93	734,00	21404,93	7536,95	68,93%	11138,431	9667,06	1791,00	17543,00
GBS Total S/.		27172,57	3878,87	31051,44	10934,00	100%	10040,7019	10350,38	2441,759	21646,76
GBS Total US\$		9568,00	1366,00	10934,00						
%		75%	11%	86%						

Nota: Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

En la Tabla 16, se observa que el gasto de bolsillo en salud por servicios en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN; en atención ambulatoria se registra el mayor consumo en consultorios externos S/. 312,00 = US\$ 109,86 (1%), en imágenes en radiología S/. 719,00 = US\$ 253,17 (2,3%), en análisis en laboratorio 2701,00 = US\$ 951,06 (8,7%), en farmacia en insumos S/. 3996,78 = US\$ 1407,31 (12,88%), y hospitalizados con cirugía S/. 21404,93 = US\$ 7536,95 (68,93%), que a la vez representa el mayor consumo del total.

**Tabla 17**

*Cobertura de pago por exoneraciones, donaciones y programas en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, por el servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-Clínica) y pago directo (PD-pagante), 2014*

Servicio	Atención	Tipo de financiamiento										
		GBS Total	Cobertura de pago por exoneraciones, donaciones y programas									
			SBTD-clínica				PD-pagante				Exoneraciones...	
			Exonera pagos	Dona medicina	Programa insumos	Sub Total	Exonera pagos	Dona medicina	Programa insumos	Sub Total	Total	
S/.	S/.	S/.	S/.	S/.	S/.	S/.	S/.	S/.	S/.	US\$		
Ambulatorio	Emergencia	6,00	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	CCEE	312,00	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
<b>Total</b>		<b>318,00</b>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Imágenes	Radiología	719,00	--	--	--	--	22,00	--	--	22,00	22,00	7,75
	Ecografía	118,00	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	Eco-Doppler	90,00	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	TEM	191,00	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
<b>Total</b>		<b>1118,00</b>	--	--	--	--	<b>22,00</b>	--	--	<b>22,00</b>	<b>22,00</b>	<b>7,75</b>
Análisis	Procedimientos	1152,00	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	Laboratorio	2701,00	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
<b>Total</b>		<b>3853,00</b>	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Farmacia	Insumos	3996,78	--	--	1801,29	1801,29	--	--	--	--	1801,29	634,26
	Medicinas	360,73	--	391,34	--	391,34	--	--	--	--	391,34	137,80
<b>Total</b>		<b>4357,51</b>	--	<b>391,34</b>	<b>1801,29</b>	<b>2192,63</b>	--	--	--	--	<b>2192,63</b>	<b>772,06</b>
Hospitalización	Con cirugía	21404,93	--	--	--	--	786,00	--	--	786,00	786,00	276,76
	Sin cirugía	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
<b>Total</b>		<b>21404,93</b>	--	--	--	--	<b>786,00</b>	--	--	<b>786,00</b>	<b>786,00</b>	<b>276,76</b>
<b>Total</b>		<b>31051,44</b>	--	<b>391,34</b>	<b>1801,29</b>	<b>2192,63</b>	<b>808,00</b>	--	--	<b>808,00</b>	<b>3000,63</b>	<b>1056,57</b>
<b>US\$</b>		<b>10933,50</b>	--	<b>137,80</b>	<b>634,26</b>	<b>772,06</b>	<b>284,51</b>	--	--	<b>284,51</b>	<b>1056,57</b>	
<b>%</b>		<b>85,67%</b>	--	<b>1,8%</b>	<b>8,6%</b>	<b>10,4%</b>	<b>3,9%</b>	--	--	<b>3,9%</b>	<b>14,3%</b>	

Nota: Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

En la Tabla 17, se observa que pacientes hospitalizados que financian su propio tratamiento no adscritos al SIS, recibieron beneficios de pago por medio de exoneraciones, donaciones y programas.

Los pacientes hospitalizados a través del SBTD-clínica recibieron donaciones de medicinas e insumos a través de los programas presupuestales en S/. 2192,63 = US\$ 772,06 (10,4%) y PD-pagante recibieron exoneraciones de pago por diagnóstico por imágenes y hospitalización en S/. 808,00 = US\$ 284,51 (3,9%).

La suma total de beneficios por exoneraciones, donaciones y programas es S/. 3000,63 = US\$ 1056,57 (14,3%), en relación al costo total.

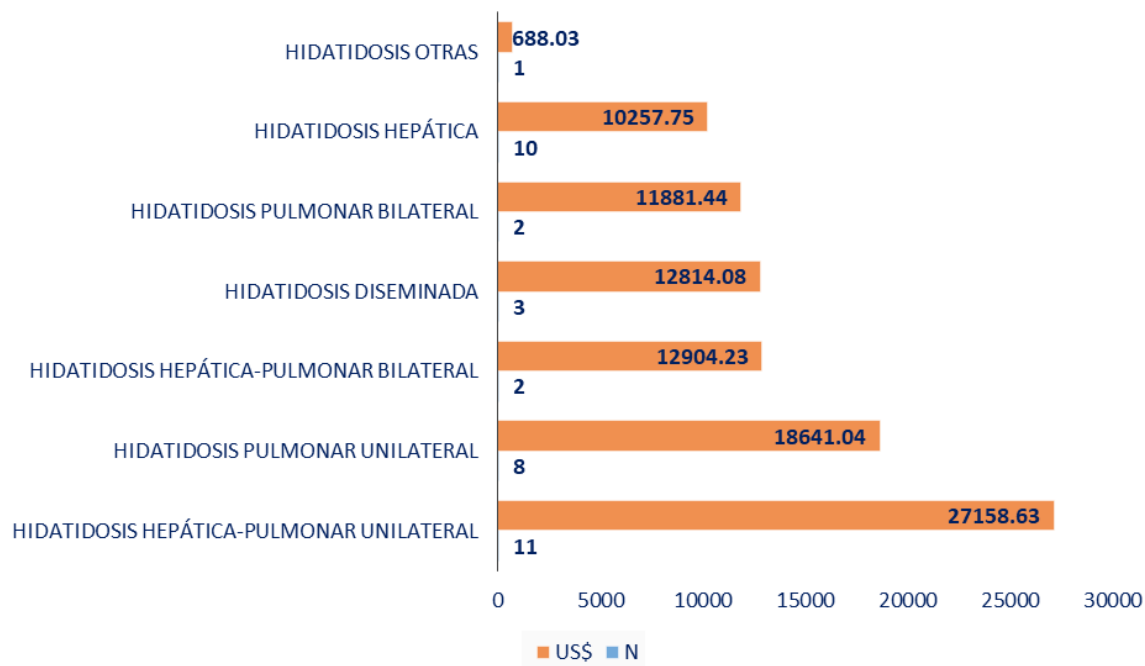
**Tabla 18**

*Resumen: cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS subsidiado y gasto de bolsillo en salud (GBS): servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) y pago directo (PD-pagante), en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según costos totales de atención por diagnóstico, incluye copagos y beneficios por exoneraciones, donaciones y programas, 2014*

Diagnóstico	Casos			Tipo de financiamiento							Total
	Total	Total casos SIS	Total casos GBS	SIS subsidiado	Copagos	Gasto de bolsillo en salud (GBS)			Exoneraciones, donaciones y programas		
				Subtotal	Subtotal	SBTD-clínica	PD-pagante	Subtotal	Subtotal		
				N	N	N	S/.	S/.	S/.	S/.	
Hidatidosis hepática	10	10	--	28982,00	150,00	--	--	--	--	29132,00	10257,75
Hidatidosis pulmonar unilateral	08	07	01	49604,00	116,79	--	2411,76	2411,76	808,00	52940,55	18641,04
Hidatidosis pulmonar bilateral	02	01	01	10694,00	--	21176,76	470,00	21646,76	1402,52	33743,28	11881,44
Hidatidosis hepática-pulmonar unilateral	11	10	01	68327,00	1020,78	5996,01	996,61	6992,62	790,11	77130,51	27158,63
Hidatidosis hepática-pulmonar bilateral	02	02	--	36648,00	--	--	--	--	--	36648,00	12904,23
Hidatidosis diseminada	03	03	--	36284,00	108,00	--	--	--	--	36392,00	12814,08
Hidatidosis otras	01	01	--	1954,00	--	--	--	--	--	1954,00	688,03
Total S/.	37	34	3	232494,00	1395,57	27172,77	3878,37	31051,14	3000,63	267941,34	94345,20
Total US\$	100%	91,9%	8,1%	81864,00	491,00	9568,00	1366,00	10934,00	1056,20	94345,20	
%				99%	1%	75%	11%	86%	14%		

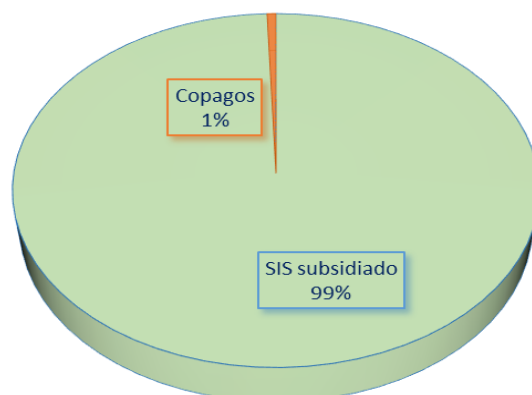
*Nota:* Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

En la Tabla 18, se observa que el 91,9% de casos de hidatidosis en el INSN, recibieron cobertura del SIS subsidiado y el 8,1% financiaron su tratamiento con gasto de bolsillo en salud (GBS). Del total de atenciones SIS se observa que el 1% del gasto corresponde a copagos y el 99% recibieron cobertura total del SIS. Del total de gasto de bolsillo en salud (GBS), el 75% financio su tratamiento en el servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) y el 11 % por pago directo (PD-pagante), se observa a la vez que pacientes que ingresaron en la categoría no pobres recibieron beneficios en un 14% por exoneraciones, donaciones y programas.



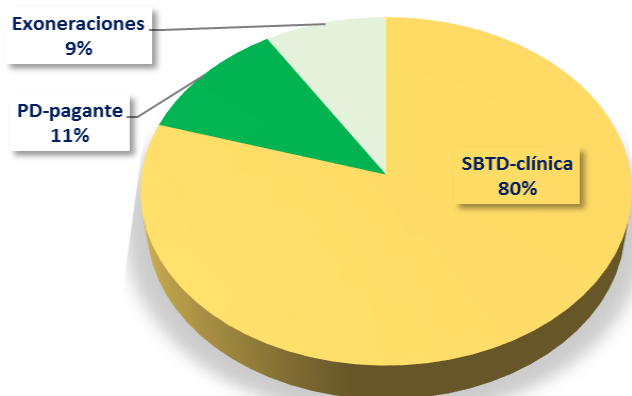
**Figura 5.** Resumen: costo total de tratamiento de hidatidosis en US\$ por tipo de diagnóstico, en pacientes hospitalizados en el INSN, 2014.

En la figura 5 se observa que el mayor gasto total por tratamiento de la hidatidosis por tipo de diagnóstico se encuentra en la hidatidosis hepática pulmonar unilateral (11 casos = US\$ 27158,63), seguido de hidatidosis pulmonar unilateral (8 casos = US\$ 18641,04).



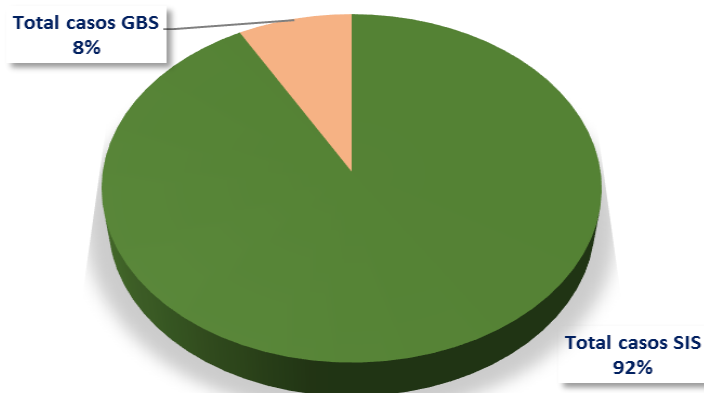
**Figura 6.** Resumen: cobertura total del SIS subsidiado y financiamiento por copagos en el tratamiento de hidatidosis en porcentajes, en pacientes hospitalizados del INSN, 2014.

En la figura 6 se observa que del gasto total el SIS subsidiado logró una cobertura del 99% en todos los afiliados, y solo el 1% recurrió al financiamiento por copagos.



**Figura 7.** Resumen: financiamiento por gasto de bolsillo en porcentajes en el tratamiento de hidatidosis, en pacientes hospitalizados del INSN, 2014.

En la figura 7 se observa que del total del financiamiento por gasto de bolsillo (GBS), el mayor consumo se registra con un 80% en el servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica); el 11 % corresponde a financiamiento por pago directo (PD-pagante) y el 9% corresponde a financiamiento de pago por exoneraciones.



**Figura 8.** Resumen: total de pacientes atendidos por el SIS subsidiado y gasto de bolsillo en porcentaje en el tratamiento de hidatidosis, en pacientes hospitalizados del INSN, 2014.

En la figura 8 se observa que del total de pacientes atendidos con diagnóstico de hidatidosis, el 92% corresponde al SIS subsidiado y el 8% corresponde a financiamiento por gasto de bolsillo (GBS).

**Tabla 19**

*Resumen: cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS subsidiado y gasto de bolsillo en salud (GBS) en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según estancia hospitalaria, 2014*

Tipo de financiamiento	N	D. estándar	Media	Mínimo	Máximo
Cobertura prestacional del SIS	34	38,911	39,26	2	188
Gasto de Bolsillo en Salud	3	5,8595	15,667	9,0	20
Total (SIS + GBS)	37	37,848	37,35	2	188

*Nota:* Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

En la Tabla 19, se observa que la media de estancia hospitalaria en pacientes con diagnóstico de hidatidosis en el INSN es de 37,35 días. La estancia mínima es de 02 días que corresponde a paciente SIS hospitalizado con diagnóstico de hidatidosis hepática sin intervención quirúrgica. La estancia máxima es de 188 días y corresponde a paciente SIS hospitalizado con diagnóstico de hidatidosis diseminada con dos intervenciones quirúrgicas.



