



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

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

Accesibilidad a la seguridad social y gasto de bolsillo en afiliados de
un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORA:

Delgado Rodríguez, Mirian Yadira (ORCID: 0000-0001-8732-0100)

ASESOR:

Dr. Carranza Samanez, Kilder Maynor (ORCID: 0000-0002-6891-0065)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Políticas de los Servicios de Salud

PIURA — PERÚ

2021

Dedicatoria

“A mi familia que ha sido el motor para seguir adelante en este gran desafío”.

Agradecimiento

Al Todopoderoso por guiar siempre mi camino, y abrir las puertas para conseguir todos mis anhelos, a mi familia que me apoyado de manera incondicional en todo lo que hago, a mis amigos que han hecho que esta travesía sea divertida, a la Universidad César Vallejo que me abrió las puertas lejos de mi país y en especial a mi asesor Dr. Kilder Carranza por su dedicación, paciencia y enseñanzas que hoy se cristalizan en este trabajo.

Índice de contenidos

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.2. Variables y operacionalización	14
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis	17
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
3.5. Procedimientos	21
3.6. Método de análisis de datos	22
3.7. Aspectos éticos	22
IV. RESULTADOS	23
V. DISCUSIÓN	29
VI. CONCLUSIONES	36
VII. RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS	38
ANEXOS	45

Índice de tablas

Tabla 1.	Operacionalización de variables	16
Tabla 2.	Ficha técnica del instrumento Accesibilidad a la seguridad social	18
Tabla 3.	Ficha técnica del instrumento Gasto de bolsillo	19
Tabla 4.	Validación de juicio de expertos de los instrumentos	20
Tabla 5.	Prueba de confiabilidad de alfa de Cronbach	20
Tabla 6.	Relación entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel de gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021	23
Tabla 7.	Nivel de accesibilidad a la seguridad social en sus dimensiones, en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021	24
Tabla 8.	Nivel del gasto de bolsillo en sus dimensiones en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021	25
Tabla 9.	Comparación de las valoraciones entre las dimensiones del nivel de accesibilidad a la seguridad social y las dimensiones del nivel de gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021	26
Tabla 10.	Relación entre las dimensiones del nivel de accesibilidad a la seguridad social y las dimensiones del nivel del gasto de bolsillo en los afiliados de un hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021	27
Tabla 11.	Nivel de accesibilidad a la seguridad social y nivel del gasto de bolsillo según las características sociodemográficas de los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021	28

Índice de gráficos y figuras

<i>Figura 1</i>	Esquema del tipo de investigación	14
<i>Figura 2</i>	Relación entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel de gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público, en Quevedo, Ecuador, 2021	23
<i>Figura 3</i>	Nivel de accesibilidad a la seguridad social en sus dimensiones en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.	24
<i>Figura 4</i>	Nivel de gasto de bolsillo en sus dimensiones en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021	25

Resumen

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel de gasto de bolsillo en los afiliados de un hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021; con enfoque cuantitativo, finalidad básica y alcance descriptivo, diseño no experimental, tipo transversal, correlacional; la población fue de 1500 afiliados y una muestra de 210 afiliados de entre 18 a 65 años, con muestreo aleatorio simple, se utilizaron dos instrumentos adaptados de Figueroa et al., y de la Encuesta Condiciones de Vida. Se obtuvo como resultados que existió una correlación positiva alta, r Spearman de ,707**, $p=0,000$. En la accesibilidad las dimensiones menos valoradas fueron la organizacional 62,9% y económica con un 55,2% ubicándose en un nivel medio. El gasto de bolsillo fue alto en sus dimensiones tratamientos 45,2%, diagnósticos 44,8% y deducibles 45,7% siendo las más valoradas. Existió una correlación positiva en cada una de las dimensiones de las variables, que oscila entre ,203** y ,779** $p<0,01$. Se concluye que existió una correlación positiva alta, entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel del gasto de bolsillo.

Palabras claves: *Accesibilidad a los Servicios de Salud, Gastos en Salud, Seguridad Social*

Abstract

The objective of the study was to determine the relationship between the level of accessibility to social security and the level of out-of-pocket spending in the affiliates of a public hospital in Quevedo, Ecuador, 2021; with a quantitative approach, basic purpose and descriptive scope, non-experimental design, cross-sectional, correlational; The population was 1,500 affiliates and a sample of 210 affiliates between 18 and 65 years old, with simple random sampling, two instruments adapted from Figueroa et al., and from the Living Conditions Survey were used. The results were that there was a high positive correlation, Spearman's r of .707 **, $p = 0.000$. In terms of accessibility, the least valued dimensions were organizational 62.9% and economic with 55.2% being at a medium level. Out-of-pocket expenses were high in its dimensions: treatments 45.2%, diagnoses 44.8% and deductibles 45.7% being the most valued. There was a positive correlation in each of the dimensions of the variables, ranging between .203 ** and .779 ** $p < 0.01$. It is concluded that there was a high positive correlation between the level of accessibility to social security and the level of out-of-pocket spending.

Keywords: *Accessibility to Health Services, Health Expenditures, Social Security*

I. INTRODUCCIÓN

La accesibilidad a las prestaciones de salud es un problema de gran magnitud dentro de los sistemas sanitarios del mundo (1), entendiéndose a esta según Arredondo et al.(2) como la oferta de servicios sanitarios que favorecen o entorpecen el acceso de usuarios a los servicios requeridos, partiendo de esta premisa la OMS y sus países miembros decidieron realizar esfuerzos encaminados a la protección financiera, que aseguren que todos los individuos reciban los servicios sanitarios requeridos sin tener que recurrir al gasto de bolsillo (3), que es uno de los indicadores de la inequidad existente que generan exclusión.(4)(5)

En el Ecuador la Constitución de la República garantiza el acceso equitativo sin distinción alguna a los servicios de salud y se han logrado grandes avances en política social y financiera, sin embargo no ha sido suficiente, para cerrar la brecha existente entre los distintos estratos de la población, especialmente los más vulnerables, que ven limitada la posibilidad de acceder a la atención, teniendo igualdad de oportunidades,(6)(7) el tener un sistema de salud mixto fragmentado, impide el cumplimiento de dicha garantía, siendo necesarias reformas estructurales y cambios de enfoque (8) que reduzcan el gasto de bolsillo que alcanza el 41,4% siendo el segundo más alto en América Latina.(9)

En el Hospital IESS Quevedo, se evidenció las quejas de los usuarios que en la búsqueda de atención, esta no cumplió con sus expectativas de salud, teniendo que incurrir según manifestaron en gastos de bolsillo, haciendo énfasis en el hecho de que el estar afiliado a la seguridad social no garantizaría el acceso efectivo al mismo y esto afectaría a los afiliados con menores ingresos, que verían vulnerado su derecho a la gratuidad de los servicios, debido a falta de medicamentos e insumos, tiempos de espera prolongados en la asignación de un código de derivación a otro nivel de complejidad, entre otros, limitando estos servicios a la población que no tenga los recursos necesarios para costearlos, pudiendo llegar a ser catastróficos para los hogares o que decidan no atenderse y abandonar los tratamientos y así afectar su situación de salud.

De lo anteriormente mencionado se plantearon el problema general, ¿Existe relación entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel del gasto de bolsillo, en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021? Los problemas específicos siguientes: 1. ¿Cuál es el nivel de accesibilidad a la seguridad social en sus dimensiones, identificado por los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021? 2. ¿Cuál es el nivel de gasto de bolsillo en sus dimensiones, evaluado por los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021? 3. ¿Existe relación entre las valoraciones de las dimensiones del nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel del gasto de bolsillo en afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021?

Dentro de la justificación teórica de esta investigación se consideró que podría contribuir con nuevos conocimientos que engloben el auténtico significado de accesibilidad a la seguridad social y el impacto financiero en los bolsillos de hogares ecuatorianos, ya que no existió suficiente información estadística en el país al respecto; asimismo tuvo como justificación práctica que el resultado de la investigación permitiría analizar la gestión hospitalaria en términos de accesibilidad, la capacidad de respuesta para la demanda a la que tienen derecho sus afiliados, cómo esta puede afectar el gasto de bolsillo de los ciudadanos, pese a contar con un seguro que debería cubrirlas, al determinar las principales barreras que inducen a estos a incurrir en gastos de bolsillo, que perjudicaría a la población más vulnerable, llegando incluso a volverse catastróficos para esas familias, y al socializar los resultados servirían como referencia para crear políticas públicas efectivas para minimizarlos.

Por tanto, consideramos como el objetivo general de estudio: Determinar la relación entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel del gasto de bolsillo en afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021. Luego, se estudió como objetivos específicos: 1. Determinar el nivel de accesibilidad a la seguridad social en sus dimensiones en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021; 2. Determinar el nivel del gasto de bolsillo en sus dimensiones evaluado por los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021;

3. Comparar las valoraciones de las dimensiones del nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel del gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021. Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

Finalmente, la hipótesis general fue: Existe una relación positiva entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel del gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021; y respecto a las hipótesis específicas fueron: 1. El nivel de accesibilidad a la seguridad social en sus dimensiones organizacional y económica son menos valoradas en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021; 2. El nivel del gasto de bolsillo en sus dimensiones tratamientos, medios diagnósticos y deducibles son más valorados en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021; 3. Existe una relación positiva entre las valoraciones de las dimensiones del nivel de accesibilidad a la seguridad social y las dimensiones del nivel del gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021. **(Anexo 1)**

II. MARCO TEÓRICO

La revisión bibliográfica incluyó investigaciones internacionales previas como:

Otieno et al., (Kenia, 2020) en su estudio titulado «Acceso a servicios de atención primaria de salud y factores asociados en barrios marginales urbanos en Nairobi-Kenia», cuyo objetivo fue evaluar el nivel de acceso a la Atención Primaria de Salud (APS) y los factores vinculados en los barrios marginales urbanos. Estudiaron a 300 hogares a quienes se les aplicó una encuesta para medir las brechas en la atención médica de hogares en asentamientos informales, basado en el Sistema de Vigilancia Demográfica Sanitaria (NUHDSS) con dimensiones como: cobertura de seguro, puntualidad en la atención, distancia al centro de atención más cercano, disponibilidad del servicio, asequibilidad, aceptabilidad de calidad de procedimientos de atención y tratamiento, utilizando el modelo de Penchansky y Thomas. Encontraron como resultado que los hogares pobres tienen mayor probabilidad de bajo acceso a APS en establecimientos públicos, que podrían deberse al déficit en infraestructura básica, equipo médico, disponibilidad de medicamentos e insumos esenciales en estos centros de atención, mientras que los hogares con un gasto de bolsillo promedio trimestral de entre 5 y 30 dólares tienen probabilidades más altas de acceso en establecimientos privados. Concluyeron que, en los barrios marginales, el buscar atención en un centro público y pagar de su bolsillo está directamente relacionado con el bajo acceso a APS, por ende, es necesario promover políticas que mejoren dicho acceso. (10)

Silva et al., (Brasil, 2020) en su investigación «Universalidad del acceso y accesibilidad en el cotidiano de la atención primaria: vivencias de usuarios del SUS», cuyo propósito fue entender cómo es el acceso y la accesibilidad a las unidades de salud desde la perspectiva del usuario, en respuesta a la demanda existente en las unidades de APS. Estudiaron a 60 individuos a quienes se les aplicó una entrevista, para medir el acceso a los servicios, acorde a su necesidad, teniendo como dimensiones la accesibilidad, disponibilidad, demanda espontánea e idoneidad funcional, según el estudio de casos múltiples holístico-cualitativo, basado en la sociología comprensiva del Cotidiano. Encontraron como resultados que el acceder a las prestaciones de salud requiere una lucha constante, entre las

dificultades que mencionan están el acceso a medicamentos y exámenes de diagnóstico; se evidencia la falta de gestión administrativa, problemas de mora, judicialización y la parte política como principales limitantes. Concluyeron que el ideal de un sistema sanitario integral e equitativo no existe, siendo necesario formar individuos probos que encaminen las políticas de acuerdo a la ley.(11)

Bran et al., (Colombia, 2019) en su investigación «Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado», su propósito fue obtener la apreciación de limitantes de acceso a las unidades operativas, apreciada por los usuarios de un régimen subsidiado. Estudiaron a 16 afiliados al régimen subsidiado a quienes se les aplicó entrevistas semiestructuradas para abordar las barreras de acceso a la salud, fundamentada en la teoría de Anselmet et al. (12) Encontraron como resultados la existencia de barreras económicas y administrativas como la inadecuada dispensación de fármacos (incompletos), demoras en la entrega de los mismos lo que llevó a los usuarios a tener que realizar gastos de bolsillo para cubrir esa necesidad. Concluyeron que las barreras antes mencionadas afectan principalmente a las personas de escasos recursos económicos disminuyendo la posibilidad de estos de hacer frente a sus padecimientos de salud.(13)

Petrera et al., (Perú, 2018) en su investigación «Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010–2014», cuyo propósito fue determinar los factores que repercuten en el gasto de bolsillo dentro de la atención sanitaria prestado por el MINSA en la población pobre entre el 2010 y 2014. Estudiaron a 2,149 y 2,807 hogares en condición de pobreza respectivamente, a quienes se les aplicó la encuesta ENAHO que explora el nivel de vida de la población según las variables gasto de bolsillo, afiliación, nivel de gasto familiar, grupo étnico, cargas familiares y la complejidad de los prestadores de salud, validado por el INEI. Encontraron como resultados que apenas el 5% de los usuarios que vive en la zona rural fue atendida en hospitales frente al 16 % de la zona urbana, los medicamentos representaron el mayor rubro destinado por las familias, siendo los asegurados del SIS con un 44% y el 62% no afiliado, ese gasto se asocia con no estar afiliado (2014). Concluyeron que el estar

afiliado al SIS tiene un efecto protector en el bolsillo de los hogares en condiciones de vulnerabilidad, y el menor gasto de bolsillo en la zona rural se relaciona con el uso del primer nivel de atención ya que no tienen las condiciones para acceder a niveles de mayor complejidad; por ello para alcanzar la anhelada cobertura universal urgen políticas de protección financiera y de oferta efectiva de los servicios.(14)

Giménez et al., (Paraguay, 2017) en su investigación titulada «Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay», cuyo propósito fue analizar los componentes del GBS, su distribución el impacto dentro de los estratos de la población. Estudiaron a 6 581,971 ciudadanos a quienes se les aplicó la encuesta EPH para medir el GB según las categorías promedio de GBS de la población enferma/accidentada, proporción del componente GBS, incidencia de componente del GBS sobre el ingreso promedio mensual y estratificación de resultados por condición de pobreza validada por la DGEEC. Encontraron como resultados que el GBS fue el 75,1%, el GBS promedio fue de 54,5 dólares, el 53% de este fue para medicamentos, 22,6% en exámenes de diagnósticos, 5,7% para consultas y 18,7% en hospitalizaciones. Concluyeron que el financiamiento del sistema de salud no es equitativo. (15)

Dentro de los estudios anteriores nacionales encontramos:

Suin et al., (Ecuador, 2020) en su investigación «Efectos de la afiliación al Seguro Social General en el gasto de bolsillo en salud de los hogares. Ecuador 2014», cuyo propósito fue determinar el resultado de estar afiliado a la seguridad social en el GBS de las familias ecuatorianas. Estudiaron a 22,364 hogares a quienes se les aplicó la encuesta Condiciones de Vida (CV) para medir el efecto del gasto de bolsillo en los afiliados, según las dimensiones gastos de bolsillo, jefe de hogar, afiliación, tamaño del hogar, ingresos, enfermedades crónicas, auto consideración del hogar, escolaridad, género y estado civil, validado por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC). Encontraron como resultados que los afiliados tienen mayor probabilidad de incurrir en GB con un 46,9% en relación a los no afiliados, y este se incrementa si el jefe de hogar es hombre con un 34,7% y femenino 32,6% más del gasto en salud. Concluyeron que no existe protección

financiera, pese a los aportaciones realizadas desde las instituciones hacía la seguridad social.(16)

Armijos et al., (Ecuador, 2019) en su investigación «Aumento de la pobreza e inequidad en el financiamiento del sistema de salud de Ecuador», cuyo propósito fue evaluar el aumento del nivel de pobreza producto del pago directo en atenciones, estudiaron a 29,100 familias a quienes se les aplicó la encuesta ECV y tuvo como dimensiones la línea de pobreza, tuvo un enfoque absoluto y relativo para valorar el incremento de la pobreza, se midió la desigualdad en el financiamiento, validado por el INEC. Encontrándose como resultados el aumento de la pobreza con un 2,2% por el pago de los hogares en salud, mayormente en medicamentos con un 36,7% y atención médica el 14,6% del gasto total relacionado al pago directo. Concluyeron que son regresivas las principales fuentes de financiamiento que afectan principalmente a la clase media.(17)

Armijos et al., (Ecuador, 2018) en su investigación «Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios de atención primaria en Ecuador», cuyo propósito fue analizar los determinantes en el uso del servicio sanitario desde los ejes de la prevención y curación. Estudiaron 19, 949 hogares y 92, 502 individuos a quienes se les aplicó la encuesta ENSANUT, para medir el estado de salud vigente en la población, se consideraron aspectos étnicos, geográficos, demográficos, económicos y sociales, validado por el MSP y el INEC. Encontrando como resultados que dentro de los grupos poblacionales los indígenas y los no afiliados a algún tipo de seguro, tienen menos probabilidades de acceso a la atención preventiva y curativa. Concluyeron que no existe inequidad horizontal, sin embargo, la etnia, escolaridad o no poseer un seguro médico, están asociados a una menor probabilidad de uso.(6)

Eckhardt et al., (Ecuador, 2018), en su investigación «Cobertura universal de salud en las zonas rurales de Ecuador: un estudio transversal de las emergencias percibidas», cuyo propósito fue estudiar los determinantes de comportamiento en la búsqueda de atención sanitaria, determinar la prevalencia del gasto catastrófico en salud, relacionado con los casos de emergencias familiares. Estudiaron a 210 hogares en una zona rural del país a quienes se les aplicó dos cuestionarios estructurados y validados, el primero según las dimensiones económicas,

sociodemográficas, definición de emergencia y percepción de los usuarios; el segundo cuestionario recopiló los síntomas, número de eventos, comportamiento de búsqueda de atención sanitaria, gasto en salud y capacidad de pago del hogar. Encontraron como resultados que la respuesta ante la emergencia fue del 85%, y como reacción ante ella la mayoría de la población acudió a servicios privados, incluido la medicina tradicional en un 57,4%, los servicios públicos trataron la tercera parte de los casos reportados, siendo el GBS promedio de 305,30 dólares. Concluyeron que las prestaciones de salud gratuitas no son suficientes para atender la demanda de emergencias en el sector público siendo necesario una mejor protección financiera.(18)

Sánchez et al., (Ecuador, 2016) en su investigación «Factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador», cuyo propósito fue definir los componentes sociales que se relacionan con el uso de los servicios prenatales en gestantes del país. Estudiaron a 5,998 mujeres atendidas por abortos o partos, para estimar la cobertura de atención prenatal y la persistencia de enfermedades de transmisión sexual, según las historias clínicas y entrevistas. Encontraron como resultado que el 94,1% asistió al menos a un control prenatal, el 73,1% acudió al menos cuatro controles, además factores socioeconómicos como escolaridad, mayor número de gestas, minorías raciales (indígenas y afros), y la ocupación en el sector agropecuario estuvieron asociados con la ausencia de controles durante el embarazo. Concluyeron que existe desigualdad para acceder y utilizar los servicios prenatales atribuible a los componentes socioeconómicos, siendo necesario establecer estrategias para alcanzar la cobertura deseada en la salud sexual y reproductiva.(19)

En lo referente a las teorías se efectuó la revisión de estudios científicos actualizados, acerca de accesibilidad, está según Arredondo et al.,(2) se define como la oferta de servicios sanitarios que favorecen o entorpecen el acceso de usuarios a los servicios requeridos, quedando claro el vínculo existente entre el sistema sanitario y los usuarios cuyo éxito radica en minimizar las barreras existentes que limiten dicho acceso, siendo necesario cambios profundos que garanticen la equidad a las prestaciones sanitarias priorizando la igualdad de oportunidad sin distinción alguna. (20)

A la accesibilidad se la puede abordar bajo tres premisas: parte del proceso al implementar una política pública, elemento fundamental de una política pública integral según la OMS, y el eslabón entre la oferta de un servicio y la demanda. Como parte del proceso al implementar una política pública: procura mejorar el buen vivir de la población, enfrentado una serie de obstáculos, que desafían el éxito del mismo, como: inseguridad, enfoques culturales, costumbres, burocracia, problemas económicos, y accesibilidad, que es un componente importante para cumplir los objetivos planteados, como plantea Grindle (1) el no contar con esta, amplía la brecha entre el estado ideal que se pretende y la realidad en que vive la población. (21)

Elemento fundamental de una política pública integral según la OMS: el derecho de salud engloba cuatro componentes que garantizan que esta sea integral y el alcance sea completo para satisfacer las demandas de la población, entre ellos están: disponibilidad (contar con suficientes unidades de salud, implementos y cartera de servicios), aceptabilidad (unidades humanizadas, sensibles a los requerimientos de los ciudadanos acorde a su género y grupo étnico, respetuosos de su cultura, y con valores éticos), calidad (atención apropiada y oportuna que cumpla con las expectativas y exigencias de los individuos) y la accesibilidad (bienes y servicios al alcance de la población, sin discriminación alguna, y que brinde condiciones para el acceso físico, que sea accesible financieramente e informativa que brinde la información necesaria para que el individuo, familia y comunidad comprenda y logre una atención efectiva). (1) (22)

Eslabón entre la oferta de servicios sanitarios y la demanda: vínculo entre la cartera de servicios del sistema de sanitario y la percepción del usuario en busca de la atención, con la finalidad que al hacer uso de estas pueda resolver su necesidad de manera óptima, oportuna, sin limitantes de acceso por parte del sistema o del usuario, que retrasen dicho proceso y de manera individualizada, de acuerdo a la realidad de cada situación.(1)(23)

Desde ese punto Donabedian (24) indica que es necesario considerar que existan las unidades de salud, y de igual manera las condiciones para que las personas puedan acceder a estas, considerando el costo que implica acudir, y lo que un

individuo deja de generar por llegar a recibir la atención, es la gran diferencia entre los que se ven limitados al carecer con los recursos necesarios para que dicho acceso sea efectivo, o bien lo que se tuvo que hacer para llegar hasta ahí, los medios para hacerlo efectivo, las instituciones a cargo y los mecanismos por los cuales se logró financiar, desde esta perspectiva es indispensable erradicar los limitantes existentes a fin de concretarla.(25)(26)

La Seguridad Social es un derecho humano (27) siendo su objetivo cubrir a la población frente al riesgo de enfermedad, el seguro social es un sistema de protección dotado de condiciones que disminuye la carga económica y social que puede ocasionar las enfermedades, accidentes e incluso la muerte; es la protección ante la incertidumbre económica que pueden afectar gravemente el bienestar familiar, desde ese punto las bajas coberturas que se tengan respecto a dicha protección traería muchos riesgos para las familias implicadas. (28)(29)

Los estudios teóricos indicaron dos enfoques en consideración, uno es el acceso al sistema sanitario acorde a sus características y la actitud de los usuarios en la búsqueda de atención, uno de sus exponentes es Levesque et al., (30) y el otro es el desempeño de sistema considerando la infraestructura, distribución del talento humano, bienes y servicios.(31)(32), siendo uno de sus exponentes más destacados Figueroa et al., (33) Sin embargo otros investigadores hacen referencia a que se evalúe el paso de los individuos a través del sistema con indicadores de resultado. (34) Todos coinciden en la existencia de barreras que condicionan el acceso efectivo entre las que destacan la geográfica, organizacional, sociocultural y económica. (35)

Geográfica están vinculadas a las condiciones espaciales como distancias de las unidades de salud, infraestructura vial, medios de transporte y horarios adecuados para la movilización, que un individuo enfermo esté al tanto de que existe algún servicio al que pueda acceder para resolver dicho problema, es decir que está a su alcance, y que puede ser abordado.(36)

Organizacional tienen que ver con la idoneidad del servicio que se presta, en cuanto a calidad técnica, interpersonal, coordinación, continuidad del servicio y las dificultades propias del sistema como asignación de turnos, horarios de atención,

agendamiento, tiempos de espera, derivación a unidades de mayor complejidad, obtención de código de derivación en la red ampliada de salud, entre otros. (23)(33)

Socioculturales relacionado con los valores personales, sociales, cultura, género y autonomía lo que determina la congruencia de que un individuo acepte los aspectos del servicio, si es aceptable para el entorno y la sociedad en que se encuentran, sus costumbres, creencias, cosmovisión del concepto de enfermedad y la aceptabilidad del seguro de ser el caso, la discriminación, negligencia o abuso pueden interactuar como limitantes, ya que el entendimiento es diferenciado y se dificulta más si tienen otro lenguaje. (37) (38)

Económicas expresan la capacidad de pago, o los recursos económicos con que se cuenta para pagar la atención, como los ingresos, ahorros, seguros de salud u otros; estiman el impacto que genera en un hogar el desembolso para adquirir insumos, medicamentos, exámenes, medios de diagnóstico, consultas médicas, hospitalizaciones, traslados, procedimientos quirúrgicos, tratamientos, cuidados paliativos, y lo que se deja de percibir por la pérdida de ingresos y/o flexibilidad laboral para llegar a recibir la atención requerida.(39) (40) (41) (42)

En lo referente a las teorías, se efectuó una búsqueda detallada de informaciones científicas actualizadas sobre el Gasto de bolsillo (GB) la OMS (43) lo define como el rubro destinado de manera formal o informal a actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e incluso cuidados paliativos, pese a disponer de un seguro de salud; siendo relevante su estudio ya que constituye una barrera de acceso, generando exclusión dentro de la población, pudiendo incluso llegar a ser catastróficos o empobrecedores en las familias en condiciones de vulnerabilidad.(44)(45)

Las desigualdades existentes en salud son históricas, abismales y cada vez más crecientes, el GB que es la manera más inequitativa, restrictiva e injusta de acceder a la atención requerida ya que recae sobre el enfermo y su familia sin importar si estos cuentan con los recursos necesarios para afrontarla o que deben hacer o dejar de hacer para cubrir la necesidad imperiosa de restablecer la salud.

Diversos estudios refieren que el GB depende de la capacidad financiera, aspectos sociales, demográficos, enfermedades crónicas o de emergencia y de las prestaciones de salud públicas y privadas. (3)(14)(46) Según la OPS (47) aproximadamente el 11,7% de la población del mundo efectuó GB que logró superar el 10% del ingreso total de esos hogares, el 2,6% alcanzó el 25%, siendo América Latina y el Caribe quien posee los niveles más altos con el 14,8%; reflejando la ausencia de protección financiera y los efectos en la economía de dichos hogares cuando aparece una situación adversa con respecto a su salud y el hecho de contar con un seguro médico no es garantía de no incurrir en dicho gasto según Pavón et al. (3) quien indica que el 95% de los afiliados a un seguro de salud registraron gastos de bolsillo.

Según Giménez et al.,(15) el conocer los componentes del GB y su distribución dentro de la población puede aportar al desarrollo o ajuste de las políticas ya existentes para viabilizar el acceso a las unidades esenciales de salud, debido a que el mismo rubro destinado por un hogar para pagar medicamentos o insumos puede resultar empobrecedor para otra familia en condición de vulnerabilidad; quedando claro que mientras más alto son los precios del servicio las familias más pobres participarían menos en los rubros del GBS, siendo el reflejo de un menor acceso debido a las barreras financieras, exactamente en el grupo que presenta más morbilidad y los que más necesitarían el servicio, quedando clara la desigualdad de los sistemas de salud de nuestros países.

Los procedimientos son el curso de acción para lograr un resultado favorable en la condición de salud de los individuos, a través de las prestaciones asistenciales sanitarias; dentro de esos están la consulta médica y hospitalización. Según Duarte et al. (48) en su estudio menciona que los gastos por hospitalización representan el 53,5% y las consultas un 26% del GB. Según Nedzinskiené, et al. (49) en los adultos con morbimortalidad el 51,54% de sus gastos fueron destinados a hospitalización.

Tratamientos son el conjunto de mecanismos o elementos cuya finalidad es la curación o alivio de los síntomas de una enfermedad, dentro de las que se destacan medicamentos, insumos, parenteral, terapias, entre otros. Según Giménez et

al.,(50) el mayor rubro del gasto de bolsillo está destinado a comprar medicamentos con un 56%. Según Herrera et al. (46) el 17,1% realizó gastos en medicamentos que es una práctica de desigualdad social que relega a la población más vulnerable, sobre todo ante enfermedades crónicas a mantener la pobreza de muchos hogares. Según Briceño et al. (51) los gastos en la compra de insumos médicos representa el principal componente del total de GBS.

Medios Diagnósticos son los exámenes complementarios, para confirmar o descartar un diagnóstico, entre estos están los exámenes de laboratorio y estudios de imagen, entendiéndose a rayos x, tomografías, ecografías resonancia magnética o estudios especiales, tendiendo muchas veces a superar la entrada financiera promedio de los hogares pobres y constituyendo más del 50% del ingreso familiar de los pobres no extremos. En algunos casos el pago por estudios de diagnóstico, como promedio de precios, puede superar el ingreso de un hogar pobre, y el no contar con ahorros, debido a su condición vulnerable que les alcanza únicamente para alimentarse, implica que los hogares pobres tengan que perder su patrimonio o caer en deudas para cubrir dichos pagos. (15)

Deducibles, entendido como aquellos gastos indirectos derivados de la búsqueda de atención en este caso el transporte y alimentación, que se restan del ingreso de los hogares y se relacionan también con la atención en salud, porque fueron empleadas para lograr dicho fin.(52) Según Ryder et al.(53), las familias de zonas rurales enfrentan una carga adicional de GB debido a viaje, comida, estacionamiento y alojamiento durante la hospitalización de una familiar, reportando cientos de dólares en gastos de cafeterías de los hospitales cada semana ya que tenían que permanecer en muchos casos en las salas de cuidados intensivos o quemados con su hijo menor de edad, de manera permanente, no pudiendo alejarse por mucho tiempo, incluso algunos reportaron llevar comida desde el hogar o saltarse las mismas con la finalidad de ahorrar, en esta última perjudicando la propia salud.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación tuvo un enfoque cuantitativo, con finalidad básica y alcance descriptivo.(54) Se basa en que se probó una hipótesis para definir conclusiones, incrementó nuevos conocimientos y describió los fenómenos y las condiciones tal como se manifestaron.

El diseño de estudio fue no experimental, tipo transversal correlacional.(55) Debido a que se observaron los hechos sin manipular las variables, la recolección de datos fue es en un solo momento y se establecieron relaciones.

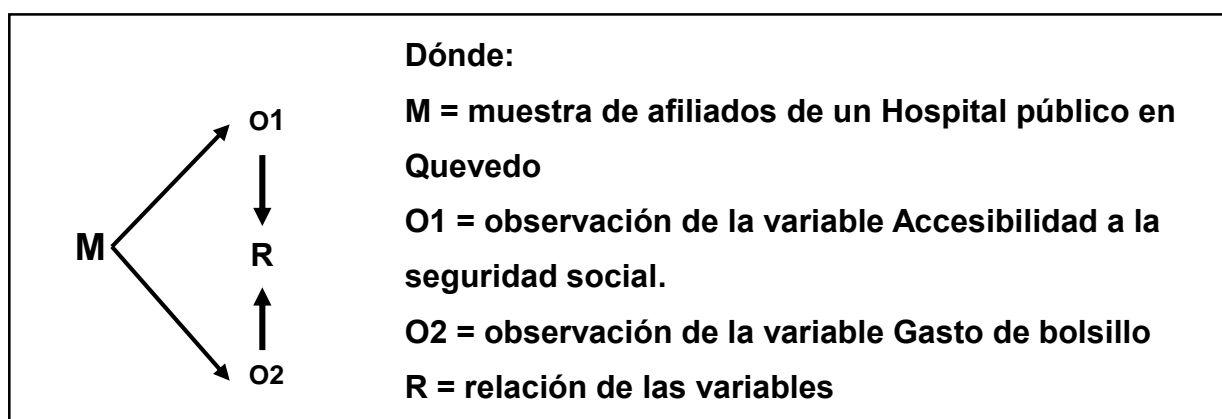


Figura 1 Esquema del tipo de investigación

3.2. Variables y operacionalización

Las variables de estudio fueron Accesibilidad a la seguridad social y Gasto de bolsillo.

Variable 1 Accesibilidad a la seguridad social.

- Definición conceptual: Es el proceso que permite entrelazar el acceso efectivo a prestaciones de salud y las necesidades percibidas de salud de los afiliados, condicionada por varios determinantes. Levesque et al. (30)

- Definición operacional: Es cuando existe mayor o menor posibilidad de que el afiliado reciba la atención médica requerida en la seguridad social, considerando las barreras que dificultan dicho proceso. Dos Santos et al. (25)
- Indicadores: Geográfica, organizacional, sociocultural y económica.
- Escala de medición: Ordinal.

Variable 2 Gasto de bolsillo

- Definición conceptual: Pago directo por procedimientos, tratamientos, medios diagnósticos y deducibles efectuados al momento de necesitar atención de manera formal o informal, si se cuenta con un seguro médico. Petretera et al. (14)
- Definición operacional: Es cuando se desglosa el pago directo en que incurren los afiliados a la seguridad social para acceder a la atención médica requerida. Guerrero et al. (56)
- Indicadores: Procedimientos, tratamientos, medios diagnósticos y deducibles.
- Escala de medición: Ordinal.

Dentro de las variables sociodemográficas estuvieron: edad, sexo, estado civil, zona geográfica, etnia, ingreso, escolaridad y seguro.

La matriz de operacionalización de variables detallada, se ubica en el **Anexo 2**.

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Categorías	Nivel y Rango
Accesibilidad a la Seguridad Social	Geográfica	Distancia	1,2	(1) Totalmente en desacuerdo	Baja (23 -45)
		Transporte	3,4		
	Organizacional	Atención	5,6	(2) En desacuerdo (3) Indeciso (4)	Media (46 -69)
		Tiempo	7,8		
		Recursos Físicos	9,10,11		
		Recursos Humanos	12		
	Sociocultural	Aceptabilidad	13,14, 15,16	(5) De acuerdo	Alta (70-115)
		Percepción del trato	17,18,19		
	Económica	Gastos de traslado	20,21,22	(5) Totalmente de acuerdo	
		Dejar de percibir	23		
Gasto de Bolsillo	Procedimientos	Consulta Médica	24	(1) Nunca (2) Rara vez (3) A veces (4)	Bajo (10 -20)
		Hospitalización	25		
		Medicamentos	26		
	Tratamientos	Insumos	27	(5) Frecuente-mente (5) Siempre	Medio (21 -39)
		Parenteral	28		
		Terapias	29		
	Medios Diagnósticos	Exámenes de Laboratorio	30		Alto (40 -50)
		Estudios de Imagen	31		
	Deducibles	Transporte	32		
Alimentación		33			

3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

La población de esta investigación la conformaron 1500 afiliados que acudieron a los servicios de hospitalización, emergencia y consulta externa del Hospital IESS Quevedo, durante el mes de junio del 2021.

La muestra estuvo conformada por 210 afiliados que tuvieron entre 18 y 65 años de edad. El tamaño muestral se precisó calculando con la fórmula para medir la proporción de calidad del 5% de afiliados que asistieron al Hospital IESS Quevedo, donde la población es finita, con un nivel de confianza del 95% ($Z=1,96$), la probabilidad de satisfacción del resultado del estudio piloto previo es del 70% ($p=0,7$), con una precisión de 5% ($d=0,1$) y 15% de proyección para perdidas.

(Anexo 3)

Dentro de los criterios de inclusión estuvieron: a) afiliados de 18 a 65 años, de ambos sexos, b) afiliados que aceptaron participar de manera voluntaria, c) afiliados a los seguros general, campesino, voluntario, montepío y jubilados.

Y los criterios de exclusión fueron: a) afiliados menores de 18 años, b) afiliados con extensión de cobertura, c) afiliados que laboraban en la institución, d) afiliados con discapacidad intelectual severa, e) afiliados que se negaron a participar del estudio.

Se realizó un piloto en 25 afiliados de los servicios antes mencionados, con la finalidad de evaluar el tiempo estimado para contestar, reacción, la claridad en la formulación de las preguntas del instrumento de recolección de datos y la detección de posibles errores en la redacción; la probabilidad de satisfacción fue del 70% ($p=70\%$) y de insatisfacción 30% ($q=0,3$), los cuáles fueron usados para el cálculo muestral.

La muestra fue de tipo probabilístico, por muestreo aleatorio simple, que se determinó por la tabla de números aleatorios según el orden de ingreso por día, durante las 24 horas de atención de los servicios de lunes a domingo, referido a consulta externa, hospitalización y emergencia en la primera mitad del mes de junio del 2021.

La unidad de análisis fueron los afiliados de 18 a 65 años del Hospital IESS Quevedo.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La encuesta fue la técnica utilizada para analizar la accesibilidad a la seguridad social y el gasto de bolsillo, como instrumento para recolectar datos, se usó el cuestionario que fue adaptado del cuestionario de Figueroa et al (2014), para la variable Accesibilidad, y para la variable GB el cuestionario fue adaptado de la Encuesta Condiciones de Vida de Ecuador (2013), según la realidad de la unidad de salud, la escala Likert fue modificada, se disminuyó a cinco niveles, que simplificaron el llenado y facilitaron la interpretación de datos, constó de preguntas cerradas, lógicas, correctamente distribuidas, cuyas respuestas se emitieron con la selección de un ítem para evitar tergiversaciones.

El cuestionario para medir la Accesibilidad a la seguridad social estuvo estructurado por 23 preguntas cerradas, divididas en cuatro dimensiones: geográfica, organizacional, sociocultural y económica; todas medidas con la escala Likert, cuyos rangos fueron: Alta (23 -53); Media (54 -84) y Baja (85-115). **(Anexo 4)**

Tabla 2. Ficha técnica del instrumento Accesibilidad a la Seguridad Social

Nombre del cuestionario	Cuestionario de Accesibilidad a la Seguridad Social
Autora	Br. Mirian Yadira Delgado Rodríguez
Adaptado	Si, a partir del modelo de Figueroa et al. (33)
Lugar	Hospital IESS Quevedo
Fecha de aplicación	Primera mitad de junio del 2021
Objetivo	Determinar el nivel de accesibilidad a la seguridad social en sus dimensiones en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021
Dirigido a	Afiliados de 18 a 65 años.
Tiempo estimado	10 minutos
Margen de error	0,05
Estructura	Compuesto de 23 ítems, con cuatro dimensiones: geográfica, organizacional, sociocultural y económica, con indicadores en escala tipo Likert con valores (1) Totalmente en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (3) Indeciso, (4) De acuerdo y (5) Totalmente de acuerdo.

El cuestionario para medir el gasto de bolsillo, estuvo compuesto por 10 preguntas en escala ordinal, con cuatro dimensiones: procedimientos, tratamientos, medios diagnósticos y deducibles, cuyos rangos fueron Bajo (10-20); Medio (21-39) y Alto (40-50).

Tabla 3. Ficha técnica del instrumento Gasto de Bolsillo

Nombre del cuestionario	Cuestionario de Gasto de Bolsillo
Autora	Br. Mirian Yadira Delgado Rodríguez
Adaptado	Si, Encuesta Condiciones de Vida Ecuador INEC (57)
Lugar	Hospital IESS Quevedo
Fecha de aplicación	Primera mitad de junio de 2021
Objetivo	Determinar el nivel del gasto de bolsillo en sus dimensiones en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.
Dirigido a	Afiliados de 18 a 65 años.
Tiempo estimado	5 minutos
Margen de error	0,05
Estructura	Compuesto de 10 ítems, con cuatro dimensiones Procedimientos, tratamientos, medios diagnósticos y deducibles; con indicadores en escala tipo Likert con valores (1) Nunca, (2) Rara vez, (3) A veces, (4) Frecuentemente y (5) Siempre.

La validación de este instrumento fue sometida a la consideración y opinión de cinco especialistas: Primer experto: Doctor en Ciencias Económicas mención Salud con 18 años de experiencia. El segundo experto: Magíster en Gestión Académica Universitaria con 23 años de experiencia y docente investigadora. El tercer experto: Magíster en Emergencias Médicas y Especialista en Atención Primaria en Salud con 14 años de experiencia. El cuarto experto fue una Magíster en Gerencia en Salud con experiencia en el primer y segundo nivel de atención y la quinta experta fue una Magíster Gerencia en Salud y docente universitaria. Todos evaluaron los criterios de pertinencia, relevancia, claridad y suficiencia en valoración del 1 al 4 y estuvieron de acuerdo con su aplicabilidad. **(Anexo 5)**

Tabla 4. Validación de juicio de expertos

Experto	Grado Académico	Nombre y Apellidos	Criterios	V de Aiken
1	Dr.	Roberto Costales Montenegro		
2	Mg.	Susana Padilla Buñay	Pertinencia	
3	Mg.	Manuel Pazmiño Chancay	Relevancia	0,98
4	Mg.	Carmen Cazañas Paredes	Claridad	
5	Mg.	Maricela Díaz Soledispa	Suficiencia	

Con los resultados del estudio piloto se aplicó el análisis factorial exploratorio con un método de extracción de los componentes principales, rotación varimax y la varianza de cada ítem que fue superior a 0,6. Se halló un coeficiente de KMO mayor de 0,5 y una significancia de Bartlett inferior a 0,05, lo que indicó que el tamaño muestral fue pertinente y que la matriz de covariaciones, es capaz de soportar el análisis factorial. Se encontraron 6 dimensiones que quedaron distribuidas como muestra la operacionalización de variables que en conjunto explicaron un 86%.

(Anexo 6)

Se analizó la confiabilidad del instrumento con el estudio piloto previo, utilizando la herramienta estadística Alfa de Cronbach, donde se obtuvo 0,95 equivalente a excelente. **(Anexo 7)**

Tabla 5. Prueba de confiabilidad de alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	Estadísticas de fiabilidad		Niveles(58)
		N° de elementos	
0,95	23 preguntas instrumento 1		Excelente
			Bueno
0,94	10 preguntas instrumento 2		Aceptable
			Débil
			Inaceptable

3.5. Procedimientos

Estos incorporaron los siguientes pasos:

- Elaboración de la herramienta (cuestionarios) de Accesibilidad a la Seguridad Social y Gasto de Bolsillo mediante la adaptación de los cuestionarios explicados anteriormente.
- Validación del contenido mediante el juicio de cinco expertos anteriormente detallado.
- Permisos y autorización para aplicar la encuesta: Se solicitó el permiso y autorización respectiva al Jefe de Docencia del Hospital IESS Quevedo, detallando el propósito del estudio y se emitió la respectiva carta de autorización (**Anexo 8**).
- Información verbal del consentimiento informado: Se solicitó el permiso respectivo a los afiliados, detallando la explicación del estudio, mostrando su decisión de participación voluntaria con su aceptación verbal y declarando el investigador sobre el cumplimiento de esta acción. (**Anexo 9**)
- Aplicación del estudio piloto: Durante el procedimiento, se informó sobre la reserva y confidencialidad de la información obtenida.
- Se aseguró el anonimato de los datos obtenidos y su no divulgación, sustentado con un compromiso del investigador. (**Anexo 10**)
- Determinación del tamaño muestral anteriormente detallado.
- Determinación de los tiempos de aplicación: Se planificó para ser ejecutado en diferente horario y días para obtener resultados más certeros, quedando establecido de lunes a viernes (6:00 am-18:00 pm) y los sábados y domingos de (8:00 am-20:00 pm)).

Además, se incorporaron los siguientes pasos:

- Aplicación del cuestionario en los servicios de hospitalización, emergencia y consulta externa, donde el personal sanitario fue capacitado para realizar la recolección de datos, aplicando el cuestionario anteriormente validado, manteniendo un ambiente de confidencialidad y respeto.

- Organización de la información. Los datos recolectados fueron codificados para su lectura, y análisis estadístico.

3.6. Método de análisis de datos

El tratamiento de los datos se realizó en una base de datos anónima y codificada con el programa Excel ®. El análisis de los mismos se efectuó con el programa estadístico SPSS® v. 22. 0.

Los datos fueron examinados valorando la fiabilidad de la consistencia interna, con el alfa de Cronbach, cuyas puntuaciones se calcularon en forma general y por ítems del instrumento. (59) Se utilizó el procedimiento ESCALA del programa SPSS® que ofrece el valor puntual y su intervalo de confianza de 95%. Considerando como valor mínimo el 0,7. Los datos administrativos de la institución y del estudio piloto previo se usaron para determinar el tamaño muestral con el programa Excel Fistera.

Se utilizó la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Spearman, dicho coeficiente permitió señalar la relación lineal entre las variables cualitativas de la investigación y el signo del mismo determinó el sentido de dicha asociación.

Se consignaron los gráficos de dispersión de puntos, para corroborar la correlación existente entre las variables, tablas y gráficos de barras en la explicación de los resultados.

3.7. Aspectos éticos

De manera obligatoria se utilizó el consentimiento informado previo de los afiliados que se plasmó con la aceptación verbal mediante su rúbrica, no fue necesario la aprobación por algún Comité de ética, por la particularidad del estudio y la legislación vigente: la información recabada de los afiliados estuvo disponible únicamente con fines científicos, quedando garantizado completamente su derecho de privacidad. De igual manera, la ética para efectuar esta investigación, se sustenta con revisiones científicas que garantizan la originalidad, respeto de autoría y de divulgación de esta con fines exclusivamente académicos.

IV. RESULTADOS

Objetivo general

Tabla 6. Relación entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel del gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021

	V2. Nivel del gasto de bolsillo		
Rho de Spearman	V1. Nivel de accesibilidad a la seguridad social	Coeficiente de correlación	,707**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	210

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

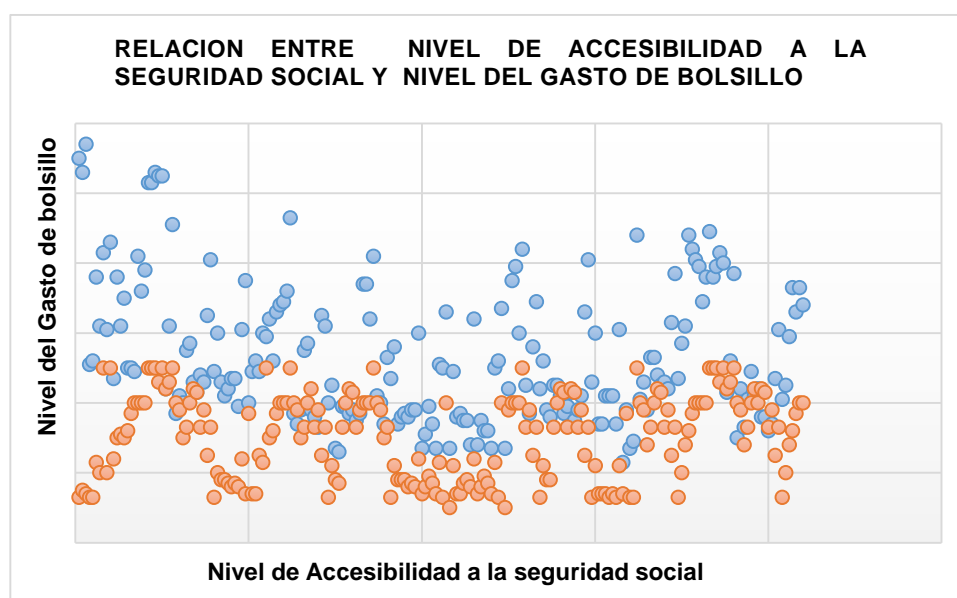


Figura 2. Relación entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y nivel del gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

Interpretación: Existe una relación positiva alta entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel del gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021, determinada por un valor de 0,707** del coeficiente de Spearman, con una significancia de ,000 menor a ($p < 0,05$) quedando claro la existencia de una correlación estadísticamente significativa entre estas. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa planteada.

Objetivo Específico 1

Tabla 7. Nivel de accesibilidad a la seguridad social en sus dimensiones, en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

VARIABLE	NIVEL DE ACCESIBILIDAD A LA SEGURIDAD SOCIAL							
	Geográfica		Organizacional		Sociocultural		Económica	
Dimensión	f	%	f	%	f	%	f	%
ESCALA								
ALTA	139	66,2	17	8,1	151	71,9	42	20
MEDIA	6	2,9	132	62,9	19	9	116	55,2
BAJA	65	28,1	61	29	40	19	52	24,8
TOTAL	210	100	210	100	210	100	210	100

Fuente: Elaboración propia.

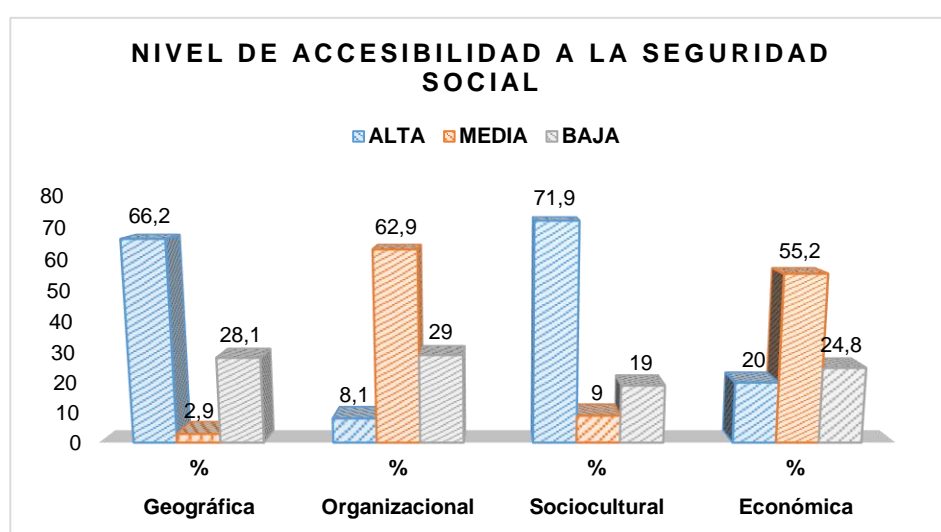


Figura 3. Nivel de accesibilidad a la seguridad social en sus dimensiones en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

Interpretación: El nivel de accesibilidad a la seguridad social es alta con un 51,4%, en forma agrupada; las dimensiones geográfica y sociocultural obtuvieron el 66,2% y 71,9% respectivamente, considerados altos, mientras que las dimensiones organizacional y económica obtuvieron un 62,9% y 55,2% respectivamente, ubicándose en el nivel medio de accesibilidad, quedando claro que las barreras de accesibilidad existentes son bajas. Por tanto, el nivel de accesibilidad a la seguridad social en las dimensiones organizacional y económica fueron las menos valoradas en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

Objetivo Específico 2

Tabla 8. Nivel del gasto de bolsillo en sus dimensiones en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

VARIABLE	NIVEL DEL GASTO DE BOLSILLO							
	Procedimientos		Tratamientos		Medios Diagnósticos		Deducibles	
Dimensión	f	%	f	%	f	%	f	%
ESCALA								
ALTO	65	25,7	95	45,2	94	44,8	96	45,8
MEDIO	39	18,6	49	23,3	37	17,6	93	44,3
BAJO	117	55,7	66	31,4	79	37,6	21	10
TOTAL	221	100	210	100	210	100	210	100

Fuente: Elaboración propia.

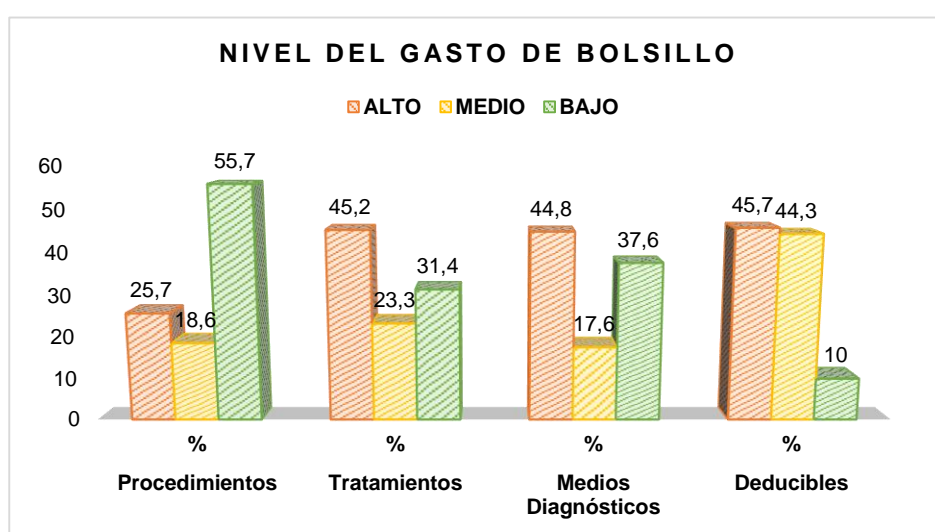


Figura 4. Nivel del gasto de bolsillo en sus dimensiones en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

Interpretación: El nivel de gasto de bolsillo es alto con un 39,5% en forma agrupada; las dimensiones tratamientos, que abarca medicamentos e insumos alcanzó un 45,2%, medios diagnósticos como exámenes de laboratorio e imágenes con 44,8% y deducibles como transporte y alimentación el 45,7%; el menor rubro estuvo destinado a cubrir procedimientos como consultas y hospitalizaciones, que obtuvo un nivel bajo con 55,7%. Por tanto, el nivel de gasto de bolsillo en sus dimensiones tratamientos, medios diagnósticos y deducibles fueron las más valoradas en los afiliados de un hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

Objetivo Específico 3

Tabla 9. Comparación de las valoraciones entre las dimensiones del nivel de accesibilidad a la seguridad social y las dimensiones del nivel del gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

		GASTO DE BOLSILLO															
		PROCEDIMIENTOS				TRATAMIENTOS				DIAGNÓSTICOS				DEDUCIBLES			
ACCESIBILIDAD A LA SEGURIDAD SOCIAL	DIMENSIONES	Alto	Medio	Bajo	Total	Alto	Medio	Bajo	Total	Alto	Medio	Bajo	Total	Alta	Medio	Bajo	Total
		n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
GEOGRÁFICA	Alta	9	29	101	139	45	29	65	139	44	21	74	139	58	62	19	139
	Media	1	5	0	6	0	6	0	6	0	6	0	6	0	5	1	6
	Baja	44	5	16	65	50	14	1	65	50	10	5	65	38	26	1	65
	Total	54	39	117	210	95	49	66	210	94	37	79	210	96	93	21	210
ORGANIZACIONAL	Alta	8	10	43	61	15	7	39	61	15	3	43	61	15	42	4	61
	Media	35	29	68	132	63	42	27	132	62	34	36	132	72	43	17	132
	Baja	11	0	6	17	17	0	0	17	17	0	0	17	9	8	0	17
	Total	54	39	117	210	95	49	66	210	94	37	79	210	96	93	21	210
SOCIOCULTURAL	Alta	7	30	114	151	49	38	64	151	48	27	76	151	56	78	17	151
	Media	12	4	3	19	11	6	2	19	11	5	3	19	11	4	4	19
	Baja	35	5	0	40	35	5	0	40	35	5	0	40	29	11	0	40
	Total	54	39	117	210	95	49	66	210	94	37	79	210	96	93	21	210
ECONÓMICA	Alta	2	2	38	42	10	5	27	42	10	5	27	42	15	5	2	22
	Media	21	32	63	116	48	30	38	116	47	22	47	116	56	42	18	116
	Baja	31	5	16	52	37	14	1	52	37	10	5	52	25	26	21	72
	Total	54	39	117	210	95	49	66	210	94	37	79	210	96	73	41	210

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: Existe una valoración alta del nivel de accesibilidad a la seguridad social en sus dimensiones geográfica y sociocultural, una puntuación media en las dimensiones organizacional y económica, mientras que, en las dimensiones del gasto de bolsillo procedimientos fue la única que tuvo una valoración baja, las tres restantes, tratamientos, medios diagnósticos y deducibles, predominó un nivel alto, quedando en manifiesto que la accesibilidad a la seguridad social implicó un gasto de bolsillo en los afiliados de un hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

Relación entre las dimensiones

Tabla 10. Relación entre las dimensiones del nivel de accesibilidad a la seguridad social y las dimensiones del nivel del gasto de bolsillo en los afiliados de un hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

Puntajes	Procedimientos	Tratamientos	Diagnósticos	Deducibles
	,632**	,443**	,513**	,106
Geográfica	(,000)	(,000)	(,000)	(,118)
Organizacional	,568**	,664**	,564**	,203**
	(,000)	(,000)	(,000)	(,003)
Sociocultural	,779**	,631**	,548**	,241**
	(,000)	(,000)	(,000)	(,000)
Económica	,613**	,609**	,534**	,232**
	(,000)	(,000)	(,000)	(,001)

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: La presente tabla evidencia la correlación que existió entre cada una de las dimensiones de las variables nivel de accesibilidad a la seguridad social y nivel del gasto de bolsillo, mismas que oscilan desde el 0,203** positiva baja hasta el 0,779** positiva alta, exceptuándose la dimensión deducible, que registró el ,106 una relación positiva muy baja pero no significativa; se comprueba la existencia de una relación positiva entre todas las dimensiones de las variables de estudio, con un valor de $p < 0,01$ siendo estadísticamente significativa por lo que se acepta la hipótesis alternativa planteada que existe una relación positiva entre las valoraciones de las dimensiones del nivel de accesibilidad a la seguridad social y las dimensiones del nivel del gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

Determinantes sociodemográficas de los afiliados según las variables

Tabla 11. Nivel de accesibilidad a la seguridad social y nivel del gasto de bolsillo según las características sociodemográficas de los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021

VARIABLES	ACCESIBILIDAD A LA SEGURIDAD SOCIAL				GASTO DEL BOLSILLO				
	ALTA	MEDIA	BAJA	TOTAL	ALTA	MEDIA	BAJA	TOTAL	
EDAD	18 -29 años	31	18	1	50	24	1	25	50
	30- 39 años	29	18	5	52	22	7	23	52
	40-49 años	31	3	13	47	20	15	12	47
	50-59 años	17	13	2	32	17	8	7	32
	60-65 años	-	23	6	29	1	22	6	29
	TOTAL	108	75	27	210	84	53	73	210
SEXO	Hombre	41	41	17	99	39	28	32	99
	Mujer	67	34	10	111	44	25	42	111
	TOTAL	108	75	27	210	83	53	74	210
E. CIVIL	Con pareja	64	43	17	124	49	28	47	124
	Sin Pareja	44	32	10	86	36	25	25	86
	TOTAL	108	75	27	210	85	53	72	210
ZONA	Urbana	100	36	-	136	68	29	39	136
	Rural	8	39	27	74	42	24	8	74
	TOTAL	108	75	27	210	110	53	47	210
ETNIA	Mestizo	101	59	19	179	74	37	68	179
	Blanco	5	4	-	9	6	3	-	9
	Indígena	-	11	8	19	-	10	9	19
	Afrodescendiente	2	1	-	3	-	3	-	3
	TOTAL	108	75	27	210	80	53	77	210
INGRESO	SBU	75	45	15	135	63	17	55	135
	< SBU	-	30	12	42	20	21	1	42
	>SBU	33	-	-	33	10	15	8	33
	TOTAL	108	75	27	210	93	53	64	210
ESTUDIOS	Ninguna	4	4	4	12	5	7	0	12
	Primaria	11	36	22	69	5	23	41	69
	Secundaria	72	35	1	108	50	16	42	108
	Superior	21	-	-	21	14	7	-	21
	TOTAL	108	75	27	210	74	55	83	210
SEGURO	General	95	42	5	142	65	28	49	142
	Campesino	13	16	8	37	8	9	20	37
	Voluntario	-	-	2	2	-	-	2	2
	Montepío	-	4	6	10	1	3	6	10
	Jubilado	-	13	6	19	-	13	6	19
	TOTAL	108	75	27	210	74	55	83	210

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: El nivel de accesibilidad a la seguridad social es alto con mayor frecuencia en el rango de 18 a 29 años y de 40 a 49 años, en el sexo femenino, con pareja, en la zona urbana, etnia mestiza, con un ingreso equivalente al salario básico unificado, escolaridad secundaria y en el tipo de seguro general; mientras que el nivel de gasto de bolsillo fue alto con predominio de entre los 18 a 29 años de edad, sexo femenino, con pareja, en la zona urbana, etnia mestiza, SBU, secundaria y tipo de seguro general, entre los afiliados de un hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

V. DISCUSIÓN

Considerando que la accesibilidad a los servicios de salud es un problema complejo dentro de los sistemas sanitarios del mundo, los países realizan esfuerzos encaminados a la protección financiera de su población, para asegurar que estos reciban la atención requerida sin tener que recurrir a gastos de bolsillo, entre esos esta la seguridad social; desde esa premisa el propósito de la investigación accesibilidad a la seguridad social y gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021 fue determinar la relación entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel de gasto de bolsillo, partiendo de la hipótesis que existe una relación positiva entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel de gasto de bolsillo en los afiliados.

Dentro de las limitaciones que tuvo esta investigación se encontraron, el disponer de un mínimo de estudios similares donde se asocien las variables accesibilidad y gasto de bolsillo, la mayoría se reducen a acceso, que es llegar a la puerta de la unidad, la accesibilidad va más allá al analizar el paso de los individuos a través de las unidades de salud; el tamaño muestral podría ser mayor considerando que se realizó en una unidad de segundo nivel de complejidad, para que sea más representativa; el tipo de muestreo pudo ser por conglomerados que abarque todos los grupos poblacionales que en este caso excluyó a los adultos mayores y el tipo experimental para obtener datos más objetivos, que por cuestión tiempo no fue posible desarrollar, pero queda abierta la posibilidad para próximas investigaciones.

En cuanto a los resultados, en el objetivo general para determinar la relación entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel del gasto de bolsillo en los afiliados, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, se obtuvo un valor de ,707** es decir una correlación positiva alta, este resultado se podría explicar por el nivel alto de accesibilidad con un 51,4% obtenido en forma agrupada, dado por un predominio alto en las dimensiones geográfica y sociocultural, debemos recordar que la accesibilidad al ser una política pública integral, no evalúa únicamente el desempeño del sistema, que se ubicó en el nivel medio, se considera además la facilidad para llegar a la unidad de salud y el trato recibido, durante su estancia, que en este estudio tendieron al alza en el nivel de dicha variable. En

cuanto al gasto de bolsillo también se obtuvo un nivel alto de 39.4% en forma agrupada, este se podría explicar por el predominio del nivel alto en tres de las cuatro dimensiones, relacionadas con el gasto en medicamentos, insumos, exámenes de laboratorio, estudios de imagen, transporte y alimentación realizado por el afiliado, en su búsqueda de atención médica en la seguridad social.

El valor de $p = 0,000$, este al ser menor a $0,05$, fue estadísticamente significativo, lo que permitió rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa planteada, que existió una relación positiva entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel de gasto de bolsillo en dichos afiliados, al analizar estos resultados se podría inferir que a mayor posibilidad de que el afiliado reciba atención médica en la seguridad social, mayor gasto de bolsillo este realizará.

Estos resultados, coinciden con Suin & Saetama (2020) en Ecuador, quienes pudieron comprobar la relación positiva entre la afiliación a la seguridad social y el gasto de bolsillo, con $r = 0,28^{**}$ a $0,69^{**}$ $p < 0,05$ teniendo el afiliado mayor probabilidad de incurrir en gastos relacionados a la atención sanitaria con un 46,9%, en relación con los no afiliados, fue transversal, utilizó como técnica la encuesta, sin embargo difiere en que es un estudio cuasi experimental, mientras que este fue no experimental. (16) Así mismo Vásquez (2020) en Perú menciona que los afiliados a la seguridad social (EsSalud) tuvieron mayor gasto de bolsillo en relación con los afiliados al Sistema Integral de Salud (SIS), con un promedio de 167,1 y 52,8 soles respectivamente, existiendo diferencia significativa entre los tipos de seguros con un valor de $p = 0,000$; tuvo similar metodología ya que fue de enfoque cuantitativo, finalidad básica, transversal y no experimental. (60) En tal sentido, se podría deducir que pertenecer a dicho sistema, no es garantía de contar con los beneficios en caso de requerirlos, sino más bien inferir que el estar afiliado a la seguridad social es sinónimo de incurrir en gastos de bolsillo.

Para contrastar este resultado, se debe mencionar a Knaul et al. (2018) en México, donde se comprobó la asociación positiva de la afiliación al SPS con la reducción del gasto de bolsillo, con una significancia al 1%, tuvo un enfoque cuantitativo, longitudinal, una muestra superior a 22,569 hogares y muestreo por conglomerados, se aplicó la encuesta como técnica y tres instrumentos para el

levantamiento de datos, discrepa de esta investigación ya que, fue longitudinal ideal para observar las variaciones durante intervalos de tiempo, una muestra superior a 22,000 mientras que el de este estudio 210 hogares, el muestreo por conglomerados entre tanto esta fue aleatorio simple para que todos tuvieran la misma oportunidad de ser parte de la investigación, la misma técnica empleada, pero en este estudio se empleó un instrumento, ya que era un grupo pequeño, con similares características y en un mismo periodo de tiempo; en cuanto a los resultados vale la pena recalcar que la investigación anteriormente mencionada corresponde a un seguro estatal subsidiado por el gobierno, mientras que esta investigación fue relacionada a la seguridad social, en individuos con relación de dependencia, trabajadores que tienen que aportar de sus salarios en el sector privado el 9,45% y el 11,45% en el sector público, siendo este descuento representativo para la economía de sus hogares, y aún tener que pagar al momento de necesitar atención médica. (61)

De igual manera se contrasta con Petrerá et al. (2018) en Perú en su investigación, cuyos resultados indicaron la relación positiva entre la no afiliación al SIS y el gasto de bolsillo, es decir un efecto protector sobre el gasto de bolsillo de los hogares, sin embargo, menciona que a medida que aumenta el nivel de complejidad en la atención, aumenta el nivel de gasto de bolsillo, que a su vez es una limitante de acceso. (14) Pese a que la metodología es similar ya que fue transversal, descriptivo, se utilizó la encuesta como técnica, muestreo probabilístico, se diferencia de este estudio ya que el anterior consideró únicamente a la población en condiciones de pobreza, que tuvieran un deterioro en su salud y la información fue obtenida en mayores de 12 años, excluyendo a los usuarios de atención preventiva que podrían incurrir en gastos de bolsillo, los demás estratos sociales y al obtener datos en menores de edad, la información podría ser subjetiva, induciendo a sesgos.

Al determinar el nivel de accesibilidad a la seguridad social, las dimensiones organizacional y económica fueron las menos valoradas en los afiliados, comprobándose la hipótesis planteada; dichos hallazgos podrían ser atribuidos por las dimensiones geográfica y sociocultural que fueron altas, ya que la unidad de salud se ubica en una zona estratégica de fácil acceso, donde acuden las

poblaciones aledañas de cuatro provincias, según los resultados se ha destacado por su trato humanizado y respetuoso de los valores y creencias de sus usuarios, sin embargo los procesos administrativos tales como el agendamiento, tiempos de espera, abastecimiento y dispensación así mismo, los recursos económicos para pagar los gastos extras derivados de la atención, la flexibilidad laboral y/o el dejar de percibir un ingreso para acudir a la unidad de salud, han actuado como limitantes de acceso.

Este resultado, fue corroborado por Bran et al. (2020) en Colombia, en su investigación, detallan la existencia de barreras administrativas y económicas en los individuos en su búsqueda de atención que limitaron el acceso efectivo, relacionadas con demoras en la entrega o dispensación incompleta de los medicamentos, induciendo a la población a incurrir en gastos de bolsillo o decidir abandonar los tratamientos por falta de recursos. Fue similar el resultado, pero discrepó en metodología ya que es de tipo cualitativo, la muestra se reduce a 16 usuarios, y se utilizaron entrevistas semiestructuradas, mientras que este estudio tuvo un enfoque cuantitativo, una muestra superior a 200 usuarios y se utilizó la encuesta como técnica para la recolección de datos.(13)

De igual manera, se menciona a Sousa et al., (2020) en Brasil, cuyos resultados indicaron que el nivel de accesibilidad fue bajo, considerándose los horarios de atención, disponibilidad del personal y tiempos de espera, fue de tipo transversal, una muestra de 349 profesionales y un cuestionario validado, concluyen que el sistema es débil para garantizar el acceso al APS; discrepa en cuanto a que ese trabajo es desde la perspectiva de los profesionales sanitarios y no de los usuarios.(62) En tal sentido, al analizar dichos resultados se puede inferir que mientras mejor estructurados se encuentren los procesos en las instituciones, existirán menos barreras de acceso y se podrá garantizar la accesibilidad a la población como es su derecho.

Al contrastar el nivel de accesibilidad obtenido, con Noriega (2018) en Perú, en su estudio las dimensiones del nivel de accesibilidad menos valoradas fueron la sociocultural con un 32,3% y la económica 39,8%, fue descriptivo, correlacional, con una muestra de 173 usuarios, se utilizó la encuesta y un cuestionario validado

para recolectar datos, similar a esta investigación, sin embargo sus resultados son diferentes, esto podría explicarse porque se trata de una unidad asistencial privada mientras que la presente fue efectuada en una pública. (63)

De igual manera Song et al. (2019) en Australia mencionan que la dimensión geográfica fue la menos valorada por los usuarios, fundamentada en las limitantes para llegar a la unidad de salud, sobretodo en personas con movilidad limitada, dolencias crónicas, o fragilidad y la dimensión económica no fue considerada una barrera; dicho estudio fue de enfoque cualitativo, tuvo una muestra reducida de 40 individuos se aplicaron entrevistas y solo se realizó en usuarios con enfermedades crónicas de 10 años o más. entre tanto que la presente tuvo un enfoque cuantitativo, se aplicó la encuesta y una muestra superior a 200 usuarios mayores de 18 años, integrando a los grupos etarios sanos y enfermos. (64)

En cuanto al nivel del gasto de bolsillo en sus dimensiones tratamientos, medios diagnósticos y deducibles, obtuvieron un nivel alto, siendo las más valoradas en los afiliados, comprobándose la hipótesis alternativa planteada; estos hallazgos se fundamentaron en las reiteradas quejas de los usuarios por afrontar gastos en medicamentos, insumos, terapias, exámenes de laboratorio y estudios de imagen con los que no se contaba en esta casa de salud, además de los gastos indirectos en transporte y/o alimentación derivados de la búsqueda de atención de médica, sobre todo en pacientes en hospitalización o con una estadía prolongada.

Este resultado fue similar al obtenido por Giménez et al. (2018) en Paraguay cuyo propósito fue determinar la composición del gasto de bolsillo en las familias, fue de tipo cuantitativo, la encuesta se utilizó como técnica para la recolección de datos, el muestreo fue probabilístico al igual que esta investigación, pero se diferencia en que fue por conglomerados; menciona que el 75,1% de la población de estudio efectuó gastos de bolsillo y que el 53% de ese gasto fue destinado a medicamentos, 22,6% a diagnósticos, 18,7% a hospitalización y el 5,7% restante a consultas, mientras que la presente obtuvo un nivel alto del 39,5%, mismo que fue destinado a medicamentos e insumos el 45,2%, medios diagnósticos el 44,8% y en menor rubro a hospitalización y consultas con 25,7%. (15)

De igual manera Petrera et al. (2018) en Perú en su estudio determinó que el mayor rubro de los hogares fue destinado para medicamentos con un 44% y el menor para consultas 4,4%, y hospitalización 3,6%, posee similar resultados y metodología; según menciona el déficit del financiamiento es una causa del gasto del bolsillo. (14)

Para contrastar el resultado, se menciona a Nedzinskiené et al. (2020) en Lituania, cuyos resultados indican que el 51,4% de los gastos de los usuarios fueron destinados a hospitalización y el 30,90% para medicamentos, discrepa de esta investigación ya que fue realizado en pacientes con multimorbilidad, es decir al menos dos enfermedades crónicas no transmisibles y la presente abarca a todos los grupos; ellos cuentan con un sistema de salud social obligatoria cubierta por el Fondo Nacional del Seguro de Salud y los gastos de bolsillo efectuados son reembolsados, entre tanto que en la presente los gastos de bolsillo son asumidos por los afiliados, señalando la inequidad existente en el financiamiento del sistema de salud, y la ausencia de protección financiera, sobre todo en los hogares en condiciones de vulnerabilidad. (49)

Así mismo Duarte et al. (2017) en Brasil, en su estudio mencionan que los gastos por hospitalización representaron el 53,5% y ambulatorios el 39,9% del gasto total efectuado, y dentro de los gastos ambulatorios, el mayor desembolso fue para exámenes con el 61% y consultas un 26%, dista del presente estudio ya que este fue de tipo longitudinal, donde se observaron las variaciones en cuanto a gastos del 2007 al 2013, entre tanto que este trabajo fue transversal, se realizó en un solo período de tiempo, en la primera se evaluó el gasto en base a los costos de un proveedor de servicios, de la red complementaria del país, (aseguradora privada) que si bien es cierto lo paga el cliente de manera previa, no es el pago efectuado directamente al momento de requerir atención médica; además el beneficio se extiende hasta el tercer grado de consanguineidad y segundo de afinidad del asegurado; entre tanto que en la seguridad social la cobertura se extiende al primer grado de consanguineidad de forma exclusiva de padres a hijos menores de 18 años de forma gratuita y al primero de afinidad (cónyuge) con un aporte del 3,41% del salario mensual. (48)

Existió una correlación positiva entre cada una de las dimensiones de las variables nivel de accesibilidad a la seguridad social y nivel del gasto de bolsillo, mismas que oscilaron desde el 0,203** positiva baja hasta el 0,779** positiva alta, exceptuándose la dimensión deducible, que registró el ,106 una correlación positiva muy baja y no significativa; comprobándose la hipótesis alternativa planteada.

En cuanto a esos resultados, se debe mencionar a Prada et al. (2016) en Colombia indican que el rubro destinado para transporte y alimentación alcanza el 21,1% del GBS y mencionan que algunos autores consideran que estos componentes no deben ser tomados en cuenta dentro del GBS por ser indirectos, pero están relacionados con la búsqueda de atención médica, por lo que si son considerados en este estudio, pese a que su correlación es baja con respecto a las demás dimensiones de las variables, este egreso puede ser representativo para los hogares en vulnerabilidad socioeconómica. (56)

En contraparte, Ryder et al. (2021) en Australia indican que durante la hospitalización, los cuidadores efectuaron un gasto significativo en alimentación y transporte (deducibles), especialmente los que residen el área rural, y con capacidad laboral reducida (53) teniendo incluso que decidir entre el bienestar familiar o la supervivencia financiera, haciendo que se retrase o eviten el tratamiento como estrategia. De igual manera Horrill et al. (2019) menciona en su investigación que los usuarios realizaban desembolsos en el transporte y alimentación hacia la unidad de salud, provocando que no lograran cubrir los gastos propios de su atención, dándole importancia a estos rubros. (65)

Existió un nivel alto de accesibilidad a la seguridad social y un nivel alto de gasto de bolsillo, en cada una de las características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, zona geográfica, etnia, ingreso, escolaridad y tipo de seguro en los afiliados, con un predominio en cuanto a edad, el rango entre 18 a 29 y 40 a 44 años, del sexo femenino, en relación de pareja, de la zona urbana, en cuanto a etnia mestizo, ingreso equivalente al salario básico unificado (400 USD), escolaridad secundaria y tipo de seguro general.

VI. CONCLUSIONES

La investigación determinó la existencia de una correlación positiva alta y significativa, entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel del gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

1. Existió un nivel alto de accesibilidad a la seguridad social en sus dimensiones geográfica y sociocultural, mientras que un nivel medio en las dimensiones organizacional y económico en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.
2. Existió un nivel alto de gasto de bolsillo en las dimensiones tratamientos, medios diagnósticos y deducibles, mientras que un nivel bajo en la dimensión procedimientos en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.
3. Existió una correlación positiva al comparar las valoraciones entre las dimensiones del nivel de accesibilidad a la seguridad social y las dimensiones del nivel del gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la Comunidad Científica ampliar el campo de estudio sobre la protección financiera en la seguridad social, fundamentar el alcance de esta política pública, para que los entes respectivos puedan hacer los correctivos necesarios y cumplir así, con el derecho de los afiliados a recibir el servicio que merecen sin tener que incurrir en gastos de bolsillo y que la seguridad social cumpla con su razón de ser.

1. Promover la alfabetización digital, telemedicina y agilizar el sistema de agendamiento de citas online, para acortar tiempos de espera en los afiliados, ya que la dimensión organizacional fue una de las menos valorada, evidenciando la existencia aún de barreras propias del sistema que deben ser subsanadas para aumentar la accesibilidad.

2. Fomentar el abastecimiento y dispensación adecuada del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, reactivos para exámenes de laboratorio y realizar mantenimiento preventivo de forma periódica al área de Imágenes, para evitar el desabastecimiento y/o averías en los mismos, ya que existió un nivel alto de gasto de bolsillo en dichos rubros, que la institución debería proporcionar a sus afiliados y al no hacerlo estos debieron cubrirlos de sus ingresos.

3. Promover la evaluación periódica de los departamentos de Farmacia, Imágenes y Laboratorio, a fin de que se encuentren abastecidos y operativos, ya que las barreras de tipo organizacional, económica y gasto del bolsillo reportados están relacionadas a dichos departamentos dentro de la unidad de salud y sus correctivos mejorarían las falencias detectadas.

REFERENCIAS

1. Alejandra Sánchez-Torres D, Alejandra D, Torres S. Artículos de opinión. 2017;55(1).
2. Arredondo A, Nájera P. Equity and accessibility in health? Out-of-pocket expenditures on health care in middle income countries: Evidence from Mexico. *Cad Saude Publica*. 2008;24(12):2819–26.
3. Pavón-León P, Reyes-Morales H, Martínez AJ, Méndez-Maín SM, Gogeoascoechea-Trejo M del C, Blázquez-Morales MSL. Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México. *Gac Sanit* [Internet]. 2017;31(4):286–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.015>
4. Gimenez Caballero E, Flores L PN. Artículo de revision / revision article 2 2. *Rev Salud Pública Parag* [Internet]. 2018;8:57–65. Available from: <http://scielo.iics.una.py/pdf/rspp/v8n2/2307-3349-rspp-8-02-57.pdf>
5. Reyes H, Dreser A, Arredondo A, Bautista S, Ávila L. Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019. *Salud Publica Mex*. 2019;61(5):685.
6. Armijos G, Mogro C. de atención primaria en Ecuador. *Estud Gerenciales*. 2017;33(144):292–301.
7. Yamey G, Beyeler N, Wadge H, Jamison D. Invirtiendo en salud: El argumento económico. Informe del foro sobre Inversión en salud de la cumbre mundial sobre innovación para la salud 2016. *Salud Publica Mex*. 2017;59(3):321–242.
8. Chang C. Evolución del sistema de salud de Ecuador: buenas prácticas y desafíos en su construcción. Década 2005-2014 TT - Evolution of health system Peru: Good practices and challenges in construction. Decade 2005-2014. *An Fac Med* [Internet]. 2017;78(4):445–51. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400014
9. Chang AY, Cowling K, Micah AE, Chapin A, Chen CS, Ikilezi G, et al. Past, present, and future of global health financing: A review of development

- assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995-2050. *Lancet*. 2019;393(10187):2233–60.
10. Otieno PO, Wambiya EOA, Mohamed SM, Mutua MK, Kibe PM, Mwangi B, et al. Access to primary healthcare services and associated factors in urban slums in Nairobi-Kenya. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1–9.
 11. Silva LS, Viegas SM da F, Nascimento LC do, Menezes C, Martins JRT, Potrich T. Universalidade do acesso e acessibilidade no cotidiano da atenção primária: vivências de usuários do SUS. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min*. 2020;10.
 12. Abierta UN. Tres momentos críticos de la Teoría Fundamentada Clásica. 2015;16:31–47.
 13. Bran Piedrahita L, Valencia Arias A, Palacios Moya L, Gómez Molina S, Acevedo Correa Y, Arias Arciniegas C. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción la Salud*. 2020;25(2):29–38.
 14. Petrerá Pavone M, Jiménez Sánchez E. Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010–2014. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:1–7.
 15. Giménez Caballero E, Rodríguez JC, Ocampos G, Flores L. Composition of out-of-pocket health spending in the health system of Paraguay. *Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud*. 2017;15(3):64–72.
 16. Suin Guaraca LH, Saetama Flores TR. Efectos de la afiliación al Seguro Social General en el Gasto de Bolsillo en Salud de los hogares. Ecuador 2014 TT - Effects of affiliation to General Social Security on household out-of-pocket health spending. Ecuador 2014. *Rev Fac Cienc Méd Univ Cuenca [Internet]*. 2020;38(1):33–42. Available from: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/3052/2364%0Ahttps://fi-admin.bvsalud.org/document/view/5cnk9>
 17. Armijos-Briones M, de Sousa FP, Zavala-Briones MM. Increase in the poverty and inequity in the funding of the ecuadorian health system. *Rev Salud Publica*. 2019;21(3):1–8.
 18. Eckhardt M, Santillán D, Faresjö T, Forsberg BC, Falk M. Universal health coverage in rural Ecuador: A cross-sectional study of perceived emergencies.

- West J Emerg Med. 2018;19(5):889–900.
19. Sánchez-Gómez A, Cevallos W, Grijalva M. Factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2009;25(5):353–61. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n5/341-346/es>
 20. Jiménez Barbosa WG, Granda Kuffo ML, Ávila Guzmán DM, Cruz Díaz LJ, Flórez Parra JC, Mejía LS, et al. Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. Univ y Salud [Internet]. 2017;19(1):126. Available from: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.76>
 21. Macias-Sanchez A, Villareal-Paez HJ. Sostenibilidad Del Gasto Público: Cobertura Y Financiamiento De Enfermedades Crónicas En México. Ensayos Rev Econ. 2018;37(1):99–133.
 22. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. Cad Saude Publica. 2018;34(7):e00067218.
 23. Haggerty J, Levesque JF, Harris M, Scott C, Dahrouge S, Lewis V, et al. Does healthcare inequity reflect variations in peoples' abilities to access healthcare? Results from a multi-jurisdictional interventional study in two high-income countries. Int J Equity Health. 2020;19(1):1–11.
 24. Donabedian Avedis. Aspects_of_medical_care_administration_specifying_requirements_for_health_care @ openlibrary.org [Internet]. Cambridge publicado para el CF por HUP, editor. Estados Unidos; 1973. Available from: <https://archive.org/details/aspectsofmedical00dona/page/n7/mode/2up>
 25. Dos Santos DBC, Vázquez-Ramos V, Da Costa Cunha Oliveira C, López-Arellano O. Accessibility in the area of health: A review of children with disabilities in Brazil- Peru-Colombia. Rev Latinoam Ciencias Soc Ninez y Juv. 2019;17(2).
 26. Dieleman JL, Cao J, Chapin A, Chen C, Li Z, Liu A, et al. US Health Care Spending by Payer and Health Condition, 1996-2016. 2021;98121:1996–2016.
 27. Nacional C, Social LEYDES, Primero L, Seguro DEL, Obligatorio G, General DELR, et al. Ley de seguridad social. 2014;1–91.

28. Latinoamericana R, Social DD. La Afiliación a La Seguridad Social Del Trabajo No Remunerado Del Hogar: El Modelo De Ecuador Como Ejemplo Para Un Debate Necesario. *Rev Latinoam Derecho Soc.* 2019;(28):71–101.
29. Sasso J. La seguridad social en el Ecuador, historia y cifras. *Actuar en mundos Plur Boletín Análisis Políticas Públicas*,. 2011;(6):19–21.
30. Levesque J-F, Harris M, Russell G. Patient-centred access to health care. *Int J Equity Health.* 2013;12(18):1–9.
31. Luzuriaga MJ, Bahia L. Processes of expansion and limits to privatization of healthcare in Latin America: beyond typologies. *Cad Saude Publica.* 2017;33Suppl 2:e00127616.
32. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Pública.* 2018;42:1–9.
33. Figueroa Pedraza D, Cavalcanti Costa GM. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: La visión de los usuarios de la estrategia salud de la familia. *Enferm Glob.* 2014;13(1):267–78.
34. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2020;44:1–9.
35. Zaldívar LG. El sistema de salud cubano: una mirada a su forma de financiamiento. *Econ Desarro.* 2018;160(2).
36. Houghton N, Bascolo E, Del Riego A. Monitoring access barriers to health services in the Americas: A mapping of household surveys. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2020;44:1–9.
37. Strzelecka A, Stachura M, Wójcik T, Kordyzon M, Chmielewski JP, Florek-łuszczki M, et al. Determinantsof primary healthcare patients' dissatisfaction with the quality of provided medical services. *Ann Agric Environ Med.* 2021;28(1):142–8.
38. Hajek A, Bertram F, Heinrich F, van Rūth V, Ondruschka B, Kretzler B, et al. Determinants of health care use among homeless individuals: evidence from the Hamburg survey of homeless individuals. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1–7.

39. Mathias H, van Zanten SV, Kits O, Heisler C, Jones J. Patient-ly Waiting: A Review of Patient-Centered Access to Inflammatory Bowel Disease Care in Canada. *J Can Assoc Gastroenterol*. 2018;1(1):26–32.
40. Javanparast S, Naqvi SKA, Mwanri L. Health service access and utilisation amongst culturally and linguistically diverse populations in regional South Australia: a qualitative study. *Rural Remote Health*. 2020;20(4):5694.
41. Stewart, David; Burton EWJ. Acceso a la Atención de Salud: Cuidados Seguros y de Calidad. *Enfermería una voz para liderar*. 2018. 25 p.
42. Houghton N, Bascolo E, Del Riego A. Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2020;44:1–9.
43. Organización Mundial de la Salud. La financiación de los sistemas de salud. *Oms*. 2010;12(1):144.
44. Hern L, Ur MR. Study of Out-of-Pocket Health Care Spending By Sinaloa Metropolitan. *Daena Int Good Conscienc*. 2020;5:1–21.
45. Giménez E, Caballero R, Peralta N, Araujo JM. Análisis del gasto de bolsillo ante la enfermedad de personas de 60 y más años según su condición de pobreza en Paraguay TT - Analysis of out-of-pocket expenses in the face of the disease of people aged 60 and over according to their condition of poverty. *Rev salud publica del Paraguay [Internet]*. 2019;9(2):46–52. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492019000200046&lang=pt%0Ahttp://scielo.iics.una.py/pdf/rspp/v9n2/2307-3349-rspp-9-02-46.pdf
46. Herrera-Ballesteros VH, Castro F, Gómez B. Análisis de los determinantes socioeconómicos del gasto de bolsillo en medicamentos en seis zonas geográficas de Panamá. *Value Heal Reg Issues [Internet]*. 2018;17:64–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vhri.2017.12.005>
47. Salud OP de la. *Salud Américas [Internet]*. 2017. 2017. 260 p. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
48. Duarte AL de CM, Oliveira F de M, Santos A de A, dos Santos BFC. Evolução na utilização e nos gastos de uma operadora de saúde. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(8):2753–62.

49. Nedzinskienė L, Jurevičienė E, Visockienė Ž, Ulytė A, Puronaitė R, Kasiulevičius V, et al. Structure and distribution of health care costs across age groups of patients with multimorbidity in Lithuania. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5):1–13.
50. Giménez Caballero E, Ocampos G, Rodríguez JC, Araujo JM, Peralta N. Gastos empobrecedores de salud: un desafío para la cobertura universal de salud en el Paraguay. *An la Fac Ciencias Médicas*. 2019;52(1):33–42.
51. Briceño Chamorro R, Vargas Brenes JR. Incidencia del gasto catastrófico en salud de los hogares costarricenses 2004 y 2013. *Población y Salud en Mesoamérica*. 2017;15(1).
52. Moscoso RE. Costos de enfermedades: clasificación y perspectivas de análisis. *Rev Cienc Salud*. 2017;15(1):7.
53. Ryder C, Mackean T, Hunter K, Coombes J, Holland AJA, Ivers R. Yarning up about out-of-pocket healthcare expenditure in burns with Aboriginal families. *Aust N Z J Public Health*. 2021;45(2):138–42.
54. Hernández Sampieri R. *Metodología de la Investigación*. 6th ed. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES SADC., editor. México D.F; 2014. 634 p.
55. Rojas M. Tipos de Investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. *Rev Electron Vet*. 2015;16(1):1–14.
56. R. Guerrero, Prada SI. Estudio de Medición de Gasto de Bolsillo en salud usando la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en Colombia. *PROESA – Cent Estud en Protección Soc y Econ la Salud*. 2016;(March):24–7.
57. Responsable FP, Informante CDDEL. Sistema Integrado de Indicadores de Hogares (SIH) ENCUESTA CONDICIONES DE VIDA – SEXTA RONDA – 2013 - 2014. 2014;
58. Franciele Cascaes da Silva A, , Elizandra Gonçalves B, , Beatriz Angélica Valdivia Arancibia C, Gisele Grazielle Bento1, a , Thiago Luis da Silva Castro, D Salma Stephany Soleman Hernandez, e R da S. Artículo de Revisión ESTIMATORS OF INTERNAL CONSISTENCY IN HEALTH RESEARCH: THE. 2015;32(1):129–38.

59. Medina AL, Arévalo NM, Beltrán SD, Chavarro YL, Herazo E, Campo Arias A. Consistencia interna y estructura interna del cuestionario AUDIT en amerindios. *Rev Investig Andin (En línea)*. 2014;16(28):871–80.
60. Alegría C. Escuela de Posgrado BIOMETRÍA. *Psikol Perkemb [Internet]*. 2020;(October 2013):1–126. Available from: <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3000/SilvaAcosta.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1046>
61. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Wong R, Lugo-Palacios DG, Méndez-Carniado O. Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012. *Salud Publica Mex*. 2018;60(2):130–40.
62. Nascimento S, Farias P De. Evaluation of accessibility to Primary Health Care services in the view of health personnel. 2020;1–7.
63. Noriega Martínez AI. Accesibilidad y satisfacción del paciente adulto mayor en el departamento de medicina física y rehabilitación de la clínica municipal de Santa Anita, 2018. *Univ César Vallejo*. 2018;
64. Song HJ, Dennis S, Levesque JF, Harris MF. What matters to people with chronic conditions when accessing care in Australian general practice? A qualitative study of patient, carer, and provider perspectives. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):1–13.
65. Horrill, T. C., Linton, J., Lavoie, J. G., Martin, D., Wiens, A., & Schultz A. Access to cancer care among Indigenous peoples in Canada: A scoping review. *Social science & medicine (1982)*, 238, 112495. [Internet]. Vol. 238. 2019. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112495>.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

TÍTULO: Accesibilidad a la seguridad social y gasto de bolsillo en afiliados de un hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021						
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	MÉTODO
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variable Independiente			Tipo de Investigación: Cuantitativo.
¿Existe relación entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel de gasto de bolsillo, en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021?	Determinar la relación entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel del gasto de bolsillo en afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.	Existe una relación positiva entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel del gasto de bolsillo en afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021	Accesibilidad a la seguridad social	Geográfica Organizacional Sociocultural Económica	Distancia Transporte Atención Tiempo Recursos Físicos Recursos Humanos Aceptabilidad Percepción del Trato Gastos de Traslado Dejar de Percibir	Diseño de Investigación: No Experimental, tipo transversal correlacional, descriptivo. Población: 1500 afiliados del Hospital IESS Quevedo. Muestra: 210 afiliados entre 18 y 65 años. Muestreo: Probabilístico, aleatorio simple. Técnicas: Encuestas Instrumentos: Cuestionarios

Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas	Variable Dependiente			
1) ¿Cuál es el nivel de accesibilidad a la seguridad social en sus dimensiones, identificado por los afiliados de un Hospital público en Quevedo, ¿Ecuador, 2021?	1) Determinar el nivel de accesibilidad a la seguridad social en sus dimensiones en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021	1) El nivel de accesibilidad a la seguridad social en sus dimensiones organizacional y económica son las menos valoradas, en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021	Gasto de bolsillo	Procedimientos	Consulta Médica Hospitalización	
2) ¿Cuál es el nivel de gasto de bolsillo en sus dimensiones, evaluado por los afiliados de un Hospital público en Quevedo, ¿Ecuador, 2021?	2) Determinar el nivel de gasto de bolsillo en sus dimensiones evaluado por los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021	2) El nivel de gasto de bolsillo en sus dimensiones tratamientos, medios diagnósticos y deducibles son más valoradas en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021		Tratamientos	Medicamentos Insumos Parenteral Terapias	
3) ¿Existe relación entre las valoraciones de las dimensiones del nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel del gasto de bolsillo en afiliados de un Hospital público en Quevedo, ¿Ecuador, 2021?	3) Comparar las valoraciones de las dimensiones del nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel del gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.	3) Existe una relación positiva entre las dimensiones del nivel de accesibilidad a la seguridad social y las dimensiones del nivel del gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.		Medios Diagnósticos	Exámenes de Laboratorio Estudios de Imagen	
				Deducibles	Transporte Alimentación	

Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	CATEGORÍA	NIVEL Y RANGO	ESCALA DE MEDICIÓN	
Accesibilidad a la Seguridad Social	Es el proceso que permite entrelazar el acceso efectivo a las prestaciones de salud con las necesidades percibidas de salud de la población, condicionada por varios determinantes. Levesque et al. (2013)	Es cuando existe mayor o menor posibilidad de que el afiliado reciba la atención médica requerida en la seguridad social, considerando las barreras que dificultan dicho proceso. Dos Santos et al. (2018)	Geográfica	Distancia	1,2	(1) Totalmente	Baja (23 -53)	Ordinal	
				Transporte	3,4				
			Organizacional	Atención	5,6	(2) En desacuerdo	(3) En desacuerdo		Media (54-84)
				Tiempo	7,8				
				Recursos físicos	9,10,11				
				Recursos humanos	12				
			Sociocultural	Aceptabilidad	13,14,15, 16	(4) Indeciso	(5) De acuerdo		Alta (85-115)
				Percepción del Trato	17,18,19				
				Económica	Gasto de traslado				
			Deja de percibir		23				

Gasto de Bolsillo	Pago directo por procedimientos, medios diagnósticos y deducibles efectuados al momento de necesitar atención de manera formal o informal, si se cuenta con un seguro médico. Petrera et al. (2018)	Es cuando se desglosa el pago directo en que incurrir los afiliados a la seguridad social para acceder a la atención médica requerida. Prada et al Guerrero et al. (2016)	Procedimientos	Consulta médica	24	(1)	Bajo (10 - 23)	Ordinal
				Hospitalización	25	Nunca (2)		
			Tratamientos	Medicamentos	26	Rara vez (3)	Alto (38 -50)	
				Insumos	27	A veces (4)		
				Parenteral	28	Frecuentemente (5)		
			Medios Diagnósticos	Terapias	29	Siempre		
				Exámenes de laboratorio	30			
			Deducibles	Estudios de imagen	31			
				Transporte	32			
				Alimentación	33			

Anexo 3. Cálculo de tamaño de la muestra

ESTIMAR UNA PROPORCIÓN

Total de la población (N) (Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)	1500
Nivel de confianza o seguridad (1-α)	95%
Precisión (d)	3%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir) (Si no tenemos dicha información $p=0.5$ que maximiza el tamaño muestral)	5%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	179

EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS

Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	210

Fuente: Fisterra. Calculadora en Excel para tamaño muestral

Autores: Beatriz López Calviño
Salvador Pita Fernández
Sonia Pértega Díaz
Teresa Seoane Pillado
Unidad de epidemiología clínica y bioestadística
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

<https://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp>

Anexo 4. Instrumento de recolección de datos



Saludos cordiales, solicito su colaboración para la realización de la presente encuesta, por lo que se le agradece complete todo el cuestionario, el cual tiene un carácter confidencial, mismo que está destinado a recopilar información que será necesaria como sustento de la investigación "Accesibilidad a la seguridad social y gasto de bolsillo en afiliados del Hospital IESS Quevedo, Ecuador, 2021."

1.- Datos sociodemográficos

EDAD... Años SEXO: Hombre Mujer ESTADO CIVIL: Con Pareja Sin Pareja ZONA: Urbana Rural

ETNIA: Mestizo Blanco Indígena Afrodescendiente INGRESO: SBU Menor SBU Mayor SBU

ESCOLARIDAD Ninguna Primaria Secundaria Superior SEGURO: General Campesino Voluntario Montepío Jubilado

2.- Datos Accesibilidad a la Seguridad Social

Este cuestionario incluye 23 preguntas. Para responder **elija una sola respuesta** para cada pregunta y marque con una X. Debe responder todas las preguntas.

Dimensión Geográfica		1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
1	¿El hospital se encuentra cerca de su vivienda?					
2	¿Le es fácil llegar desde su domicilio al hospital?					
3	¿Tiene facilidad para conseguir un medio de transporte que lo lleve al hospital?					
4	¿Le es fácil encontrar transporte público?					
Dimensión Organizacional		1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
5	¿Considera que la atención recibida fue buena?					
6	¿Considera usted que los trámites administrativos para ser atendido fueron sencillos?					
7	¿El tiempo de espera le pareció adecuado?					
8	¿Los horarios de atención son adecuados?					
9	¿Considera que el hospital cuenta con la infraestructura necesaria?					
10	¿El hospital cuenta con los equipos necesarios para atender sus necesidades?					
11	¿La farmacia cuenta con todos los medicamentos que le han recetado?					
12	¿El hospital cuenta con el personal suficiente?					
Dimensión Sociocultural		1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
13	¿Se siente tranquilo cuando se atiende en el hospital?					
14	¿Considera que el personal de salud se encuentra capacitado para brindarle la atención adecuada?					
15	¿Confía en que el tratamiento recibido será efectivo?					
16	¿El seguro cubre todos los tratamientos que usted necesita actualmente?					
17	¿Considera que el personal le brinda un buen trato?					
18	¿Durante la atención no se ha sentido vulnerado en sus creencias y costumbres?					
19	¿Siente que el personal de salud se preocupó por atender su problema de salud?					
Dimensión Económica		1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indeciso	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
20	¿Gasta poco dinero al trasladarse al hospital?					
21	¿Puede costear los gastos para acudir a consulta?					
22	¿Cuenta con el dinero suficiente para afrontar un gasto extra?					
23	¿Usted y/o su acompañante no tienen que dejar de trabajar para acudir a consulta?					

3. Datos Gasto de Bolsillo

Este cuestionario incluye 10 preguntas. Para responder **elija una sola respuesta** para cada pregunta y marque con una **X**. Debe responder todas las preguntas.

Dimensión Procedimientos		1 Nunca	2 Rara vez	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Siempre
24	¿En el último mes usted pagó por alguna consulta médica?					
25	¿Tuvo que realizar algún pago por su hospitalización?					
Dimensión Tratamientos						
26	¿Compró usted medicamentos para atender su salud?					
27	¿Compró usted materiales, férulas, ortopédicos u otros elementos para su atención médica?					
28	¿Efectuó usted algún pago por la aplicación de inyecciones o sueros?					
29	¿Realizó algún pago por terapia física, respiratoria, psicológica u otras?					
Dimensión Medios Diagnósticos						
30	¿Usted pagó por algún examen de laboratorio?					
31	¿Realizó algún pago por estudios de imagen tipo rayos x, ecografías, tomografías u otros?					
Dimensión Deducibles						
32	¿Efectuó usted algún tipo de gasto en transporte de ida y/o vuelta hacia el hospital?					
33	¿Usted realizó algún pago por alimentación mientras duró su estancia en el hospital?					

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 5 (a). Matriz de evaluación del instrumento por expertos

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN																				OBSERVACIÓN Y/O RECOMENDACIONES	
				PERTINENCIA					RELEVANCIA					CLARIDAD					SUFICIENCIA						
				J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5		
ACCESIBILIDAD A LA SEGURIDAD SOCIAL Estración entre la oferta de servicios de salud y la demanda de atención de los afiliados	GEOGRÁFICA	Condiciones espaciales	• Distancia	• ¿El hospital se encuentra cerca de su vivienda?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• Distancia	• ¿Le es fácil llegar desde su domicilio al hospital?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• Transporte	• ¿Tiene facilidad para conseguir un medio de transporte que lo lleve al hospital?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	
			• Transporte	• ¿Le es fácil encontrar transporte público?	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	
	ORGANIZACIONAL	Idoneidad del servicio	• Atención	• ¿Considera que la atención recibida fue buena?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	
			• Atención	• ¿Considera usted que los trámites administrativos para ser atendido fueron sencillos?	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• Tiempo	• ¿El tiempo de espera le pareció adecuado?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• Tiempo	• ¿Los horarios de atención son adecuados?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• Recursos Físicos	• ¿Considera que el hospital cuenta con la infraestructura necesaria?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• Recursos Físicos	• ¿El hospital cuenta con los equipos necesarios para atender sus necesidades?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• Recursos Físicos	• ¿La farmacia cuenta con todos los medicamentos que le han recetado?	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	• Recursos Humanos	• ¿El hospital cuenta con el personal suficiente?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4			
	SOCIOCULTURAL	Percepción, cultural y social	• Aceptabilidad	• ¿Se siente tranquilo cuando se atiende en el hospital?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	
			• Aceptabilidad	• ¿Considera que el personal de salud se encuentra capacitado para brindarle la atención adecuada?	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	
			• Aceptabilidad	• ¿Confía en que el tratamiento recibido será efectivo?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• Aceptabilidad	• ¿El seguro cubre todos los tratamientos que usted necesita actualmente?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• Percepción del trato	• ¿Considera que el personal le brinda un buen trato?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• Percepción del trato	• ¿Durante la atención no se ha sentido vulnerado en sus creencias y costumbres?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			• Percepción del trato	• ¿Siente que el personal de salud se preocupó por atender su problema de salud?	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	
	ECONÓMICA	Recursos económicos disponibles	• Gastos de traslado	• ¿Gasta poco dinero al trasladarse al hospital?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
• Gastos de traslado			• ¿Puede costear los gastos para acudir a consulta?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
• Gastos de traslado			• ¿Cuenta con el dinero suficiente para afrontar un gasto extra?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4		
• Dejar de percibir			• ¿Usted y/o su acompañante no tienen que dejar de trabajar para acudir a consulta?	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		

4 OPCIONES DE RESPUESTA

Totamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totamente en desacuerdo
1	2	3	4	5

Anexo 5(b). Criterios de validación de instrumento por expertos

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: «Accesibilidad a la Seguridad Social»

OBJETIVO: Determinar el nivel de accesibilidad a la seguridad social en sus dimensiones en los afiliados del Hospital IESS Quevedo, Ecuador, 2021.

DIRIGIDO A: Afiliados de entre 18 y 65 años.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA		
Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.	1	No cumple con el criterio. Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
	2	Bajo Nivel. Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total
	3	Moderado nivel. Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4	Alto nivel. Los ítems son suficientes
CLARIDAD		
El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1	No cumple con el criterio. El ítem no es claro
	2	Bajo Nivel. El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3	Moderado nivel. Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem
	4	Alto nivel. El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada
COHERENCIA		
El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1	No cumple con el criterio. El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	2	Bajo Nivel El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3	Moderado nivel El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo
	4	Alto nivel El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA		
El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1	No cumple con el criterio El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2	Bajo Nivel El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste
	3	Moderado nivel El ítem es relativamente importante.
	4	Alto nivel El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

DATOS DE LOS JUECES

JUEZ 1: Isaac Roberto Costales Montenegro.

GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA: Doctor en Ciencias Económicas mención Salud.

ESPECIALIDAD Y/O CAMPO: Magister en Desarrollo de la Inteligencia y Educación, Diplomado Superior en Investigación Educativa y Planificación Curricular, con 18 años de experiencia como Gerente y Director de Hospitales Públicos y Privados.

JUEZ 2: Susana Padilla Buñay.

GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA: Magíster en Gestión Académica Universitaria

ESPECIALIDAD Y/O CAMPO: Especialista en Atención Primaria de la Salud y Diplomado Superior en Pedagogía Universitaria, con 23 años de experiencia en docencia e investigación.

JUEZ 3: Manuel Jesús Pazmiño Chancay.

GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA: Magister en Emergencias Médicas y Medicina Forense.

ESPECIALIDAD Y/O CAMPO: Especialista en Atención Primaria de la Salud, Especialista en Cirugía General y Diplomado Superior en Salud Ocupacional, con 14 años de experiencia profesional y docente.

JUEZ 4: Carmen del Rocío Cazañas Paredes.

GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA: Magíster en Gerencia en Salud para el desarrollo local.

ESPECIALIDAD Y/O CAMPO: Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica en Salud, con 8 años de experiencia en administración y 4 años de docencia.

JUEZ 5: Díaz Soledispa Maricela Mariana






GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA: Magíster en Gerencia de Servicios de Salud

ESPECIALIDAD Y/O CAMPO: Gerencia con 4 años de experiencia docente y 1 año de experiencia en investigación.

LOS JURADOS DECLARAN QUE SUS GRADOS ACADÉMICOS PUEDEN SER VERIFICADOS EN LAS PÁGINAS DE:

I. **SENESCYT (ECUADOR):** <https://www.senescyt.gob.ec/web/guest/consultas>

FIRMAN LA REVISIÓN EN FECHA: 20 de mayo del 2021

JUEZ 1	Roberto Isaac Costales Montenegro	DNI: 0601827017	Insertar firma dentro del recuadro  Firmado electrónicamente por: ROBERTO ISAAC COSTALES MONTENEGRO
JUEZ 2	Susana Padilla Buñay	DNI: 0601873474	Insertar firma dentro del recuadro 
JUEZ 3	Manuel Jesús Pazmiño Chancay	DNI: 0921811485	Insertar firma dentro del recuadro  Firmado electrónicamente por: MANUEL JESUS PAZMINO CHANCAY
JUEZ 4	Carmen del Rocío Cazañas Paredes	DNI: 0501867378	Insertar firma dentro del recuadro  Firmado electrónicamente por: CARMEN DEL ROCIO CAZAÑAS PAREDES
JUEZ 5	Maricela Mariana Díaz Soledispa	DNI: 0918284886	Insertar firma dentro del recuadro  Firmado electrónicamente por: MARICELA MARIANA DIAZ SOLEDISPA

Anexo 5 (a). Matriz de evaluación del instrumento por expertos

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN																				OBSERVACIÓN Y/O RECOMENDACIONES
				PERTINENCIA					RELEVANCIA					CLARIDAD					SUFICIENCIA					
				J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	
GASTO DE BOLSILLO Gastos directos para acceder a salud	Procedimientos	• Consulta médica	• ¿En el último mes usted pagó por alguna consulta médica?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3
	Curso de acción para lograr un resultado en la atención	• Hospitalización	• ¿Tuvo que realizar algún pago por su hospitalización?	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Tratamientos Plan de acción para restablecer la salud	• Medicamentos	• ¿Compró usted medicamentos para atender su salud?4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		• Insumos	• ¿Compró usted materiales, férulas, ortopédicos u otros elementos para su atención médica?	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		• Parenteral	• ¿Efectuó usted algún pago por la aplicación de inyecciones o sueros?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		• Terapia	• ¿Realizó algún pago por terapia física, respiratoria, psicológica u otras?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Medios Diagnósticos	• Exámenes de Laboratorio	• ¿Usted pagó por algún examen de laboratorio?	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Estudios complementarios	• Estudios de Imagen	• ¿Realizó algún pago por estudios de imagen tipo rayos x, ecografías, tomografías u otros?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Deducibles	• Transporte	• ¿Efectuó usted algún tipo de gasto en transporte de ida y/o vuelta hacia el hospital?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	
	Gastos Derivados	• Alimentación	• ¿Usted realizó algún pago por alimentación mientras duró su estancia en el hospital?	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	

OPCIONES DE RESPUESTA

Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

Anexo 5(b). Criterios de validación de instrumento por expertos

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: «Gasto de Bolsillo»

OBJETIVO: Determinar el nivel de gasto de bolsillo en sus dimensiones en los afiliados del Hospital IESS Quevedo, Ecuador, 2021.

DIRIGIDO A: Afiliados de entre 18 y 65 años.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA		
Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.	1	No cumple con el criterio. Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
	2	Bajo Nivel. Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total
	3	Moderado nivel. Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4	Alto nivel. Los ítems son suficientes
CLARIDAD		
El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1	No cumple con el criterio. El ítem no es claro
	2	Bajo Nivel. El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3	Moderado nivel. Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem
	4	Alto nivel. El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada
COHERENCIA		
El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1	No cumple con el criterio. El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	2	Bajo Nivel El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3	Moderado nivel El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo
	4	Alto nivel El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA		
El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1	No cumple con el criterio El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2	Bajo Nivel El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste
	3	Moderado nivel El ítem es relativamente importante.
	4	Alto nivel El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

DATOS DE LOS JUECES

JUEZ 1: Isaac Roberto Costales Montenegro.

GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA: Doctor en Ciencias Económicas mención Salud.

ESPECIALIDAD Y/O CAMPO: Magister en Desarrollo de la Inteligencia y Educación, Diplomado Superior en Investigación Educativa y Planificación Curricular, con 18 años de experiencia como Gerente y Director de Hospitales Públicos y Privados.

JUEZ 2: Susana Padilla Buñay.

GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA: Magíster en Gestión Académica Universitaria

ESPECIALIDAD Y/O CAMPO: Especialista en Atención Primaria de la Salud y Diplomado Superior en Pedagogía Universitaria, con 23 años de experiencia en docencia e investigación.

JUEZ 3: Manuel Jesús Pazmiño Chancay.

GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA: Magister en Emergencias Médicas y Medicina Forense.

ESPECIALIDAD Y/O CAMPO: Especialista en Atención Primaria de la Salud, Especialista en Cirugía General y Diplomado Superior en Salud Ocupacional, con 14 años de experiencia profesional y docente.

JUEZ 4: Carmen del Rocío Cazañas Paredes.

GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA: Magíster en Gerencia en Salud para el desarrollo local.

ESPECIALIDAD Y/O CAMPO: Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica en Salud, con 8 años de experiencia en administración y 4 años de docencia.

JUEZ 5: Díaz Soledispa Maricela Mariana






GRADO ACADÉMICO DE LA EVALUADORA: Magíster en Gerencia de Servicios de Salud

ESPECIALIDAD Y/O CAMPO: Gerencia con 4 años de experiencia docente y 1 año de experiencia en investigación.

LOS JURADOS DECLARAN QUE SUS GRADOS ACADÉMICOS PUEDEN SER VERIFICADOS EN LAS PÁGINAS DE:

II. **SENESCYT (ECUADOR):** <https://www.senescyt.gob.ec/web/guest/consultas>

FIRMAN LA REVISIÓN EN FECHA: 20 de mayo del 2021

JUEZ 1	Roberto Isaac Costales Montenegro	DNI: 0601827017	Insertar firma dentro del recuadro  Firmado electrónicamente por: ROBERTO ISAAC COSTALES MONTENEGRO
JUEZ 2	Susana Padilla Buñay	DNI: 0601873474	Insertar firma dentro del recuadro 
JUEZ 3	Manuel Jesús Pazmiño Chancay	DNI: 0921811485	Insertar firma dentro del recuadro  Firmado electrónicamente por: MANUEL JESUS PAZMINO CHANCAY
JUEZ 4	Carmen del Rocío Cazañas Paredes	DNI: 0501867378	Insertar firma dentro del recuadro  Firmado electrónicamente por: CARMEN DEL ROCIO CAZAÑAS PAREDES
JUEZ 5	Maricela Mariana Díaz Soledispa	DNI: 0918284886	Insertar firma dentro del recuadro  Firmado electrónicamente por: MARICELA MARIANA DIAZ SOLEDISPA

Anexo 5(c). Validez de contenido con V de Aiken

Ítems	Criterios	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Promedio	V de Aiken	Límite Inferior	Límite Superior	Valoración
Pregunta 1	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4,0	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 2	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 3	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	3	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 4	Pertinencia	4	4	3	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 5	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
Pregunta 6	Pertinencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 7	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 8	Pertinencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 9	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 10	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 11	Pertinencia	3	4	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE

	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 12	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 13	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
Pregunta 14	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	3	4	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Claridad	4	3	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
Pregunta 15	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 16	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 17	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 18	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 19	Pertinencia	4	4	3	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 20	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4,0	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 21	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 22	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE

	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	3	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 23	Pertinencia	4	4	3	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 24	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
Pregunta 25	Pertinencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 26	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 27	Pertinencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 28	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 29	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 30	Pertinencia	3	4	4	4	4	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 31	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
Pregunta 32	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE

	Suficiencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
Pregunta 33	Pertinencia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Relevancia	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Claridad	4	4	4	4	4	4	1,000	0,796	1,000	ACEPTABLE
	Suficiencia	4	4	4	4	3	3,8	0,933	0,702	0,988	ACEPTABLE
TOTAL							4,0	0,987	0,776	0,999	ACEPTABLE
								VALOR FINAL		98,7%	

MÍNIMO VALOR 1
CATEGORÍAS 4
RANGO 3
NÚMERO DE EXPERTOS 5
NIVEL DE CONFIANZA 95%
NIVEL DE SIGNIFICANCIA 5%
Z 1,96
DESVIACIÓN ESTÁNDAR 0,03

Intervalo de confianza Valor
Límite inferior ≥ 0.70

Anexo 5(d). Análisis factorial exploratorio del instrumento

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,857
Prueba de esfericidad de	Aprox. Chi-cuadrado	8027,827
Bartlett	gl	253
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
ITEM1	1,000	,918
ITEM2	1,000	,950
ITEM3	1,000	,957
ITEM4	1,000	,954
ITEM5	1,000	,858
ITEM6	1,000	,767
ITEM7	1,000	,855
ITEM8	1,000	,681
ITEM9	1,000	,761
ITEM10	1,000	,849
ITEM11	1,000	,887
ITEM12	1,000	,878
ITEM13	1,000	,888
ITEM14	1,000	,878
ITEM15	1,000	,891
ITEM16	1,000	,861
ITEM17	1,000	,912
ITEM18	1,000	,864
ITEM19	1,000	,938
ITEM20	1,000	,782
ITEM21	1,000	,856
ITEM22	1,000	,715
ITEM23	1,000	,648

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	11,928	51,863	51,863	9,675	42,064	42,064
2	2,850	12,393	64,255	3,524	15,322	57,386
3	1,990	8,654	72,909	2,516	10,937	68,323
4	1,670	7,263	80,172	2,105	9,152	77,476
5	1,109	4,823	84,996	1,730	7,520	84,996
6	,844	3,669	88,665			
7	,746	3,246	91,911			
8	,380	1,650	93,561			
9	,344	1,498	95,058			
10	,286	1,245	96,304			
11	,220	,957	97,260			
12	,141	,615	97,875			
13	,110	,478	98,353			
14	,096	,416	98,769			
15	,068	,296	99,066			
16	,055	,237	99,303			
17	,043	,188	99,491			
18	,030	,130	99,622			
19	,029	,127	99,748			
20	,024	,102	99,851			
21	,017	,073	99,924			
22	,010	,043	99,967			
23	,008	,033	100,000			

Matriz de componente rotado

	Componente				
	1	2	3	4	5
ITEM1	,736	,550	,225	-,091	,119
ITEM2	,754	,569	,198	-,099	,092
ITEM3	,748	,537	,293	-,128	,083
ITEM4	,739	,566	,226	-,157	,111
ITEM5	,144	,894	-,022	,182	,066
ITEM6	,202	,791	-,032	,283	,139
ITEM7	,146	,151	,290	,850	,066
ITEM8	-,072	,452	-,189	,371	-,546
ITEM9	,822	,022	,173	,126	-,197
ITEM10	,857	,023	,197	,102	-,256
ITEM11	,054	,006	,900	,250	,107
ITEM12	,142	,130	,399	,825	,041
ITEM13	,909	,080	-,043	,212	,096
ITEM14	,899	,119	-,029	,188	,142
ITEM15	,896	,147	-,054	,143	,207
ITEM16	,112	,023	,882	,234	,126
ITEM17	,916	,067	,017	,080	,248
ITEM18	,890	,159	,041	,066	,203
ITEM19	,938	,168	,020	,056	,162
ITEM20	,699	,454	,246	-,158	,050
ITEM21	,657	,483	,268	-,230	,259
ITEM22	,198	,202	,458	,226	,612
ITEM23	,136	,196	,052	,073	,763

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,868
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	3306,488
	gl	45
	Sig.	,000

	Comunalidades	
	Inicial	Extracción
ITEM24	1,000	,658
ITEM25	1,000	,500
ITEM26	1,000	,396
ITEM27	1,000	,862
ITEM28	1,000	,960
ITEM29	1,000	,944
ITEM30	1,000	,944
ITEM31	1,000	,965
ITEM32	1,000	,058
ITEM33	1,000	,673

Matriz de componente

	Componente 1
ITEM24	,813
ITEM25	,714
ITEM26	,648
ITEM27	,926
ITEM28	,979
ITEM29	,969
ITEM30	,970
ITEM31	,980
ITEM32	,266
ITEM33	,809

Método de extracción:
análisis de componentes
principales.

a. 1 componentes
extraídos.

Varianza total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciales ^a		Sumas de cargas al cuadrado de la extracción		
		% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	15,994	74,970	74,970	15,994	74,970	74,970
2	1,557	7,298	82,268			
3	1,025	4,806	87,074			
4	,959	4,497	91,571			
5	,922	4,321	95,892			
6	,539	2,529	98,421			
7	,222	1,039	99,460			
8	,056	,261	99,721			
9	,032	,148	99,869			
10	,028	,131	100,000			

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Anexo 6. Confiabilidad del instrumento de recolección de datos

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,952	23

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM1	55,67	376,807	,885	,947
ITEM2	55,69	376,159	,897	,947
ITEM3	55,71	375,623	,898	,947
ITEM4	55,80	374,783	,883	,947
ITEM5	56,57	409,280	,482	,952
ITEM6	56,36	406,030	,514	,952
ITEM7	54,09	407,930	,380	,953
ITEM8	56,76	427,180	,017	,955
ITEM9	56,02	391,789	,697	,950
ITEM10	55,92	389,472	,717	,949
ITEM11	53,95	410,572	,325	,954
ITEM12	54,14	406,611	,391	,953
ITEM13	56,09	385,323	,803	,948
ITEM14	55,99	383,253	,820	,948
ITEM15	56,04	381,783	,827	,948
ITEM16	53,97	408,157	,377	,953
ITEM17	55,98	380,904	,828	,948
ITEM18	55,90	378,154	,842	,948
ITEM19	56,11	381,681	,872	,947
ITEM20	55,67	382,777	,788	,948
ITEM21	55,62	379,921	,801	,948
ITEM22	54,26	397,206	,492	,952
ITEM23	54,02	410,086	,330	,954

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,948	10

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM24	27,82	117,383	,759	,944
ITEM25	28,20	122,585	,660	,948
ITEM26	26,71	127,114	,587	,950
ITEM27	27,51	113,151	,898	,937
ITEM28	27,43	112,734	,966	,934
ITEM29	27,33	111,427	,952	,934
ITEM30	27,44	112,602	,953	,935
ITEM31	27,43	112,198	,966	,934
ITEM32	26,46	139,245	,227	,960
ITEM33	27,57	116,055	,752	,944

Anexo 7. Autorización de la aplicación del instrumento



Quevedo; 21/05/2021

Sirva la presente para notificar por parte del **Comité de Docencia e Investigación del Hospital General IESS Quevedo**, la autorización de la solicitud presentada por:

- MIRIAN YADIRA DELGADO RODRÍGUEZ, con cédula de identidad 172138670-2, Licenciada en Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital IESS Quevedo.

Para la realización de la siguiente investigación:

- Tema: Accesibilidad a la seguridad social y gasto de bolsillo en afiliados de un Hospital Público en Quevedo.
- Objetivos específicos son: 1. Identificar las barreras de accesibilidad a la seguridad social que se relacionan con el gasto de bolsillo en afiliados de un hospital público Quevedo, Ecuador, 2021; 2. Definir las barreras de accesibilidad a la seguridad social que tienen mayor incidencia en el gasto de bolsillo en afiliados de un hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021; 3. Estimar la composición del gasto de bolsillo dentro de la accesibilidad a la seguridad social en afiliados de un hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

Una vez culminada la investigación se solicita dejar copia en formato CD (archivo en PDF) para fines de archivo de la institución.



GABRIELA
ALTAÑERA
VALDIVIA SALAZAR

Dra. Gabriela Valdivia Salazar / Médico Internista.

Jefe de Docencia

Anexo 8. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

VERBAL

Título: Accesibilidad a la Seguridad Social y Gasto de Bolsillo en afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021

Investigadora Principal: Mirian Yadira Delgado Rodríguez

Estimado(a) Señor(a):

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación para conocer la «Accesibilidad a la seguridad social y el gasto de bolsillo en afiliados del Hospital IESS Quevedo, Ecuador, 2021». Este estudio es desarrollado por investigadores de la Universidad César Vallejo de Piura en Perú como parte del Posgrado en Gestión de los Servicios de la Salud. En la actualidad, pueden existir problemas en la atención sanitaria y esto se ha convertido en una preocupación en las organizaciones. Por tanto, consideramos importante conocer los resultados de cómo funcionan y cómo perciben esto sus usuarios. Sin duda, será un punto de partida para tomar las medidas necesarias para mejorar su calidad de atención.

El estudio consta de una encuesta anónima de datos generales e información sanitaria. Brindamos la garantía que la información que proporcione es confidencial, conforme a la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733 del gobierno del Perú. No existe riesgo al participar, no tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago por participar del mismo. Si tienen dudas, le responderemos gustosamente. Si tiene preguntas sobre la verificación del estudio, puede ponerse en contacto con el Programa de Posgrado de la Universidad César Vallejo al teléfono 0051-9446559951 o también dirigirse al correo electrónico upg.piura@ucv.edu.pe.

Si decide participar del estudio, esto les tomará aproximadamente 15 minutos, realizados en la sala de espera de las áreas de hospitalización, consulta externa o emergencia, de las instalaciones del Hospital IESS Quevedo, y se tomará una fotografía solo si usted lo autoriza. Para que los datos obtenidos sean de máxima fiabilidad, le solicitamos cumplimente de la forma más completa posible el cuestionario adjunto. Si al momento de estar participando, se desanima y desea no continuar, no habrá comentarios ni reacción alguna por ello. Los resultados agrupados de este estudio podrán ser publicados en documentos científicos, guardando estricta confidencialidad sobre la identidad de los participantes.

Entendemos que las personas que devuelvan cumplimentado el cuestionario adjunto, dan su consentimiento para la utilización de los datos en los términos detallados previamente. Agradecemos anticipadamente su valiosa colaboración.

Declaración de la Investigadora:

Yo, Mirian Yadira Delgado Rodríguez, declaro que el participante ha leído y comprendido la información anterior, asimismo, he aclarado sus dudas respondiendo sus preguntas de forma satisfactoria, y ha decidido participar voluntariamente de este estudio de investigación. Se le ha informado que los datos obtenidos son anónimos y ha entendido que pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.



Firmado electrónicamente por:
**MIRIAN YADIRA
DELGADO
RODRIGUEZ**

Firma de la Investigadora

Ecuador, 01-06- 2021

País y Fecha

Anexo 9. Compromiso del Investigador

COMPROMISO DEL INVESTIGADOR INVESTIGADOR



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Título: Accesibilidad a la Seguridad Social y Gasto de Bolsillo en afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021
Investigadora Principal: Mirian Yadira Delgado Rodríguez

Declaración del Investigadora:

Yo, Mirian Yadira Delgado Rodríguez, en mi propio nombre, me comprometo en todo momento a guardar el anonimato de los individuos estudiados, al estricto cumplimiento de la confidencialidad de los datos obtenidos, y al uso exclusivo de los mismos con fines estadísticos y científicos, tanto en la recogida como en el tratamiento y utilización final de los datos de usuarios correspondientes a historias clínicas y/o base datos institucionales autorizadas con motivos del estudio de investigación. Solo haré usos de estos datos y en caso requiera disponer de datos adicionales deberé contar con su consentimiento informado. Asimismo, mantendré seguridad de ellos y no serán accesibles a otras personas o investigadores. Garantizo el derecho de los usuarios, del respeto de valores éticos de sus datos, su anonimato y el respeto de la institución de salud involucrada, conforme a la Ley de Protección de Datos Personales – Ley 29733 del gobierno del Perú.



Firmado electrónicamente por:
MIRIAN YADIRA
DELGADO
RODRIGUEZ

Firma de la Investigadora

Ecuador, 01-06- 2021
País y Fecha

Anexo 10. Fotos del trabajo de campo



