



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

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

**Gasto de bolsillo del paciente quirúrgico afiliado al SIS gratuito
en Servicio de Cirugía B del Hospital Regional Cusco 2020**

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

AUTORA:

Arce Quisiyupanqui, Vidalina (ORCID: 0000-0002-3600-3292)

ASESOR:

Mgt. Vásquez Alva, Jorge Enrique (ORCID: 0000-0002-8185-3333)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Políticas de los Servicios de Salud

LIMA – PERÚ

2021

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación lo dedico a mi familia, por el impulso y comprensión que me brindaron incondicionalmente que, sin ello, no hubiese sido posible lograr mi objetivo, a mis padres que desde el cielo guían mis pasos.

Agradecimientos

A la Universidad César Vallejo, por brindar una oportunidad para el desarrollo profesional, a los docentes de la maestría, por el buen desempeño y esfuerzo en transmitirnos conocimientos y experiencias nuevas, en especial mis agradecimientos al Mgt. Jorge Vásquez Alva, por la orientación brindada durante el trabajo de investigación.

Índice de Contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de Contenidos	iv
Índice de Tablas	v
Índice de Figuras	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	15
3.1. Tipo y diseño de investigación	15
3.2. Variables y su operacionalización	16
3.3. Población, muestra, muestreo y unidad de análisis	18
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19
3.5. Procedimientos	23
3.6. Métodos de análisis de datos	23
3.7. Aspectos éticos	23
IV. RESULTADOS	25
V. DISCUSIÓN	39
VI. CONCLUSIONES	45
VII. RECOMENDACIONES	46
Referencias	47
Anexos	54

Índice de Tablas

Tabla 1. Instrumento para Medir la Variable Gasto de Bolsillo	21
Tabla 2. Instrumento para Medir la Variable Recuperación	22
Tabla 3. Pacientes con Intervención Quirúrgica	25
Tabla 4. Condición de Pago de Bolsillo por Dimensiones	26
Tabla 5. Gasto de Bolsillo Aportados Según Dimensiones	27
Tabla 6. Gasto de Bolsillo Agrupados Según Escalas de Aportes	28
Tabla 7. Diagnóstico o Tipo de Intervención Quirúrgica	29
Tabla 8. Tiempo de Permanencia Hospitalaria	30
Tabla 9. Resultados de Intervención Quirúrgica por Opinión de Pacientes	31
Tabla 10. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una Muestra	32
Tabla 11. Relación entre el Gasto de Bolsillo Total y Recuperación	33
Tabla 12. Relación entre el GB en Medicamentos y Recuperación	34
Tabla 13. Relación entre el GB en Exámenes Auxiliares y Recuperación	35
Tabla 14. Relación entre el GB en Material Descartable y Recuperación	36
Tabla 15. Relación entre el GB en Unidades de Sangre y Recuperación	37
Tabla 16. Relación entre el GB Total y el Tiempo de Permanencia	38

Índice de Figuras

Figura 1. Representación gráfica del diseño de investigación	15
--	----

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar la relación del gasto de bolsillo con la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco año 2020. El tipo de investigación fue básica, de enfoque cuantitativo, no experimental, de corte transversal, nivel correlacional; la muestra conformó pacientes intervenidos quirúrgicamente durante los meses de octubre a diciembre del 2020. El 100% de ellos incurrieron en gastos de bolsillo con un promedio de 140 soles por paciente; para la variable recuperación del estado de salud, se determinó que el 63.8% de pacientes manifestaron tener resultados de intervención quirúrgica entre muy satisfactorio y satisfactorio, el 25.5% manifestaron resultados medianamente satisfactorios. El 71.3% de pacientes tuvieron permanencia hospitalaria menor a 9 días, que no supera al estándar de 9 días establecido como prolongado para hospitales de categoría III. Al contrastar la hipótesis general, se halló una correlación positiva considerable entre el gasto de bolsillo con la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito, el coeficiente de correlación fue de 0.561.

Palabras clave: Gasto de bolsillo, afiliados al SIS gratuito, recuperación del estado de salud.

Abstract

The objective of the study was to determine the relationship of out-of-pocket expenses with the recovery of the health status of the patient affiliated with the free SIS with surgical intervention in the surgery service B of the Regional Hospital of Cusco in 2020. The type of research was basic, of quantitative, non-experimental, cross-sectional approach, correlational level; The sample consisted of patients who underwent surgery during the months of October to December 2020. 100% of them incurred out-of-pocket expenses with an average of 140 soles per patient; for the variable recovery of the state of health, it was determined that 63.8% of patients stated that they had surgical intervention results between very satisfactory and satisfactory, 25.5% showed moderately satisfactory results. 71.3% of patients had a hospital stay of less than 9 days, which does not exceed the standard of 9 days established as long for category III hospitals. When testing the general hypothesis, a considerable positive correlation was found between out-of-pocket expenditure and the recovery of the health status of the patient affiliated with the free SIS, the correlation coefficient was 0.561.

Keywords: Out-of-pocket expenses, affiliated with the free SIS, recovery of health status.

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los principales sistemas de salud que existen en el Perú es el Sistema Integral de Salud (SIS), esta entidad fue diseñada como una estrategia sanitaria del Estado orientada a la protección financiera que asegure el acceso al servicio de salud de la población en situación de vulnerabilidad, sin afectar negativamente el gasto de los hogares (De los Ángeles et ál., 2016).

Cabe resaltar que la Organización Mundial de la Salud (2019) señala que aproximadamente la mitad de la población del mundo carece de protección sanitaria por parte del estado, indica además que cien millones de personas se encuentran en situación de pobreza y viviendo en esas condiciones tienen que asumir el pago por los servicios de salud recibidos con sus propios ingresos exigüos; se estima que el 12 por ciento de la población mundial equivalente a 930 millones de personas designan a los gastos en salud mínimamente el 10 por ciento de los ingresos del hogar.

Por su parte, Velásquez (2019) en su investigación, encontró que los países de Latino América donde sus poblaciones tienen los mayores gastos de bolsillo en salud, en relación al gasto total de salud son: Uruguay con 71,2 por ciento, Guatemala con 54,8 por ciento y Brasil con 43,9 por ciento. El documento de investigación señala que, en países con economías más sólidas, el gasto en salud en más de mil dólares anuales son Chile (1244 dólares), Brasil (1114 dólares) y Argentina (1071 dólares).

Para el caso del Perú, según el Instituto Peruano de Economía (2019) el SIS creado en el año 2002, cuenta como principal objetivo, lograr el acceso al servicio sanitario de la población en situación de pobreza y pobreza extrema; además, se conoce que en el año 2019, la población afiliada al SIS era de 17,9 millones de personas, representando más del 50 por ciento de la población peruana, de ésta población, el 99 por ciento pertenecen al régimen gratuito o no contributivo siendo financiado en su totalidad por el Estado; mientras que apenas el 1 por ciento del resto de los afiliados pertenecen al régimen semi contributivo, es decir que aportan entre 15 a 50 soles mensuales. El presupuesto asignado al SIS, es insuficiente, por ejemplo, en el año 2018 el SIS contaba con poco más de 130 soles por afiliado por año, a esta cantidad se añade los aportes del Ministerio de Salud y de gobiernos regionales, con los cuales, el monto por afiliado por habitante ascendió a 890 soles

por año.

Según Montañez (2018) la mayor cobertura de población afiliada al SIS contribuyó de manera efectiva a la reducción de barreras de acceso al servicio sanitario, ampliando su cobertura a poblaciones consideradas pobres, pobres extremos y en general de grupos vulnerables.

La presente investigación denominada gasto de bolsillo del paciente quirúrgico afiliado al SIS gratuito en servicio de Cirugía B del Hospital Regional Cusco 2020, pretende las siguientes contribuciones.

Contribuir con nuevos conocimientos teóricos sobre la estrategia del SIS con un enfoque de gestión referido al gasto de bolsillo en la recuperación del estado de salud del paciente con intervención quirúrgica en un centro hospitalario público de la región de Cusco.

Asimismo, contribuir metodológicamente en la construcción y aplicación de instrumentos de levantamiento de datos de la realidad de gastos de bolsillo en el entorno de un servicio de cirugía, así como de los resultados esperados por los usuarios.

Tiene justificación práctica para el análisis de procesos de mejora de la estrategia y la cobertura del SIS, tomar decisiones acertadas en la gestión de insumos, materiales y recursos humanos en el servicio de intervención quirúrgica de pacientes afiliados al SIS gratuito procedentes del ámbito de la Región Cusco y de pacientes de las regiones de Madre de Dios y Apurímac para tratamiento de casos complejos.

Esta investigación busca responder a la siguiente pregunta ¿Qué Relación existe entre el gasto de bolsillo total con la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco en el año 2020?

El objetivo general es, determinar la relación entre las variables gasto de bolsillo total y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito, con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco año 2020.

Entre los objetivos específicos, se mencionan:

Determinar la relación entre la dimensión gasto de bolsillo en medicamentos y la variable recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con

intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco, año 2020.

Determinar la relación entre la dimensión gasto de bolsillo en exámenes auxiliares y la variable recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco año 2020.

Determinar la relación entre la dimensión gasto de bolsillo en material quirúrgico descartable y la variable recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco año 2020.

Determinar la relación entre la dimensión gasto de bolsillo en unidades de sangre y la variable recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco año 2020.

Determinar la relación entre la variable gasto de bolsillo total y el tiempo de permanencia hospitalaria del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco año 2020.

El planteamiento de la hipótesis general es: Existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo total y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco año 2020.

Las hipótesis específicas son las siguientes:

Hipótesis específica 1. Existe una relación significativa entre el gasto bolsillo en medicamentos y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco año 2020.

Hipótesis específica 2. Existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en exámenes auxiliares y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco año 2020.

Hipótesis específica 3. Existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en material quirúrgico descartable y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía

B del Hospital Regional de Cusco año 2020.

Hipótesis específica 4. Existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en unidades de sangre y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco año 2020.

Hipótesis específica 5. Existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo total y el tiempo de permanencia hospitalaria del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco año 2020.

II. MARCO TEÓRICO

Respecto a antecedentes de investigación a nivel Internacional, se menciona:

El resultado obtenido de la investigación para la determinación del gasto de bolsillo y su repercusión en el gasto catastrófico familiar en una muestra estratificada aleatoria de hogares de Cartagena, Colombia, que pertenecen al estrato pobre, fue de 78 dólares, mientras que en hogares de clase media y rica fue 1246 y 2288 dólares respectivamente, realizado mediante un estudio transversal basado en el gasto promedio anual de hogares (Alvis et ál., 2018).

Por otra parte, Gallegos y Muñoz (2018) señalan que el sistema sanitario de Chile es dual y segmentado; está constituido por un seguro público mediante el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y seguro individualizado de carácter privado que está a cargo de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Durante el año el FONASA tenía asegurada al 75,2 por ciento de los habitantes de menores ingresos, personas de tercera edad y personas con padecimientos de enfermedades crónicas; mientras que ISAPRE atendía solo al 18,5 por ciento de la población restante que mayoritariamente son personas con ingresos altos, preferentemente varones con edades comprendidos entre 25 y 45 años que son además de bajos riesgos sanitarios. Los asegurados por la ISAPRE tuvieron gastos en salud mayor a hogares afiliados a FONASA con 124.57 y 33.17 dólares por hogar y 44.95 y 11.81 dólares per cápita por tipo de seguro respectivamente.

Asimismo, Díaz y Ramírez (2017) consideraron como objetivo en la investigación acerca del gasto catastrófico en salud, en México, analizar el gasto de bolsillo en salud de dicho país. El resultado fue que un gasto en salud de un hogar que supera el 30 por ciento del ingreso disponible, incurre en un gasto catastrófico; concluyeron que el aseguramiento de salud contribuye a la disminución de la probabilidad que una familia incurra en gasto catastrófico. Se debe considerar que el gasto catastrófico tiene incidencia en el empobrecimiento familiar y en el aumento de la morbilidad y mortalidad.

Por su parte, Benítez et ál. (2019) en el estudio sobre gasto de bolsillo en el hogar, utilizando los datos de Encuesta de Presupuesto Familiar del Instituto Nacional de Estadísticas (2018) hallaron que el gasto de un hogar promedio en Chile que destinan recursos a medicamentos es de 48 371 pesos y 18 483 pesos

por persona que equivale a 67,72 y 25,88 dólares respectivamente.

Freile (2015) en la investigación sobre gasto de bolsillo en salud de adultos mayores urbanas de Chile que tenía como objetivo determinar el gasto de bolsillo total de hogares de adulto mayor y comparar con el resto de hogares, identifico que el gasto de bolsillo por hogar fue de 79,15 dólares por año; a cambio a diciembre del 2020, en el Perú equivale a 281 soles.

También, Abeldaño (2017) en su estudio sobre el gasto de los hogares en salud en Argentina, como componente de la cobertura universal de salud, determinó que la cobertura universal de salud, incluye las compras de medicinas, de accesorios médicos para primeros auxilios y otros servicios para la salud. El 2,3 por ciento de hogares de Argentina destinan a salud un monto superior al 30 por ciento de gastos no alimentarios y el 3 por ciento de las familias del país destinan sus recursos para la salud un monto superior al 40 por ciento de los gastos no alimentarios.

Los antecedentes de investigación referidos al ámbito nacional son:

Jumpa-Armas (2019) en su investigación sobre aproximación de los resultados de 10 años de ejecución del Seguro Integral de Salud, determinó que el SIS amplió el paquete de beneficios para sus afiliados; las restricciones de financiamiento fueron las causas que limitaron el mejor desempeño, se concluye que la asignación del recurso financiero público en salud es menos del 6 por ciento del PBI, el cual tiene incidencia desfavorable en el desempeño del SIS. El gasto catastrófico sanitario que excede el 40 por ciento de la capacidad de pago del hogar no fue reducido significativamente en el periodo 2006 a 2016, pasó de 5 por ciento a 4 por ciento de familias. Respecto el pago a centros hospitalarios, el SIS transfiere recursos mediante compras de facturación por servicios de salud atendidos mediante tarifas que varían entre hospitales. Las transferencias inoportunas de financiamiento fueron causadas por deficiencias de gestión administrativa, que restringieron la disponibilidad oportuna de recursos a partir del primer mes del año.

En tanto, Cañizares (2017) en su investigación sobre evolución del sistema de salud del Perú, estudio realizado con un enfoque cualitativo sustentado en las representaciones sociales, halló que el déficit de infraestructura y recursos humanos especializados en salud, causa exclusiones incluso para los afiliados al SIS. El proceso presupuestal público es un camino largo de entrega de recursos

para transformar en medicamento. El SIS no cubre todas las necesidades de atención sanitaria; sin embargo, es reconocido por el aumento de su cobertura dado por incremento del presupuesto, el acceso a hospitales sigue siendo crítico, por más que se incremente el presupuesto al hospital, también crece la demanda hospitalaria.

En similar contexto, Montañéz (2017) en su investigación sobre gasto de bolsillo en salud en Perú en los grupos sociales que salieron de la pobreza durante los años 2007 a 2017, halló que los hogares pobres extremos y pobres no extremos durante el año 2007, el 62,4 por ciento y 66,7 por ciento, no contaban con seguro sanitario respectivamente; mientras que 36,5 por ciento y 25,4 por ciento sólo tenían SIS y el remanente 1,1 por ciento y 7,9 por ciento tenía un seguro de la seguridad social. En el año 2011, el 79,8 por ciento de pobres extremos tenían seguro sanitario del SIS, y sólo 19,6 por ciento no tenían algún tipo de seguro).

Igualmente, Petretera y Jiménez (2018) en la investigación sobre los determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre en el Perú, entre los años 2010 a 2014, hallaron que el gasto de bolsillo, medidos en valores constantes de casos de personas en condiciones de pobreza monetaria, tuvo una tendencia hacia un ligero incremento. Con relación al gasto de bolsillo expresado en dólares, utilizando el tipo de cambio del año 2014, se determinó que el 2010 dicho gasto fue 161 dólares para los afiliados al SIS y 180 dólares para los no afiliados. Para el 2014 estas cantidades ascendieron a 182 y 209 dólares respectivamente.

Finalmente, Hernández-Vázquez et ál. (2018) investigaron respecto al Gasto de bolsillo en salud en el segmento de adultos mayores en el Perú. Los resultados obtenidos indican que la magnitud de gasto de bolsillo promedio en salud de personas de la tercera edad fue de 43 dólares. Los que reportan el menor nivel de gasto de bolsillo en salud fueron las poblaciones de la tercera edad del primer y segundo quintil, con un gasto per cápita de 11,0 y 18,1 dólares, respectivamente.

A continuación, se presenta la teoría relacionada a la investigación:

La Organización Mundial de la Salud (2014) define a la cobertura universal de salud, como la capacidad para responder a necesidades sanitarias de toda la población, mediante la disponibilidad de infraestructura sanitaria, personal calificada, tecnología, medicamentos y el financiamiento correspondiente. Para

lograr lo señalado se requiere que el financiamiento público sea suficiente para atender las necesidades sanitarias de toda la población. Mientras que el acceso al servicio sanitario es definido como la capacidad de utilizar los servicios de salud sin la existencia de restricciones y barreras de acceso, posibilitando que todas las personas cuenten con los servicios sanitarios de calidad de manera equitativa.

Asimismo, la Organización Panamericana de Salud (2019) enfatiza que la salud constituye un derecho fundamental de las personas; al cual, el Estado debe garantizar. Una orientación para la eliminación de barreras para el acceso al servicio sanitario, es que la atención debe estar enfocado a la persona y la comunidad; para ello, se requiere el compromiso político, legitimidad y la articulación entre instituciones del Estado.

Por su parte, Hernández-Losada et ál. (2018) consideran al aseguramiento universal de salud, como un elemento fundamental de los procesos de reforma de sistemas de salud en América Latina; las tendencias en general están orientados a la cobertura con niveles mínimos de servicios sanitarios focalizados a grupos vulnerables que no contaban con la protección mediante el aseguramiento por la condición de pobreza y de informalidad de las familias.

Incluso, Basile (2020) señala que, en América Latina, la evolución de sistemas sanitarios en las naciones que fueron ejecutados reformas sanitarias, en general desfinanció sus sistemas de salud pública, con incidencias en deterioro del desempeño del servicio de salud y pérdida del rol del Estado como proveedor de servicios de salud de calidad para satisfacer demandas sanitarias crecientes de la población. El argumento de falta de disponibilidad de algunos servicios especializados sanitarios públicos, tuvieron incidencia en transferencias de recursos públicos hacia entidades privados lucrativos que prestan servicios sanitarios.

En más, González et ál. (2016) señalan que la implementación de cobertura universal de salud en México entre 2003 y 2012 mediante el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), constituyó un mecanismo para garantizar el acceso al servicio sanitario de manera oportuna y con la calidad necesaria; como mecanismo para asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios sin necesidad de desembolso y penurias financieras del paciente al momento de recibir el servicio sanitario mediante atención médico quirúrgico, medicamentos, exámenes de

diagnóstico, hospitalización, entre otros.

Con referencia al gasto de bolsillo a nivel internacional, Pérez (2016) argumenta que el gasto de bolsillo es el porcentaje que asignan las familias a gastos directos para solventar los requerimientos de atención sanitaria, una vez satisfecho las necesidades de alimentación. Asimismo, el gasto de bolsillo en salud no debería ser más del 40 por ciento del gasto total en salud.

El documento de sistematización del Ministerio de Salud de Chile (2013) define al gasto de bolsillo a aquellos gastos realizados en el momento que el paciente o familia recibe el servicio de salud, independientemente si es en un establecimiento formal como la clínica, hospital, farmacia, consultorio o informal como la medicina complementaria.

Por su parte, la Organización Mundial de Salud (2005) considera que el gasto de bolsillo en salud comprende las compras realizadas por hogares por la prestación del servicio sanitarios como honorarios de médicos, compras de medicamentos y pagos por servicios hospitalarios. Los gastos en medicina alternativa son también incluidos en estos gastos. Los gastos de transporte efectuados para acceder a la asistencia sanitaria y los gastos de alimentación especial no se deben considerar como gastos de bolsillo.

La Memoria Anual del Seguro integral de Salud (2016) señala que el SIS es un seguro de salud dirigido a toda la población peruana y extranjeros residentes en el Perú en situación vulnerable y que no cuentan con otro tipo de seguro de salud vigente. El seguro tiene una cobertura de medicamentos, exámenes de diagnóstico, operaciones, insumos, servicios de hospitalización gastos de sepelio y traslados de emergencias.

El Seguro Integral de Salud asegura: “Tiene una cobertura de 1400 enfermedades, incluidos varios tipos de cáncer. Existen 5 planes de seguro SIS, de éstos, el más importante es el SIS gratuito para personas en estado de vulnerabilidad, asume la totalidad de gastos sanitarios del afiliado” (2016).

Este documento señala también que mediante la Ley 27657, denominado Ley del Ministerio de Salud, fue creado el Seguro Integral de Salud siendo inicialmente Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud, posteriormente el SIS fue convertido como un Organismo Público Ejecutor mediante el D.S. 034-2008- PCM. Durante abril de 2009 se promulgó la Ley 29344, Ley Marco

de Aseguramiento Universal en Salud; su objetivo fue establecer el marco normativo de aseguramiento universal en salud, para garantizar el acceso pleno y progresivo de toda persona al servicio de salud.

También, Mendoza-Arana et ál. (2018) señalan que el SIS fue transformado desde un programa inicial de focalización del gasto sanitario en zonas de pobreza y pobreza extrema, hacia un seguro público, con un criterio de mayor amplitud dirigido a la población en estado de vulnerabilidad, la afiliación no solo es para los pobres y pobres extremos; su cobertura fue ampliada hacia una población vulnerable. Con el cual, la cobertura de aseguramiento pasó de 39 a 66.7 por ciento de la población urbana y de 30 a 78.7 por ciento de la población rural. Si se toma como referencia el período 2005 al 2014; el financiamiento per cápita del SIS fue incrementado significativamente, pasando de un gasto per cápita de 435 a 784 soles anuales, posibilitado principalmente por el incremento del PBI nacional.

Del mismo modo, el Instituto Peruano de Economía (2018) señala que actualmente existen dos esquemas de aseguramiento de salud pública, uno de ellos es el régimen gratuito, subsidiado también denominado no contributivo, está orientado para atención sanitaria de personas vulnerables y que es financiado totalmente por el Estado; el otro régimen es el aseguramiento semi contributivo, dirigido a la población con alguna capacidad de cofinanciamiento principalmente microempresarios. Bajo las dos formas de seguro público, la población asegurada del país pasó de 17 por ciento dado en el año 2007 a 47 por ciento en el 2016. Esto significa que las personas aseguradas al SIS han aumentado de 9,2 millones en el 2007 a 17,1 millones en el 2016. El 99 por ciento de afiliados al SIS público pertenecen al régimen totalmente subsidiado o gratuito. El SIS dispone con 100 soles anuales por afiliado, al cual se añade otros recursos provenientes del MINSA y los gobiernos regionales. Los hospitales cuentan con casi 580 soles por afiliado.

Por otra parte, Mendoza-Arana et ál. (2018) señalan que el gasto de bolsillo catastrófico sanitario es considerado como el pago por servicios sanitarios que excede el 10 por ciento de ingresos del hogar; por ello la protección sanitaria de las familias vulnerables es uno de los elementos centrales de la reforma de protección financiera de las familias que se encuentran en estado de vulnerabilidad.

Igualmente, Hernández-Vázquez et ál. (2020) argumentan que el gasto de bolsillo sanitario es el pago directo realizado por pacientes a prestadores de atención

sanitaria una vez recibido el servicio; los pagos por medicamentos e insumos médicos representa el mayor pago directo realizado por las familias. Sin embargo, el pago familiar por servicios de salud puede generar problemas financieros como los gastos catastróficos que exceden la capacidad de pago de hogares y los gastos empobrecedores referidos que reducen las posibilidades de gastos no médicos de las familias hasta quedar por debajo de la línea de pobreza.

Con referencia a la dimensión gasto de bolsillo total del paciente, que sustenta la variable gasto de bolsillo del paciente; Hernández-Vásquez et ál. (2018) lo definen como el gasto que realiza el paciente durante la intervención hospitalaria, considerando como el pago no reembolsable por las personas que accedieron al servicio de salud que no fueron financiados por el Estado. Puede ser parte de tarifas de copagos para generar ingresos, racionalizar el uso de los servicios de salud, reflejar vacíos de cobertura del sistema sanitario o mejorar la calidad del servicio. El gasto de bolsillo en salud puede incidir en el empobrecimiento de familias (p.3).

El gasto de bolsillo total es la sumatoria de gastos de bolsillo de medicamentos, exámenes auxiliares, material quirúrgico descartable y unidades de sangre.

Con referencia a la dimensión, gasto de bolsillo en medicamentos; Petrer y Jiménez hace referencia a la importancia de los medicamentos señalando:

El rol estratégico que tiene el medicamento en la atención de salud y su eficacia en la recuperación de salud, su disposición es determinada por el comportamiento de los proveedores y la capacidad real de compra de las familias, por lo cual, tiene importancia clave en la salud pública. (2018, p.58)

Sobre la dimensión, gasto de bolsillo por exámenes auxiliares, Bowen afirma que:

Los exámenes auxiliares de laboratorio clínico y otros servicios de examen, constituyen herramientas primordiales en el diagnóstico de diferentes patologías en muestras biológicas empleadas, permiten conocer de manera acertada las causas de patologías dar un tratamiento efectivo a las enfermedades de pacientes con mayor precisión y seguridad. (2010, p.3)

Dentro del mismo contexto, Navarro (2007) señala que los exámenes

auxiliares al ser estudios específicos para obtener información de mayor precisión para el análisis médico, permiten la mayor certeza al diagnóstico y su tratamiento correspondiente.

En relación a la dimensión, gasto bolsillo en material quirúrgico descartable, Martínez señala que: “Los gastos referidos en materiales biomédicos descartables son determinantes para lograr objetivos sanitarios de la institución prestadora de servicios de salud” (2014, p.3).

Por su parte, Medina et ál. (2015) señalan que los procedimientos asépticos, como el uso de material quirúrgico descartable, en tratamientos de pacientes quirúrgicos, deben estar sustentados en principios científicos, para prevenir infecciones por agentes biológicos, generando espacios estériles favorables para la recuperación efectiva del paciente. La infección adquirida durante la hospitalización se localiza principalmente en heridas operatorias generando complicaciones posoperatorias, pudiendo ser graves en la recuperación del paciente, generando exigencias rigurosas de control preventivo de procedimientos asépticos.

Asimismo, Experto Médico considera que los materiales quirúrgicos descartables: “Son diseñados para usar una sola vez en tratamientos quirúrgicos, luego son desechados como residuos sólidos; son de bajo precio para utilización en tratamientos inmediatos, están elaborados generalmente de plástico, espuma de polietileno, algodón, papel, entre otros” (2013).

La utilización en todo el mundo de los materiales quirúrgicos descartables es con fines de prevención y control de la infección a pacientes pos operados, los fabricantes de estos materiales tienen la obligación de cumplir con reglamentos, como la de clasificar en los símbolos de sus envases como productos de “un solo uso” reconocido universalmente.

En contexto con la dimensión gasto bolsillo por unidades de sangre, Palma señala que: “La unidad de sangre sin fraccionar o sangre completa, se utiliza como materia prima para la obtención de hemo componentes” (2018, pp.84,85), y del mismo modo Palma (2018) considera que la transfusión de sangre es fundamental para la sobrevivencia, porque permite restaurar en calidad y volumen, las pérdidas de los elementos sanguíneos.

Con relación a la variable recuperación de salud del paciente, Agrest y

Druetta (2011) señalan que la recuperación de la salud de pacientes comprende al proceso en el que el paciente recupera su capacidad de vivir plenamente, de su actividad productiva, de aprender y participar activamente en su comunidad; hace referencia a la reducción o eliminación de síntomas de malestar.

Sobre la dimensión calidad de atención en salud, que sustenta la recuperación del estado de salud del paciente, Pantoja et ál. señalan los atributos para implementar mejoras de calidad de atención de salud, las mismas que se indican a continuación:

Acceso integral del paciente al servicio de salud, oportunidad para lograr el servicio de salud buscado, seguridad generado por elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías científicas probadas, pertinencia basadas en el tipo de servicio demandado por el paciente con la eficiente utilización de recursos, continuidad de intervenciones con secuencia lógica y racional de actividades y Satisfacción del paciente con sus expectativas de recuperación de su estado de salud. (2016).

Asimismo, Aguirre-Ga et ál. (2010) definen a la calidad de atención médica al paciente, el otorgar al paciente servicios de salud con oportunidad, conforme a conocimientos médicos y principios éticos vigentes, que permita satisfacer sus necesidades y expectativas de recuperación de su estado de salud.

El Tiempo de permanencia hospitalaria, es un indicador que está vinculada la recuperación del estado de salud del paciente o de calidad de atención.

Suasnabar define a la permanencia hospitalaria como: “La estadía del paciente en el centro hospitalario, contado desde el día de ingreso al centro hospitalaria hasta el día de alta, constituye un indicador de eficiencia del hospital, se considera prolongada cuando la estadía del paciente excede a 9 días” (2018).

Siendo 9 días el estándar de permanencia establecido para hospitales de nivel III, la prolongación de dicha permanencia hospitalaria puede estar vinculada a varias razones como el deficiente nivel de diagnóstico médico o del tratamiento, tiempo excesivo de exámenes, ineficacia de servicios de apoyo, problemas de organización del trabajo, tardanzas de suministro de medicamentos, entre otros.

El resultado de intervención quirúrgica, manifestado por los propios pacientes, es también un indicador clave de recuperación del estado de salud del

paciente; sobre este aspecto, Riveros y Berné (2007) consideran que el grado de satisfacción manifestado por los pacientes, está relacionada con la eficacia de atención sanitaria; pacientes con bajos grados de satisfacción presentan pobres resultados en salud, mientras que los de mayor satisfacción perciben una mayor efectividad de atención prestada y el logro del resultado de recuperación de salud que busca el paciente.

Finalmente, con referencia a la participación del paciente mediante opinión de su experiencia sobre el proceso de tratamiento sanitario recibido, Yélamos et ál. (2018) señalan que la manifestación de experiencia de atención, es un sustento válido para medir la calidad de atención clínica y su eficacia del tratamiento que el paciente recibe.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es básica o teórica, Sánchez et ál. (2018) señala que la investigación básica está orientada a la búsqueda de conocimientos principios y leyes científicas, mediante la organización de una teoría científica, para incrementar nuevos conocimientos, sin finalidad de aplicación de práctica inmediata (p.79).

El diseño fue el siguiente:

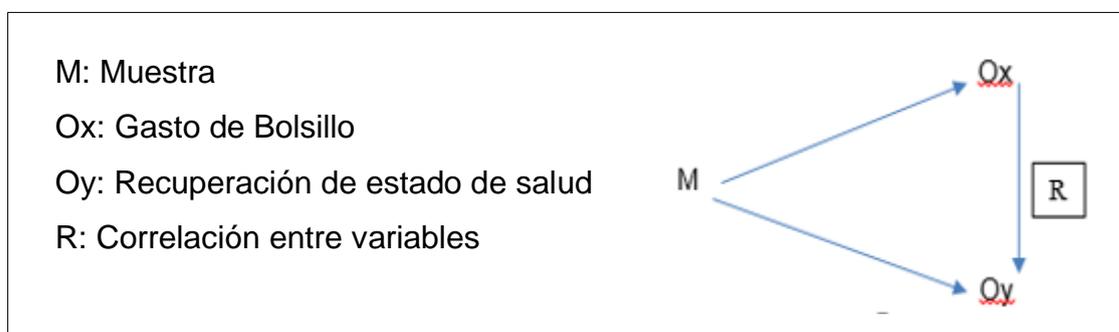
La investigación es no experimental descriptivo, el estudio fue realizada sin manipular deliberadamente las variables. “En esta se observan o se miden fenómenos y variables tal como se dan en su contexto natural, para analizarlas” (Hernández - Sampiere y Mendoza, 2018, p.174).

Es de corte transversal debido a que “la recolección de datos fue en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir variables en un grupo de casos (muestra o población) y determinar cuál es el nivel o modalidad de las variables en un momento dado, para describir o analizar las variables en un grupo de casos como la muestra o la población” (Hernández - Sampieri y Mendoza, 2018, p.176).

El nivel de investigación es correlacional, porque existe un “grado de relación entre dos o más variables. El índice de correlación puede ir de -1 (correlación negativa) pasando por el 0 hasta el +1 (correlación positiva)” (Sánchez et ál.,2018, p.39).

Figura 1

Representación gráfica del diseño de investigación



Fuente: Elaboración propia

El método de investigación es hipotético deductivo. Sánchez et ál. (2018) define este método científico a los procedimientos lógicos de observación de un fenómeno a estudiar, la creación de hipótesis para explicar los fenómenos, deducción de consecuencias, la verificación de los enunciados y comparación con la experiencia.

La investigación es de enfoque cuantitativo, según Hernández-Sampieri y Mendoza indica: “Los datos se encuentran en forma de números o cantidades, su recolección es mediante la medición de variables contenidas en las hipótesis”. (2018, p.6)

3.2. Variables y su operacionalización

La variable “es un atributo, propiedad o cualidad de un objeto o fenómeno que puede ser un número, valor o categoría. Es un concepto abstracto que debe convertirse a formas concretas observables, susceptibles de ser medidas”. (Sánchez et ál.,2018, p.126).

a. Variable gasto de bolsillo

Definición conceptual. La variable gasto de bolsillo fue definido “como el pago directo que realiza un paciente a proveedores de atención sanitaria al momento del uso del servicio” (Hernández-Vásquez et ál., 2020) comprende básicamente los pagos en medicinas, servicios auxiliares como los exámenes de laboratorio, material quirúrgico descartable y otros gastos como unidades de sangre y otros.

Definición operacional. Esta variable tiene las siguientes dimensiones:

- Dimensión gasto de bolsillo total, viene a ser la sumatoria del gasto de bolsillo en medicamento, exámenes auxiliares, material quirúrgico descartable y gasto en unidades de sangre.
- Dimensión gasto de bolsillo en medicamentos, Petrerá y Jiménez (2018) señalan que los medicamentos cumplen un rol clave estratégico en la atención de salud, por su eficacia en el proceso de recuperación de salud y está determinada por el comportamiento de proveedores y la capacidad de compra de las familias.
- Dimensión gasto de bolsillo en exámenes auxiliares, los exámenes auxiliares tienen importancia en el diagnóstico del paciente. Según señalado por Bowen (2010) los exámenes auxiliares de laboratorio clínico y otros servicios de examen, son herramientas útiles en la

identificación de patologías en muestras biológicas y hacen posible determinar con eficacia las causas de patologías que permite tratamientos con mayor seguridad.

- Dimensión gasto bolsillo en material quirúrgico descartable, está orientado al tratamiento aséptico de los pacientes quirúrgicos, Medina et ál. (2015) señalan que los procedimientos asépticos, como el uso de material quirúrgico descartable, en tratamientos de pacientes quirúrgicos, deben estar sustentados en principios científicos, para prevenir infecciones por agentes biológicos, generando espacios estériles favorables para la recuperación efectiva del paciente
- Dimensión gasto de bolsillo en unidades de sangre, no todas las intervenciones quirúrgicas demandan, pero son muy importantes para la sobrevivencia de pacientes en casos necesarios. Palma señala que: “La unidad de sangre sin fraccionar o sangre completa, se utiliza como materia prima para la obtención de hemo componentes” (2018, pp.84,85), y del mismo modo Palma (2018) considera que la transfusión de sangre es fundamental para la sobrevivencia, porque permite restaurar en calidad y volumen, las pérdidas de los elementos sanguíneos.

Para la obtención de datos de las dimensiones señaladas, en el cuestionario están considerados 9 preguntas, ítems 4 al 12.

b. Variable recuperación del estado de salud del paciente

Definición conceptual. Con referencia a la Recuperación del estado de salud del paciente, Agrest y Druetta (2011) señalan que la recuperación de salud comprende al proceso en el que el paciente recupera su capacidad de vivir plenamente, de su actividad productiva, de aprender y participar activamente en su comunidad.

Definición operacional. La variable tiene la siguiente dimensión:

Dimensión, calidad de atención, Aguirre-Ga et ál. (2010) definen a la calidad de atención sanitaria, como el otorgar al paciente servicios de salud con oportunidad, conforme a conocimientos médicos y principios éticos vigentes, que permita satisfacer sus necesidades y expectativas de recuperación de su estado de salud. Esta dimensión a su vez cuenta con los indicadores:

- Tiempo de permanencia hospitalaria del paciente, que es un indicador que está vinculada la recuperación del estado de salud del paciente o de calidad de atención; Suasnabar define a la permanencia hospitalaria como: “La estadía del paciente en el centro hospitalario, contado desde el día de ingreso al centro hospitalaria hasta el día de alta, constituye un indicador de eficiencia del hospital, se considera prolongada cuando la estadía del paciente excede a 9 días” (2018); que es el estándar establecido para hospitales de nivel III.
- Resultado de intervención quirúrgica expresado por el propio paciente, el resultado de intervención quirúrgica, manifestado por los propios pacientes, es también un indicador clave de recuperación del estado de salud del paciente; sobre este aspecto, Riveros y Berné (2007) consideran que el grado de satisfacción manifestado por los pacientes, está relacionada con la eficacia de atención sanitaria; pacientes con bajos grados de satisfacción presentan pobres resultados en salud, mientras que los de mayor satisfacción perciben una mayor efectividad de atención prestada y el logro del resultado de recuperación de salud que busca el paciente.

Para la obtención de datos de las dimensiones e indicadores señaladas, en el cuestionario ha considerado 3 preguntas, los ítems: 1, 2 y 3.

3.3. Población, muestra, muestreo y unidad de análisis

Población. Sánchez et ál. define:

La población es el conjunto de todos los elementos que pueden ser individuos, objetos o acontecimientos; que comparten determinadas características comunes que se pueden identificar en un área de interés de investigación, por lo cual quedarán involucrados en la hipótesis de investigación (2018).

En el caso de la investigación, la población considerada fue los pacientes afiliados al SIS gratuito que recibieron el servicio de intervención quirúrgico en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco, durante el año 2020.

La muestra. Se define como “el conjunto de individuos extraídos de una población por algún sistema de muestreo probabilístico o no probabilístico” (Sánchez et ál.,2018, p.93). La muestra para la investigación fue los pacientes

afiliados al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de Cirugía B del hospital Regional de Cusco, durante los meses de octubre a diciembre del año 2020.

Muestreo. Fue de tipo no probabilístico, por conveniencia, esta técnica permitió considerar a todos los pacientes afiliados al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de Cirugía B del Hospital Regional Cusco y que aceptaron ser incluidos en la aplicación del instrumento. “Se fundamentó en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador. Por ejemplo, solamente aquellos que se encontraban hospitalizados” (Otzen y Manterola, 2017).

Unidad de análisis. Fue considerado a cada uno de pacientes afiliados al SIS no contributivo con intervención quirúrgica en el servicio de Cirugía B del Hospital Regional Cusco.

Los criterios de inclusión fueron:

- Paciente con intervención quirúrgica afiliado al SIS gratuito o no contributivo
- Paciente sometido efectivamente a la intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco.

Los criterios de exclusión fueron:

- Paciente con intervención quirúrgica no calificado como afiliado al SIS gratuito
- Pacientes transferidos con intervención quirúrgica practicados en otros centros de salud.
- Los pacientes o sus familiares que no se encontraban dispuestos a brindar voluntariamente o por incapacidad las informaciones requeridas.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la encuesta. El instrumento fue el cuestionario que fue validado mediante juicio de expertos, para la validación del contenido del instrumento se consideró 3 expertos. Luego se realizó la prueba piloto a 15 pacientes del servicio de cirugía. Asimismo, se aplicó la prueba de confiabilidad de Alpha de Cronbach (valor 0.7) a cada instrumento. La obtención de información fue entre los meses de octubre a diciembre 2020, la recolectaron los datos fue previa autorización de la autoridad del Hospital. El instrumento fue aplicado a los pacientes que ingresaron al servicio, se organizó una base de datos para este fin. La

información se complementó con la observación científica, según Sánchez et ál. menciona: “Un procedimiento de obtención de datos mediante utilización de los sentidos en la observación de hechos y realidades sociales presentes en el contexto real en el que se desarrollan normalmente las actividades” (2018, p.98).

a. *El instrumento de recolección de datos*

El instrumento para las dimensiones que considera la investigación, fue el cuestionario, el cual se aplicó a los pacientes afiliados al SIS no contributivo o gratuito durante 3 meses. Según Sánchez et ál. menciona: “El cuestionario es una técnica indirecta para obtención de datos. Este instrumento de investigación fue aplicado de manera presencial” (2018, p.41).

Ficha Técnica para la medición de las variables gasto de bolsillo y recuperación del estado de salud, se evidencian en la Tabla 1 y Tabla 2 respectivamente.

Tabla 1

Ficha Técnica: Instrumento para Medir la Variable Gasto de Bolsillo

Nombre del Instrumento	Cuestionario
Autor	Vidalina Arce Quisiyupanqui
Objetivo	Determinar la relación del gasto de bolsillo con la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco el año 2020
Año	2020
Aplicación	Individual
Unidad de análisis	Pacientes afiliados al SIS no contributivo, que acceden al servicio de cirugía y Hospitalización
Ámbito de aplicación	Servicio de Cirugía B del Hospital Regional Cusco
Tiempo estimado	25 minutos
Estructura	9 preguntas
Escala de medición	Nominal, para los indicadores de las dimensiones de gasto de bolsillo De razón; para los indicadores de soles aportados de las dimensiones de gasto de bolsillo expresados en soles
Validez y Confiabilidad	La validez fue dada mediante juicio de expertos; Para determinar la confiabilidad del instrumento, se aplicó el coeficiente de Alfa de Cronbach, el indicador de confiabilidad determinado para la variable de gasto de bolsillo fue de 0.8

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2

Ficha Técnica: Instrumento para Medir la Variable Recuperación del Estado de Salud

Nombre del Instrumento	Cuestionario
Autor	Vidalina Arce Quisiyupanqui
Objetivo	Determinar la relación del gasto de bolsillo con la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco el año 2020
Año	2020
Aplicación	Individual
Unidad de análisis	Pacientes afiliados al SIS no contributivo, que acceden al servicio de cirugía y Hospitalización
Ámbito de aplicación	Servicio de Cirugía B del Hospital Regional Cusco
Tiempo estimado	20 minutos
Estructura	3 preguntas
Escala de medición	Nominal, para el indicador tipo de intervención quirúrgica de la dimensión diagnóstico de salud De razón; para el indicador, tiempo de permanencia hospitalaria de la dimensión calidad de atención en salud Ordinal, para el indicador resultados de intervención quirúrgica de la dimensión calidad de atención en salud
Validez y Confiabilidad	La validez fue dada mediante juicio de expertos; para determinar la confiabilidad del instrumento, se aplicó el coeficiente de Alfa de Cronbach, el indicador de confiabilidad para la variable recuperación de estado de salud fue de 0.8

Fuente: Elaboración propia

La Validación del instrumento para las variables Gasto de bolsillo y Recuperación del estado de salud, fue por los siguientes expertos:

- Flor de María Pachas Barrionuevo, grado académico Magister, resultado de validación: suficiente, aplicable.
- Alicia Loayza Chacara, grado académico Magister, resultado de validación: suficiente, aplicable.

- Víctor Huanambal Tiravanti, grado académico Magister, resultado de validación: suficiente, aplicable.

La confiabilidad del instrumento determinado mediante alfa de Cronbach fue de 0.7 para la variable gasto de bolsillo y de 0.8 para la variable recuperación del estado de salud del paciente. El cálculo se muestra en el anexo 7.

3.5. Procedimientos

La obtención de datos fue mediante la encuesta a los pacientes afiliados al SIS gratuito durante los meses de octubre a diciembre, utilizando como instrumento el cuestionario. Para Reyes y Mejía, la encuesta: “Es un procedimiento en el cual se aplica un instrumento de recolección de datos formado por un conjunto de cuestiones cuyo objetivo es obtener información factual en una muestra determinada en función de las dimensiones de investigación” (2018, p.59).

Para la aplicación del cuestionario, se contó con la autorización correspondiente por la autoridad hospitalaria; para lo cual se solicitó y sustentó de manera documentada el propósito y la metodología de obtención de información en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional Cusco, en el que laboro. La aplicación del cuestionario fue a los pacientes afiliados al SIS gratuito o no contributivo durante 3 meses. A partir del cuestionario aplicado, se elaboró una base de datos, el cual permitió el análisis estadístico utilizando un programa estadístico en función del objetivo, la variable y las dimensiones consideradas.

3.6. Métodos de análisis de datos

El análisis de datos consistió en organizar la información recogida para que logre ser tratada en forma analítica, describiendo, caracterizando e interpretando la información de manera cuantitativa utilizando procedimientos estadísticos de datos (Sánchez et ál., 2018, pp.17,63). El procesamiento y consolidación de información, fue mediante el programa Estadístico SPSS (Statistical Program for Social Sciences) versión 23.0. El procesamiento estadístico incluyó el análisis descriptivo mediante el empleo de tablas y gráficos, para el análisis inferencial, se aplicó la prueba no paramétrica Rho de Spearman, considerando que las variables y dimensiones no presentaron una distribución normal.

3.7. Aspectos éticos

Principio de beneficencia, se trató que la investigación debe buscar el bien para personas involucradas en la investigación, según Martin (2013) el aporte de

conocimientos del sistema SIS, beneficiando de manera indirecta a la población asegurada, al ser una referencia científica, para nuevas investigaciones y en la mejora de la estrategia del SIS no contributivo, orientado a reducir los riesgos financieros de pacientes por los gastos de bolsillo.

Principio de no maleficencia, según Martin (2013) la investigación, al no generar beneficios directos e inmediatos a las personas involucrados en la investigación, se consideró que lo mínimo esperado fue no hacer el mal a las personas; es decir, si en cualquier situación o circunstancia no podemos hacer un bien directo, debemos al menos, no hacer un daño.

Principio de autonomía, se ha definido como la capacidad de autodeterminación, de actuar libremente y conscientemente, sin condicionantes externos, con conocimiento informado; pero con responsabilidad de las acciones. Su fundamento filosófico se basó sobre el hombre que es considerado un fin en sí mismo y nunca puede ser utilizado como un medio. (Martin, 2013)

Principio de justicia, se basó en la voluntad de dar a cada uno lo suyo, en la investigación se manifiesta cuando un diseño de investigación se basa en la comprensión y reconocimiento de principios, como el respeto a personas, la justicia se realiza también en búsqueda efectiva de consecuencias buenas del actuar investigativo. (Martin, 2013)

IV. RESULTADOS

Los resultados del estudio se presentan a nivel de estadística descriptiva e inferencial

A continuación, se presentan los resultados descriptivos:

Tabla 3

Pacientes con Intervención Quirúrgica en Servicio de Cirugía B, Hospital Regional Cusco - Diciembre 2020

Grupos de edad	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Hasta 1 año	2	2,9	5	20,0	7	7,4
De 2 a 10 años	26	37,7	13	52,0	39	41,5
De 11 a 20 años	7	10,1	3	12,0	10	10,6
De 21 a 60 años	14	20,3	4	16,0	18	19,1
Mayores de 60 años	20	29,3		0,0	20	21,3
Total	69	100,0	25	100,0	94	100,0

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 3, muestra que, del total de pacientes encuestados, 69 fueron de sexo masculino y 25 de sexo femenino.

La población comprendida entre más de 2 a 10 años de edad, fue el grupo etario que accedió en mayor proporción al servicio representando un 41,5% del total atendido, seguido por el grupo de personas mayores a 60 años que representó el 21,3%.

Tabla 4

Condición de Pago de Bolsillo por Dimensiones en Servicio de Cirugía B, Hospital Regional Cusco – Diciembre 2020

Dimensiones	Si		No		Total	
	f	%	f	%	F	%
Dimensión gasto de bolsillo en medicamentos	87	92,6	7	7,4	94	100,0
Dimensión gasto de bolsillo en exámenes auxiliares	37	39,4	57	60,6	94	100,0
Dimensión gasto de bolsillo en material quirúrgico descartable	74	78,7	20	21,3	94	100,0
Dimensión gasto de bolsillo en unidades de sangre y otros	10	10,6	84	89,4	94	100,0
Dimensión gasto de bolsillo total por todos los rubros	94	100,0	0	0,0	94	100,0

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 4 muestra que la condición de pago en la dimensión gasto de bolsillo por medicamentos representó el 92,6% de pacientes de la muestra, tuvieron gastos de bolsillo; el 39,4% de pacientes efectuó el gasto de bolsillo por exámenes auxiliares; mientras que, en las dimensiones de gasto de bolsillo en material quirúrgico descartable y unidades de sangre, los gastos de bolsillo fueron por el 78,7% y 10,6% de los pacientes respectivamente.

Para la dimensión gasto de bolsillo total, se determinó que el 100% de los pacientes tuvieron gastos de bolsillo, sea en uno, dos, tres o todas las dimensiones señaladas.

Tabla 5

Gasto de Bolsillo Aportados Según Dimensiones por los Pacientes del Servicio de Cirugía B, Hospital Regional Cusco – Diciembre 2020

Dimensiones	Sumatoria S/	Promedio	Desviación Estándar	Máx. S/	Min. S/
		por Paciente S/			
Dimensión gasto de bolsillo en medicamentos	7047	81,0	79,6	492,0	12
Dimensión gasto de bolsillo en exámenes auxiliares	1140	30,8	22,7	110,0	6
Dimensión gasto de bolsillo en material quirúrgico descartable	1569	21,2	16,6	86,0	6
Dimensión gasto de bolsillo en unidades de sangre y otros	3400	340,0	143,0	600,0	200
Dimensión gasto de bolsillo total por todos los rubros	13156	140,0	179,9	925,0	10

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 5 se puede observar los promedios de cada uno de las dimensiones del gasto de bolsillo, incluyendo el gasto de bolsillo total por todos los rubros de dimensiones. Lo que se observa es que la desviación estándar calculada presenta una alta dispersión de datos en relación al promedio en cada uno de las dimensiones; tal dispersión es corroborada por la existencia de una gran diferencia entre los datos máximo y mínimo en relación al promedio.

El promedio de gasto de bolsillo por paciente, considerando todos los rubros considerados en la investigación fue de S/ 140,00 soles.

Tabla 6

Gasto de Bolsillo Agrupados Según Escalas de Aportes de Pacientes del Servicio de Cirugía B, Hospital Regional Cusco – Diciembre 2020

Escala de gasto de bolsillo	Pacientes con intervención quirúrgica		Sumatoria de gastos de bolsillo S/	Gasto de bolsillo por paciente S/
	Número	%		
Hasta S/.100	54	57,4	2111	39,1
Mayor a S/.100 hasta S/.200	23	24,5	3403	148,0
Mayor de S/.200 hasta S/.300	7	7,4	1765	252,1
Mayor a S/.300	10	10,6	5877	587,7
Total, en S/.	94	100,0	13156	140,0

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 6 muestra los gastos de bolsillo aportados según la magnitud de gasto realizado por el paciente durante su permanencia hospitalaria, se advierte que el 57,4% de los pacientes tuvieron gastos hasta 100 soles, con un promedio de S/ 39,1 soles por paciente, mientras que el 24,5% de pacientes tuvieron gastos entre S/ 100,0 hasta S/ 200,0, con un promedio de S/148,0 los gastos de bolsillo comprendidos entre S/ 200,0 a S/ 300,0 fueron asumidos por el 7,4% de los pacientes; finalmente, el 10,6% de los pacientes tuvieron gastos de bolsillo superiores de S/ 300,0, con un promedio de S/ 588,0 por paciente.

Tabla 7

Diagnóstico o Tipo de Intervención Quirúrgica en Servicio de Cirugía B, Hospital Regional Cusco – Diciembre 2020

Diagnóstico o tipos de intervención quirúrgica	Frecuencia	%	Sumatoria de gastos de bolsillo S/	Gasto de bolsillo por paciente S/
Cabeza y cuello	6	6,4	481	80,2
Urología	19	20,2	5355	281,8
Digestivo	48	51,1	3871	80,6
De tórax	6	6,4	1298	216,3
Odontología	3	3,2	220	73,3
Neurocirugía	10	10,6	1772	177,2
Otorrino	0	0,0	-	0,0
Otros	2	2,1	159	79,5
Total	94	100,0	13156	140,0

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 7, se muestra que las intervenciones quirúrgicas de mayor demanda fueron los casos presentados en el sistema digestivo con 48 intervenciones que representa el 51,1% del total de cirugías; en segundo lugar, fueron las cirugías en el sistema urológico, con 19 casos y 20,2% del total de cirugías practicadas; mientras que las intervenciones de neurocirugía fueron practicadas en 10 casos y representó el 10,6%. Las. Intervenciones que tuvieron mayores gastos fueron, urología, de tórax y neurología con S/ 281,8, S/ 216,3 y S/ 177,2 respectivamente.

Tabla 8

Tiempo de Permanencia Hospitalaria en Servicio de Cirugía B, Hospital Regional Cusco – Diciembre 2020

Descripción	Hasta 4 días	De 5 a 9 días	De 10 a 15 días	De 16 a más días	Total
Frecuencia	17	50	15	12	94
%	18,1	53,2	16,0	12,8	100,0
Sumatoria días	51	353	171	28,8	863
Promedio en días	3,0	7,1	11,4	24,0	9,2

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 8 muestra el tiempo de permanencia hospitalaria del paciente con intervención quirúrgica; la investigación determinó que el promedio de estancia hospitalaria considerando al total de pacientes intervenidos quirúrgicamente fueron de 9,2 días.

La mayoría de pacientes permanecieron entre 5 a 9 días, representando el 53,2% con un promedio de 7,1 días, el 18,1% de pacientes tuvieron estancias hospitalarias en el grupo hasta 4 días de estancia con un promedio de 3 días. El grupo de pacientes con la mayor prolongación de permanencia hospitalaria (mayor a 16 días) representan el 12% del total de casos en estudio con un promedio de permanencia hospitalaria de 24 días.

Tabla 9

Resultados de Intervención Quirúrgica Según Opinión de Pacientes en Servicio de Cirugía B, Hospital Regional Cusco – Diciembre 2020

Resultados de Recuperación de pacientes con intervención quirúrgica	Frecuencia	%	Valoración asignada
Muy satisfactorio	5	5,3	4
Satisfactorio	55	58,5	3
Medianamente satisfactorio	24	25,5	2
No satisfactorio	10	10,6	1
Total	94	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 9 presenta la medición de los resultados de intervención quirúrgica según opinión de los pacientes. El 5,3% de pacientes señalaron que fue muy satisfactorio, el 58,5% opinaron como satisfecho el resultado de la intervención quirúrgica, mientras que el 25,5% señaló como medianamente satisfactorio y el 10,6% afirmó que no fue satisfactorio.

La presentación de los resultados inferenciales es la siguiente:

La prueba estadística para determinar la normalidad. Un primer paso del análisis inferencial es la determinación del tipo de distribución que presentan las variables y sus dimensiones, para ello se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov que permite determinar la normalidad de los datos. Su objetivo es señalar si las variables provienen de una población que tiene la distribución normal o no lo tiene.

Una vez determinado esta prueba, se decide entre usar una prueba paramétrica r de Pearson o una prueba no paramétricos Rho de Spearman.

Tabla 10

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una Muestra

	N	Estadístico de prueba	P
Gasto de bolsillo	94	,235	,000
Recuperación del estado de salud	94	,347	,000
Permanencia hospitalaria en días	94	,223	,000

Fuente: Elaboración propia

Criterios para determinar normalidad

Prueba de Kolmogorov-Smirnov

$P \geq \alpha$ = Los datos provienen de una distribución normal

$P < \alpha$ = Los datos no provienen de una distribución normal

En la Tabla 10 se observa que todas las variables no tienen distribución normal, porque P es menor que $\alpha = ,05$; por lo tanto, para el estudio se aplicó una prueba no paramétrica Rho de Spearman.

Hipótesis General

Ho: No existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo total y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.

Ha: Existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo total y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.

Regla de decisión: Si $P < 0,05$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

A continuación, se analiza esta hipótesis general por medio de la tabla 11

Tabla 11

Relación entre el Gasto de Bolsillo Total y la Recuperación del Estado de Salud del Paciente del Servicio de Cirugía B, Hospital Regional Cusco – Diciembre 2020

		Recuperación del estado de salud		
		Coeficiente		
		N	de	P
		correlación		
Rho de Spearman	Gasto de bolsillo total	94	,561	,000

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 11 se observa que $P < 0,5$; por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo total y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco. Se halló que el Rhode Spearman es 0,561, siendo la correlación positiva considerable.

- Hipótesis específica 1

Ho: No existe una relación significativa entre el bolsillo en medicamentos y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.

Ha: Existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en medicamentos y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.

Regla de decisión: Si $P < 0,05$, entonces se rechaza la hipótesis nula

Tabla 12

Relación entre el Gasto de Bolsillo en Medicamentos y la Recuperación del Estado de Salud del Paciente en Servicio de Cirugía B, Hospital Regional Cusco – Diciembre 2020

		Recuperación del estado de salud		
		Coeficiente		
		N	de	P
		correlación		
Rho de Spearman	Gasto en medicamentos (S/.)	87	,485	,000

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 12, se observa que $P < 0,05$; por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en medicamentos, y la recuperación del estado de salud del paciente en el servicio de Cirugía B del Hospital Regional Cusco – diciembre de 2020. Se halló que el Rho de Spearman es de 0.485, siendo la correlación positiva media.

- Hipótesis específica 2

Ho: No existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en exámenes auxiliares y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.

Ha: Existe una relación significativa entre gasto de bolsillo en exámenes auxiliares y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.

Regla de decisión: Si $P < 0,05$, entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 13

Relación entre el Gasto de Bolsillo en Exámenes Auxiliares y la Recuperación del Estado de salud del Paciente del Servicio de Cirugía B, Hospital Regional Cusco – Diciembre 2020

		Recuperación del estado de salud		
		N	Coeficiente de Correlación	Sig. (bilateral)
Rho de Spearman	Gasto en exámenes auxiliares (S/.)	37	,268	,109

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 13 se observa que P es $>0,05$; por tanto, el gasto de bolsillo en exámenes auxiliares, NO está relacionado directamente con la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.

- Hipótesis específica 3

Ho: No existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en material quirúrgico descartable y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.

Ha: Existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en material quirúrgico descartable y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.

Regla de decisión: Si $P < 0,05$, entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 14

Relación entre el Gasto de Bolsillo en Material Quirúrgico Descartable y la recuperación del Estado de Salud del Paciente en Servicio de Cirugía B, Hospital Regional Cusco – Diciembre 2020

		Recuperación del estado de salud		
		N	Coeficiente de correlación	Sig. (bilateral)
Rho de Spearman	Gasto en material quirúrgico (S/.)	74	,380	,001

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 14 se observa que la significancia bilateral es $< 0,05$; consecuentemente, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en material quirúrgico descartable y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco. Se observa que existe un coeficiente de correlación positiva media (Rho de Spearman = 0,380).

- Hipótesis específica 4

Ho: No existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en unidades de sangre y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.

Ha: Existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en unidades de sangre y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.

Regla de decisión: Si $P < 0,05$, entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 15

Relación entre el Gasto de Bolsillo en Unidades de Sangre y la Recuperación del Estado de Salud del Paciente del Servicio de Cirugía B, Hospital Regional Cusco – Diciembre 2020

		Recuperación del estado de salud		
		N	Coeficiente de correlación	P
Rho de Spearman	Gastos en Unidades de sangre y otros (S/.)	10	,055	,880

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 15 se observa que $P > 0,05$; por tanto, NO existe una relación significativa del gasto de bolsillo en unidades de sangre y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco. Además, se muestra una correlación muy baja o nula (Rho de Spearman = 0,055).

- Hipótesis específica 5

Ho: No existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo total y el tiempo de permanencia hospitalaria del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.

Ha: Existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo total y el tiempo de permanencia hospitalaria del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.

Regla de decisión: Si $P < 0,05$, entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 16

Relación entre el Gasto de Bolsillo Total y el Tiempo de Permanencia Hospitalaria del Paciente del Servicio de Cirugía B, Hospital Regional Cusco – Diciembre 2020

		Gasto de bolsillo		
		Coeficiente		
		N	de	P
		correlación		
Rho de Spearman	Permanencia hospitalaria en días	94	,568	,000

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 16 se observa que $P < 0,05$; por tanto, existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo total y el tiempo de permanencia hospitalaria del paciente afiliado al SIS no contributivo con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco; el coeficiente de correlación es de 0,568 (Rho de Spearman), considerándose una correlación positiva considerable.

V. DISCUSIÓN

La presente investigación buscó probar la siguiente hipótesis general: Existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo total y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco año 2020.

A partir del análisis estadístico, se concluye que existe una relación significativa entre las dos variables de estudio, el coeficiente de correlación determinada es de 0,561 (Rho Spearman), siendo positiva considerable.

El SIS gratuito es un tipo de seguro público dirigido solamente para atención sanitaria de personas calificadas en situación de vulnerabilidad. Tal como señala el informe del Seguro Integral de Salud (2016) y el Instituto Peruano de Economía (2018) el SIS gratuito está dirigido exclusivamente para la atención sanitaria de personas vulnerables y que es financiado totalmente por el Estado.

El hallazgo de un 100% de pacientes que incurrieron en gastos de bolsillo total durante su permanencia hospitalaria, es resultado de la sumatoria de gastos de bolsillo en medicamento, exámenes auxiliares, material quirúrgico descartable y, unidades de sangre; lo cual, indica que los gastos demandados para la atención hospitalaria del paciente afiliado al SIS gratuito no fueron cubiertos totalmente por el Estado. Durante la hospitalización, el promedio de gasto de bolsillo total por paciente fue de S/ 140,00 soles, con una desviación estándar de S/ 179,90 soles.

Este gasto de bolsillo por paciente determinada en todo el proceso de tratamiento hospitalaria, representaría el 15,05% del ingreso mínimo vigente en el Perú de 930 soles que rige a diciembre del 2020, fue aprobado mediante DECRETO SUPREMO N.º 004-2018-TR.

Por ser un desembolso en un mes específico no podría considerarse como un factor que conlleve hacia el gasto catastrófico familiar, debido a que es un gasto de urgencia temporal durante la hospitalización; además, es necesario considerar el hallazgo de Lavilla (2012) que en su investigación realizada sobre empobrecimiento por gasto de Bolsillo en salud, determinó que en el año 2009, el 21% de los hogares del Perú que no contaban con algún tipo de seguro en salud, se empobrecieron por razones de gasto de bolsillo por hospitalización. Por tanto; en el momento, la cobertura del SIS gratuito tiene importancia favorable en la intervención quirúrgica del paciente de condición vulnerable, debido a que reduce

su empobrecimiento.

También es necesario observar el señalamiento de la Secretaría de Salud México (2019) que afirma que el gasto de bolsillo por los servicios de salud al momento de requerirlos, constituye un riesgo de incurrir en gastos catastróficos cuando el gasto en salud del hogar representa una proporción igual o superior al 30 % de su ingreso disponible (ingreso total monetario menos el gasto monetario en alimentos); sin embargo, difiere a la definición dada por los autores Mendoza-Arana et ál. (2018) que señalan que el gasto catastrófico en salud es aquel gasto de bolsillo en salud que supera 10% de los ingresos de la familia.

Finalmente, Freile (2015) determinó el gasto de bolsillo por hogar de 79,15 dólares por año, que, al cambio a diciembre del 2020, en Perú equivale a S/ 281,00 soles; asimismo, Petrera y Jiménez (2018) determinaron que el gasto de bolsillo promedio de la población de Perú en el año 2014 era de S/ 285,00 soles.

La variable, recuperación del estado de salud basado en calidad de atención, fue determinado mediante la interacción del indicador tiempo de permanencia hospitalaria y el indicador resultado de la intervención quirúrgica expresado por los propios pacientes.

Respecto al indicador tiempo de permanencia hospitalaria, se ha determinado que el 18,1% de pacientes tuvieron estancias de hasta 4 días con un promedio de 3 días, mientras que el 53,2% de pacientes tuvieron permanencias entre 5 a 9 días con un promedio de 7 días, el 16% de los pacientes tuvieron una estancia entre 10 a 15 días con un promedio de 11,4 días y el 12,8% de pacientes permanecieron en el centro hospitalario 16 a más días, con promedio de 24 días.

La investigación determinó que en general, el 71,3% de los pacientes tuvieron estancia hospitalaria menor de 9 días que es el límite del estándar establecido como prolongado. El promedio general de estancia hospitalaria determinado fue de 9,2 días.

Se debe tomar en cuenta que, de acuerdo a Suasnabar: “La estancia hospitalaria constituye un indicador de eficiencia hospitalaria, considerándose como prolongada a aquella que excede al estándar de 9 días considerado para un hospital de tercer nivel” (2018).

El indicador, resultado de intervención quirúrgica, se determinó mediante la opinión de los propios pacientes y/o de sus parientes cercanos; tiene importancia

porque representa el resultado final que busca el paciente. Lo señalado tiene coherencia con los señalado por Riveros y Berné (2007) quienes consideran que el grado de satisfacción está relacionada con la eficacia de atención sanitaria; pacientes con bajos grados de satisfacción presentan pobres resultados en salud, mientras que los de mayor satisfacción perciben una mayor efectividad de atención prestada, referida a la eficacia del resultado sanitaria que busca el paciente, utilizando recursos públicos que la sociedad asigna a los centros hospitalarios.

La medición de los resultados de intervención quirúrgica se realizó mediante 4 niveles de valoración de satisfacción, el valor 4 se asignó a la afirmación categórica de máxima satisfacción expresado como “muy satisfactorio”, el valor 3 se refiere a un nivel de satisfactorio positivo expresado como “satisfactorio”, el valor 2 está referido al nivel “medianamente satisfactorio”, mientras que el valor 1 representa un nivel de “no satisfactorio”. El 58,5% y 5,3 % de los pacientes quirúrgicos afirmaron que el resultado de intervención fue satisfactorio y muy satisfactorio respectivamente, mientras que el 25,5% de pacientes señalaron como medianamente satisfactorio y el 10,6% afirmaron como no satisfactorio.

En la hipótesis Específica 1, se halló que existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en medicamentos y la recuperación del estado de salud del paciente en el servicio de Cirugía B del Hospital Regional Cusco – diciembre de 2020; el coeficiente de correlación determinada fue de 0,485 (Rho de Spearman), el cual es considerada una correlación positiva media.

En el rubro de gastos en medicamentos, se determinó que el 92,6% de los pacientes en estudio ejecutaron gastos de bolsillo con un promedio S/. 81 por paciente, este resultado es concordante con la investigación realizada por Petrerá y Jiménez (2018) que señalan que el medicamento fue el factor más importante del gasto de bolsillo en salud de la población en pobreza monetaria relativa, determinando que, en el año 2014, el gasto de bolsillo en medicamentos por habitante era de S/ 125,00 soles que viene a ser el 44% del total de gasto de bolsillo en salud; asimismo, Benítez et ál. (2019) determinaron que el gasto en medicamentos de un hogar promedio en Chile era de 48 371 pesos por hogar y 18 483 pesos por persona, que equivale a 67,72 dólares y 25,88 dólares anuales respectivamente.

En la hipótesis específica 2 evaluada, se halló que no existe una relación significativa

entre el gasto de bolsillo en exámenes auxiliares y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco, la significancia bilateral fue mayor a 0.05.

Sin embargo, debemos aclarar que los exámenes auxiliares fueron asumidos por el 39,4% de los pacientes, con un promedio de S/ 31,00 soles por paciente, estos gastos fueron en la etapa de pre operatoria y en algunos casos por pagos tarifarios durante la hospitalización. Tal como señala Navarro (2007) los exámenes auxiliares al ser estudios específicos para obtener información de mayor precisión para el análisis médico, permiten dar mayor certeza al diagnóstico y su tratamiento correspondiente.

En la hipótesis específica 3, la evaluación estadística determinó que existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en material quirúrgico descartable y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco. El coeficiente de correlación calculada fue de 0,380 (Rho de Spearman); por lo tanto, existe una correlación positiva media entre las dos variables.

El gasto de bolsillo en material quirúrgico descartable, fue un rubro de gasto de bolsillo asumido por el 78.7% de los pacientes en estudio; aunque el monto promedio por paciente fue S/ 21,00 soles; sin embargo, su disponibilidad en momentos de urgencia, constituyeron complementos importantes de los tratamientos; se debe considerar que los materiales quirúrgicos descartables, son diseñados para usar una sola vez en los tratamientos quirúrgicos, después del uso son desechados como residuos sólidos; en general son de bajo precio utilizados en tratamientos inmediatos, los materiales descartables están elaborados generalmente de plástico, espuma de polietileno, algodón, papel, entre otros; su utilización en todo el mundo es con fines de prevención y control de la infección a pacientes pos operados, los fabricantes de estos materiales tienen la obligación de cumplir con reglamentos, como la de clasificar en los símbolos de sus envases como productos de “un solo uso” reconocido universalmente. Entre estos materiales se menciona: agujas y jeringas hipodérmicas, enemas desechables, hisopos de algodón, guantes médicos, pañales, maquinillas de afeitar, entre otros (Experto Médico, 2013).

Se debe tomar en cuenta lo señalado por los autores, Medina et ál. (2015) quienes señalan que los procedimientos asépticos y estériles, como el uso de material quirúrgico descartable, en tratamiento de pacientes quirúrgicos debe estar sustentados en principios científicos, para prevenir infecciones por agentes biológicos creando ambientes estériles favorables para la recuperación efectiva del paciente.

La infección adquirida durante la hospitalización denominada infección intrahospitalaria, se localiza principalmente en heridas operatorias, como complicaciones pos operatorias que pueden ser graves o fatales para el paciente, por lo que es necesario el riguroso control preventivo del manejo de procedimientos asépticos. (Medina et ál., 2015)

Al evaluar la hipótesis específica 4, se determinó que no existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en unidades de sangre y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.

El gasto de bolsillo en el rubro de unidades de sangre, fue asumido solamente por 10 pacientes que representa el 11% del total de intervenciones quirúrgicas; no todas las cirugías demandaron de transfusiones sanguíneas, este resultado es coherente con uno de los resultados de la investigación realizado por García et ál. (2007) que determinaron que de los 2988 intervenciones quirúrgicas que se realizaron en los años 2000 a 2004, los requerimientos de transfusiones sanguíneas en el período señalados fueron en 344 casos o pacientes, que significa el 11,5% de las intervenciones quirúrgicas realizadas.

El gasto promedio por paciente fue de 340 soles. Las unidades de sangre, son insumos de suma importancia orientados a la sobrevivencia del paciente en casos especiales y de alto riesgo, esta afirmación es concordante con lo señalado por Palma (2018) que afirma que, en casos necesarios, la transfusión de sangre es clave para la sobrevivencia porque reestablece las pérdidas de componentes sanguíneos en calidad y volumen (p.84). El SIS en general no cubre el costo por este rubro; por lo cual, el paciente tiene que asumir el costo por la reposición en el banco de sangre del Hospital.

En la hipótesis específica 5, se halló que existe una relación significativa entre el

gasto de bolsillo total y el tiempo de permanencia hospitalaria del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco. El coeficiente de correlación calculada fue de 0,568 (Rho de Spearman), siendo una correlación positiva considerable.

La investigación determinó que en general, el 71,3% de los pacientes tuvieron estancia hospitalaria menor de 9 días que es el límite del estándar establecido como prolongado. El promedio general de estancia hospitalaria fue de 9,2 días. Se debe tomar en cuenta que la: “Estancia hospitalaria constituye un indicador de eficiencia hospitalaria, considerándose como prolongada a aquella que excede al estándar de 9 días considerado para hospital de nivel III” (Suasnabar, 2018).

VI. CONCLUSIONES

Primera: Hipótesis general, se concluye que existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo total y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco”, el coeficiente de correlación es de 0,561 (Rho de Spearman) siendo una relación positiva considerable.

Segunda: Existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en medicamentos y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco” el coeficiente de correlación es 0,485 (Rho de Spearman), siendo positivo media.

Tercera: No existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en exámenes auxiliares y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco, debido a que $P > 0,05$.

Cuarta: Existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en material quirúrgico descartable y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco, el coeficiente de correlación es de 0,380 (Rho de Spearman). Siendo una relación positiva media.

Quinta: No existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo en unidades de sangre y la variable recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.

Sexta: Existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo total del paciente y el tiempo de permanencia hospitalaria del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco” el coeficiente de correlación es de 0,560 (Rho de Spearman). Siendo positivo considerable.

VII. RECOMENDACIONES

Primera: A la Dirección del Hospital Regional Cusco: Promover acciones para mejorar las competencias y el desempeño de instancias de gestión, logística e información; para contar con disponibilidad suficiente y oportuna de bienes y servicios sanitarios y personal especializado para atención a afiliados del SIS gratuito, enfatizado en la cobertura de SIS de todos los costos sanitarios.

Segunda: A la dirección del Hospital y direcciones de línea: Mejorar el control y supervisión de calidad, distribución y uso de medicamentos para el tratamiento de afiliados del SIS y contar con la información del uso de medicamentos para solicitar oportunamente la transferencia de recursos financieros convertidos en medicamentos desde el primer mes del año.

Tercera: A las direcciones de línea y jefes de servicio de exámenes auxiliares y laboratorio: Mejorar la programación y ejecución de planes de mantenimiento y reposición de los equipos, para su operatividad continua, para brindar servicios eficientes y eficaces; además, mejorar las competencias y responsabilidades del personal, reduciendo los gastos de bolsillo en servicios de exámenes y laboratorio.

Cuarta: A la Dirección de línea y jefe del servicio: Mejorar el control de calidad y uso de material quirúrgico, contar con planes de requerimientos y compras para la reposición oportuna y disponibilidad continuada para tratamiento a afiliados del SIS.

Quinta: A la dirección del Hospital y dirección de línea del Banco de Sangre: ejecutar acciones de promoción e incentivos a donantes para mejorar la disponibilidad de unidades de sangre y promover responsabilidades y facilidades a pacientes que requieren transfusiones, para la reposición oportuna en el Banco de Sangre.

Sexta: A la dirección hospitalaria, direcciones de línea, jefes de servicio, personal médico asistencial: Ejecutar acciones para incentivar el desempeño del personal médico, enfermera y administrativo, para mejorar los procesos de atención a los afiliados con fines de reducir la permanencia hospitalaria y los gastos de bolsillo.

Referencias

- Abeldaño, R. A. (2017). Análisis del gasto de los hogares en salud en Argentina, como componente de la cobertura universal de salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1631-1640. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.21102015>
- Agrest, Martin y Druetta, Ivana. (2011). *El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios*, 22, 56-64. Vertex.
https://www.researchgate.net/publication/266500563_El_concepto_de_recuperacion_la_importancia_de_la_perspectiva_y_la_participacion_de_los_usuarios
- Aguirre-Gas, H. G., Zavala-Villavicencio, J. A., Hernández-Torres, F. y Fajardo-Dolci, G. (2010). Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. *Cirugía y Cirujanos*, 78(5),456-462. ISSN: 0009-7411.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=662/66220238015>
- Albornoz, G. y L Pusic, S. (2016). Evaluación de resultados quirúrgicos desde la perspectiva del paciente. *Revista Médica Clínica Las Condes*,27(1),107-112. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.01.013>.
- Alvis-Zakzuk, J., Marrugo-Arnedo, C., Alvis-Zakzuk, N. J., Gómez de la Rosa, F., Florez-Tanus, Á., Moreno-Ruiz, D. y Alvis-Guzmán, N. (2018). Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(5), 591-598. <https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v20n5.61403>
- Anderson, M. (2016, 24 de octubre). Escalas de medición y variables en estadística. *Mauricio Anderson*. <https://mauricioanderson.com/escalas-de-medicion-estadistica/>
- Badia, J. y Péres, X. (2015). Guías clínicas de la asociación española de cirujanos. *Infecciones quirúrgicas*,2. ARAN.
- Basile, G. (2020). Repensar y descolonizar las teorías y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe. *Cuadernos Pensamiento Crítico Latinoamericano*, 73,1-6.

http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20200513094244/Cuaderno-PLC-N73-Abril_2020.pdf

Benítez, A., Hernando, A. y Velasco, C. (2019). Gasto de bolsillo en salud: una mirada al gasto en medicamentos. Puntos de referencia. *Centro de Estudios Públicos*, 502.

https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20190130/20190130113629/pder502_abenitez_ahernando_cvelasco.pdf

Caballero, E. G., Rodríguez, J. C., Ocampos, G. y Flores, L. (2017). Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 15(3), 64-72. [https://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015\(03\)64-072](https://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015(03)64-072)

Cañizares, W. R. (2017). Evolución del sistema de salud de Perú: buenas prácticas y desafíos en su construcción. Década 2005-2014. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 445-451. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14269>

Capurro, N. D. y Rada, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista médica de Chile*, 135(4), 534-538. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000400018>

Castillo, I. (2017). *Método comparativo de investigación: características, pasos*. <https://karenpulido.jimdofree.com/app/download/9548091169/M%C3%A9todo+comparativo+de+investigaci%C3%B3n.pdf?t=1545154528>

Castro, A. (2015). Recolección de datos. *Facultad de Ciencias Médicas – Universidad de San Carlos de Guatemala*. <https://melpe025.files.wordpress.com/2015/03/lasfichas-amycastro14215.pdf>

De los Ángeles, G., Serrate, P. y Lozano, L. A. (2016). Universal Health Coverage and its Conceptual Interpretation. *MEDICC review*, 18. 41-42. https://mediccreview.org/wp-content/uploads/2018/04/mr_555.pdf

Díaz, E. y Ramírez, J. (2017), Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México. *El colegio de la Frontera del Norte, México*. <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2017.91.004>.

Espinoza, F. y Eudaldo, E. (2019). Las variables y su operacionalización en la

- investigación educativa. Segunda parte. *Conrado*, 15(69), 171-180.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000400171&lng=es&tlng=es.
- Experto Médico (2013, 29 de junio). *Que es el material médico descartable* [presentación de diapositivas]. SlideShare.
<https://es.slideshare.net/rrojas260/que-es-el-material-medico-descartable>
- Freile, B. (2015). *Estimación del gasto de bolsillo en salud para los adultos mayores residentes en zonas urbanas de Chile* [Tesis de Maestría, Universidad de Chile]. Repositorio.
http://www.campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/365/Tesis_Berenice%20Freile.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gallegos, E. y Muñoz, A. (2018). Protección financiera en salud: Evolución y comparación del gasto de bolsillo de los hogares chilenos. *Repositorio Académico de la Universidad de Chile*.
<http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/167603>
- García, E., Arias, N. y Raola, M. E. (2007). Consumo de transfusiones sanguíneas en cirugía electiva con riesgo moderado o alto de sangramiento. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 36(3).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572007000300002&lng=es&tlng=es.
- González-Block, M. Á., Figueroa, A., García-Téllez, I., y Alarcón, J. (2016). Asignación financiera en el Sistema de Protección Social en Salud de México: retos para la compra estratégica. *Salud pública de México*, 58(5), 522–532. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8242>
- Gutierrez, A, y Contreras, C. (2016). Some reflections about ethics in health sciences research. *Psicología y Salud*, 26(1),129-136.
https://www.uv.mx/psicologia/files/2017/12/algunas_reflexiones_sobre_la_etica_de_la_investigacion_en_las_ciencias_de_la_salud.pdf
- Hernández-Losada, D. F. y Bejarano-Daza, J. E. (2017). Aporte de la universalización al logro de la equidad en salud. *Revista de Salud Pública*, 19(2), 199-203. <https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n2.55696>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Mc Graw Hill Education. ISBN:

978-1-4562-6096-5, 714 p.

- Hernández-Vásquez, A., Rojas-Roque, C., Santero, M., Prado-Galbarro, F. J. y Rosselli, D. (2018). Gasto de bolsillo en salud en adultos mayores peruanos: análisis de la encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza 2017. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 35(3), 390–399. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.353.3815>
- Hernández-Vásquez, A., Vargas-Fernández, R., Magallanes-Quevedo, L. y Bendezu-Quispe, G. (2020). Análisis del gasto de bolsillo en medicamentos e insumos en Perú en 2007 y 2016. *Medwave*, 20(2), e7833. <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.02.7833>
- Instituto Peruano de Economía (2018,22 de enero). *Las dificultades del SIS*. Economía. Informe del Comercio – IPE. <https://www.ipe.org.pe/portal/wp-content/uploads/2018/01/2018-01-22-Las-Dificultades-del-SIS-Informe-IPE-El-Comercio-1.pdf>
- Instituto Peruano de Economía (2019,12 de agosto). *Propuesta de seguro universal: ¿Cuáles son los retos para el SIS?* Economía. Informe del Comercio – IPE. <https://www.ipe.org.pe/portal/wp-content/uploads/2019/08/2019-08-12-Retos-del-seguro-universal-Informe-IPE-El-Comercio.pdf>
- Jumpa-Armas, D. (2019). Aseguramiento universal en salud en el Perú: una aproximación a 10 años de su implementación. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(3), 75-80. <https://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i3.2158>
- Lavilla, H. (2012) Incidencia del Gasto de Bolsillo en Salud en el Perú, 2006-2009. Empobrecimiento por gasto de bolsillo en salud. *Universidad Nacional de Callao & Consorcio de investigación económica y social*. https://www.cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/empobrecimiento_por_gasto_de_bolsillo_en_salud_0.pdf
- Martin, S. (2013). Aplicación de los principios éticos a la metodología de la investigación. *Enfermería en Cardiología*, 58-59. https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/58_59_02.pdf
- Medina, D., Pons, M., Coba, M. y Pastuña, R. (2015). Procedimientos de

- enfermería en el área quirúrgica. *EDIMEC*.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4822/1/PROCEDIMIENTOS%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20EL%20AREA%20QUIRURGICA.pdf>
- Mendoza-Arana, P. J., Rivera-Del Río, G., Gutiérrez-Villafuerte, C. y Sanabria-Montañez, C. (2018). El proceso de reforma del sector salud en Perú. *Revista. Panamericana de Salud Pública*, 42(74).
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.74>
- Ministerio de salud de Chile (2013). *Sistematización de las metodologías de medición del gasto de bolsillo en salud y propuesta metodológica para Chile*.
<https://www.politopedia.cl/wp-content/uploads/2016/06/Medici%C3%B3n-Gastos-Bolsillo-corregida.pdf>
- MINSA (2019). *Guía Técnica de Operativización de los convenios para el financiamiento de las prestaciones suscrita entre el SIS y el Fondo Intangible solidario de salud y las Instituciones prestadoras de servicios de salud, Gobiernos Regionales y Direcciones de redes integradas de salud del MINSA*.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1262858/RJ2019_022.pdf
- Montañez, V. (2018). Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú [Tesis de Maestría, Universidad de Complutense de Madrid]. Repositorio.
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/49480/1/T40330.pdf>
- Navarro, S. (2007). *Exámenes complementarios* [Presentación de diapositivas]. Área Semiología Clínica.
https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/Carrera-Medicina/MEDICINA-I/semio/exa_comp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos*. Metodología.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85626/EIP_HSF_DP.05.2_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/cd53-5-s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, (2019,24 de enero). *Cobertura sanitaria*

- universal*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)#:~:text=La%20cobertura%20sanitaria%20universal%20\(CSU,pasar%20penurias%20financieras%20para%20pagarlos.&text=Los%20pa%C3%A Dses%20que%20progresan%20en,salud%20y%20los%20dem%C3%A1s %20objetivos](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)#:~:text=La%20cobertura%20sanitaria%20universal%20(CSU,pasar%20penurias%20financieras%20para%20pagarlos.&text=Los%20pa%C3%A Dses%20que%20progresan%20en,salud%20y%20los%20dem%C3%A1s %20objetivos).
- Organización Panamericana de la Salud (2019). *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). *Sampling Techniques on a Population Study*.
http://www.intjmorphol.com/abstract/?art_id=4051
- Pantoja, B. (2018). Aspectos generales de la transfusión de sangre y sus componentes. *Revista Médica Vozandes*, 29, 83– 90.
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/998918/rc_01.pdf
- Pantoja, M., Cabezas, E., Gonzales, G. y Narváez, M. (2016). *Atributos de la calidad en la atención integral a pacientes domiciliarios de la IPS San Miguel S.A.S. del Municipio de Pasto en el Primer Semestre del 2016* [Tesis de Maestría, Universidad Mariana Convenio]. Repositorio.
<https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/6111/1/Autorizacion.pdf>
- Pérez, J. y Gardey, A. (2015). Definición de Quirúrgico. *Definición. DE*.
<https://definicion.de/quirurgico/>
- Pérez, M. (2016). Acceso económico a la Salud. *Razones Fundar*.
<http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/accesoeconomico.pdf>
- Petrera, M. y Jiménez, E. (2018). Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud público en Perú, 2010– 2014. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 42(20).
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20>
- Riveros, J. y Berné, C. (2007). Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Revista médica de Chile*, 135(7), 862–870. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872007000700006>
- Robles, P. y Rojas, M. (2015). Validation by expert judgements: two cases of

- qualitative research in Applied Linguistics. *Revista Nebrija de Lingüística aplicada a la enseñanza de Lenguas*, 18. https://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo_55002aca89c37.pdf
- Sánchez, H., Reyes, C. y Mejía, K. (2018). Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística. *Universidad Ricardo Palma*. <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>
- Secretaría de Salud de México (2019). *Gasto en salud en el sistema nacional de salud 1993 – 2017*. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/gastoensalud_gobmx.html
- Seguro Integral de Salud (2016). *Memoria anual del Seguro Integral de Salud SIS 2016*. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342292/Memoria_institucional_anual_del_Seguro_Integral_de_Salud_-_SIS__Enero_-_Diciembre_201620190716-19467-ja62nf.pdf
- Suasnabar, J. (2018). *Factores asociados a prolongación de estancia hospitalaria en pacientes post operados en el servicio de cirugía de la clínica Good Hope en el año 2016* [Tesis de Maestría, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio URP. <http://repositorio.urp.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/URP/1257/162%20SUA%20SNABAR%20D%c3%81VILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Velásquez, P. (2019, 22 de mayo). *Gastos de bolsillo en Latinoamérica*. <https://consultorsalud.com/gastos-de-bolsillo-en-latinoamerica/>
- Yélamos, C., Sanz, A., Marín, R. y Martínez-Ríos, C. (2018). Experiencia del paciente: una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico. *Psicooncología*, 15(1), 153-164. <https://doi.org/10.5209/PSIC.59184>

ANEXOS

ANEXO 3
Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Items	Escala de medición
Gasto de bolsillo	El gasto de bolsillo en salud se define como el pago directo que realiza un paciente a proveedores de atención sanitaria al momento del uso del servicio (Hernández, Vargas, Magallanes, Bendezú 2020)	El dato obtenido mediante un cuestionario aplicado a todos los pacientes quirúrgicos afiliados al SIS no contributivo durante 3 meses (octubre-noviembre-diciembre). Comprende las dimensiones: Gasto de bolsillo del paciente en medicamentos, exámenes auxiliares, en material quirúrgico descartable, en otros (unidad de sangre y otros) y total de bolsillo	Dimensión 1: Gasto de bolsillo en medicamentos	Condición de pago	4	Nominal Si/No
				Soles aportados en medicamentos	5	De razón Anderson (2016)
			Dimensión 2: Gasto de bolsillo en exámenes auxiliares	Condición de pago	6	Nominal Si/No
				Soles aportados en exámenes auxiliares	7	De razón Anderson (2016)
			Dimensión 3: Gasto de bolsillo en material quirúrgico descartable	Condición de pago	8	Nominal Si/No
				Soles aportados en material quirúrgico descartable		De razón Anderson (2016)
			Dimensión 4: Gasto de bolsillo en unidad de sangre y otros)	Condición de pago	10	Nominal Si/No
				Soles aportados en unidades de sangre y otros	11	De razón Anderson (2016)
			Dimensión 5 Gasto	Total, soles aportados	12	De razón

			de bolsillo total			Anderson (2016)
--	--	--	-------------------	--	--	-----------------

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Items	Escala de medición
Recuperación del estado de salud.	El MAIS establece que la Atención Integral de Salud, incluye diversas intervenciones entre las cuales está la recuperación y la rehabilitación en salud, provistas de manera integral, integrada y continua por el establecimiento de salud. (MINSA, 2019, p. 93).	El dato obtenido mediante un cuestionario aplicado a todos los pacientes quirúrgicos afiliados al SIS no contributivo durante 3 meses (octubre-noviembre-diciembre). Comprende las dimensiones: Diagnostico y Atención en salud.	Dimensión 6: Diagnóstico de salud	Tipo de intervención quirúrgica	2	Nominal -Cabeza y cuello (1) -Urología (2) -Digestivo (3) -Tórax (4) -Dental (5) -De neurocirugía (6) - Otorrino Laring. (7) -De Otros (8)
			Dimensión 7: Calidad de atención, para la recuperación de estado de salud del paciente	Tiempo de permanencia hospitalaria (días)	1	Razón (enteros)
			Resultado de intervención quirúrgica	3	Ordinal -Muy satisfactorio (4) -Satisfactorio (3) -Medianamente satisfactorio (2) -No Satisfactorio (1)	

ANEXO 4
Cuestionario para obtención de datos del paciente afiliado al SIS gratuito con intervención quirúrgico en de Cirugía B del Hospital Regional Cusco

Número de cuestionario.....	
Número de prefectura (opcional, solo para identificación)	
Número de SIS (opcional, solo para identificación).....	
Edad años.....	
Sexo: 1) Masculino..... 2) Femenino... ..	
1. Permanencia o estancia hospitalaria total del paciente en días.....	
2. Diagnóstico (tipo de intervención quirúrgica): 1) Cabeza y cuello.....2) Urología... 3) Digestivo...:4) Tórax... 5) Odontología...6) Neurocirugía...7) Otorrino...8) Otros...	
3. Resultado de intervención quirúrgica: Muy satisfactorio (4)..... Satisfactorio (3)....., Medianamente satisfactorio (2)....., No satisfactorio (1).....	
4. ¿Durante la hospitalización pagó usted por algún medicamento? 1) Sí..... 2) No.....	
5. ¿Cuánto fue tu gasto en medicamentos en S/ ?	
6. ¿Durante la hospitalización pagó usted por algún servicio de examen o análisis de laboratorio? 1) Sí..... 2) No.....	
7. ¿Cuánto fue tu gasto en exámenes auxiliares en S/ ?	
8. ¿Durante la hospitalización pagó usted por algún material quirúrgico descartable? 1) Sí.....2) No.....	
9. ¿Cuánto fue tu gasto en material quirúrgico descartable en S/. ?	
10. ¿Durante la hospitalización pagó usted por otros aspectos como unidades de sangre y otros? 1) Sí.....2) No.....	

11. ¿Cuánto fue tu gasto en otros como unidades de sangre y otros en S/ ?	
12. ¿Cuánto fue tu gasto total durante la hospitalización en S/. ?	

ANEXO 5

Cálculo de Tamaño muestral

No aplica para la investigación, el muestreo será no probabilístico, por conveniencia, la muestra para la investigación será todos los pacientes con intervención quirúrgica afiliados al SIS no contributivo durante 3 meses del año 2020

ANEXO 6

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL GASTO DE BOLSILLO.

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1.- Gasto de bolsillo del paciente en medicamentos							
4	¿Durante la hospitalización pagó usted por algún medicamento?	X		X		X		
5	¿Cuánto fue tu gasto en medicamentos?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2.- Gasto de bolsillo del paciente en exámenes auxiliares							
6	¿Durante la hospitalización pagó usted por algún servicio de examen o análisis de laboratorio?	X		X		X		
7	¿Cuánto fue tu gasto en exámenes auxiliares?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3.- Gasto de bolsillo del paciente en material quirúrgico descartable							
8	¿Durante la hospitalización pagó usted por algún material quirúrgico descartable?	X		X		X		
9	¿Cuánto fue tu gasto en material quirúrgico descartable?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 4.- Gasto de bolsillo del paciente en otros (unidad de sangre y otros)							
10	¿Durante la hospitalización pagó usted por otros aspectos como unidades de sangre y otros?	X		X		X		
11	¿Cuánto fue tu gasto en otros como unidades de sangre y otros?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 5.- Gasto total de bolsillo del paciente							
12	¿Cuánto fue tu gasto total durante la hospitalización?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador. Mg: Pachas Barrionuevo Flor de María

DNI:08202310

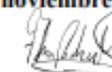
Especialidad del validador: Experto en salud pública Auditor interno de servicios de salud, Magíster en Estomatología.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

Lima 17 de noviembre del 2020



Firma del Experto Informante.

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

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL GASTO DE BOLSILLO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Gasto de bolsillo del paciente en medicamentos.							
4	¿Durante la hospitalización pago usted por algún medicamento?	X		X		X		
5	¿Cuánto fue tu gasto en medicamentos?	X		X				
	DIMENSIÓN 2.-Gasto de bolsillo del paciente en exámenes auxiliares.							
6	¿Durante la hospitalización pago usted por algún servicio de examen o análisis de laboratorio?	X		X		X		
7	¿Cuánto fue tu gasto en exámenes auxiliares?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3.-Gasto de bolsillo del paciente en material quirúrgico descartable.							
8	¿Durante la hospitalización pago usted por algún material quirúrgico descartable?	X		X		X		
9	¿Cuánto fue lo que gasto en materiales quirúrgico descartable?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 4.-Gasto de bolsillo del paciente en otros (unidad de sangre y otros)							
10	¿Durante la hospitalización pago usted por otros aspectos como unidad de sangre y otros?	X		X		X		
11	¿Cuánto fue tu gasto en otros como unidad de sangre y otros?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 5.-Gasto total de bolsillo del paciente							
12	¿Cuánto fue tu gasto total durante la hospitalización?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia.

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

Apellidos y nombres del juez validador. Mg: Alicia Loayza Chacara DNI: 23964477

Especialidad del validador: Magister en Gestión de los servicios de salud.

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

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

Cusco, 01 de Febrero del 2021



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE RECUPERACION DEL ESTADO DE SALUD

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Diagnóstico de salud							
1	Tipo o diagnóstico de intervención quirúrgica.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Calidad de atención en salud.							
2	Total, de permanencia de días en hospitalización.	X		X		X		
3	Resultado de intervención quirúrgica	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia.

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

Apellidos y nombres del juez validador. Mg: Alicia Loayza Chacara **DNI: 23964477**

Especialidad del validador: Magister en Gestión de los servicios de salud.

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

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

Cusco, 01 de Febrero del 2021



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE RECUPERACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Diagnóstico de salud							
1	Tipo o diagnóstico de intervención quirúrgica	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Calidad de atención en salud							
2	Total, de permanencia de días en hospitalización	X		X		X		
3	Resultado de intervención quirúrgica	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia.

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

Apellidos y nombres del juez validador. Mg: Pachas Barrionuevo Flor de María DNI:08202310

Especialidad del validador: Experto en salud pública Auditor interno de servicios de salud, Magister en Estomatología.

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo ³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto, directo

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

Lima 17 de noviembre del 2020



Firma del Experto Informante

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL GASTO DE BOLSILLO.

N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1.- Gasto de bolsillo del paciente en medicamentos							
4	¿Durante la hospitalización pagó usted por algún medicamento?	X		X		X		
5	¿Cuánto fue tu gasto en medicamentos?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2.- Gasto de bolsillo del paciente en exámenes auxiliares							
6	¿Durante la hospitalización pagó usted por algún servicio de examen o análisis de laboratorio?	X		X		X		
7	¿Cuánto fue tu gasto en exámenes auxiliares?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3.- Gasto de bolsillo del paciente en material quirúrgico descartable							
8	¿Durante la hospitalización pagó usted por algún material quirúrgico descartable?	X		X		X		
9	¿Cuánto fue tu gasto en material quirúrgico descartable?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 4.- Gasto de bolsillo del paciente en otros (unidad de sangre y otros)							
10	¿Durante la hospitalización pagó usted por otros aspectos como unidades de sangre y otros?	X		X		X		
11	¿Cuánto fue tu gasto en otros como unidades de sangre y otros?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 5.- Gasto total de bolsillo del paciente							
12	¿Cuánto fue tu gasto total durante la hospitalización?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador. Mg: Víctor Huanambal Tiravanti DNI:10550012

Especialidad del validador: Administración en Salud

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

Lima 18 de noviembre del 2020



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE RECUPERACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Sugerencias	
		Si	No	Si	No		
	DIMENSIÓN 1: Diagnóstico de salud						
1	Tipo o diagnóstico de intervención quirúrgica	X		X			
	DIMENSIÓN 2: Calidad de atención en salud						
2	Total, de permanencia de días en hospitalización	X		X		X	
3	Resultado de intervención quirúrgica	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia.

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

Apellidos y nombres del juez validador. Mg: Víctor Huanambal Tiravanti **DNI:**10550012

Especialidad del validador: Administración de Salud

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo ³**Claridad:** :

ultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y

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

Lima 18 de noviembre del 2020



Firma del Experto Informante

ANEXO 7

CONFIABILIDAD MEDIANTE ALFA DE CRONBACH

	VARIABLE RECUPERACIÓN DE ESTADO DE SALUD				VARIABLE GASTO DE BOLSILLO				
	Permanencia hospitalaria en días	Resultados de intervención quirúrgica	Recuperación del estado de salud	SUMATORIA	Gastos en medicamentos \$.	Gastos en exámenes auxiliares \$.	Gastos en material quirúrgico \$.	Gastos en unidades de sangre \$.	Gastos totales por todos los rubros \$.
1	5	2	7	14		18			28
2	11	3	14	28	220	35		600	855
3	8	1	9	18	118	45	18		181
4	3	3	6	12	28		8		36
5	7	3	10	20	39		10		49
6	8	2	10	20	36	25			61
7	8	3	11	22	39		19		58
8	34	3	37	74	492		30		522
9	3	3	6	12	22		6		28
10	27	3	30	60	26		6	200	232
11	7	3	10	20	16	12			28
12	10	2	12	24	101		10		111
13	8	2	10	20	120	15	28		163
14	6	1	7	14	18		10		28
15	10	3	13	26	118	25	20		163
16	29	3	31	62	76		21		97
17	8	2	10	20		10	9		19
18	5	3	8	16	13	13			26
19	9	2	11	22	125	41			166
20	7	3	10	20		12			12
21	8	2	10	20		28	10		38
22	11	3	14	28	25		18		43
23	17	3	20	40	18		10		28
24	12	1	13	26	36		9		45
25	8	3	11	22	22	6			28
26	6	3	9	18	29	30	6		65
27	6	1	7	14	210	110	28		348
28	3	3	6	12		18	10		28
29	4	3	7	14	18		12		30
30	17	3	20	40	56		10		66
31	6	3	9	18	96	78	18		192
32	31	3	34	68	190	49	86	600	925
33	8	3	11	22	180	25	60		265
34	3	3	6	12	18		10		28
35	3	3	6	12	20	6	9		35
36	11	3	14	28	66	36	18		120
37	4	2	6	12	35	12			47
38	7	2	9	18	19		10		29
39	10	1	11	22	90	12	20		122
40	9	3	12	24	126	45	38		209
41	33	2	35	70	312	60	58	300	730
42	5	2	7	14	18		20		38
43	7	3	10	20	110	20	25		155
44	4	4	8	16	30		10		40
45	3	3	6	12	60		10		70
46	3	3	6	12	30		20		50
47	9	3	12	24	38		7		45
48	11	3	14	28	58		10		68
49	26	3	29	58	101			300	401
50	7	2	9	18	90		35		125
51	8	3	11	22	40				40
52	13	1	14	28	45		10	200	255
53	9	3	12	24	51	15			66
54	13	2	15	30	110	80			190
55	3	1	4	8	18				18
56	17	3	20	40	250	30		300	580
57	9	2	11	22	201		16		217
58	4	2	6	12			10		10
59	4	3	7	14	18				18
60	8	3	11	22	39		10		49
61	6	3	9	18			10		10
62	16	3	19	38	201			300	501
63	12	2	14	28	18	20			38
64	8	3	11	22	41		21		62
65	21	3	24	48	91		36		127
66	8	1	9	18	12		8		20
67	11	3	14	28	100	36	19		155
68	6	2	8	16	21		15		36
69	5	3	8	16	18		11		29
70	7	4	11	22	68	15	31		114
71	8	3	11	22	36	6	24		66
72	6	4	10	20	70		31		101
73	5	3	8	16	36		15		51
74	6	3	9	18	186	21	18	300	525
75	9	3	12	24	88	38	51		177
76	5	3	8	16	18		15		33
77	5	3	8	16	36	26	9		71
78	12	3	15	30	110		38		148
79	10	3	13	26	220		80		300
80	7	3	10	20	130		21		151
81	14	3	17	34	18				18
82	20	3	23	46	120		68		188
83	1	3	4	8			10		10
84	1	2	3	6	18				18
85	7	2	9	18	136		21		157
86	6	2	8	16	18		15		33
87	8	2	10	20	130	36	24	300	490
88	6	3	9	18	201	49	37		287
89	3	1	4	8	36		12		48
90	6	1	7	14	110		29		139
91	6	2	8	16	45		15		60
92	2	4	6	12	16				16
93	9	4	13	26	110		36		146
94	8	2	10	20	91		21		112
Varianza	45.22500572	0.567947838	46.11667811	184.4667124	6329.32558	513.268769	275.972047	20444.4444	32367.267
Vi		91.90963166			Vi	59930.3			
Vt		184.4667124			Vt	129469.1			
		0.8				0.7			

ANEXO 8

Autorización de aplicación de instrumento



MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO
JEFA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD"



PROVEIDO FAVORABLE

*Vista la solicitud presentada por la Lic. Vidalina Arce Quisiyupanqui identificada con DNI: 23896693, estudiante de la Maestría de Gestión de los Servicios de Salud de la Universidad Cesar Vallejo, quien solicita autorización para la aplicación de instrumento de investigación (encuesta virtual) **Relación comparativa entre el gasto de bolsillo del paciente afiliado al SIS no contributivo y la cobertura de SIS durante la intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco 2020.***

ESTA JEFATURA DA PROVEIDO FAVORABLE

Se expide el presente proveído a solicitud de la interesada.

Cusco 12 de Noviembre del 2020



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO
[Firma]
Lic. G. Yeni Salas Velasquez
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
C.F.P. 45876

ANEXO 9

Consentimiento informado

El propósito de este documento es informarle sobre el proyecto de investigación, solicitarle su consentimiento para la obtención de datos para Tesis de Investigación que tiene como título: Gasto de bolsillo del paciente quirúrgico afiliado al SIS gratuito en servicio de Cirugía B del Hospital Regional Cusco 2020, trabajo realizado por la Lic. Vidalina Arce Quisiyupanqui, alumna de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo.

El trabajo de investigación es Determinar la relación de gasto de bolsillo con la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS no contributivo con intervención quirúrgica en el servicio de Cirugía B de Hospital Regional Cusco. Para lo cual, se le solicita participar en una encuesta con un tiempo aproximado de 30 minutos. Su participación es completamente voluntaria. Usted puede interrumpir el cuestionario en cualquier momento sin que genere ningún perjuicio.

La información será tratada de manera anónima, su identidad no será difundida por el investigador quien empleará la información estrictamente para la investigación científica.

Si está de acuerdo con lo indicado, agradeceré permitir registrar sus datos.

Nombre
completo.....
Fecha.....

ANEXO 10

Matriz de consistencia

TÍTULO: *Gasto de bolsillo del paciente quirúrgico afiliado al SIS gratuito en servicio de Cirugía B del Hospital Regional Cusco 2020*

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Escala de medición
¿Cuál es el gasto de bolsillo en la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS no contributivo con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco en el año 2020?	Determinar la relación entre las variables gasto de bolsillo total y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS no contributivo con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco año 2020	Existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS no contributivo con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.	Gasto de bolsillo	Dimensión 1: Gasto de bolsillo en medicamentos	Condición de pago	4	Nominal Si/No
					Soles aportados en medicamentos	5	De razón Anderson (2016)
				Dimensión 2: Gasto de bolsillo en exámenes auxiliares	Condición de pago	6	Nominal Si/No
					Soles aportados en exámenes auxiliares	7	De razón Anderson (2016)
				Dimensión 3: Gasto de bolsillo en material quirúrgico descartable	Condición de pago	8	Nominal Si/No
					Soles aportados en material quirúrgico descartable	9	De razón Anderson (2016)
				Dimensión 4: Gasto de bolsillo en unidad de sangre y otros)	Condición de pago	10	Nominal Si/No
					Soles aportados en unidades de sangre y otros	11	De razón Anderson (2016)
				Dimensión 5 Gasto de bolsillo total	Total, soles aportados	12	De razón Anderson (2016)

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Escala de medición
¿Cuál es el gasto de bolsillo en la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS no contributivo con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco en el año 2020?	Determinar la relación entre las variables gasto de bolsillo y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS no contributivo con intervención quirúrgica en el servicio de cirugía B del Hospital Regional de Cusco año 2020	Existe una relación significativa entre el gasto de bolsillo y la recuperación del estado de salud del paciente afiliado al SIS no contributivo con intervención quirúrgica en el Servicio de Cirugía B del Hospital Regional del Cusco.	Recuperación del estado de salud	Dimensión 6: Diagnóstico de salud	Tipo de intervención quirúrgica	2	Nominal - Cabeza y cuello (1) -Urología (2) -Digestivo (3) -Tórax (4) -Dental (5) -Neurocirugía (6) -Otorrino Laringología (7) -Otros (8)
				Dimensión 7: Calidad de atención, para la recuperación de estado de salud del paciente	Permanencia hospitalaria (días)	1	Razón (enteros)
						Resultado de intervención quirúrgica	3

ANEXO 11

Interpretación del Coeficiente de Correlación de Spearman

Rango	Relación
-0,91 a -1,00	Correlación negativa perfecta
-0,76 a -0,90	Correlación negativa muy fuerte
-0,51 a -0,75	Correlación negativa considerable
-0,11 a -0,50	Correlación negativa media
-0,01 a -0,10	Correlación negativa débil
0,00	No existe correlación
+0,01 a +0,10	Correlación positiva débil
+0,11 a +0,50	Correlación positiva media
+0,51 a +0,75	Correlación positiva considerable
+0,76 a +0,90	Correlación positiva muy fuerte
+0,91 a +1,00	Correlación positiva perfecta

Fuente: Hernández & Fernández y Baptista