### 3.2. Análisis estadístico inferencial

Se decide realizar una investigación de tipo descriptiva, al determinar que la prueba de hipótesis es causante de inconsistencia demostrada en los resultados [ $\rho = +0,50$   $p\text{-valor} = 0,67 (>0,05)$ ] (Anexo 7. Rho de Spearman).

Según Monterrey (2012) “las Pruebas de Hipótesis, como metodología, se encuentran en un momento crítico; ellas han sido cuestionadas como las causantes de inconsistencias en la investigación” (p. 204).

A tal extremo que las normas de Vancouver, normas que rigen las publicaciones biomédicas, promuevan el que no sean utilizadas (International Committee of Medical Journal Editors, 1997, citado por Monterrey, 2012, p. 204), en el mismo sentido la revista *Epidemiology*, en sus instrucciones a los autores dice “desestimamos enfáticamente el uso de valores P y el lenguaje referido a la significación estadística (*Epidemiology*, 2012 citado por Monterrey, 2012, p. 204).

## **IV. Discusión**

El estudio nos ha permitido estimar la cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS subsidiado y el gasto de bolsillo en el tratamiento de hidatidosis en el Instituto Nacional de Salud del Niño durante el año 2014. La hidatidosis genera un problema de salud pública desde el punto de vista social y económico a las familias de quienes padecen la enfermedad. El SIS subsidiado en el Perú cubre los gastos que demanda el tratamiento clínico y quirúrgico de la enfermedad, dirigido a la población de estratos sociales que viven en la pobreza o pobreza extrema, que no cuentan con ningún tipo de seguro, protegiéndolas de gastos que pueden llegar a ser catastróficos, o empobrecer aún más a las familias pobres, al realizar gastos de bolsillo para la compra de medicinas o insumos para su tratamiento, alterando el presupuesto para cubrir la canasta básica familiar

Así mismo en el estudio se determina que del total de pacientes atendidos, el 91,9% son pacientes beneficiarios del SIS subsidiado y el 8,1% demandan gasto de bolsillo en salud (GBS); en relación al estudio publicado por Fano et al. (2012), determina que en el tratamiento de la hidatidosis, el 88.1% de los casos los costos fueron asumidos por el SIS (estatal) y el 11.9% fue autofinanciado, cifras que darían a entender que la cobertura del SIS subsidiado ha mejorado en el 2014,

Con respecto al consumo total en pacientes afiliados al SIS, se observa que el SIS subsidiado financio el tratamiento de la hidatidosis en un 99% (S/. 232494,00 = US\$ 81864,00), y el 1% (S/. 1395,57 = US\$ 491,40), financio su tratamiento a través de copagos; con los datos hallados se puede deducir que en el INSN, la cobertura prestacional del SIS garantiza el financiamiento subsidiado del tratamiento de la hidatidosis y protege a las familias del gasto de bolsillo.

Esto demuestra que la mejora en la cobertura de los servicios del SIS subsidiado, evitaría desembolsos económicos en las familias más vulnerables; sin embargo a opinión de diferentes autores mejorar la cobertura prestacional del SIS

subsidiado, no garantiza que los hogares de las personas afectadas con hidatidosis, realicen esfuerzos en el gasto de bolsillo, teniendo en cuenta que no existe un marco normativo o de control para que esto no ocurra, pues se trata de decisiones personales o de nivel de satisfacción del usuario; de acuerdo a Suárez (2010), no es común que los ciudadanos estén orgullosos y satisfechos de sus sistemas públicos de salud; por su parte Luna (2013), corrobora en su estudio que el resultado más significativo es que, no encuentra cambios en cuanto a reducción del gasto de bolsillo y al incremento significativo de la demanda de servicios de salud en los deciles de más bajo ingreso; y Portocarrero (2013) señala que los asegurados al SIS perciben que la calidad de la atención ahora es menor, es decir a pesar de los avances en cobertura del SIS no se ha logrado garantizar la atención de salud como un derecho, en esa perspectiva su aporte a la inclusión social de los sectores a los que está dirigido el SIS es limitado. Por su parte Solís (2009), manifiesta que en relación a las preferencias de atención cuando enfermaban las personas, la búsqueda de cuidados de salud en la farmacia fue mayor en personas sin seguro de salud (39,1%), seguido de los asegurados al SIS (34,6%). Los que prefirieron la atención por un médico, principalmente la recibieron en el MINSA (62,0%); del grupo de entrevistados asegurados a la seguridad social (EsSalud) el 53,9% se atendió en centros asistenciales públicos.

Con respecto al tratamiento de la hidatidosis en pacientes adscritos al SIS financiado por copagos, el mayor gasto se da en diagnóstico por imágenes (S/. 1020,78 = US\$ 359,43). En el estudio también se observa que pacientes beneficiarios del SIS subsidiado realizaron financiamiento a través de uso del servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) que representa un gasto del total de 0,63% (S/. 876,57 = US\$ 308,65) y que realizaron pagos directos (PD-pagantes) de 0,37% (S/. 519,00= US\$ 182,75); sobre este punto Acho y Pezúa (2005), señala que los hallazgos encontrados, al determinar el gasto de bolsillo del afiliado al SIS, dejan ver un sector de salud poco fortalecido, y que bajo esta variable no ha evolucionado en

forma positiva durante los últimos años, periodo durante el cual según la bibliografía revisada, debería mejorar el control de aquellos usuarios merecedores del SIS.

A la inversa se determina que pacientes no pobres, atendidos en la categoría de pagantes a través del SBTD-clínica recibieron donaciones de medicinas e insumos a través de los programas presupuestales en S/. 2192,63 = US\$ 772,06 (10,47%) y PD-pagante recibieron exoneraciones de pago por diagnóstico por imágenes y hospitalización en S/. 808,00 = US\$ 284,51 (3,86%). La suma total de beneficios por exoneraciones, donaciones y programas es S/. 3000,63 = US\$ 1056,57 (14,0%), en relación al costo total.

Esto demostraría que personas que acudieron como pagantes a instituciones del estado, para el tratamiento de la hidatidosis, terminan agotando sus recursos económicos, de tal manera que tienen que recurrir a otros mecanismos de financiamiento de la atención como exoneraciones de pago y/o recurrir a donaciones de medicinas e insumos rubros que están dirigidos a personas de las categorías pobres y pobres extremos, en atenciones no cubiertas por el SIS. En todos estos casos se demuestra la importancia de un fortalecimiento del SIS subsidiado, la mejora en la cobertura de los servicios, el gasto de bolsillo por pago directo, los copagos y las exoneraciones de pago no serían necesarios; siendo el objetivo que busca el estado al proveer mayores recursos para la atención de las personas más vulnerables económicamente.

En relación al consumo del SIS subsidiado de acuerdo al tipo de diagnóstico, la hidatidosis hepática-pulmonar unilateral registra el mayor consumo con el 29% (S/. 68327,00 = US\$ 24059,00). La mayor cobertura corresponde al servicio de hospitalización 48,8% (S/.113433,11 = US\$ 39941,23) que incluye costos por estancia hospitalaria e intervención quirúrgica.

Con respecto al consumo total en pacientes no adscritos al SIS y que financian el tratamiento de la hidatidosis por gasto de bolsillo en salud (GBS); el consumo es de S/. 31051,14 = US\$ 10934,00, de los cuales en SBTD-clínica registra un consumo de S/. 27172,77= US\$ 9568,00 (75%), y PD-pagante registra un consumo de S/. 3878,37= 1366,00 (11%).

El mayor consumo hospitalario se registra en hidatidosis pulmonar bilateral con el 69,71% (S/. 21646,76 = US\$ 7622,10). El mayor gasto de bolsillo corresponde al servicio de hospitalización 68,93% (S/. 21404,93 = US\$ 7536,95) que incluye costos por estancia hospitalaria e intervención quirúrgica.

Al respecto el Instituto Nacional de salud (2009), determina que los pagos directos, por estancia hospitalaria es de S/. 262.56; acto quirúrgico S/. 743.02; técnicas diagnósticas S/. 99.90; exámenes de laboratorio S/. 142.66; exámenes de imágenes S/. 134.97; tratamiento médico S/. 186.52, consultas ambulatorias S/. 15.12, los costos de hospitalización cubierto por el paciente S/. 478.97; y cubierto por el seguro S/. 1,105.76; costo global de hospitalización S/. 1,584.73; por su parte Fano, Hernández y Falcón (2012), señalan que la ubicación pulmonar del quiste (39.9%), fue la de mayor ocurrencia; y que el costo total de atención es de S/. 369,480. Los costos promedios de atención fueron: pacientes hospitalizados con cirugía, S/. 2,583.8; hospitalizados sin cirugía, S/. 844.1; sin hospitalización, S/. 248.9. El costo de farmacia engloba el 53.7% del total; por su parte Pérez (2007) señala que los costos totales institucionales/año es de \$ 10,268.58; el costo total de tratamiento médico y quirúrgico es de \$ 9´140,629. El Impacto económico total que ocasiona la hidatidosis en el país, estaría alrededor de \$ 178´705,058 dólares USA/año.

Según nuestros resultados con respecto a los pacientes afiliados al SIS subsidiado, hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis encontramos que el 45.9%

corresponden al grupo etáreo de 10 a 14 años, y de acuerdo al sexo el 51.4% corresponden al sexo masculino; estos resultados están en relación a un diagnóstico tardío de la enfermedad que es de carácter crónico, y que los síntomas se presentan cuando el quiste ha crecido y en algunos casos estarían complicados, y comprometido algún órgano interno del niño que pone en riesgo su vida; teniendo en cuenta que la enfermedad generalmente es adquirida en etapas tempranas de vida, al tener contacto con perros parasitados con la *Tenia Equinococcus granulosus*; con respecto a los pacientes que financian su propia atención, encontramos que, según grupo etáreo, el mayor número de casos se concentra en pacientes de 5-9 años (75%). Fano et al. (2012), en su estudio determina que el rango de edad de los pacientes hospitalizados por hidatidosis fue de 5 a 9 años (48.2 %).

Las estadísticas encontradas demuestran que los pacientes atendidos en el INSN por el SIS subsidiado con diagnóstico de hidatidosis proceden de zonas endémicas como, la región Junín (29,4%), Ayacucho (20,6%) y Pasco (14,7%); y según categoría social, el 51,36% de pacientes corresponden a la categoría pobre y el 40,54% corresponden a la categoría pobre extremo. Sobre este tema Pérez (2007), obtiene que la tasa de hidatidosis humana en el Perú sería de 11/100,000 habitantes (2005), con predominio en regiones como Pasco 79/100,000, Huancavelica 39/100,000, Arequipa 29/100,000, Junín 24/100,000, Puno 24/100,000, Cusco, Ica, Apurímac, Ayacucho y Lima en menor proporción.

Del total de gasto de bolsillo en salud (GBS), el 75% financio su tratamiento en el servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) y el 11 % por pago directo (PD-pagante), se observa también que pacientes que ingresaron en la categoría no pobres recibieron beneficios en un 14% por exoneraciones, donaciones y programas.

Resumiendo, con referencia al análisis realizado el 91,9% de pacientes con diagnóstico de hidatidosis se encuentran afiliados al SIS subsidiado, y el 8,1%

financian el tratamiento de la hidatidosis por GBS; de acuerdo al gasto total de afiliados al SIS subsidiado la cobertura garantiza el financiamiento del 99% (S/. 232494,00 = US\$ 81864,00) del gasto del tratamiento y protege a las familias del financiamiento de GBS por copagos que es del 1% (S/. 1395,57 = US\$ 491,40). El GBS total en pacientes no afiliados al SIS es de 86% (S/. 31051,14 = US\$ 10934,00); de los cuales el 75% (S/. 27172,77 = US\$ 9568,00) financio su tratamiento en el servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) y el 11 % (S/. 3878,37 = US\$ 1366,00) por pago directo (PD-pagante); finalmente se observa que la exoneración de pago es de 14% (S/. 3000,63 = US\$ 1050,57).

El gasto o consumo total para el tratamiento de la hidatidosis es de S/. 267941,34 = US\$ 94345,20, que en promedio por pacientes seria de S/. 7241,66 = US\$ 2549,88. La estancia hospitalaria promedio es de 37,35 días (la estancia mínima es de 02 días: corresponde a paciente SIS con diagnóstico de hidatidosis hepática sin intervención quirúrgica y la estancia máxima es de 188 días: corresponde a paciente SIS con diagnóstico de hidatidosis diseminada con dos intervenciones quirúrgicas. Fano et al. (2012), en su estudio determina que el promedio de estancia hospitalaria es de 34 días (rango de 2 a 227 días).

Los estudios de hidatidosis o equinococosis quística, como zoonosis parasitaria endémica en Perú, son la base para el desarrollo y fortalecimiento de un programa de prevención y control. Farias y Medina (2011), demuestran con su estudio que el diagnóstico temprano de la hidatidosis implica un gasto promedio por niño de US\$ 35,00 (p. 53); resultando beneficioso para el estado y la comunidad realizar tamizajes en poblaciones escolares de zonas endémicas para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, que evite el crecimiento del quiste que puede generar complicaciones, riesgos para la salud y un mayor gasto por la intervención quirúrgica, sumado a los costos indirectos, que sumerge en la pobreza a las familias afectadas por esta enfermedad.



## **V. Conclusiones**

Al analizar los resultados concluimos:

- Primera:** La cobertura prestacional del total de pacientes con diagnóstico de hidatidosis el 91,9%, se encuentran afiliados al SIS subsidiado y el 8,1% financia su tratamiento con recursos propios o gasto de bolsillo en salud (GBS); y del total de pacientes afiliados al SIS se observa que el SIS subsidiado financio el 99% (S/. 232494,00 = US\$ 81864,00) del gasto total, se concluye que la cobertura prestacional del SIS subsidiado garantiza el financiamiento del tratamiento de la hidatidosis.
- Segunda:** La cobertura prestacional del total de pacientes afiliados al SIS subsidiado se observa que el 1% (S/.1395,57 = US\$ 491,40) del gasto corresponde a financiamiento por copagos; se concluye que la cobertura prestacional del SIS protege a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado a gasto de bolsillo por copagos en salud.
- Tercera:** Del total de pacientes que financian su tratamiento con gasto de bolsillo en salud, el 11% (S/. 3878,37 = US\$ 1366.00) del gasto total se generó por atención en la modalidad de pago directo; se concluye que los pacientes atendidos en esta modalidad pertenecen a la categoría social de no pobres, no afiliados al SIS subsidiado; sin embargo en el estudio también se observa que pacientes beneficiarios del SIS subsidiado realizaron financiamiento a través de uso del pago directo (PD-pagantes) en un 0,37% (S/. 519,00= US\$ 182,75); esto podría deberse a fallas en la filtración de pacientes adscritos al SIS, que permite que personas en la categoría de clasificación socioeconómica de no pobres tengan acceso al SIS que es para población en condiciones de pobreza y pobreza extrema.

**Cuarta:** Al análisis del total de pacientes que financian su tratamiento con gasto de bolsillo en salud (GBS), el 75% (S/. 27172,77 = US\$ 9568.00) del gasto total se generó por atención en el servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica); se concluye que los pacientes atendidos en el SBTD-clínica pertenecen a la categoría social de no pobres, no adscritos al SIS; sin embargo en el estudio también se observa que pacientes beneficiarios del SIS subsidiado realizaron financiamiento a través de uso del servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) que representa un gasto del total de 0,63% (S/. 876,57 = US\$ 308,65); esto podría deberse a fallas en la filtración de pacientes afiliados al SIS subsidiado, que permite que personas en la categoría de clasificación socioeconómica de no pobres tengan acceso al SIS que es para población en condiciones de pobreza y pobreza extrema. Un afiliado al SIS subsidiado, no estaría en capacidad de acceder a servicios de salud privado en condición de pagante.

**Quinta:** Al análisis del total de pacientes en la categoría de clasificación socioeconómica de no pobres que financian su tratamiento con recursos propios o gasto de bolsillo en salud, el 14% (S/. 3000,63 = US\$ 1056,57) del gasto total fue cubierto por exoneraciones de pago; de los cuales el 4% (S/. 808,00 = US\$ 284,51) ingresaron como pagantes y el 10% (S/. 2192,63 = US\$ 772,06) ingresaron por el SBTD-clínica. El financiamiento de pago por exoneraciones es asumido por la captación de recursos directamente recaudados (RDR) de la institución, por donaciones y transferencias, y programas presupuestales. Se concluye que las familias de pacientes que ingresan financiado su propio tratamiento; recurren a beneficios de financiamiento por exoneraciones de pago en esta categoría, que podrían deberse a agotamiento de recursos destinados a cubrir la canasta básica familiar.

## **VI. Recomendaciones**

Considerando que el Sistema Integral de Salud (SIS), en su calidad de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud Pública (IAFAS), presta los servicios de recepción, captación y gestión de fondos para la cobertura de las atenciones de salud y oferta de cobertura de riesgos de salud a personas que se encuentran en condiciones de pobreza o vulnerabilidad o que no pueden acceder a otros seguros de salud, se recomienda:

**Primera:** Lograr un financiamiento eficiente y equitativo, correspondiéndole al MINSA como ente rector de la salud, tener en cuenta que los problemas sanitarios del país, la reducida cobertura y aumento de la exclusión, la segmentación irracional del sector salud y el desorden administrativo, afectan a los menos favorecidos (MINSA, 2005, p. 4).

**Segunda:** Asegurar que las instituciones del estado no se vean restringidas en su capacidad de atención, y que no genere gastos de bolsillo en población en situaciones de pobreza o pobreza extrema (SIS, 2017, p. 2), de tal manera que exista una cobertura real y eficiente teniendo en cuenta que una menor cobertura del SIS, da lugar a un mayor desembolso por pago directo y a un mayor riesgo de gastos catastróficos y empobrecimiento de las familias que sufren la enfermedad, al destinar recursos propios para la compra de medicina. En este sentido los copagos, es decir el monto pagado por el paciente por la atención recibida (MINSA, 2005, p. 13), deben ser reembolsables, de tal manera que los usuarios del SIS no pierdan su capacidad adquisitiva, para cubrir los costos de la canasta básica familiar.

- Tercera:** Detectar problemas de filtración de asegurados, de tal manera que personas en la categoría de clasificación socioeconómica de no pobres tengan acceso al SIS que es para población en condiciones de pobreza y pobreza extrema.
- Cuarta:** El SBTD del Instituto Nacional de Salud del Niño son prestaciones de servicios de salud que oferta el INSN, a los usuarios que acceden con libertad de elección asumiendo el pago de tarifas diferenciadas que deben servir para sufragar, el costo que demande la atención de pacientes de escasos recursos económicos (INSN, 2016, p.3).
- Quinta:** Tener en cuenta que los gastos de bolsillo en salud, pueden provocar gastos catastróficos hasta niveles de llevar a un hogar hasta un estado de pobreza extrema. Una familia que ingresa como pagante directo, puede terminar solicitando beneficios como exoneraciones de pago, costo que es asumido por la captación de recursos directamente recaudados por la institución, por donaciones y transferencias, y programas presupuestales, se recomienda que el SIS amplíe su cobertura aliviando los casos de pobreza coyuntural.

Las familias afectadas de hidatidosis de todos los estratos sociales, pueden incurrir en gastos catastróficos, por ello es necesario que las instituciones rectoras de la salud, prioricen y fortalezcan una NTS para la prevención y control de la hidatidosis o equinocosis quística, de tal manera que sirva de base para unificar criterios de acción a cada centro de salud en los mecanismos de diagnóstico temprano de la enfermedad, promoción de la salud en la prevención de la hidatidosis sobre todo en áreas geográficas endémicas.

## **VII. Referencias**

- Abul-Naga, R., y Lamiraud, K. (2008). Catastrophic Health Expenditure and Household Well-Being [Gasto catastrófico de salud y bienestar del hogar]. *Working Paper*, 08(03), 1-22. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=75404CE9CDCB499BC595419CB35C4E72?doi=10.1.1.516.6050&rep=rep1&type=pdf>
- Acho, S. y Pezúa, A. (2005). *Gastos de bolsillo en salud en el afiliado al SIS según nivel de pobreza en el periodo 2009-2014*. (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/527>
- Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación Introducción a la metodología científica*. (Sexta edición). Caracas, República Bolivariana de Venezuela: Episteme.
- Banco Central de Reserva del Perú (BCRP). (2018). *Tipo de cambio promedio venta 1950 - 2016*. Elaboración: Gerencia Central de Estudios Económicos. BCRP, SBS. Recuperado de [www.bcrp.gob.pe/docs/Estadisticas/Cuadros-Anuales/ACuadro\\_08.xls](http://www.bcrp.gob.pe/docs/Estadisticas/Cuadros-Anuales/ACuadro_08.xls)
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. (Tercera edición). Bogotá D.C., Colombia: Pearson.
- Calizaya, C. (18 de enero de 2013). *Proyecto de investigación*. [slideshare]. Recuperado de <https://es.slideshare.net/danielitocalizaya/ic-43-proyecto-de-investigacin-planteamiento-del-problema>
- Castro, F. (2003). *El proyecto de investigación y su esquema de elaboración*. (Segunda Edición). Caracas, República Bolivariana de Venezuela: Uyapar.



Coello, E., Blanco, N., y Reyes, Y. (2012). Los paradigmas cuantitativos y cualitativos en el conocimiento de las ciencias médicas con enfoque filosófico-epistemológico. *Edumecentro*, 4(2), 137-146. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742012000200017&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742012000200017&lng=es&tlng=es).

Constitución Política del Perú. Congreso constituyente democrático. Lima, Perú. 29 de diciembre de 1993.

Cucaita, J. (2017, 27 de enero). *Método científico*. [Entrada de blog]. Recuperado de <http://javiercucaitamoreno.blogspot.pe/2017/01/metodo-cientifico.html>

Dulcey, L. (2015, 06 de noviembre). *Método hipotético deductivo*. [Mapas mentales]. Recuperado de <https://www.mindmeister.com/es/551573508/metodo-hipotetico-deductivo-es-el-procedimiento-o-camino-que-sigue-el-investigador-para-hacer-de-su-ac>

El peruano. (2013, 27 de agosto). Declaran de interés nacional la Vigilancia, prevención y control de la Equinococosis Quística/Hidatidosis. R.S. N° 271-2013-PCM. Normas Legales 501857. Recuperado de [http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc02\\_2011\\_2.nsf/0/c2c7cc1c61ee2d8105257bd4004efe2b/\\$FILE/NL20130827.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc02_2011_2.nsf/0/c2c7cc1c61ee2d8105257bd4004efe2b/$FILE/NL20130827.pdf)

Escurra, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6(1-2), 103-111. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555/4534>

- Eusebio, J. (2010). *Gasto de bolsillo en los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud*. (Tesis de Maestría). Recuperado de <https://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/29952/2/JoseEusebioViveros.pdf>
- Fano, P., Hernández, H., y Falcón, N. (2014). Costos de la Atención de Pacientes con Equinococosis Quística Humana en un Hospital de Niños en Lima-Perú, Periodo 2006-2010. *Salud tecnol. vet.* 2(1), 63-70.  
doi: <https://doi.org/10.20453/stv.v2i1.2207>
- Farías, M., y Medina, A. (2011). Estimación del costo para el diagnóstico precoz de la hidatidosis en niños de 5 y 12 años en la provincia de Ñuble, Región del Bío-Bío, Chile. *Revista chilena de infectología*, 28(1), 50-56.  
doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182011000100009>
- Fica, A., y Weitzel, T. (2014). Gastos hospitalarios en pacientes con fascioliasis en fase aguda, hidatidosis de tratamiento quirúrgico y neurocisticercosis en un hospital general en Chile. *Revista chilena de infectología*, 31(4), 406-410.  
doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182014000400005>
- Frias-Navarro, D. (1997). *Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia. España. Recuperado de <https://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Frias-Navarro, D. (s.f.). *La pruebas paramétrica, las pruebas no paramétricas*. Universidad de Valencia. España. Recuperado de <https://www.uv.es/~friasnav/SupuestosParametrica.pdf>

García, R., González, J. y Jornet, J. (s.f.). *SPSS: Pruebas no paramétricas*. Grupo de Innovación Educativa. Universitat de *Valencia*. Recuperado de [http://www.uv.es/innomide/spss/spss/spss\\_0802a.pdf](http://www.uv.es/innomide/spss/spss/spss_0802a.pdf)

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. (Sexta Edición). México D.F.: McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Salud (INS). (2009). Programa de Investigación en Hidatidosis endémica. Evaluación de los costos de tratamiento. [Diapositiva de Power Point]. Recuperado de [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/jer/proginv\\_6/6componente%20actividad%203.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/jer/proginv_6/6componente%20actividad%203.pdf)

Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN). (2014). Equinococosis Quística / Hidatidosis. Declaran de interés nacional la vigilancia, prevención y control. *Salud Pública Veterinaria*, (9), 1-20. Recuperado de [http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/REVISTA\\_SPV\\_IX\\_14-10-14\\_Ok%5B1%5D.pdf](http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/REVISTA_SPV_IX_14-10-14_Ok%5B1%5D.pdf)

INSN. (2016). *Reglamento de funcionamiento del SBTD*. Resolución Directoral N° 298-2016-INSN-DG-OP. Recuperado de <http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/2017-06/R.D.N%C2%B0298-2016-INSN-DG-OP.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2017a). *Evolución de la Pobreza Monetaria*. (Informe Técnico 2007-2016). Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1425/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1425/index.html)

- INEI (2017b). Perú: *Perfil de la Pobreza por dominios geográficos, 2004-2015*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaless/Est/Lib1370/cap03.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1370/cap03.pdf)
- Larrieu, E., Seleiman, M., Herrero, E., Mujica, G., Labanchi, J., Araya, D., Grizmodo, C.,... Santillan, G. (2014). Vigilancia de la equinocosis quística en perros y niños en la provincia de Río Negro, Argentina. *Revista argentina de microbiología*, 46(2), 91-97. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/ram/v46n2/v46n2a04.pdf>
- Lavilla, H. (2012). *Empobrecimiento por Gasto de Bolsillo en Salud. Incidencia del Gasto de Bolsillo en Salud en el Perú, 2006-2009*. (Informe). Recuperado de [http://cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/empobrecimiento\\_por\\_gasto\\_de\\_bolsillo\\_en\\_salud\\_0.pdf](http://cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/empobrecimiento_por_gasto_de_bolsillo_en_salud_0.pdf)
- Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J., y Espinosa-Henao, O. (2016). *El sistema de salud en Perú: situación y desafíos*. Lima, Perú: REP S.A.C.
- Longaray, C. (2010). *Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud*. (Tesis de Maestría). Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2307/1/longaray\\_cc.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2307/1/longaray_cc.pdf)
- López, L. (2016). *Gestión administrativa y calidad de la atención de las prestaciones asistenciales en la clínica jockey salud, surco 2016*. (Tesis de Maestría). Universidad Cesar Vallejo. Perú.
- Luna, G. (2013). *Los gastos catastróficos por motivos de salud en México, los factores socioeconómicos relacionados y la política en salud*. (Tesis de

- Maestría). Recuperado de  
[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/13969/65366\\_LUNA%20RUIZ%20Gabriela.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/13969/65366_LUNA%20RUIZ%20Gabriela.pdf?sequence=1)
- Martínez, R., Tuya, L., Martínez, M., Pérez, A., y Cánovas, A. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2). Recuperado de  
<http://www.redalyc.org/pdf/1804/180414044017.pdf>
- Merea, G. (junio, 2008). El Modelo de Aseguramiento en Salud Superintendencia de EPS. [Diapositiva de Power Point]. Recuperado de  
[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3\\_uibd.nsf/F805C1D64EC94D4C052578F60077C629/\\$FILE/EI\\_Modelo\\_de\\_aseguramiento\\_universal.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/F805C1D64EC94D4C052578F60077C629/$FILE/EI_Modelo_de_aseguramiento_universal.pdf)
- Ministerio de Salud (Minsa). (2009). *Aseguramiento Universal en Salud*. Boletín (1). Recuperado de  
<http://www.minsa.gob.pe/portada/aseguramiento/boletin/boletin1.html>
- Minsa. (2011). *Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad*. Lima, Perú: Aurum Impress sac.
- Minsa. (Febrero, 2014). *Hacia la Cobertura Universal en Salud*. Conferencia Internacional. Lima-Perú: Servicios Gráficos Publicitarios APAR S.R.L. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogc/boletines/MINSA-26-09-15.pdf>
- Monterrey, P. (2012).  $p < 0,05$ , ¿Criterio mágico para resolver cualquier problema o leyenda urbana? *Universitas Scientiarum*, 17(2), 203-215. Recuperado de  
<http://www.scielo.org.co/pdf/unsc/v17n2/v17n2a07.pdf>

- Open Course Ware (OCW). (2009). *La dinámica del gasto público*. [Diapositivas de PowerPoint]. Recuperado de <http://ocw.usal.es/ciencias-sociales-1/hacienda-publica-i/contenidos/presentaciones/tema19.pdf>
- Oficina Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Informe Epidemiológico en la Región de América del Sur. *Informe Equinococosis*, (2), 1-4. Recuperado de [http://www.paho.org/panaftosa/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=informe-equinococosis-2015-501&Itemid=518](http://www.paho.org/panaftosa/index.php?option=com_docman&view=download&slug=informe-equinococosis-2015-501&Itemid=518)
- OMS. (2010). Informe sobre la salud en el mundo 2010. Conferencia Ministerial Internacional sobre financiación de los sistemas de salud. Margaret Chan. 22 de noviembre de 2010. Berlín, Alemania. Recuperado de [http://www.who.int/dg/speeches/2010/Keynote\\_health\\_financing\\_20101122/es/](http://www.who.int/dg/speeches/2010/Keynote_health_financing_20101122/es/)
- OMS. (2014). *Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global*. Ginebra, Suiza: Servicios de Producción de Documentos de la OMS.
- Parella, S., y Martins, F. (2012). *Metodología de la investigación cuantitativa*. Caracas, Venezuela: FEDUPEL.
- Pérez, C. (2007). *Proyecto de control de hidatidosis en el Perú por vigilancia epidemiológica*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Perticara, M. (2008). Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. Cepal. *Serie Políticas Sociales*, (141), 1-68. Santiago de

Chile: Naciones Unidas. Recuperado de

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6146/1/S0800166\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6146/1/S0800166_es.pdf)

Portocarrero, A. (2013). *Apurímac hacia el aseguramiento público en salud: la implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac 2007-2010*. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Ramírez, J. (2012). *Análisis de los principales determinantes de la incidencia de gastos catastróficos de bolsillo en salud para los hogares de México con base en la ENIGH 2010*. (Tesis de Maestría). Recuperado de <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2014/03/TESIS-Ram%C3%ADrez-Garc%C3%ADa-Jos%C3%A9-Bert%C3%ADn.pdf>

Seguro Integral de Salud (SIS). (2017). *Informe final de la comisión interventora del Seguro Integral de Salud (SIS)*. Recuperado de [http://www.minsa.gob.pe/sis/Informe\\_Final\\_SIS2.pdf](http://www.minsa.gob.pe/sis/Informe_Final_SIS2.pdf)

SIS. (2015). *Estudio Financiero Actuarial del Seguro Subsidiado, Semisubsidiado y Semicontributivo del Seguro Integral de Salud*. Lima, Perú: Solvima Graf S.A.C. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3475.pdf>

Solís, R., Sánchez, S., Carrión, M., Samatelo, E., Rodríguez-Zubiate, R., y Rodríguez, M. (2009). Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. *Rev. perú. med. exp. salud pública*, 26(2), 136-144.

Suárez, J. (2010). Desafíos para alcanzar universalidad con equidad en salud en América Latina en el siglo XXI. *Rev Cubana Salud Pública*, 36(3), 248-254.

Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300009&lng=es)

Tam, J., Vera, G. y Oliveros, R. (2008). Tipos, Métodos y estrategias de investigación científica. *Pensamiento y Acción*, (5), 145-154. Recuperado de [http://www.imarpe.pe/imarpe/archivos/articulos/imarpe/oceanografia/adj\\_modela\\_pa-5-145-tam-2008-investig.pdf](http://www.imarpe.pe/imarpe/archivos/articulos/imarpe/oceanografia/adj_modela_pa-5-145-tam-2008-investig.pdf)

Tamayo, M. (2004). *El proceso de investigación científica*. (Cuarta edición). México D.F.: Limusa.

Toledo, R. (02/11/2014). *Tamaño de la muestra*. [Diapositivas PowerPoint]. Recuperado de <https://es.slideshare.net/reyesflores31/1-tamao-muestra>

Díaz, E. (2013). *Manual, normas y orientaciones para la elaboración del trabajo de grado (TG-UAH)*. Recuperado de <https://eddydiaz24.files.wordpress.com/2013/01/manual-seminario-tg-auh.pdf>

Vásquez, E. (2012). *El Perú de los pobres no visibles para el Estado: La inclusión social pendiente a julio del 2012*. (Documento de Discusión. DD/12/04). Recuperado de <http://srvnetappseg.up.edu.pe/siswebciup/Files/DD1204%20-%20Vasquez.pdf>

Vega-Malagón, G., Ávila-Morales, J., Vega-Malagón A., Camacho-Calderón N., Becerril-Santos A. y Leo-Amador G. (2014). Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo. *European Scientific Journal*. 10 (15), 523-528. Recuperado de <https://eujournal.org/index.php/esj/article/download/3477/3240>



## **VIII. Anexos**

**Anexo 1. Artículo científico**



**Cobertura prestacional y gasto de bolsillo en el tratamiento de la hidatidosis del Instituto Nacional de Salud del Niño**

Provisional coverage and out-of-pocket expenses in the treatment of hydatidosis of the National Institute of Child Health

Henry Walter Hernández Isla  
hisla56@gmail.com  
Escuela de Postgrado Universidad Cesar Vallejo - Filial Lima

## RESUMEN

**Objetivo:** Estimar la cobertura prestacional del Seguro Integral de Salud (SIS) y gasto de bolsillo en salud (GBS) para el tratamiento de la hidatidosis del Instituto Nacional de Salud del Niño, 2014. **Metodología:** Investigación básica, enfoque cuantitativo, no experimental, transeccional, descriptivo, la técnica de análisis fue censal y estuvo compuesta por 37 pacientes. Se utilizaron dos nuevos instrumentos para la recopilación de datos y el software SPSS 24.0 para el análisis estadístico. **Resultados:** Los beneficiarios del SIS subsidiado fueron de 91.9% y el GBS de 8.1%; de acuerdo con el gasto total, la cobertura del SIS garantiza el 99% del financiamiento del tratamiento; los copagos fueron del 1%; el total de GBS en pacientes no SIS fue del 86% y la cobertura de exoneraciones fue del 14%.

**Palabras clave:** Hidatidosis, cobertura de servicios públicos de salud.

## ABSTRAT

**Objective:** Estimate the benefit coverage of the Comprehensive Health Insurance (SIS) and out-of-pocket health expenditure (GBS) for the treatment of hydatid disease of the National Institute of Child Health, 2014. **Methodology:** Basic research, quantitative approach, non-experimental, transectional, descriptive, the analysis technique was census and was composed of 37 patients. Two new instruments were used for data collection and SPSS 24.0 software for statistical analysis. **Results:** The beneficiaries of the subsidized SIS were 91.9% and the GBS of 8.1%; according to the total expense, the coverage of the SIS guarantees 99% of the financing of the treatment; co-payments were 1%; total GBS in non-SIS patients was 86% and coverage of exonerations was 14%.

**Key word:** Hydatidosis, coverage of public health services

**Introducción.** La hidatidosis o equinococosis quística es una zoonosis parasitaria de importancia en salud pública, ocasionada por la Tenia *Echinococcus granulosus*, que requiere de dos hospederos para completar su ciclo biológico: el perro (hospedero definitivo) y el ovino (hospedero intermediario) (Larrieu et al., 2014, p. 92). En Perú, el mayor número de casos de hidatidosis, se presentan en la sierra central y sierra sur, “especialmente Junín (2866 casos), Huancavelica (2306 casos), Arequipa (404 casos), Ayacucho (324 casos) y Puno (462 casos), aunque existen casos reportados en el 2015 en todas las regiones del país” (OPS/OMS, 2015, p. 3).

Según Restrepo (2016) y Ministerio de Salud (2014) citados por Lazo-Gonzales; Alcalde-Rabanal y Espinosa-Henao (2016), el presupuesto general de la república en salud se ha incrementado del 2006 al 2014 de 4,6 a 5,5% (p. 48); y la cobertura de aseguramiento de salud aumento del 64,5% en el 2011 al 72,9% en el 2015 (p. 47). En relación al gasto de bolsillo, el Minsa (2014) señala que continua siendo alto a pesar de haber disminuido del 41% (2008), al 29% (2014) (p. 52).

Fano, Hernández y Falcón (2012), realizan un estudio con el objetivo de evaluar los costos directos en los que incurren los familiares de los pacientes y el impacto económico sobre el erario nacional a causa del tratamiento de *Equinococosis quística humana* (EQH); encontraron que de 143 pacientes con EQH el 88,1% los costos fueron asumidos por el SIS (estatal) y el 11,9% fue autofinanciado. El Instituto Nacional de salud (2009), realizó una evaluación del impacto económico de la equinococosis quística (EQ) en tres regiones endémicas (Puno, Huancavelica, Junín) y una región de referencia (Lima), determinando los costos de hospitalización cubiertos por el paciente (S/. 478.97 = 30,22%); y cubiertos por el seguro (S/.1,105.76 = 69,78%); costo global de hospitalización (S/.1,584.73). Pérez (2007), realizó un estudio con el objetivo de diseñar un programa de control de la hidatidosis en el Perú, determinando que el Impacto económico total que produce la hidatidosis en el país, estaría alrededor de \$ 178´705,058 dólares USA/año.

El estudio tiene como objetivo estimar la cobertura prestacional del SIS subsidiado y el gasto de bolsillo en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), 2014.

**Metodología.** El diseño de investigación es no experimental, transeccional, descriptivo, enfoque cuantitativo, de tipo básico, utiliza el método hipotético deductivo.

La población estuvo conformada por 37 historias clínicas (unidades de análisis) de pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el Instituto Nacional de Salud del Niño, durante el año 2014. Por el número de pacientes que conforman la población, el método de muestreo es censal.

La información, se recolectó en dos instrumentos de medición elaborados expresamente para determinar la cobertura prestacional del SIS subsidiado y el gasto de bolsillo en salud para el tratamiento de la hidatidosis por paciente, de acuerdo con los objetivos de la investigación, validado por profesionales de la salud del Instituto Nacional de Salud del Niño.

La información recolectada, fue transferida a una base de datos en el programa Microsoft Excel 2013, con el propósito de efectuar ajustes y codificar los datos de acuerdo a los objetivos de la investigación. El análisis estadístico de las variables de investigación se realizó a través del Software IBM SPSS® Statistics 24.0, haciendo uso de tablas de distribución de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencias central (media, mediana y moda), medidas de variabilidad (desviación estándar). Los resultados obtenidos se presentaron en histogramas, cuadros y gráficas, con el propósito de valorar la cobertura financiera del SIS subsidiado y el gasto de los hogares para el tratamiento de la hidatidosis en el INSN.

**Resultados.** El estudio estuvo conformado por 37 historias clínicas de pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), durante el año 2014, de los cuales el 91,9% son beneficiarios del SIS subsidiado; y el 8,1% demandan gasto de bolsillo en salud (GBS); de los cuales el 2,7% corresponde atención por servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) y el 5,4% por pago directo (PD-pagante).

Se registra una cobertura total del SIS subsidiado de US\$ 81864,00 (99%); se observa a la vez que pacientes adscritos al SIS subsidiado realizaron copagos US\$ 491,40 (1%). De acuerdo al diagnóstico se observa que el mayor consumo hospitalario se registra en hidatidosis hepática-pulmonar unilateral con el 29% (US\$ 24059,00). La mayor cobertura corresponde al servicio de hospitalización 48,80% (US\$ 39941,23) que incluye costos por estancia hospitalaria e intervención quirúrgica.

Se registra un consumo total del gasto de bolsillo en salud (GBS) de US\$ 10934,00 (86%), de los cuales el SBTD-clínica registra un consumo de US\$ 9568,00 (75%), y PD-pagante registra un consumo de 1366,00 (11%); se observa a la vez que pacientes pagantes, fueron beneficiados con financiamiento a través de exoneraciones de pago (4% = US\$ 284,51), donaciones de medicinas (2% = US\$ 137,80) y cobertura de programas a través de la compra de insumos el (8% = US\$ 634,26); que suman un 14% del gasto total (US\$ 1056,57). De acuerdo al diagnóstico se observa que el mayor consumo hospitalario se registra en hidatidosis pulmonar bilateral con el 69,71% (US\$ 7622,10). El mayor gasto del total corresponde al servicio de farmacia en insumos US\$ 1407,31 (12,88%), y hospitalizados US\$ 7536,95 (68,93%) que incluye costos por estancia hospitalaria e intervención quirúrgica.

**Tabla 1**

*Resumen: cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS subsidiado y gasto de bolsillo en salud (GBS): servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) y pago directo (PD-pagante), en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, según costos totales de atención por diagnóstico, incluye copagos y beneficios por exoneraciones, donaciones y programas, 2014*

Diagnóstico	Casos			Tipo de financiamiento							Total	US\$
	Total	Total casos SIS	Total casos GBS	SIS subsidiado	Copagos	Gasto de bolsillo en salud (GBS)			Exoneraciones, donaciones y programas			
				Subtotal	Subtotal	SBTD-clínica	PD-pagante	Subtotal	Subtotal			
				S/.	S/.	S/.	S/.	S/.	S/.			
Hidatidosis hepática	10	10	--	28982,00	150,00	--	--	--	--	29132,00	10257,75	
Hidatidosis pulmonar unilateral	08	07	01	49604,00	116,79	--	2411,76	2411,76	808,00	52940,55	18641,04	
Hidatidosis pulmonar bilateral	02	01	01	10694,00	--	21176,76	470,00	21646,76	1402,52	33743,28	11881,44	
Hidatidosis hepática-pulmonar unilateral	11	10	01	68327,00	1020,78	5996,01	996,61	6992,62	790,11	77130,51	27158,63	
Hidatidosis hepática-pulmonar bilateral	02	02	--	36648,00	--	--	--	--	--	36648,00	12904,23	
Hidatidosis diseminada	03	03	--	36284,00	108,00	--	--	--	--	36392,00	12814,08	
Hidatidosis otras	01	01	--	1954,00	--	--	--	--	--	1954,00	688,03	
Total S/.	37	34	3	232494,00	1395,57	27172,77	3878,37	31051,14	3000,63	267941,34	94345,20	
Total US\$	100%	91,9%	8,1%	81864,00	491,00	9568,00	1366,00	10934,00	1056,20	94345,20		
%				99%	1%	75%	11%	86%	14%			

*Nota:* Estrategia Sanitaria de zoonosis/OEI/Unidad de manejo de seguros públicos y privados - INSN

En la Tabla 1, se observa que el 91,9% de casos de hidatidosis en el INSN, recibieron cobertura del SIS subsidiado y el 8,1% financiaron su tratamiento con gasto de bolsillo en salud (GBS). Del total de atenciones SIS se observa que el 1% del gasto corresponde a copagos y el 99% recibieron cobertura total del SIS. Del total de gasto de bolsillo en salud (GBS), el 75% financio su tratamiento en el servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) y el 11 % por pago directo (PD-pagante), se observa a la vez que pacientes que ingresaron en la categoría no pobres recibieron beneficios en un 14% por exoneraciones, donaciones y programas.

**Discusión.** El estudio nos ha permitido estimar la cobertura prestacional del régimen de financiamiento del SIS subsidiado y el gasto de bolsillo en el tratamiento de hidatidosis en el Instituto Nacional de Salud del Niño durante el año 2014. Del total de pacientes atendidos, el 91,9% son pacientes beneficiarios del SIS subsidiado y el 8,1% demandan gasto de bolsillo en salud (GBS); al respecto Fano, Hernández y Falcón (2012), determinan que en el tratamiento de la hidatidosis, el 88.1% de los casos los costos fueron asumidos por el SIS (estatal) y el 11.9% fue autofinanciado, cifras que darían a entender que la cobertura del SIS subsidiado ha mejorado en el 2014; por su parte el Instituto Nacional de salud (2009), determina que el costo global de hospitalización es de S/. 1,584.73, de los cuales los costos de hospitalización cubierto por el paciente es de S/. 478.97 (30,22%); y cubierto por el seguro S/. 1,105.76 (69,78%). Con respecto al consumo total en pacientes afiliados al SIS, se observa que el SIS subsidiado financio el tratamiento de hidatidosis en un 99% (US\$ 81864,00), y el 1% (US\$ 491,40), financio su tratamiento a través de copagos; con los datos hallados se puede deducir que en el INSN, la cobertura prestacional del SIS garantiza el financiamiento subsidiado del tratamiento de la hidatidosis y protege a las familias del gasto de bolsillo. En el estudio se observa que pacientes beneficiarios del SIS subsidiado hicieron uso del servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) que representa un gasto del total de 0,63% (US\$ 308,65) y usaron la modalidad de pago directo (PD-pagantes) de 0,37% (US\$ 182,75); sobre este punto Acho y Pezúa (2005), señalan que al determinar el gasto de bolsillo del afiliado al SIS, dejan ver un sector de salud poco fortalecido. A la inversa se determina que pacientes atendidos en la categoría de pagantes a través del SBTD-clínica recibieron donaciones de medicinas e insumos a través de los programas presupuestales en US\$ 772,06 (10,47%) y PD-pagante recibieron exoneraciones de pago por diagnóstico por imágenes y hospitalización en US\$ 284,51 (3,86%). La suma total de beneficios es US\$ 1056,57 (14,0%), en relación al costo total. Esto demostraría que personas que acudieron como pagantes a instituciones del estado, para el tratamiento de la hidatidosis, terminan agotando sus recursos económicos.



**Conclusiones.** La cobertura prestacional del total de pacientes con diagnóstico de hidatidosis, el 91,9%, se encuentran afiliados al SIS subsidiado y el 8,1% financia su tratamiento con recursos propios o gasto de bolsillo en salud (GBS); y del total de pacientes afiliados al SIS, el SIS subsidiado financio el 99% (US\$ 81864,00) del gasto total, y el 1% (US\$ 491,40) del gasto corresponde a financiamiento por copagos; se concluye que la cobertura prestacional del SIS subsidiado garantiza el financiamiento del tratamiento de la hidatidosis y protege a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado a gasto de bolsillo por copagos en salud.

Del total de pacientes que financian su tratamiento con gasto de bolsillo en salud, el 11% (US\$ 1366,00) del gasto total se generó por atención en la modalidad de pago directo; el 75% (US\$ 9568,00) por atención en el servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica); el 14% (US\$ 1056,57) del gasto total fue cubierto por exoneraciones de pago; de los cuales el 4% (US\$ 284,51) ingresaron como pagantes y el 10% (US\$ 772,06) ingresaron por el SBTD-clínica.

En el estudio se observa que pacientes beneficiarios del SIS subsidiado realizaron financiamiento a través de uso del pago directo (PD-pagantes) en un 0,37% (US\$ 182,75); y a través de uso del servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) en un 0,63% (US\$ 308,65). Un afiliado al SIS subsidiado, no estaría en capacidad de acceder a servicios de salud privado en condición de pagante.

La investigación realizada contribuye al conocimiento de la cobertura prestacional del régimen de financiamiento subsidiado del SIS y el gasto de salud financiado por los hogares o “gasto de bolsillo en salud” para el tratamiento de la hidatidosis. Se pretende con los resultados encontrados en la investigación, se logre disminuir el impacto económico que ocasiona la hidatidosis en las familias, a través de estrategias de prevención, diagnóstico temprano y flexibilización de la cobertura prestacional hacia población en riesgo de caer en umbrales de pobreza o exclusión.

## Referencias

- Acho, S. y Pezúa, A. (2005). *Gastos de bolsillo en salud en el afiliado al SIS según nivel de pobreza en el periodo 2009-2014*. (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/527>
- Fano, P., Hernández, H., y Falcón, N. (2014). Costos de la Atención de Pacientes con Equinococosis Quística Humana en un Hospital de Niños en Lima-Perú, Periodo 2006-2010. *Salud tecnol. vet.* 2(1), 63-70.  
doi: <https://doi.org/10.20453/stv.v2i1.2207>
- Instituto Nacional de Salud (INS). (2009). Programa de Investigación en Hidatidosis endémica. Evaluación de los costos de tratamiento. [Diapositiva de Power Point]. Recuperado de [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/jer/proginv\\_6/6componente%20actividad%203.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/jer/proginv_6/6componente%20actividad%203.pdf)
- Larrieu, E., Seleiman, M., Herrero, E., Mujica, G., Labanchi, J., Araya, D., Grismado, C.,... Santillan, G. (2014). Vigilancia de la equinococosis quística en perros y niños en la provincia de Río Negro, Argentina. *Revista argentina de microbiología*, 46(2), 91-97. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/ram/v46n2/v46n2a04.pdf>
- Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J., y Espinosa-Henao, O. (2016). *El sistema de salud en Perú: situación y desafíos*. Lima, Perú: REP S.A.C.
- Ministerio de Salud (Minsa). (Febrero, 2014). *Hacia la Cobertura Universal en Salud*. Conferencia Internacional. Lima-Perú: Servicios Gráficos Publicitarios APAR

S.R.L. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogc/boletines/MINSA-26-09-15.pdf>

Oficina Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Informe Epidemiológico en la Región de América del Sur. *Informe Equinococosis*, (2), 1-4. Recuperado de [http://www.paho.org/panaftosa/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=informe-equinococosis-2015-501&Itemid=518](http://www.paho.org/panaftosa/index.php?option=com_docman&view=download&slug=informe-equinococosis-2015-501&Itemid=518)

Pérez, C. (2007). *Proyecto de control de hidatidosis en el Perú por vigilancia epidemiológica*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

**DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y AUTORIZACIÓN  
PARA LA PUBLICACIÓN DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO**

Yo, Henry Walter Hernandez Isla, egresado del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado con DNI N° 15754751, con el artículo titulado:

“Cobertura prestacional y gasto de bolsillo en el tratamiento de la hidatidosis del  
Instituto Nacional de Salud del Niño”

Declaro bajo juramento que:

- 1) El artículo pertenece a mi autoría.
- 2) El artículo no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) El artículo no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para alguna revista.
- 4) De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.
- 5) Si, el artículo fuese aprobado para su publicación en la Revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Postgrado, de la Universidad César Vallejo, la publicación y divulgación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Lima, 18 de setiembre del 2018

---

Henry Walter Hernández Isla  
D.N.I. N° 15754751



## Anexo 2. Matriz de consistencia


**Título:** "Cobertura prestacional y gasto de bolsillo en el tratamiento de la hidatidosis del Instituto Nacional de Salud del Niño"

**Autor:** Br. Henry Walter Hernandez Isla e-mail: hisla56@gmail.com cel. 999 529 364

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
<b>Problema General:</b> ¿Cuál es la cobertura prestacional del SIS subsidiado y el gasto de bolsillo en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014?	<b>Objetivo general:</b> Estimar la cobertura prestacional del SIS subsidiado y el gasto de bolsillo en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014.	<b>Hipótesis general:</b> La cobertura prestacional del SIS subsidiado garantiza el tratamiento de la hidatidosis y protege a las familias del gasto de bolsillo en pacientes del INSN, 2014.	<b>Variable 1:</b> Cobertura prestacional del SIS para el tratamiento de la hidatidosis				
<b>Problemas Específicos:</b> ¿Cuál es el gasto de bolsillo por copagos en el tratamiento de la hidatidosis, en pacientes del INSN, 2014?	<b>Objetivos específicos:</b> Estimar el gasto de bolsillo por copagos en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014.	<b>Hipótesis específicas:</b> La cobertura prestacional del SIS subsidiado protege a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado a gasto de bolsillo por copagos en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014.	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Niveles y rangos</b>
¿Cuál es el gasto de bolsillo por pago directo (PD-pagante) en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014?	Estimar el gasto de bolsillo por pago directo (PD-pagante) en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014.	El gasto de bolsillo por pago directo (PD-pagante) se da en pacientes no afiliados al SIS y que pertenecen a la categoría socioeconómica de no pobres, en el tratamiento de la hidatidosis del INSN, 2014.	SIS Subsidiado	Hidatidosis hepática Hidatidosis pulmonar UN Hidatidosis pulmonar BL Hidatidosis hepática-pulmonar UN Hidatidosis hepática-pulmonar BL Hidatidosis diseminada Hidatidosis otras	15	Nominal	1-15
¿Cuál es el gasto de bolsillo por servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014?	Estimar el gasto de bolsillo por el servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014.	El gasto de bolsillo por servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) se da en pacientes no afiliados al SIS y que pertenecen a la categoría socioeconómica de no pobres, en el tratamiento de la hidatidosis del INSN, 2014.	<b>Variable 2:</b> Gasto de bolsillo en salud (GBS) para el tratamiento de la hidatidosis				
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Niveles y rangos</b>
			Copagos	Hidatidosis hepática Hidatidosis pulmonar UN Hidatidosis pulmonar BL Hidatidosis hepática-pulmonar UN Hidatidosis hepática-pulmonar BL Hidatidosis diseminada Hidatidosis otras	15	Nominal	1-15
			Servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-Clínica)	Hidatidosis hepática Hidatidosis pulmonar UN Hidatidosis pulmonar BL Hidatidosis hepática-pulmonar UN Hidatidosis hepática-pulmonar BL Hidatidosis diseminada Hidatidosis otras	15	Nominal	1-15

¿Cuál es la cobertura por exoneraciones de pago en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes del INSN, 2014?	Estimar la cobertura por exoneraciones de pago en el tratamiento de la hidatidosis en pacientes no afiliados al SIS del INSN, año 2014.	hidatidosis en pacientes del INSN, 2014.	Servicio bajo pago directo (SBPD-pagante)	Hidatidosis hepática Hidatidosis pulmonar UN Hidatidosis pulmonar BL Hidatidosis hepática-pulmonar UN Hidatidosis hepática-pulmonar BL Hidatidosis diseminada Hidatidosis otras	15	Nominal	1-15
		La cobertura por exoneración de pago se da en familias de pacientes que financian el tratamiento de la hidatidosis por pago directo (PD-pagante) y por el servicio bajo tarifario diferenciado (SBTD-clínica) del INSN, 2014.	Exoneraciones,	Hidatidosis hepática Hidatidosis pulmonar UN Hidatidosis pulmonar BL Hidatidosis hepática-pulmonar UN Hidatidosis hepática-pulmonar BL Hidatidosis diseminada Hidatidosis otras	15	Nominal	1-15
<b>Nivel - Diseño de investigación</b>	<b>Población y muestra</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>		<b>Estadística a utilizar</b>			
<p><b>Nivel:</b></p> <p>El estudio se precisa como una investigación de tipo básica.</p> <p><b>Enfoque:</b></p> <p>El estudio utiliza el enfoque cuantitativo.</p> <p><b>Método:</b></p> <p>El estudio se fundamenta en el método hipotético deductivo.</p> <p><b>Diseño:</b></p> <p>El estudio hace uso del diseño no experimental, transeccional, descriptivo.</p>	<p><b>Población:</b></p> <p>La población de estudio, estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de hidatidosis hospitalizados en el INSN, durante el año 2014</p> <p><b>Tipo de muestreo:</b></p> <p>Las unidades de análisis son las historias clínicas de pacientes hospitalizados con diagnóstico de hidatidosis en el INSN, durante el año 2014; y Por el número de pacientes hospitalizados el método de muestreo es censal.</p> <p><b>Tamaño de muestra:</b></p> <p><math>N</math> (Tamaño de la población) = <math>n</math> (Tamaño de la muestra) = 37</p>	<p><b>Variable 1:</b></p> <p><b>Técnica:</b> Técnica de recolección de datos</p> <p><b>Instrumento:</b></p> <p>Ficha de recolección de datos: Cobertura prestacional del SIS subsidiado para el tratamiento de la hidatidosis Autor: Elaboración propia Año: 2014 Monitoreo: A demanda Ámbito de Aplicación: Para casos de pacientes con diagnóstico de hidatidosis que cuentan con SIS Forma de Administración: Individual</p> <p><b>Variable 2:</b></p> <p><b>Técnica:</b> Técnica de recolección de datos</p> <p><b>Instrumentos:</b></p> <p>Ficha de recolección de datos: Gasto de bolsillo en salud (GBS) para el tratamiento de la hidatidosis Autor: Elaboración propia Año: 2014 Monitoreo: A demanda Ámbito de Aplicación: Para casos de Hidatidosis Forma de Administración: Individual</p>	<p>Se hará uso del Software estadístico SPSS versión 24.</p> <p><b>Análisis estadístico descriptivo:</b></p> <p>Utiliza tablas de distribución de frecuencias, medidas de tendencia central (media), medidas de variabilidad (desviación estándar), tablas y figuras.</p> <p><b>Análisis estadístico inferencial:</b></p> <p>Utiliza pruebas no paramétricas (Rho de Spearman)</p> <p>Se decide realizar una investigación de tipo descriptiva, al determinar que la prueba de hipótesis es causante de inconsistencia demostrada en los resultados [<math>\rho = +0,50</math> <math>p</math>-valor = <math>0,67</math> (<math>&gt;0,05</math>)] (Anexo 7. Rho de Spearman).</p>				

### Anexo 3. Permiso de la institución donde se realiza el estudio

	<b>PERÚ</b>	<b>Ministerio de Salud</b>	<b>Instituto Nacional de Salud del Niño- Breña</b>	"Año del diálogo y de la reconciliación nacional"
---	-------------	--------------------------------	--	--

**AUTORIZACION**

Se autoriza a:

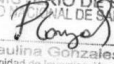
**Henry Walter Hernández Isla**, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, sede Lima Norte; a realizar el trabajo de investigación titulado:

**"Cobertura prestacional y gasto de bolsillo en el tratamiento de la hidatidosis del Instituto Nacional de Salud del Niño"**

EL cual se llevara a cabo en la Unidad de Investigación de Epidemiología y Análisis Situación de Servicio del Instituto Nacional de Salud del Niño, bajo responsabilidad de hacer entrega de los avances y resultados de la investigación a la institución.

Lima, 14 de febrero de 2018

Atentamente.



**MINISTERIO DE SALUD**  
**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO**  
**Dra. Paulina González Saldarña**  
Jefe de la Unidad de Investigación de Epidemiología y Análisis Situación de Servicio - INSN  
C.M.P. 17755 R.E.P. 8173

c.c. Archivo

[www.isn.gob.pe](http://www.isn.gob.pe)  
 Of. Epidemiología

Av. Brasil 600  
 Breña, Lima 05, Perú  
 Central (511) 330-0066  
 insn@isn.gob.pe










Anexo 5. Validez de los instrumentos

Apellidos y nombres del juez validador: Amoretti Alvino, Pedro Miguel



**UCV**  
UNIVERSIDAD  
CARRUPISO

ESCUELA DE POSTGRADO

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE FINANCIAMIENTO DEL SIS**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
1	DIMENSIÓN 1: SIS SUBSIDIADO							
1	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
2	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
3	Imágenes Radiología	X		X		X		
4	Imágenes Ecografía	X		X		X		
5	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
6	Imágenes TAC	X		X		X		
7	Imágenes TEM	X		X		X		
8	Imágenes Urotem	X		X		X		
9	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
10	Análisis Procedimientos	X		X		X		
11	Análisis Laboratorio	X		X		X		
12	Farmacia Insumos	X		X		X		
13	Farmacia Medicinas	X		X		X		
14	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
15	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** *SUFICIENTE*


**Opinión de aplicabilidad:**   Aplicable    No aplicable

**Apellidos y nombres del juez validador.** Dr. / Mg.: *Amoretti Alvino Pedro Miguel*      DNI: *080.153.86*

**Especialidad del validador:** *Medico Radiólogo - Mg. Gerencia en Salud*

02 de marzo del 2018



**Firma del Experto Informante.**  
Instituto Nacional De Salud Del Niño

Dr. PEDRO MIGUEL AMORETTI ALVINO  
Médico Radiólogo  
Jefe Del Departamento De Diagnóstico, Medicina Y Atención Al Diagnóstico Por Imágenes  
CNP: 21926-RNE: 10218

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL GASTO DE BOLSILO EN SALUD (GBS)

N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: COPAGOS</b>								
16	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
17	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
18	Imágenes Radiología	X		X		X		
19	Imágenes Ecografía	X		X		X		
20	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
21	Imágenes TAC	X		X		X		
22	Imágenes TEM	X		X		X		
23	Imágenes Urotem	X		X		X		
24	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
25	Análisis Procedimientos	X		X		X		
26	Análisis Laboratorio	X		X		X		
27	Farmacia Insumos	X		X		X		
28	Farmacia Medicinas	X		X		X		
29	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
30	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		
<b>DIMENSIONES / items</b>								
<b>DIMENSIÓN 2: PAGO DIRECTO</b>								
31	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
32	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
33	Imágenes Radiología	X		X		X		
34	Imágenes Ecografía	X		X		X		
35	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
36	Imágenes TAC	X		X		X		
37	Imágenes TEM	X		X		X		
38	Imágenes Urotem	X		X		X		
39	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
40	Análisis Procedimientos	X		X		X		
41	Análisis Laboratorio	X		X		X		
42	Farmacia Insumos	X		X		X		
43	Farmacia Medicinas	X		X		X		
44	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
45	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		
<b>DIMENSIONES / items</b>								
<b>DIMENSIÓN 3: SERVICIO BAJO TARIFARIO DIFERENCIADO O CLÍNICA</b>								
46	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
47	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
48	Imágenes Radiología	X		X		X		
49	Imágenes Ecografía	X		X		X		
50	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
51	Imágenes TAC	X		X		X		
52	Imágenes TEM	X		X		X		
53	Imágenes Urotem	X		X		X		
54	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
55	Análisis Procedimientos	X		X		X		
56	Análisis Laboratorio	X		X		X		
57	Farmacia Insumos	X		X		X		
58	Farmacia Medicinas	X		X		X		
59	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
60	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		

N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
<b>DIMENSION 1: EXONERACIONES</b>								
61	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
62	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
63	Imágenes Radiología	X		X		X		
64	Imágenes Ecografía	X		X		X		
65	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
66	Imágenes TAC	X		X		X		
67	Imágenes TEM	X		X		X		
68	Imágenes Urotem	X		X		X		
69	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
70	Análisis Procedimientos	X		X		X		
71	Análisis Laboratorio	X		X		X		
72	Farmacología Insumos	X		X		X		
73	Farmacología Medicinas	X		X		X		
74	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
75	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): *SUFICIENTE*

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]**      **Aplicable después de corregir [ ]**      **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador: *Dr. / Mg. ANA MARÍA ALVARADO PARRA*      DNI: *06015286*

Especialidad del validador: *Medicina Radiológica - Mg. Genoveva de la Cruz*

02 de marzo del 2018

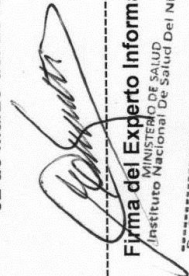
<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

MINISTERIO DE SALUD  
 Instituto Nacional De Salud Del Niño

Dr. PEDRO MIGUEL AMADOR ESTEVEZ  
 Jefe Del Departamento De Radiología Y  
 Diagnóstico Por Imágenes  
 C.M.P.: 21926-RNE-10218



Apellidos y nombres del juez validador: Marocho Chahuayo, Luis Jesús



ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE FINANCIAMIENTO DEL SIS

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
1	DIMENSIÓN 1: SIS SUBSIDIADO							
2	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
3	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
4	Imágenes Radiología	X		X		X		
5	Imágenes Ecografía	X		X		X		
6	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
7	Imágenes TAC	X		X		X		
8	Imágenes TEM	X		X		X		
9	Imágenes Urotem	X		X		X		
10	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
11	Análisis Procedimientos	X		X		X		
12	Análisis Laboratorio	X		X		X		
13	Farmacia Insumos	X		X		X		
14	Farmacia Medicinas	X		X		X		
15	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
15	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): *Item suficientes*

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable [  ] No aplicable [  ]

Apellidos y nombres del juez validador: *Luis Jesús Marocho Chahuayo* DNI: *08189348*

Especialidad del validador: *Medicina Intensiva*

02 de marzo del 2018  
 INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD  
 INSTITUCIÓN NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  
 DR. LUIS MAROCHO CHAHUAYO  
 Director de la Oficina de Epidemiología  
 M.P. 3930

*[Firma]*

Firma del Experto Informante.

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo  
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión





ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD (GBS)

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
<b>DIMENSION 1: COPAGOS</b>								
16	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
17	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
18	Imágenes Radiología	X		X		X		
19	Imágenes Ecografía	X		X		X		
20	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
21	Imágenes TAC	X		X		X		
22	Imágenes TEM	X		X		X		
23	Imágenes Urotem	X		X		X		
24	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
25	Análisis Procedimientos	X		X		X		
26	Análisis Laboratorio	X		X		X		
27	Farmacia Insumos	X		X		X		
28	Farmacia Medicinas	X		X		X		
29	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
30	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		
<b>DIMENSION 2: PAGO DIRECTO</b>								
N°		SI	No	SI	No	SI	No	Sugerencias
31	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
32	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
33	Imágenes Radiología	X		X		X		
34	Imágenes Ecografía	X		X		X		
35	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
36	Imágenes TAC	X		X		X		
37	Imágenes TEM	X		X		X		
38	Imágenes Urotem	X		X		X		
39	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
40	Análisis Procedimientos	X		X		X		
41	Análisis Laboratorio	X		X		X		
42	Farmacia Insumos	X		X		X		
43	Farmacia Medicinas	X		X		X		
44	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
45	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		
<b>DIMENSIONES / Items</b>								
<b>DIMENSION 3: SERVICIO BAJO TARIFARIO DIFERENCIADO O CLÍNICA</b>								
N°		SI	No	SI	No	SI	No	Sugerencias
46	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
47	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
48	Imágenes Radiología	X		X		X		
49	Imágenes Ecografía	X		X		X		
50	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
51	Imágenes TAC	X		X		X		
52	Imágenes TEM	X		X		X		
53	Imágenes Urotem	X		X		X		
54	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
55	Análisis Procedimientos	X		X		X		
56	Análisis Laboratorio	X		X		X		
57	Farmacia Insumos	X		X		X		
58	Farmacia Medicinas	X		X		X		
59	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
60	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
61	DIMENSIÓN 1: EXONERACIONES							
	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
62	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
63	Imágenes Radiología	X		X		X		
64	Imágenes Ecografía	X		X		X		
65	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
66	Imágenes TAC	X		X		X		
67	Imágenes TEM	X		X		X		
68	Imágenes Urotem	X		X		X		
69	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
70	Análisis Procedimientos	X		X		X		
71	Análisis Laboratorio	X		X		X		
72	Farmacología	X		X		X		
73	Farmacología Insufimos	X		X		X		
74	Farmacología Medicinas	X		X		X		
75	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): *Item suficiente*

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: *Luis Fernando Machuca Chahuayo* DNI: *08189348*

Especialidad del validador: *M.S.C.O. Infectología - Infectología*

02 de marzo del 2018  
 MINISTERIO DE SALUD  
 INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS AL NIÑO  
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  
 Luis Machuca Chahuayo  
 Director de la Oficina de Epidemiología

Firma del Experto Informante.

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo  
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Apellidos y nombres del juez validador: Méndez Perea. Antonio



ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE FINANCIAMIENTO DEL SIS

N°	DIMENSIONES / items	Perfinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSION 1: SIS SUBSIDIADO</b>								
1	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
2	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
3	Imágenes Radiología	X		X		X		
4	Imágenes Ecografía	X		X		X		
5	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
6	Imágenes TAC	X		X		X		
7	Imágenes TEM	X		X		X		
8	Imágenes Urotem	X		X		X		
9	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
10	Análisis Procedimientos	X		X		X		
11	Análisis Laboratorio	X		X		X		
12	Farmacia Insuertos	X		X		X		
13	Farmacia Medicinas	X		X		X		
14	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
15	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): *Suficiencia en los ítems planteados*

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]**      **Aplicable después de corregir [ ]**      **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: *Méndez Perea. Antonio*      DNI: *08688101*

Especialidad del validador: *Mg. en G.E.S. D. y P. Pública*

<sup>1</sup>Perfinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

02 de marzo del 2018  
  
 CEL 8525  
 Firma del Experto Informante.



ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD (GBS)

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: COPAGOS</b>								
16	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
17	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
18	Imágenes Radiología	X		X		X		
19	Imágenes Ecografía	X		X		X		
20	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
21	Imágenes TAC	X		X		X		
22	Imágenes TEM	X		X		X		
23	Imágenes Urotem	X		X		X		
24	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
25	Análisis Procedimientos	X		X		X		
26	Análisis Laboratorio	X		X		X		
27	Farmacia Insumos	X		X		X		
28	Farmacia Medicinas	X		X		X		
29	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
30	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		
<b>DIMENSIONES / Items</b>								
<b>DIMENSIÓN 2: PAGO DIRECTO</b>								
31	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
32	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
33	Imágenes Radiología	X		X		X		
34	Imágenes Ecografía	X		X		X		
35	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
36	Imágenes TAC	X		X		X		
37	Imágenes TEM	X		X		X		
38	Imágenes Urotem	X		X		X		
39	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
40	Análisis Procedimientos	X		X		X		
41	Análisis Laboratorio	X		X		X		
42	Farmacia Insumos	X		X		X		
43	Farmacia Medicinas	X		X		X		
44	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
45	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		
<b>DIMENSIONES / Items</b>								
<b>DIMENSIÓN 3: SERVICIO BAJO TARIFARIO DIFERENCIADO O CLÍNICA</b>								
46	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
47	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
48	Imágenes Radiología	X		X		X		
49	Imágenes Ecografía	X		X		X		
50	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
51	Imágenes TAC	X		X		X		
52	Imágenes TEM	X		X		X		
53	Imágenes Urotem	X		X		X		
54	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
55	Análisis Procedimientos	X		X		X		
56	Análisis Laboratorio	X		X		X		
57	Farmacia Insumos	X		X		X		
58	Farmacia Medicinas	X		X		X		
59	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
60	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
61	DIMENSIÓN 1: EXONERACIONES							
62	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
63	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
64	Imágenes Radiología	X		X		X		
65	Imágenes Ecografía	X		X		X		
66	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
67	Imágenes TAC	X		X		X		
68	Imágenes TEM	X		X		X		
69	Imágenes Urotem	X		X		X		
70	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
71	Análisis Procedimientos	X		X		X		
72	Análisis Laboratorio	X		X		X		
73	Farmacia Insumos	X		X		X		
74	Farmacia Medicinas	X		X		X		
75	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): *Suficiencia en los ítems planteados*

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable  No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: *Mendez, Perea, Antonio* DNI: *08688101*

Especialidad del validador: *Psiquiatría, G.E.S.M.S.H. Pública*

02 de marzo del 2018

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

*[Firma]*  
 Firma del Experto Informante.  
*CEL 8525*

Apellidos y nombres del juez validador: Pereyra López Sonia Adelaida



ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE FINANCIAMIENTO DEL SIS

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
1	DIMENSION 1: SIS SUBSIDIADO							
1	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
2	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
3	Imágenes Radiología	X		X		X		
4	Imágenes Ecografía	X		X		X		
5	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
6	Imágenes TAC	X		X		X		
7	Imágenes TEM	X		X		X		
8	Imágenes Urotem	X		X		X		
9	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
10	Análisis Procedimientos	X		X		X		
11	Análisis Laboratorio	X		X		X		
12	Farmacia Insumos	X		X		X		
13	Farmacia Medicinas	X		X		X		
14	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
15	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): LOS ÍTEMES SON SUFICIENTES PARA MEDIR LAS DIMENSIONES DE LAS VARIABLES.

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable [X]       No aplicable [ ]       Aplicable después de corregir [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./Mg.: PEREYRA LOPEZ SONIA ADELAIDA      DNI: 06643605

Especialidad del validador: ANATOMIA PATOLOGICA - MAGISTER EN GESTION SANITARIA.

02 de marzo del 2018

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO URUGUAYO DE SALUD PÚBLICA  
DRA. SONIA PEREYRA LOPEZ

*Sonia Pereyra López*

Firma del Experto Informante.

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión





ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD (GBS)

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSION 1: COPAGOS</b>								
16	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
17	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
18	Imágenes Radiología	X		X		X		
19	Imágenes Ecografía	X		X		X		
20	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
21	Imágenes TAC	X		X		X		
22	Imágenes TEM	X		X		X		
23	Imágenes Urotem	X		X		X		
24	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
25	Análisis Procedimientos	X		X		X		
26	Análisis Laboratorio	X		X		X		
27	Farmacia Insumos	X		X		X		
28	Farmacia Medicinas	X		X		X		
29	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
30	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		Sugerencias
<b>DIMENSIONES / Items</b>								
<b>DIMENSION 2: PAGO DIRECTO</b>								
31	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
32	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
33	Imágenes Radiología	X		X		X		
34	Imágenes Ecografía	X		X		X		
35	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
36	Imágenes TAC	X		X		X		
37	Imágenes TEM	X		X		X		
38	Imágenes Urotem	X		X		X		
39	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
40	Análisis Procedimientos	X		X		X		
41	Análisis Laboratorio	X		X		X		
42	Farmacia Insumos	X		X		X		
43	Farmacia Medicinas	X		X		X		
44	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
45	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		Sugerencias
<b>DIMENSIONES / Items</b>								
<b>DIMENSION 3: SERVICIO BAJO TARIFARIO DIFERENCIADO O CLINICA</b>								
46	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
47	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
48	Imágenes Radiología	X		X		X		
49	Imágenes Ecografía	X		X		X		
50	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
51	Imágenes TAC	X		X		X		
52	Imágenes TEM	X		X		X		
53	Imágenes Urotem	X		X		X		
54	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
55	Análisis Procedimientos	X		X		X		
56	Análisis Laboratorio	X		X		X		
57	Farmacia Insumos	X		X		X		
58	Farmacia Medicinas	X		X		X		
59	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
60	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		

N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
61	DIMENSION 1: EXONERACIONES							
62	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
62	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
63	Imágenes Radiología	X		X		X		
64	Imágenes Ecografía	X		X		X		
65	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
66	Imágenes TAC	X		X		X		
67	Imágenes TEM	X		X		X		
68	Imágenes Urotem	X		X		X		
69	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
70	Análisis Procedimientos	X		X		X		
71	Análisis Laboratorio	X		X		X		
72	Farmacología	X		X		X		
73	Farmacología Insumos	X		X		X		
74	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
75	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): LOS ITEMS SON SUFICIENTES PARA MEDIR LAS DIMENSIONES DE LAS VARIABLES.

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable [X]   Aplicable después de corregir [ ]   No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: PEREYRA LOPEZ SONIA ADELAIDA   DNI: 066 43605

Especialidad del validador: ANATOMIA PATOLOGICA - MAGISTER EN GESTION SANITARIA

02 de marzo del 2018

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

MINISTERIO DE SALUD  
 INSTITUCIÓN DE SALUD DEL URUGUAY  
 FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE  
 COLEGIO URUGUAYO DE ANATOMIA PATOLOGICA  
 C.A. N° 6118 INT. 720

Apellidos y nombres del juez validador: Ramírez Rodríguez, Ernesto



ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE FINANCIAMIENTO DEL SIS

N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	DIMENSIÓN 1: SIS SUBSIDIADO							
1	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
2	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
3	Imágenes Radiología	X		X		X		
4	Imágenes Ecografía	X		X		X		
5	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
6	Imágenes TAC	X		X		X		
7	Imágenes TEM	X		X		X		
8	Imágenes Urotem	X		X		X		
9	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
10	Análisis Procedimientos	X		X		X		
11	Análisis Laboratorio	X		X		X		
12	Farmacia Insumos	X		X		X		
13	Farmacia Medicinas	X		X		X		
14	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
15	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): *suficiencia*

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. / Mg.: *RAMÍREZ RODRÍGUEZ ERNESTO* DNI: *09329050*

Especialidad del validador: *MAESTRO EN GERENCIA EN SALUD*

02 de marzo del 2018

*[Firma]*  
 Firma del Expositor: **ERNESTO RAMÍREZ RODRÍGUEZ**  
 MEDICO ANESTESIOLOGO  
 C.M.P. 30071 RNE-14162

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo  
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión





ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD (GBS)

N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSION 1: COPAGOS</b>								
16	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
17	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
18	Imágenes Radiología	X		X		X		
19	Imágenes Ecografía	X		X		X		
20	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
21	Imágenes TAC	X		X		X		
22	Imágenes TEM	X		X		X		
23	Imágenes Urotem	X		X		X		
24	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
25	Análisis Procedimientos	X		X		X		
26	Análisis Laboratorio	X		X		X		
27	Farmacia Insumos	X		X		X		
28	Farmacia Medicinas	X		X		X		
29	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
30	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		Sugerencias
<b>DIMENSION 2: PAGO DIRECTO</b>								
31	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
32	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
33	Imágenes Radiología	X		X		X		
34	Imágenes Ecografía	X		X		X		
35	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
36	Imágenes TAC	X		X		X		
37	Imágenes TEM	X		X		X		
38	Imágenes Urotem	X		X		X		
39	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
40	Análisis Procedimientos	X		X		X		
41	Análisis Laboratorio	X		X		X		
42	Farmacia Insumos	X		X		X		
43	Farmacia Medicinas	X		X		X		
44	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
45	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		Sugerencias
<b>DIMENSION 3: SERVICIO BAJO TARIFARIO DIFERENCIADO O CLINICA</b>								
46	Ambulatorio Emergencia	X		X		X		
47	Ambulatorio CCEE	X		X		X		
48	Imágenes Radiología	X		X		X		
49	Imágenes Ecografía	X		X		X		
50	Imágenes Eco-Doppler	X		X		X		
51	Imágenes TAC	X		X		X		
52	Imágenes TEM	X		X		X		
53	Imágenes Urotem	X		X		X		
54	Imágenes Ultra Sonido	X		X		X		
55	Análisis Procedimientos	X		X		X		
56	Análisis Laboratorio	X		X		X		
57	Farmacia Insumos	X		X		X		
58	Farmacia Medicinas	X		X		X		
59	Hospitalización con cirugía	X		X		X		
60	Hospitalización sin cirugía	X		X		X		



N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
61	DIMENSION 1: EXONERACIONES							
62	Ambulatorio Emergencia							
63	Ambulatorio CCEE							
64	Imágenes Radiología							
65	Imágenes Ecografía							
66	Imágenes Eco-Doppler							
67	Imágenes TAC							
68	Imágenes TEM							
69	Imágenes Urotem							
70	Imágenes Ultra Sonido							
71	Análisis Procedimientos							
72	Análisis Laboratorio							
73	Farmacología Insumos							
74	Farmacología Medicinas							
75	Hospitalización con cirugía							
	Hospitalización sin cirugía							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): *suficientes*

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable  No aplicable  No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: *RAMIRO RODRIGUEZ BARRERA* DNI: *04329070*

Especialidad del validador: *MABSA... GESTION EN SALUD*

02 de marzo del 2018



Firma del **ERNESTO RAMIREZ CORTES**  
MEDICO ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 30021 RNE: 14162

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

## Anexo 6. Base de Datos

\*BD SPSS Version1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

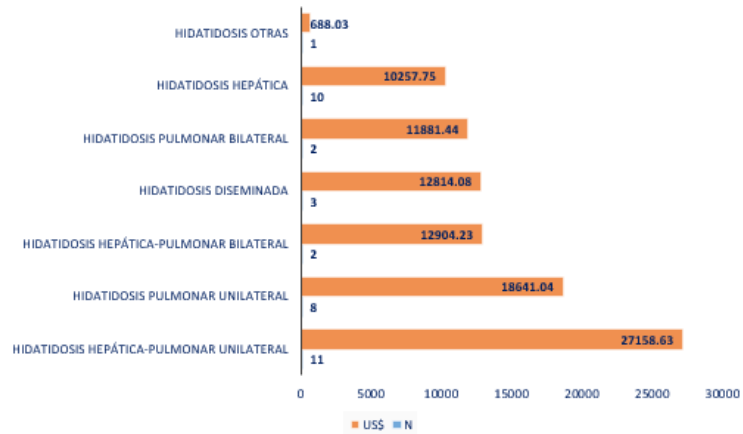
	CASO Nº	NºQx	Estancia	Dx	COB_SIS_ T	COPAG_ TOTAL	GBS_ TOTAL	SBTD_T OTAL	SBPD_ TOTAL	EXON _T	COSTO _T
1	1	2	97	4	13452,59	.	.	.	.	.	13452,59
2	2	1	19	2	5460,90	.	.	.	.	.	5460,90
3	3	1	17	1	2149,49	18,00	.	.	.	.	2167,49
4	4	1	8	1	2236,83	.	.	.	.	.	2236,83
5	5	2	50	1	6815,82	24,00	.	.	.	.	6839,82
6	6	1	20	1	2372,32	.	.	.	.	.	2372,32
7	7	1	9	1	1385,15	42,00	.	.	.	.	1427,15
8	8	1	26	1	4532,58	.	.	.	.	.	4532,58
9	9	1	9	1	2220,65	.	.	.	.	.	2220,65
10	10	1	19	1	2306,57	.	.	.	.	.	2306,57
11	11	1	16	2	4375,75	.	.	.	.	.	4375,75
12	12	2	51	4	11249,16	6,00	.	.	.	.	11255,16
13	13	1	60	4	6669,50	.	.	.	.	.	6669,50
14	14	2	88	4	2693,84	243,00	.	.	.	.	2936,84
15	15	3	91	6	15592,65	54,00	.	.	.	.	15646,65
16	16	1	9	2	3233,32	.	.	.	.	.	3233,32
17	17	5	86	5	29491,19	.	.	.	.	.	29491,19
18	18	2	188	6	15163,44	54,00	.	.	.	.	15217,44
19	19	2	73	2	7697,95	74,79	.	.	.	.	7772,74
20	20	2	32	3	10694,24	.	.	.	.	.	10694,24
21	21	1	11	2	7200,92	6,00	.	.	.	.	7206,92
22	22	2	97	6	5527,88	.	.	.	.	.	5527,88
23	23	2	33	2	14508,94	6,00	.	.	.	.	14514,94
24	24	1	28	4	3768,66	18,00	.	.	.	.	3786,66
25	25	1	10	4	5867,08	.	.	.	.	.	5867,08
26	26	1	11	1	4461,48	66,00	.	.	.	.	4527,48
27	27	2	31	4	9781,29	6,00	.	.	.	.	9787,29
28	28	1	15	7	1953,75	.	.	.	.	.	1953,75
29	29	1	37	2	7126,12	30,00	.	.	.	.	7156,12
30	30	1	12	4	4573,94	6,00	.	.	.	.	4579,94
31	31	2	25	4	5369,42	.	.	.	.	.	5369,42
32	32	1	32	5	7157,24	.	.	.	.	.	7157,24
33	33	0	2	1	501,48	.	.	.	.	.	501,48
34	34	1	23	4	4901,70	741,78	.	.	.	.	5643,48
35	35	1	18	2	2049,78	.	2441,76	30,00	2411,76	808,00	5299,54
36	36	2	9	3	4117,19	.	21646,76	21176,76	470,00	1402,52	27166,47
37	37	1	20	4	6016,01	.	6962,62	5966,01	996,61	790,11	13768,74

## Anexo 7. Otros

### Prints de resultados

### Costo total de tratamiento de hidatidosis

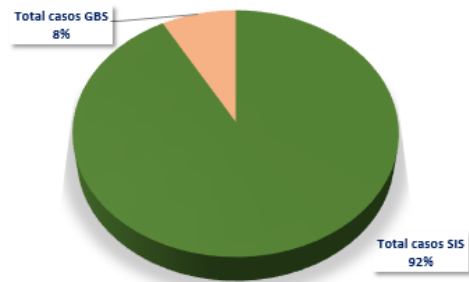
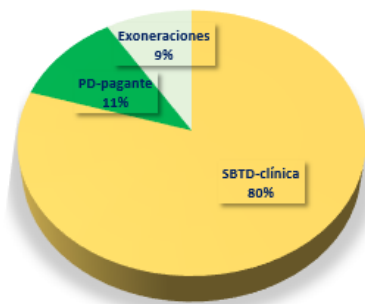
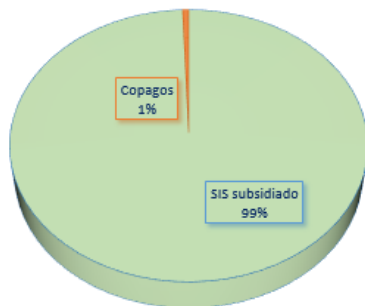
Diagnostico	N	US\$
Hidatidosis hepática-pulmonar unilateral	11	27158.63
Hidatidosis pulmonar unilateral	8	18641.04
Hidatidosis hepática-pulmonar bilateral	2	12904.23
Hidatidosis diseminada	3	12814.08
Hidatidosis pulmonar bilateral	2	11881.44
Hidatidosis hepática	10	10257.75
Hidatidosis otras	1	688.03



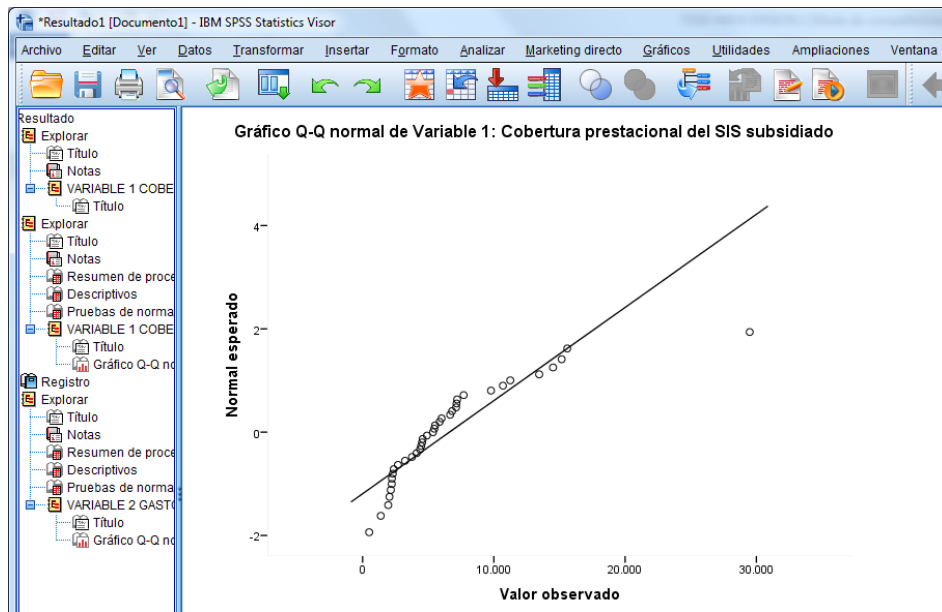
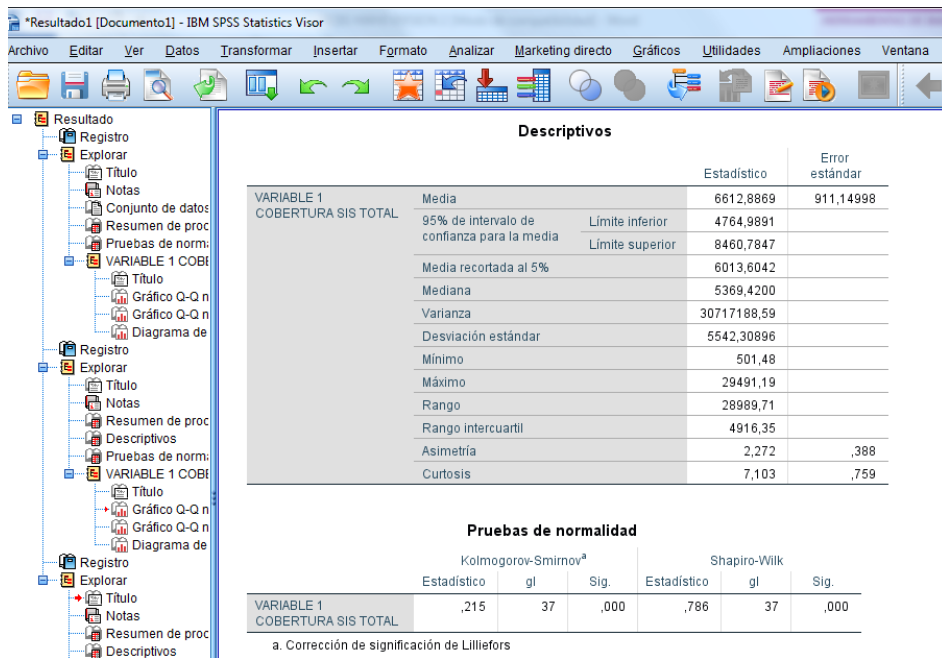
### Cobertura total del SIS subsidiado, copagos y gasto de bolsillo

SIS subsidiado	Copagos	SBTD-clínica	PD-pagante	Exoneraciones
81864	491	9568	1366	1056.2
99%	1%	75%	11%	14%

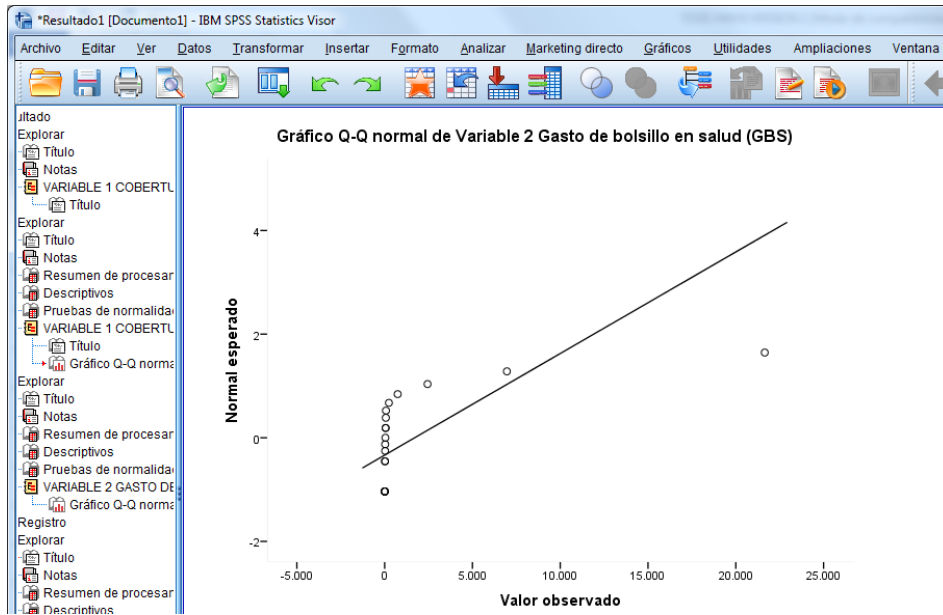
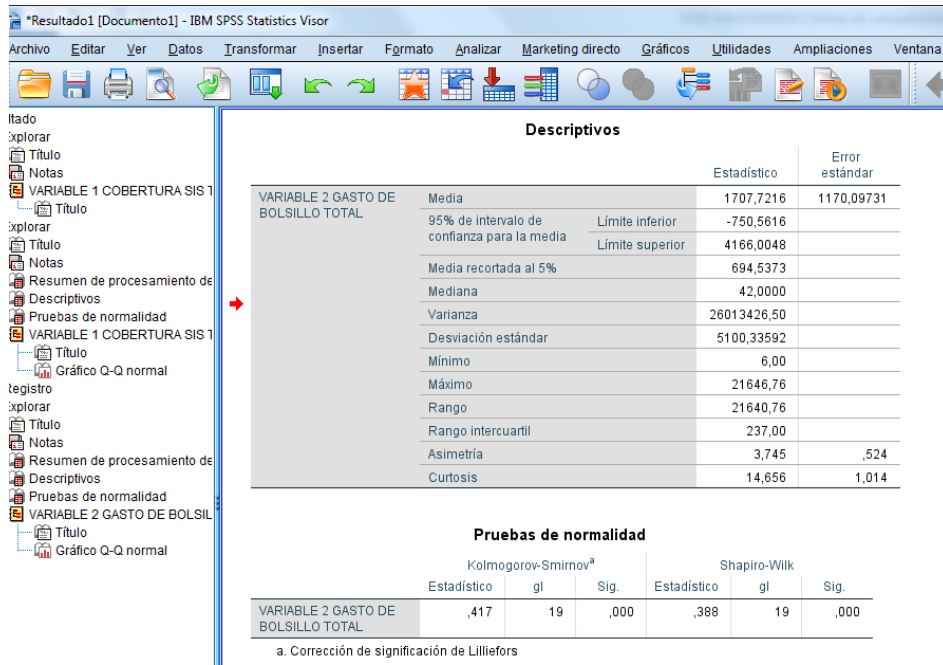
Total casos SIS	Total casos GBS
91.90%	8.10%



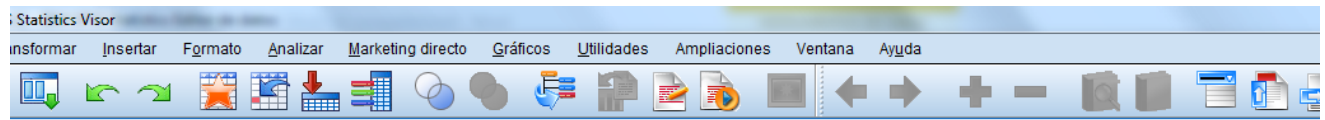
## Prueba de Normalidad. Variable 1: Cobertura prestacional del SIS



## Prueba de Normalidad. Variable 2: Gasto de bolsillo en salud (GBS)



## Rho de Spearman



### Correlaciones no paramétricas

[ConjuntoDatos1] D:\ZOO HWHY\2015 MAESTRIA SALUD\TALLER DE TESIS ENERO-2018\BD SPSS Version1.sav

#### Correlaciones

			VARIABLE 1 COBERTURA SIS TOTAL	VARIABLE 2 GASTO DE BOLSILLO TOTAL	SBTD TOTAL	SBPD TOTAL	COPAGOS TOTAL	VARIABLE 3 EXONERADO TOTAL
Rho de Spearman	VARIABLE 1 COBERTURA SIS TOTAL	Coefficiente de correlación	1,000	,500	,500	-,500	-,193	-,500
		Sig. (bilateral)	.	,667	,667	,667	,474	,667
		N	37	3	3	3	16	3
VARIABLE 2 GASTO DE BOLSILLO TOTAL	VARIABLE 2 GASTO DE BOLSILLO TOTAL	Coefficiente de correlación	,500	1,000**	1,000**	-1,000**	.	,500
		Sig. (bilateral)	,667	.	.	.	.	,667
		N	3	3	3	3	0	3
SBTD TOTAL	SBTD TOTAL	Coefficiente de correlación	,500	1,000**	1,000	-1,000**	.	,500
		Sig. (bilateral)	,667	.	.	.	.	,667
		N	3	3	3	3	0	3
SBPD TOTAL	SBPD TOTAL	Coefficiente de correlación	-,500	-1,000**	-1,000**	1,000	.	-,500
		Sig. (bilateral)	,667	.	.	.	.	,667
		N	3	3	3	3	0	3
COPAGOS TOTAL	COPAGOS TOTAL	Coefficiente de correlación	-,193	.	.	.	1,000	.
		Sig. (bilateral)	,474	.	.	.	.	.
		N	16	0	0	0	16	0
VARIABLE 3 EXONERADO TOTAL	VARIABLE 3 EXONERADO TOTAL	Coefficiente de correlación	-,500	,500	,500	-,500	.	1,000
		Sig. (bilateral)	,667	,667	,667	,667	.	.
		N	3	3	3	3	0	3


\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

### **Acta de Aprobación de originalidad de Tesis**

Yo, Jaime Agustín Sánchez Ortega, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte, revisor de la tesis titulada **“Cobertura prestacional y gasto de bolsillo en el tratamiento de la hidatidosis del Instituto Nacional de Salud del Niño”** del (de la) estudiante **Henry Walter Hernández Isla**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 24% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito(a) analizo dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituye 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.

Lima, 07 de julio del 2018



---

Firma  
Dr. Jaime Agustín Sánchez Ortega  
DNI: 08456628





Cobertura prestacional y gasto de bolsillo en el tratamiento de la hidatidosis del Instituto Nacional de Salud del Niño

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:  
Br. Henry Walter Hernández Isla

ASESOR:  
Dr. Jaime Agustín Benites Ortega

SECCION:  
Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN  
Calidad de las prestaciones asistenciales

LIMA - PERÚ

2018

**Resumen de coincidencias**

**24 %**

1	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	2 %
2	cybertesis.unmsm.edu.... Fuente de Internet	1 %
3	es.slideshare.net Fuente de Internet	1 %
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
5	tesis.pucp.edu.pe Fuente de Internet	1 %
6	Iván Huamán G., Luis ... Publicación	1 %





FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)
HERNANDEZ ISLA, HENRY WALTER
D.N.I. : 15754751
Domicilio : Jr. VIRG 496-3F-501 - RINAC - LIMA
Teléfono : Fijo : 6062129 Móvil : 999529364
E-mail : hisla56@gmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:
[ ] Tesis de Pregrado
Facultad :
Escuela :
Carrera :
Título :
[X] Tesis de Posgrado
[X] Maestría [ ] Doctorado
Grado : MAESTRO
Mención : GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:
HERNANDEZ ISLA, HENRY WALTER
Título de la tesis:
Cobertura prestacional y gasto de bolsillo en el
tratamiento de la Hidatidosis del INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD DEL NIÑO
Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,
Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis. [X]
No autorizo a publicar en texto completo mi tesis. [ ]

Firma : [Signature] Fecha: 03/10/18



# UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

HENRY WALTER HERNANDEZ ISLA

INFORME TITULADO:

Cobertura prestacional y gasto de bolsillo en el tratamiento  
de la Hepatitis B del Instituto Nacional de Salud del Niño

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRO EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

SUSTENTADO EN FECHA: 18 de Julio de 2018

NOTA O MENCIÓN: APROBADO POR UNDA. N. DAB



[Signature]  
FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN