



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

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

**La gratuidad de los afiliados al SIS según la ficha del gestor Lima Cercado periodo
2017 - 2018**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Kaly Luz Borrovich Rivera (ORCID: 0000-0001-8026-1152)

ASESORA:

Dra. Nancy Cuencas Robles (ORCID: 0000-0003-3538-2099)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de prestaciones asistenciales de salud

Lima – Perú

2019

Dedicatoria:

A mi tesoro Nicholas Andrew Eli
Cornejo Borrovich, el ser quien ilumina
mi vida y es mi fortaleza ante cualquier
tempestad.

A mi familia por el apoyo incondicional
durante esta meta.

Agradecimiento:

A mi esposo, madre, hermana y sobrinas que siempre me apoyaron y dieron ese aliento en esta meta.

.

Página del jurado



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): **BORROVICH RIVERA KALY LUZ**

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

LA GRATUIDAD DE LOS AFILIADOS AL SIS SEGÚN LA FICHA DEL GESTOR LIMA CERCA DO PERIODO 2017 - 2018

Fecha: 13 de agosto de 2019

Hora: 8:45 a.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dr. Antonio Lip Licham

Firma:

SECRETARIO: Mg. Jannett Maribel Florez Ibarra

Firma:

VOCAL: Dra. Nancy Elena Cuenca Robles

Firma:

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

APROBADO POR UNANIMIDAD

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



Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

- APA

- Revisar Conclusiones y Redacción mejor

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.

Declaratoria de autenticidad

Yo Kaly Luz Borrovich Rivera, estudiante de la Escuela de Posgrado, del programa Maestría en Gestión en los Servicios de Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; presento mi trabajo académico titulado: “La gratuidad de los afiliados al SIS según la ficha del gestor Lima Cercado periodo 2017 - 2018” en 48 folios para la obtención del grado académico de Maestro(a) en Gestión en los Servicios de 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 otra 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, 13 de agosto de 2019



Kaly Luz Borrovich Rivera.

DNI: 40434287

Índice

	Pág.
Dedicatoria:	ii
Agradecimiento:	iii
Página del jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Índice	vi
Índice de tabla	VII
Índice figura	VII
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	10
II. MÉTODO	22
2.1 Método	22
2.2 diseño	22
2.3 Variable y operacionalización	23
2.4 Operacionalización de variables	23
2.5 Población	24
2.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	24
2.7 Método de análisis de datos	25
2.8 Aspectos éticos.	25
III. RESULTADOS	25
IV. DISCUSIÓN	32
V. CONCLUSIONES	34
VI. RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS	36
ANEXOS	
Anexo 1: Matriz de consistencia	42
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	44
Anexo 3: Otras evidencias	45

Índice de tablas

Tabla 1 Operacionalización	23
Tabla 2 Población	24
Tabla 3 Comparación de la gratuidad de los afiliados años 2017 -2018	25
Tabla 4 Comparación de cobro indebido a los afiliados años 2017 -2018	26
Tabla 5 Comparación del gasto del bolsillo de los afiliados años 2017 -2018	27
Tabla 6 Comparación del estado de devolución de los afiliados años 2017 -2018	28
Tabla 7 Prueba t para la igualdad de medias	30
Tabla 8 Prueba t para la igualdad de medias para comparar los cobros indebidos	30
Tabla 9 Prueba t para la igualdad de medias para comparar pago de bolsillo	31
Tabla 10 Prueba t para la igualdad de medias para comparar el estado de la devolución	31

Índice de figuras

Figura 1 Comparación de los porcentajes de la gratuidad de los afiliados	26
Figura 2. Comparación de los porcentajes de cobro indebido a los afiliados	27
Figura 3. Comparación de los porcentajes gasto del bolsillo a los afiliados	28
Figura 4 Comparación de los porcentajes del cobro indebido a los afiliados	29

RESUMEN

La investigación sobre la gratuidad de los afiliados al SIS según la ficha del gestor es necesario en la salud pues se da a conocer la capacidad de respuesta del sistema de salud a las diferentes demandas de la población por ello se planteó como objetivo comparar la gratuidad de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado.

La investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, método hipotético deductivo, tipo básica, de diseño no experimental, descriptiva comparativa, la técnica fue observación documental y el instrumento utilizada fue la ficha de gestor validada por el Minsa la población fue integrada por todos los afiliados atendidos en el SIS los años 2017 – 2018.

Los resultados de la investigación confirman que existe diferencia significativa sobre la gratuidad en la atención de los afiliados al SIS los años 2017 y 2018 ($t = -5.352$ y $Sig. = 0,000$).

Palabras claves: Gratuidad, cobro indebido, gasto de bolsillo.

ABSTRACT

The investigation on the gratuitousness of the affiliates to the SIS according to the file of the manager is necessary in the health because the capacity of answer of the health system to the different demands of the population is known for that reason it was raised like objective to compare the gratuitousness of SIS affiliates registered in the manager file between 2017 - 2018 in Lima Cercado.

The research was carried out under the quantitative approach, hypothetical deductive method, basic type, non-experimental design, comparative descriptive, the technique was documentary observation and the instrument used was the manager file validated by the Minsa the population was integrated by all affiliates attended in the SIS the years 2017 - 2018.

The results of the investigation confirm that there is a significant difference regarding the free service provided to SIS members in 2017 and 2018 ($t = -5.352$ and $\text{Sig.} = 0.000$).

Keyword: free, improper payment, pocket expense.

I. INTRODUCCIÓN

La cobertura universal en salud (CUS) conlleva que toda persona en la comunidad tenga el acceso en salud sin tener inconvenientes financieros en pagar por una atención con calidad, por ello, una de las tareas de las políticas de salud es responder por la salud de las comunidades (Fajardo, Gutiérrez y García, 2016 y Huffman y Van, 2019). Asimismo que siendo un significativo potencial en la reforma y la prestación de servicios sin embargo, en la sociedad dicho potencial está dilapidado y más aún se identificó que si llega no se aplica efectivamente a los sectores necesitados, “el hecho de intentar alcanzar la CUS no quiere decir, que los recursos humanos y básicos para desafiar las solicitudes en servicios de salud estén disponibles” (Knaul et al., 2012; Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana y Knaul, 2006), a pesar de que; históricamente la política de salud ha demostrado un alto nivel de cobertura y de disponibilidad de recursos por habitante, aunque con la nota distintiva de la enorme estratificación en los derechos y beneficios que concede el sistema. (Fernández, 2015)

Casi todas las personas tienen derecho a algún tipo de prestación, pero la amplitud y calidad de la misma varía de acuerdo a criterios socioeconómicos, ocupacionales y territoriales, generando situaciones de ciudadanía social de diversas intensidades. (Políticas públicas, 2008), y para García, Lorenzo, Mogollón, De Paepe, da Silva y Unger (2014) si bien es cierto, existen variedad en ofertas de seguros, persisten todavía fisuras de cobertura lo que demuestra las dificultades de las personas en poder acceder hacia los servicios de salud formal, ello mismo se agranda no solo por lo mencionado anteriormente sino a la pluralidad geográfica, social y cultural del estado. No obstante, dicha realidad transmitida al respecto es exigua (Benites, Lozada, Urrunaga y Márquez, 2016)

Hoy por hoy, los países con una economía de baja a media han implantado varios tipos de seguros de salud teniendo como el fin alcanzar una mayor cobertura sanitaria mundial, entendiéndose por cobertura al compromiso total por el bien integral tanto: “biológico, mental y social de la población y aclarar de quién o quiénes es la responsabilidad del apreciado bien de la salud” (Gispert, Pastor y Lozano, 2016) la misma que tenga como meta que los servicios de salud sea fundamental como es la medicina y materiales de calidad. Igualmente, que contemple “prestaciones de

servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación o cuidados paliativos para que ayude a mejorar las condiciones de salud y bienestar”. (Gómez, 2018, p. 6) en esta línea, Perú registra la necesidad de obtener una CUS en el cual divise prestaciones en los servicios de salud y protección contra riesgos económicos, sobre todo, para la población más vulnerable. Es así que, establecen dentro de la política social los movimientos de subsidios generales como parte de la política enfocado hacia los más pobres de la población.

En nuestro país el SIS se inició el año 1997, en el cual se implementó el SEG seguro escolar gratuito, donde solo consta los estudiantes empadronados en escuelas públicas, pero tuvo limitaciones y se identificó que los recursos destinados no fue favorecedor hacia los más pobres del país. Para el siguiente año se implementó el seguro materno infantil (SMI), iniciándose en cinco regiones y posteriormente aumento a ocho regiones, enfocándose en mujeres gestantes y niños menores de cinco años, considerándose una estrategia para el logro de promocionar un control prenatal y los partos institucionales contra la lucha de muertes materna, pero tuvo la cobertura baja que el seguro escolar gratuito (SEG) es decir, la cobertura era baja. (Romano, 2015).

En el 2000, se efectivizo el tipo de seguro público para la población más sensible, de mayor índice de enfermedad y de mortalidad en este sector. En el año 2001 se une al SEG y el SMI dandose lugar a la Unidad de Seguros, convirtiéndose posteriormente en la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud en el Perú (IAFAS) con la designación como SIS que se crea con el fin de brindar el aseguramiento público principalmente a las poblaciones vulnerables.

Dentro de la cobertura de este seguro se suman otras presentaciones del SIS, como traslado del asegurado en situaciones de emergencia a nivel nacional, en compañía de un familiar tanto el transporte, albergue, alimentación, e incluso si el asegurado fallece, se cubre la contrarreferencia, también se brinda una prestación económica por sepelio (PES), que se brinda como apoyo económico para los deudos de sus afiliados. Asimismo, se garantiza dicha gratuidad en la atención de los asegurados al SIS con el pago por adelantado a las instituciones prestadoras de salud (IPRESS) y puedan disponer del recurso financiero y se llegue brindar oportunamente y con calidad la

atención a los asegurados, tanto para algún procedimiento, medicamentos e insumos, es decir, la finalidad de la política de gratuidad es que sin brinde una atención con calidad en salud sin barreras. (Rey-Sarmiento, Bernal-Camargo, Arias, González & Romero-González, 2018).

El presente trabajo tiene la intención de informarse sobre la realidad actual de la gratuidad que se brindó a los asegurados del SIS en Lima Cercado durante el periodo 2017-2018, y a su vez sirva de precedente a futuros estudios ya que la finalidad a través del SIS es beneficiar a los individuos más pobres del Perú.

A nivel internacional las investigaciones como la realizado en Colombia por Vargas y Molina (2009) como resultado de su estudio identificaron cinco barreras que limitaban el vía al servicio de salud en su país, los cuales son: barrera administrativa, barrera geográfica, barreras normativas, en el campo político, barrera económica, escasa oferta además de barreras Social y Cultural.

Así también, en Ecuador Ruiz (2014) evidenció que el acceder al servicios de salud no fueron a las personas que pertenecen a los Quintiles 1 y 2, lo cual genera un problema tanto en Latinoamérica y los países en vía de desarrollo a nivel mundial, ya que, existen “aranceles y la cobertura del servicio que desde ya son barreras difíciles de traspasar para la población pobre” y “las poblaciones pobres suelen demorar más tiempo en ir para una atención médica debido a los costos adicionales al costo del servicio médico sino lo que implica en medicamentos y exámenes complementarios de diagnóstico” (p.8).

En esa línea, en Chile Gallegos (2016) encontró en su investigación que los gastos directo que incurren las viviendas por la prestación en salud realizadas, es decir, los gastos que no fueron cubiertos por el seguro llamados gastos de bolsillo, se incrementó entre el 2007 y el 2013, desde los \$51.803 a los \$74.417 pertinente, a todos los quintiles de gasto per cápita.

Asimismo, en Colombia Valencia y Cardona (2015) en su investigación de gastos de bolsillo en pacientes hipertenso concluye que el gasto se incrementó y el seguimiento, vigilancia de estos pacientes son prioridad en SGSS debido a que se evidencio el efecto en su calidad de vida y el costo que será la atención en la salud.

No obstante, Felizzola (2016) demostró, que las políticas gubernamentales con respecto a la gratuidad en servicios de salud, ha funcionado para romper la dificultad en el acceso, pero la ausencia de normatividad en las prestaciones ha traído consigo sobredemanda y con ello, la calidad de las atenciones también bajó añadido a ello la dilapidación de recursos sanitarios favorables.

En el ámbito nacional existen elementos como origen urbano, alto nivel educativo, sufrir dolores crónicos y mayor gasto per cápita se acrecientan en 1,6 más las probabilidades del gasto de bolsillo. Asimismo se redujo el gasto de bolsillo de salud en 63,0 soles (USD 19,3) de los afiliados al SIS comparado con los ciudadanos que no gozan de un seguro de salud. Situación afirmada por el 60% de adultos mayores, creando una inequidad en el acceder al servicio de salud, fundamentalmente para un grupo social vulnerable. (Hernández; Vásquez, Rojas, Santero; Prado y Rosselli, 2018).

Así también, Márquez e Iannacone (2018) hallaron que “el 50% de la muestra gasto por debajo de S/. 40 y el otro 50% lo hace por encima de S/. 40” (p. 3). Actualmente existen factores que “hacen que no exista realmente una gratuidad en el seguro integral de salud (SIS) debiendo ser gratuito a plenitud como lo establece esta modalidad de seguro” (Castellanos, 2018, p. 9)

Petrera y Jiménez (2018) concluyen que la afiliación al SIS es importante para lograr disminuir los gastos de bolsillo en los hogares ya que estos están asociados frecuentemente en las personas que no están afiliados al SIS y que los medicamentos se concentraron en el mayor gasto en la población siendo un 44% en los asegurados al SIS y el 62% a las personas que no cuenten con dicho seguro.

Pezua (2017) concluye en su estudio determinar el gasto de bolsillo del afiliado al SIS, que se encuentra poco fortalecido el sector salud, y que bajo esta variable de gasto de bolsillo no habido una evolución positivamente durante los últimos años, debido a que falta mejorar el control de aquellos usuarios merecedores del SIS.

Ypanaque y Martins (2015) demostró, mediante una encuesta aplicado en hogares de personas afiliadas a diferentes IAFAS como son el EsSalud, SIS, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales (FA-FP), los seguros privados de salud (SPS) y ciudadanos que no son asegurados. De los cuales el 47.1% afiliados al SIS atenderse a las IPRESS del primer nivel y los demás afiliados a los demás IAFAS optaron por acudir los hospitales y clínicas y los ciudadanos que no tiene seguro como primera instancia van a farmacias y boticas (46,7%) con el fin de solucionar su problema de salud que le aqueja. Pero se evidencia que los ciudadanos de dicho estudio que cuentan con un seguro realizaron pago de bolsillo

El presente trabajo tiene como base teórica; la teoría de los seguros afirma que la actividad aseguradora tiene su base en el rubro económico, actuarial y financiera, debido a su origen como necesidad económica (Gaytan, 1976 y Pérez, 2011). La cantidad de afiliados debe ser mayor, en el cual la pérdida debe ser entre si independientes. Debido a que las pérdidas potenciales son definidas en tiempo, lugar y cantidad, que deban ser medibles. En consecuencia, la pérdida debería ser accidental desde el punto de vista del afiliado (Gallegos, 2016) no obstante los seguros presentan algunas fallas en el aseguramiento que se identifican en el mercado Bejarano y Hernández (2016), siendo el primero el riesgo moral o incertidumbre psicológica debido a que el individuo realiza más uso en el servicio médico de lo que él está pagando por dicha atención médica. La segunda falla de selección adversa, es cuando el individuo poseen información de su nivel de riesgo, como ser alto o bajo nivel de riesgo, convirtiéndose asimétricamente la información lo cual incentiva a que los asegurados hagan un descremen, donde elijan de preferencia a los potenciales afiliados de menor riesgo, “motivo por el cual los individuos necesitan contar con una protección financiera para poder cubrir los gastos de atención en salud, ya que es incierto el momento y la gravedad de las enfermedades” (Fuentes, 2017), generando una eventualidad de incurrir en pérdidas de ingresos para el hogar e inclusive al riesgo de pobreza para el individuo o la familia que presente la enfermedad.

Es este ámbito, la Organización Mundial de la Salud (2010) menciona tres dimensiones a considerar por las aseguradoras en su evaluación como son: La cobertura poblacional, la cobertura en las prestaciones y la cobertura financiera.

Siendo la función principal del seguro es la protección financiera frente a este tipo de riesgo.

El seguro es un medio que nos garantiza el acceso al servicio en la salud cuando se necesite. Los individuos que prevén sus atenciones el seguro les permitirán tener una estabilidad en su consumo, logrando financieramente amortiguar o anular el efecto negativo en algún evento de salud. Al lograr agrupar un grupo de individuos, se eliminará la variabilidad en el riesgo individual y el gasto promedio para el grupo es evitable. La particularidad de un seguro es reducir el precio en el servicio e incentivar en el mayor uso de estos, denominándole la literatura como riesgo moral (Folland et al., 1997, p. 241). Asimismo, el deducible y el copago es un mecanismo mediante el cual las aseguradoras emplean para prevenir los posibles excesos de demanda.

Teóricamente nos aclaran la relación existente entre el costo y demanda siendo el conocimiento de forma empírico. Pero se estima que la elasticidad en el costo de los seguros fluctúa en un rango amplio. Como los métodos experimentales, que permiten neutralizar sesgos al corregir una información no experimental, proveyendo que las estimaciones en los rangos más bajos tengan un sustento (Manning et al., 1987). En conclusión, la literatura especializada define que el seguro incentivo a que haya una demanda en los servicios de salud.

En el estado peruano el sistema de salud esta creado como un: “sistema que tiene la finalidad que las instituciones que lo conforman cumplan roles coordinados y complementarios regidos por una política y estrategia en común por ende se brinde una atención en las prioridades sanitarias del país, asimismo conjuntamente operen con una racionalidad global en el cual garantizar eficiencia en la inversión y el gasto social en beneficio a los peruanos en salud” (p. 8), el mismo que se encuentra conformado por el sector el público y el privado (Sistema Mixto).

El SIS tiene sus antecedentes en dos seguros focalizados en los niños y mujeres gestantes (Seguro Escolar Gratuito y Seguro Materno Infantil) y posteriormente mediante la Ley N° 27657, se declara como el principal financiador de salud para la población más vulnerable en nuestro país y que no está dentro del régimen contributivo de aseguramiento en salud (EsSalud). Cabe precisar que el SIS es un organismo público ejecutor adscrito al Ministerio de Salud, con el fin es administrar

los fondos destinados para el financiamiento para las prestaciones de salud individual de acuerdo a la política nacional de salud con la finalidad de proteger la salud de toda persona que resida dentro del territorio del Perú que no cuenten con un seguro, en especial de aquellos ciudadanos en situación de pobreza y extrema pobreza. Así pues, se creó entidades similares a Essalud, la sanidad de los institutos armados y la policía, además de la diversidad de seguros privados y las EPS. Cabe indicar que dichos seguros están relacionado a un estrato social-poblacional y en la red de prestación de servicios propia o contratada (Heredia y Ramírez, 2019).

Asimismo, el SIS significa el inicio de una lucha frontal en nuestro país contra la pobreza y en la construcción de una sociedad solidaria y justa, dándose un amplio acceso al servicio de salud a millones de peruanos, en especial aquellas en condición de vulnerabilidad, por causas económicas, geográficas y culturales permanecieron al margen en los servicios de salud.

Además, que mediante la Ley N° 29761, se crea el SIS de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del AUS. En el artículo 1detalla que el objetivo de la presente ley, a decir: “Establecer los principios y el financiamiento para la atención de los afiliados a los regímenes subsidiado y semicontributivo del AUS, en el cual se garantice la sostenibilidad e implementación progresiva del aseguramiento universal en salud”. (Inciso 1.1) y también busca “fortalecer acciones en salud, incluidas las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas, a través de la determinación de los mecanismos de financiamiento” (Inciso 1.2). Comprendiéndose que el régimen subsidiado son los afiliados al SIS Gratuito, SIS Emprendedor (NRUS), el régimen semicontributivo consta: SIS independiente y el SIS Microempresas.

Dentro de los cuales deberán de contar con los siguientes el requisito: contar con su DNI, el no tener otro tipo de seguro y deberá tener la evaluación socioeconómica por SISFOH, los que están exceptuado de la evaluación de clasificación socioeconómica son los del régimen semicontributivo. Asimismo, los escolares (Qalli Warma), gestantes, niños de 0 – 5 años; Ecuatorianos, personas en situación de calle, bomberos, otros.

Dentro de sus planes de beneficios y cobertura brindada comprende la atención de mil cuatrocientos enfermedades y los cánceres más usuales, enfermedades de alto costo y también las enfermedades raras o huérfanas. Asimismo, SIS considera las siguientes exclusiones por la cual no brindara cobertura como son: Las cirugías profilácticas o estética, procedimientos que no tengan el propósito de mejorar la salud, intervenciones financiadas por otras fuentes y atención fuera del país.

El SIS gratuito brinda una cobertura integral sin costo a las personas que estén “identificadas en estado de vulnerabilidad, es decir, en situación de pobreza o pobreza extrema, sin límite de edad. Este régimen gratuito brinda prestaciones de salud dentro del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (Peas + Complementario)” (Gómez, 2018, p.7).

Para la persona identificada como posible beneficiario del SIS gratuito, existen tres modalidades de afiliación a las cuales puede acogerse: regular, directa, y directa temporal. La primera de ellas está dirigida a la población calificada como «pobre» o «pobre extremo», que se encuentre registrada en el Padrón General de Hogares (PGH), deberán tener su DNI o carné de extranjería, y no se encuentre asegurada en otro seguro de salud. La segunda modalidad está dirigida a gestantes y menores de cinco años que cuenten con DNI o carné de extranjería. También, se pueden afiliar bajo esta modalidad bomberos y personas en situación de abandono. Por último, la tercera modalidad consiste en una afiliación temporal de 45 días, dirigida a la misma población antes descrita, pero que no cuenta con DNI. Para hacer efectiva la afiliación, la persona debe acudir, con su DNI o carné de extranjería, a la IPRESS más cercano de su domicilio. En este, se verifica su inscripción y calificación de «pobre» o «pobre extremo», según el PGH. Cabe anotar que esto último no aplica para gestantes, menores de cinco años y otros grupos establecidos en norma. (Gómez, 2018, p.7).

Se denomina asegurado y o afiliado a “toda persona beneficiaria residente en el país, que cuente con la cobertura en algún régimen de aseguramiento del Seguro integral de Salud” y para ser reconocido como afiliado al SIS y tener los beneficios, “el asegurado deberá cumplir con los requisitos de afiliación, la cual deberá estar activa y vigente” (Minsa, 2016, RJ. 211-2016-SIS).

Los afiliados o asegurados en el SIS se dividen en: “Asegurado referido: Usuario de algún tipo de seguro de salud del SIS que cumple con las condiciones del proceso de referencia para su atención (incluye emergencias con o sin estancia) en otro establecimiento de mayor capacidad resolutive” y se considera al asegurado en condición de transeúnte, aquel que se encuentre fuera del ámbito que este adscrito y es el asegurado requiera de alguna atención preventiva y/o recuperativa sin contar con la hoja de referencia. El paciente es considerado transeúnte solo por dos meses a partir de la primera consulta que realiza en un establecimiento de salud fuera de su región- Si va a permanecer un tiempo mayor en ese lugar, debe tramitar su cambio de adscripción. (Minsa, 2016, RJ. 211-2016-SIS). En general la afiliación consiste en la cobertura legal que garantiza a todos los ciudadanos de un país el acceso a servicios de salud financiados por un seguro público o privado (Knaul et al. 2013).

La evaluación de la gratuidad de las prestaciones de salud y de la calidad de las mismas, es un elemento central en la mejora continua del desempeño del SIS y de los establecimientos que proveen los servicios que financia, ya que se percibe que existe una insatisfacción de asegurados del Seguro Integral de Salud, relacionado a “inadecuada atención” y “cobros indebidos” Como parte de su labor, la Gerencia del Asegurado del SIS, ha realizado en el periodo julio 2011-julio 2012, un plan de verificación de la gratuidad y calidad de la atención, el cual tiene como finalidad desarrollar mecanismos que ayuden a brindar atención oportuna a las necesidades de los asegurados. En las prestaciones se selecciona para su evaluación de forma mensual y se evalúan cinco factores, cada uno corresponde a la quinta parte del CG calculado para el mes y entre ellas el primer factor es la gratuidad. Asimismo, las unidades desconcentradas regionales (UDR) constata mediante el registro en la historia clínica, farmacia y logística si la gratuidad se brindó en forma íntegra a los asegurados al SIS, el cual debe ser consistente sino se deberá considerar como no conformidad. Asimismo, la IPRESS deberá de implementar un sistema de recetas numerados lo cual deberá ser controlado por el servicio de farmacia debido a que las recetas no oficiales de uso interno de la IPRESS no deberán ser entregado a un asegurado durante su atención, porque dicho acto se considera la no conformidad.

Gratuidad es un término francés *gratuité*, a su vez procedente de un término latín medieval, el uso más habitual del término gratuidad se localiza en la economía. En

este contenido, se esboza a la gratuidad de un servicio o de un bien cuando éstos se eximen sin que el favorecido ejecute una contraprestación, lo cual admite que el servicio o el bien no tiene precio, por ello el beneficiario no paga por él (Vizcaíno, Bernal & Suescún, 2010; Castellar, 2015), es decir no hay dinero de por medio, empero es sustancial subrayar que socialmente no hay ningún servicio ni bien que sean gratuitos. La gratuidad es política central del gobierno, por ello mediante programas busca acabar la barrera para acceder a un servicio de salud, siendo lo económico para la población más pobre del país que no cuenta con los recursos suficientes para asumir el pago de copagos y/o cuotas de recuperación, exigidos para la prestación (Espinoza y Urzúa, 2014).

Se considera gasto de bolsillo en salud al pago realizado por las personas para cuidar de su salud, siendo los gastos en atenciones preventivos y curativos, que no son cubiertas o reembolsados por un tercero. En los cuales se incluye la compra de medicamentos, utilización de servicios no relacionado con algún mecanismo de seguro, los reembolsos efectuados por los afiliados en algún sistema de aseguramiento (bonos, copagos, cuotas moderadas) y el importe en el transporte para ir al lugar de atención (1)

La verificación de la gratuidad se realiza mediante un instructivo denominado la ficha del gestor que consta de varios ítems dentro de los cuales se tendrá en cuenta: ¿realizó pago?, Concepto de pago, Área en dónde le indicaron que pagara, ¿realizó pagos, dentro o fuera de la IPRESS?, Motivos de pago, ¿cuenta con comprobantes de pago?, N° de comprobante de pago, Monto pagado, según comprobante de pago, ¿es cobro indebido?, ¿es gasto de bolsillo? y Estado de la devolución.

Como dimensiones se tomará en cuenta: 1) Cobro indebido que se define como la exigencia de pago por orientación de un trabajador en la IPRESS a los asegurados del SIS, familiar o representante, por medicamentos, insumos y/o procedimientos, asimismo por conceptos administrativos que requiera en su atención, a pesar de estar contemplado dentro cobertura prestacional, y originándose un gasto indebido del asegurado. Se precisa que los casos reportados SIS de la entrega de un bien o servicio que haya sido entregado al paciente. 2) Gasto del bolsillo que se define como el gasto que se realiza cuando el hogar se beneficia de un servicio de salud. (OMS, 2018) así también se aplica a todas las personas no importando el nivel social tienen la

necesidad de pagar por salud a pesar de contar con seguros del estado o particulares. El conocimiento del gasto de bolsillo con relación a la salud permite controlar la inequidad de los Sistemas de Salud existentes y obtener datos relevantes para estudiar y mejorar el acceso a ella. Se sabe que a mayor cobertura o inversión del total PBI de un país asignado a la salud, existe menor gasto de bolsillo del poblador. (OECD, 2015)

3) Estado de la devolución de los cobros indebidos este rubro permite conocer en qué estado se encuentra la devolución de los cobros indebidos, que puede ser: 1. Devuelto, 2. No devuelto, 3. En proceso de devolución o simplemente 4. No aplica. Vale precisar que la devolución de los montos cobrados indebidamente, advertidos por correo electrónico o de manera presencial; así como las coordinaciones de apoyo para los casos procedentes del Minsa y del Congreso de la República son acciones ejecutadas a favor de los asegurados.

Se formula la pregunta general de investigación como ¿Qué diferencia existe entre la gratuidad de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado?

Asimismo, se formula las preguntas específicas como ¿Qué diferencia existe entre los cobros indebidos los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado?, ¿Qué diferencia existe entre los gastos de bolsillos de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado?, ¿Qué diferencia existe entre el estado de los cobros indebidos de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado?

El estado peruano en el Art. 3, de la Ley N° 29344, establece que el AUS está orientado a lograr que toda población que resida en nuestro territorio nacional tenga seguro de salud permitiéndole acceder a un conjunto de prestaciones de salud como preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, con las condiciones adecuadas de eficiencia, calidad, equidad, oportunidad y dignidad sobre la cobertura PEAS. Por consiguiente, la presente ley, hoy en día los usuarios del SIS se evidencian a que incurrir a un gasto de bolsillo por sus atenciones en salud en las IPRESS públicas y que la presente tesis servirá para futuras investigaciones con respecto a la gratuidad propiamente en el seguro público del estado.

La realización del trabajo se justifica de manera práctica, ya que los resultados de la investigación servirán para que el Seguro Integral de Salud logre una calidad en el servicio que brinda y se convierta en los componentes esenciales de las prestaciones que reciben sus asegurados. Ya que, los “cobros indebidos”, afecta a la evaluación de la gratuidad de las prestaciones de salud y de la calidad de las mismas, por ello la verificación de la gratuidad entre los años 2017 - 2018 será elemento primordial en la mejora continua del desempeño del SIS y de los establecimientos que proveen los servicios que financia. Asimismo, para el desarrollo de esta tesis se aplicará la metodología a través de un análisis documental con respecto la gratuidad de los asegurados SIS utilizando como instrumento la ficha del gestor mediante el cual se aplicó a los asegurados en Lima Cercado entre los años 2017-2018 y para el análisis estadístico se usó el programa SPSS. Versión 25.

Se formula como objetivo general: Comparar la gratuidad de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado.

Y como objetivos específicos: 1) Establecer las diferencias entre el cobro indebido de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado. 2) Establecer el gasto de bolsillo de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado. 3) Establecer el estado de la devolución de cobros indebidos de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado.

Se plantea como hipótesis general: Existe diferencia significativa entre la gratuidad de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado. Como hipótesis específicas a) Existe diferencias entre el cobro indebido de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado. b) Existe diferencia en el gasto de bolsillo de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado. c) Existe diferencia en el estado de la devolución de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado.

II. MÉTODO

2.1 Método

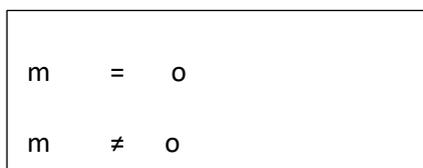
El método empleado es hipotético deductivo, es por qué inicia de una hipótesis de plausible como efecto de la inferencia que se tiene del conjunto de datos empíricos o principios y leyes más generales. Además, parte de una inferencia lógico deductivo para tomar conclusiones particulares a partir de la hipótesis y luego se comprueba experimentalmente. (Sánchez y Reyes, p 59). Teniendo como enfoque de investigación cuantitativo, ya que utilizara la recolección de datos para probar la hipótesis como base la medición numérica y el análisis estadístico para establecer pautas de comportamiento y probar teorías (Hernández 2016, p 58). Según su finalidad es básica porque nos lleva a la búsqueda de nuevos conocimientos y campos de la investigación no tiene objetivos prácticos específicos, tiene como propósito recoger información de la realidad para enriquecer el conocimiento científico. Está orientado al descubrimiento de principios. (Busines Sunport Aneth 2015, p 45). El nivel la investigación es descriptiva comparativo, por ende, es descriptiva porque describe y calcula parámetros en la población de estudios a partir de una muestra (Hernández 2010, p 10) así pues comparativo porque parte de dos o más investigaciones simples.

2.2 diseño

El diseño en esta investigación fue no experimental de corte transversal, porque la variable no ha sido manipulada. Es decir, son estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” (Hernández et al., 2014, p. 152). Además, es transversal porque que tiene el propósito es “describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como estar tomando una fotografía de algo que sucede” (Hernández et al., 2014, p.154).

El diagrama representativo de este diseño es el siguiente:

Diagrama del diseño descriptivo



Dónde:

M : Representa la muestra del estudio

O : Variable (gratuidad)

2.3 Variable y operacionalización

Variable: Gratuidad de los afiliados

La gratuidad. – El SIS, dentro del convenio con las IPRESS dentro del Art. 31 del DS N°030-2014-SA, menciona que las IPRESS esta obligadas en brindar a los afiliados al SIS sus atenciones de salud de manera gratuita, de acuerdo el plan de cobertura de su régimen de afiliación y en el caso sea del régimen semicontributivo se podrá solicitar el copago.

2.4 Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de la variable gratuidad de los afiliados

Dimensión	Indicador	Descripción	Niveles
Cobro indebido.	Por concepto de medicamentos, insumos y/o procedimientos u otros conceptos administrativos que se requieran para su atención	Es todo pago realizado dentro de la IPRESS, por medicamentos, insumos, procedimientos y trámite administrativo, a pesar de estar contemplado en la cobertura de salud del asegurado.	Se realizó el cobro indebido
			No se realizó el cobro indebido
Gasto del bolsillo.	El gasto realizado por: -Algún miembro del hogar o auto suministro	Se tendrá en cuenta cuando algún miembro del hogar y/o representante efectúe un pago por concepto en servicios de salud a pesar de encontrarse contemplado en la cobertura de salud del asegurado.	Entrega Completa (1) Entrega Incompleta (2) No se entregó (3)
Estado de la devolución del cobro indebido.	Devolución del dinero que se le realiza al afiliado después de haber hecho un pago indebido.	En caso se determine cobros indebidos por las prestaciones de salud. la IPRESS están obligados a devolver el total del cobro indebido	Devuelto (1) No devuelto (2) En proceso de devolución (3) No aplica (4)

2.5 Población

Se infiere por población al “conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Hernández et al., 2014, p. 174). En el estudio se consideró como población a los afiliados al SIS del distrito de Lima Cercado, la población consta de afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor durante el año 2017 y 2018. Se tomará en cuenta los 23190 afiliados atendidos en el 2017 y a los 38602 afiliados atendidos en los 2018 afiliados registrados en total. Por lo tanto, se trabajará con la población censal no habrá muestra ni muestreo.

Tabla 2

Población de los afiliados al SIS

IPRESS	2017	2018
Hospital Nacional	8619	12304
Arzobispo Loayza		
Hospital Nacional	3157	8316
Docente San Bartolomé		
Hospital Nacional Dos de Mayo	8363	13361
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas	3050	4612
Total	23190	38602

2.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Como técnica se hará uso del análisis documental para el apoyo en el estudio detallado de documentos que constituyen de datos vinculados con la variable estudiada. (Sánchez y Reyes, 2015). En cuanto al instrumento se hará uso de la ficha del gestor.

Ficha técnica

Nombre del instrumento: Ficha del gestor
Nombre del autor: Ministerio de Salud- Perú
aprobado con DA N°04-2016-

	SIS/GA-V1
Aplicación:	Individual
Descripción:	La ficha del gestor está organizado
Escala	Nominal: si/no
Validación	La ficha del gestor esta validada mediante DAN°04-2016-SIS/GA-V1.

2.7 Método de análisis de datos

Para el análisis de los datos, tendremos en cuenta las respuestas plasmadas en las fichas del gestor, luego se realizará la transferencia de los datos a Excel, obteniéndose la suma de las dimensiones de la variable. Posteriormente se utilizó el software SPSS versión 25, para la reconversión de la variable a niveles – rangos y brindar los informes respectivos.

Para exponer los resultados obtenidos, se trabajaron cuadros de frecuencias y porcentajes. Y para realizar la verificación de las hipótesis se hará uso del estadístico t de Student para muestras independientes ya que se hallará las diferencia entre los resultados del año 2017 y 2018

2.8 Aspectos éticos.

Se mantuvo la reserva y confidencialidad de los datos fuente.

III. RESULTADOS

3.1 resultados descriptivos

Tabla 3

Comparación de la gratuidad de los afiliados SIS años 2017 -2018

		Gratuidad de los afiliados	
		Niveles	f
2017	Completa	80.90%	18760
	No completa	19.10%	4430
2018	Completa	85.39%	32963
	No completa	14.61%	5639

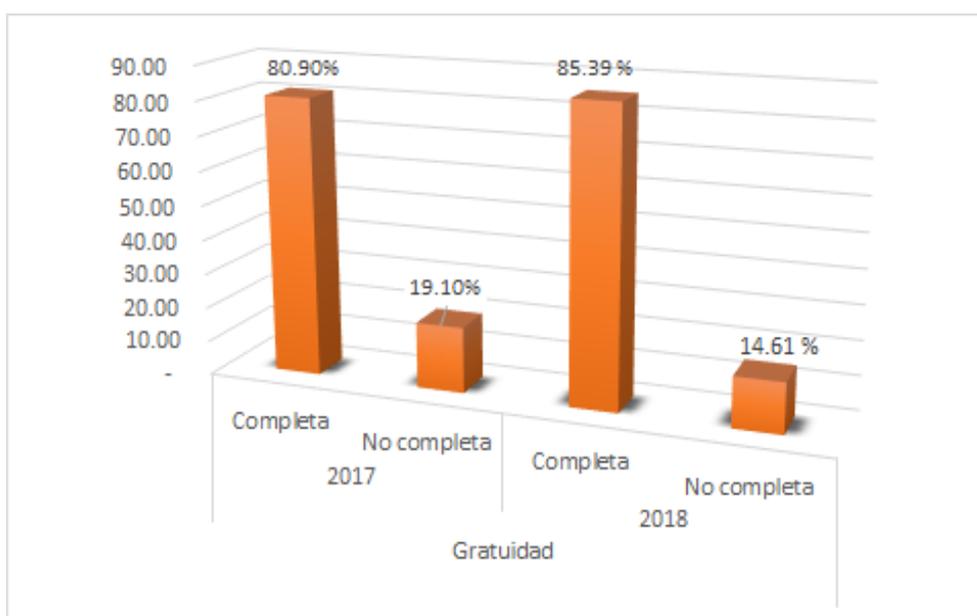


Figura 1 Comparación de los porcentajes de la gratuidad de los afiliados SIS.

Interpretación

En la tabla 3 y figura 1 se observa que la verificación de la gratuidad de las prestaciones en los hospitales de lima cercado ha brindado en el año 2017 que el 80.90% de los afiliados tuvieron la gratuidad completa y el 19.10% no obtuvo la gratuidad completa. Mientras que en el 2018 el 85.39% obtuvo la gratuidad completa y el 14.61% no, lo que significa que hubo mejoras. Debido que las IPRESS según DS N° 030-2014 S.A, tienen la obligación de brindar la cobertura oportuna y gratuita según el régimen de afiliación al SIS.

Por ende, se puede interpretar que teniendo en cuenta el sistema de control a través del registro realizado por los gestores de la Oficina de Atención al Asegurado de la GMR CEN MED, se evidencia que hay una mayor cobertura de la gratuidad de los afiliados al SIS.

Tabla 4

Comparación de cobro indebido a los afiliados SIS años 2017 -2018

		Cobro indebido	
	Niveles	%	f
2017	Se realizó	0.05%	11
	No se realizó	1.73%	402
2018	Se realizó	0.04%	16
	No se realizó	0.0026%	1

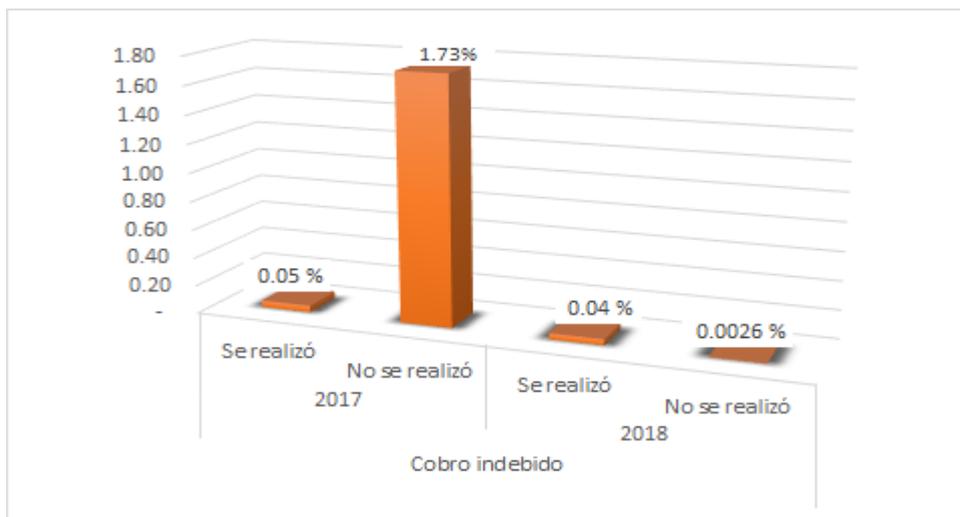


Figura 2. Comparación de los porcentajes de cobro indebido a los afiliados SIS.

Interpretación

En la tabla 4 y figura 2 se observa que el cobro indebido a los afiliados SIS en el año 2017 al 1.73% de los afiliados no se les hizo cobro indebido, el 0.05% si se les realizó cobro indebido. Mientras que en el año 2018 el 0.0026% no se les realizó cobro indebido y el 0.04% se les realizaron cobro indebido, lo que significa que hubo mejoras mínimas en el año 2018. Mediante el Art. 3 del DS N° 030-2014 S.A, se establece a través del convenio con las IPRESS que los asegurados al SIS su atención es gratuita según la cobertura de su régimen de afiliación dentro del cual tiene que garantizar la gratuidad de las prestaciones. Precisar, que a través de las actividades preventivo-promocionales realizado por los gestores del SIS para la verificación de la gratuidad aún se presentan cobros indebidos a los afiliados del SIS.

Tabla 5

Comparación del gasto del bolsillo de los afiliados SIS años 2017 -2018

	Niveles	Gasto del bolsillo	
		%	f
2017	Entrega completa	10.92%	2532
	Entrega incompleta	0.53%	122
	No se entrego	5.80%	1344
2018	Entrega completa	12.48%	4816
	Entrega incompleta	0.10%	39
	No se entrego	3.22%	747



Figura 3. Comparación de los porcentajes gasto del bolsillo a los afiliados SIS.

Interpretación

En la tabla 5 y figura 3 se observa que, en el año 2017, el gasto de bolsillo realizado por los afiliados al SIS alcanzó 17,25%, lo cual esta representa al 10.92% entrega completa, al 0.53% se le hizo entrega incompleta y al 5.80% no se le hizo entrega; por el contrario en el año 2018 el gasto de bolsillo realizados por los afiliados al SIS alcanzó un 14.61%, siendo al 12.8% se les hizo entrega completa, al 0.10% no se les hizo entrega completa y al 3.22% no se les hizo entrega de sus medicamentos e insumos respectivamente tuvo entrega incompleta de medicamentos e insumo y un 3% no se entregó. Por consiguiente, se evidencia que disminuyó el gasto de bolsillo realizado por los afiliados al SIS.

Tabla 6

Comparación del estado de devolución de los afiliados SIS años 2017 -2018

		Estado de devolución	
		Estado	%
2017	Devuelto		0.03%
	No devuelto		0.04%
	En proceso		0.01%
	No aplica		0.00%
2018	Devuelto		0.0002%
	No devuelto		0.01%
	En proceso		0.018%
	No aplica		0.00%

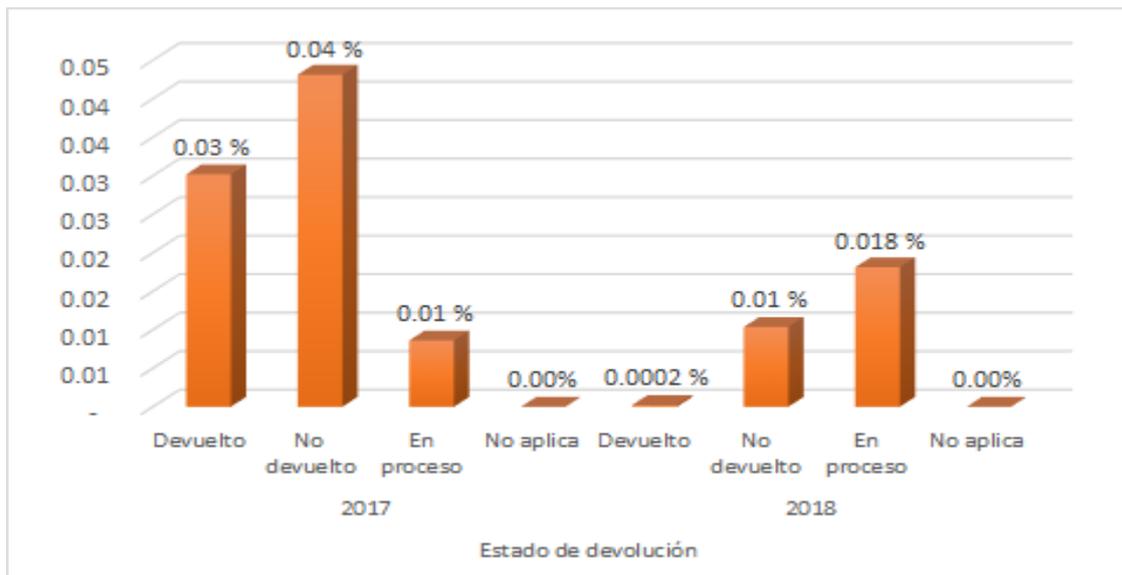


Figura 4 Comparación de los porcentajes del estado de devolución de cobros indebidos a los afiliados

Interpretación

En la tabla 6 y figura 4 se observa que, en el año 2017 el cobro indebido es 0,08% y en el año 2018 es 0,028 %. Además, se demuestra que el proceso de devolución en el año 2017 al 0.03% de los afiliados se les devolvió el gasto realizado, al 0.04% no lo devolvieron y al 0.01% se encuentra en proceso su devolución. Así también en el año 2018 que el proceso de devolución de los cobros indebidos es 0,0002% devueltos, al 0.01% no lo devolvieron y el 0.018%.

En consecuencia existe gastos de bolsillo y mediante el DS N° 030-2014 S.A en el Art. 32, las IPRESS están obligados a devolver los cobros indebidos dentro de un plazo de quince días.

3.2 prueba de hipótesis

Hipótesis general

Tabla 7

Prueba t para la igualdad de medias

		<i>Prueba de muestras independientes</i>					
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias			Diferencia de medias
		F	Sig.		Sig. (bilateral)		
Gratuidad 2017-2018	Se asumen varianzas iguales	2571.037	0.000	28.353	11489	0.000	.47040
	No se asumen varianzas iguales			27.770	618.690	0.000	.47040

En la tabla 7 se observa que existe diferencia significativa entre los años 2017 y 2018 sobre la gratuidad de los afiliados al SIS ya que el p valor $0,000 < 0,05$ por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo.

Hipótesis específica 1

Tabla 8

Prueba t para la igualdad de medias para comparar los cobros indebidos

		<i>Prueba de muestras independientes</i>					
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias			Diferencia de medias
		F	Sig.		Sig. (bilateral)		
Cobros indebidos 2017-2018	Se asumen varianzas iguales	2301.14	0.000	25.997	9601	0.000	,43017
	No se asumen varianzas iguales			24.690	6885.4	0.000	.47017

En la tabla 8 se observa que no existe diferencia significativa entre los años 2017 y 2018 sobre los cobros indebidos de los afiliados al SIS ya que el p valor $0,500 > 0,05$ por lo tanto se rechaza la hipótesis de trabajo.

Hipótesis específica 2

Tabla 9

Prueba t para la igualdad de medias para comparar gasto de bolsillo

		<i>Prueba de muestras independientes</i>					
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias			Diferencia de medias
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	
Gasto de bolsillo 2017-2018	<i>Se asumen varianzas iguales</i>	9,466	0.002	31.096	274	0.000	.92959
	<i>No se asumen varianzas iguales</i>			15.703	16.413	0.000	.92959

En la tabla 9 se observa que existe diferencia significativa entre los años 2017 y 2018 sobre el gasto de bolsillo de los afiliados al SIS ya que el p valor $0,002 < 0.05$ por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo

Hipótesis específica 3

Tabla 10

Prueba t para la igualdad de medias para comparar el estado de la devolución

		<i>Prueba de muestras independientes</i>					
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias			Diferencia de medias
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	
Estado de la devolución 2017- 2018	<i>Se asumen varianzas iguales</i>	2301.141	0.000	25.997	75	0.000	0.01655
	<i>No se asumen varianzas iguales</i>			24.690	41.492	0.000	0.1742

En la tabla 10 se observa que existe diferencia significativa entre los años 2017 y 2018 sobre el estado de la devolución de los afiliados al SIS ya que el p valor $0,001 < 0.05$ por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo.

IV. DISCUSIÓN

Para el objetivo general a partir de los resultados encontrados a través de la ficha de gestor se demuestra que de acuerdo con los resultados sobre la gratuidad de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado, existe diferencia significativa (p valor < 0.05) es decir, que en el año 2018 hubo más cobertura de gratuidad que el año 2017. Se puede evidenciar el cumplimiento al principio de la gratuidad en las IPRESS mencionadas en el presente estudio dentro del convenio suscrito entre el SIS y las IPRESS de la jurisdicción de Lima Centro. Lo cual confirmado por Fernández (2015) afirmó que históricamente la política de salud ha demostrado un alto nivel de cobertura y de disponibilidad de recursos por habitante, aunque con la nota distintiva de la enorme estratificación en los derechos y beneficios que concede el sistema y refutado por (Knaul et al., 2012; Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana y Knaul, 2006) quienes manifiestan que en la sociedad la gratuidad en salud está dilapidado y más aún se identificó que si llega no se aplica efectivamente a los sectores necesitados, “el hecho de intentar alcanzar la CUS no quiere decir, que los recursos humanos y básicos para desafiar las solicitudes en servicios de salud estén disponibles”.

En consecuencia, se demuestra que aunque la cobertura de gratuidad se incrementó entre los años de estudio, persiste un porcentaje considerable de afiliados que no son coberturados según establece su régimen de aseguramiento.

Para el objetivo específico 1. Teniendo en cuenta que la gratuidad en el presente estudio se produce el cobro indebido es todo pago que se realiza dentro de una IPRESS, se precisa que el resultado obtenido de la evaluación de la ficha del gestor en los cuales se identificó a través del equipo de gestores de la Oficina de Atención al Asegurado de la Gerencia Macrorregional Centro Medio en los hospitales que son parte de este estudio, se demuestra que no existe diferencia significativa entre los años 2017 y 2018 sobre los cobros indebidos a los afiliados al SIS (p valor $0,000 < 0.05$).

Considerando lo establecido en el Art. 3 del DS N° 030-2014 S.A, que la atención brindada a los asegurados SIS es gratuita según su cobertura de su régimen de afiliación y que la IPRESS en cumplimiento al convenio suscrito tiene la obligación de

brindar la gratuidad en la atención de los asegurados. Por consiguiente (Castellanos, 2018, p. 9), refiere que existen factores que “hacen que no exista realmente una gratuidad en el seguro integral de salud (SIS) debiendo ser gratuito a plenitud como lo establece esta modalidad de seguro”

Precisa, que el SIS como ente financiador establece mecanismos de control para la gratuidad y la calidad de la atención de sus afiliados como lo establece en los convenios por lo cual realiza la transferencia del 90% del financiamiento correspondiente en el primer trimestre y el 10% faltante en el tercer trimestre. Asimismo, establece en los convenios suscritos con la IPRESS la priorización de gastos a realizar en la compra de medicamentos, insumos, entre otros.

Así también como financiador ha implementado la Directiva Administrativa N°04-2016-SIS/GA-V1. Dicha directiva regula la administración, monitoreo y supervisión de la intervención de gestores SIS en las IPRESS a nivel nacional y dentro de sus funciones del gestor está el proceso de orientación , proceso de asistencia, proceso de protección del asegurado en la cual está contemplado la gratuidad que se le debe brindar a nuestros asegurados y en el caso se identifique la vulneración de algún asegurado realizan las coordinaciones respectivas para la solución del caso y además ejecutan actividades de promoción en derechos y deberes a los usuarios para empoderar a nuestros afiliados y no se cometan irregularidades en su atención.

Para el objetivo específico 3. En cuanto al gasto del bolsillo de los afiliados al SIS, también existe diferencia significativa entre los años 2017 y 2018 (p valor $0,000 < 0,05$), es decir (OECD, 2015) “el conocimiento del gasto de bolsillo con relación a la salud permite controlar la inequidad de los Sistemas de Salud existentes y obtener datos relevantes para estudiar y mejorar el acceso a ella. Se sabe que a mayor cobertura o inversión del total PBI de un país asignado a la salud, existe menor gasto de bolsillo del poblador”.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud recomienda que el PBI en salud debe ser del 6% sin embargo en nuestro país se destina el 3,5% del PBI nacional.

Actualmente como estrategia el Ministerio de Salud dentro de los indicadores de gestión de hospitalización ha priorizado la medición de la ejecución presupuestal de las transferencias financieras del SIS a los hospitales, con la finalidad de lograr una máxima ejecución económica pero parte de estos priorizando el adecuado abastecimiento de medicamentos, insumos y materiales médicos, también de apoyo al diagnóstico y tratamiento para los afiliados así de esta manera disminuir el gasto de bolsillo realizado por los afiliados al SIS.

Finalmente, para el objetivo específico 4, sobre el estado de devolución según el estadístico t de student para muestras independientes, también existe diferencia significativa entre los años 2017 y 2018, lo cual indica que se está logrando cumplir lo normado en el DS N° 030-2014 S.A en el Art. 32, las IPRESS están obligados a devolver los cobros indebidos dentro de un plazo de quince días. Y también, la devolución de los montos cobrados indebidamente, advertidos por correo electrónico o de manera presencial; así como las coordinaciones de apoyo para los casos procedentes del MINSA y del Congreso de la República son acciones ejecutadas a favor de los asegurados.

V. CONCLUSIONES

Primera:

Existe diferencia significativa entre los años 2017 y 2018 sobre la gratuidad de los afiliados al SIS ya que el p valor $0,000 < 0.05$ por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo.

Segunda

No existe diferencia significativa entre los años 2017 y 2018 sobre los gastos de bolsillo de los afiliados al SIS ya que el p valor $0,500 > 0.05$ por lo tanto se rechaza la hipótesis de trabajo.

Tercera

Existe diferencia significativa entre los años 2017 y 2018 sobre el cobro indebido de los afiliados al SIS ya que el p valor $0,000 < 0.05$ por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo.

Cuarta

Existe diferencia significativa entre los años 2017 y 2018 sobre el estado de la devolución de los afiliados al SIS ya que el p valor $0,001 < 0.05$ por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo.

VI. RECOMENDACIONES

Primera

Se recomienda que las instituciones prestadoras de salud (IPRESS), en relación al presente estudio deben garantizar la gratuidad de las prestaciones que brindan a los afiliados al SIS en el marco del convenio suscrito con el SIS.

Segunda

Se recomienda al equipo de gestión de las IPRESS públicas en cumplimiento a sus obligaciones suscrita en el convenio entre el seguro integral de salud, fondo intangible solidario de salud y la dirección de redes integradas de salud Lima Centro para el financiamiento de las prestaciones a sus asegurados, establece mecanismos para prevenir los cobros indebidos a los afiliados al SIS priorizando la ejecución de las transferencias económicas según lo establece en medicamentos, insumos y materiales médicos, entre otros.

Tercera

Se recomienda que MINSA dentro de los objetivos estratégicos a nivel nacional debe gestionar el aumento del PBI, teniendo en cuenta la recomendación brindada por la OMS, donde se indica que mínimo debe ser 6% del PBI nacional. Considerando que el gasto de bolsillo está relacionado con el PBI de un país y siendo una política de estado el incrementar la cobertura universal de salud. Sino también el incremento del PBI en salud, lo cual conlleva a la disminución de los gastos de bolsillo de los pobladores.

Cuarta

Se recomienda a nivel de MINSA como ente rector instar a las IPRESS para implementar un documento de gestión que fortalezca los procesos de devolución de cobros indebidos y gastos de bolsillo en forma oportuna. Asimismo, la IAFAS debería establecer los procesos de control para que se adopte las acciones

correctivas por incumplimiento de las responsabilidades suscritas por las IPRESS en marco del convenio entre el SIS, FISSAL y las IPRESS.

REFERENCIAS

- Bejarano-Daza, Diego, Fernando Hern. (2017). Fallas del mercado de salud colombiano health market failures: Colombian case. *Revista De La Facultad De Medicina*, 65(1), 107-113. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1924015432?accountid=37408>
- Benites-Zapata, V. A., Lozada-Urbano, M., Urrunaga-Pastor, D., Márquez-Bobadilla, E., Moncada-Mapelli, E., & Mezones-Holguín, E. (2017). Factores Asociados a La No Utilización De Los Servicios Formales De Prestación en Salud en La Población Peruana: Análisis De La Encuesta Nacional De Hogares (Enaho) 2015. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(3), 478–484. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2864>
- Castellar Paternina, E. (2015). Política de gratuidad: un estudio de caso. *Zona Próxima*, (23), 73–87. <https://doi.org/10.14482/zp.22.5832>
- Chitashvili, T. (2015). Rationale for improving integrated service delivery: reduced cost and improved care in Georgia. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 15, 103–106. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=113549571&lang=es&site=ehost-live>
- De los Ángeles Gispert Abreu, E., Serrate, P. C.-F., & Lefrán, A. L. (2016). Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2), 337–341. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=114886214&lang=es&site=ehost-live>
- Fajardo-Dolci, G., Pablo Gutiérrez, J., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180–186. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7415>
- Fernández Moreno, S. Y. (2015). Postura de la Red Latinoamericana de Género y Salud Colectiva de ALAMES frente a la cobertura universal de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(2), 335–356. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=102257501&lang=es&site=ehost-live>
- Figuroa-Lara, A., & González-Block, M. A. (2016). Costo-efectividad de una alternativa para la prestación de servicios de atención primaria en salud para los beneficiarios

del Seguro Popular de México. *Salud Pública de México*, 58(5), 569–576. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8247>

- Grayeb, A. (2019). El derecho humano a la salud, la representación aparente y la responsabilidad en la prestación de servicios médicos particulares. *Revista CONAMED*, 24(1), 38–45. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=137302233&lang=es&site=ehost-live>
- Hernández-Vásquez, A., Rojas-Roque, C., Santero, M., Javier Prado-Galbarro, F., & Rosselli, D. (2018). Gasto De Bolsillo en Salud en Adultos Mayores Peruanos: Análisis De La Encuesta Nacional De Hogares Sobre Condiciones De Vida Y Pobreza 2017. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(3), 390–399. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.353.3815>
- Huffman, C., & van Gameren, E. (2019). Efectos heterogéneos y distributivos del Seguro Popular sobre la oferta de servicios de salud en México. *Trimestre Económico*, 86(343), 667–713. <https://doi.org/10.20430/ete.v86i343.719>
- Londoño, A. A., & Baena Rojas, J. J. (2017). Análisis de la relación entre los subsidios al sector energético y algunas variables vinculantes en el desarrollo sostenible en México en el periodo 2004-2010. *Gestión y Política Pública*, 26(2), 491–526. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=127531145&lang=es&site=ehost-live>
- Muyor, J. (2018). La prestación de servicios sociales públicos en España: vías para el emprendimiento desde lo local. *Equidad y Desarrollo*, (31), 131–151. <https://doi.org/10.19052/ed.4362>
- Pérez, I. S. ivonnesp@infomed. sld. c., Leyva, K. M., & Torres, R. M. F. (2017). La Cooperación Internacional de Cuba en la docencia Médica Superior, vía posible para una cobertura universal de Salud. (Spanish). *Revista Cubana de Educación Medica Superior*, 31(2), 1–16. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eue&AN=128130135&lang=es&site=ehost-live>
- Rey-Sarmiento, C. F., Bernal-Camargo, D. R., Arias, J. A., González, G., & Romero-González, M. (2018). Abordaje Desde La Complejidad a Las Barreras en La Prestación De Servicios De Salud a Consumidores De Sustancias Psicoactivas: Estudio De Caso en El Modelo De Salud Colombiano. *Health & Addictions / Salud y Drogas*, 18(2), 5–26. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.334>
- Romano, A. (2015). La Humanización De La Formación en Organizaciones De Prestación De Servicios. *Revista Negotium*, 10(30), 6–13. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=117029178&lang=es&site=ehost-live>

- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Washington, DC: OPS; 2014. Disponible en <http://www.paho.org/uexchange/index.php/es/uexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file> Acceso el 30 de diciembre de 2017
- Ministerio de Salud. Ley 27657/2002 de 28 de enero. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2002;216517. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/LeyMarco.pdf> Acceso el 30 diciembre de 2017.
- Ley 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2009:394077. Disponible en: <http://diariooficial.elperuano.pe/> Normas Acceso el 30 de diciembre de 2017
- Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Decreto Supremo 0082010-SA/2010 de 2 de abril. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2010:416633. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/LeyMarco.pdf> Acceso el 30 de diciembre de 2017.
- Petrera M. Reflexiones para la política sectorial de salud en Perú a partir de las Cuentas Nacionales de Salud. Economía (PUCP). 2016; 39(78):35–65. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/economia/article/view/16513> Acceso el 10 de junio de 2019.
- Defensoría del Pueblo. Informe Defensoría No. Lima: Defensoría del Pueblo; 2013. [Acceso el 30 de diciembre de 2017]. Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Resultados de la supervisión nacional a hospitales. 161. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9D2A7AFD45EA318905257BCE0078F1E7/\\$FILE/2.informe-161.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9D2A7AFD45EA318905257BCE0078F1E7/$FILE/2.informe-161.pdf)
- Peticara M. Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. Santiago de Chile: CEPAL-PNUD; 2008. (Serie Políticas Sociales 141.) Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/6146-incidencia-gastosbolsillo-salud-siete-paises-latinoamericanos> Acceso el 30 de diciembre de 2017.
- Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Llórens M, et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. Salud Publica Mex. 2013; 55(2):207–35. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n2/v55n2a13.pdf> Acceso el 30 de diciembre de 2017.
- Cid C, Prieto L. El gasto de bolsillo en salud: El caso de Chile 1997 y 2007. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(4):310–16. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n4/a07v31n4.pdf> Acceso el 30 de diciembre de 2017
- Castillo-Laborde C, Villalobos P. Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: Una mirada a dos sistemas de protección. Rev Med Chile. 2013; 141(11):1456–63.

Disponible en: [http://dx. doi.org/10.4067/S0034-9887201300110 0013](http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001100013) Acceso el 30 de diciembre de 2017.

Ypanaqué-Luyo P, Martins M. Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(3):464-70

Defensoría del Pueblo . Informe Defensorial No. Lima: Defensoría del Pueblo; 2013. [Acceso el 30 de diciembre de 2017]. Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Resultados de la supervisión nacional a hospitales. 161. Disponible en:[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9D2A7AFD45EA318905257BCE0078F1E7/\\$FILE/2.informe-161.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9D2A7AFD45EA318905257BCE0078F1E7/$FILE/2.informe-161.pdf)

Pezúa Tapia, Adriana Patricia. Gastos de bolsillo en salud en el afiliado al SIS según nivel de pobreza en el periodo 2009-2014. Fecha: 2015 <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/527>

M. Valdivia M, Jimenez E, Almeida G. Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. *Equity in health and health care in Peru, 2004 - 2008*. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(2):131-6. 10. <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1675/1762>.

Gonzales M, Gasto de bolsillo en salud en América Latina (1995-2013): Evolución e implicaciones de políticas

OECD Health Statistics 2015 [Internet]. *Oecd.org*. 2018 [Citado 5 Marzo 2018]. Disponible en : <https://www.oecd.org/els/health-systems/Country-NoteCANADA-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>

Herrera Rojas Nicole Alessandra. Estudio comparativo del gasto de bolsillo en consulta odontológica registrada en la ENAHO del año 2015 entre los pacientes afiliados al SIS y al ESSALUD en el Perú. http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3754/estudio_herrerarojas_nicole.pdf?sequence.

Gallegos.E, Muñoz.A. .Protección financiera en salud: evolución y comparación del gasto de bolsillo de los hogares chilenos. *rev. méd. chile* vol.146 no.6 santiago jun. 2018 <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000600737>

Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, Abbot-Klanffter J, Barofky JT, BrysonKahn C, et al. Evaluación del impacto de la Reforma Mexicana de salud 2001–2006: Un informe inicial. *Salud Publica Mex*. 2007;49(Supl 1):S88-S109. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000700011 Acceso el 30 de diciembre de 2017

Benítez,A, Hernando. A, Velasco. C. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Análisis del cambio en el gasto entre 2012 y 2016. *Rev. Panam. Salud Pública.. Edición digital N° 491, octubre 2018*.

Https:

//www.cepchile.cl/cep/site/artic/20181023/asocfile/201810231658/pder491_abenitez.pdf.

Felizzola Bohórguez, Y. Echevarria, R. (2016) Efectos de la política de gratuidad en la sobredemanda de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública en el periodo 2008-2015 del Ecuador. Tesis (Especialista en Gerencia de Salud), Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Posgrados; Quito, Ecuador, 2016 <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6102>

Directiva Administrativa N° 001-2013-SIS/GA-V.01, Directiva Administrativa que regula el Proceso de Afiliación de los contribuyentes del Nuevo Régimen Único Simplificado - NRUS en el Régimen de Financiamiento Semicontributivo del Seguro Integral de Salud - SIS aprobada por la Resolución Jefatural N° 157-2013/SIS, 24/10/2013

Directiva Administrativa N° 001-2013-SIS/GA-V.01 Directiva Administrativa que regula el Proceso de Afiliación de los Contribuyentes del Nuevo Régimen Único Simplificado - NRUS en el Régimen de Financiamiento Semicontributivo del Seguro Integral de Salud y sus Anexos, los que forman parte integrante de la presente Resolución. 09/08/2013

Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS-V.01 Directiva Administrativa que regula el Proceso de Afiliación, Atención, Plan de Beneficios y Financiamiento al SIS Independiente del Régimen de Financiamiento Semicontributivo del Seguro Integral de Salud y sus Anexos, que forman parte de la presente Resolución, la cual entrará en vigencia al día siguiente de aprobado el monto de la aportación a cargo del asegurado. 28/05/2015.

Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS-V.01 Directiva Administrativa que regula el Proceso de Afiliación, Atención, Plan de Beneficios y Financiamiento al SIS Independiente del Régimen de Financiamiento Semicontributivo del Seguro Integral de Salud aprobada por la Resolución Jefatural N° 111-2015/SIS, el mismo que queda redactado bajo los siguientes términos: 8.9 El Director de la UDR respectiva, suscribe el contrato de Seguro de Salud, en representación del Seguro Integral de Salud en los casos de afiliaciones presenciales.15/02/2016.

Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS-V.01 Directiva Administrativa que regula el Proceso de Afiliación, Atención, Plan de Beneficios y Financiamiento al SIS Independiente del Régimen de Financiamiento Semicontributivo del Seguro Integral de Salud aprobada por la Resolución Jefatural N° 111-2015/SIS, el mismo que queda redactado bajo los siguientes términos: 8.9 El Director de la UDR respectiva, suscribe el contrato de Seguro de Salud, en representación del Seguro Integral de Salud en los casos de afiliaciones presenciales.15/02/2016.

Resolución jefatural 038-2008 -SIS aprueba la cartilla de derechos del asegurado SIS

Directiva N° 001-2012-SIS/GA Directiva que regula el proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud y sus Anexos, que forman parte de la presente Resolución. 16/11/2012 RJ 190-2012

Directiva N° 001-2012-SIS/GA Directiva que regula el proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud y sus Anexos, que forman parte de la presente Resolución. 16/11/2012 RJ 190-2012

Resolución Jefatural N° 007-2016/SIS. Aprueban el proceso de actualización de la Base de Datos de afiliados del Régimen de Financiamiento Subsidiado del SIS con el Padrón General de Hogares de la Unidad Central de Focalización que en Anexo N° 01 forma parte integrante de la presente Resolución. 12/01/2016.

Resolución Jefatural N° 272-2014/SIS. Aprueban la actualización de la base de datos de afiliados del Régimen de Financiamiento Subsidiado del SIS, en base al Padrón General de Hogares proporcionado por la Unidad Central de Focalización (UCF) de la Dirección General de Gestión de Usuarios (DGGU) del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, para lo cual se deberán cumplir las disposiciones señaladas en los Anexos 01 y 02, que forman parte integrante de la presente Resolución Jefatural.

Directiva Administrativa N° 04 -2016-SIS/GA-V.01, Directiva Administrativa que regula la Administración, Monitoreo y Supervisión de la Intervención de los Gestores SIS en las IPRESS a Nivel Nacional y sus doce (12) Anexos que forman parte de la presente Resolución Jefatural. 31/08/2016

Directiva Administrativa N° 002-2019-SIS/ GNF V.02 Directiva Administrativa que regula el Procedimiento de trámite y reconocimiento del reembolso de prestación económica de sepelio para los asegurados del seguro integral de salud aprobado por Resolución Jefatural N° 119-2019/SIS.

Márquez. I, Iannacone. R (2018). Gastos de bolsillo en servicio dental y anexos en la población afiliada al seguro integral de salud (SIS) en el Perú año 2016.

Valencia, Cardona (2015). Gastos de bolsillo para la salud en pacientes hipertensos. Universidad Autónoma Manizales.

[http: www. Scielo. Org.co.](http://www.Scielo.Org.co)

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia.

Problema General:	Objetivo general:	Hipótesis	Dimensión	Indicador	Ítems	Niveles
¿Qué diferencia existe entre la gratuidad de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado?	Comparar la gratuidad de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado	Existe diferencia significativa entre la gratuidad de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 - 2018 en Lima Cercado.	Cobro indebido	Por concepto de medicamentos, insumos y/o procedimientos u otros conceptos administrativos que se requieran para su atención	Es todo pago realizado dentro de la IPRESS, por medicamentos, insumos, procedimientos y trámite administrativo, a pesar de estar contemplado en la cobertura de salud del asegurado.	Se realizó el cobro indebido. No se realizó el cobro indebido
Problemas Específicos:	Objetivos Específicos:	Hipótesis específicas				
¿Qué diferencia existe entre cobro indebido de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado?	1) Establecer las diferencias de cobros indebidos.	Existe diferencia significativa entre cobros indebidos de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 - 2018 en Lima Cercado.				
¿Qué diferencia existe entre gasto de bolsillo de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado?	2) Establecer el gasto de bolsillo de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado.	Existe diferencia significativa entre gasto de bolsillo de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 - 2018 en Lima Cercado.	Gasto del bolsillo	El gasto realizado por: -Algún miembro del hogar o auto suministro	Se tendrá en cuenta cuando algún miembro del hogar y/o representante efectúe un pago por concepto en servicios de salud a pesar de encontrarse contemplado en la cobertura de salud del asegurado.	Entrega Completa (1) Entrega Incompleta (2) No se entregó (3)

<p>¿Qué diferencia existe entre el estado de la devolución de los cobros indebidos de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado?</p>	<p>3) Establecer el estado de la devolución cobros indebidos de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 – 2018 en Lima Cercado.</p>	<p>Existe diferencia significativa entre el estado de la devolución de los cobros indebidos de los afiliados al SIS registrados en la ficha del gestor entre los años 2017 - 2018 en Lima Cercado.</p>	<p>Estado de la devolución</p>	<p>Devolución del dinero que se le realiza al afiliado después de haber hecho un pago indebido.</p>	<p>En caso se determine cobros indebidos por las prestaciones de salud, la IPRESS están obligados a devolver el total del cobro indebido</p>	<p>Devuelto (1) No devuelto (2) En proceso de devolución (3) No aplica (4)</p>
<p>Tipo y diseño de investigación</p>	<p>Población y muestra</p>		<p>Técnicas o instrumento</p>	<p>Estadística</p>		
<p>Método: Hipotético deductivo. Enfoque: Cuantitativo. Tipo: Basica. Nivel: Descriptivo comparativo. Diseño: No experimental</p>	<p>Población muestral</p>		<p>Técnica: Análisis documental. Instrumento: Ficha de gestor.</p>	<p>Estadística: T Student para muestra independiente.</p>		

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 04-2016-SIS/GA - V.1

FICHA DEL GESTOR

		FICHA DEL GESTOR		FECHA: _____																																																																																																																																																											
CONSERVAR LOS DATOS RESPECTIVOS DE ACORDO CORRESPONDIENTE.																																																																																																																																																															
1	Nombre del asegurado	N°	Fecha de nacimiento	EDAD	En el caso de asegurados con dificultades para el acceso al servicio: 1. ¿Cuál es la relación que tiene usted con el asegurado? 2. ¿Ingresó por emergencia a consulta externa? 3. ¿Cuanto con tipo de Referencia? 4. ¿Por qué motivo se ingresó con tipo de Referencia?																																																																																																																																																										
2	Nombre del asegurado	N°	Fecha de nacimiento	EDAD																																																																																																																																																											
3	Nombre del representante o su representante	N°	Fecha de nacimiento	EDAD																																																																																																																																																											
4	Teléfono de contacto	N°																																																																																																																																																													
5	Tipo de seguro																																																																																																																																																														
6	Observación al sistema de salud																																																																																																																																																														
7	Observación al sistema de salud																																																																																																																																																														
ATENCIÓN BRINDADA		TEMA		ESTADO	RESULTADO	FECHA DE ATENCIÓN																																																																																																																																																									
CONSULTA PRODUCTO RELATOS OBSERVACIONES SIN DERIVACION Y ENVIOS VERIFICACIÓN DE GRATUIDAD SE INDIQUE EN SU MOMENTO EN OBSERVACIONES INSTALLES																																																																																																																																																															
DOCUMENTOS QUE ADIUNTA:																																																																																																																																																															
FORMA DE INGRESO		Etiología del suceso		Fuente digital del suceso																																																																																																																																																											
DESCRIBIR LA VERIFICACIÓN DE LA GRATUIDAD EN LA FICHA DEL PACIENTE																																																																																																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">SERVICIO</th> <th colspan="2">EXAMENES</th> <th colspan="2">EXAMENES DE LABORATORIO</th> <th colspan="2">EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN</th> <th colspan="2">EXAMENES DE PATOLOGÍA ANATOMOPATOLOGICA</th> <th colspan="2">OTROS</th> </tr> <tr> <th>PREVIO</th> <th>POSTERIOR</th> <th>PREVIO</th> <th>POSTERIOR</th> <th>PREVIO</th> <th>POSTERIOR</th> <th>PREVIO</th> <th>POSTERIOR</th> <th>PREVIO</th> <th>POSTERIOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Consultas/Exámenes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Medicamentos (Programar los datos en formato de producción farmacéutica)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Insumos (Programar los datos en formato de producción farmacéutica)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Exámenes auxiliares</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Prescripciones de apoyo al diagnóstico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Tratamiento de emergencia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Atención en caso de traslado por emergencia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Tamografía</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Prescripciones especiales (farmacológicas, patológicas, etc.)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Prescripciones en otros (radiológicas, terapéuticas, etc.)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Reservación especial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>Otros</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							SERVICIO	EXAMENES		EXAMENES DE LABORATORIO		EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN		EXAMENES DE PATOLOGÍA ANATOMOPATOLOGICA		OTROS		PREVIO	POSTERIOR	1	Consultas/Exámenes										2	Medicamentos (Programar los datos en formato de producción farmacéutica)										3	Insumos (Programar los datos en formato de producción farmacéutica)										4	Exámenes auxiliares										5	Prescripciones de apoyo al diagnóstico										6	Tratamiento de emergencia										7	Atención en caso de traslado por emergencia										8	Tamografía										9	Prescripciones especiales (farmacológicas, patológicas, etc.)										10	Prescripciones en otros (radiológicas, terapéuticas, etc.)										11	Reservación especial										12	Otros																	
SERVICIO	EXAMENES		EXAMENES DE LABORATORIO		EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN			EXAMENES DE PATOLOGÍA ANATOMOPATOLOGICA		OTROS																																																																																																																																																					
	PREVIO	POSTERIOR	PREVIO	POSTERIOR	PREVIO	POSTERIOR	PREVIO	POSTERIOR	PREVIO	POSTERIOR																																																																																																																																																					
1	Consultas/Exámenes																																																																																																																																																														
2	Medicamentos (Programar los datos en formato de producción farmacéutica)																																																																																																																																																														
3	Insumos (Programar los datos en formato de producción farmacéutica)																																																																																																																																																														
4	Exámenes auxiliares																																																																																																																																																														
5	Prescripciones de apoyo al diagnóstico																																																																																																																																																														
6	Tratamiento de emergencia																																																																																																																																																														
7	Atención en caso de traslado por emergencia																																																																																																																																																														
8	Tamografía																																																																																																																																																														
9	Prescripciones especiales (farmacológicas, patológicas, etc.)																																																																																																																																																														
10	Prescripciones en otros (radiológicas, terapéuticas, etc.)																																																																																																																																																														
11	Reservación especial																																																																																																																																																														
12	Otros																																																																																																																																																														
LA VÍA DE INGRESO DEBE SER ANALIZADA INDICANDO:																																																																																																																																																															
Tipo de Ingreso:		Tipo de Ingreso:		Tipo de Ingreso:		RESULTADO																																																																																																																																																									
Nombre del Estado o Municipio: _____																																																																																																																																																															



ACTA DE APROBACION DE ORIGINALIDAD DE TESIS



Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Nancy Elena Cuenca Robles, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte, revisor de la tesis titulada "LA GRATUIDAD DE LOS AFILIADOS AL SIS SEGÚN LA FICHA DEL GESTOR LIMA CERCADO PERIODO 2017 - 2018" del estudiante **Kaly Luz Borrovich Rivera**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 17 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

La suscrita analizó dicho reporte y concluyó 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, 13 de agosto del 2019

Nancy Elena Cuenca Robles

DNI:08525952

PORCENTAJE DE SOFTWARE TURNITIN

Feedback Studio - Mozilla Firefox

La gestión de los archivos de sus asignaturas se realiza en el panel. Último documento publicado: 2017 - 2018

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN (ESADIS)

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el uso del gestor de documentos en el ámbito académico.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIONES Y DESARROLLO TECNOLÓGICO

COORDINADOR

Dr. Rolo Espinoza Torres
correo: rolo@ucv.edu.pe

ASISTENTE

Dr. Shary Torres Alfaro
correo: shary@ucv.edu.pe

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Alma 2004
2017

Resumen de coincidencias

17%

1. **estadística y estadística** 5% >

2. **investigación científica** 3% >

3. **investigación científica** 1% >

4. **investigación científica** 1% >

5. **estadística** 1% >

6. **estadística** 1% >

7. **estadística** 1% >

1282 p. m. 13/06/2019

FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA LA PUBLICACION ELECTRONICA DE LA TESIS



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

BORROVICH RIVERA KALY LUZ

D.N.I. : 40.434287

Domicilio : Urb. Carlos Cueto Fernandini N° 147

Teléfono : Fijo : Móvil :

E-mail : Naecb24102012@gmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado : Maestra

Mención : Gestión en los servicios de salud

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

BORROVICH RIVERA KALY LUZ

Título de la tesis:

La Gratuidad de los Afiliados al SIS según la

ficha del gestor Lima Cercado periodo 2017-2018

Año de publicación : 2020

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

A través del presente documento, autorizo a la Biblioteca UCV-Lima Norte, a publicar en texto completo mi tesis.

Firma :

Fecha : 16-01-2020

AUTORIZACION DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



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:

KALY LUZ BORROVICH RIVERA

INFORME TÍTULADO:

"LA GRATUIDAD DE LOS AFILIADOS AL SIS SEGUN LA FICHA
DEL GESTOR LIMA CERCA DO PERIODO 2017-2018"

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD.

SUSTENTADO EN FECHA: 13 AGOSTO DEL 2019.

NOTA O MENCIÓN: Por unanimidad



FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN