



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

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

**Estudio comparativo del gasto de bolsillo en adultos mayores
afiliados al SIS y EsSalud, según ENAHO 2018**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en gestión de los servicios de la salud

AUTORA:

Vasquez Vargas, Rut (ORCID: 0000-0001-9491-1566)

ASESOR:

Mgtr. Quiñones Castillo, Karlo Ginno (ORCID: 0000-0002-2760-6294)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en la salud

Lima - Perú

2020

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres, hermanos y en especial a mi esposo que me ha acompañado durante todo el proceso de mi formación profesional y a mi hijo Joaquín, quien es mi motivo de superación.

AGRADECIMIENTO

A Dios, mi gratitud infinita por la vida y darme salud para poder cumplir mis metas profesionales. A la Universidad Cesar Vallejo, por permitir realizar mis estudios de postgrado en Gestión de los Servicios de la Salud, logrando obtener el grado académico de Magister. Así mismo agradezco a los docentes por impartir enseñanza competitiva de calidad y mis agradecimientos al asesor por contribuir a la ejecución y finalización de la tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Pág.		
Carátula		i
Dedicatoria		ii
Agradecimiento		iii
Índice de contenido		iv
Índice de tablas		v
Índice de figuras		vi
Índice de abreviaturas		vii
Resumen		viii
Abstract		ix
I. INTRODUCCIÓN		1
II. MARCO TEÓRICO		6
III. METODOLOGÍA		18
3.1	Tipo y Diseño de investigación	18
3.2	Variables y operacionalización	19
3.2.1	Variable gasto de bolsillo en adultos mayores	19
3.2.2	Operacionalización de variables	20
3.3	Población, muestra y muestreo	21
3.3.1	Población	21
3.3.2	Muestra	21
3.3.3	Muestreo	21
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	21
3.4.1	Técnica	21
3.4.2	Instrumento	22
3.5	Procedimiento	22
3.6	Método de análisis de datos	22
3.7	Aspectos éticos	23
IV. RESULTADOS		24
V. DISCUSIÓN		40
VI. CONCLUSIONES		44
VII. RECOMENDACIONES		45
REFERENCIAS		46
ANEXOS		51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Matriz de operacionalización de la variable Gasto de bolsillo en salud en AM	20
Tabla 2.	Distribución de la muestra de estudio	24
Tabla 3.	Clasificación de las edades según EsSalud y SIS	25
Tabla 4.	Padecimiento e alguna enfermedad o malestar crónico.	27
Tabla 5.	Comparación del GBS total del personal encuestado según tipo de afiliación	28
Tabla 6.	Características socioeconómicas de los adultos mayores	29
Tabla 7.	Características sociodemográficas de los adultos mayores	30
Tabla 8.	Prueba de normalidad	33
Tabla 9.	Contrastación de hipótesis general	35
Tabla 10.	Contrastación de hipótesis específico primera	36
Tabla 11.	Contrastación de hipótesis específico segundo	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Base a datos de INEI 2016.	13
Figura 2.	Porcentaje del GBS en países de América Latina y el Caribe, 2017.	14
Figura 3.	Porcentaje del Gasto de bolsillo en Salud según ingreso per cápita, 2017.	15
Figura 4.	Porcentaje de adultos mayores afiliados al EsSalud y al SIS.	24
Figura 5.	Clasificación de las edades según EsSalud y SIS.	26
Figura 6.	Clasificación de los adultos mayores según padecimiento de enfermedad crónica.	27
Figura 7.	Promedio del GBS de los AM afiliados al SIS y EsSalud.	28
Figura 8.	Distribución de los adultos mayores según región geográfica de residencia	31
Figura 9.	GBS de los AM según región geográfica de residencia.	32

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AM: Adulto mayor

ENAHO: Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza

SIS: Seguro Integral de Salud

EsSalud: Seguro Social de Salud

GBS: Gasto de bolsillo en salud

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática

PBI: Producto Bruto Interno

OMS: Organización mundial de la salud

PEA: Población económicamente activa

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en conjunto con los países de la región, en esfuerzo conjunto adoptaron el compromiso de mejorar el acceso adecuado y oportuno a la salud, su calidad y cobertura universal para las personas, sin discriminación alguna, de creencia, estrato social, entre otros, sin embargo, pese a los grandes esfuerzos realizados, la cobertura y el acceso a la salud aun no son eficientes. Factores como la limitada inversión en los servicios de la salud, el producto bruto interno del país, y los diferentes enfoques políticos del gobierno dificulta alcanzar los objetivos planteados. En este marco, el gasto de bolsillo en salud, gasto realizado para alcanzar un servicio, medicamentos o diagnóstico oportuno de salud, entre otros, que no logra ser financiado por el estado o los seguros de salud, representa uno de los principales indicadores de un sistema de salud ineficiente e inequitativo.

En el presente estudio, se plantea con el objetivo principal de comparar el gasto de bolsillo en adultos mayores entre los afiliados al SIS y EsSalud, en los aspectos socioeconómicos y según la ubicación geográfica de residencia, a partir del análisis de datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2018, del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Se logró determinar, a partir de análisis de la base de datos de la ENAHO 2018, que existen diferencias estadísticas significativas en el gasto de bolsillo en salud realizado por adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud, se determinó también que los adultos mayores afiliados al SIS presentaron un menor gasto de bolsillo, en comparación a los afiliados al EsSalud; así mismo, de manera similar a lo encontrado en las variables sociodemográficas, los adultos mayores afiliados al SIS residentes en la región Costa, Sierra y Selva presentaron un gasto de bolsillo menor, en comparación a los afiliados al EsSalud.

Por otro lado, se logró determinar que, de los dos principales sistemas de aseguramiento en salud, el Seguro Integral de Salud, presenta una mayor cobertura en la población en comparación al EsSalud.

Palabras clave: Gasto de Bolsillo en Salud, adulto mayor, Seguro Integral de Salud, Seguro social de salud, Encuesta Nacional de Hogares.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) and the Pan American Health Organization (PAHO), together with the countries of the America, in a joint effort adopted a commitment to improve adequate and timely access to health, its quality and coverage universal for people, without any discrimination, belief, social status, among others. However, despite the great efforts made, coverage and access to health are still not efficient. Factors such as limited investment in health services, the per capita income, and the different political approaches of the government make it difficult to achieve the stated objectives. In this framework, out-of-pocket spending on health, expenditure made to achieve a service, medications or timely health diagnosis, among others, that cannot be financed by the state or health insurance, represents one of the main indicators of an inefficient and inequitable health system.

In the present study, the main objective is to compare out-of-pocket spending on older adults between SIS and EsSalud affiliates, in socioeconomic aspects and according to the geographic location of residence, based on data analysis from the National Household Survey (ENAH) 2018, from the National Institute of Statistics and Informatics.

It was possible to determine, from analysis of the ENAH 2018 database, that there are significant statistical differences in the out-of-pocket expenditure on health made by older adults affiliated with SIS and EsSalud, it was also determined that older adults affiliated with SIS they presented a lower out-of-pocket expense, compared to those affiliated to EsSalud; likewise, similar to what was found in the sociodemographic variables, older adults affiliated to the SIS resident in the Coast, Highland and Jungle, presented a lower out-of-pocket expense, compared to those affiliated to EsSalud.

On the other hand, it was possible to determine that, of the two main health insurance systems, the Comprehensive Health Insurance, presents a greater coverage in the population compared to EsSalud.

Keywords: Out-of-pocket spending on health, older adults, Health Systems, National Household Survey

I. INTRODUCCIÓN

A nivel global, la equidad y el acceso de la salud representa un serio problema, se estima que, alrededor de 400 millones de personas no cuentan con acceso a un servicio básico de salud, y en países en vías de desarrollo, alrededor del 6% de los hogares, se ven más empobrecidos debido al gasto que efectúan para alcanzar este derecho (1)(2).

En las Américas, por iniciativa y apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los países adoptaron la política de mejorar el acceso adecuado, oportuno a la salud, mejorar su calidad y su cobertura universal para las personas, sin discriminación alguna, de creencia, estrato social, edad o por su situación de vulnerabilidad, entre otros (3), sin embargo, pese a los esfuerzos realizados, la cobertura, el acceso a la salud y la eficiencia de los sistemas de salud es variable (4)(5), principalmente porque representa un problema multifactorial complejo con factores como la limitada inversión en los servicios de la salud, el producto bruto interno del país, por el enfoque de la salud orientado en resolver el problema de salud en lugar de priorizar la prevención, entre otros (6)(7)(8).

En este marco, el gasto de bolsillo en salud (GBS), representa uno de los principales indicadores de un sistema de salud ineficiente e inequitativo (9), según la OMS, representa los tipos de gastos en salud realizados por el hogar con la finalidad de alcanzar algún servicio de salud, incluido las consultas médicas, compra de medicamentos, facturas de hospital, entre otros (10)(11)(12), y que no logra ser financiado por el estado o los seguros de salud, los cuales bajo ciertas condiciones de vulnerabilidad y edad, el acceso a estos servicios puede conducir a los individuos a gastar una proporción mayor a su ingreso disponible y algunos casos llevados a la pobreza, lo cual limita el acceso a un servicio de salud adecuado y oportuno, por ende el aumento de las incidencias de las morbilidades sobre todo de las personas vulnerables como los adultos mayores, de este grupo se estima que en América Latina, el incremento rápido de este grupo podría ser un factor en el incremento del gasto de bolsillo de \$ 55.2 millones para el año 2000 a \$ 122.5 millones para el 2015, así como la ocurrencia de más de 3 enfermedades crónicas,

en ambos casos, debido al incremento en la compra de medicamentos específicos (13).

En relación a este grupo vulnerable, a nivel global, se estima para el 2020, que las personas mayores de 60 años será mayor en comparación a la población de menores a 5 años; mientras que, para el 2050 la proporción del adulto mayor, se incrementará del 12% al 22% (14), Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el año 2018, la población de 65 años o más, superó a la proporción de menores de 5 años, tendencia que también fue evidenciada en el Perú, donde según informe técnico del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), donde se reporta que el proceso envejecimiento de la población entre los años 1950 al 2018 se incrementó del 5.7% al 10.4% (15).

En el Perú, de manera similar a sus pares de América latina, implementó en la década de los 80's, políticas y estrategias orientadas a alcanzar el aseguramiento y cobertura de la salud, así como reducir el gasto de bolsillo, siendo inicialmente beneficiados una población específica como son los trabajadores del sector público y posteriormente la población estudiantil, fortalecido por la Ley N° 29344. "Ley marco de Aseguramiento Universal en Salud", lo cual permitió la mejora de su cobertura y alcance, y la implementación y en algunos casos, la regularización y reglamentación de las estrategias en curso, de esta manera el sistema es encabezado por los programas del Ministerio de Salud y sus instancias descentralizadas, a través del Seguro Integral de Salud (SIS), el Seguro Social de Salud conocido como EsSalud, y los servicios de las FFAA y Policiales, programas implementados con el objetivo de permitir a la población peruana el acceso adecuado y oportuno a la salud principalmente de la población vulnerable y en situación de pobreza (16)(17)(18)(19).

En el Perú, la población adulta mayor, se incrementó para el año 2017 en un 2.8% en comparación al año 2007, así mismo, se estima que la población adulta dependiente aumentó de 15,3 a 19,1 por cada 100 personas (13), además de ello, en este grupo etario, se evidencia una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, entre las principales afecciones que padecen esta población son la pérdida de visión y audición, osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas,

diabetes, depresión, demencia (14), y la tuberculosis como enfermedad transmisible (15).

Por lo que los adultos mayores (AM), requieren continuamente las atenciones para tratar las diversas patologías. En el Perú, tanto la consulta médica como el medicamento es cubierta por los seguros de Salud, sin embargo, muchas veces ocurre que la cobertura del SIS y EsSalud no alcanza la demanda de la población; afectando la situación económica del adulto mayor, viéndose obligado a realizar el gasto del bolsillo en farmacias externas, consultorios externos, clínicas particulares (20).

Según la OMS, sustenta que un elevado porcentaje de adultos mayores no cuentan con un adecuado acceso a los servicios de salud, que empobrece sus hogares por el gasto que representa los costos de su atención, o en su defecto, agravar su salud, al no lograr cubrir los gastos de salud. En este marco, es necesario delimitar el grupo etario, como la persona que tiene 60 años a más, este grupo se caracteriza por presentar numerosos cambios biológicos, psicológicos y sociales, cambios que incrementan el riesgo de padecer morbilidades y disminuir las capacidades del individuo (OMS, 2015).

El presente trabajo de tesis se plantea como problema general ¿Permitirá el análisis de la base de datos de la ENAHO 2018, caracterizar el gasto de bolsillo en salud asumido por los adultos mayores afiliados al SIS Y EsSalud?

Como problemas específicos:

¿Qué diferencia existe en el gasto bolsillo en su dimensión socioeconómico de los adultos mayores afiliados al SIS Y EsSalud, según ENAHO 2018?

¿El análisis de la base de datos de la ENAHO 2018, permitirá estimar el gasto de bolsillo en su dimensión sociodemográfica, según el lugar geográfico de residencia de los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud?

En relación a la justificación del trabajo de investigación sobre el gasto de bolsillo en salud de los adultos mayores afiliados al SIS o EsSalud, es importante debido a su enfoque sobre una población vulnerable y olvidada por un sistema de

salud inequitativo y frágil, población que además de padecer diversas patologías propias de la edad, requieren de un mayor uso a los servicios de salud, así como una atención especializada. A pesar de estas necesidades en este grupo etario, en el Perú, estos no son alcanzados en su totalidad por ninguno de los sistemas de aseguramiento en salud, ya sea el SIS o el EsSalud, provocando que la población tenga que acudir a los sistemas privados, elevando el GBS principalmente en hogares con limitados recursos económicos, incrementando el riesgo de empobrecimiento y el riesgo catastrófico (21).

Por otro lado, la elaboración, planificación y formulación e implementación de estrategias, requieren inicialmente del desarrollo de estudios que permitan evidenciar algunas debilidades y desigualdades, especialmente en aquellas poblaciones más vulnerables, en este aspecto es importante el análisis del GBS en relación a las diferentes dimensiones como socioeconómicas; como el nivel educativo, enfermedades crónicas, gasto per cápita entre otros así como también el análisis del GBS en su dimensión demográfico según lugar geográfico de residencia.

Este estudio permitirá identificar, caracterizar y comparar el GBS entre los sistemas de aseguramiento público como son el SIS y EsSalud en el adulto mayor, lo que podría dar mayor alcance y oportunidades de mejora en los diversos sistemas de aseguramiento de la salud y por ende una mayor cobertura especialmente hacia las poblaciones más vulnerables

Por tanto, la hipótesis general; Existe diferencias significativas del gasto de bolsillo en los adultos mayores afiliados al SIS Y EsSalud según ENAHO 2018.

Hipótesis específico

Existen diferencias significativas del gasto de bolsillo en su dimensión socioeconómico en los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud según ENAHO 2018.

Existen diferencias significativas del gasto de bolsillo en su dimensión sociodemográfica, según el lugar geográfico de residencia de los adultos mayores tanto de los afiliados al SIS y EsSalud según ENAHO 2018.

Así mismo, el presente estudio se plantea como objetivo principal, comparar el gasto de bolsillo en adultos mayores entre los afiliados al SIS y EsSalud según ENAHO 2018.

Y como objetivos específicos:

Analizar y comparar el gasto bolsillo en las diferentes dimensiones socioeconómicas de los adultos mayores afiliados al SIS Y EsSalud, según la base de datos ENAHO 2018.

Analizar, y comparar el gasto de bolsillo en los adultos mayores en su dimensión sociodemográfica, según el lugar geográfico de residencia de los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud, empleando la base de datos de la ENAHO 2018.

II. MARCO TEÓRICO

El GBS, ha motivado múltiples estudios y análisis en los sistemas de salud del mundo, en Latinoamérica, así como en Perú, con el principal objetivo de evidenciar el efecto adverso del GBS en los hogares vulnerables, principalmente en aquellos con limitados recursos económicos, entre otros.

Alvis J., Marrugo C., Alvis N., Flores A., Moreno D. y Alvis N. (2018), en su estudio gasto de bolsillo y gasto catastrófico en los hogares de Colombia en donde las características socioeconómicas y sociodemográficas son factores determinantes en el gasto del bolsillo que realizan los hogares uno de los factores es el estrato bajo cuyo gasto de bolsillo es de 14.6% en comparación con el estrato alto es de 7.0%, a sí mismo el nivel educativo a mayor estudio logrado menor gasto de bolsillo en salud, que a su vez estos factores están relacionados a una mayor tendencia a incurrir al gasto catastrófico, el autor concluye que existe desigualdades en la protección financiera en salud en los hogares de Cartagena (30).

Pavón L., Reyes H., Martínez A., Méndez S., Trejo M., y Blázquez M., (2017), sobre el GBS en adultos mayores de México afiliados a un seguro público de salud, lograron identificar, a través de entrevistas a los usuarios del sistema de salud bajo la modalidad de consulta externa, que aproximadamente el 71% de la población en estudio contó con el apoyo gubernamental, además estimó que el ingreso promedio familiar mensual fue de US\$ 212.0; por otro lado, las enfermedades crónicas asociadas al mayor GBS fueron la diabetes y la hipertensión arterial, así mismo lograron estimar que el GBS mensual en aproximadamente US\$ 65.0, siendo el pago de los medicamentos, los honorarios del profesional de la salud por consulta externa y el diagnóstico laboratorial, los factores que incrementan el GBS en los hogares vulnerables. Los autores concluyen que los adultos mayores son la población vulnerable especialmente aquellos procedentes de zonas rurales, el estudio evidenció también que los afiliados a un seguro público incurren en el GBS por el pago realizan por un servicio de consulta externa en régimen privado, principalmente por el grado de insatisfacción de los servicios públicos (25). Otro estudio, sobre el GBS en los afiliados al sistema de protección social en salud, logró

determinar el gasto de bolsillo atendidos en el proceso de parto, cesárea, entre otros; en cada variable se midió el gasto directo de la atención médica considerando el pago de medicamentos, material de curación, exámenes de laboratorio, de radiología, tomografía y hospitalización; este estudio permitió determinar que los pacientes atendidos y afiliados al sistema de salud presentan un gasto de bolsillo aproximado del 92%. El 75.86% del GBS estuvo relacionado al gasto por adquisición de medicamentos, 18.97% de material de curación, 3.12% por hospitalización, 1.82% por estudios de RX y 0.23% por exámenes de laboratorio (26).

Freile B. (2015), sobre la estimación del GBS en hogares constituidos por adultos mayores residentes en zonas urbanas de Chile, caracterizó la población de hogares con adultos mayores en las zonas urbanas de Chile, el cual corresponde aproximadamente al 12% del total de hogares, así mismo logró determinar que el mayor porcentaje de hogares con la población objetivo se encuentra en el Q1, siendo mucho menor en el resto de los quintiles, la proporción de esta población en el Q1/Q5 se encuentra alrededor del 4, con 1,3 a 1,8 adultos mayores por hogar; por otro lado, el 40% del GBS de los hogares con adultos mayores fue destinado principalmente para cubrir el gasto de los medicamentos, mientras que los hogares sin adultos mayores efectuaron un menor porcentaje para el pago de medicamentos (aproximadamente 28%) (27)(28)(29). En Colombia, sobre el GBS se determinó que, aproximadamente el 94% de los hogares se encuentra afiliado al régimen de salud público, sea este un régimen subsidiado o al contributivo, también identificó que los hogares con menores recursos económicos son los que presentan un GBS mayor; sin embargo, el GBS en salud encontrado fue variable dependiendo del régimen de salud, aproximadamente 9% para el GBS para el régimen contributivo y 15.4% para el subsidiado. Este estudio también determinó que el nivel de educación es inversamente proporcional al GBS, mientras que la presencia de menores de edad, o de adultos mayores, incrementan el GBS. Así mismo, este estudio evidenció que, el sistemas de salud en Colombia, a pesar de contar con una amplia cobertura en la población, aun presenta dificultades que acrecientan el GBS principalmente en los hogares de menores recursos e incrementan el riesgo de incurrir en un gasto catastrófico (30)(31).

En el Perú, se han desarrollado estudios con el objetivo de caracterizar el GBS que permitan conocer, monitorizar, planificar y proponer el rendimiento de los sistemas de salud.

Según el estudio desarrollado por Herrera N., (2018), entre el 2004 al 2012, el Perú presentó un GBS en el 86 a 91% de hogares, para el 2014 el GBS estimado fue del US\$ 103,0 gasto estimado, mientras que para el 2015 el GBS estimado para los pacientes afiliados a EsSalud fue de S/ 258,6, por su parte los afiliados al SIS, el GBS fue mucho menor de aproximadamente S/ 107,3; este estudio se centra principalmente al GBS desembolsado por pacientes atendidos por el servicio de odontología, es este aspecto los pacientes afiliados al EsSalud, de las regiones de Sierra y Selva presentaron un promedio de S/ 100,0 de GBS, mientras que en la costa fue del S/ 70,0; en cambio los afiliados el GBS entre los afiliados al SIS fue más homogéneo, entre S/ 30 a 40 nuevos soles (34), Con respecto al sexo de los pacientes afiliados al EsSalud, las mujeres fueron la población con mayor GBS, alrededor de S/ 100 en comparación a los S/ 41 soles en varones, mientras que, en los afiliados al SIS, el GBS fue entre S/ 41 a 21 soles respectivamente. Según la procedencia de los pacientes, el estudio reportó que los pacientes afiliados al EsSalud, procedentes de áreas urbanas realizaron un GBS aproximado de S/ 90 soles en comparación a los S/ 60 soles de los pacientes de procedencia rural, en cambio en los pacientes afiliados al SIS, procedentes de áreas urbanas presentaron un gasto de bolsillo de aproximadamente S/ 40 soles, mientras que los de procedencia rural de un estimado de S/ 30 soles. El autor concluye que los pacientes afiliados a EsSalud realizan un mayor GBS en comparación a los afiliados al SIS, independientemente de la procedencia, incrementándose si además el paciente es de procedencia urbana; a pesar de los resultados encontrados, este estudio también logró identificar situaciones excepcionales donde pacientes afiliados al SIS presentaron GBS elevados, lo que podría representar un gasto catastrófico debido a que tiene que asumir gastos de servicios mayores a su ingreso mensual (34).

Por último, Petrera M., Jiménez E., (2018), sobre el GBS de los hogares peruanos, permitió identificar los factores o determinantes que afectan el GBS de

la población de pobreza monetaria atendidos en los seguros públicos del Perú. Reporta que, para el periodo 2010 al 2014. Este estudio encontró que la población rural realizó menos consulta en establecimientos de mayor complejidad solo el 5% mientras que la población urbana fue de 16%. En cuanto a los establecimientos de primer nivel de atención fue mayor la consulta por población rural en comparación de la urbana. Siendo el medicamento el principal factor de gasto de bolsillo en un 44% que gastaron los afiliados al SIS y los no afiliados fue de 62% (17).

Hernández A., Rojas C., Santero M., Prado F., Rosseli D. (2018), en un estudio sobre la estimación del GBS en hogares con adultos mayores y factores asociados, desarrollado a partir de la base de datos de la encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza (ENAHO), encontró que el 56,5% reportó un GBS promedio de S/ 140,8 (aproximadamente US\$ 43,0); este estudio reporta que los adultos mayores que padecen de alguna enfermedad crónica, una procedencia urbana, así como el nivel educativo estarían relacionados al incremento del GBS, en comparación a los adultos mayores que presentan limitaciones económicas, de procedencia rural e incluso de un nivel educativo bajo, población que están afiliados principalmente al SIS (13). Así mismo, reportó que el GBS fue mayor en aquellos adultos mayores afiliados a los seguros de las FFAA y EsSalud en comparación a los afiliados por el SIS, el estudio explica que, probablemente los factores asociados a la calidad del servicio prestado principalmente el grado de insatisfacción y el tiempo de espera para alcanzar el servicio (32)(33), son el principal motivo para la migración a un sistema de salud privado, que presenta un mayor grado de satisfacción del servicio (32), por ende incurrir en un mayor gasto de bolsillo. Por otro lado, la población rural presentó un mayor acceso a un servicio de salud especialmente en un nivel de atención primario como Establecimiento o Centro de Salud, sin embargo, también es la población que presentó menor acceso a un servicio de atención complejo en hospitales o centros especializados, en comparación a la población urbana (13).

Con el finalidad de alcanzar la cobertura a toda la población especialmente a las más vulnerables como los hogares de bajo recursos económicos, de áreas rurales, niños, adultos mayores, de limitado acceso a la educación, entre otros; en

este marco, la OMS promueve desde el 2005, el aseguramiento universal de salud de esta manera garantizar el acceso a la salud de los hogares vulnerables (35). Sin embargo, su implementación ha encontrado desafíos principalmente relacionados a los diversas políticas y sistemas de salud de los distintos países, así como las grandes diferencias sociales, el limitado acceso a la educación especialmente para los hogares con limitado recurso económico o de áreas rurales (4), factores que limitan la implementación de políticas financieramente sostenibles y equitativas (27)(36). En la actualidad, en el mundo existen brechas relacionadas al acceso a la salud, a los servicios de salud, de este modo reducir el gasto de bolsillo, y alcanzar una mejor salud y protección financiera a los hogares principalmente aquellos con bajo recursos económicos.

Una de las poblaciones vulnerables y con limitado acceso a la salud debido a su propia condición son los adultos mayores, no sólo debido a la capacidad funcional con efectos evidentes en los atributos relacionados a la salud, tanto físico como mental, sino porque se encuentran relacionadas a las características del entorno como las políticas gubernamentales en salud, sociales, los sistemas de salud, los servicios que presentan, así como de la distribución de los recursos tanto a nivel local y nacional (27)(36).

La situación de salud del adulto mayor es una de las preocupaciones de la OMS, junto con la salud de los niños y poblaciones vulnerables, principalmente en aquellos países de bajos ingresos económicos, en esta población, la salud es el resultado de los efectos de la gran variedad de deterioro a nivel molecular y celular, por ende la disminución de las capacidades físicos y mentales, aumentando el riesgo de patologías crónicas, que involucran la pérdida de la audición, visión, movilidad y el padecimiento de enfermedades no transmisibles como cardiopatías, enfermedades isquémicas del corazón, accidentes cerebrovasculares, afecciones respiratorias crónicas, cáncer, demencia (27)(28), demencia, Alzheimer, enfermedades respiratorias crónicas, artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, TBC, VIH, colesterol, entre otros, muchas de las cuales son las principales causas de defunciones de los adultos mayores (29)(30). Por otro lado, en esta población, el acceso de los servicios de salud es un desafío debido al limitado acceso a un diagnóstico oportuno y temprano por la poca

experiencia de los profesionales de la salud para hacer frente a las patologías propias de la vejez (22) (27).

En el Perú, durante el año 2019, el 81,3% de la población femenina mayor de 60 años presentó problemas de salud crónicos, en comparación a la población masculina que fue del 71% (37). Por lo que conlleva a un mayor uso de los servicios de salud especialmente de las poblaciones vulnerables, es así como la Ley N° 30490 hace mención que el adulto mayor tiene derecho a la atención integral en salud, siendo una población prioritaria, que el sector de salud debe brindar servicios especializados y diferenciado (38).

Actualmente, a nivel mundial la población de mayores de 60 años se ha incrementado, la esperanza de vida en los adultos mayores es de 74,2 años en mujeres y en los varones es de 69,8 años (39), de igual forma en los países de las Américas se viene evidenciando un fenómeno relacionado al proceso de envejecimiento, donde países como Canadá, Cuba, Puerto rico, presentan una mayor proporción de adultos mayores en comparación a la población de niños, en este sentido se estima que para el 2050, la población de mayores de 60 años, en las Américas alcanzará el 18,6% (40). En el Perú, se estima que la esperanza de vida para el periodo 2015 - 2020 se encuentra alrededor de los 75,3 años, mientras que para el periodo 2045 al 2050 un estimado de 82,1 años (41).

En el Perú, al igual que el resto del mundo, ha existido cambios significativos en la pirámide de la población adulta que difiere con la población de niños, anteriormente la estructura peruana estaba compuesta en mayor proporción por niños, por cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad, para el 2019 la proporción se redujo a 26 menores de 15 años por cada 100 habitantes. Esto se debe que el proceso de envejecimiento de la población peruana presentó un incremento de 5,7% para el año 1950, mientras que para el 2019 el porcentaje de incremento fue del 10,7% (37), en este año durante el primer trimestre del año 2019, en el Perú, el 42,7% de los hogares presentaron entre sus miembros al menos una persona igual o mayor de 60 años, en Lima Metropolitana la proporción de hogares con algún miembro adulto mayor fue del 44%, mientras que en los hogares del área rural fue del 43% y 41.6% en los hogares del área urbana, así mismo, se estima que en el 27,3% de los hogares el cabeza del hogar es un adulto mayor, siendo la

proporción de mujeres (33,7%) que asumen este rol mayor que la proporción de varones cabeza de hogar (24,9%) (37).

La población del adulto mayor según departamentos es variable, Así mismo los hogares cuyos integrantes son adultos mayores según departamento del Perú, en donde Áncash 36,9% y Lambayeque 36,8%, y Lima 36,2%, se encuentran con mayores porcentajes de la presencia del adulto mayor. Ayacucho 35,4%, Cajamarca 34,9%, La Libertad 34,3%, Huancavelica 34,0%, Apurímac 32,8%, Huánuco 32,8%, Piura 32,6%, Junin 31,5%, Cuzco 31,4%, Puno 31,3%, Ica 31,3%, Arequipa 31,2%, Moquegua 31,0%, Tacna 30,9%, Loreto 29,2%, Amazonas 28,9%, Tumbes 28,4%, San Martín 25,7%, Ucayali 25,6%, Pasco 24,0%, Madre de Dios 14,2%, los dos últimos departamentos con menores porcentajes de adultos mayores según se muestra en la figura 1 (42).

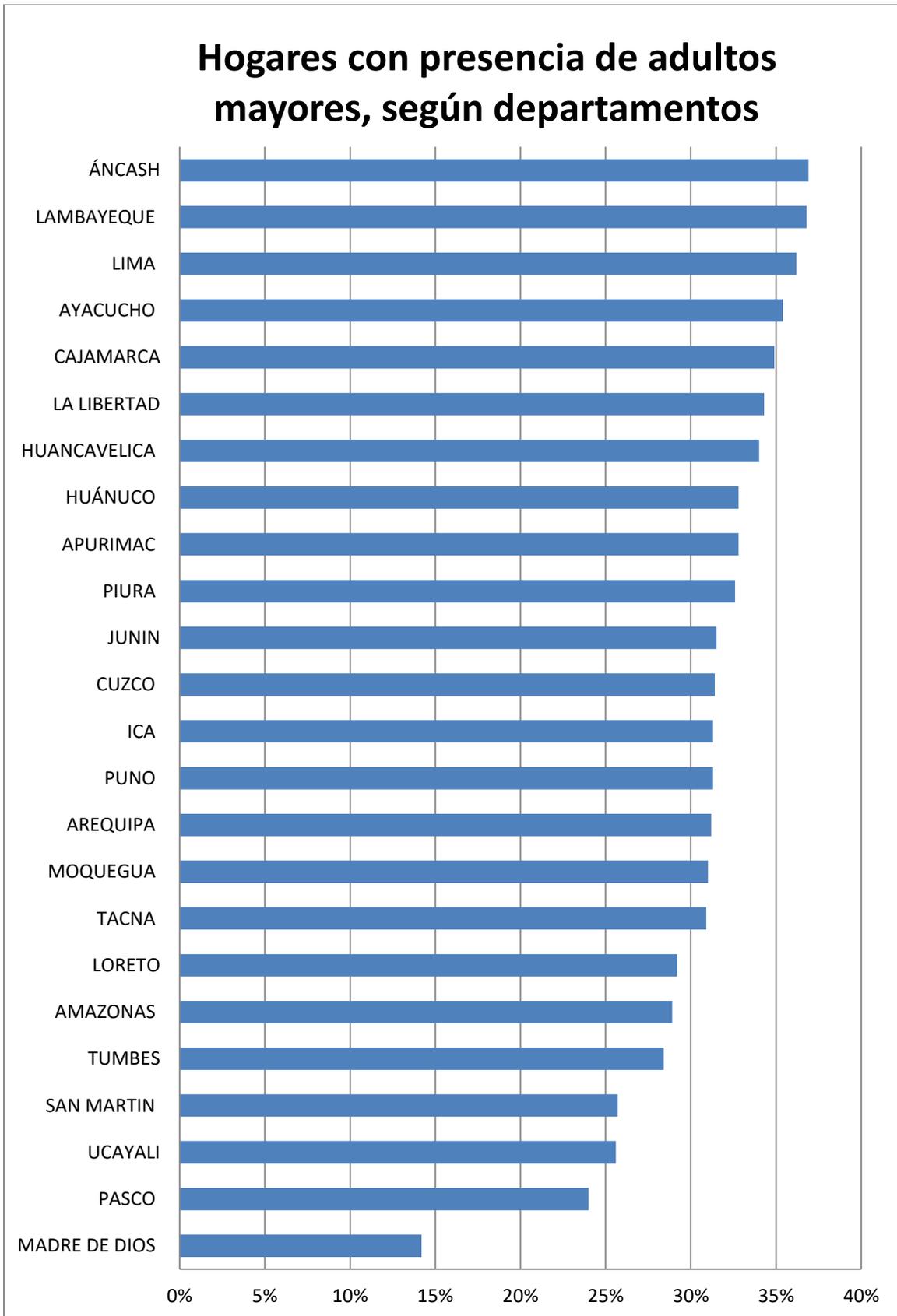


Figura 1. Base a datos de INEI 2016.

Fuente: Elaboración propia

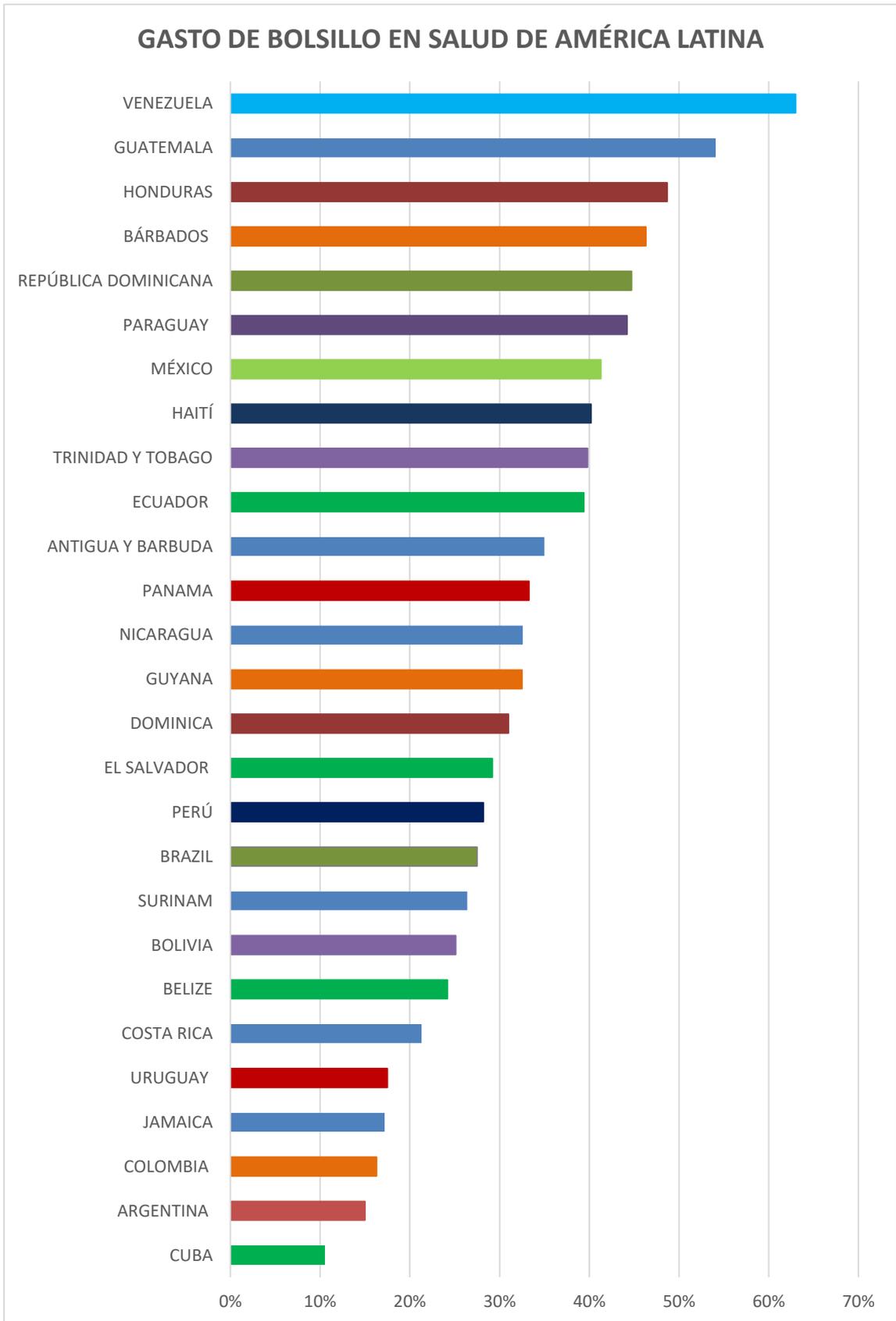


Figura 2. Porcentaje del GBS en países de América Latina y el Caribe, 2017.

El Banco Mundial también estima que el mayor porcentaje de GBS ocurre en los países con un ingreso económico per cápita medio - bajo y bajo, quienes presentan un GBS de 55,7% y 51,5%, mientras que los países con ingresos alto y medio - alto presentan un GBS de 13,6% y 32,9% (figura 3), respectivamente (43).

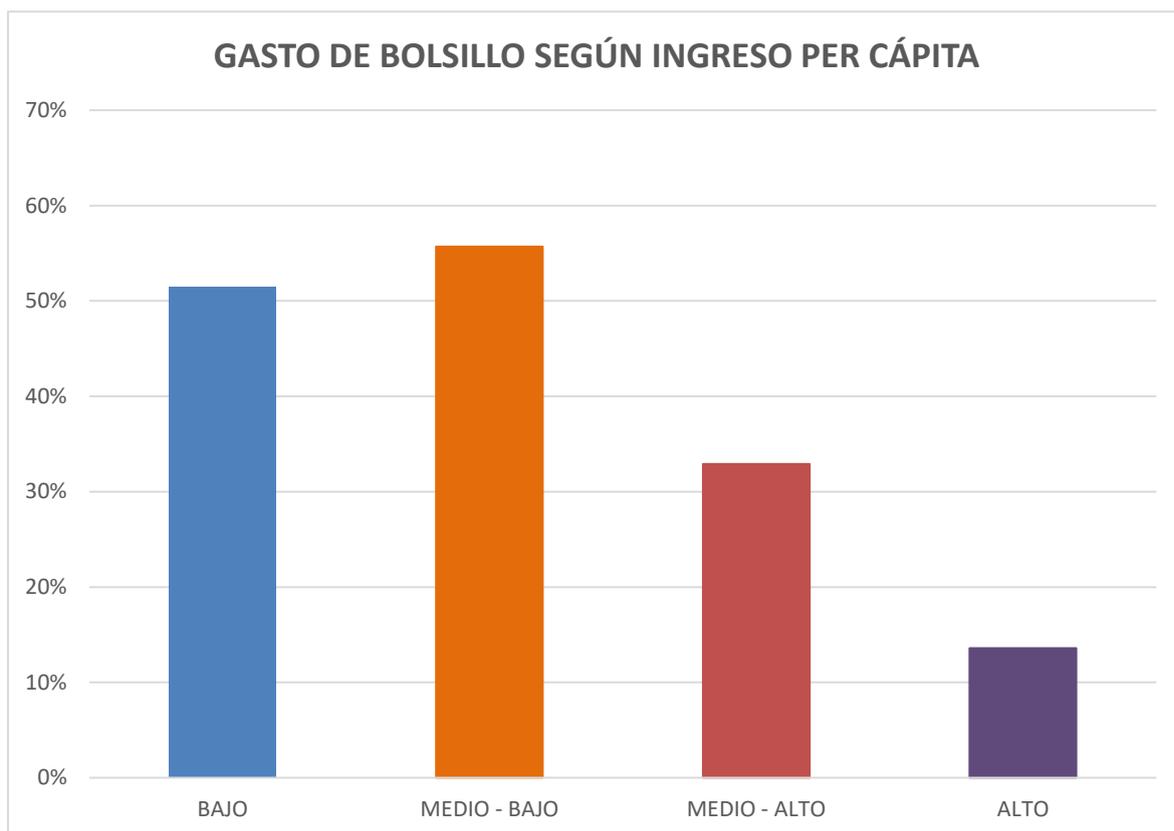


Figura 3. Porcentaje del Gasto de bolsillo en Salud según ingreso per cápita, 2017.

Fuente: Elaboración propia

Otro autor refiere en su estudio comparativo sobre el GBS en 12 países, donde se incluyó a Perú, evidenció que los sistemas de salud en los diferentes aun no representa un servicio equitativo debido a diversos factores como son las poblaciones rurales, de limitados recursos económicos, así como aquellas que no son reconocidas por el estado debido a su carácter informal que restringe su acceso al aseguramiento y por ende a la cobertura de la salud. En donde el GBS

presenta una estrecha relación principalmente a las variables procedencia rural del hogar, recursos económicos limitados y la presencia de niños o adultos mayores como integrantes del hogar. Por otro lado, los países de América latina presentan en menor o mayor grado el riesgo de caer en gasto catastrófico, principalmente por las familias procedentes de áreas rurales, quienes representan la población vulnerable en comparación a la procedencia urbana. Costa Rica y República Dominicana, son los países con menor riesgo al gasto catastrófico además este riesgo es similar entre hogares de áreas rurales y urbanas, mientras que países como Bolivia, Colombia, México, Nicaragua y Ecuador, presentan una marcada diferencia en el riesgo de gasto catastrófico entre las áreas rurales y urbanas (22)(23)(24).

La principal fuente de financiamiento de los servicios de salud son los hogares, en el año 2005 financiaron el 34.2% del gasto total. Alrededor del 97% del gasto de los hogares asumieron el pago de consultas médicas, cirugías, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas, terapias, compras de medicamentos, análisis de laboratorio, gastos en medicina alternativa y tradicional (10)(44)(20). Servicios de salud que muchas veces no son cubiertos por ninguno de los seguros públicos como el SIS y EsSalud.

El seguro integral de salud(SIS), está enfocado principalmente a la población vulnerable de bajo recursos económicos. Las personas afiliadas provienen mayormente de zonas rurales y urbano marginales, donde existe la pobreza evidenciándose las necesidades básicas sanitarias. Este seguro tiene a su cargo dos regímenes de financiamiento; el subsidiado dirigidos a las poblaciones con bajo recurso económico y el semi contributivo constituidos por aportes de los asegurados(45). Actualmente el SIS, refleja las carencias de recursos humanos e insumos necesarios para la atención de los pacientes, que genera las quejas y reclamos de los usuarios, según controlaría en el 2018, a través de una inspección reportaron que el 28% de los hospitales no inician puntualmente la atención y el 44% de los establecimientos no tienen el equipamiento requerido para la atención de los pacientes, viéndose afectado la población vulnerables; niños, madres gestantes y ancianos (46).

Otro seguro público mayormente utilizado por la población peruana es el

seguro social de salud (EsSalud), en el cual se encuentran afiliados los trabajadores en donde se evidencia también la larga lista de espera para la atención oportuna de los pacientes y que se ven obligados a acudir a centros privados por ende el gasto de bolsillo para el uso de los servicios médicos. A pesar de contar con seguros de salud existe un 20% de la población vulnerable que está excluida de los seguros de salud (47)(48).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de investigación

Método:

El método hipotético deductivo, es aquel procedimiento investigativo que inicia con la observación de un hecho o problema, permitiendo la formulación de una hipótesis que explique provisionalmente dicho problema, la misma que mediante procesos de deducción, determina las consecuencias básicas de la propia hipótesis, para de esta forma someterla a verificación refutando o ratificando el pronunciamiento hipotético inicial (49).

Enfoque:

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, utiliza la recolección de datos para comprobar la hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (50).

Tipo de estudio:

El presente estudio corresponde a una investigación básica, según los autores Vera Y Oliveros, refieren que la investigación básica tiene por objetivo mejorar el conocimiento nuevo, más que generar resultados o tecnologías que beneficien a la sociedad en el futuro inmediato. Dicha investigación es también esencial para el beneficio socioeconómico a largo plazo (51).

Diseño de investigación:

El presente estudio presenta un diseño transversal, observacional, no experimental. “El diseño de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (50).

“La investigación no experimental, se define como el estudio que “realiza sin manipular deliberadamente las variables y en los que se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos” (50).

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. Describe tendencias de un grupo o población” (50).

Por el otro lado el estudio comparativo, realiza la comparación entre dos a mas muestras de estudio con la finalidad de estimar semejanzas y diferencias entre una o más variables (52).

3.2 Variables y operacionalización

3.2.1 Variable gasto de bolsillo en adultos mayores

Definición conceptual

Gasto de bolsillo en salud, es aquel gasto efectuado directamente de bolsillo de las personas para pagar la atención de su salud (26).

Definición operacional

Se realizará la comparación del gasto de bolsillo en las personas mayores de 60 años que se encuentran afiliados en el Seguro Integral de Salud (SIS) y EsSalud, así mismo comparar el gasto de bolsillo analizando las dimensiones socioeconómicas que abarca el nivel educativo, padecimiento de enfermedades crónicas, quintiles de gasto per cápita entre otros. Así como también el análisis del gasto de bolsillo según la región geográfica de residencia tales como la Costa, Sierra y Selva.

3.2.2 Operacionalización de variables

Tabla 1. *Matriz de operacionalización de la variable Gasto de bolsillo en salud en AM*

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Gasto de bolsillo en salud en adultos mayores	Seguro público de salud	SIS	Gasto efectuado	cuantitativa continua
		EsSalud	Gasto efectuado	cuantitativa continua
	Dimensión Socioeconómico	Sexo	Varones y mujeres	Cualitativa nominal
		Estado civil	Soltero, casado, viudo, divorciado, etc.	Cualitativa nominal
		Nivel educativo	Sin estudios, inicial, primaria, secundaria, universitario, etc.	Cualitativa nominal
		Padecimiento de Enfermedades o malestar crónicas	SI Padece o No padece enfermedades	Cualitativa nominal
		Ingreso per cápita	Q1, Q2, Q3, Q4, Q5	Cualitativa nominal
	Dimensión Sociodemográfica	Lugar geográfico de residencia	Costa Sierra Selva Lima Metropolitana	Cualitativa nominal

Fuente: Elaboración propia

3.3 Población, muestra y muestreo

3.3.1 Población

- La población de estudio estuvo conformada por el conjunto de datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2018, modulo 04 – Salud, del Instituto Nacional de Estadística e Informática del año 2018. Cuya población de adultos mayores fue de un total de 24 164 adultos mayores, de las cuales 24 056 Adultos mayores pertenecen algún tipo de seguro de salud.

3.3.2 Muestra

- La muestra estuvo constituida por la base de datos de la ENAHO, en la cual se consideró 19 256 adultos mayores afiliados al SIS Y EsSalud, en donde fueron excluidos: 4 908 adultos mayores que no se encuentran afiliados a dichos seguros públicos.

3.3.3 Muestreo

- El muestreo fue no probabilístico, seleccionados por conveniencia, siguiendo estrictamente los criterios de exclusión e inclusión.

Criterios de exclusión:

- Encuestas de personas menores de 60 años.
- Encuestas de personas que no forman parte del hogar
- Encuestas de personas no afiliadas o afiliadas a un seguro de salud diferente a EsSalud o SIS.

Criterios de inclusión:

- Encuestas de personas mayores o iguales a 60 años
- Encuestas de miembros de un hogar.
- Encuestas de persona afiliadas al EsSalud o al SIS.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Técnica

Se utilizó la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2018, data libre y disponible del Instituto Nacional de estadística e informática.

3.4.2 Instrumento

Para el presente estudio se realizó a partir de la base de datos ENAHO 2018, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

3.5 Procedimiento

Se obtuvo la base libre de datos de la Encuesta Nacional de hogares (ENAHO) 2018, de la página por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI).

Para el análisis de datos, se empleó el programa estadístico SPSS versión 25 y el programa Microsoft Excel 2016. Los datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2018, fueron revisados, verificados la validez de los datos, y filtrados en cumplimiento estricto de los criterios de exclusión e inclusión.

3.6 Método de análisis de datos

Se evaluó la distribución normal mediante la prueba de Test de normalidad Kolmogorov – Smirnov a un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$. Se planteó:

Si $p \geq 0,05$ datos se distribuyen de forma normal.

Si $p < 0,05$ datos no se distribuyen de forma normal.

El análisis Inferencial: por la naturaleza de los datos (no siguen una distribución normal y datos categóricos), se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, es una prueba no paramétrica (escala de valoración) aplicada a dos muestras independientes a un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ y el $p\text{-value} < 0.05$.

Posteriormente, se determinó si el gasto de bolsillo según, nivel educativo, padecimiento de enfermedades crónicas, quintiles, estado civil, sexo y procedencia geográfica presentan diferencias estadísticas significativas, para ello se empleó el Test de Kruskal Wallis y el U-Mann Whitney a un nivel de significancia de $\alpha = 0,05$ y el $p\text{-value} < 0,05$.

3.7 Aspectos éticos

El presente estudio se desarrolló a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares del año 2018, del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú, base que se encuentra libre y disponible en el vínculo de esta institución.

IV. RESULTADOS

Se realizó el análisis de la base de la ENAHO 2018, sobre Salud, se incluyó como población de estudio a las personas encuestadas mayores de 60 años, y limitando el estudio a los miembros del hogar encuestado (P204).

Se encontró un total de 24 164 adultos mayores, de los cuales 24 056 adultos mayores cuentan con algún tipo de seguro.

Al limitar el estudio, se encontró que 19 256 (80%) adultos mayores se encuentran afiliados al EsSalud y SIS mientras que, el 20% cuenta con otro seguro de salud (Seguro de salud de las FFAA y policiales, seguro privado, entre otros).

Tabla 2. Distribución de la muestra de estudio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
EsSalud	7 430	38,6	38,6
SIS	11 826	61,4	100,0
Total	19 256	100,0	

Fuente: Elaboración propia

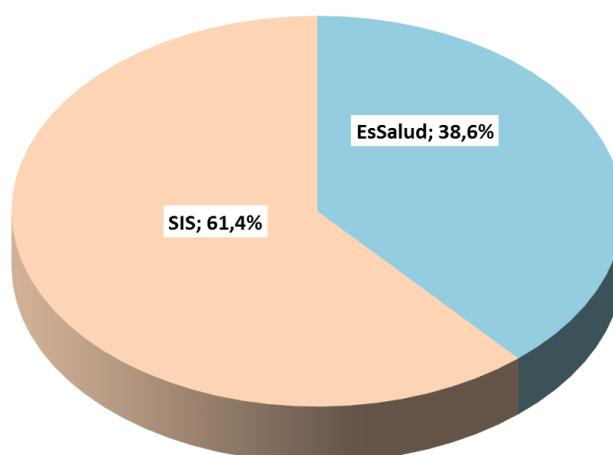


Figura 4. Porcentaje de adultos mayores afiliados al EsSalud y al SIS

Al analizar la tabla 2 y figura 4 existe una mayor representatividad en los afiliados al SIS que en comparación a los afiliados a EsSalud. En donde los adultos mayores afiliados a EsSalud es de 7 430 siendo un porcentaje de 38.6% y 11 826 (61,4%) de adultos mayores afiliados al EsSalud respectivamente.

Tabla 3. *Clasificación de las edades según EsSalud y SIS*

Tipo de Seguro del Adulto Mayor	Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
EsSalud	60 - 69	3 385	17.6%	17.6%
	70 - 79	2 416	12.5%	30.1%
	80 - 89	1 298	6.7%	36.9%
	90 a +	331	1.7%	38.6%
SIS	60 - 69	5 368	27.9%	66.5%
	70 - 79	3 862	20.1%	86.5%
	80 - 89	2 080	10.8%	97.3%
	90 a +	516	2.7%	100.0%
Total		19 256	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

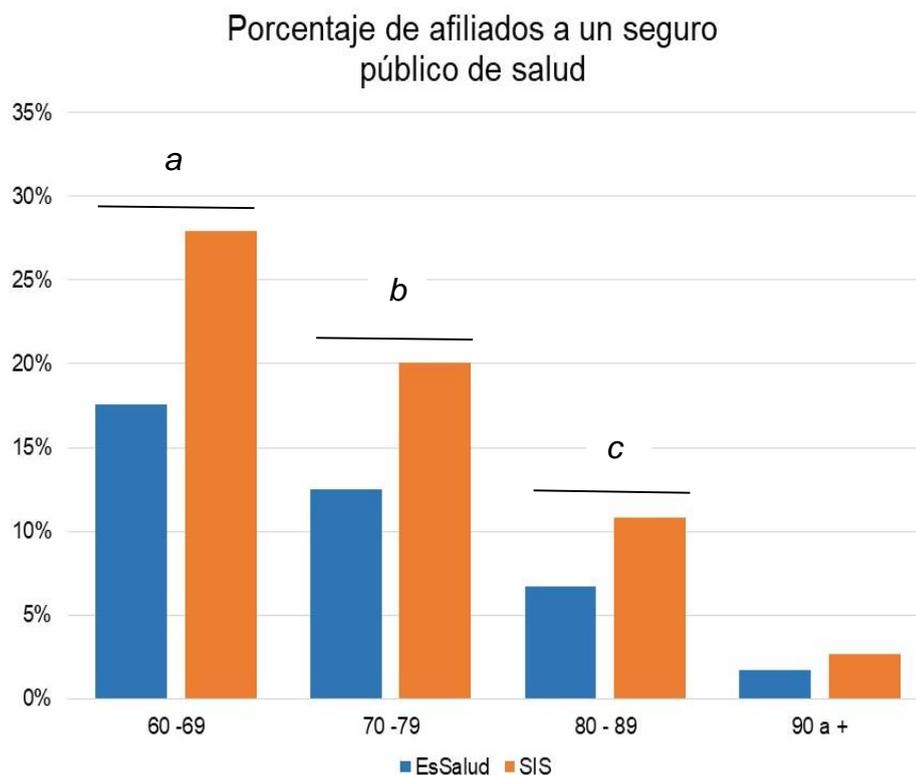


Figura 5. Clasificación de las edades según EsSalud y SIS.

(a, b y c) representan las diferencias estadísticas significativas.

De la tabla 3 referida de la clasificación de las edades según EsSalud y SIS. Los adultos mayores afiliados al EsSalud entre 60 a 69 años representa el 17.6%, de 70 a 79 años representa el 12.5% y entre 80 a 89 años fue de 6.7%, 90 años a mas fue es de 1.7% mientras que entre los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS), los adultos mayores entre 60 a 69 representan el 27.9%, entre 70 a 79 años representa el 20.1% de la población adulta mayor, mientras que, de 80 a 89 años, el 10.8% y 90 años a mas representa 2.7%. Existiendo diferencias significativas según se observa en la figura 5.

Tabla 4. *Padecimiento e alguna enfermedad o malestar crónico. (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)*

Tipo de Seguro	Padecer enfermedad crónica	Frecuencia	%	% acumulado
EsSalud	Si	5 825	30.3%	30.3%
	No	1 605	8.3%	38.6%
SIS	Si	8 983	46.7%	85.2%
	No	2 843	14.8%	100.0%
Total		19 256	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

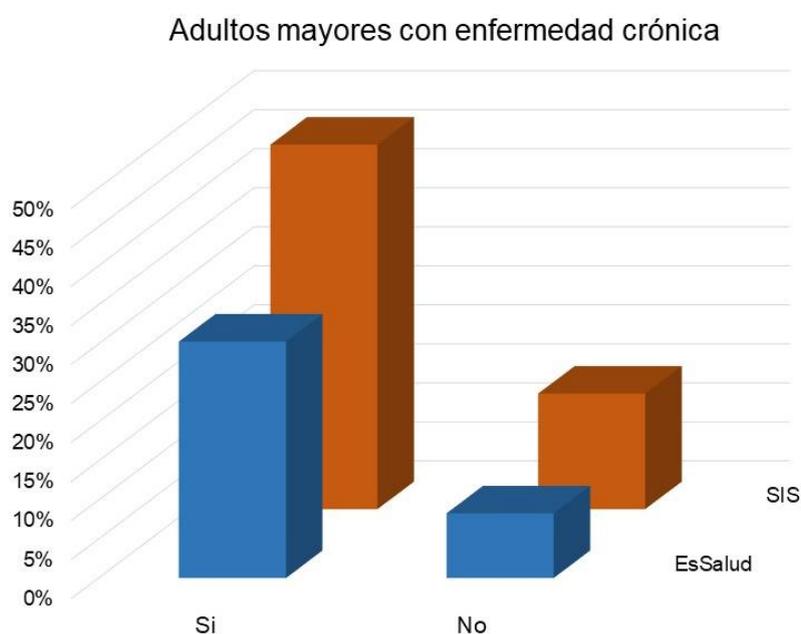


Figura 6. Clasificación de los adultos mayores según padecimiento de enfermedad crónica.

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, del total de adultos mayores afiliados a un seguro público, el 30,3% de los afiliados al EsSalud, padece algún tipo de enfermedad crónica, en comparación al 46.7% del SIS que lo padece.

Tabla 5. Comparación del GBS total del personal encuestado según tipo de afiliación

Tipo de Seguro	N	Valor máximo (S/)	Gasto de bolsillo Promedio (S/)
EsSalud	7430	3 800.5	157.8
SIS	11 826	1 819.5	54,7

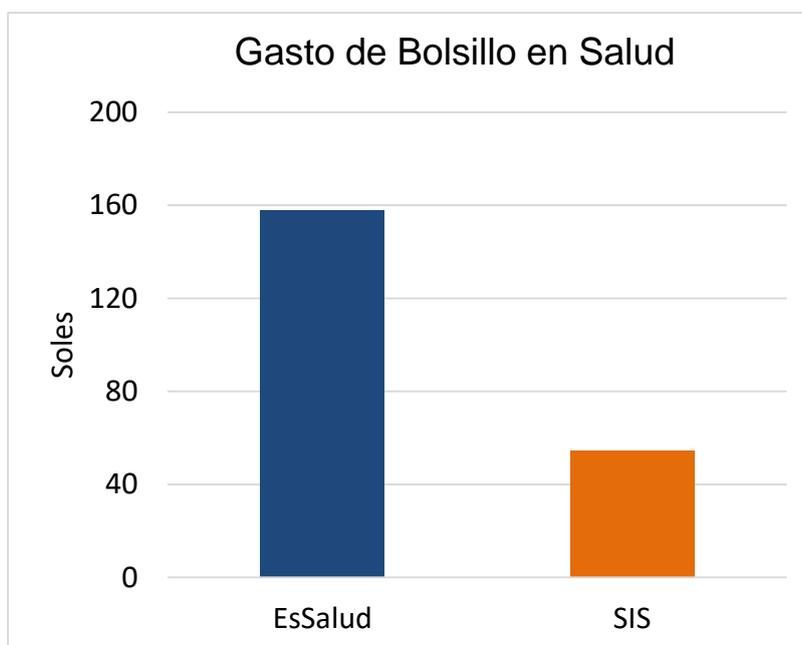


Figura 7. Promedio del GBS de los AM afiliados al SIS y EsSalud.

Los valores presentan diferencias estadísticas significativas evaluados mediante el Test de U-Mann-Whitney ($p\text{-value} < 0.05$)

En relación al gasto de bolsillo en salud, el gasto promedio en los adultos mayores afiliados a EsSalud es de S/ 157,8 soles, con un gasto máximo de S/ 3 800,5 soles, mientras que, el gasto promedio en el SIS encontrado fue de S/ 54,70 soles, con un valor máximo de S/ 1 819,5 soles.

Tabla 6. *Características socioeconómicas de los adultos mayores*

Características	Essalud		SIS	
	Frecuencia	GBS promedio (S/.)	Frecuencia	GBS promedio (S/.)
Sexo				
Varones	3654	150,1	5385	52,8
Mujer	3776	165,7	6441	56,3
Estado civil				
Conviviente	531	118,9	1794	54,4
Casado (a)	4470	157,2	5401	63,0
Viudo (a)	1372	165,7	2919	43,6
Divorciado (a)	125	238,5	59	59,1
Separado (a)	582	172,9	1092	50,2
Soltero (a)	350	144,3	561	26,6
Nivel educativo				
Sin estudios	375	75,6	3346	40,1
Inicial	3	26,7	6	20,2
Primaria incompleta	999	101,1	4287	54,9
Primaria completa	1108	132,9	2274	54,8
Secundaria incompleta	564	99,6	803	95,6
Secundaria completa	1651	136,9	843	61,1
Superior no Universitaria Incompleta	120	204,9	36	61,9
Superior no Universitaria Completa	864	181,0	91	140,6
Superior Universitaria Incompleta	237	229,4	82	65,4
Superior Universitaria Completa	1229	232,0	51	40,6
Maestría/Doctorado	279	338,6	6	356,3
Básica especial	1	8,0	1	20,0
Padecimiento de Enfermedades o malestar crónicas				
Si	5825	167,1	8983	61,0
No	1605	125,0	2843	35,0
Quintiles de gasto per cápita				
Q1(menor) =Q2		0		0
Q3		11,0		3,2
Q 4		71,8		13,3
Q5 (mayor)		709,5		260,6

Fuente: Elaboración propia según ENAHO 2018.

Según las características socioeconómicas de los adultos mayores incluidos en el estudio, se logró determinar que el gasto de bolsillo en los varones y mujeres afiliados al EsSalud fue de S/. 150,1 y soles y S/. 165,7 soles, mientras que en los afiliados al SIS el gasto de bolsillo efectuado fue en promedio S/. 52,8 y S/. 56,3 soles respectivamente. Por otro lado, de los afiliados al EsSalud, las personas que padecen alguna enfermedad crónica realizaron un gasto de bolsillo en salud de S/. 167,1 soles, en comparación a los S/. 125 soles que efectúan las personas que no los padecen. En el SIS, las personas que padecen alguna enfermedad crónica desembolsaron un monto de S/. 61,0 soles, en comparación S/. 35 soles realizado por aquellos que no los padecen, respectivamente los gastos del bolsillo en salud que se muestra en la tabla 6.

Tabla 7. *Características sociodemográficas de los adultos mayores*

Región residencia	geográfica	de EsSalud				SIS			
		Total	%	n	%	GBS promedio (S/.)	n	%	GBS promedio (S/.)
Costa		5402	28.1	3050	15.8	137,7	2352	12.2	56,2
Sierra		8542	44.4	2049	10.6	188,2	6493	33.7	47,9
Selva		3057	15.9	730	3.8	144,8	2327	12.1	63,0
Lima Metropolitana		2255	11.7	1601	8.3	164,2	654	3.4	86,8

Fuente: Elaboración propia, según ENAHO 2018.

En cuanto a las características sociodemográficas del lugar de procedencia en la Costa el gasto de bolsillo promedio en EsSalud es de S/. 137,7 y en el SIS S/. 56.2, en la Sierra el gasto de bolsillo en EsSalud es de S/. 188,2 y en el SIS es de S/ 47,9, en la Selva el GBS es de S/.144, 8 y el SIS el promedio de gasto es de S/.63.0 soles y en Lima metropolitana el gasto de bolsillo promedio es de S/. 164.2 soles en los afiliados al EsSalud, mientras que en los afiliados al SIS presentaron un gasto de bolsillo en salud de S/. 86.8 soles respectivamente.

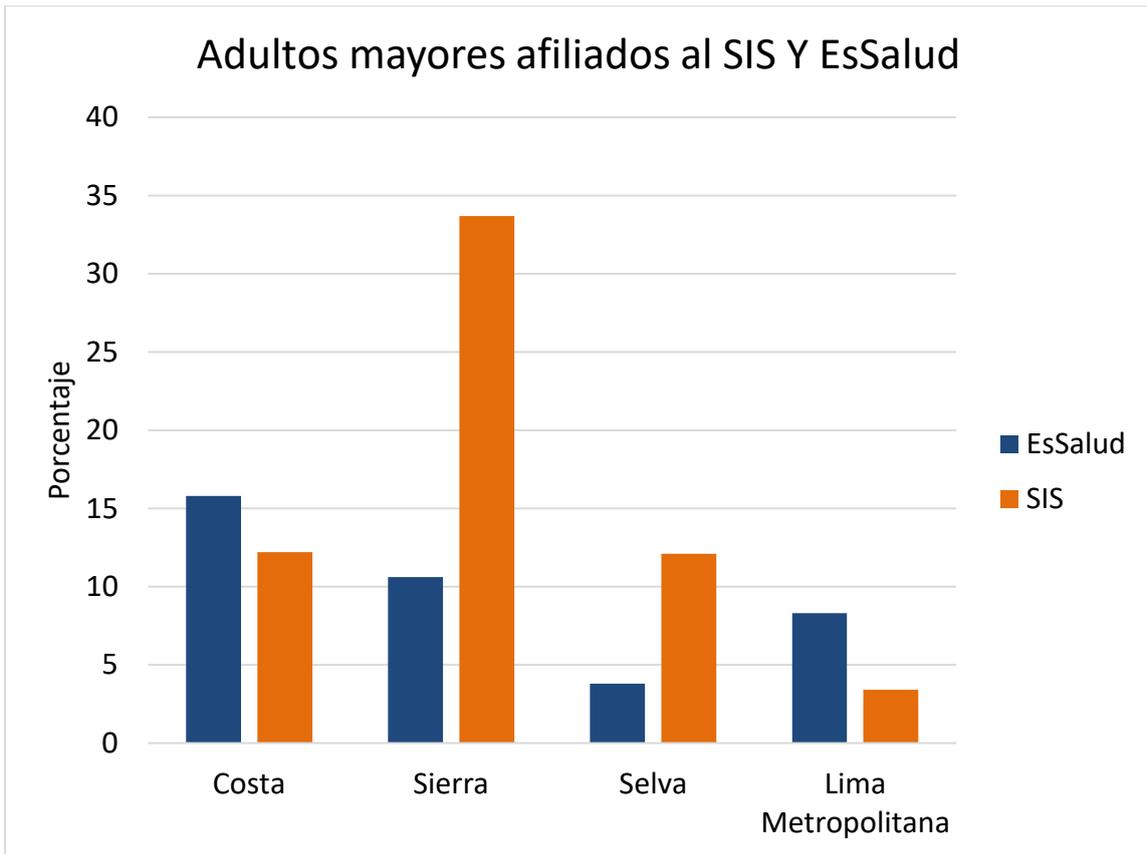


Figura 8. Distribución de los adultos mayores según región geográfica de residencia

Considerando la región geográfica de residencia, el 28.1% de la población en estudio pertenece a la región costa, donde el 15.8% se encuentran afiliado al EsSalud, 12.2% al SIS, en la sierra 44,4% de la población de los adultos mayores cuenta con un seguro de salud ya sea EsSalud o SIS (10.6% y 33.7%), mientras que en la región selva 15.9% de la población el 3.8% se encuentra afiliado al EsSalud y 12.1% afiliados al SIS y en Lima metropolitana del 11.7% de la población el 8.3% son afiliados al EsSalud y 3.4% al SIS respectivamente según tabla 7 y figura 8.

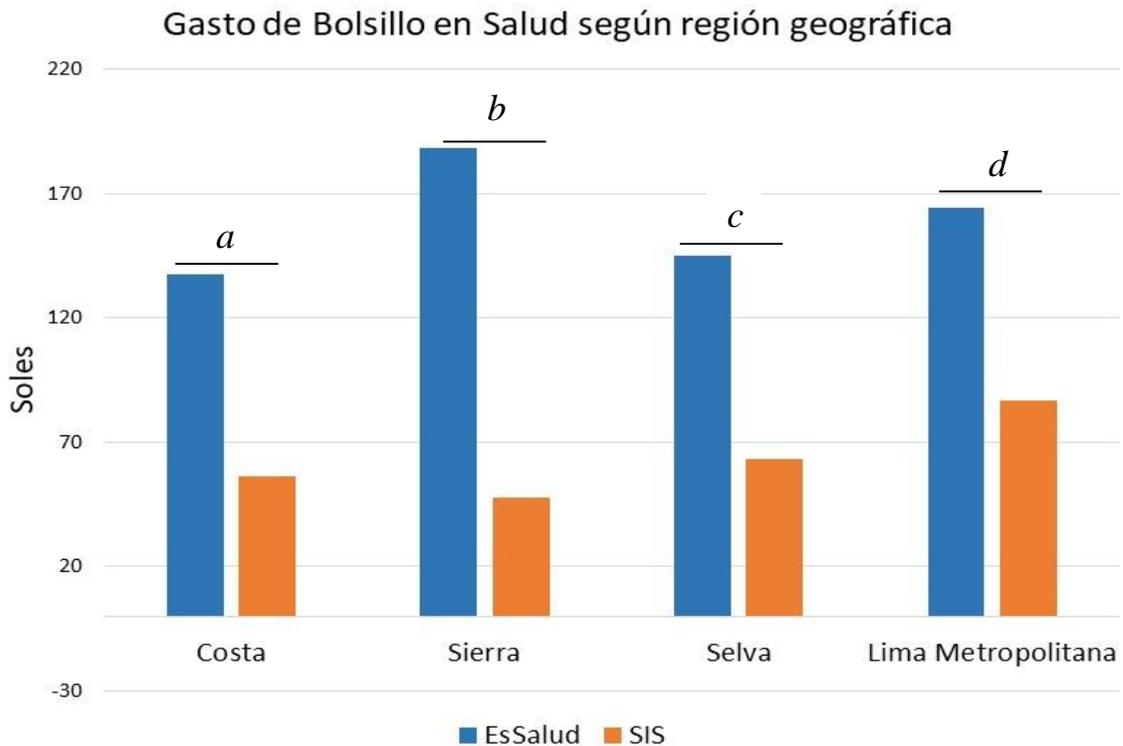


Figura 9. GBS de los AM según región geográfica de residencia.

(a, b, c, d) simbolizan las diferencias estadísticas significativas ($p\text{-value} < 0.05$).

Prueba de normalidad de los datos

Planteamiento de la Hipótesis de Normalidad.

H0: Si $p \geq 0,05$ datos se distribuyen de forma normal.

H1: $p < 0,05$ datos no se distribuyen de forma normal

Nivel de significancia. 5% (0,05)

Estadístico de prueba: Test de Normalidad Kolmogorov – Smirnov.

$$D = \sup_{1 \leq i \leq n} \left| \hat{F}_n(x_i) - F_0(x_i) \right|$$

Dónde:

x_i es el i-esimo valor observado en la muestra (cuyos valores se han ordenado previamente de menor a mayor).

$F_n(x_i)$ es un estimador de la probabilidad de observar valores menores o iguales

que x_i .

$F_0(x)$ es la probabilidad de observar valores menores o iguales que x_i cuando H_0 es cierta.

Regla de decisión.

$p \geq 0,05$ Los datos se distribuyen de forma normal.

$p < 0,05$ Los datos no se distribuyen de forma normal.

Tabla 8. Prueba de normalidad

Tipo de Seguro del Adulto Mayor		Gasto de bolsillo en adultos mayores	
	N		7430
EsSalud	Parámetros normales a, b	Media	157,9954
		Desviación estándar	825,10435
	Máximas diferencias extremas	Absoluta	,424
		Positivo	,325
		Negativo	-,424
	Estadístico de prueba		,424
	Sig. asintótica (bilateral)		,000c
N		11826	
SIS	Parámetros normales a, b	Media	54,7046
		Desviación estándar	375,15796
	Máximas diferencias extremas	Absoluta	,442
		Positivo	,368
		Negativo	-,442
	Estadístico de prueba		,442
	Sig. asintótica (bilateral)		,000c

Fuente: SPSS v. 25

Para la variable gasto de bolsillo en adultos mayores y tanto para los Afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) Y EsSalud los datos no se distribuyen de forma normal $p < 0,05$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de normalidad, por lo tanto, la prueba estadística a usarse para la comparación entre grupos deberá ser no paramétrica. (Prueba U de Mann Whitney y Kruskal Wallis según corresponda).

Mediante el Test de Normalidad Kolmogorov - Smirnov, se logró determinar que los datos obtenidos de la base del ENAHO 2018 no presentan una distribución normal a un $p\text{-value} < 0,05$.

Prueba de hipótesis general y específica de la presente investigación

Contraste de hipótesis general

H_0 ($Me_1 = Me_2$). No Existen diferencias significativas del gasto de bolsillo en los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud según ENAHO 2018.

H_a . ($Me_1 \neq Me_2$). Existen diferencias significativas del gasto de bolsillo en los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud según ENAHO 2018.

Nivel de Significancia 5% (0,05)

Estadístico de prueba: U de Mann Whitney

La fórmula del estadístico a utilizarse es la siguiente:

$$U_1 = n_1n_2 + \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} - R_1$$

$$U_2 = n_1n_2 + \frac{n_2(n_2 + 1)}{2} - R_2$$

Regla de Decisión

Si $p \leq 0,05$ se rechaza H_0

Tabla 9. Contrastación de hipótesis general

	Tipo de Seguro del Adulto Mayor	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor	EsSalud	7430	10768,68	80011287,00
	SIS	11826	8912,15	105395109,00
	Total	19256		

Estadísticos de prueba

	Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor
U de Mann-Whitney	35462058,000
W de Wilcoxon	105395109,000
Z	-23,863
Sig. asintótica (bilateral),000	

a. Variable de agrupación: Tipo de Seguro del Adulto Mayor

Fuente: SPSS v.25

De la tabla que el gasto de bolsillo en los adultos mayores tanto de los afiliados al SIS como EsSalud, presentan diferencias significativas demostrado mediante el test de U-Mann-Whitney con p valor $=0,000 < 0,05$, Por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, por lo tanto existen diferencias significativas del gasto de bolsillo en los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud según ENAHO 2018. siendo los afiliados a EsSalud los que presentan mayores valores en su rango promedio con 10 768,68 frente a 8912,15 de los afiliados al SIS.

Contraste de hipótesis específico 1

Ho ($Me_1 = Me_2$). No Existen diferencias significativas del gasto de bolsillo en su dimensión socioeconómica en los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud según ENAHO 2018.

Ha. ($Me_1 \neq Me_2$). Existen diferencias significativas del gasto de bolsillo en su dimensión socioeconómicas en los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud según ENAHO 2018.

Nivel de Significancia 5% (0,05)

Estadístico de prueba U de Mann Whitney:

La fórmula del estadístico a utilizarse es la siguiente:

$$U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} - R_1$$

$$U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2 + 1)}{2} - R_2$$

Estadístico de prueba: Kruskal Wallis

La fórmula del estadístico a utilizarse es la siguiente:

$$H = \frac{12}{n(n+1)} \sum_{j=1}^k \frac{R_j^2}{n_j} - 3(n+1)$$

Regla de Decisión

Si $p \leq 0,05$ se rechaza H_0

Tabla 10. Contrastación de hipótesis específico primera

INDICADOR	EsSalud			SIS		
	N	Rango promedio	Valor de P	N	Rango promedio	Valor de P
sexo						
Hombre	3654	3552,69		5385	5783,10	
Mujer	3776	3873,05		6441	6022,52	
Total	7430		0,000*	11826		0,000*
Estado civil						
Conviviente	531	3570,97		1794	5882,91	
Casado	4470	3629,57		5401	5779,05	
Viudo	1372	3905,90		2919	6050,82	
Divorciado	125	3906,58		59	6992,69	
Separado	582	3924,46		1092	6310,91	
soltero	350	3870,09		561	5704,18	
Total	7430		0,000**	11826		0,000**
Nivel educativo						
Sin Nivel	375	3394,43		3346	5531,17	

Inicial	3	2831,17	6	7007,42	
Primaria Incompleta	999	3421,64	4287	5781,61	
Primaria Completa	1108	3594,69	2274	6074,81	
Secundaria Incompleta	564	3510,79	803	6563,94	
Secundaria Completa	1651	3623,31	843	6615,65	
Superior No Universitaria Incompleta	120	3911,37	36	7233,13	
Superior No Universitaria Completa	864	3837,35	91	7191,70	
Superior Universitaria Incompleta	237	4071,22	82	7531,75	
Superior Universitaria Completa	1229	3967,81	51	6632,70	
Maestria/Doctorado	279	4772,84	6	9356,92	
Básica especial	1	3678,00	1	9116,50	
Total	7430		0,00**	11826	0,00**
Padecimiento de Enfermedades o malestar crónicas					
Si	5825	3872,78	8983	6177,73	
No	1605	3144,69	2843	5078,62	
Total	7430		0,00*	11826	0,00*
Quintiles de gasto per cápita					
Q1(menor) =Q2	0	3114	0	6002	
Q3	25	1374	5	1365	
Q 4	147,80	1456	26	2097	
Q5 (mayor)	38005,0	1486	18195,0	2362	
		7430	0,00**	11826	0,00**

Fuente: SPSS v25

* Prueba U - Mann Whitney

** Kruskal Wallis

Se evaluó mediante el Test de Kruskal Wallis y U-Mann Whitney, se determinó a un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, y se logró determinar que el variable sexo ($p\text{-value} < 0.005$), estado civil ($p\text{-value} < 0.005$), nivel educativo ($p\text{-value} < 0.005$), padecimiento de enfermedades crónicas ($p\text{-value} < 0.005$) y los

Quintiles de gasto per ($p\text{-value} < 0.005$); indicando la existencia de diferencias significativas del gasto de bolsillo en su dimensión socioeconómica en los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud según ENAHO 2018.

Contraste de hipótesis específico 2

Ho ($Me_1 = Me_2$). No Existe diferencias significativas del gasto de bolsillo en su dimensión sociodemográfica, según el lugar geográfico de residencia de los adultos mayores afiliados al SIS y ESSALUD según ENAHO 2018.

Ha. ($Me_1 \neq Me_2$). Existen diferencias significativas del gasto de bolsillo en su dimensión sociodemográfica, según el lugar geográfico de residencia de los adultos mayores afiliados al SIS y ESSALUD según ENAHO 2018.

Nivel de Significancia 5% ($\alpha = 0,05$)

Estadístico de prueba: Kruskal Wallis

La fórmula del estadístico a utilizarse es la siguiente:

$$H = \frac{12}{n(n+1)} \sum_{j=1}^k \frac{R_j^2}{n_j} - 3(n+1)$$

Regla de Decisión

Si $p \leq 0.05$ se rechaza Ho

Tabla 11. Contrastación de hipótesis específico segundo

	EsSalud		Valor de P	SIS		Valor de P
	N	Rango promedio		N	Rango promedio	
Dominio geográfico						
Costa	3050	3666,49		2352	6432,44	
Sierra	2049	3620,72		6493	5567,38	
Selva	730	3803,39		2327	5996,33	
Lima Metropolitana	1601	3890,08		654	7188,88	
Total	7430		0,000	11826		0,000

Fuente: SPSS v25

Se evaluó mediante el Test de Kruskal Wallis, se logró determinar que la variable costa ($p\text{-value} < 0.005$), sierra ($p\text{-value} < 0.005$), selva ($p\text{-value} < 0.005$), Lima metropolitana ($p\text{-value} < 0.005$); presentan diferencias estadísticas significativas del gasto de bolsillo en los adultos mayores en cuanto al lugar de residencia tanto en los afiliados al SIS y EsSalud según ENAHO 2018.

V. DISCUSIÓN

En el Perú, existen 2 seguros públicos de salud de mayor demanda por la población como es el seguro integral de salud (SIS) y EsSalud cuyos fondos provienen del estado y de los hogares principalmente, sin embargo la cobertura de dichos seguros no cubren la totalidad de los servicios que ofrecen, sumado de la insatisfacción por largas colas de espera ante una cita médica, viéndose obligado que el asegurado realice consultas privadas y compra de medicamentos en boticas conllevando al paciente a gastar para la recuperación en su salud.

Por otro lado, el gasto de bolsillo en salud es uno de los indicadores relacionados a desigualdad social, al acceso a la salud principalmente en la población vulnerable como aquellos con limitados ingresos económicos, zonas endémicas y rurales, de niños, ancianos principalmente de aquellos que padecen de enfermedades crónicas.

En el presente estudio, realizado a partir del análisis de la base de datos de la ENAHO del año 2018, permitió determinar que el 80% (19 256) de los adultos mayores encuestados se encuentran afiliados a alguno de los sistemas de aseguramiento de salud más importantes de nuestro país, del total de la población en estudio, el 38.6% de 7 430 adultos mayores se encuentra afiliado al EsSalud, mientras que el 61.4% de 11 826 adultos mayores está afiliado al Sistema Integrado de Salud. Por otro lado, considerando la población total de adultos mayores que cuentan con un seguro de salud ($n = 24056$), los asegurados al EsSalud representan al 30.9% de afiliados, 49.2% al SIS; mientras que, el 20% restante de los adultos mayores se encuentra afiliado a otro seguro de salud (FFAA, Sistema privado, entre otros).

En el estudio realizado por Hernández-Vásquez, N. *et al.* (2018), encontró para el año 2017 ($n = 18\ 386$) los adultos mayores afiliados al EsSalud y al Sistema Integrado de Salud fue del 31.9% y 48.8% respectivamente, mientras que los afiliados a otro sistema de salud fue del 19.3%, valores comparables a lo encontrado en este estudio, a pesar del incremento en la población de adultos mayores, el porcentaje de afiliados de los sistemas de salud no presentó cambios significativos.

En cuanto al gasto de bolsillo en salud (GBS), Se logró evidenciar que los adultos mayores afiliados al SIS el gasto promedio fue de 54.7soles en comparación a los afiliados al EsSalud cuyo gasto de bolsillo fue de 157,8 soles. En donde se evidencia que el seguro integral de salud (SIS) desembolsaron un menor gasto de bolsillo probablemente por la cobertura. El Estado Peruano a través del Ministerio de Salud, es el responsable de garantizar a través del Sistema Integrado de Salud el acceso a un diagnóstico oportuno, consulta médica, entre otros, necesarios para alcanzar la mejoría de la salud. Otro factor involucrado probablemente sea la población objetivo, los afiliados al SIS, en su mayoría cuentan con limitados recursos económicos.

Por el contrario, el EsSalud, al igual que otros seguros de salud, está orientado a garantizar la salud de sus afiliados, sin embargo su población objetivo está constituido por adultos mayores que, a diferencia de los afiliados al SIS quienes presentan un ingreso económico limitado, los afiliados al EsSalud cuentan con un ingreso mensual fijo como es el pago de su jubilación, que si bien es un monto que no cubre las necesidades básicas, le permite realizar el pago de consultas externas, la compra de medicamentos de marca, entre otros, lo cual incrementa el gasto de bolsillo en la salud.

Similar a los estudios nacionales previos, se encontró que el mayor gasto de bolsillo en los adultos mayores ocurre en los afiliados al EsSalud, probablemente por la demora de la atención que genera un grado de insatisfacción de los afiliados sobre los servicios de atención en comparación al SIS, que los motiva a acudir a Instituciones y Seguros de Salud privados y al pago de consultas de atención, fenómeno que fue evidenciado por Gallo-Cannata, AP *et al.*, (2017),(32) en su estudio sobre el nivel de satisfacción de los usuarios de consulta externa de los diferentes Servicios de Salud.

En cuanto al gasto de bolsillo según su dimensión socioeconómica del total de la población adulta afiliada a los sistemas de aseguramiento de salud al EsSalud o SIS (n = 19256), el 46.9% fueron varones y el 53.1% mujeres; de manera independiente del total de afiliados al EsSalud el 49.2% fueron varones quienes efectuaron un gasto de bolsillo promedio de S/ 150.1 soles, mientras que el 50.8% fueron mujeres quienes realizaron un gasto de bolsillos un promedio de S/ 165.7

soles. Mientras que, en el seguro integral de la Salud (SIS), el 45.5% y 54.5% representan a los varones y mujeres respectivamente, quienes presentan un gasto de bolsillo en salud promedio de S/ 52.8 soles y S/ 56.3 soles respectivamente.

En relación al estado civil, de los adultos mayores afiliados al EsSalud cuyas características son divorciados (a) presentaron un mayor gasto de bolsillo en salud con un monto de S/ 238.5 soles, los convivientes fueron quienes presentaron el menor gasto de bolsillo con S/ 118.9 soles; mientras que, de los afiliados al SIS fueron los casados (a) quienes presentaron el mayor monto de gasto de bolsillo con S/ 63 soles y los solteros (a) el menor con S/ 26.6 soles.

Los adultos mayores que padecen una enfermedad crónica afiliados al EsSalud o al SIS, presentaron un mayor gasto de bolsillo (S/ 167.1 y S/ 61 soles) en comparación al que no lo padecen (S/ 125 y S/ 35 soles, respectivamente). Según estudios previos internacionales, el padecimiento de enfermedades crónicas influye significativamente en el GBS, similar a lo encontrado en el presente estudio donde los adultos mayores que padecen estas enfermedades presentaron un mayor gasto de bolsillo, y mucho mayor si está afiliado al EsSalud.

En relación al gasto de bolsillo per cápita entre los afiliados al EsSalud o SIS, el Q1 y Q2 presentaron un gasto de bolsillo mínimo, en comparación al Q5 de los afiliados al EsSalud que presentaron un gasto de bolsillo en salud de S/ 709.5 soles, mientras que en los afiliados de SIS el gasto de bolsillo fue de S/ 260.6 soles.

En cuanto al gasto de bolsillo según su dimensión sociodemográfica de lugar de procedencia en los afiliados al EsSalud en la Costa el gasto de bolsillo promedio fue 137.7soles, Sierra 188.2 soles y Selva 144.8 soles, en los adultos mayores afiliados al seguro integral de salud (SIS); el gasto de bolsillo promedio en la Costa fue 56,2 soles, Sierra 47,9 soles y Selva 63,0 soles respectivamente. En donde se evidencia un mayor gasto de bolsillo en los afiliados al EsSalud sobre todo en la sierra.

Por lo tanto se determinó que hay diferencias estadísticas significativas entre el gasto de bolsillo de los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud, tanto en las diferentes dimensiones socioeconómicas como nivel educativo, padecimiento de enfermedades crónicas, entre otros, así como al lugar geográfico de residencia

(Costa, Sierra, Selva y Lima metropolitana), similar a los estudios previos nacionales, Hernández-Vásquez, A. et al., (2018), Herrera Rojas, N. (2018) y Petrerá Pavone, M. *et al.*, (2018).

VI. CONCLUSIONES

Primero.

Mediante el presente estudio, a partir del análisis de la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2018, se logró determinar que existen diferencias estadísticas significativas en el gasto de bolsillo en salud realizado por adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud; así mismo, se determinó que los adultos mayores afiliados al SIS presentó un menor gasto de bolsillo, en comparación a los afiliados al EsSalud.

Segundo.

Luego del análisis de las diferentes variables como la edad, sexo, enfermedades crónicas, entre otros, se logró determinar que los adultos mayores afiliados al SIS presentaron un gasto de bolsillo menor en comparación a los adultos mayores filiados al EsSalud.

Tercero.

Del mismo modo, similar a lo encontrado en la dimensión sociodemográfica, los adultos mayores afiliados al SIS procedentes de la región Costa, Sierra y Selva presentaron un gasto de bolsillo menor, en comparación a los afiliados al EsSalud.

VII. RECOMENDACIONES

Primero.

De los resultados encontrados, se recomienda continuar con los estudios de monitoreo del gasto de bolsillo en salud de las demás poblaciones vulnerables, así como evaluar su asociación con los diferentes factores de riesgo como es el grado de instrucción, ingresos económicos, enfermedades crónicas, entre otros.

Segundo.

Así mismo, desarrollar el análisis de la base de datos al menos de manera quinquenal, con la finalidad de obtener una visión sobre el avance de la cobertura y el acceso a la salud de las poblaciones vulnerables, así como determinar la eficiencia de los sistemas de aseguramiento de la salud.

Tercero.

Se recomienda para estudios posteriores, determinar el porcentaje del gasto de bolsillo en salud, así como determinar si existe el riesgo de incurrir en el gasto catastrófico en el Perú, principalmente en aquellas poblaciones vulnerables.

REFERENCIAS

1. World Health Organization., World Bank Group. New report shows that 400 million do not have access to essential health services. *Organ Mund la Salud*. 2017;2017–20.
2. Ghebreyesus TA. All roads lead to universal health coverage. *Lancet Glob Heal*. 2017;5(9):e839–40.
3. Organización Mundial de la Salud. OP de la S. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 66. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. 2014.
4. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ*. 2000;78(6).
5. Biggs B, King L, Basu S, Stuckler D. Is wealthier always healthier? The impact of national income level, inequality, and poverty on public health in Latin America. *Soc Sci Med*. 2010;71(2):266–73.
6. Gulliford M. Access to primary care and public health. *Lancet Public Heal*. 2017;2(12):e532–3.
7. Frenk J, Gómez-Dantés O. Health Systems in Latin America: The Search for Universal Health Coverage. *Arch Med Res*. 2018;49(2):79–83.
8. Rivera-Almaraz A, Manrique-Espinoza B, Chatterji S, Naidoo N, Kowal P, Salinas-Rodríguez A. Longitudinal associations of multimorbidity, disability and out-of-pocket health expenditures in households with older adults in Mexico: The study on global AGEing and adult health (SAGE). *Disabil Health J*. 2019;12(4):665–72.
9. Correa-Burrows P. Out-Of-Pocket Health Care Spending by the Chronically Ill in Chile. *Procedia Econ Financ*. 2012;1(12):88–97.
10. Xu K. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. *World Health Organization, Geneva*. 2005;
11. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11(5/6).
12. Geng X, Janssens W, Kramer B, van der List M. Health insurance, a friend in need? Impacts of formal insurance and crowding out of informal insurance. *World Dev*. 2018;111:196–210.
13. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Santero M, Prado-Galbarro FJ,

- Rosselli D. Gasto de bolsillo en salud en adultos mayores peruanos: Análisis de la encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza 2017. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2018;35(3):390–9.
14. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 17]. Available from: <https://www.who.int/es/news-ro>
 15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico N° 2 Situación de la Población Adulta Mayor. 2018.
 16. Ley N° 29344. Ley marco de aseguramiento universal en salud.
 17. Petrerá Pavone M, Jiménez Sánchez E. Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010–2014. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:1–7.
 18. Wilson L, Velásquez A, Ponce C. La ley marco del aseguramiento universal en salud en el Perú: Análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. Vol. 26, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2009.
 19. Alcalde J, Nigenda G, Lazo O. *Financiamiento en Salud y Protección Social en América Latina y el Caribe*. 2011.
 20. Ministerio de Salud., Dirección General de Planeamiento y Presupuesto., Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud. *Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2012*. 2015.
 21. The Lancet Public Health. High ambitions for health equity in the Americas. *Lancet Public Heal*. 2019;4(11):e538.
 22. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Econ MH, Méndez O, Bitran R, et al. Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve latin American and Caribbean countries. *Salud Publica Mex*. 2011;53(Suppl. 2):S85–95.
 23. del Pozo-Rubio R, Jiménez-Rubio D. Catastrophic risk associated with out-of-pocket payments for long term care in Spain. *Health Policy (New York)*. 2019;123(6):582–9.
 24. Granda M, Jimenez W. The evolution of socioeconomic health inequalities in Ecuador during a public health system reform (2006-2014). *Int J Equity Health*. 2019;18(1):1–12.
 25. Pavón-León P, Reyes-Morales H, Martínez AJ, Méndez-Maín SM,

- Gogeoascoechea-Trejo M del C, Blázquez-Morales MSL. Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México. *Gac Sanit.* 2017;31(4):286–91.
26. Eusebio Viveros J. Gasto de bolsillo en los afiliados al sistema de protección social en salud. Universidad Veracruzana; 2010.
 27. Freile Guitiérrez B. Estimación del gasto de bolsillo en salud en zonas urbanas de Chile. Universidad de Chile; 2015.
 28. Koch KJ, Cid Pedraza C, Schmid A. Out-of-pocket expenditure and financial protection in the Chilean health care system—A systematic review. *Health Policy (New York)*. 2017;121(5):481–94.
 29. Villalobos Dintrans P. Out-of-pocket health expenditure differences in Chile: Insurance performance or selection? *Health Policy (New York)*. 2018;122(2):184–91.
 30. Alvis-Zakzuk J, Marrugo-Arnedo C, Alvis-Zakzuk NJ, de la Rosa FG, Florez-Tanus Á, Moreno-Ruiz D, et al. Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Rev Salud Publica*. 2018;20(5):591–8.
 31. Amaya-Lara JL. Catastrophic expenditure due to out-of-pocket health payments and its determinants in Colombian households. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):1–11.
 32. Gallo A, Valdivia V, Soria T. Factores asociados al nivel de satisfacción de los usuarios de consulta externa de diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (MINSA , EsSalud , FFAA / PNP y clínicas privadas) del Perú en el año 2014. 2017.
 33. La Torre Mantilla A, Oyola A, Quispe M. Factores asociados al grado de satisfacción del usuario del consultorio externo de gastroenterología del Hospital Central de la fuerza Aérea del Perú. Mayo,2014. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2018;17(34).
 34. Herrera Rojas NA. Estudio comparativo del gasto de bolsillo en consulta odontológica registrada en la ENAHO del 2015 entre los pacientes afiliados al SIS y al ESSalud en el Perú. Cayetano Heredia; 2018.
 35. Lima-Toivanen M, Pereira RM. The contribution of eHealth in closing gaps in primary health care in selected countries of Latin America and the Caribbean.

- Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2018;42:1–11.
36. Hall JP. The tale of out-of-pocket spending on health care. *Med J Aust.* 2013;199(7):442–3.
 37. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico: Situación de la Población Adulta Mayor. 2019.
 38. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la ley 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor. 2018;
 39. World Health Organization. Salud De La Mujer [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
 40. World Health Organization., Pan American Health Organization. Health of older persons. [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 1]. Available from: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=salud-del-adulto-mayor&lang=e
 41. Defensoría del Pueblo. Envejecer en el Perú: Hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores. 2019.
 42. INEI. Situación de Salud de la Población Adulta Mayor. 2016;76.
 43. The World Bank. World Development Indicators [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 5]. Available from: <http://wdi.worldbank.org/table/2.12#>
 44. Cetrángolo O, Bertranou F, Casanova L, Casalí P. EL Sistema De Salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. 2013. 183 p.
 45. Ministerio de Salud., Seguro Integral de Salud. Seguro Integral de Salud. 2012.
 46. Contraloría General de la República. “Por Una Salud De Calidad.” 2018.
 47. Montañez Ginocchio VA. Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú [Thesis]. 2018.
 48. INEI. Informe técnico: Evolucion de la Pobreza Monetaria 2007-2018. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2019.
 49. Neill DA, Cortez Suárez L. Procesos Y Fundamentos De La Investigación Científica. 2018. 125 p.
 50. Fernández Collado C, Batista Lucio P. Metodología de la investigación. 6ta edició. 2014. 4 p.
 51. Tame Mazaga J, Vera G, Oliveros Ramos R. Tipos, métodos y estrategias de

- investigación. Rev la Esc Posgrado. 2008;5:145–54.
52. Sánchez Carlessi H, Reyes Romero C, Mejía Sáenz K. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística. Vol. 106, Mycological Research. 2018. 146 p.

ANEXOS

Anexo 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Estudio comparativo del gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados al SIS Y EsSalud, según ENAHO 2018

Autora: Rut Vasquez Vargas

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p><u>PROBLEMA GENERAL</u> ¿Permitirá el análisis de la base de datos de la ENAHO 2018, caracterizar el gasto de bolsillo en salud asumido por los adultos mayores afiliados al SIS Y EsSalud?</p> <p><u>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</u> ¿Qué diferencia existe en el gasto bolsillo en su dimensión socioeconómico de los adultos mayores afiliados al SIS Y EsSalud, según ENAHO 2018?</p> <p>¿El análisis de la base de datos de la ENAHO 2018, permitirá estimar el gasto de bolsillo en su dimensión sociodemográfica, según el lugar geográfico de residencia de los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud?</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL</u> Comparar el gasto de bolsillo en adultos mayores entre los afiliados al SIS y EsSalud según ENAHO 2018.</p> <p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u> Analizar, comparar el gasto bolsillo en las diferentes dimensiones socioeconómicas de los adultos mayores afiliados al SIS Y EsSalud, según la base de datos ENAHO 2018.</p> <p>Analizar, y comparar el gasto de bolsillo en su dimensión sociodemográfica, según el lugar geográfico de residencia de los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud, empleando la base de datos de ENAHO 2018.</p>	<p><u>HIPÓTESIS GENERAL</u> Existe diferencias significativas del gasto de bolsillo en los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud según ENAHO 2018.</p> <p><u>HIPÓTESIS ESPECÍFICO</u> Existe diferencias significativas del gasto de bolsillo en su dimensión socioeconómico en los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud según ENAHO 2018.</p> <p>Existen diferencias significativas del gasto de bolsillo en su dimensión sociodemográfica, según el lugar geográfico de residencia de los adultos mayores tanto de los afiliados al SIS y EsSalud según ENAHO 2018.</p>	<p>Variable Gasto de bolsillo en adultos mayores</p>	<p><u>MÉTODO</u> Hipotético deductivo</p> <p><u>Tipo de investigación</u> Investigación básica</p> <p><u>Diseño de investigación</u> Estudio transversal</p> <p>No experimental</p> <p>Estudio descriptivo comparativo</p> <p>Enfoque cuantitativo</p>

Anexo 2. Data: Encuesta Nacional de Hogares ENAHO 2018

400. SALUD (Para todas las personas)									
Persona N°	Nombre:	Informante N°							
400A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ? <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="padding: 5px;">DÍA</th> <th style="padding: 5px;">MES</th> <th style="padding: 5px;">AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO				401F. HACE 5 AÑOS,..... ¿VIVÍA EN ESTE DISTRITO? Sí..... 1 → PASE A 401G1 No..... 2 Aún no había nacido 3 → PASE A 401G1	
DÍA	MES	AÑO							
401C. ¿TIENE DNI? Sí..... 1 → PASE A 401F No..... 2 NO SABE 3 → PASE A 401F		401G. ¿EN QUÉ DISTRITO, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO VIVÍA HACE 5 AÑOS? Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento/País: _____ Si vivía en el extranjero, anote sólo el nombre del País.							
401D. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO TIENE DNI: (Acepte una o más alternativas) No tiene partida de nacimiento? 1 No lo considera importante? 2 No conoce los requisitos? 3 No sabe dónde acudir para tramitar su DNI? 4 No existen oficinas del RENIEC cerca de su domicilio?..... 5 No cuenta con los recursos económicos para tramitarlo?..... 6 Está en trámite por primera vez?..... 7 Por errores en la partida de nacimiento? 8 Otro _____ 9 (Especifique)		401G1. CUANDO USTED NACIÓ, ¿VIVÍA SU MADRE EN ESTE DISTRITO? Sí..... 1 No..... 2 401G2. ¿EN QUÉ DISTRITO Y PROVINCIA VIVÍA SU MADRE? Distrito: _____ Provincia: _____ No Sabe 3							
401E. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO TIENE PARTIDA DE NACIMIENTO: (Acepte una o más alternativas) No tiene dinero para trámite?..... 1 Las oficinas de trámite se ubican lejos de su domicilio? 2 No conoce los requisitos? 3 No sabe dónde acudir para tramitarla? 4 La persona no nació en un Establecimiento de Salud?..... 5 No reconocido por el padre? 6 Otro _____ 7 (Especifique)		OBSERVACIONES: _____ _____ _____ _____ _____							

DISCAPACIDAD

A continuación le haré algunas preguntas para saber si Ud. presenta alguna limitación o dificultad **PERMANENTE**, que le impida o dificulte desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.

401H. ¿TIENE UD. LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA:

	SI	NO
1. Moverse o caminar, para usar brazos o piernas?	1	2
2. Ver, aun usando anteojos?	1	2
3. Hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas u otro?	1	2
4. Oír, aun usando audifonos?	1	2
5. Entender o aprender (concentrarse y recordar)?	1	2
6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?	1	2

SALUD

401. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO? (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)

Si 1
No 2

OBSERVACIONES:

402. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DEL... AL... ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A): (Acepte una o más alternativas)

Sintoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, nauseas)? 1
Enfermedad (gripe, colitis, etc.)? 2
Recaída de enfermedad crónica? 3
Accidente? 4

No tuvo enfermedad, sintoma, recaída, accidente 5 → **PASE A 413B**

403. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE? (Acepte una o más alternativas)

- Puesto de salud MINSA.....1
- Centro de salud MINSA.....2
- Centro o puesto de salud CLAS.....3
- Posta, policlinico ESSALUD.....4
- Hospital MINSA.....5
- Hospital del Seguro (ESSALUD).....6
- Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional.....7
- Consultorio médico particular.....8
- Clinica particular.....9
- Farmacia o botica.....10
- En su domicilio (del paciente).....11
- Otro.....13
- (Especifique)
- NO BUSCÓ ATENCIÓN.....14

PASE A 409

404. ¿QUIÉN LE ATENDIÓ DURANTE LA CONSULTA? (Acepte una o más alternativas)

- Médico.....1
- Dentista/odontólogo.....2
- Obstetrix.....3
- Enfermera(o).....4
- Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud).....5
- Promotor(a).....6
- Otro.....7
- (Especifique)

RECUADRO A

ENCUESTADOR:

- Si en la pregunta 403:
 - Sólo está circulado el código 8 y/o 9, entonces pase a pregunta 413B.
 - Si está circulado uno o más códigos entre 1 y 7 continúe con la pregunta 406.

406. ¿RECIBIÓ LOS SERVICIOS DE:

..... DE:

406D1

¿El trato del profesional que lo atendió en el servicio de fue:

- Muy bueno? 1
- Bueno? 2
- Malo? 3
- Muy malo? 4
- NO SABE 5

	Si	No	Código				
1. Consulta?.....	1	2	1	2	3	4	5
2. Medicinas?.....	1	2	1	2	3	4	5
3. Análisis?.....	1	2	1	2	3	4	5
4. Rayos X?.....	1	2	1	2	3	4	5
5. Otro examen? (Especifique).....	1	2	1	2	3	4	5

407F. DESDE QUE SOLICITÓ LA CITA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD A DONDE ACUDIÓ, ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ, HASTA LA FECHA QUE FUE PROGRAMADA SU ATENCIÓN?

Nº Meses	Nº Días	Nº Horas	Nº Minutos

407G. GENERALMENTE, ¿CUÁNTO TIEMPO DEMORA PARA LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE ACUDIÓ?

Nº Días	Nº Horas	Nº Minutos

407H. LA ÚLTIMA VEZ QUE ACUDIÓ AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ¿CUÁNTO TIEMPO ESPERÓ PARA SER ATENDIDO EN SU CONSULTA?

Nº Horas	Nº Minutos

407E. ¿SE SOLUCIONÓ EL PROBLEMA DE SALUD POR EL CUAL BUSCÓ ATENCIÓN?

Sí, totalmente 1

Sí, parcialmente 2

No, porque no tuvo dinero para medicamentos 3

No, porque no siguió las indicaciones del médico 4

No, porque el tratamiento no es el adecuado 5

Aún no concluye el tratamiento 6

Otro 7

(Especifique)

PASE A 413B

409. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD? (Acepte una o más alternativas)

No tuvo dinero 1

Se encuentra lejos 2

Demoran mucho en atender 3

No confía en los médicos 4

No era grave/ no fue necesario 5

Prefiere curarse con remedios caseros 6

No tiene seguro 7

Se auto recetó o repitió receta anterior 8

Falta de tiempo 9

Por el maltrato del personal de salud 10

Otro 11

(Especifique)

413B. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿HA EFECTUADO CONSULTA POR:

Sí	No	No corresponde	413C. ¿Cómo lo obtuvo?	
			Programa social	Forma particular
1	2	3	1	2
1	2		1	2

1. Control de crecimiento del niño sano / control integral del niño (niños menores de 3 años de edad)?

2. Programa de vacunas (inmunizaciones)?

Para Mujeres de 12 a 49 años de edad y niños menores de 3 años de edad

413D. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HA EFECTUADO CONSULTA POR:

Sí	No	No corresponde	413E. ¿Cómo lo obtuvo?	
			Programa social	Forma particular
1	2	3	1	2
1	2	3	1	2

1. Planificación familiar (mujeres de 12 a 49 años de edad)?

2. Suplemento de hierro (gestantes y niños menores de 3 años de edad)?

OBSERVACIONES

Programas SPSS.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

Tipo de Seguro del Adulto Mayor		Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor
EsSalud	N	7430
Parámetros normales ^{a,b}	Media	157,9954
	Desviación estándar	825,10435
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,424
	Positivo	,325
	Negativo	-,424
Estadístico de prueba		,424
Sig. asintótica (bilateral)		,000 ^c
SIS	N	11826
Parámetros normales ^{a,b}	Media	54,7046
	Desviación estándar	375,15796
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,442
	Positivo	,368
	Negativo	-,442
Estadístico de prueba		,442
Sig. asintótica (bilateral)		,000 ^c

- a. La distribución de prueba es normal.
- b. Se calcula a partir de datos.
- c. Corrección de significación de Lilliefors.

Rangos

	Tipo de Seguro del Adulto Mayor	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor	EsSalud	7430	10768,68	80011287,00
	SIS	11826	8912,15	105395109,00
	Total	19256		

Estadísticos de prueba^a

	Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor
U de Mann-Whitney	35462058,000
W de Wilcoxon	105395109,000
Z	-23,863
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: Tipo de Seguro del Adulto Mayor

Rangos

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor	Hombre	3654	3552,69	12981526,00
	Mujer	3776	3873,05	14624639,00
	Total	7430		

Estadísticos de prueba^a

	Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor
U de Mann-Whitney	6303841,000
W de Wilcoxon	12981526,000
Z	-6,687
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: Sexo

Rangos

	¿Cuál es su estado civil o conyugal?	N	Rango promedio
Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor	Conviviente	531	3570,97
	Casado(a)	4470	3629,57
	Viudo(a)	1372	3905,90
	Divorciado(a)	125	3906,58
	Separado(a)	582	3924,46
	Soltero(a)	350	3870,09
	Total	7430	

Estadísticos de prueba ^{a, b}

	Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor
Chi-cuadrado	31,011
gl	5
Sig. asintótica	,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ¿Cuál es su estado civil o conyugal?

Rangos

	¿Cuál es su estado civil o conyugal?	N	Rango promedio
Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor	Conviviente	1794	5882,91
	Casado(a)	5401	5779,05
	Viudo(a)	2919	6050,82
	Divorciado(a)	59	6992,69
	Separado(a)	1092	6310,91
	Soltero(a)	561	5704,18
	Total	11826	

Estadísticos de prueba ^{a, b}

	Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor
Chi-cuadrado	41,470
gl	5
Sig. asintótica	,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ¿Cuál es su estado civil o conyugal?

Rangos

	¿Cuál es su estado civil o conyugal?	N	Rango promedio
Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor	Conviviente	531	3570,97
	Casado(a)	4470	3629,57
	Viudo(a)	1372	3905,90
	Divorciado(a)	125	3906,58
	Separado(a)	582	3924,46
	Soltero(a)	350	3870,09
	Total	7430	

Estadísticos de prueba ^{a, b}

	Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor
Chi-cuadrado	31,011
gl	5
Sig. asintótica	,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ¿Cuál es su estado civil o conyugal?

Rangos

	¿Cuál es su estado civil o conyugal?	N	Rango promedio
Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor	Conviviente	531	3570,97
	Casado(a)	4470	3629,57
	Viudo(a)	1372	3905,90
	Divorciado(a)	125	3906,58
	Separado(a)	582	3924,46
	Soltero(a)	350	3870,09
	Total	7430	

Estadísticos de prueba ^{a, b}

	Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor
Chi-cuadrado	31,011
gl	5
Sig. asintótica	,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ¿Cuál es su estado civil o conyugal?

Rangos

	¿Cuál es el último año o grado de estudios y nivel que aprobó? - Nivel	N	Rango promedio
Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor	Sin Nivel	375	3394,43
	Inicial	3	2831,17
	Primaria Incompleta	999	3421,64
	Primaria Completa	1108	3594,69
	Secundaria Incompleta	564	3510,79
	Secundaria Completa	1651	3623,31
	Superior No Universitaria Incompleta	120	3911,37
	Superior No Universitaria Completa	864	3837,35
	Superior Universitaria Incompleta	237	4071,22
	Superior Universitaria Completa	1229	3967,81
	Maestria/Doctorado	279	4772,84
	Básica especial	1	3678,00
	Total	7430	

Estadísticos de prueba ^{a, b}

	Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor
Chi-cuadrado	145,158
gl	11
Sig. asintótica	,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ¿Cuál es el último año o grado de estudios y nivel que aprobó? - Nivel

Rangos

	¿Cuál es el último año o grado de estudios y nivel que aprobó? - Nivel	N	Rango promedio
Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor	Sin Nivel	3346	5531,17
	Inicial	6	7007,42
	Primaria Incompleta	4287	5781,61
	Primaria Completa	2274	6074,81
	Secundaria Incompleta	803	6563,94
	Secundaria Completa	843	6615,65
	Superior No Universitaria Incompleta	36	7233,13
	Superior No Universitaria Completa	91	7191,70
	Superior Universitaria Incompleta	82	7531,75
	Superior Universitaria Completa	51	6632,70
	Maestría/Doctorado	6	9356,92
	Básica especial	1	9116,50
	Total	11826	

Estadísticos de prueba ^{a, b}

	Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor
Chi-cuadrado	189,451
gl	11
Sig. asintótica	,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ¿Cuál es el último año o grado de estudios y nivel que aprobó? - Nivel

Rangos

	¿Padece de alguna enfermedad o malestar crónico (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)?	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor	Si	5825	3872,78	22558935,00
	No	1605	3144,69	5047230,00
	Total	7430		

Estadísticos de prueba ^a

	Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor
U de Mann-Whitney	3758415,000
W de Wilcoxon	5047230,000
Z	-12,510
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: ¿Padece de alguna enfermedad o malestar crónico (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)?

Rangos

	¿Padece de alguna enfermedad o malestar crónico (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)?	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor	Si	8983	6177,73	55494532,00
	No	2843	5078,62	14438519,00
	Total	11826		

Estadísticos de prueba ^a

	Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor
U de Mann-Whitney	10395773,000
W de Wilcoxon	14438519,000
Z	-16,047
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: ¿Padece de alguna enfermedad o malestar crónico (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)?

Rangos

	Quintiles del Gasto de bolsillo	N	Rango promedio
Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor	Q1	3114	1557,50
	Q3	1374	3801,50
	Q4	1456	5216,50
	Q5	1486	6687,50
	Total	7430	

Estadísticos de prueba^{a,b}

	Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor
Chi-cuadrado	7254,053
gl	3
Sig. asintótica	,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Quintiles del Gasto de bolsillo

Rangos

	Quintiles del Gasto de bolsillo	N	Rango promedio
Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor	Q1	6002	3001,50
	Q3	1365	6685,00
	Q4	2097	8416,00
	Q5	2362	10645,50
	Total	11826	

Estadísticos de prueba^{a, b}

	Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor
Chi-cuadrado	11621,290
gl	3
Sig. asintótica	,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Quintiles del Gasto de bolsillo

Rangos

	Dominio	N	Rango promedio
Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor	Costa	3050	3666,49
	Sierra	2049	3620,72
	Selva	730	3803,39
	Lima Metropolitana	1601	3890,08
	Total	7430	

Estadísticos de prueba^{a,b}

	Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor
Chi-cuadrado	18,809
gl	3
Sig. asintótica	,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Dominio

Rangos

	Dominio	N	Rango promedio
Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor	Costa	2352	6432,44
	Sierra	6493	5567,38
	Selva	2327	5996,33
	Lima Metropolitana	654	7188,88
	Total	11826	

Estadísticos de prueba^{a, b}

	Total Gasto de Bolsillo del Adulto Mayor
Chi-cuadrado	245,893
gl	3
Sig. asintótica	,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Dominio

Estadísticos descriptivos

Tipò de Seguro del Adulto Mayor	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EsSalud ¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?: Consulta	7430	,0	600,0	4,091	19,4110
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?: Medicinas/Insumos	7430	,0	3000,0	27,325	94,8306
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?: Análisis	7430	,0	450,0	2,069	17,9974
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?: Rayos X, Tomografía, etc	7430	,0	800,0	2,560	28,6792
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?: Otros Exámenes (Hemodiálisis, etc.)	7430	,0	1400,0	1,576	26,2206
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?: Servicio Dental y conexos	7430	,0	6000,0	30,276	200,3131
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?: Servicio oftalmológico	7430	,0	1000,0	3,340	27,9747
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?: Compra de lentes	7430	,0	1500,0	11,893	68,8372
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?: Vacunas	7430	,0	200,0	,153	3,7997
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?: Control de salud de los niños	7430	,0	,0	,000	,0000
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?: Anticonceptivos	7430	,0	50,0	,024	,8640
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?: Otros Gastos (ortopedia, termómetro, etc.)	7430	,0	4000,0	24,027	103,8640

	¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	7430	,0	18000,0	264,7158	
	Hospitalización					
	¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	7430	,0	38000,0	40,333	661,5600
	Intervención quirúrgica					
	¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	7430	,0	,0	,000	,0000
	Controles por embarazo					
	¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	7430	,0	,0	,000	,0000
	Atenciones de parto					
	N válido (por lista)	7430				
SIS	¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	11826	,0	300,0	1,123	7,9736
	Consulta					
	¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	11826	,0	1800,0	11,667	49,0926
	Medicinas/Insumos					
	¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	11826	,0	735,0	,880	12,6664
	Análisis					
	¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	11826	,0	795,0	,970	16,6321
	Rayos X, Tomografía, etc					
	¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	11826	,0	400,0	,358	7,8723
	Otros Exámenes (Hemodiálisis, etc.)					
	¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	11826	,0	2700,0	5,621	64,5595
	Servicio Dental y conexos					
	¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	11826	,0	800,0	,649	12,9559
	Servicio oftalmológico					
	¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	11826	,0	1200,0	2,009	22,4326
	Compra de lentes					
	¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	11826	,0	250,0	,043	2,4731
	Vacunas					

¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	11826	,0	,0	,000	,0000
Control de salud de los niños					
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	11826	,0	15,0	,003	,1896
Anticonceptivos					
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	11826	,0	2000,0	8,062	40,9451
Otros Gastos (ortopedia, termómetro, etc.)					
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	11826	,0	12000,0	8,418	158,6848
Hospitalización					
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	11826	,0	18000,0	14,901	278,2517
Intervención quirúrgica					
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	11826	,0	,0	,000	,0000
Controles por embarazo					
¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio?:	11826	,0	,0	,000	,0000
Atenciones de parto					
N válido (por lista)	11826				

ESCUELA DE POSGRADO

Estudio comparativo del gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud, según ENAHO 2018

Rut Vasquez Vargas

Escuela de Postgrado

Lima - Perú

2020

I. **I. INTRODUCCIÓN** A nivel global, la equidad y el acceso de la salud representa un serio problema, se estima que, alrededor de 400 millones de personas no cuentan con acceso a un servicio básico de salud, y en países en vías de desarrollo, alrededor del 6% de los hogares, se ven más empobrecidos debido al gasto que efectúan para alcanzar este derecho (1)(2).

En las Américas, por iniciativa y apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los países adoptaron la política de mejorar el acceso adecuado, oportuno a la salud, mejorar su calidad y su cobertura universal para las personas, sin discriminación alguna, de creencia, estrato social, edad o por su situación de vulnerabilidad, entre otros (3), sin embargo, pese a los esfuerzos realizados, la cobertura, el acceso a la salud y la eficiencia de los sistemas de salud es variable (4)(5), principalmente porque representa un problema multifactorial complejo con factores como la limitada inversión en los servicios de la salud, el producto bruto interno del país, por el enfoque de la salud orientado en resolver el problema de salud en lugar de priorizar la prevención, entre otros (6)(7)(8).

En este marco, el gasto de bolsillo en salud (GBS), representa uno de los principales indicadores de un sistema de salud ineficiente e inequitativo (9), según la OMS, representa los tipos de gastos en salud realizados por el hogar con la finalidad de alcanzar algún servicio de salud, incluido las consultas médicas, compra de medicamentos, facturas de hospital, entre otros (10)(11)(12), y que no logra ser financiado por el estado o los seguros de salud, los cuales bajo ciertas condiciones de vulnerabilidad y edad, el acceso a estos servicios puede conducir a los individuos a gastar una proporción mayor a su ingreso disponible y algunos casos llevados a la pobreza, lo cual limita el acceso a un servicio de salud adecuado y oportuno, por ende el aumento de las incidencias de las morbilidades sobre todo de las personas vulnerables como los adultos mayores, de este grupo se estima que en América Latina, el incremento rápido de este grupo podría ser un factor en el incremento del gasto de bolsillo de \$ 55.2 millones para el año 2000 a \$ 122.5 millones para el 2015, así como la ocurrencia de más de 3 enfermedades crónicas, en ambos casos, debido al incremento en la compra de medicamentos específicos (13).

En relación a este grupo vulnerable, a nivel global, se estima para el 2020, que las personas mayores de 60 años será mayor en comparación a la población de menores a 5 años; mientras que, para el 2050 la proporción del adulto mayor, se incrementará del 12% al 22% (14). Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el año 2018, la población de 65 años o más, superó a la proporción de menores de 5 años, tendencia que también fue evidenciada en el Perú, donde según informe técnico del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), donde se reporta que el proceso envejecimiento de la población entre los años 1950 al 2018 se incrementó del 5.7% al 10.4% (15).

En el Perú, de manera similar a sus pares de América latina, implementó en la década de los 80's, políticas y estrategias orientadas a alcanzar el aseguramiento y cobertura de la salud, así como reducir el gasto de bolsillo, siendo inicialmente beneficiados una población específica como son los trabajadores del sector público y posteriormente la población estudiantil, fortalecido por la Ley N° 29344. "Ley marco de Aseguramiento Universal en Salud", lo cual permitió la mejora de su cobertura y alcance, y la implementación y en algunos casos, la regularización y reglamentación de las estrategias en curso, de esta manera el sistema es encabezado por los programas del Ministerio de Salud y sus instancias descentralizadas, a través del Seguro Integral de Salud (SIS), el Seguro Social de Salud conocido como EsSalud, y los servicios de las FFAA y Policiales, programas implementados con el objetivo de permitir a la población peruana el acceso adecuado y oportuno a la salud principalmente de la población vulnerable y en situación de pobreza (16)(17)(18)(19).

En el Perú, la población adulta mayor, se incrementó para el año 2017 en un 2.8% en comparación al año 2007, así mismo, se estima que la población adulta dependiente aumentó de 15,3 a 19,1 por cada 100 personas (13), además de ello, en este grupo etario, se evidencia una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, entre las principales afecciones que padecen esta población son la pérdida de visión y audición, osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión, demencia (14), y la tuberculosis como enfermedad transmisible (15).

Por lo que los adultos mayores (AM), requieren continuamente las atenciones para tratar las diversas patologías. En el Perú, tanto la consulta médica como el medicamento es cubierta por los seguros de Salud, sin embargo, muchas veces ocurre que la cobertura del SIS y EsSalud no alcanza la demanda de la población; afectando la situación económica del adulto mayor, viéndose obligado a realizar el gasto del bolsillo en farmacias externas, consultorios externos, clínicas particulares(20).

Según la OMS, sustenta que un elevado porcentaje de adultos mayores no cuentan con un adecuado acceso a los servicios de salud, que empobrece sus hogares por el gasto que representa los costos de su atención, o en su defecto, agravar su salud, al no lograr cubrir los gastos de salud. En este marco, es necesario delimitar el grupo etario, como la persona que tiene 60 años a más, este grupo se caracteriza por presentar numerosos cambios biológicos, psicológicos y sociales, cambios que incrementan el riesgo de

padecer morbilidades y disminuir las capacidades del individuo (OMS, 2015). El presente trabajo de tesis se plantea como problema general ¿Permitirá el análisis de la base de datos de la ENAHO 2018, caracterizar el gasto de bolsillo en salud asumido por los adultos mayores afiliados al SIS Y EsSalud? Como problemas específicos: ¿Qué diferencia existe en el gasto bolsillo en su dimensión socioeconómica de los adultos mayores afiliados al SIS Y EsSalud, según ENAHO 2018? ¿El análisis de la base de datos de la ENAHO 2018, permitirá estimar el gasto de bolsillo en su dimensión sociodemográfica, según el lugar geográfico de residencia de los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud?

Justificación del trabajo de investigación sobre el GBS de los adultos mayores afiliados al SIS o EsSalud, es importante debido a su enfoque sobre una población vulnerable y olvidada por un sistema de salud inequitativo y frágil, población que además de padecer diversas patologías propias de la edad, requieren de un mayor uso a los servicios de salud, así como una atención especializada. A pesar de estas necesidades en este grupo etario, en el Perú, estos no son alcanzados en su totalidad por ninguno de los sistemas de aseguramiento en salud, ya sea el SIS o el EsSalud, provocando que la población tenga que acudir a los sistemas privados, elevando el GBS principalmente en hogares con limitados recursos económicos, incrementando el riesgo de empobrecimiento y el riesgo catastrófico (21).

Por otro lado, la elaboración, planificación y formulación e implementación de estrategias, requieren inicialmente del desarrollo de estudios que permitan evidenciar algunas debilidades y desigualdades, especialmente en aquellas poblaciones más vulnerables, en este aspecto es importante el análisis del GBS en relación a las diferentes dimensiones como socioeconómicas; como el nivel educativo, área de residencia (urbano y rural), lugar geográfico de residencia, enfermedades crónicas, entre otros.

Este estudio permitirá identificar, caracterizar y comparar el GBS entre los sistemas de aseguramiento público como son el SIS y EsSalud en el adulto mayor, lo que podría dar mayor alcance y oportunidades de mejora en los diversos sistemas de aseguramiento de la salud y por ende una mayor cobertura especialmente hacia las poblaciones más vulnerables

Así mismo, el presente estudio se plantea como objetivo principal, comparar el gasto de bolsillo en adultos mayores entre los afiliados al SIS y EsSalud según ENAHO 2018.

Y como objetivos específicos: Analizar y comparar el gasto bolsillo en las diferentes dimensiones socioeconómicas de los adultos mayores afiliados al SIS Y EsSalud, según la base de datos ENAHO 2018.

Analizar, y comparar el gasto de bolsillo en los adultos mayores en su dimensión sociodemográfica, según el lugar geográfico de residencia de los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud, empleando la base de datos de la ENAHO 2018.

II. MARCO TEÓRICO. El GBS, ha motivado múltiples estudios y análisis en los sistemas de salud del mundo, en Latinoamérica, así como en Perú, con el principal objetivo de evidenciar el efecto adverso del GBS en los hogares vulnerables, principalmente en aquellos con limitados recursos económicos, entre otros.

Alvis, J, Marrugo, C, Alvis, N, Flores, A, Moreno, D y Alvis, N (2018), en su estudio gasto de bolsillo y gasto catastrófico en los hogares de Colombia en donde las características socioeconómicas y sociodemográficas son factores determinantes en el gasto del bolsillo que realizan los hogares uno de los factores es el estrato bajo cuyo gasto de bolsillo es de 14.6% en comparación con el estrato alto es de 7.0%, a sí mismo el nivel educativo a mayor estudio logrado menor gasto de bolsillo en salud, que a su vez estos factores están relacionados a una mayor tendencia a incurrir al gasto catastrófico, el autor concluye que existe desigualdades en la protección financiera en salud en los hogares de Cartagena (30).

Otro autor refiere en su estudio comparativo sobre el GBS en 12 países, donde se incluyó a Perú, evidenció que los sistemas de salud en los diferentes aun no representa un servicio equitativo debido a diversos factores como son las poblaciones rurales, de limitados recursos económicos, así como aquellas que no son reconocidas por el estado debido a su carácter informal que restringe su acceso al aseguramiento y por ende a la cobertura de la salud. En donde el GBS presenta una estrecha relación principalmente a las variables procedencia rural del hogar, recursos económicos limitados y la presencia de niños o adultos mayores como integrantes del hogar. Por otro lado, los países de América latina presentan en menor o mayor grado el riesgo de caer en gasto catastrófico, principalmente por las familias procedentes de áreas rurales(22)(23)(24).

Pavón, L, Reyes, H, Martínez, A, Méndez, S, Trejo, M, y Blázquez, M (2017), sobre el GBS en adultos mayores de México afiliados a un seguro público de salud, lograron identificar, a través de entrevistas a los usuarios del sistema de salud bajo la modalidad de consulta externa, que aproximadamente el 71% de la población en estudio contó con el apoyo gubernamental, además estimó que el ingreso promedio familiar mensual fue de US\$ 212.0; por otro lado, las enfermedades crónicas asociadas al mayor GBS fueron la diabetes y la hipertensión arterial, así mismo lograron estimar que el GBS mensual en aproximadamente US\$ 65.0, siendo el pago de los medicamentos, los honorarios del profesional de la salud por consulta externa y el diagnóstico laboratorial, los factores que incrementan el GBS en los hogares vulnerables. Los autores concluyen que los adultos mayores son la población vulnerable especialmente aquellos procedentes de zonas rurales, el estudio evidenció también que los afiliados a un seguro público incurrían en el GBS por el pago realizan por un servicio de consulta externa en régimen privado,

principalmente por el grado de insatisfacción de los servicios públicos (25). Otro estudio, sobre el GBS en los afiliados al sistema de protección social en salud, logró determinar el gasto de bolsillo atendidos en el proceso de parto, cesárea, entre otros; en cada variable se midió el gasto directo de la atención médica considerando el pago de medicamentos, material de curación, exámenes de laboratorio, de radiología, tomografía y hospitalización; este estudio permitió determinar que los pacientes atendidos y afiliados al sistema de salud presentan un gasto de bolsillo aproximado del 92%. El 75.86% del GBS estuvo relacionado al gasto por adquisición de medicamentos, 18.97% de material de curación, 3.12% por hospitalización, 1.82% por estudios de RX y 0.23% por exámenes de laboratorio (26).

Freile, B (2015), sobre la estimación del GBS en hogares constituidos por adultos mayores residentes en zonas urbanas de Chile, caracterizó la población de hogares con adultos mayores en las zonas urbanas de Chile, el cual corresponde aproximadamente al 12% del total de hogares, así mismo logró determinar que el mayor porcentaje de hogares con la población objetivo se encuentra en el Q1, siendo mucho menor en el resto de los quintiles, la proporción de esta población en el Q1/Q5 se encuentra alrededor del 4, con 1,3 a 1,8 adultos mayores por hogar; por otro lado, el 40% del GBS de los hogares con adultos mayores fue destinado principalmente para cubrir el gasto de los medicamentos, mientras que los hogares sin adultos mayores efectuaron un menor porcentaje para el pago de medicamentos (aproximadamente 28%) (27)(28)(29). En Colombia, sobre el GBS se determinó que, aproximadamente el 94% de los hogares se encuentra afiliado al régimen de salud público, sea este un régimen subsidiado o al contributivo, también identificó que los hogares con menores recursos económicos son los que presentan un GBS mayor; sin embargo, el GBS en salud encontrado fue variable dependiendo del régimen de salud, aproximadamente 9% para el GBS para el régimen contributivo y 15.4% para el subsidiado. (30)(31).

En el Perú, se han desarrollado estudios con el objetivo de caracterizar el GBS que permitan conocer, monitorizar, planificar y proponer el rendimiento de los sistemas de salud.

Hernández, A, Rojas, C, Santero, M, Prado, F, Rosseli, D (2018), en un estudio sobre la estimación del GBS en hogares con adultos mayores y factores asociados, desarrollado a partir de la base de datos de la encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza (ENAHO), encontró que el 56,5% reportó un GBS promedio de S/. 140,8 (aproximadamente US\$ 43.0); este estudio reporta que los adultos mayores que padecen de alguna enfermedad crónica, una procedencia urbana, así como el nivel educativo estarían relacionados al incremento del GBS, en comparación a los adultos mayores que presentan limitaciones económicas, de procedencia rural e incluso de un nivel educativo bajo, población que están afiliados principalmente al SIS (13). Así mismo, reportó que el GBS fue mayor en aquellos adultos mayores afiliados a los seguros de las FFAA y EsSalud en comparación a los afiliados por el SIS, el estudio explica que, probablemente los factores asociados a la calidad del servicio prestado principalmente el grado de insatisfacción y el tiempo de espera para alcanzar el servicio (32)(33), son el principal motivo para la migración a un sistema de salud privado, que presenta un mayor grado de satisfacción del servicio (32), por ende incurrir en un mayor gasto de bolsillo. Por otro lado, la población rural presentó un mayor acceso a un servicio de salud especialmente en un nivel de atención primario como Establecimiento o Centro de Salud, sin embargo, también es la población que presentó menor acceso a un servicio de atención complejo en hospitales o centros especializados, en comparación a la población urbana (13).

Según el estudio desarrollado por Herrera, N (2018), entre el 2004 al 2012, el Perú presentó un GBS en el 86 a 91% de hogares, para el 2014 el GBS estimado fue del US\$ 103.0 gasto estimado, mientras que para el 2015 el GBS estimado para los pacientes afiliados a EsSalud fue de S/. 258.6, por su parte los afiliados al SIS, el GBS fue mucho menor de aproximadamente S/. 107.3; este estudio se centra principalmente al GBS desembolsado por pacientes atendidos por el servicio de odontología, es este aspecto los pacientes afiliados al EsSalud, de las regiones de Sierra y Selva presentaron un promedio de S/. 100.0 de GBS, mientras que en la costa fue del S/. 70.0, en cambio los afiliados el GBS entre los afiliados al SIS fue más homogéneo, entre S/. 30 a 40 nuevos soles (34). Con respecto al sexo de los pacientes afiliados al EsSalud, las mujeres fueron la población con mayor GBS, alrededor de S/. 100 en comparación a los S/. 41 soles en varones, mientras que, en los afiliados al SIS, el GBS fue entre S/. 41 a 21 soles respectivamente. Según la procedencia de los pacientes, el estudio reportó que los pacientes afiliados al EsSalud, procedentes de áreas urbanas realizaron un GBS aproximado de S/. 90 soles en comparación a los S/. 60 soles de los pacientes de procedencia rural, en cambio en los pacientes afiliados al SIS, procedentes de áreas urbanas presentaron un gasto de bolsillo de aproximadamente S/. 40 soles, mientras que los de procedencia rural de un estimado de S/. 30 soles. El autor concluye que los pacientes afiliados a EsSalud realizan un mayor GBS en comparación a los afiliados al SIS, independientemente de la procedencia, incrementándose si además el paciente es de procedencia urbana; a pesar de los resultados encontrados, este estudio también logró identificar situaciones excepcionales donde pacientes afiliados al SIS presentaron GBS elevados, lo que podría representar un gasto catastrófico debido a que tiene que asumir gastos de servicios mayores a su ingreso mensual (34).

Por último, Petrerá, M, Jiménez, E, (2018), sobre el GBS de los hogares peruanos, permitió identificar los factores o determinantes que afectan el GBS de la población de pobreza monetaria atendidos en los

seguros públicos del Perú. Reporta que, para el periodo 2010 al 2014. Este estudio encontró que la población rural realiza menos consulta en establecimientos de mayor complejidad solo el 5% mientras que la población urbana fue de 16%. En cuanto a los establecimientos de primer nivel de atención fue mayor la consulta por población rural en comparación de la urbana. Siendo el medicamento el principal factor de gasto de bolsillo en un 44% que gastaron los afiliados al SIS y los no afiliados fue de 62% (17).

Con el finalidad de alcanzar la cobertura a toda la población especialmente a las más vulnerables como los hogares de bajo recursos económicos, de áreas rurales, niños, adultos mayores, de limitado acceso a la educación, entre otros; en este marco, la OMS promueve desde el 2005, el aseguramiento universal de salud de esta manera garantizar el acceso a la salud de los hogares vulnerables (35). Sin embargo, su implementación ha encontrado desafíos principalmente relacionados a los diversas políticas y sistemas de salud de los distintos países, así como las grandes diferencias sociales, el limitado acceso a la educación especialmente para los hogares con limitado recurso económico o de áreas rurales (4), factores que limitan la implementación de políticas financieramente sostenibles y equitativas (27)(36). En la actualidad, en el mundo existen brechas relacionadas al acceso a la salud, a los servicios de salud, de este modo reducir el gasto de bolsillo, y alcanzar una mejor salud y protección financiera a los hogares principalmente aquellos con bajo recursos económicos.

Una de las poblaciones vulnerables y con limitado acceso a la salud debido a su propia condición son los adultos mayores, no sólo debido a la capacidad funcional con efectos evidentes en los atributos relacionados a la salud, tanto físico como mental, sino porque se encuentran relacionadas a las características del entorno como las políticas gubernamentales en salud, sociales, los sistemas de salud, los servicios que presentan, así como de la distribución de los recursos tanto a nivel local y nacional (27)(36).

La situación de salud del adulto mayor es una de las preocupaciones de la OMS, junto con la salud de los niños y poblaciones vulnerables, principalmente en aquellos países de bajos ingresos económicos, en esta población, la salud es el resultado de los efectos de la gran variedad de deterioro a nivel molecular y celular, por ende la disminución de las capacidades físicas y mentales, aumentando el riesgo de patologías crónicas, que involucran la pérdida de la audición, visión, movilidad y el padecimiento de enfermedades no transmisibles como cardiopatías, enfermedades isquémicas del corazón, accidentes cerebrovasculares, afecciones respiratorias crónicas, cáncer, demencia (27)(28), demencia, Alzheimer, enfermedades respiratorias crónicas, artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, TBC, VIH, colesterol, entre otros, muchas de las cuales son las principales causas de defunciones de los adultos mayores (29)(30). Por otro lado, en esta población, el acceso de los servicios de salud es un desafío debido al limitado acceso a un diagnóstico oportuno y temprano por la poca experiencia de los profesionales de la salud para hacer frente a las patologías propias de la vejez (22) (27).

En el Perú, durante el año 2019, el 81,3% de la población femenina mayor de 60 años presentó problemas de salud crónicos, en comparación a la población masculina que fue del 71% (37). Por lo que conlleva a un mayor uso de los servicios de salud especialmente de las poblaciones vulnerables, es así como la Ley N° 30490 hace mención que el adulto mayor tiene derecho a la atención integral en salud, siendo una población prioritaria, que el sector de salud debe brindar servicios especializados y diferenciado (38).

Actualmente, a nivel mundial la población de mayores de 60 años se ha incrementado, la esperanza de vida en los adultos mayores es de 74.2 años en mujeres y en los varones es de 69.8 años (39), de igual forma en los países de las Américas se viene evidenciando un fenómeno relacionado al proceso de envejecimiento, donde países como Canadá, Cuba, Puerto rico, presentan una mayor proporción de adultos mayores en comparación a la población de niños, en este sentido se estima que para el 2050, la población de mayores de 60 años, en las Américas alcanzará el 18.6% (40). En el Perú, se estima que la esperanza de vida para el periodo 2015 - 2020 se encuentra alrededor de los 75.3 años, mientras que para el periodo 2045 al 2050 un estimado de 82.1 años (41).

En el Perú, al igual que el resto del mundo, ha existido cambios significativos en la pirámide de la población adulta que difiere con la población de niños, anteriormente la estructura peruana estaba compuesta en mayor proporción por niños, por cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad, para el 2019 la proporción se redujo a 26 menores de 15 años por cada 100 habitantes. Esto se debe que el proceso de envejecimiento de la población peruana presentó un incremento de 5,7% para el año 1950, mientras que para el 2019 el porcentaje de incremento fue del 10,7% (37), en este año durante el primer trimestre del año 2019, en el Perú, el 42,7% de los hogares presentaron entre sus miembros al menos una persona igual o mayor de 60 años, en Lima Metropolitana la proporción de hogares con algún miembro adulto mayor fue del 44%, mientras que en los hogares del área rural fue del 43% y 41.6% en los hogares del área urbana, así mismo, se estima que en el 27.3% de los hogares el cabeza del hogar es un adulto mayor, siendo la proporción de mujeres (33.7%) que asumen este rol mayor que la proporción de varones cabeza de hogar (24.9%) (37).

La población del adulto mayor según departamentos es variable, Así mismo los hogares cuyos integrantes son adultos mayores según departamento del Perú, en donde Áncash 36,9% y Lambayeque 36,8%, y Lima 36,2%, se encuentran con mayores porcentajes de la presencia del adulto mayor. Ayacucho 35,4%, Cajamarca 34,9%, La Libertad 34,3%, Huancavelica 34,0%, Apurímac 32,8%, Huánuco 32,8%, Piura 32,6%, Junín

31,5%, Cuzco 31,4%, Puno 31,3%, Ica 31,3%, Arequipa 31,2%, Moquegua 31,0%, Tacna 30,9%, Loreto 29,2%, Amazonas 28,9%, Tumbes 28,4%, San Martín 25,7%, Ucayali 25,6%, Pasco 24,0%, Madre de Dios 14,2%, los dos últimos departamentos con menores porcentajes de adultos mayores según se muestra en la figura 1 (42).

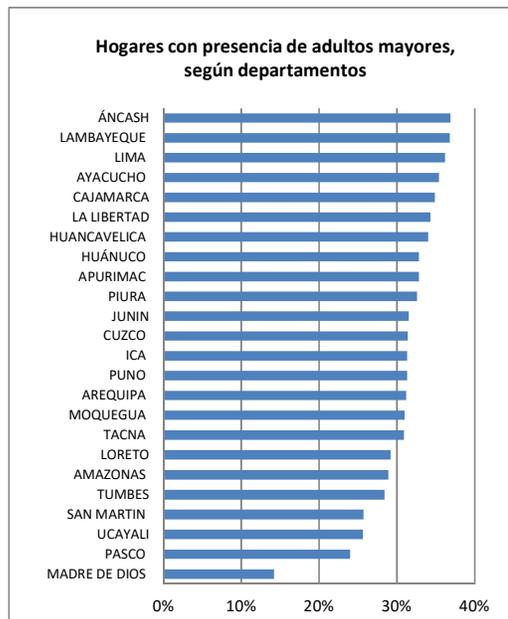


Figura 1. Base a datos de INEI 2016.

Uno de los indicadores que evaluar el acceso oportuno y adecuado para las poblaciones vulnerables es el GBS, considerado como el indicador de un sistema de salud ineficiente e inequitativo, puede definirse como aquel gasto efectuado por los hogares para alcanzar el acceso a un servicio de salud y el bienestar de un familiar, como consecuencia un probable proceso de empobrecimiento familiar a mediano o largo plazo, fenómeno que se conoce también como gasto catastrófico (9)(22)(30). Según el banco Mundial, el GBS promedio global estimado para el 2017 fue del 18.2%, para América Latina y el Caribe fue 28.2%, de estos es Venezuela quien presenta el mayor GBS, con 63% del ingreso total familiar, seguido por Guatemala, y Honduras con 54.1% y 48.7% de GBS respectivamente como se observa en figura 2; mientras que Cuba, Argentina y Colombia presentan el menor porcentaje de GBS (10.3%, 15% y 16.3% respectivamente), el Perú, presenta un GBS de 28.2%.

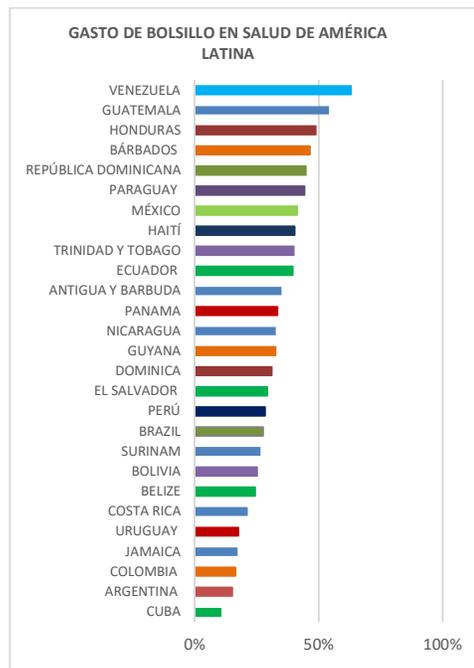


Figura 2. Porcentaje del GBS en países de América Latina y el Caribe, 2017.

El Banco Mundial también estima que el mayor porcentaje de GBS ocurre en los países con un ingreso económico per cápita medio - bajo y bajo, quienes presentan un GBS de 55.7% y 51.5%, mientras que los países con ingresos alto y medio - alto presentan un GBS de 13.6% y 32.9% (figura 3), respectivamente (43).

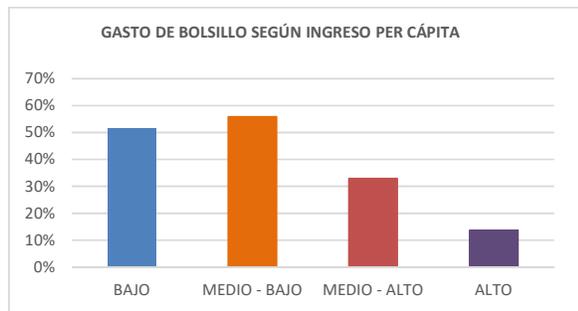


Figura 3. Porcentaje del Gasto de bolsillo en Salud según ingreso per cápita, 2017.

La principal fuente de financiamiento de los servicios de salud son los hogares, en el año 2005 financiaron el 34.2% del gasto total. Alrededor del 97% del gasto de los hogares asumieron el pago de consultas médicas, cirugías, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas, terapias, compras de medicamentos, análisis de laboratorio, gastos en medicina alternativa y tradicional (10)(44)(20). Servicios de salud que muchas veces no son cubiertos por ninguno de los seguros públicos como el SIS y ESSALUD.

II. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de investigación

Método hipotético deductivo
Enfoque cuantitativo

Tipo de estudio investigación básica

Diseño de investigación transversal, observacional, no experimental.

Por el otro lado el estudio comparativo

3.2. Variables y operacionalización

3.2.1 Variable gasto de bolsillo en adultos mayores

Definición conceptual

Gasto de bolsillo en salud, es aquel gasto efectuado directamente de bolsillo de las personas para pagar la atención de su salud (26).

Definición operacional

Se realizará la comparación del gasto de bolsillo en las personas mayores de 60 años que se encuentran afiliados en el Seguro Integral de Salud (SIS) y EsSalud, así mismo comparar el gasto de bolsillo analizando las dimensiones socioeconómicas que abarca el nivel educativo, padecimiento de enfermedades crónicas, quintiles de gasto per cápita entre otros. Así como también el análisis del gasto de bolsillo según la región geográfica de residencia tales como la Costa, Sierra y Selva.

3.2.2 Operacionalización de variables

Tabla 1. Matriz de operacionalización de la variable Gasto de bolsillo en salud en AM

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN	
Gasto de bolsillo en salud en adultos mayores	Gasto de bolsillo	SIS	Gasto efectuado	cuantitativa	
		ESSALUD	Gasto efectuado	cuantitativa	
	Dimensión Socioeconómico	Sexo	Masculino y femenino		Cualitativa nominal
		Estado civil	Soltero, casado, viudo, divorciado, etc.		Cualitativa nominal
		Nivel educativo	Sin estudios, inicial, primaria, secundaria, etc.		Cualitativa nominal
		Padecimiento de Enfermedades o malestar crónicas	SI Padece o No padece enfermedades		Cualitativa nominal
		Quintiles de gasto per cápita	Q1, Q2, Q3, Q4, Q5		Cualitativa nominal
		Dimensión sociodemográfica	Lugar geográfico de residencia	Costa Sierra Selva Lima Metropolitana	Cualitativa nominal

3.3 Población, muestra y muestreo

3.3.1 Población

La población de estudio estuvo conformada por el conjunto de datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2018, modulo 04 – Salud, del Instituto Nacional de Estadística e Informática del año 2018. Cuya población de adultos mayores fue de un total de 24 164 adultos mayores, de las cuales 24 056 Adultos mayores pertenecen algún tipo de seguro de salud.

3.3.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por la base de datos de la ENAHO, en la cual se consideró 19 256 adultos mayores afiliados al SIS Y EsSalud, en donde fueron excluidos: 4 908 adultos mayores que no se encuentran afiliados a dichos seguros públicos.

3.3.3 Muestreo

- El muestreo fue no probabilístico, seleccionados por conveniencia, siguiendo estrictamente los criterios de exclusión e inclusión.
- Criterios de exclusión:
 - Encuestas de personas menores de 60 años.
 - Encuestas de personas que no forman parte del hogar
 - Encuestas de personas no afiliadas o afiliadas a un seguro de salud diferente a EsSalud o SIS.
- Criterios de inclusión:
 - Encuestas de personas mayores o iguales a 60 años
 - Encuestas de miembros de un hogar.
 - Encuestas de persona afiliadas al EsSalud o al SIS.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Técnica:

Se utilizó la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2018, data libre y disponible del Instituto Nacional de estadística e informática.

3.4.2 Instrumento:

Para el presente estudio se realizó a partir de la base de datos ENAHO 2018, elaborado por el Instituto Nacional de Salud (INEI)

3.5 Procedimiento

Se obtuvo la base libre de datos de la Encuesta Nacional de hogares (ENAHO) 2018, de la página por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI).

Para el análisis de datos, se empleó el programa estadístico SPSS versión 25 y el programa Microsoft Excel 2016. Los datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2018, fueron revisados, verificados la validez de los datos, y filtrados en cumplimiento estricto de los criterios de exclusión e inclusión.

3.6 Método de análisis de datos

Se evaluó la distribución normal mediante la prueba de Test de normalidad Kolmogorov – Smirnov a un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$. Se planteó:

El análisis Inferencial: por la naturaleza de los datos (no siguen una distribución normal y datos categóricos), se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, es una prueba no paramétrica (escala de valoración) aplicada a dos muestras independientes a un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ y el p -value < 0.05 .

Posteriormente, se determinó si el gasto de bolsillo según, nivel educativo, padecimiento de enfermedades crónicas, quintiles, estado civil, sexo y procedencia geográfica presentan diferencias estadísticas significativas, para ello se empleó el Test de Kruskal Wallis y el U-Mann Whitney a un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ y el p -value < 0.05 .

3.7 Aspectos éticos

El presente estudio se desarrolló a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares del año 2018, del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú, base que se encuentra libre y disponible en el vínculo de esta institución.

IV.RESULTADOS: Se realizó el análisis de la base de la ENAHO 2018, sobre Salud, se incluyó como población de estudio a las personas encuestadas mayores de 60 años, y limitando el estudio a los miembros del hogar encuestado (P204).

Se encontró un total de 24 164 adultos mayores, de los cuales 24 056 adultos mayores cuentan con algún tipo de seguro.

Al limitar el estudio, se encontró que 19 256 (80%) adultos mayores se encuentran afiliados al EsSalud y SIS mientras que, el 20% cuenta con otro seguro de salud (Seguro de salud de las FFAA y policiales, seguro privado, entre otros).

Tabla 2.

Distribución de la muestra de estudio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
EsSalud	7 430	38,6	38,6
SIS	11 826	61,4	100,0
Total	19 256	100,0	

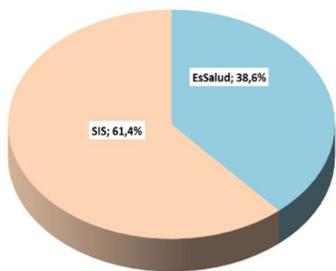


Figura 4. Porcentaje de adultos mayores afiliados al EsSalud y al SIS.

Al analizar la tabla 2 y figura 4 existe una mayor representatividad en los afiliados al SIS que en comparación a los afiliados a EsSalud. En donde los adultos mayores afiliados a EsSalud es de 7 430 siendo un porcentaje de 38.6% y 11 826 (61,4%) de adultos mayores afiliados al EsSalud respectivamente.

Tabla 3. Clasificación de las edades según EsSalud y SIS

Tipo de Seguro del Adulto Mayor	Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
EsSalud	60 - 69	3 385	17.6%	17.6%
	70 - 79	2 416	12.5%	30.1%
	80 - 89	1 298	6.7%	36.9%
	90 a +	331	1.7%	38.6%
SIS	60 - 69	5 368	27.9%	66.5%
	70 - 79	3 862	20.1%	86.5%
	80 - 89	2 080	10.8%	97.3%
	90 a +	516	2.7%	100.0%
Total		19 256	100.0%	

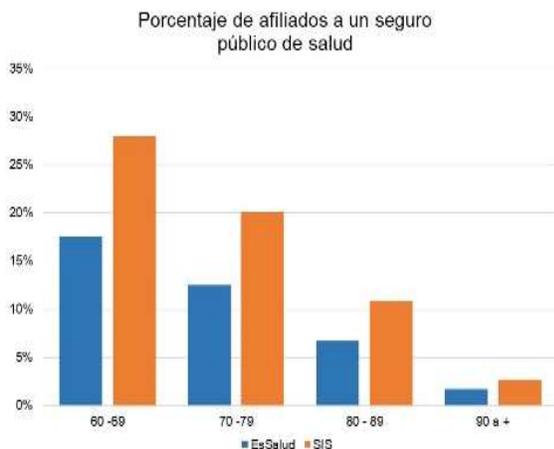


Figura 5. Clasificación de las edades según EsSalud y SIS (a, b y c) representan las diferencias estadísticas significativas

De la tabla 3 referida de la clasificación de las edades según EsSalud y SIS. Los adultos mayores afiliados al EsSalud entre 60 a 69 años representa el 17.6%, de 70 a 79 años representa el 12.5% y entre 80 a 89 años fue de 6.7%, 90 años a mas fue de 1.7% mientras que entre los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS), los adultos mayores entre 60 a 69 representan el 27.9%, entre 70 a 79 años representa el 20.1% de la población adulta mayor, mientras que, de 80 a 89 años, el 10.8% y 90 años a mas representa 2.7%. Existiendo diferencias significativas según se observa en la figura 5.

Tabla 4. Padecimiento e alguna enfermedad o malestar crónico.

Tipo de Seguro	Padece enfermedad crónica	Frecuencia	%	% acumulado
EsSalud	Si	5 825	30.3%	30.3%
	No	1 605	8.3%	38.6%
SIS	Si	8 983	46.7%	85.2%
	No	2 843	14.8%	100.0%
Total		19 256	100.0%	

Adultos mayores con enfermedad crónica

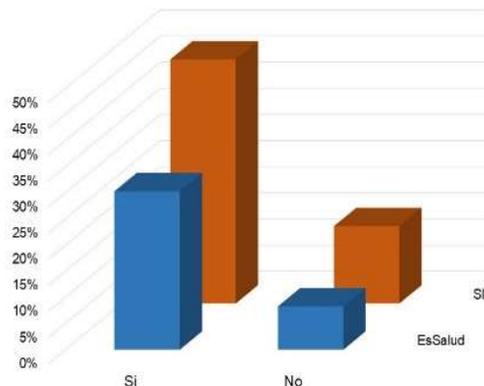


Figura 6. Clasificación de los adultos mayores según padecimiento de enfermedad crónica.

Por otro lado, del total de adultos mayores afiliados a un seguro público, el 30,3% de los afiliados al EsSalud, padece algún tipo de enfermedad crónica, en comparación al 46.7% del SIS que lo padece.

Tabla 5. Comparación del GBS total del personal encuestado según tipo de afiliación

Tipo de Seguro	N	Valor máximo (S/)	Gasto de bolsillo Promedio (S/)
EsSalud	7430	3 800.5	157.8
SIS	11 826	1 819.5	54,7

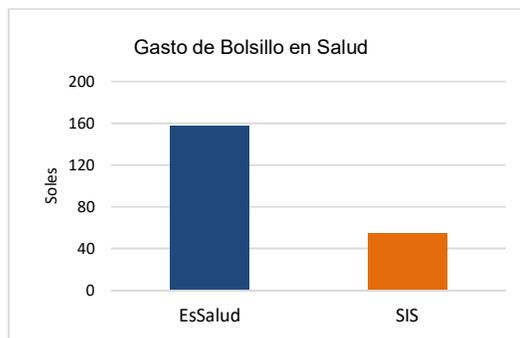


Figura 7. Promedio del GBS de los AM afiliados al SIS y EsSalud. Los valores presentan diferencias estadísticas significativas evaluados mediante el Test de U-Mann-Whitney (p -value < 0.05)

En relación al gasto de bolsillo en salud, el gasto promedio en los adultos mayores afiliados a EsSalud es de S/ 157,8 soles, con un gasto máximo de S/ 3 800,5 soles, mientras que, el gasto promedio en el SIS encontrado fue de S/ 54,70 soles, con un valor máximo de S/ 1 819,5 soles.

Tabla 6. Características socioeconómicas de los adultos mayores

Características	EsSalud		SIS	
	Frecuencia	GBS promedio (S/.)	Frecuencia	GBS promedio (S/.)
Estado civil				
Casado (a)	4470	157,2	5401	63,0
Divorciado (a)	125	238,5	59	59,1
Nivel educativo				
Sin estudios	375	75,6	3346	40,1
Inicial	3	26,7	6	20,2
Primaria completa	1108	132,9	2274	54,8
Secundaria completa	1651	136,9	843	61,1
Padecimiento de Enfermedades o malestar crónicas				
Si	5825	167,1	8983	61,0
No	1605	125,0	2843	35,0
Quintiles de gasto per cápita				
Q1 (menor) =Q2		0		0
Q3		11,0		3,2
Q 4		71,8		13,3
Q5 (mayor)		709,5		260,6

Según las características socioeconómicas de los adultos mayores incluidos en el estudio, se logró determinar que el gasto de bolsillo en los varones y mujeres afiliados al EsSalud fue de S/. 150,1 y soles y S/. 165,7 soles, mientras que en los afiliados al SIS el gasto de bolsillo efectuado fue en promedio S/. 52,8 y S/. 56,3 soles respectivamente. Por otro lado, de los afiliados al EsSalud, las personas que padecen alguna enfermedad crónica realizaron un gasto de bolsillo en salud de S/. 167,1 soles, en comparación a los S/. 125 soles que efectúan las personas que no los padecen. En el SIS, las personas que padecen alguna enfermedad crónica desembolsaron un monto de S/. 61,0 soles, en comparación S/. 35 soles realizado por aquellos que no los padecen, respectivamente los gastos del bolsillo en salud que se muestra en la tabla 6.

Tabla 7. Características sociodemográficas de los adultos mayores

Región geográfica de residencia	EsSalud					SIS		
	Total	%	n	%	GBS promedio (S/.)	n	%	GBS promedio (S/.)
Costa	5402	28.1	3050	15.8	137,7	2352	12.2	56,2
Sierra	8542	44.4	2049	10.6	188,2	6493	33.7	47,9
Selva	3057	15.9	730	3.8	144,8	2327	12.1	63,0
Lima Metropolitana	2255	11.7	1601	8.3	164,2	654	3.4	86,8

En cuanto a las características sociodemográficas del lugar de procedencia en la Costa el gasto de bolsillo promedio en EsSalud es de S/. 137,7 y en el SIS S/. 56,2, en la Sierra el gasto de bolsillo en EsSalud es de S/. 188,2 y en el SIS es de S/. 47,9, en la Selva el GBS es de S/. 144,8 y el SIS el promedio de gasto es de S/. 63,0 soles y en Lima metropolitana el gasto de bolsillo promedio es de S/. 164,2 soles en los afiliados al EsSalud, mientras que en los afiliados al SIS presentaron un gasto de bolsillo en salud de S/. 86,8 soles respectivamente.

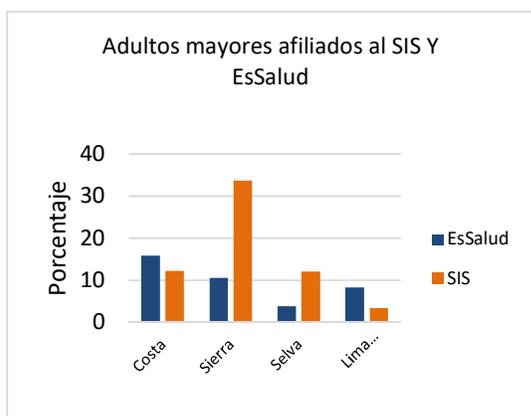


Figura 8. Distribución de los adultos mayores según región geográfica de residencia

Considerando la región geográfica de residencia, el 28.1% de la población en EsSalud, 12.2% al SIS, en la sierra 44.4% de la población de los adultos mayores cuenta con un seguro de salud ya sea EsSalud o SIS (10.6% y 33.7%), mientras que en la región selva 15.9% de la población el 3.8% se encuentra afiliado al EsSalud y 12.1% afiliados al SIS y en Lima metropolitana del 11.7% de la población el 8.3% son afiliados al EsSalud y 3.4% al SIS respectivamente según tabla 7 y figura 8.

DISCUSIÓN

El presente estudio sobre el gasto de bolsillo en salud (GBS), Se logró evidenciar que los adultos mayores afiliados al SIS el gasto promedio fue de 54.7 soles en comparación a los afiliados al EsSalud cuyo gasto de bolsillo fue de 157,8 soles. En donde se evidencia que el seguro integral de salud (SIS) desembolsaron un menor gasto de bolsillo probablemente por la cobertura. El Estado Peruano a través del Ministerio de Salud, es el responsable de garantizar a través del Sistema Integrado de Salud el acceso a un diagnóstico oportuno, consulta médica, entre otros, necesarios para alcanzar la mejoría de la salud. Otro factor involucrado probablemente sea la población objetivo, los afiliados al SIS, en su mayoría cuentan con limitados recursos económicos.

En cuanto al gasto de bolsillo según su dimensión socioeconómica del total de la población adulta afiliada a los sistemas de aseguramiento de salud al EsSalud o SIS (n = 19256), el 46.9% fueron varones y el 53.1% mujeres; de manera independiente del total de afiliados al EsSalud el 49.2% fueron varones quienes efectuaron un gasto de bolsillo promedio de S/ 150.1 soles, mientras que el 50.8% fueron mujeres quienes realizaron un gasto de bolsillos un promedio de S/ 165.7 soles. Mientras que, en el seguro integral de la Salud (SIS), el 45.5% y 54.5% representan a los varones y mujeres respectivamente, quienes presentan un gasto de bolsillo en salud promedio de S/ 52.8 soles y S/ 56.3 soles respectivamente.

En cuanto al gasto de bolsillo según su dimensión sociodemográfica de lugar de procedencia en los afiliados al EsSalud en la Costa el gasto de bolsillo promedio fue 137.7 soles, Sierra 188.2 soles y Selva 144.8 soles, en los adultos mayores afiliados al seguro integral de salud (SIS); el gasto de bolsillo promedio en la Costa fue 56.2 soles, Sierra 47.9 soles y Selva 63.0 soles respectivamente. En donde se evidencia un mayor gasto de bolsillo en los afiliados al EsSalud sobre todo en la sierra.

Por lo tanto se determinó que hay diferencias estadísticas significativas entre el gasto de bolsillo de los adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud, tanto en las diferentes dimensiones socioeconómicas como nivel educativo, padecimiento de enfermedades crónicas, entre otros, así como al lugar geográfico de residencia (Costa, Sierra, Selva y Lima metropolitana), similar a los estudios previos nacionales, Hernández-Vásquez, A. et al., (2018), Herrera Rojas, N. (2018) y Petrer Pavone, M. et al., (2018).

CONCLUSIONES

Primero. Mediante el presente estudio, a partir del análisis de la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2018, se logró determinar que existen diferencias estadísticas significativas en el gasto de bolsillo en salud realizado por adultos mayores afiliados al SIS y EsSalud; así mismo, se determinó que los adultos mayores afiliados al SIS presentó un menor gasto de bolsillo, en comparación a los afiliados al EsSalud.

Segundo. Luego del análisis de las diferentes variables como la edad, sexo, enfermedades crónicas, entre otros, se logró determinar que los adultos mayores afiliados al SIS presentaron un gasto de bolsillo menor en comparación a los adultos mayores filiados al EsSalud.

Tercero. Del mismo modo, similar a lo encontrado en la dimensión sociodemográfica, los adultos mayores afiliados al SIS procedentes de la región Costa, Sierra y Selva presentaron un gasto de bolsillo menor, en comparación a los afiliados al EsSalud.

RECOMENDACIONES

Primero. De los resultados encontrados, se recomienda continuar con los estudios de monitoreo del gasto de bolsillo en salud de las demás poblaciones vulnerables, así como evaluar su asociación con los diferentes factores de riesgo como es el grado de instrucción, ingresos económicos, enfermedades crónicas, entre otros.

Segundo. Así mismo, desarrollar el análisis de la base de datos al menos de manera quinquenal, con la finalidad de obtener una visión sobre el avance de la cobertura y el acceso a la salud de las poblaciones vulnerables, así como determinar la eficiencia de los sistemas de aseguramiento de la salud.

Tercero. Se recomienda para estudios posteriores, determinar el porcentaje del gasto de bolsillo en salud, así como determinar si existe el riesgo de incurrir en el gasto catastrófico en el Perú, principalmente en aquellas poblaciones vulnerables.

REFERENCIAS

1. World Health Organization., World Bank Group. New report shows that 400 million do not have access to essential health services. Organ Mund la Salud. 2017;2017–20.
2. Ghebreyesus TA. All roads lead to universal health coverage. Lancet

- Glob Heal. 2017;5(9):e839–40.
3. Organización Mundial de la Salud. OP de la S. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 66. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. 2014.
 4. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ.* 2000;78(6).
 5. Biggs B, King L, Basu S, Stuckler D. Is wealthier always healthier? The impact of national income level, inequality, and poverty on public health in Latin America. *Soc Sci Med.* 2010;71(2):266–73.
 6. Gulliford M. Access to primary care and public health. *Lancet Public Heal.* 2017;2(12):e532–3.
 7. Frenk J, Gómez-Dantés O. Health Systems in Latin America: The Search for Universal Health Coverage. *Arch Med Res.* 2018;49(2):79–83.
 8. Rivera-Almaraz A, Manrique-Espinoza B, Chatterji S, Naidoo N, Kowal P, Salinas-Rodríguez A. Longitudinal associations of multimorbidity, disability and out-of-pocket health expenditures in households with older adults in Mexico: The study on global AGEing and adult health (SAGE). *Disabil Health J.* 2019;12(4):665–72.
 9. Correa-Burrows P. Out-Of-Pocket Health Care Spending by the Chronically Ill in Chile. *Procedia Econ Financ.* 2012;1(12):88–97.
 10. Xu K. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. *World Health Organization, Geneva.* 2005;
 11. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública.* 2002;11(5/6).
 12. Geng X, Janssens W, Kramer B, van der List M. Health insurance friend in need? Impacts of formal insurance and crowding out insurance. *World Dev.* 2018;111:196–210.
 13. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Santero M, Prado-Rosselli D. Gasto de bolsillo en salud en adultos mayores peruanos. Análisis de la encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza 2017. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2018;35(3):390–9.
 14. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 17]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room>
 15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico N° 2 Situación de la Población Adulta Mayor. 2018.
 16. Ley N° 29344. Ley marco de aseguramiento universal en salud.
 17. Petrerá Pavone M, Jiménez Sánchez E. Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010–2014. *Rev Panam Salud Pública.* 2018;42:1–7.
 18. Wilson L, Velásquez A, Ponce C. La ley marco del aseguramiento universal en salud en el Perú: Análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. Vol. 26, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.* 2009.
 19. Alcalde J, Nigenda G, Lazo O. Financiamiento en Salud y Protección Social en América Latina y el Caribe. 2011.
 20. Ministerio de Salud., Dirección General de Planeamiento y Presupuesto., Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud. Cuentas Nacionales de Salud Perú 1995-2012. 2015.
 21. The Lancet Public Health. High ambitions for health equity in the Americas. *Lancet Public Heal.* 2019;4(11):e538. 22. Knauth FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Econ MH, Méndez O, Bitran R, et al. Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean countries. *Salud Publica Mex.* 2011;53(Suppl. 2):S85–95.
 23. del Pozo-Rubio R, Jiménez-Rubio D. Catastrophic risk associated with out-of-pocket payments for long term care in Spain. *Health Policy (New York).* 2019;123(6):582–9.
 24. Granda M, Jimenez W. The evolution of socioeconomic health inequalities in Ecuador during a public health system reform (2006–2014). *Int J Equity Health.* 2019;18(1):1–12.
 25. Pavón-León P, Reyes-Morales H, Martínez AJ, Méndez-Maín SM, Gogea-scochea-Trejo M del C, Blázquez-Morales MSL. Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México. *Gac Sanit.* 2017;31(4):286–91.
 26. Eusebio Viveros J. Gasto de bolsillo en los afiliados al sistema de protección social en salud. *Universidad Veracruzana;* 2010.
 27. Freile Guitiérrez B. Estimación del gasto de bolsillo en salud en zonas urbanas de Chile. *Universidad de Chile;* 2015.
 28. Koch KJ, Cid Pedraza C, Schmid A. Out-of-pocket expenditure and financial protection in the Chilean health care system—A systematic review. *Health Policy (New York).* 2017;121(5):481–94.
 29. Villalobos Dintrans P. Out-of-pocket health expenditure differences in Chile: Insurance performance or selection? *Health Policy (New York).* 2018;122(2):184–91.
 30. Alvis-Zakzuk J, Marrugo-Arnedo C, Alvis-Zakzuk NJ, de la Rosa FG, Florez-Tanus A, Moreno-Ruiz D, et al. Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Rev Salud Publica.* 2018;20(5):591–8.
 31. Amaya-Lara JL. Catastrophic expenditure due to out-of-pocket health payments and its determinants in Colombian households. *Int J Equity Health.* 2016;15(1):1–11.
 32. Gallo A, Valdivia V, Soria T. Factores asociados al nivel de satisfacción de los usuarios de consulta externa de diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (MINSa , EsSalud , FFAA / PNP y clínicas privadas) del Perú en el año 2014. 2017.
 33. La Torre Mantilla A, Oyola A, Quispe M. Factores asociados al grado de satisfacción del usuario del consultorio externo de gastroenterología del Hospital Central de la fuerza Aérea del Perú. Mayo, 2014. *Rev Gerenc y Polit Salud.* 2018;17(34).
 34. Herrera Rojas NA. Estudio comparativo del gasto de bolsillo en consulta odontológica registrada en la ENAHO del 2015 entre los pacientes afiliados al SIS y al ESSalud en el Perú. Cayetano Heredia; 2018.
 35. Lima-Toivanen M, Pereira RM. The contribution of eHealth in closing gaps in primary health care in selected countries of Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2018;42:1–11.
 36. Hall JP. The tale of out-of-pocket spending on health care. *Med J Aust.* 2013;199(7):442–3.
 37. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico: Situación de la Población Adulta Mayor. 2019.
 38. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la ley 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor. 2018;
 39. World Health Organization. Salud De La Mujer [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
 40. World Health Organization., Pan American Health Organization. Health of older persons. [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 1]. Available from: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_es=salud-del-adulto-mayor&lang=es
 41. Defensoría del Pueblo. Envejecer en el Perú: Hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores. 2019.
 42. INEI. Situación de Salud de la Población Adulta Mayor. 2016;76.
 43. The World Bank. World Development Indicators [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 5]. Available from: <http://wdi.worldbank.org/table/2.12#>
 44. Cetrángolo O, Bertranou F, Casanova L, Casali P. EL Sistema De Salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. 2013. 183 p.
 45. Ministerio de Salud., Seguro Integral de Salud. Seguro Integral de Salud. 2012.
 46. Contraloría General de la República. "Por Una Salud De Calidad." 2018.
 47. Montañez Ginocchio VA. Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú [Thesis]. 2018.
 48. INEI. Informe técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2018. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2019.
 49. Neill DA, Cortez Suárez L. Procesos Y Fundamentos De La Investigación Científica. 2018. 125 p.
 50. Fernández Collado C, Batista Lucio P. Metodología de la investigación. 6ta edición. 2014. 4 p.
 51. Tame Mazaga J, Vera G, Oliveros Ramos R. Tipos, métodos y estrategias de investigación. *Rev la Esc Posgrado.* 2008;5:145–54.
 52. Sánchez Carlessi H, Reyes Romero C, Mejía Sáenz K. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística. Vol. 106, *Mycological Research.* 2018. 146 p.