



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

“PERFIL DE DEMANDA EN CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIA EN PACIENTES DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL SIS CON MAYOR CONCENTRACIÓN DE CONSULTA HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL CALLAO – AÑO 2016”

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

AUTOR:

TAYA RUTTI, ENRIQUE MOISÉS

ASESOR:

DR. ARCE RODRÍGUEZ, ELÍAS MELITÓN

JURADOS:

DR. GLENN LOZANO ZANELLY

DR. ROMÁN MENDOZA LUPUCHE

DR. JORGE DÍAZ DUMONT

LIMA – PERÚ

2021

TESIS

**“PERFIL DE DEMANDA EN CONSULTA EXTERNA Y
EMERGENCIA EN PACIENTES DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL
SIS CON MAYOR CONCENTRACIÓN DE CONSULTA HOSPITAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL CALLAO – AÑO 2016”**

DEDICATORIA

A mi familia, por el apoyo brindado
durante todos estos años, por el amor,
comprensión y tolerancia
hacia mi persona.

RECONOCIMIENTO

Mi especial reconocimiento para los distinguidos Miembros del Jurado:

Dr. Glenn Lozano Zanelly

Dr. Román Mendoza Lupuche

Dr. Jorge Díaz Dumont

Por su criterio objetivo en la evaluación de este trabajo de investigación.

Asimismo, mi reconocimiento para mi asesor:

Dr. Arce Rodríguez, Elías Melitón

Por las sugerencias recibidas para el mejoramiento de este trabajo.

Muchas gracias para todos.

ÍNDICE

CARÁTULA	iii
TITULO.....	iii
DEDICATORIA.....	iii
RECONOCIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
I. INTRODUCCIÓN	14
1.1. Planteamiento del problema.....	16
1.2. Descripción del problema.	17
1.3. Formulación del problema.....	19
1.3.1. Problema general.....	19
1.3.2. Problemas específicos.....	19
1.4. Antecedentes.	20
1.4.1. Antecedentes nacionales.	20
1.4.2. Antecedentes internacionales.	23
1.5. Justificación de la investigación.....	36
1.6. Limitaciones de la investigación.....	38
1.7. Objetivos.....	38

1.7.1. Objetivo general.	38
1.7.2. Objetivos específicos.	39
1.8 Hipótesis	39
II. MARCO TEÓRICO	40
2.1 Marco conceptual.	40
2.1.1. Perfil de demanda de atención.....	40
2.1.2. Información Relevante Sector Salud.	44
2.1.3. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.	63
2.1.4. Experiencias Internacionales en Acceso Universal de Salud.	65
2.2. Definiciones de Términos.	88
III. MÉTODO	90
3.1. Tipo de investigación.....	90
3.2. Población y Muestra	92
3.3. Operacionalización de las Variables.....	95
3.5. Procedimientos.	108
3.6. Análisis de datos.	108
3.7. Consideraciones éticas.....	111
IV. RESULTADOS.	112
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	132
VI. CONCLUSIONES	140
VII. RECOMENDACIONES.	142

VIII. REFERENCIAS.	144
Anexo 1. Matriz de consistencia.....	155
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	157
Anexo 3. Validacion de los Instrumentos por Criterio: Juicio de expertos	159

Índice de tablas

		Página
Tabla 1	Transferencias financieras a otros hospitales III nivel SIS 2016	14
Tabla 2	Estándar nacional para consultas por año	44
Tabla 3	Estadísticas globales según tipo de afiliación al SIS, por grupos de edad Enero - Diciembre 2016	54
Tabla 4	Operacionalización de la Variable Perfil de la Demanda en pacientes con mayor frecuencia prestacional	92
Tabla 5	Población de estudio según grupo de edad	93
Tabla 6	Categorización de Población según sexo	96
Tabla 7	Categorización según nivel de instrucción	91
Tabla 8	Categorización según clasificación socioeconómica	98
Tabla 9	Distribución de la población por grupo de edad	99
Tabla 10	Población con mayor concentración de consulta (5 a más prestaciones por estratos según grupos etarios) durante el año 2016	99
Tabla 11	Matriz de recogida de datos para el análisis de costo económico por servicios, insumos, medicamentos y procedimientos	107
Tabla 12	Técnicas utilizadas para la recolección y análisis de datos	109
Tabla 13	Distribución de la población y muestra por grupo etario	112
Tabla 14	Distribución Porcentual de la Población según sexo	113
Tabla 15	Distribución Porcentual de la Población según clasificación Socioeconómica	114
Tabla 16	Distribución porcentual de la población según nivel de instrucción	115

Tabla 17	Frecuencia de diagnóstico en menores de un año	116
Tabla 18	Frecuencia de diagnóstico en menores de 1 a 4 años	118
Tabla 19	Frecuencia de diagnósticos en menores de 5 a 11 años	120
Tabla 20	Frecuencia de diagnósticos en adolescentes de 12 a 17 años	122
Tabla 21	Frecuencia de diagnósticos en adultos jóvenes de 18 a 29 años	123
Tabla 22	Frecuencia de diagnósticos en adultos de 30 a 59 años	125
Tabla 23	Frecuencia de diagnósticos en adultos mayores de 60 años a más	126
Tabla 24	Costo total e individual por servicios reconocidos por el SIS por grupo etario	127
Tabla 25	Costo total e individual por insumos reconocidos por el SIS	128
Tabla 26	Costo total e individual por medicamentos reconocidos por el SIS	129
Tabla 27	Costo total e individual por procedimientos reconocidos por el SIS a la IPRES	130
Tabla 28	Costos que el SIS reconoció por todos los rubros, y costos promedio reconocidos por SIS por servicio.	131

Índice de figuras

		Página
Figura 1	Evolución de las Transferencias del SIS al Hospital Daniel Alcides Carrión	14
Figura 2	Organización Fragmentada del Sistema de Salud Peruano	46
Figura 3	Diferentes Formas de Financiamiento y Tipos de Cobertura	56
Figura 4	Características de los Seguros que Administra el SIS	57
Figura 5	Procesos de una IAFA Pública, según D.S. 010-2016-SA	58
Figura 6	Sistema de Salud en Chile	67
Figura 7	Sistema de Salud Colombiano	77
Figura 8	Sistema de Salud Uruguay	82
Figura 9	Variable concentración de consulta	101

Definición de Abreviaturas

(AUGE)	Acceso Universal de Garantías Explícitas
(ENAHO)	Encuesta Nacional de Hogares
(FISSAL)	Fondo Intangible Solidario de Salud
(IAFAS)	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud
(IPRESS)	Institución Prestadora de Servicios de Salud
(MIDIS)	Ministerio de Inclusión y Desarrollo Social
(MINSA)	Ministerio de Salud
(PIAS)	Plan Integral de Atención a la Salud
(SNP)	Servicios No Personales
(SIS)	Seguro Integral de salud
(SSFA-FP)	Seguro de Salud de las Fuerzas Armadas y Policiales
(FISSAL)	Fondo Intangible Solidario de Salud
(FNR)	Fondo Nacional de Recursos
(FONASA)	Fondo Nacional de Salud
(HNCH)	Hospital Nacional Cayetano Heredia
(HNDAC)	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion
(JUNASA)	Junta Nacional de Salud
(PADOMI)	Programa de atención domiciliaria de Essalud
(PEAS)	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
(POS)	Plan Obligatorio de Salud
(SEG)	Seguro Escolar Gratuito
(SMI)	Seguro Materno Infantil
(SPS)	Seguros Privados de Salud
DIRESA	Dirección Regional de Salud
FUAS.	Formato Único de Atención S.
IAFA	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento

RESUMEN

El presente estudio descriptivo de corte transversal tiene como objetivo presentar el perfil de la demanda de los pacientes con mayor concentración de consulta del régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud (SIS), atendidos todo el 2016 en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, ubicado en la Región Callao. La variable perfil de la demanda fue dimensionada en tres componentes, la primera dimensión sociodemográfica, la segunda dimensión clínica y la tercera dimensión económica. Se utilizó información de fuente primaria, (bases de datos e informes institucionales).

Las características fundamentales del perfil de la demanda son: población objetivo mayoritariamente de sexo femenino, de los grupos etarios adulto (64%) y adulto mayor (33%) respectivamente. El 17% del total corresponde a población menor de 18 años, a predominio de los menores entre 5 y 11 años (7%).

A nivel clínico, los pacientes de dichos grupos etarios presentan patologías como hipertensión arterial y diabetes mellitus, y en los menores de edad trastorno de la conducta prioritariamente.

El análisis del costo económico total de las prestaciones que el SIS reconoció por la atención de este grupo objetivo, (8342 pacientes), corresponde a los rubros: servicio, insumos, medicamentos y procedimientos, ascendiendo a la suma de 8 781 061,77 soles, siendo mayores los costos por procedimientos de los grupos adulto (2 366 423,50) y adulto mayor (1 885 631,39).

Palabras claves: Perfil de Demanda en población con subsidio total – Concentración de consultas – Seguro Integral de Salud – Multimorbilidad – Determinantes sociales de enfermedad - Mayor concentración de consultas.

ABSTRACT

The objective of this descriptive cross-sectional study is to present the profile of the demand of the patients with the highest concentration of consultation of the subsidized regime of the SIS, attended throughout 2016, at the Daniel Alcides Carrión National Hospital, located in the Callao Region. The variable demand profile was sized in three components, the first sociodemographic dimension, the second clinical dimension and the third economic dimension. Primary source information was used (databases and institutional reports).

The fundamental characteristics of the demand profile are: mostly female target population, adult age groups (64%) and elderly (33%) respectively. 17% of the total corresponds to a population under 18 years of age, with a predominance of children between 5 and 11 years (7%).

At the clinical level, patients of said age groups present with pathologies such as arterial hypertension and diabetes mellitus, and in minors, a behavior disorder as a priority.

The analysis of the total economic cost of the benefits that the SIS recognized for the attention of this target group, (8342 patients), corresponds to the items: service, supplies, medications and procedures, amounting to the sum of 8 781 061.77 soles, the costs of the adult (2 366 423.50) and the elderly (1 885 631.39) procedures being higher.

Keywords: Demand Profile - Concentration of consultations - Integral Health Insurance – Multimorbidity - Social determinants of disease - Greater concentration of consultations.

I. INTRODUCCIÓN

El Perú es uno de los 19 países de mayor extensión mundial, su territorio abarca 1 millón 285 mil 216 Km², las regiones con mayor extensión territorial en nuestro país corresponden a cuatro ubicadas en la selva, Ucayali, Loreto, Madre de Dios, San Martín; en el lado opuesto tenemos a la Región Callao cuyo territorio es el más pequeño en el Perú (146 Km²), de acuerdo a la población a cada persona le corresponde 144 m², a diferencia de las 1as 33 hectáreas que le corresponde a los pobladores de las cuatro regiones más extensas en la selva.

De otro lado tenemos que las regiones del Perú con mayor número de afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) en el año 2016 fueron: Cajamarca, La Libertad, Cusco y Loreto, las cuales tienen en promedio 980,000 afiliados; sin embargo, la Región Callao, siendo una de las de menor extensión territorial, tuvo una población con subsidio total de 416,450 asegurados.

El año 2016, el SIS financió un total de 200,443 prestaciones brindadas en el Hospital Daniel Alcides Carrión de la Región Callao, (HNDAC), las cuales se otorgaron a un total de 65,476 pacientes asegurados en el régimen Subsidiado. De este grupo de pacientes, se identificaron 8, 342 pacientes con promedio de 5 atenciones anuales, superando el promedio estándar de atenciones por año el cual es de 3 a 4 consultas/año MINSA, (2013).

Del análisis a la información respecto a las transferencias que el SIS realizó a nivel de los hospitales en ese año, se observó que dicha institución se ubicó en el tercer lugar respecto a los montos recibidos. Rescatamos esta información a fin de señalar que la Región Callao, mediante la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) de III nivel de atención Hospital Daniel Alcides Carrión, brinda atención entre otros grupos objetivos a personas aseguradas al Seguro Integral de Salud del régimen subsidiado

total, (en condición de pobreza y pobreza extrema) términos que están definidos de la siguiente manera: “la incapacidad para alcanzar un nivel de vida mínimo” (Banco Mundial, 1990, p. 26). “Aquellos con ingreso per cápita menor a 370 dólares son considerados “pobres”, mientras que aquellos con menos de 275 dólares al año eran “extremadamente pobres” (Banco mundial, 1990, p. 29).

Tal como señala Sanabria, (2011). “Una de las razones de ser del Estado, hace que este intervenga como proveedor de los servicios de salud y como financiador de los mismos”

Como señala Vela, et al. (2015) son muy pocos los estudios poblacionales, realizados en España que analizan el gasto realizado en las comunidades autónomas. Poco se conoce sobre los gastos específicos, grupos demográficos seleccionados o el gasto en enfermedades concretas. El autor menciona que es importante conocer en qué se está gastando, cuáles son las patologías clínicas que demandan mayor gasto y qué grupos de edad son los de mayor costo. Si bien es cierto señala el autor el estudio realizado por Gisbert (2005). Permitted la distribución del presupuesto por categorías del CIE-9 no logró realizarse en grupos poblacionales y llegar a un análisis más específico que contemple el gasto de forma individual.

En ello radica la importancia del presente estudio ya que se logra especificar el costo individual por grupo etario respecto a los medicamentos, insumos, procedimientos y servicios, que el SIS financió, así mismo, permite conocer los motivos de consulta de mayor frecuencia dentro de este grupo de hiperfrecuentadores.

1.1. Planteamiento del problema.

El Seguro Integral de Salud (SIS) en su calidad de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) Pública, presta los servicios de recepción, captación, gestión de fondos para la cobertura de las atenciones en salud. Asimismo oferta la cobertura de riesgos de salud a personas que se encuentran en condición de pobreza o vulnerabilidad o que no puedan acceder a otro seguro de salud. La misión que cumple el SIS es de gran relevancia para el cumplimiento de la Política Nacional inclusiva en lo que respecta a subsidios en salud.

En el año 2016, el SIS realizó transferencias financieras a los Hospitales a nivel nacional, según podemos apreciar en la tabla N°1 que muestra que el Hospital Daniel Alcides Carrión, ocupó el tercer lugar respecto a mayores montos transferidos, alcanzando la suma de 45'887,885 de soles.

Tabla 1.

Transferencias financieras a otros hospitales III nivel SIS 2016

Nombre de la Institución	Monto de la transferencia
Hospital Arzobispo Loayza	79,064,639
Hospital Cayetano Heredia	49,470,275
Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	45,887,855
Hospital Maria Auxiliadora	44,329,629
Hospital Hipólito Unánue	32,689,098
Hospital Nacional Dos De Mayo	25,398,573
Hospital Sergio Bernales	16,060,769
Hospital San Bartolomé	15,992,661
Hospital Santa Rosa	12,773,858
Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas Norte	9,375,360
Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas Sur	8,192,562
Hospital Casimiro Ulloa	7,368,402
Hospital Hermilio Valdizán	6,703,337
Hospital Víctor Larco Herrera	6,608,069
Instituto Nacional De Salud Mental	5,201,686

Fuente: Portal Mundo IPRESS – SIS. Elaboración propia

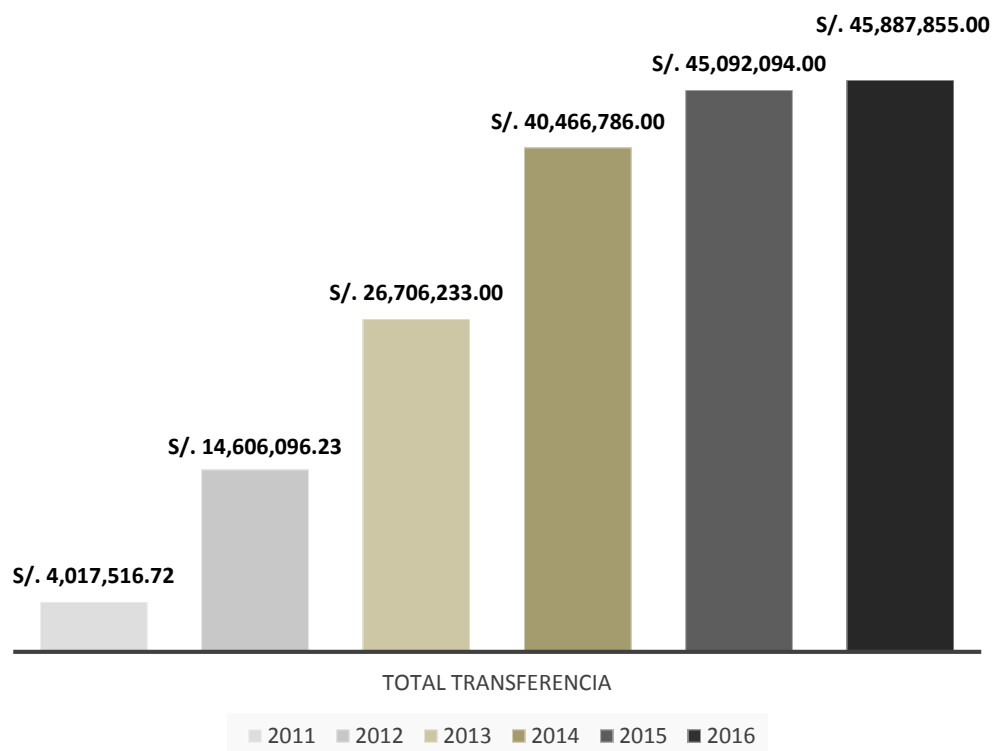


Figura 1. Evolución de las Transferencias del SIS al Hospital Daniel Alcides Carrión.
Fuente: Consulta amigable MEF y Portal Mundo IPRESS – Seguro Integral de Salud

La fig. N° 01 muestra que el año 2016 fue el período en que dicha IPRESS recibió la mayor transferencia de subsidio en salud por parte del SIS, dado que fueron transferidos 45 millones de soles como transferencia por prestaciones de salud constituyéndose de esta forma en uno de los tres Hospitales Nacionales que recibió la mayor transferencia a nivel nacional.

1.2.Descripción del problema.

De otro lado, revisando información importante de dicha Institución (HNDAC), encontramos que el año 2016, dicha IPRESS realizó 200 443 atenciones en salud con la cual se atendió a 65,476 asegurados del régimen subsidiado gratuito, de este grupo se identificó a 8 342 asegurados (13%,de la población asegurada atendida) quienes

presentaron una mayor concentración de consultas, en relación al estándar establecido por el Ministerio de Salud, el cual establece que el promedio es de 3 a 4 consultas por año, (MINSA, Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, Para Hospitales, Institutos y DIRESA). Este grupo de 8 342 pacientes del HNDAC, por el contrario, presentó un promedio de concentración mayor a 4 consultas por año, llamando de esta forma la atención. “Las necesidades de atención y la demanda consecuente dependen de condiciones de edad, sexo, incidencia y prevalencia de patologías, de factores culturales, socioeconómicos y de la percepción de la salud y enfermedad que posean las personas” (Marracino, 1998, p. 9)

En el documento “Caracterización de la Oferta y la Demanda en el Servicio de Consulta Externa”, se señala que la oferta de los servicios de salud y la demanda en cada uno de ellos, se constituyen en una problemática que día a día toma más importancia en la medida en que las instituciones de salud buscan garantizar la calidad en la prestación del servicio. (Bautista y Velásquez, 2012, p. 55).

Es importante analizar al detalle el perfil que presenta esta demanda de pacientes asegurados al régimen subsidiado, tanto en sus características sociodemográficas, como respecto a diagnóstico clínico, así como estimar el costo económico de la prestación. Ello permitirá al SIS contar con información relevante para el diseño de una oferta de servicios en función de una demanda con tales características por un lado y de otro lado proyectar el diseño de servicios de atención para la población adulta a fin de prevenir atenciones de alto costo.

1.3. Formulación del problema.

Por lo antes expuesto se plantea como pregunta de investigación:

1.3.1. Problema general

¿Cuál es el perfil de la demanda de atención de los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao durante el año 2016?

1.3.2. Problemas específicos.

1. ¿Qué características presentó el perfil sociodemográfico de los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016?
2. ¿Cuáles fueron los diagnósticos prevalentes por grupos etarios de los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración en consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016?
3. ¿Cuál fue el costo económico total de las prestaciones de salud, por grupos etarios en los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016?
4. ¿Cuál fue el costo económico promedio individual de las prestaciones de salud por grupos etarios en los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016?
5. ¿Cuál fue el costo económico total por grupos etarios respecto a servicios, insumos, medicamentos y procedimientos otorgados a los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016?

6. ¿Cuál fue el costo económico promedio individual por grupos etarios respecto a servicios, insumos, medicamentos y procedimientos otorgados a los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016?

1.4. Antecedentes.

1.4.1. Antecedentes nacionales.

Ponce, (2017). En el estudio: Hacinamiento en los servicios de emergencia, expone causas, consecuencias y alternativas de solución al problema. Refiere el autor que: ante la carencia de trabajos de investigación nacionales, se tomó como fuentes informes de Contraloría General de la República sobre implementación y cumplimiento de las normas técnicas en áreas críticas de 8 hospitales públicos de Lima y Callao el año 2012. *“Se analizó el informe de Defensoría del Pueblo, inspección de 149 hospitales a nivel nacional el mismo año. Se describe las brechas presentes entre las ofertas de cama y sobredemanda de atenciones en los servicios de emergencia inspeccionados”*, p. 218.

Así mismo fueron analizados en el estudio las condiciones en que permanecen los pacientes y trabaja el personal de salud en dicho servicio. Se expone en el artículo otras situaciones que comprometen el acceso y la atención oportuna de personas que demandan ser atendidos. Finalmente se presentan las recomendaciones presentadas por ambos entes inspectores en torno a la congestión de pacientes dentro de los servicios de emergencia. Se sugiere que los principales prestadores públicos de salud tienen que priorizar la realización de estudios al respecto y proponer soluciones, con planes de desarrollo y mejora progresiva en el corto y mediano plazo.

Vásquez, et al. (2016). Realizó un estudio cuyo objetivo fue describir la: Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario de la seguridad social, Lima, Perú. Se utilizó el método descriptivo retrospectivo. Se incluyó a pacientes de 14 a más años que fueron atendidos en dicho servicio de adultos, revisándose los reportes anuales del total de pacientes ingresados a salas de observación de los últimos 10 años

“Se concluyó que el servicio de emergencia adultos del Hospital Rebagliati tuvo sobredemanda de atención en adultos mayores con patología crónica descompensada, un alto porcentaje de pacientes que acudieron a la emergencia tuvieron más de un problema de salud”. (p. 379).

Ypanaqué y Martins, (2015). Realizan el estudio: Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana, cuyo objetivo fue describir el perfil de necesidad y los patrones de utilización de los servicios de salud ambulatorios en la población afiliada y no afiliada a los seguros de salud en el Perú (p. 46).

Se usó la encuesta nacional de hogares 2011. Los datos se distribuyeron en cinco grupos: personas afiliadas a EsSalud, Seguro Integral de Salud (SIS), Seguro de Salud de las Fuerzas Armadas y Policiales (FA-FP), los seguros privados de salud (SPS) y personas no aseguradas.

Como conclusiones: El perfil de utilización de los servicios de salud ambulatoria en la población peruana expresa diferencias que se relacionan con la tenencia y el tipo de seguro. Los asegurados y las afiliadas a EsSalud tuvieron más probabilidades de usar la consulta ambulatoria que las personas no aseguradas y afiliados al SIS. Los afiliados al SIS acudieron principalmente a los centros y puestos de salud (47,1%), mientras que los afiliados a otros seguros utilizaron mayoritariamente los hospitales y clínicas. Los no asegurados usaron como primera opción las farmacias y boticas (46,7%). En todos

los seguros se realizó pago de bolsillo por la consulta, los medicamentos y los exámenes auxiliares. La percepción de "no gravedad" fue la principal razón de no búsqueda de atención, no obstante, la falta de dinero mostró una diferencia importante entre asegurados (10,6%) y no asegurados (16,3%).

Casas, Varela, Tello, Ortiz y Chávez, (2012). En el estudio "Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general". De alcance descriptivo, transversal, realizado a través de encuestas aplicadas a pacientes en la consulta ambulatoria de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), entre agosto de 2011 y enero 2012. Se encontró que la mayoría de pacientes es de sexo femenino, funcionalmente autónomas, sin deterioro cognitivo, con riesgo social y adecuada funcionalidad familiar, prefrágiles y con enfermedades crónicas no transmisibles principalmente (p. 229).

Michue, et al. (2011). En el estudio: Perfil clínico de los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliaria de Essalud (PADOMI) en la zona sur de Lima. Estudio de alcance descriptivo, transversal.

"Se concluyó que los pacientes que ingresaron al (PADOMI) presentaron alta morbilidad, nivel funcional disminuido, problema social importante, deterioro cognitivo y síndromes-problemas geriátricos diversos". (p. 12)

Contreras y Galarza, (2009), en el estudio: Perfil del paciente de medicina en un hospital público, el cual tuvo como objetivo determinar el perfil del paciente hospitalizado en el departamento de medicina del Hospital Dos de Mayo, mediante el uso del método observacional, descriptivo, transversal. Se evaluó una muestra

sistemática de 372 historias clínicas del total de 9 959 hospitalizaciones registradas durante los años 2006 y 2007, recolectándose variables como edad, sexo, diagnóstico, hora y día de hospitalización, evolución, estancia hospitalaria, entre otros. (p.212).

“El paciente hospitalizado en medicina es de condición humilde, instrucción media, obrero y con patología gastroenterológica, cardiorrespiratoria y endocrina predominantemente”, (p. 212).

1.4.2. Antecedentes internacionales.

Menéndez, et al. (2019). En el Estudio de la hiperfrecuentación en un distrito de atención primaria, describen la distribución de los pacientes en los diferentes centros de atención primaria del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Se usó el método ecológico, el análisis se centró en conjuntos poblacionales tomando como unidad los centros de atención primaria (CAP), incluyendo centros de salud, consultorios locales y consultorios auxiliares. Se concluyó que existe una parte importante de usuarios de sexo femenino en atención primaria que realiza un número elevado de consultas. Se observa una mayor prevalencia en centros de menor tamaño o en áreas rurales. Tomando como medida la ratio de pacientes hiperfrecuentadores por profesional, los centros de tamaño intermedio son los que presentan mayor hiperfrecuentación (p. 38).

Vela, et al. (2019). En el estudio: Análisis poblacional del gasto en servicios sanitarios en Cataluña, ¿qué y quién consume más recursos? se analizó la distribución del gasto sanitario según el ámbito asistencial y las características de los pacientes, utilizando microdatos del uso de servicios sanitarios del total de la población, para lo cual se aplicó una tarifa indirecta a todos los actos sanitarios financiados por CatSalut durante 2014, computando el gasto sanitario realizado por cada persona y sumando para

todos los habitantes de Cataluña. Se obtuvo como resultado que la suma del gasto sanitario de todos los habitantes representa el 97% del presupuesto de CatSalut. La mitad de la población origina el 3.5% del gasto sanitario total (71 € por persona); un 1% de la población gastó el 23% del gasto (22 852 € por persona). El gasto medio más elevado, tanto en mujeres como en hombres se da entre los 80 y 89 años de edad. La población con una enfermedad crónica tiene un gasto medio anual de 413 €; con cinco enfermedades crónicas de 2 413 €; y con 10, de 9 626 € respectivamente. El gasto medio varía según patologías, desde los 2854 € en los pacientes con depresión grave a los 8097 € de los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana/sida, concluyéndose que los resultados obtenidos son sumamente útiles para la planificación de los servicios sanitarios y para la priorización de intervenciones de política sanitaria en los colectivos con más necesidades (p. 24).

Martín, et al. (2019). En el estudio: Aspectos psicosociales relacionados con la hiperfrecuentación en las consultas pediátricas de atención primaria, siguió el método descriptivo observacional, se aplicaron 346 cuestionarios recogidos durante un periodo de 6 meses de niños entre 6 meses y 13 años pertenecientes a dos consultas urbanas de atención primaria de Madrid, concluyéndose que la frecuentación en las consultas pediátricas de atención primaria está directamente relacionada con el nivel elevado de ansiedad de los padres e inversamente con la edad de los niños. Se planteó como recomendación detectar y de ser posible intervenir en los casos de elevada ansiedad parental para así intentar reducir la hiperfrecuentación asistencial (p. 26).

Siekman y Hilger, (2018). En la investigación: High users of healthcare Strategies to improve care, reduce costs, revisaron estudios sobre la situación de una

minoría de pacientes que consumen una cantidad desproporcionada de cuidados de salud, especialmente en los departamentos de emergencia, ocasionando un gran costo al sistema de salud, lo que les cataloga como “altos usuarios”. Se realizó la revisión de estudios ejecutados en diferentes ciudades de los EEUU, concluyéndose que el 5% superior de la población en términos de uso de atención médica representa el 50% de los costos, el 1% superior representa el 23% de todos los gastos y cuesta 10 veces más por año que el paciente promedio. Que la adicción a las drogas, la enfermedad mental y la pobreza a menudo acompañan y son la base del comportamiento de alto uso, particularmente en pacientes sin afecciones médicas en etapa terminal. Y que los planes integrales de atención al paciente y las organizaciones de administración de atención se encuentran entre las estrategias más efectivas para la reducción de costos y la mejora de la calidad (p. 25).

Street, et al. (2018). En el estudio: Frequent use of emergency departments by older people: a comparative cohort study of characteristics and outcomes, caracterizaron a las personas mayores que utilizan con frecuencia los departamentos de emergencia (ED) y compararon resultados con aquéllos que no los frecuentan. Se utilizó el método de estudio de cohortes retrospectivo comparativo en los departamentos de emergencia de tres hospitales públicos australianos, con un total de 143, 327 atenciones en 12 meses. Se concluyó que las personas mayores que utilizan con frecuencia los departamentos de emergencia presentaron más enfermedades crónicas y necesidades de cuidados, requiriendo internamiento hospitalario que los pacientes no frecuentes. Se recomendó un nuevo enfoque para la planificación y coordinación de la atención, para optimizar los procesos y mejorar resultados (p. 624).

Yang, et al. (2018). En Texas, publican el estudio: Identifying High Health Care Utilizers using Post-regression Residual Analysis of Health Expenditures from a State Medicaid Program en el cual proponen un enfoque para identificar a los usuarios con un alto nivel de atenciones de servicios de salud, utilizando los saldos de un modelo de ajuste de utilización de atenciones de salud en forma retrógrada para analizar las variaciones en los gastos de atención en salud. Se utilizó el método de estudio transversal retrospectivo, incluyendo adultos entre 18 y 60 años de edad, beneficiarios del Medicaid en Texas, excluyendo a las mujeres gestantes, con reporte de gasto distinto de cero. Se concluyó que, revisando un gran grupo de liquidación de gastos presentado al Medicaid estatal, se evidencia que los saldos pueden diferenciar a un grupo de pacientes con altos montos cuyas características demográficas y categorización de comorbilidades son similares a las de otros pacientes, pero que tienen una cantidad significativa de utilización de gastos médicos inexplicables (p. 1848).

García, et al. (2018). En Madrid, publican: Análisis de la hiperfrecuentación ajustando por comorbilidad según ACG (Adjusted Clinical Groups) en una Zona Básica de Salud, presentan características demográficas, el perfil clínico y el consumo generado por el paciente hiperfrecuentador, identificado mediante el sistema de clasificación de pacientes Grupos Clínicos Ajustados (ACG©: Adjusted Clinical Groups) (p. 246).

Se utilizó el método observacional, descriptivo y transversal de la población mayor de 14 años atendida en un Centro de Salud durante el año 2012 según estándar ACG©. Variables: edad, sexo, episodios, derivaciones a Atención Especializada, fármacos prescritos, consultas de Medicina de Familia y Enfermería, y coste farmacéutico. Se obtuvo como resultados que, de 15 090 pacientes del año 2012, el

40,61 % cumplían criterios de hiperfrecuentación y acumulaban 62,5 % de las visitas. Con una edad media de 54,61 años, el 61,2 % eran mujeres. Los episodios más prevalentes fueron: hipertensión arterial, alteraciones del metabolismo lipídico y obesidad. La media de visitas del grupo hiperfrecuentador fue de 18,21. Menos de 25 % de las visitas corresponden a consultas de enfermería. No hubo incremento significativo de derivaciones, pero sí de principios activos prescritos. Los hiperfrecuentadores acumulan el 65,8 % del gasto farmacéutico, con un gasto medio por individuo mayor a un 62%. Se concluyó que la proporción de pacientes identificados como hiperfrecuentadores es elevada. Los motivos de consulta más frecuentes son enfermedades crónicas de alta prevalencia.

Esto nos debe hacer reflexionar sobre la gestión del paciente crónico y el papel de cada profesional en la misma. Se debe incidir en la educación para la salud para empoderar al paciente en el autocuidado de su enfermedad. Con todo ello disminuirían demanda y costes y mejoraría la calidad asistencial.

Cano, (2017). En Madrid, pública: Utilización de los servicios sanitarios por los mayores de 65 años. Análisis de los factores determinantes y de la variabilidad. Estudio transversal, de base poblacional en los 1327 individuos de la oleada 2011 de la Cohorte “Peñagrande”, repartidos en 30 cupos médicos. Se analizan los principales factores determinantes de esta utilización y se valora la variabilidad en el uso de los servicios sanitarios por los pacientes mayores dependiendo del cupo médico al que están asignados. Más del 60% visitan al médico de familia al menos una vez al mes y más de la mitad de los pacientes están polimedicados. La comorbilidad es la variable que se asocia con mayor fuerza a los distintos indicadores estudiados. Se observa una importante variabilidad en la utilización de los servicios sanitarios entre los pacientes

de los distintos cupos médicos, que apunta al papel importante del médico de familia en la explicación del uso de recursos sanitarios que hacen sus pacientes, más allá de su carga de enfermedad o complejidad. Se concluye que la población mayor hace gran uso de los servicios sanitarios (p. 17).

Bell et al. (2017). En Atlanta, Georgia, publicaron el estudio: *Factors associated with high-utilization in a safety net setting*, en el que definieron la población de pacientes con alta utilización de servicios de salud en un hospital de un gran sistema de red de seguridad, para comprender cómo se diferencian estos pacientes de los pacientes que no presentan alta utilización de servicios de salud y analizaron factores demográficos, médicos y sociales que contribuyen en la demanda de atención médica y las tasas de mortalidad. Se utilizó el método de casos y controles retrospectivo sobre 247 casos con 3 o más admisiones hospitalarias en un año y 247 controles con una o dos admisiones en un año. Se concluyó que los factores sociales están relacionados con la alta utilización de los servicios de salud de esta población y que los esfuerzos futuros para comprender y mejorar la salud de esta población deben incorporar factores no clínicos del paciente (p. 1-9).

Fuertes et al. (2017). Publicaron en España: *Intervención con pacientes hiperfrecuentadores persistentes en atención primaria*, en el que describen al paciente hiperfrecuentador y evalúan el efecto de una intervención sobre los hiperfrecuentadores (HF) que seguían siéndolo después de 2 años. Se trabajó en dos fases: Primera Fase, estudio descriptivo sobre la hiperfrecuentación de consultas médicas en un Centro de Salud urbano, teniendo como variables: sociodemográficas, frecuentación, cronicidad, y tipología (según motivo de hiperfrecuentación). Los pacientes que continuaron como

hiperfrecuentadores pasaron a una segunda fase, después de 2 años se hizo un estudio cuasi-experimental, pre y post-intervención sobre una muestra sistemática y de conveniencia de pacientes, comparando los resultados con otros 29 pacientes sobre los que no se intervino. Se concluyó que los pacientes hiperfrecuentadores hallados lo fueron en un porcentaje algo menor del encontrado en la literatura. La intervención no supuso una disminución de la hiperfrecuentación superior a la observada de manera espontánea en el grupo no-intervenido, pero en ambos sí disminuyó en el periodo pre y post-intervención, probablemente tras haber introducido cambios organizativos. Los pacientes HF fueron dejando de serlo a lo largo del tiempo (p. 15).

Fernández et al. (2018). En Madrid, publicaron: Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias, en el que identifican factores predictores de hiperfrecuentación en Atención Primaria (AP) en una muestra de pacientes hiperfrecuentadores (HF) en servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Se utilizó el método observacional, retrospectivo multicéntrico. Se seleccionaron pacientes mayores de 14 años hiperfrecuentadores en el Servicio de Urgencias Hospitalarias de 17 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013. Se concluyó que en una muestra de pacientes HF en los SUH, el hecho de ser mayor de 65 años, tomar 3 o más fármacos, presentar deterioro cognitivo y vivir en la comunidad se consideran factores predictores de ser HF (p. 222).

Rodríguez-López, et al. (2016). En Lima, publicaron el estudio: Perfil del paciente hiperfrecuentador y su asociación con el trastorno ansioso depresivo en servicios de atención primaria de Cali, Colombia, determinando el perfil de los pacientes hiperfrecuentadores en servicios de atención primaria y su asociación con el transtorno

ansioso depresivo en Cali, Colombia, utilizando el método de casos y controles. Se incluyó a adultos entre 18 y 65 años del régimen contributivo (personas con vinculación laboral, pensionistas y sus familias). Se concluyó que los trastornos ansioso depresivos duplicaron el riesgo de hiperfrecuentar en los servicios de atención primaria (p. 478).

Cantor, et al. (2016). Publicaron el estudio: Analysis and Recommendations for Medicaid High Utilizers in New Jersey cuyo objetivo fue presentar propuestas para el diseño de un programa para innovar y mejorar la prestación de atención médica en Medicaid y Family Care, que se centre en las mejoras en la prestación de asistencia médica para pacientes “superutilizadores” de recursos del sistema sanitario, a través de: (1) Un riguroso análisis cuantitativo de los reclamos de Medicaid y los datos de los encuentros de atención médica administrada, (2) Extenso alcance y conversaciones con expertos interesados en Medicaid y (3) Investigación sobre modelos efectivos y estrategias implementadas en otros estados. Como conclusión, este estudio identifica las recomendaciones a corto, mediano y largo plazo organizadas dentro de las áreas prioritarias, tales como: Área 1: Integración de la salud física y del comportamiento: modelos que tratan a la persona en su totalidad, Área 2: Identificar y desarrollar intervenciones para poblaciones con costos persistentemente altos, Área 3: Ampliar las oportunidades para coordinar el servicio social y las iniciativas de salud pública con Medicaid, Área 4: Adoptar las mejores prácticas clínicas y Área 5: Fortalecimiento de la infraestructura y la rendición de cuentas.(p.27).

Van den Bussche et al. (2016). En Alemania publicaron el estudio: ¿Overutilization of ambulatory medical care in the elderly German population? – An empirical study based on national insurance claims data and a review of foreign studies,

el objetivo fue evaluar el uso de la atención médica ambulatoria por parte de la población anciana en Alemania en comparación con otros países de la OCDE. Se utilizó el método descriptivo retrospectivo sobre la información de requerimiento de pago por 123- 224 asegurados del sistema de seguro de salud reglamentario de Alemania de 65 a más años de edad. Se concluyó en la existencia de una tasa muy alta de asistencia frecuente entre los ancianos alemanes, que es única entre los países de la OCDE. Ante lo que se recomienda investigaciones adicionales para aclarar sus razones y si este grado de utilización es beneficioso para las personas mayores (p. 1).

Fernández et al. (2016). Publicaron en Madrid: Proyecto FIDUR: pacientes hiperfrecuentadores fidelizados en servicios de urgencias hospitalarios, cuyo objetivo fue describir las características del paciente hiperfrecuentador (HF) en servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y analizar si existen diferencias en función de la distribución de visitas durante el periodo de estudio. Se utilizó el método de cohorte retrospectivo seleccionando a pacientes mayores de 14 años que frecuentaron el SUH al menos en 10 ocasiones en 2013. Se reclutaron pacientes de 17 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid (CM). Se recogieron variables relativas a la visita índice y visitas sucesivas. Se analizó la muestra en función del número de trimestres (TM) en el que se reparten las visitas. Se concluyó que el paciente HF tiene unas características determinadas y acude a urgencias de una forma homogénea a lo largo del año (fidelizado). A medida que las visitas se dispersan más, se objetivan pacientes con mayor complejidad y que consumen más recursos en la visita índice (p. 16).

Jacob et al. (2016). En el Reino Unido, publicaron el estudio *Designing services for frequent attenders to the emergency department: a characterisation of this population*

to inform service design, cuyo objetivo fue describir diferentes aspectos de la población que acude frecuentemente al servicio de emergencia del Hospital Addenbrooke, un hospital docente universitario del Reino Unido. Se utilizó el método observacional en base a los registros de los pacientes frecuentes en el servicio de emergencia. Se concluyó que el servicio de emergencia es un centro útil para identificar pacientes frecuentes con síntomas indeterminados medicamente, particularmente entre pacientes moderadamente frecuentes; el diseño de atención para este grupo debería considerar un “Enfoque de sistemas completos” con integración entre la atención primaria y secundaria, incluyendo enlace con servicios de psiquiatría donde corresponda (p. 325).

Szekendi et al. (2015). Publicaron el estudio: The characteristics of patients frequently admitted to academic medical centers in the United States, cuyo objetivo fue evaluar el creciente número de reingresos hospitalarios y sus implicancias para la calidad, la seguridad y el reembolso, lo que exige la comprensión de subconjuntos específicos de pacientes readmitidos con frecuencia. Todos los datos se obtuvieron de la Base de Datos Clínicos / Administrador de Recursos (CDB) del University HealthSystem Consortium (UHC) (Chicago, IL), una gran base de datos administrativa a la que los miembros principales de UHC envían archivos de datos administrativos completos. Los datos de 101 centros médicos académicos con conjuntos de datos completos para el período de estudio (1 de octubre de 2011 a 30 de septiembre de 2012) se incluyeron en este estudio. Los pacientes admitidos con frecuencia se definieron como pacientes ingresados 5 o más veces en la misma instalación en un período de 12 meses; Se incluyeron todas las admisiones, incluso aquellas con más de 30 días de diferencia. Se concluyó que la valiosa información reportada a partir del análisis de casi 2 millones de pacientes en la base de datos clínicos / Administrador de recursos de UHC

se puede utilizar para comprender mejor las características de los pacientes con frecuentes ingresos hospitalarios. Esta importante cohorte de individuos tiene necesidades complejas de atención que a menudo resultan en hospitalización, pero pueden ser susceptibles de encontrar soluciones que permitan a los pacientes permanecer en sus comunidades. Al comprender las características demográficas, sociales y médicas de estos pacientes, los hospitales pueden desarrollar e implementar soluciones que aborden las necesidades de este pequeño grupo de pacientes que consumen una proporción muy desproporcionada de recursos de atención médica (p. 563).

Mercer et al. (2015). En el estudio: *The highest utilizers of care: individualized care plans to coordinate care, improve healthcare service utilization, and reduce costs at an academic tertiary care center*, desarrollan planes de atención individualizados para reducir la utilización innecesaria de los servicios de atención médica y los costos hospitalarios para los usuarios complejos y con altos costos de atención hospitalaria y de urgencias. Para esto se diseñó una intervención de mejora de la calidad con un análisis retrospectivo pre / post intervención, procediéndose a analizar retrospectivamente los datos recopilados como parte de un proyecto de QI (quality-improvement) en curso en Duke University Hospital, un centro de atención terciaria académica de 924 camas con aproximadamente 36,000 altas hospitalarias por año. Los pacientes incluidos en este estudio fueron los 24 pacientes con la mayor cantidad de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios en el Hospital Universitario de Duke, lo que representa un total de 183 visitas a urgencias y 145 hospitalizaciones en los 6 meses anteriores a la puesta en marcha de los planes de atención. Los planes de atención individualizados desarrollados desde el 1 de agosto de 2012 hasta el 31 de agosto de 2013 implicaron el análisis de los datos de utilización 6 y 12 meses antes y 6 y 12 meses después de que se inició la

intervención del plan de atención individualizada (1 de agosto de 2011 al 31 de agosto de 2014). Cada plan de atención individualizado resume las historias médicas, psiquiátricas y sociales del paciente, documenta cualquier comportamiento perturbador, revisa sus patrones de utilización hospitalaria y propone un conjunto de estrategias de administración centradas en brindar atención de alta calidad y limitar las admisiones innecesarias. En conclusión, se logró mostrar que una intervención de QI que usa planes de atención individualizada reduce las admisiones hospitalarias, los reingresos a 30 días y los costos hospitalarios en un sistema de salud regional para un grupo de pacientes complejos y de alta utilización. Esta intervención puede, y debe ser desarrollada por un equipo multidisciplinario e integrada completamente en la fuerza laboral de salud existente y la RME para garantizar la idoneidad, la efectividad y la longevidad (p. 419).

Smits et al. (2009). En Amsterdam, Holanda, publicaron el estudio: *Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders*, en el cual determinaron la proporción de pacientes frecuentes de un año que permanecen como tal durante dos años consecutivos y calcularon la carga de trabajo del médico general para los pacientes no frecuentes, los frecuentes de un año y los pacientes frecuentes persistentes, así mismo determinaron si los pacientes frecuentes persistentes difieren de los pacientes frecuentes y de los pacientes normales. Se utilizó el método descriptivo retrospectivo, revisando las historias clínicas de 28 860 pacientes de 5 centros de atención primaria en Amstendam, Holanda. Se concluyó que uno de cada 7 pacientes frecuentes de 1 año se convierte en paciente frecuente persistente. Comparados con los pacientes no frecuentes y los pacientes frecuentes de 1 año, los pacientes frecuentes persistentes consumen más cuidados de salud y son diagnosticados

no solo con más enfermedades somáticas, si no especialmente con más problemas sociales, psiquiátricos y síntomas físicos médicamente inexplicables (p. 1).

Llanos et al. (2009). Publicaron: Factores Relacionados con la Utilización de Servicios de Salud en Costa Rica, cuyo objetivo fue determinar el comportamiento de los costarricenses en la utilización de los servicios de salud. Se usó como fuente secundaria la Encuesta Nacional de Salud de Costa Rica. En el análisis de los datos se utilizaron medidas de tendencia central, dispersión, proporciones, frecuencias, prueba de Ji-cuadrado y de Kruskal-Walis (p. 323).

Los resultados tanto en los servicios de consulta ambulatoria y urgencias y los factores que predisponen su utilización son, la región de residencia y el nivel de ingreso, mientras que en los servicios de hospitalización es el nivel educativo.

El aseguramiento y la región de residencia facilitan el uso de la consulta ambulatoria y la hospitalización. La salud auto percibida, permanecer en cama al menos medio día y padecer alguna enfermedad crónica son variables de necesidad asociadas al uso de consulta ambulatoria; la enfermedad crónica se asocia al uso del servicio de hospitalización y el permanecer en cama al uso del servicio de urgencia.

Weimann et al. (2016). Publicaron el estudio: A cross-sectional and spatial analysis of the prevalence of multimorbidity and its association with socioeconomic disadvantage in South Africa: A comparison between 2008 and 2012, data del Estudio Nacional de Ingresos Dinámicos, un estudio longitudinal con una muestra de aproximadamente 28 mil personas, para la distribución transversal y espacial de la multimorbilidad y su asociación con la situación socioeconómica desfavorable en Sudáfrica del 2008 al 2012 y fue asociado con la edad, carencias socioeconómicas,

obesidad y áreas urbanas. La hipertensión fue encontrada frecuentemente coexistiendo con la diabetes. Proporciona una línea de base en la investigación sobre la asociación entre multimorbilidad y desventaja socioeconómica a nivel nacional. El hallazgo de que la multimorbilidad está asociada a la desventaja socioeconómica (la cual fue medida bajo los parámetros de salud, educación y condiciones de vida), tiene implicancias para el gobierno, los urbanistas y diseñadores de políticas (p. 144).

1.5. Justificación de la investigación.

a) Justificación teórica.

El presente estudio se justifica desde el punto de vista teórico por permitir la revisión y actualización de conceptos sobre demanda, perfiles de demanda de atención, prevalencia diagnóstica. Revisar el estado del arte sobre atención de pacientes hiperfrecuentadores, Conocer la nueva Ley del Sistema Nacional de Focalización (LEY SINAFI), la normativa actual para su implementación, la conceptualización respecto a Instituciones Públicas Focalizadas (IPF) en el Marco de la Ley del Sistema Nacional de Focalización, y aseguramiento en Instituciones del III nivel de atención, sistemas de salud y financiamiento del sector salud, todo lo cual permite brindar a la Escuela de Postgrado un documento sobre una línea de investigación en salud trascendente en nuestro país como es la del aseguramiento universal en salud.

b) Justificación Metodológica.

El presente estudio se justifica metodológicamente, porque permite el uso del método científico para el estudio de una variable compleja como es el de perfil de la demanda y de esta forma estudiar un problema de salud pública en un grupo objetivo

de pacientes con alta vulnerabilidad social, con mayor concentración de consulta en un Hospital importante como es el Hospital de la Región Callao “Daniel Alcides Carrión”, más aun considerando que a la fecha en nuestro país no se han realizado estudios para caracterizar a un grupo objetivo similar, lo que le da a la investigación mayor valor dada su originalidad, en la medición de la variable. Se considera que los resultados podrán ser referentes para el diseño de intervenciones que optimicen la gestión de IPRES del III nivel de atención, las cuales concentran mayor captación de transferencias de parte de la IAFA Pública Seguro Integral de Salud.

c) Justificación práctica.

Se pretende brindar información analizada, a la Jefatura del Seguro Integral de Salud, así como a la IPRESS Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, sobre el comportamiento de la demanda, las características del perfil de la población, la prevalencia diagnóstica por grupo etario en este grupo objetivo con mayor concentración de consulta, información relevante para la planificación en el diseño de la oferta de servicios vinculada a las necesidades de la población con un enfoque preventivo- recuperativo, sobre todo en la población en cuyos grupos etarios se encuentran los mayores de 50 años. Consideramos que la población asegurada al régimen subsidiado total del SIS es población con carencias económicas, y que existen grupos etarios como el de 30 a 59 años, (sobre todo los de 50 años a más) quienes en esta etapa de la vida inician problemas en su salud con comorbilidad, y de no ser conocidas ni atendidas, y planificadas las acciones preventivas y recuperativas, a futuro la intervención en estos pacientes que pudo ser prevenible, tendrá que ser asumida por el estado con el costo económico mayor que ello representa en la atención recuperativa. Sabemos por la experiencia que es mejor invertir en prevención por los

costos reducidos que implica, frente a los excesivos costos de tratamiento, rehabilitación, más aún en enfermedades crónicas no transmisibles que pudieron ser prevenidas. De otro lado será importante conocer la prevalencia diagnóstica en los adultos y adultos mayores, a fin de que a partir de ello se diseñen intervenciones recuperativas de acuerdo a las necesidades reales de la población, y se planifique una oferta de servicios basada en evidencia. Finalmente, el estudio podrá ser un excelente referente nacional, al permitir a las IPRESS de III nivel de atención replicarlo, a fin de que cada una de ellas conozca su realidad y de esta forma se planifique la oferta de servicios con información basada en evidencia.

1.6. Limitaciones de la investigación.

La presente investigación permite demostrar que no hay limitaciones, se evidencia en la atención de los pacientes que la información respecto a las transferencias que el SIS realizó a nivel de los hospitales, se observó que dicha institución se ubicó en el tercer lugar respecto a los montos recibidos, por lo que se tuvo información pertinente para desarrollar el estudio.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general.

Describir el perfil de la demanda de atención de los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao durante el año 2016.

1.7.2. Objetivos específicos.

1. Describir el perfil sociodemográfico de los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración en consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016.
2. Identificar los diagnósticos prevalentes por grupos etarios de los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración en consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016.
3. Estimar el costo económico total de las prestaciones de salud, por grupos etarios en los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año.
4. Estimar el costo económico promedio individual de las prestaciones de salud por grupos etarios en los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016.
5. Determinar el costo económico total por grupos etarios respecto a servicios, insumos, medicamentos y procedimientos otorgados a los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016.
6. Determinar el costo económico promedio individual por grupos etarios respecto a servicios, insumos, medicamentos y procedimientos otorgados a los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016.

1.8 Hipótesis

No aplica por ser un estudio de nivel descriptivo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual.

2.1.1. Perfil de demanda de atención.

Oliveira et al. (2011). “El conocimiento de las características de la población que frecuenta un servicio”. (p.1).

- **Población demandante efectiva o Población con necesidades sentidas que busca atención médica.**

Rubio (1995). Señala que: “Es aquella demanda que se ejercita de forma explícita por parte de una población. Puede ser superior al volumen de utilización a causa de la existencia de listas de espera por la limitación de los recursos disponibles o a causa de diferencias entre las percepciones de los pacientes y las necesidades definidas por los profesionales”. (p. 22).

Es en ella que existen marcadas diferencias debido a factores socioeconómicos tales como el ingreso, el nivel cultural, la pertenencia o no a un seguro de salud. Así también los factores atribuibles al servicio como la disponibilidad de servicios necesarios para la atención de una determinada población. Es la población con necesidades sentidas que si buscan atención médica. Hacia esta población son orientados los servicios recuperativos de la Salud. Se expresa cuando la necesidad sentida de una población se hace concreta es decir cuando los usuarios de un recurso o servicio expresan mediante comportamientos, la utilización de determinados servicios o recursos (datos de utilización de servicios).

- **Población atendida.** - Es aquella población que recibió atención de profesionales de salud donde puede quedar su necesidad satisfecha o no. La

satisfacción del usuario es percibida cuando las expectativas iniciales son confirmadas con el servicio actual. Cuando una persona no percibe satisfacción con el servicio recibido acumula una experiencia negativa que la extiende a su entorno y demanda otro servicio.

- **Población carente o déficit.** Referido a la población que necesitará efectivamente los servicios ofrecidos por el proyecto. Se estima deduciendo la población ya atendida de la población demandante efectiva.
- **Población objetivo.** Es la población que se da idealmente, la población objetivo debe ser la población carente. Sin embargo, (principalmente por motivos presupuestales) puede ocurrir que se atienda una población más reducida que la carente. En este caso la población objetivo sería un porcentaje de esta última, el cual dependerá del presupuesto disponible considerando el tipo de solución planteado.
- **Prestación de laboratorio ambulatorio.**
Cantidad de pacientes asistidos para análisis de laboratorio
- **Análisis de Laboratorio.**
Se le denomina así a las mediciones, determinaciones y cuantificaciones de diversas sustancias en algún producto biológico como: sangre, orina, sudor, saliva, heces, jugo gástrico, expectoración, semen líquido cefalorraquídeo, líquido pleural, exudado.

- **Prestación de diagnóstico ambulatorio.**

Cantidad de pacientes asistidos para estudios de imágenes simples y contrastadas, ecografías, tomografías y otro real.

- **Intervención Pública Focalizada (IPF).**

La cual se define como “Aquella que brinda bienes o servicios, destinados a lograr un propósito social específico sobre personas, hogares, viviendas, centros poblados, comunidades, grupos poblacionales o jurisdicciones geográficas, en situaciones de pobreza, vulnerabilidad o exclusión” (Ley N° 30435).

Indicador Concentración de Consultas.

Sirve para establecer el promedio de consultas que se ha otorgado a cada paciente que acudió al hospital durante un periodo. (MINSa, 2013)

Objetivo. - Conocer el promedio de atenciones por cada paciente.

Relación operacional.

N° de Atenciones Médicas

N° de Atendidos

Tabla 2.

Estándar nacional para consultas por año.

CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS	
CONCEPTO	Sirve para establecer el promedio de consultas que se ha otorgado a cada paciente que acudió al hospital durante un periodo
OBJETIVO	Conocer el promedio de atenciones por cada paciente
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N° de Atenciones Médicas}^*}{\text{N° de Atendidos (nuevos y reingresos)}^*}$ *Considerar solo atenciones médicas.
FUENTES DE DATOS	Numerador: Reporte HIS de Consulta Externa Denominador: Reporte HIS de Consulta Externa
PERIODICIDAD	Anual (puede obtenerse con periodos cortos para ser utilizados de forma referencias).
INTERPRETACIÓN	El resultado indica el número de consultas en promedio que se le ha otorgado a cada paciente
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: Entre 3 y 4 Consultas en promedio INSTITUTO: Entre 4 y 5 Consultas en promedio.

Fuente: MINSA (2013) Indicadores de Gestión Hospitalaria

- **Mayor Concentración de Consultas.**

Para efectos del presente trabajo de investigación se ha considerado la definición de mayor concentración de consulta a partir del concepto de Concentración de Consulta (MINSA, 2013) El cual lo define como el indicador que: “Sirve para establecer el promedio de consultas que se ha otorgado a cada paciente que acudió al hospital durante un periodo”. El objetivo es conocer el promedio de atenciones por cada paciente. Estándar 3 a 4 para Hospitales de III Nivel de atención.

- **Indicadores Hospitalarios.**

Es la expresión objetiva del desempeño a través de la relación cuantitativa entre dos variables que intervienen en un mismo proceso, siendo estas relaciones las que proporcionan la objetividad necesaria y precisa para analizar y valorar la realidad del desarrollo y logros de las estrategias y programas, así como el impacto de las acciones de salud en la población usuaria del hospital. (...). Los indicadores son necesarios para conocer el desempeño de las instituciones hospitalarias, a partir de la información obtenida después de su análisis. Es información de apoyo para el control de la gestión y guía en la toma de decisiones. (Ministerio de salud, 2014).

Población Referencia: Es la población beneficiaria que se encuentra ubicada en el área geográfica de influencia del proyecto.

2.1.2. Información Relevante Sector Salud.

1. Sistema de Salud del Perú

Banco Interamericano de Desarrollo [BID], (2014). El Sistema de Salud del Perú tiene como antecedentes el año 1935 con la creación de los Ministerios de Educación, de Salud Pública y Previsión Social. Durante la década de los 60, se modernizó la estructura sanitaria y la extensión de la cobertura. En 1969 se promulgó el Código Sanitario, marco jurídico normativo de las acciones y de las relaciones en el campo de salud formalizando de esta manera una ideología sanitaria concordante con los principios de salud pública (p. 21).

Desde su creación, se orientó a facilitar el acceso a las prestaciones de salud que presenten demanda sanitaria, mediante el desarrollo de las redes de establecimientos de salud a nivel nacional que brindan atención primaria y cobertura básica. Debido a que ha

incrementado de forma progresiva la oferta asistencial del sistema de salud, se han demandado mayores recursos presupuestales al Gobierno Central. En ese sentido, se emprendieron políticas orientadas al desarrollo de los instrumentos de financiamiento con una lógica de eficiencia que además incentivó la creación de nuevas estrategias para la asignación de los recursos.

A través de Ley N° 29344 se aprobó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud cuyo objetivo consiste en establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud para garantizar el derecho pleno y progresivo de toda la población peruana a la seguridad social en salud. Dicha ley crea el Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud (PEAS) como una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que, como mínimo, deben ser financiadas por todas las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento (IAFAS). Con el Decreto Supremo N°008-2010-SA se aprueba su reglamento, que define a los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal. (BID, 2015, p. 22).

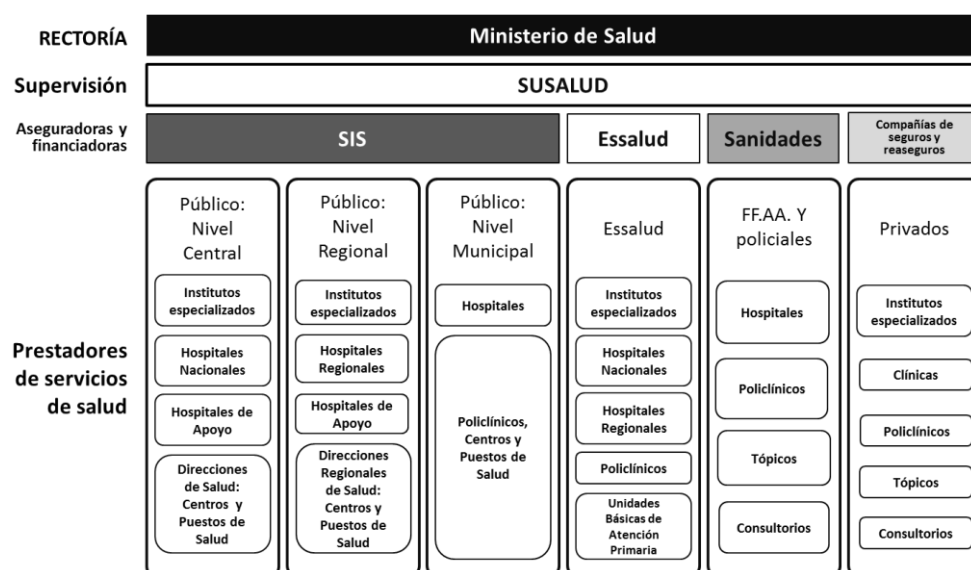


Figura 2. Organización Fragmentada del Sistema de Salud Peruano.

Fuente: Adaptado de Seinfeld, Janice (2012)

En la fig. N°02 se aprecia que el Sistema de Salud cuenta con un alto grado de segmentación y todavía existe una proporción importante de la población que no posee ningún seguro de salud.

El sistema sanitario se compone por los recursos humanos (médicos, enfermeras, técnicos asistenciales, entre otros profesionales de la salud), equipamiento e infraestructura (BID, 2015, p. 21).

2. La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

Se constituye como el ente técnico especializado adscrito al Ministerio de Salud encargado de registrar, autorizar, supervisar y regular a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, así como de supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud en el ámbito de su competencia. Cuenta con las siguientes funciones: promover, proteger y defender los derechos a las personas al acceso de salud. Supervisa que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien las financie. Además, supervisa que el uso de los recursos destinados a la provisión de los servicios de salud y de los fondos destinados al aseguramiento universal en salud, garanticen la calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad de las prestaciones, de acuerdo a los presupuestos de las IAFAS O IPRESS públicas.

3. El Seguro Integral de Salud-SIS.

El Seguro Integral de Salud – SIS, es un Organismo Público Ejecutor – OPE, adscrito al Ministerio de Salud – MINSa, que acorde con el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, y su reglamento, es una Institución Administradora de Fondos

de Aseguramiento en Salud- IAFAS pública , que tiene como objetivo la capacitación y gestión de fondos para el aseguramiento de prestaciones de salud de los asegurados bajo el Aseguramiento Universal en Salud – AUS; protegiendo la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando aquellas poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

La finalidad del Seguro Integral de Salud – SIS es: “Brindar protección financiera en salud a su población objetivo en calidad de institución administradora del fondo público para el aseguramiento en salud de los regímenes subsidiado y semicontributivo, con un enfoque de equidad, eficiencia y de atención centrada al asegurado”.

El Seguro Integral de Salud – SIS, cuenta con dos Unidades Ejecutoras (UE):

- 1) Unidad Ejecutora (UE): 001 Seguro Integral de Salud – SIS y,
- 2) Unidad Ejecutora (UE): 002 Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL.

4. Población Objetivo del SIS:

- Régimen Subsidiado: Orientado a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos.
 - Régimen Semicontributivo: Orientado a las poblaciones que requieren financiamiento público parcial, complementado sea por aportes de asegurados o empleadores.
 - El Aseguramiento Universal en Salud en el Perú, implica como actor principal al Seguro Integral de Salud – SIS, permitiéndole su interacción con los otros actores involucrados para una mejor prestación del servicio de salud a la población objetivo.
- Dentro de las tres dimensiones de la Cobertura Universal en los Sistemas de Salud, se puede apreciar la intervención del Seguro Integral de Salud – SIS, en las tres dimensiones:

El acceso poblacional, la protección financiera y Servicios de Salud. El acceso universal independiente de la capacidad de pago, la disminución de las barreras financieras (pagos directos de bolsillos), y de Servicios de Salud apropiados en beneficio del ciudadano el mismo que son financiados por el SIS.

5. Cobertura de Seguro de Salud:

El censo 2017 nos indica que en el país el 75,5% de la población cuenta con algún tipo de seguro de salud, es decir, 22 millones 173 mil 663 personas se encuentran amparadas ante una eventual enfermedad o accidente. Sin embargo, el 24,5% no cuenta con seguro de salud.

6. Reseña histórica

La Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, establece que el SIS es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), que tiene como objetivo la captación y gestión de fondos para el Aseguramiento Universal en Salud. (AUS).

El Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, en el título IV, artículo 140°, entre otros, señala al SIS como uno de sus Organismos Públicos Adscritos.

Si bien en el 1997, el Ministerio de Salud (MINSA) puso en marcha un programa de extensión de cobertura denominado Seguro Escolar Gratuito (SEG) con la finalidad de atender a niños de 3 a 17 años de edad, matriculados en escuelas

públicas a nivel nacional, y a fines de 1998, se creó el Seguro Materno Infantil – SMI que se enfocó en el grupo de riesgo conformado por mujeres gestantes y en puerperio, así como en niños hasta los 4 años de edad, en ambas experiencias aun cuando se denominaron “seguros”, su estructura principal tenía las características de un subsidio a la demanda, organizado bajo un esquema de aseguramiento.

El año 2001, se constituye la Unidad de Seguro Integral de Salud dependiente del Viceministerio de Salud del MINSA, y en el año 2002, se crea el Seguro Integral de SALUD (SIS) como Organismo Público Descentralizado del MINSA de acuerdo a la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, asignándole la misión de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual, de conformidad con la política del sector.

Con el proceso de fusión del SEG y SMI que dio origen al SIS, se generó un cambio en la estrategia, pasando de un esquema focalizado en la afiliación de madres y niños, a otro que busca el aseguramiento universal de la población. Mediante D.S. N° 034-2008-PCM, del 06 de mayo del 2008, se calificó al SIS como Organismo Público Ejecutor.

En el año 2009, el artículo 19° de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, dispone que todos los peruanos son beneficiarios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS, en su condición de afiliados a los siguientes regímenes a los siguientes:

Régimen Contributivo: comprende a las personas que realizan un pago o cotización, sea por cuenta propia o de su empleador. Este régimen es administrado por el Seguro Social de Salud (ESSALUD), la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú y otras.

Régimen Subsidiado: Comprende a las personas afiliadas por medio de un financiamiento público total. Está dirigido a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos. Este régimen es administrado por el SIS.

Régimen Semicontributivo: Comprende a las personas afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio de un financiamiento público parcial y aportes de los asegurados y empleadores, según corresponda. Este régimen es administrado por el Seguro Integral de Salud (SIS).

En el año 2011, se aprobó la Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud, de fecha 22 de julio de 2011, que se crea la UNIDAD Ejecutora 002: Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) del pliego 135: Seguro Integral de salud, encargado de financiar la atención de salud de las personas con enfermedades raras o huérfanas. El 04 de julio del mismo año, mediante Decreto Supremo N° 058-2011-PCM, se ratificó la calificación del Seguro Integral de Salud- SIS, como Organismo Público Ejecutor.

En el año 2012, mediante Resolución Ministerial N° 319-2012/MINSA del 21 de abril de 2012, se autorizó el inicio de actividades de FISSAL, y se emitió la Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA que aprobó el listado de Enfermedades

de Alto Costo de atención –Grupos de Patologías (CIE 10): Cáncer de cuello uterino, Cáncer de mama, Cáncer de colón, Cáncer de estómago, Cáncer de próstata, Leucemia. En dicho año, se autorizó al SIS, mediante Decreto Supremo N° 007-2012-SA, sustituir el listado priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) aprobada por Decreto Supremo N° 004-2007-SA, por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud-PEAS (Decreto Supremo N° 016-2009-SA) y sus Planes Complementarios, aprobados en virtud a lo dispuesto en el artículo 99 del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, precisa también en su artículo 2°, que los planes complementarios al PEAS incluyen la prestación Económica de Sepelio (PES) a nivel nacional.

El 06 de noviembre de 2014, por Decreto Supremo N° 030-2014-SA, se aprobó el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.

El documento: “Estudio Financiero Actuarial del seguro subsidiado, semisubsidiado y semicontributivo del Seguro Integral de Salud”, señala que la finalidad del SIS es proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, con prioridad en aquellas poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. Para lograr mejores resultados y marcar la diferencia entre el SIS y sus predecesores, en la Ley No. 28588, se incorporó con carácter prioritario, en forma sucesiva y de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria, la atención de salud por medio del SIS a su público objetivo caracterizado por mujeres mayores de 17 años, no gestantes, en situación de extrema pobreza. Además, al independizar a las escuelas públicas del proceso de adscripción,

la cobertura se amplió a todo niño, niña y adolescente menor de 18 años, sea escolar o no, en condición de pobre o extremadamente pobre. (BID, 2015 p. 36).

Debido a su población objetivo, se constituyó como una ventana de financiamiento focalizado del Sistema Nacional De Salud. Entre sus acciones, reembolsa a los hospitales y establecimientos de salud del MINSA y Gobiernos Regionales principalmente por el costo variable de los servicios proporcionados a los individuos que están bajo su cobertura. Sus asegurados no tienen que pagar por la atención en los establecimientos del MINSA y pueden obtener medicamentos. Cabe precisar que el SIS, pese a encontrarse bajo la supervisión del MINSA como ente rector, cuenta con autonomía presupuestal. (BID, 2015 p. 36).

Apreciamos en el Tabla N° 3 la distribución de la población asegurada al SIS, total y totales parciales según regímenes de aseguramiento para el año 2016. Así tenemos que al final de año se contó con 17 millones, noventa y dos mil asegurados en total a nivel nacional. Perteneciendo al régimen subsidiado 16 872 000 (dieciséis millones ochocientos, setenta y dos mil asegurados) y al régimen semi-contributivo sólo 220 529 (doscientos veintemil quinientos veintinueve).

Tabla 3.*Estadísticas globales según tipo de afiliación al SIS, por grupos de edad**Enero - Diciembre 2016*

Total Semi -contributivo	Total	Niños		Adolescentes	Adultos		Adulto Mayor
		0 – 4	5 – 11	12 – 17	18 - 29	30 - 59	60 a más
Total							
Asegurados	17 092 691	2 071 675	2 712 973	1 919 638	3 480 115	5 151 084	1 757 206
Atenciones	75 474 091	22 624 707	11 095 225	6 946 550	12 128 522	16 379 332	6 299 755
Atendidos	10 595 413	1 850 442	2 140 929	1 255 112	1 724 177	2 604 681	1 020 072
SIS Subsidiado							
Asegurados	16 872 162	2 069 038	2 709 173	1 915 315	3 452 082	5 005 440	1 721 114
Atenciones Tarifadas	75 072 016	22 595 341	11 084 622	6 936 460	12 088 083	16 157 409	6 210 101
Atendidos	10 527 120	1 847 284	2 138 352	1 252 675	1 717 095	2 565 366	1 006 348
SIS Semicontributivo							
Asegurados	220 529	2 637	3 800	4 323	28 033	145 644	36 092
Atenciones Tarifadas	402 075	29 366	10 603	10 090	40 439	221 923	89 654
Atendidos	68 293	3 158	2 577	2 437	7 082	39 315	13 724

Fuente: Estadísticas SIS

7. Modalidades de servicio

“Aquellas personas que no tienen cobertura de salud, y que califican como elegibles en el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) del Ministerio de Inclusión y Desarrollo Social (MIDIS) pueden acceder a la cobertura de SIS Gratuito”. (BID, 2015 p. 36).

BID, (2015) Para el año 2012, en las regiones que no contaban con AUS, podían afiliarse al SIS Independiente el familiar o los ciudadanos/as peruanas con residencia en el territorio nacional, sin un seguro de salud y con alguna capacidad de pago. Esto es con ingresos menores a 700 y no mayores a 1 000 soles. Asimismo, podían afiliarse las personas contratadas por Servicios No Personales (SNP) del sector público y privado con ingresos menores a 1600. El aporte individual era de 10 soles, para aquellos individuos con ingresos inferiores a 700 soles, y de 20 soles, para aquellos individuos con ingresos entre 700 soles y 1 000 soles (o 700 soles y 1 600 soles, en el caso de los contratados por (SNP). Asimismo, era posible afiliar al grupo familiar (titular, cónyuge o conviviente e hijos menores de 18 años). En este caso, el aporte era de 30 soles (p. 37).

Por otra parte, también existe el SIS Microempresas, al que pueden afiliarse trabajadores y empleadores de microempresas formalmente registradas en el REMYPE (y sus derechohabientes). Para el año 2012 en las zonas donde se implementaba el AUS, los afiliados contaban con las prestaciones establecidas en el PEAS. Esta cobertura tenía un costo de 30 soles mensuales por cada trabajador y su familia. Dicho monto era- en teoría- asumido en un 50 % por el Estado y el otro 50 % por el conductor o empleador de la microempresa (y, en caso de que el trabajador no tuviera familia, el empleador no pagaba el mismo monto de 15 soles). En zonas sin cobertura de AUS, las prestaciones eran las establecidas en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (Decreto Supremo N. 004-2007-SA) y la cuota mensual del seguro de la misma, (BID, 2015, p. 39).

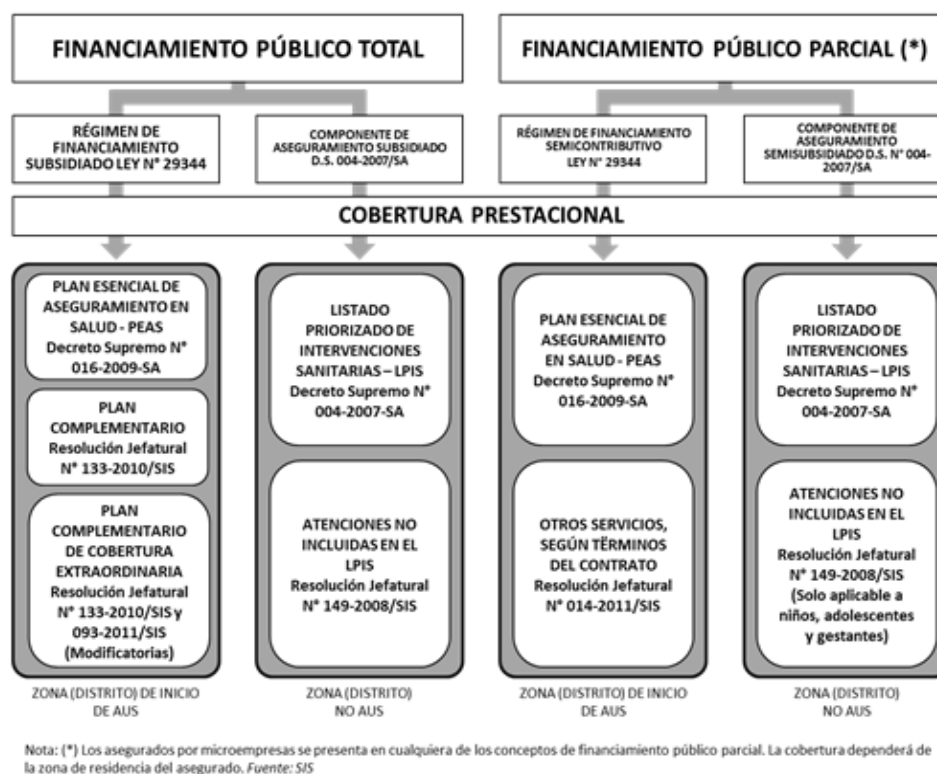


Figura 3. Diferentes Formas de Financiamiento y Tipos de Cobertura

Fuente: “Estudio Financiero Actuarial del Seguro Subsidiado, semi-subsidiado y semi-contributivo del seguro integral de Salud”

Banco Mundial, (1990, p. 39) señala: que es importante precisar algunas consideraciones. Primero, el SIS asume principalmente el costo variable del servicio y no el costo total, debido a que el MINSA y las regiones de salud financian los otros componentes del costo de los servicios. En segundo lugar, el SIS no es un fondo en el sentido clásico. Las transferencias presupuestarias al SIS no se calculan sobre una base actual. Por lo tanto, el SIS no se puede absorber el riesgo actuarial que surge de la varianza entre los costos proyectados y reales. Las diferencias son soportadas por la DIRESA (Citado en Estudio Financiero Actuarial del SIS, 2015, p.39).

Es una entidad bajo la administración pública y utiliza el sistema de asignación de recursos para generar eficiencias e incentivar la promoción de la salud. Los recursos asignados al SIS presentan una tendencia creciente en los últimos años y han pasado de 320

millones de soles el 2007 a 563 millones de soles el 2011, con un crecimiento del 75,8%. Sin embargo, estos recursos continúan representando cerca de 0.1 % del PBI.

Por otra parte, si bien luego de la expansión de la cobertura del SIS del gasto por asegurado cayó de 45.4 soles a 38.6 soles entre el 2007 y 2009, a partir de 2010 el gasto per cápita se recupera hasta alcanzar el 2011 los 44.1 soles. Los asegurados al SIS provienen en su mayoría de zonas rurales y urbano marginales, donde el nivel de pobreza es mayor. Adicionalmente, el SIS brinda cobertura a mujeres no gestantes y varones mayores de 17 años que viven en situación de extrema pobreza y pobreza, tanto en provincias rurales como urbanas.

Rubros	Subsidiado	Semicontributivo		
		Independiente	Emprendedor	Microempresa
Población objetivo	Personas y familias en situación de pobreza extrema y no extrema.	Personas y familias con limitada capacidad de pago.	Persona naturales no profesionales y familiares directos.	Conductor de microempresa, Trabajadores y derechohabientes.
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> DNI. No tener otro seguro de salud. Tener la calificación de SISFOH – MIDIS. 	<ul style="list-style-type: none"> DNI. No tener otro seguro de salud. Tener la calificación de SISFOH – MIDIS. 	<ul style="list-style-type: none"> DNI. No tener otro seguro de salud. Contribuyente del NRUS y no contar con trabajadores dependientes. Haber pagado aportes a SUNAT por lo menos 3 meses consecutivos antes de la afiliación. 	<ul style="list-style-type: none"> La microempresa debe estar acreditada como tal en REMYPE MINTRA Conductor, trabajadores y derechohabientes deben estar registrados en REMYPE. Tener DNI.
Pago de cuotas para el derecho a cobertura	Sin costo.	Cuotas mensuales de: <ul style="list-style-type: none"> Individual: S/ 39,00. Familiar: S/ 39,00 por cada derechohabiente. > 60 años: S/ 44,00 (continuador) y S/ 58,00 (nuevos) Deducibles y copagos. 	Pago de aporte NRUS categoría 1 a SUNAT S/ 20,00 mensuales.	Pago único mensual de S/ 15,00 (Paga el empleador).
Tipo y lugar de Afiliación	Presencial: <ul style="list-style-type: none"> Centro de digitación. UDR. Sede Central. Promotores SIS. 	Presencial: <ul style="list-style-type: none"> Centro de digitación. UDR. Sede Central. 	Automática: <ul style="list-style-type: none"> Información remitida por SUNAT Presencial: <ul style="list-style-type: none"> Derechohabientes 	REMYPE remite relación de personas que serán afiliadas bajo esta modalidad.

Figura 4. Características de los Seguros que Administra el SIS

Fuente: Estudio Financiero Actuarial del Seguro Subsidiado, Semisubsidiado y Semicontributivo del Seguro Integral de Salud

La fig. N°04 presenta los tipos de seguros que administra el SIS, y la población coberturada en los diferentes tipos de seguros.

Hasta el 2011, para el caso del SIS Independiente, se reconocía en este segmento de la población a aquellos con ingresos menores a 700 soles y no mayores de 1 000. Asimismo, podían afiliarse las personas contratadas por Servicios No Personales (SNP) del sector público y privado con ingresos menores a 1 600. Después, desde el 2011, para acceder a este producto el ciudadano tenía que contar con clasificación de no pobre, de acuerdo con el SISFOH.

8. Comisión de Reorganización del Seguro Integral de Salud.

Creada mediante Decreto Supremo N° 039-2016-SA; se conforma la Comisión de Reorganización del Seguro Integral de Salud con el Rol de identificar la problemática y evaluar la normatividad vigente del SIS.

Como resultado del trabajo de dicha Comisión, se presenta el “Informe Final de la Comisión Interventora Del Seguro Integral de Salud” (SIS) en enero del año 2017. De acuerdo con lo expuesto el D.S. 010-2016-SA, señala que una IAFA pública, para su adecuado funcionamiento, debe desarrollar de manera eficiente los siguientes procesos:

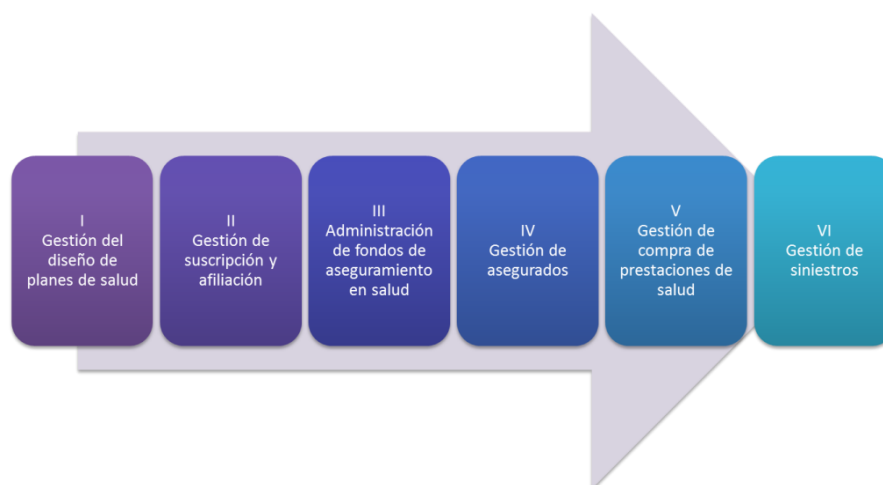


Figura 5. Procesos de una IAFA Pública, según D.S. 010-2016-SA

Fuente: Informe Final de la Comisión Interventora del Seguro Integral de Salud – enero 2017

La fig. N° 05 muestra los procesos que debe seguir una IFAS Pública para su adecuado funcionamiento. De acuerdo con el informe, la Comisión Interventora identificó un conjunto de problemas en el desarrollo de estos procesos los cuales se pasa a resumir:

Proceso 1: En relación con el primer proceso, Gestión del Diseño de Planes de Salud.

“La Comisión identificó necesaria la evaluación de la capacidad resolutive de los establecimientos que ofertan los servicios de salud y tienen convenio con el SIS”. (Informe de C.I, SIS, p, 3).

Asimismo, solicitó la revisión del sistema de referencia y contra referencia, revisar la oferta de los planes de salud vigentes y evaluarlos, considerando la carga de enfermedades de los asegurados del SIS y la oferta de servicios de salud existente en el sector tanto público como privado.

Proceso 2: Gestión de suscripción y afiliación.

La Comisión consideró importante validar si los asegurados reúnen los requisitos para sustentar su permanencia en la condición de asegurados que en la gran mayoría se encuentran en el régimen subsidiado.

La Comisión reveló:

“Cerca de 3.7 millones no contaba con clasificación de no pobre, dado que no se usó el padrón general de hogares (PGH) para asegurar la acreditación de pobreza en el proceso de afiliación. (Informe de Comisión Interventora SIS, 2001, p. 6)”.

De acuerdo con esta información el sistema estaría pendiente de dar cobertura mediante el régimen subsidiado a cerca de dos millones de personas que no cuentan con ningún tipo de seguro, y en condición de pobreza.

Proceso 3: En relación al Componente 3, Administración de fondos de aseguramiento en salud.

Se puede señalar que de los recursos que administra el SIS (PIM 2016: S/1,400 millones), alrededor del 99% proviene de recursos ordinarios y solamente un 0.4% de recursos directamente recaudados por el régimen semi-contributivo. Otro aspecto importante para tener en consideración es que del total de financiamiento destinado a la función salud, el SIS gestiona sólo el 9% del total, además estos recursos no han sido orientados a la reposición de medicamentos, por el contrario, los establecimientos de salud que demandan los asegurados del SIS han destinado los recursos del SIS, para el financiamiento de otras actividades, ajenas a las previstas.

Proceso 4: Gestión de Asegurados.

Podemos señalar que la Comisión identificó:

“Debilidades del sistema, al estar la atención centrada en las prestaciones y no en el individuo, lo que no permite realizar un seguimiento del asegurado de manera integral”. (Informe de CI, SIS, 2016, p. 32).

En esta orden de cosas, podemos señalar que se presta total atención a las prestaciones sanitarias realizadas, a los FUAs remitidos por cada prestación, los que pueden ser objeto de irregularidades, tales como falsificación de FUAS, sin dejar de considerar que no se dispone de cálculo de prima actuarial por riesgo de asegurado. El utilizado presupuesto de cápita se asigna en el marco de los techos presupuestales determinados por el PPR, lo que no se corresponde con una distribución de los costos y riesgos de la población asegurada.

Otro aspecto importante a señalar está en función de la valorización de los FUAS, para realizar esto no se cuenta con un tarifario actualizado, el cual requiere urgente modificación. El informe de la Comisión Interventora revela indicios de falsificación de los FUAS. De otro lado dicho Informe identifica que el SIS viene financiando tercerizaciones de establecimientos de salud públicos a privados, estando entre los procedimientos: tomografías, resonancias magnéticas, hemodiálisis, cateterismo cardiaco y la embolización. Frente a estos hallazgos la Comisión recomendó que el SIS realice por intermedio del MEF un estudio actuarial, que se fortalezca los mecanismos de control y la auditoría prestacional en el III nivel de atención.

Proceso 5: Respetto del proceso de gestión de compras de prestaciones del SIS.

Se han identificado una cantidad de problemas de los cuales los más importantes relacionados con la normativa vigente se mencionan a continuación:

En relación al mecanismo de pago capitado, no se dispone de cálculo de prima actuarial por riesgo de asegurados y no se tiene precisión sobre el tipo de servicio coberturado. Además, el presupuesto de la cápita se asigna en el marco de los techos presupuestales determinados por el PPR, lo que no se corresponde con una distribución en función de los costos y riesgos de la población asegurada.

Con respecto al mecanismo de pago prospectivo por actividad (pre liquidado), si bien los precios y tarifas se aplican según nivel del establecimiento y se determinan como resultado de una negociación, normativa interna del SIS ha permitido la generación de tarifas diferenciadas entre el SIS y Unidades Ejecutoras.

En relación también con este mecanismo de pago los tarifarios vigentes no consideran las mejores prácticas internacionales e instrumentos que la literatura de la economía de

la salud reconoce como valiosos para la introducción de incentivos a la eficiencia en costos, por ejemplo, los grupos relacionados de diagnósticos.

Sobre la compra de prestaciones a privadas por atenciones de emergencia, los montos facturados por este concepto se han incrementado de manera significativa desde 1.7 millones en 2014 a más 114 millones en 2016. La directiva interna del SIS que regula el reembolso de los pagos por emergencias no prevé procedimientos de auditoría médica concurrente, criterios para las auditorías, criterios de priorización entre emergencias de prioridad I y II, claros procesos de referencia y contra referencia, entre otros procedimientos claves que son fundamentales implementar para un adecuado control. En ese sentido, también es importante que el SIS se encuentre facultado para establecer condiciones específicas para el reembolso de las prestaciones por emergencias en establecimientos privados, sobre todo considerando que, con estas a diferencia de un establecimiento de salud público, no tiene aprobado un tarifario.

Acerca de la compra de prestaciones directamente a privados, se ha identificado que a fines de 2016 ha quedado sin vigencia el Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba Disposiciones para Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, en lo relativo a autorizar al Seguro Integral de Salud (SIS) y al Seguro Social de Salud (EsSalud), hasta el segundo semestre del año 2016, para contratar de manera complementaria a la oferta pública, servicios de salud a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) privadas, y servicios de albergue a través de centros de atención residencial, incluida la alimentación, cuando corresponda, para sus asegurados y un acompañante, a través de un procedimiento especial de contratación. Esta situación puede generar dificultades graves para la provisión de servicios complejos tales como hemodiálisis.

En relación con la compra de prestaciones de sepelios, se ha identificado personas que han registrado cobros por sepelio por más de una vez, las cuales son representantes de funerarias o personas vinculadas a ellas. A razón que justificaría estos pagos a las funerarias se encuentra en el perfil socioeconómico de la mayor parte de los asegurados al SIS subsidiado: personas en condición de pobreza o pobreza extrema.

Con respecto a las tercerizaciones o compra de prestaciones a terceros por parte las IPRESS públicas, se han identificado que el gasto del SIS por este concepto se ha duplicado entre 2004 y 2016.

En relación con el pago de servicios complementarios, las normas que lo regulan no precisan los criterios metodológicos o de evaluación que ha de seguir la IAFAS para validar el sustento entregado por la IPRESS. La norma tampoco detalla los mecanismos que permitirían verificar que los profesionales de la salud han cumplido previamente con brindar de forma efectiva su jornada ordinaria, como requisito para solicitar servicios complementarios.

Finalmente, en relación al proceso 6 de gestión de siniestro; la Comisión identificó la necesidad de que el SIS, actualice las reglas de consistencia y validación con prioridad de las atenciones de mayor frecuencia y atenciones de mayor costo. Así mismo la implementación de aplicativos informáticos, que no permitan el ingreso de datos en caso de detectar problemas en la consistencia o validación, así como estandarizar el procedimiento de supervisión y control de las UDR, y sobre todo al uso de criterios estadísticos para la selección de las muestras de prestación para el control presencial de prestaciones. Siendo el objetivo misional del SIS el cual es “brindar protección

financiera en salud a la población del Perú, con un enfoque de equidad, eficiencia y de atención centrada en el asegurado”.

Adicionalmente, si consideramos que según estimaciones del Banco Mundial con base en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), refiere que el porcentaje de población pobre que está afiliado al SIS, pasó de aproximadamente un 25% el año 2006 a poco más de un 70% el año 2015. Considerando que en el año 2015 se encontraban en situación de pobreza 6,8 millones de personas (21.77% de la población), el SIS tendría pendiente de dar cobertura, mediante régimen subsidiado, a alrededor de 2 millones de personas pobres.

2.1.3. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

El 30 de diciembre de 1941 se inauguró en la Provincia Constitucional del Callao el Hospital de Varones “Daniel Alcides Carrión”, siendo presidente de la República el Mariscal Oscar R. Benavides, Ministro de Salud Pública el Dr. Guillermo Almenara y presidente de la Beneficencia el Dr. Rufino Aspiazu. La construcción de esta importante institución de Salud, destinada a la atención de la clase trabajadora de la Provincia, estuvo a cargo de la Beneficencia Pública del Callao.

El Hospital Nacional Daniel A. Carrión es la Institución de Salud de mayor complejidad en la red de establecimientos en la Provincia Constitucional del Callao, con Dependencia Administrativa de la Dirección de Regional de Salud I, es además un Hospital de referencia nacional y sede docente de pre y post grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y otras Universidades Públicas y privadas.

En la actualidad el Hospital Carrión tiene una capacidad de 547 camas para hospitalización, 01 amplio y moderno servicio de Emergencia con Unidad de Shock Trauma, 118 consultorios externos en las áreas de Medicina, Cirugía, Ginecología, Pediatría y Odontología, 01 Unidad de Cuidados Intensivos, 01 Unidad de Cuidados Intermedios, 01 Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, 01 Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 07 Salas Quirúrgicas Electivas y 03 Salas de Emergencia, 01 Unidad de Quemados, 01 Moderno Departamento Oncológico, y una Unidad de Neurointervencionismo de última generación, 01 Servicio de Preventorio (Centro de Prevención y Detección del Cáncer y otras Enfermedades), un moderno servicio de Gineco Obstetricia y un nuevo sistema de atención denominado Hospital de día, además de contar con equipos de última generación como Tomógrafo Helicoidal Multicorte (128 cortes), Arco en C, Mamógrafo, Angiógrafo Digital, Colposcopio entre otros.

El Hospital Nacional Daniel A. Carrión, con el tiempo, ha ido mejorando su infraestructura y equipamiento, componentes fundamentales para brindar una mejor calidad de atención y servicio a sus usuarios. La actual gestión liderada por el MC Yoni Daniel Gómez Arenas, Director General, ha incluido en su agenda de prioridades la recuperación de la capacidad no solo resolutive sino de atención de calidad a sus pacientes, ya que mejorar el trato es una necesidad sentida tanto por los trabajadores de salud como por los usuarios. En esta tarea se encuentran comprometidos todos los niveles del hospital, con el objetivo de hacer del Hospital Carrión del Callao, un modelo de salud pública en nuestro país.

2.1.4. Experiencias Internacionales en Acceso Universal de Salud.

1.- La Experiencia Chilena.

En 2005, Chile adoptó un plan de beneficios de salud (PBS) denominado indistintamente plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) o plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE).

El presidente Lagos (2005). Afirmó: "Se establecen garantías explícitas, en donde se señala claramente cuáles son los compromisos que adquiere el Estado, la sociedad chilena, acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Y si estos compromisos no se cumplen, pueden ser exigidos. Esto es lo importante: nunca más queremos que exista el temor a la enfermedad, porque no sabemos si nos van a atender y si nos atienden, no sabemos cómo podemos pagar". (p.1).

El Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), entró en vigencia a partir de abril de 2005 y fue un gran avance para un país unitario, que pese a esa supuesta ventaja relativa, según la cual desde un único punto se deciden políticas para toda la nación, no solamente no se garantizaban mínimos en salud para todo el país, sino que además mostraba importantes brechas entre las diferentes regiones, tal como documentan investigadores chilenos que estudiaron diferencias significativas en indicadores sanitarios tales como expectativa de vida al nacer y mortalidad infantil. (Manoukian, 2019, p.1).

Entrevistado por el Diario El Mercurio diez años después, en 2015, Lagos señaló con una mirada retrospectiva que el plan AUGE, como todos sabemos, implicaba un gran cambio: que el concepto de derecho pasa a ser modificado por el de garantía. Vale decir, el Estado garantiza, no el Estado reconoce el derecho; garantiza el acceso a la salud en

ciertas circunstancias. Y esa garantía es un cambio focal muy importante. Por eso hablamos que las garantías, que se referían a un máximo de 56 patologías, se implementaron gradualmente. Aspirábamos a que se pudieran aumentar las patologías en la medida en que el país iba creciendo. Con todo, esas 56 patologías, hoy son 80, dan cuenta más o menos del 70% de lo que son las atenciones hospitalarias en Chile. Y dan cuenta de que se han atendido 23 millones de casos, y no digo personas porque puede que una persona haya tenido varias garantías. (Manoukian, 2019, p. 1).

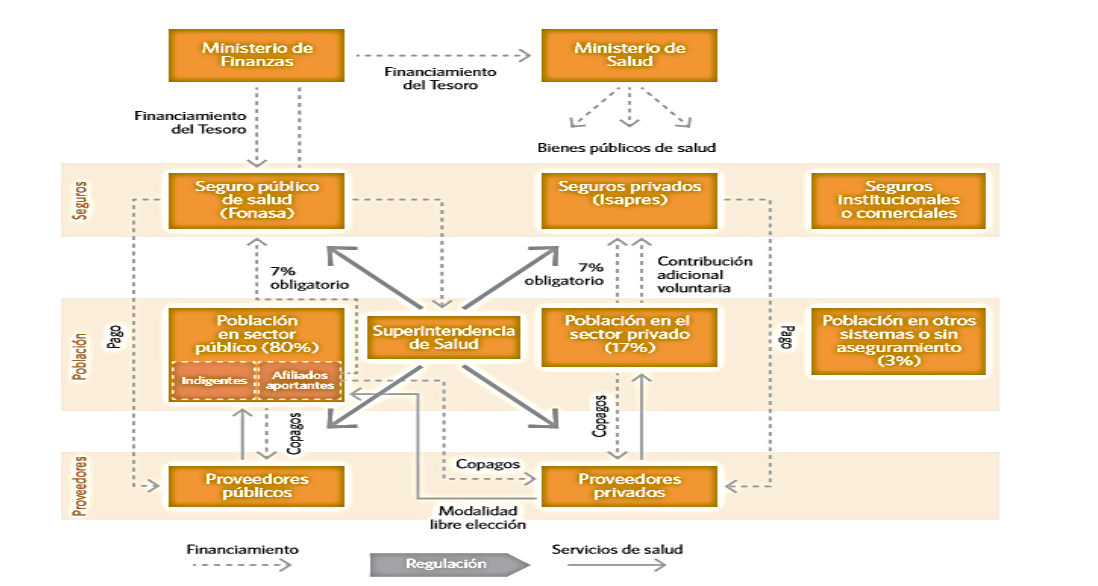


Figura 6. Sistema de Salud en Chile.

Fuente: BID.2014 "Planes de Beneficios en Salud de America Latina" Capitulo 1, p. 46

La fig. N° 06 muestra la estructura del Sistema de Salud Chileno.

Políticas curativas vs. Conductas anticipatorias. Epidemiológicamente, el avance de la Medicina ha hecho variar el enfoque desde "enfermedades de personas" a enfermedades o "patologías colectivas poblacionales", como ha sucedido con la patología geriátrica, la inmunodepresión, la resistencia física, las afecciones por estrés, vacunación, violencia intrafamiliar, drogadicción etc. Por tanto, existe un nuevo paradigma que acompañará al

siglo XXI cuyo objetivo fundamental será mejorar y prolongar la "vida sana". Ello implica disponer de una serie de otros recursos administrativos, de gestión y de recursos humanos, necesarios para modificar conductas de la población. Es necesario, por tanto, impulsar una nueva política de salud de tipo anticipativo del daño, de manera que no quede restringida al manejo de las enfermedades ya declaradas, lo que puede ser considerado como un fracaso. El AUGE no ha considerado este aspecto esencial para el futuro de la medicina, pues es el único que, al parecer, permitirá reducir la mortalidad de la población mundial y nacional. La mayoría de las patologías incluidas en el AUGE, segmentadas o no, quedan supeditadas a normas y protocolos de diagnóstico o tratamiento, que son al menos discutibles, según las observaciones de Román y Muñoz ya referenciadas. Tales protocolos exhiben variaciones y aspectos controversiales según sean los expertos consultados y el momento en que se deben cumplir.

La atención integral de salud no debiera definirse exclusivamente por el peligro de mortalidad, sino por las complicaciones e incapacidades de larga evolución que determinan muchas patologías, que se denominan crónicas o invalidantes. Además, por sus frecuentes reagudizaciones (enfermedades pulmonares crónicas obstructivas, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, diabetes, etc.), determinan un considerable aumento de la demanda de atención. Como en varias de ellas se establece un corte vertical en la atención garantizada, la fase aguda puede ser incluida, pero las etapas ulteriores escapan de la atención comprometida por la Ley. Por ello, pueden quedar marginadas algunas de las variadas complicaciones que sufren las afecciones crónicas y que muchas veces requieren intervenciones quirúrgicas o tratamientos complejos.

Además, en estas enfermedades crónicas, en su fase inicial asintomática, pero con reconocidos factores de riesgo, es preciso realizar prevención y promoción, acciones que el AUGE no considera quedando hipotéticamente a cargo del sector público sin financiamiento específico dentro del plan.

Sobre el financiamiento y la transferencia al sector privado. En relación al financiamiento, la atención garantizada en un sistema público que presenta importantes falencias y limitaciones, obliga a recurrir frecuentemente a la ayuda del sector privado. De esta forma se favorece, en forma encubierta, la capitalización del sistema privado, pues el Estado, por imperio de la ley, además de financiar gran parte de la atención del sector público, debe cubrir las atenciones garantizadas que exceden su oferta.

La idea inicial de la reforma de considerar afecciones de alta mortalidad y costo (catastróficas) se desdibuja al incluir otras patologías de menor letalidad, pero más prevalentes. Ello puede ser adecuado siempre que se hubiera potenciado el rol de la prevención primaria. Al dar énfasis a la atención de patologías de mal pronóstico, realizando una prevención terciaria, se pretende sólo evitar la muerte y no prevenir la enfermedad.

El sector público sobrepasado. Analistas chilenos coinciden en que el estrés que significa para los hospitales y consultorios públicos atender alrededor del 70% de su carga asistencial bajo plazos establecidos por ley, ha ayudado a dejar en evidencia que el sistema público de salud no es capaz de hacer mucho más que lo ya garantizado. Prueba de ello es la imposibilidad de resolver las listas de espera por parte del Estado, a

lo que se suma un nivel de deuda hospitalaria creciente y sistemas de notificación y de registro muy deficientes.

Pero además al difundirse que el AUGE garantiza el manejo de ciertas afecciones, se ha inducido una sobredemanda por ellas, a veces excesiva, que sobrecarga al sistema de salud en su conjunto. Se produce así una descompensación en el abordaje de los problemas de salud a favor de aquellos incluidos en el listado de los 80 y en desmedro del resto, cuando la población no es libre de elegir con que afección deberá lidiar.

Ampliación de la lista de patologías sin aumento presupuestario. Durante los últimos diez años, la ley AUGE aumentó de las 56 patologías que estaban en el diseño original a 80, pero sin incrementar el financiamiento para estas, lo que ha generado un deterioro -o al menos la imposibilidad de mejora- de las ya contenidas.

De cómo el AUGE podría significar retroceder en el ejercicio del derecho a la salud. Efectivamente, en el escenario chileno de fines del siglo XX, el plan significó un claro avance. Sin embargo, al analizar las aristas salientes que perfilan el GES resulta evidente que más allá de que explicitar compromisos resulta pertinente en función de la exigibilidad posible en caso de incumplimiento, la matriz de fondo que inspira el plan permite sostener diferencias que para la cuestión salud resultan éticamente cuestionables (3).

El Plan AUGE sigue los lineamientos propuestos por la OMS y el BM, proponiendo una canasta básica que se limita a 80 patologías. Cada una está protocolizada pero no se incluyen ni todos los métodos diagnósticos potencialmente necesarios, ni todas las opciones terapéuticas. Véase a modo de ejemplo que para las

prestaciones odontológicas (patologías 23, 46, 47 y 66) se excluye la atención de personas de 6 a 60 años a excepción de las mujeres embarazadas.

Por otra parte, como se mencionó, el plan puso en tensión al propio sistema de salud en general, pero en particular al sector público que al verse sobrepasado salió a contratar al sector privado para suplir falencias concretándose una capitalización de un sector desamparando al garante natural. David Villena Pedrero, Magíster en Salud Pública y ex Presidente del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile ha manifestado durante la última campaña electoral en Chile que “el Auge o Ges, el cual es una expresión del Modelo de Mercado en la Salud, solo resuelve los aspectos curativos de las enfermedades garantizadas, siempre y cuando sean atractivas de resolver para la industria de la salud, no en vano en el periodo 2002-2017 ocurrió el aumento explosivo en la oferta de camas privadas y de programas especiales para compra de Servicios”.

Aún así, los retrasos e incumplimientos para dar respuesta a los plazos establecidos en los protocolos, son significativos. Las listas de espera son más abultadas cuando se trata de pacientes cubiertos por Fonasa. Según un informe de fiscalización realizado por la Superintendencia de Salud, a abril de 2016 había 19 605 casos Auge en lista de espera, a nivel nacional. Y además de la abultada cifra, el análisis de la autoridad añadió otro componente: el 36% corresponde a problemas de salud críticos, es decir, que implican riesgo vital, de agravamiento o de daño irreparable para el paciente. (4)

Una mirada crítica sobre el caso chileno, que no deja de rescatar las virtudes que oportunamente significó, desnuda empero las debilidades propias de un modelo

neoliberal que destaca las desigualdades entre los individuos y no entre clases o grandes grupos sociales, priorizando políticas focalizadas en los individuos.

Por el contrario, cuando se asume la Salud con enfoque de derecho se asume la universalidad de los derechos sociales y la ciudadanía social, entendida como la exigibilidad de estos derechos. Esta concepción lleva proponer políticas de redistribución del ingreso vía la prestación gratuita de servicios públicos para igualar las condiciones básicas de vida.

Un primer aspecto fue incluir las garantías exigibles que refieren a:

Acceso: Derecho por ley a la prestación de salud según el protocolo establecido para cada una.

Las garantías fueron de:

1. Oportunidad: Tiempos máximos de espera para el otorgamiento de las prestaciones.
2. Protección financiera: La persona beneficiaria cancelará un porcentaje de la atención (co-pago) que se fija de acuerdo a la categoría de beneficiario: afiliados a FONASA A y B: 0%; afiliados C: 10%; afiliados D: 20% y afiliados a ISAPRE: 20%.
3. Calidad: Otorgamiento de las prestaciones por un prestador acreditado o certificado por la Superintendencia de Salud.
4. Canasta básica. Desde un punto de vista socio-político, el AUGE restringe la demanda de atención a un grupo de afecciones, y por tanto, a un determinado número de pacientes, vulnerando así el derecho a la salud integral de toda la población, lo que forma parte del principio del bien común. Este hecho constituye un atentado ético a los principios de solidaridad y equidad.

Un segundo aspecto a destacar se relaciona con el hecho de que Chile optó por incluir en el PBS solo un subconjunto de problemas de salud que apuntan a cubrir aproximadamente el 60% de la carga de enfermedad de este país. Así, la iniciativa de priorizar con fuerza legal el GES tuvo como punto de partida la ausencia de prioridades explícitas para los problemas de salud y prestaciones médicas que quedaron fuera de él. Esos problemas excluidos mantuvieron su estatus anterior, quedando, en el ámbito público (Fonasa), sujetos a una racionalización mediante listas de espera. Con ello, en el caso del gran asegurador público, Chile ha decidido mantener un esquema de racionamiento implícito para lo que no está en el GES y, a la vez, priorizar un subconjunto de prestaciones, que son las incluidas en él. Este camino de garantizar explícitamente algunas prestaciones sin negar de un modo explícito otra parece atractivo en términos políticos, sobre todo en América Latina, donde el derecho constitucional garantiza el acceso a la salud y donde el racionamiento de la oferta es considerado ética y socialmente inaceptable.

Un tercer elemento a destacar es la institucionalización de dos procesos fundamentales asociados con el ajuste de un PBS: el costeo y la identificación de las prioridades sociales. Respecto del costeo, la ley establece que toda modificación de los contenidos del GES debe primero someterse a un estudio actuarial riguroso comisionado por el Ministerio de Salud. En cuanto a la identificación de las prioridades sociales, la formulación de la primera versión del GES, en 2005, estuvo precedida por un amplio proceso de consulta ciudadana que abarcó a grupos de expertos, grupos de interés, trabajadores públicos, municipales y privados, la opinión pública y miembros de la comunidad.

2. Experiencia Colombiana.

La reforma colombiana de salud se dio en 1993 e impulsó diversos cambios. Entre ellos, plantea dos regímenes de aseguramiento: el contributivo y subsidiado. El primero está dirigido a la población con capacidad de pago (aquellos que pertenecen al sector formal) y el segundo atiende a la población sin capacidad de pago (sector informal). Al 2014, la cobertura de aseguramiento llega al 92% de la población. Todos reciben un mismo plan de beneficios denominado Plan Obligatorio de Salud (POS). Ambos regímenes operan con aseguradoras del sector público y privado que garantizan el POS a cambio de recibir una prima.

Los principales logros y avances se resumen en la posibilidad de contar con el mismo plan de beneficios para la totalidad de la población no condicionado a su nivel socio económico y capacidad de pago, lo cual permite reducir las brechas de equidad con respecto al acceso a los servicios de salud que existen en América Latina. Comparativamente, con otros países de la región que tienen planes de beneficios en salud, solamente Chile, Uruguay y Colombia han logrado estos avances.

El POS permitió al país articular agentes, fuentes de recursos y políticas que universalizaron el aseguramiento con garantías explícitas de derechos para la población de una manera sostenible fiscalmente. Establecer los derechos mediante el POS y costearlos mediante la unidad de pago por capitación permitió al país reaccionar a distintas adversidades, como el aumento del desempleo, con los ajustes tributarios y macroeconómicos necesarios para mantener el financiamiento del sistema de salud. Además, Colombia ha creado un vínculo directo entre el costo del PBS y la asignación de recursos a los proveedores de servicios, algo que raramente sucede en la región.

Desafíos. Igualar el plan de beneficios de las personas sin capacidad de pago afiliadas al régimen subsidiado con el de las personas con capacidad de pago afiliadas al régimen contributivo fue uno de los principales desafíos que enfrentó Colombia en los primeros 20 años del POS. Por presión de la Corte Constitucional y en nombre del principio de igualdad, en 2008 se inició un proceso de igualación que culminó en 2012, con planes idénticos y primas muy similares. Esto creó una presión fiscal importante, cuyo manejo está aún en discusión.

Otro reto para la sostenibilidad del POS ha sido la gestión y financiamiento de los servicios excluidos del plan. Un plan extremadamente detallado junto con la existencia de recursos públicos para financiar servicios no incluidos en el POS generó incentivos para que los aseguradores solicitaran servicios por fuera del plan ya que estos generan ingresos adicionales a la prima que reciben. Esto, junto con los mecanismos jurídico-administrativos que facilitan la solicitud de servicios no incluidos en el plan y la presión de la innovación tecnológica, han llevado a una explosión del financiamiento de servicios que no han sido priorizados en el PBS: en 2010, la quinta parte de la recaudación de impuestos a la nómina destinada a la seguridad social de salud se destinaba al pago de servicios que no estaban incluidos en el plan de beneficios. La eficacia de muchos de los servicios que así se otorgan es dudosa y la equidad en la distribución de los recursos se vio afectada (Uprimny, 2013) ya que se observa una correlación positiva entre nivel de ingresos y cantidad de solicitudes realizadas.

La implementación de procesos institucionalizados, sistemáticos, robustos y transparentes para decidir qué beneficios incluir en el POS es otro reto importante que

enfrenta Colombia. Existe un consenso entre los actores de que avanzar en este sentido será clave para que el POS sea visto como una herramienta legítima de racionamiento. Sin embargo, la comunidad médica colombiana ha cuestionado cada vez más la idea de un plan explícito de beneficios por considerar que esta idea es contraria al concepto de autonomía médica y se contrapone a una atención de salud que responda a las necesidades específicas de los pacientes. Además, el ambiente de constante enfrentamiento judicial y administrativo contra el POS para obtener servicios excluidos, en contiendas muchas veces exmayordas desde los medios de comunicación, ha llevado a que el POS sea percibido como ilegítimo. La eliminación de una lista positiva de beneficios es hoy vista como una posibilidad real, y es parte de las discusiones en curso. Si se aprueba la sustitución del POS por una lista negativa, el gran desafío de Colombia en los próximos años será la sostenibilidad financiera del sistema, al mismo tiempo que la eficiencia y la equidad. Colombia es un caso ideal para aprender por qué pueden fracasar los planes explícitos de beneficios: fue el primer país de la región en adoptar uno universal y es el primero que se dirige con paso decidido hacia su eliminación. El estudio de caso muestra que los aspectos políticos y la definición de lo que se incluye o excluye de un PBS pueden ser mucho más importantes para su legitimidad ante la opinión pública que los aspectos técnicos de definición y ajuste del plan.

Bernal y Barbosa, (2015). En “La nueva reforma a la salud en Colombia: El derecho, aseguramiento y el sistema de salud”. Señalan que la reforma del sistema de salud en Colombia presenta grandes retos. El aumento progresivo de los costos en salud, el cual se reconoce es un problema mundial debido al aumento de la expectativa de vida y las enfermedades crónicas, y al avance de la tecnología. Así

mismo señalan los autores que los modelos de aseguramiento en salud han presentado grandes aciertos y fracasos en diferentes regiones del mundo, lo que evidencia la imposibilidad del desarrollo de un sistema ideal.

La definición de la salud como un derecho fundamental que el Estado tiene por obligación proveer, proteger y regular es un avance social de una nación. Sin embargo, se requieren grandes esfuerzos institucionales, con elementos internos que pueden generar riesgos para su cumplimiento.

Esquema 2.1. Sistema de salud colombiano

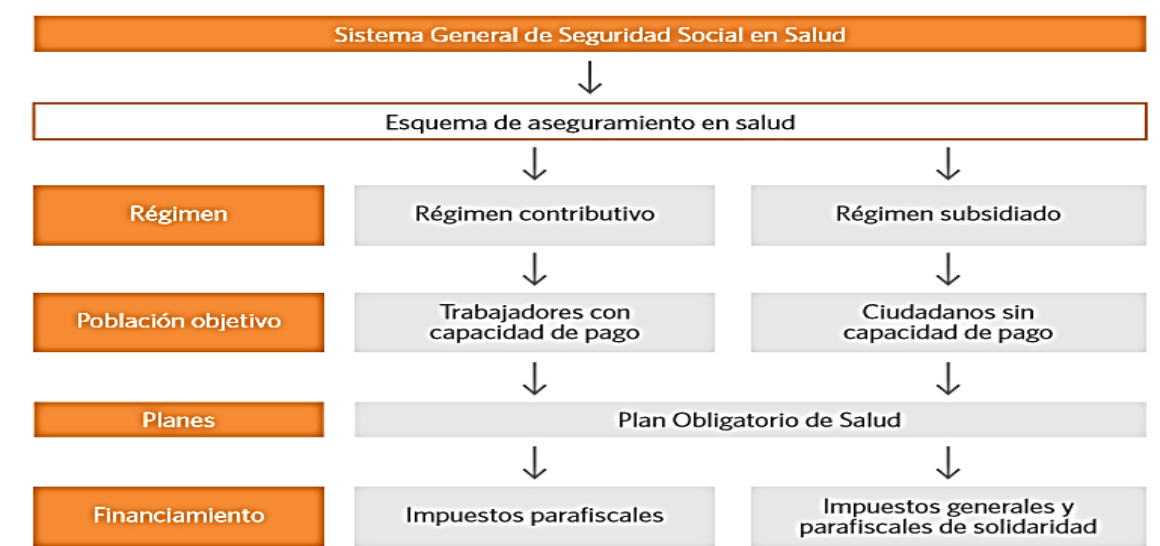


Figura 7. Sistema de Salud Colombiano.

Fuente: BID.2014 “Planes de Beneficios en Salud de America Latina” Capitulo 2, p. 84

La fig. N° 07 muestra la estructura del Sistema de Salud Colombiano.

Dentro de esta reforma conviven puntos que tienden a ser contradictorios o por lo menos ambiguos:

Definición en salud. La definición de salud en la construcción de 1990 se conforma de dos puntos contradictorios. En el artículo 2 se define como “...el acceso a los servicios de salud...” incluyendo acciones de atención, rehabilitación, promoción y

prevención de la enfermedad, al tiempo que en el artículo 9 hay una visión mucho más amplia que se refiere a los determinantes sociales de la salud. (Bernal et al. 2015, p. 436).

La prestación del servicio en salud se ejecuta bajo “la indelegable dirección, supervisión, coordinación y control del Estado” (artículo 2), lo que podría interpretarse como un enfoque hacia un sistema nacional de salud de monopolio público. (Bernal et al.2015, p. 436).

Dentro de los mecanismos de sanción, la definición que se tiene de salud es “la prestación del servicio público”, la cual se puede estar limitada únicamente en aspectos económicos de oferta y demanda por el bien adquirido con el Estado, priorizando los indicadores de Gestión sobre la salud.

Derecho a la salud. En la reforma conviven dos posiciones encontradas del concepto mismo del derecho a la salud. Una concepción “garantista” bajo la cual se debe responder a todas las necesidades individuales y colectivas y, por otro lado, una visión que limita el derecho a los recursos limitados del sector salud. En la primera se pueden crear inequidades. Si los recursos son limitados, pueden tener mayores garantías quienes conocen cómo utilizar recursos para el acceso. En la segunda, se tiene una visión a corto plazo al considerar que los recursos son limitados y, por tanto, se maneja más el concepto de progresividad del derecho y de límites de tipo financiero. (Bernal, 2015, p. 437).

Lo ideal es conocer mejor quiénes somos, de qué nos enfermamos, cuáles son las necesidades, cómo usar adecuadamente los recursos y cuánto se tendría que aportar

para poder lograr esos servicios. Brasil ha sido pionero en pensar a largo plazo, y uno de los ejemplos fue la decisión de garantizar el tratamiento gratuito a todos los pacientes con sida, para lo cual ha combinado una política de negociación de precios y producción local de medicamentos que le ha permitido reducir costos y mejorar la sobrevivencia.

Otro aspecto importante es el considerar el monitoreo. La evaluación del sistema de salud debe ir más allá de indicadores de mortalidad y morbilidad; debe centrarse en el goce efectivo del derecho a la salud, que incluya evaluación de la calidad y de la percepción de la población. Los sistemas de monitoreo deben centrarse en la calidad y oportunidad de los servicios, así como en la sostenibilidad del sistema, sin embargo, no se propone un organismo interno de “supervisión del rendimiento” o centro de investigación con base en tecnologías de información que verifiquen, controlen e informen sobre el ejercicio de los actores dentro de los sistemas de salud, aspecto que se considera parte fundamental en países desarrollados para disminuir la corrupción y fortalecer la transparencia. El derecho a los servicios de salud tiene límites técnicos, éticos y económicos; hay acuerdos sociales sobre sus límites en temas estéticos o experimentales, pero no se ha establecido un claro mecanismo para excluir otros medicamentos o servicios que sí implican una mejora con respecto a lo que se tiene hoy, pero que el sistema de seguridad social no podrá cubrir. Es necesario un acuerdo social, un equilibrio y control por parte del Estado.

3. La Experiencia Uruguaya.

Contexto. Uruguay tiene un sistema de salud denominado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que separa las funciones de prestación y financiamiento.

En la prestación de servicios participan prestadores públicos y privados. La financiación está separada por nivel de complejidad: el Fondo Nacional de Recursos (FNR) financia las prestaciones más complejas, mientras que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) financia las de mediano y bajo nivel de complejidad. Uruguay fue el primer país de América Latina en ofrecer un plan de salud explícito, integral e igual para toda la población.

Elementos clave del Plan Integral de Atención a la Salud. El Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) constituye un plan de beneficios en salud con garantías explícitas (lista positiva), que describe de manera clara y precisa las prestaciones de salud a las que tiene derecho la población. Un objetivo del PIAS es lograr la universalidad y equidad del acceso a la salud. A pesar de estar financiado por distintos fondos, el plan cubre a casi toda la población.

El PIAS tiene dos grandes componentes: los programas nacionales de salud, que son acciones de promoción y prevención dirigidas a grupos de edad específicos y el catálogo explícito de prestaciones de los servicios de prevención secundaria y terciaria en todos los niveles de atención. El catálogo de prestación está compuesto por: 1) prestaciones diagnósticas y terapéuticas de complejidad y costo bajos o medianos (PBMC); 2) medicamentos de costo bajo o mediano (MBMC), y 3) prestaciones diagnósticas y terapéuticas de mayor especialización y costo, y medicamentos de alto costo y alto impacto económico (PyMAC). Con el PIAS se pasó de la lógica de explicitar las exclusiones a describir en forma clara y precisa las prestaciones de salud a las que tiene derecho la población, de tal forma que se constituyen en una garantía explícita, exigible y equitativa al estar disponible para todos los ciudadanos. Con una

perspectiva de derechos, el PIAS ofrece un abordaje integral, con acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria en todos los niveles de complejidad.

En el funcionamiento del PIAS se destacan los contratos de gestión entre la Junta Nacional de Salud (JUNASA), ente rector, con los prestadores integrales de salud, que cumplen la función de prestadores y articuladores de los servicios de salud. Estos contratos definen metas y criterios de calidad de las prestaciones incluidas en el plan de beneficios en salud (PBS). Esta articulación entre el contenido de un plan de beneficios y mecanismos de pago que premian el desempeño es una característica que comparten solo el PIAS de Uruguay y el plan Nacer / SUMAR de Argentina.

Otro aspecto destacable del PIAS es la selección de procedimientos prioritarios para los que se establecen normas del manejo clínico establecido en guías, pautas técnicas o protocolos correspondientes. Esto vincula la priorización con la estandarización de la práctica médica.

La gestión integral de las tecnologías de alto costo centralizada en el FNR, otra innovación del PIAS, facilita la coordinación de las intervenciones de alto costo, desde el financiamiento y el proceso de priorización hasta la monitorización del uso de las tecnologías.

Resultados. Al igual que en los demás casos revisados, Uruguay no cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación específica del desempeño del PBS. Sin embargo, se considera que mediante los contratos de gestión que premian el cumplimiento de metas sanitarias priorizadas (junto con la política de reducción de copagos, entre otros

aspectos), han mejorado varios indicadores de salud, como el gasto de bolsillo, los tiempos de espera y algunos indicadores de estado de salud, como la tasa de mortalidad materna, que es la más baja de la región.

Desafíos. La gestión compartida del PIAS en dos entidades, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el FNR, implica para ambas el reto de articularse. Por un lado, centralizar la gestión de las intervenciones de alto costo en una sola entidad con autonomía, como el FNR, es ventajoso. Pero queda la duda de si la gestión compartida puede llevar en ocasiones a una superposición de funciones. Independientemente de esto, se ha identificado la necesidad de fortalecer la articulación de ambas instituciones.

Nombre del PBS	Plan Integral de Atención de Salud
Año de inicio	2008
Motivación central	Equidad en el acceso a prestaciones explícitas y exigibles
Población objetivo	Universal
Cobertura de servicios	Cobertura integral de todos los servicios, desde la atención preventiva hasta la curativa y la rehabilitación
Cobertura financiera	No hay copagos para prestaciones hospitalarias y servicios de promoción y prevención Hay copagos con topes para la atención ambulatoria y algunas exoneraciones
Cobertura de la población	El 95% de la población total del país (2012)
Costo anual estimado per cápita	Prima anual de US\$650 por beneficiario (2011)
Porcentaje de los recursos públicos de salud canalizados hacia la financiación del PBS	Aproximadamente 72% (2008)
Entrega de servicios no priorizados	El acceso a los servicios no incluidos en el PIAS depende del nivel adquisitivo de la población que los demanda o de la decisión de los prestadores de brindar esos servicios por su propia cuenta y riesgo. Además, existen organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que proveen prestaciones no obligatorias, principalmente a personas de bajos recursos
Principales innovaciones	Contratos de gestión para el cumplimiento de las prestaciones Establecimiento de normas relativas a los servicios cubiertos, indicando condiciones clínicas y subpoblaciones para las que está disponible el servicio

Figura 8. Sistema de Salud Uruguay.

Fuente: BID.2014 “Planes de Beneficios en Salud de America Latina” Capitulo 3, p. 116

4. La Experiencia Mexicana

Aseguramiento Universal en Salud en México.

Santacruz, (2010). En la investigación: El Aseguramiento de la salud en México y sus tendencias. Del mito al hito, señala que el aseguramiento en salud se inició en 1943 con la creación del Instituto Mexicano de la Seguridad Social; dicho seguro financiado por el Estado, empleadores y trabajadores, lo cual continúa hasta finales del siglo XX. A inicios del siglo XXI estos mecanismos eran insuficientes para lograr el aseguramiento universal en salud, es así que se crea el seguro popular en salud, con el cual se incrementó el número de pobladores que contaban con un seguro de protección en salud.

En México se tiene actualmente diversos mecanismos de aseguramiento público de la salud, los que en conjunto han permitido un avance sustancial hacia la cobertura universal. También se puede apreciar que el mecanismo de mayor impacto en los últimos años es el del Seguro Popular. En el 2004 solo 52% de la población tenía seguro público de salud a través de la seguridad social y ese porcentaje aumentó a 57% en el 2008. Sin embargo, si se toma en cuenta la población incorporada al Seguro Popular hasta este último año, la cifra global con seguro de salud se incrementa a 82.8% (Seguridad Social más Seguro Popular) en el 2008. Estas cifras muestran que el Seguro Popular “per se”, en ese año contribuyó con 25.8% del total de asegurados y por otra parte, que en tan solo cinco años logró asegurar casi el 50% de lo que la seguridad social consiguió en casi 65 años. Las cifras anteriores evidencian sin duda un avance importante de México en la “cobertura del aseguramiento público de salud. (p. 199).

El autor señala que en el IMSS se realizó en el 2009 la encuesta nacional de derechohabientes de servicios médicos en una muestra de 29,406 personas, de las que el 69% fueron usuarios de primer nivel y el 31% del segundo nivel de las 36 delegaciones administrativas, la cual dio como resultado que en el rango del 77% al 88% las personas se encontraban satisfechas con los servicios recibidos.

Santacruz, (2013). Señala en relación a la dinámica demográfica del país y tomando como año de base 1990, en los últimos 20 años la esperanza de vida se incrementó en poco más de cinco años, ya que de 70.6 años en 1990 aumentó a 73.9 en el 2000 y a 75.4 en el 2010. De acuerdo a proyecciones efectuadas por el Consejo Nacional de Población, la expectativa de vida llegará a 77.1 en el 2020 y a 78.8 años en el 2030. Ese aumento impactará en las próximas dos décadas en el gasto por pensiones como en el gasto para atender padecimientos crónico degenerativos de alto costo y por un mayor número de años.

Pero en el primer lustro del siglo XXI, el Gobierno Federal no solo determinó que esa vía era insuficiente para lograr el aseguramiento universal, sino que además tomó la decisión de implementar un nuevo mecanismo de aseguramiento para la población sin seguridad social. Este mecanismo conocido como Seguro Popular entró en funciones en el 2004 y ha permitido avanzar de una proporción de aseguramiento público de salud de poco más del 50% en el 2003, a un porcentaje de aseguramiento de alrededor del 90% en el 2010. Si bien la tasa de aseguramiento lograda es un hecho alentador, no lo es tanto el panorama de los próximos años por dos circunstancias; la primera es el riesgo de las finanzas públicas debido al comportamiento demográfico, del empleo formal y del desempleo, que ponen en riesgo la situación financiera de las

instituciones de seguridad social y la asignación de fondos públicos para el Seguro Popular y la segunda, a la insuficiente gestión del gasto en el sector público, que se traduce en subejercicio del presupuesto y que debe ser corregida para lograr la credibilidad de los órganos legislativos y las autoridades hacendarias. Con todo, no se debe dejar de reconocer que el mito del aseguramiento universal de la salud que durante las últimas décadas del siglo XX fue parte del discurso en la administración pública, está próximo a convertirse en un hito a principios del siglo XXI. Sin duda ello dependerá de las medidas correctivas que se puedan efectuar tanto en las instituciones de seguridad social como en el Seguro Popular, a fin de hacerlas más efectivas y eficientes.

A finales de la década de 1980, muchos países latinoamericanos comenzaron reformas en el sector social para aliviar la pobreza, reducir las desigualdades socioeconómicas, mejorar los resultados de salud y brindar protección contra el riesgo financiero. En particular, a partir de la década de 1990, las reformas tenían como objetivo fortalecer los sistemas de salud para reducir las desigualdades en el acceso a la salud y los resultados centrados en la expansión de la cobertura sanitaria universal, especialmente para los ciudadanos pobres.

En América Latina, las reformas del sistema de salud han producido un enfoque distinto de la cobertura sanitaria universal, respaldado por los principios de equidad, solidaridad y acción colectiva para superar las desigualdades sociales. En la mayoría de los países estudiados, el financiamiento gubernamental permitió la introducción de intervenciones del lado de la oferta para ampliar la cobertura de seguro para los ciudadanos sin seguro, con paquetes de beneficios definidos y ampliados, y para

ampliar la prestación de servicios de salud. Países como Brasil y Cuba introdujeron sistemas de salud universales financiados con impuestos. Estos cambios se combinaron con intervenciones del lado de la demanda destinadas a aliviar la pobreza (dirigidas a muchos determinantes sociales de la salud) y mejorar el acceso de las poblaciones más desfavorecidas. Por lo tanto, las características distintivas del fortalecimiento del sistema de salud para la cobertura universal de salud y las lecciones de la experiencia latinoamericana son relevantes para los países que promueven la cobertura universal de salud. Estos cambios se combinaron con intervenciones del lado de la demanda destinadas a aliviar la pobreza (dirigidas a muchos determinantes sociales de la salud) y mejorar el acceso de las poblaciones más desfavorecidas. Por lo tanto, las características distintivas del fortalecimiento del sistema de salud para la cobertura universal de salud y las lecciones de la experiencia latinoamericana son relevantes para los países que promueven la cobertura universal de salud. Estos cambios se combinaron con intervenciones del lado de la demanda destinadas a aliviar la pobreza (dirigidas a muchos determinantes sociales de la salud) y mejorar el acceso de las poblaciones más desfavorecidas. Por lo tanto, las características distintivas del fortalecimiento del sistema de salud para la cobertura universal de salud y las lecciones de la experiencia latinoamericana son relevantes para los países que promueven la cobertura universal de salud. Estos cambios se combinaron con intervenciones del lado de la demanda destinadas a aliviar la pobreza (dirigidas a muchos determinantes sociales de la salud) y mejorar el acceso de las poblaciones más desfavorecidas. Por lo tanto, las características distintivas del fortalecimiento del sistema de salud para la cobertura universal de salud y las lecciones de la experiencia latinoamericana son relevantes para los países que promueven la cobertura universal de salud.

Contexto. El sistema de salud de México es un sistema segmentado. Los servicios que recibe la población dependen de su situación laboral y su capacidad de pago.

El acceso a los servicios distingue cuatro segmentos poblacionales:

- Las personas con capacidad de pago que acceden a seguros privados que cubren todos los niveles de atención.

- Los jubilados y los trabajadores y sus familias, afiliados a la seguridad social por medio de entidades como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o Petróleos Mexicanos (Pemex), entre otros.
- Las personas sin seguridad social, cubiertas por el Seguro Popular.
- Una población reducida que aún no se encuentra cubierta por el Seguro Popular.

Las instituciones de la seguridad social no tienen definidos planes explícitos de beneficios en salud (PBS) para sus afiliados. Las personas afiliadas al Seguro Popular, introducido en 2003, tienen derecho a recibir los servicios de dos planes explícitos de beneficios: el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y el Catálogo de Intervenciones de Alto Costo (CIAC) financiado por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Estos dos paquetes de prestaciones, que cubren en la actualidad aproximadamente al 45% de la población, son objeto de análisis.

Elementos clave del CAUSES y del paquete del FPGC. Los planes de beneficios del Seguro Popular han permitido explicitar los servicios de salud a los que tienen derecho las personas afiliadas.

Esto ha tenido dos importantes consecuencias:

- Al evidenciar las necesidades financieras para prestar estos paquetes, se ha logrado aumentar la disponibilidad de recursos destinados a los afiliados al Seguro Popular.
- Con este incremento de recursos se han disminuido las brechas entre los afiliados al Seguro Popular y los afiliados a la seguridad social.

Resultados. En 2012, casi 53 millones de mexicanos tuvieron acceso al CAUSES y al paquete del FPGC por su afiliación al Seguro Popular. La cobertura del CAUSES se ha incrementado progresivamente y actualmente incluye 284 intervenciones centradas en el primer y segundo nivel de atención. El CIAC cubre 20 grupos o patologías asociados a 61 intervenciones. Si bien no hay evaluaciones específicas del CAUSES, la evaluación 2005-06 del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) encontró que el Seguro Popular ha protegido contra los gastos catastróficos, específicamente a los hogares que reportaron utilización de servicios ambulatorios y de hospitalización. Además, los resultados de la evaluación indicaron que los afiliados al Seguro Popular mostraron una mayor probabilidad de utilizar servicios de salud que los no afiliados. También se observó un incremento en la cobertura efectiva de los servicios para hipertensión arterial, detección de cáncer de mama y cérvico-uterino, atención del parto y manejo de nacimientos prematuros. Las evaluaciones realizadas a la fecha no han reportado cambios notables en términos de condiciones de salud.

Desafíos. En la actualidad, el principal desafío es institucionalizar el proceso de priorización y ajuste para ambos PBS. Si bien se han realizado importantes avances, el proceso aún no se encuentra ni formalizado ni documentado. Otra tarea pendiente es hacer pública la información que sustenta el coste de los paquetes, algo importante porque permitiría analizar los costos teóricos y empíricos para saber si los recursos disponibles son suficientes y, en caso de no serlo, justificar la solicitud de recursos adicionales. El siguiente desafío, dado que ya se ha alcanzado la cobertura poblacional, es aumentar las coberturas de los planes, lo que implicaría que los recursos por persona en el Seguro Popular se acerquen al monto de la seguridad social. Además, es necesario

mejorar la transparencia de las fuentes y el uso de los recursos del Seguro Popular, de tal forma que se establezca un vínculo claro entre los servicios prestados y los mecanismos de pago, pues actualmente existe preocupación sobre el uso del dinero y la eficiencia lograda con los recursos disponibles.

2.2. Definiciones de Términos.

Consulta Externa.

Es la atención regular de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada ni en el Servicio de Urgencias. Es el servicio más voluminoso de la atención de salud. Implica apertura y uso de expediente individual de salud.

Atención Ambulatoria.

Es la atención de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada, que no pernocta en el centro de atención.

Consulta Médica.

Es la consulta realizada por el médico en la consulta externa para formular el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de una persona que acude como paciente ambulatorio al hospital.

Atención Médica.

Es el acto médico realizado a través de consultas o procedimientos que comprende la consulta médica más los procedimientos que se realizan en la consulta externa.

Atención Clínica.

Comprende el conjunto de acciones asistenciales desarrolladas con el paciente durante su permanencia en el servicio de urgencia, incluyendo consulta médica, procedimientos diagnósticos, terapéuticos y asistencias. (Franco et al. 2010).

Atención de emergencia.

La realizada en el servicio de emergencia y que no puede esperar por implicar riesgo para la conservación de la vida.

Consulta de Urgencia.

Sotelo y Belaga, (2008). Denominan consulta de urgencia a aquella consulta que se produce por demanda espontánea sin cita previa. Se presenta habitualmente como irrupción sintomática que requiere urgente resolución y suele presentarse como un exceso de sufrimiento, insoportable para el paciente. Puede o no presentarse con riesgo para sí o para terceros. Pueden demandar la consulta: el paciente, la familia o un profesional de otra área social de salud.

Indicadores.

Son relaciones cuantitativas entre dos cantidades o variables susceptibles de ser observadas y medidas, asociadas a eventos determinados y que por sí solos no son relevantes, sino que adquieren importancia cuando se les compara con patrones de referencia o con el mismo tipo de cantidades o variables, correspondientes a períodos anteriores. Por lo tanto, los indicadores constituyen instrumentos y sus resultados insumos para el análisis e interpretación de los fenómenos relacionados con el quehacer de los servicios de salud. Son la base objetiva para realizar la evaluación de las actividades hospitalarias, detectar desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención. (MINSA, 2013).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación.

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, de corte transversal no experimental.

Hernández, Fernández y Baptista, (2003). Según: El estudio se enmarcó dentro de una investigación de carácter descriptivo. A tal efecto, Danhke (citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2003), señala que “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p. 117).

En definitiva, permiten medir la información recolectada para luego describir, analizar e interpretar sistemáticamente las características del fenómeno estudiado con base en la realidad del escenario planteado. Para Tamayo (1998) la investigación descriptiva. “Comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos. El enfoque que se hace sobre conclusiones es dominante, o como una persona, grupo o cosa, conduce a funciones en el presente. La investigación descriptiva trabaja sobre las realidades de los hechos y sus características fundamentales es de presentarnos una interpretación correcta”. (p. 54)

“Los estudios descriptivos consisten fundamentalmente en describir un fenómeno o una situación (...) en una circunstancia temporo-espacial determinada”. (Sánchez Carlessi & Reyes Meza, 1998, p. 17).

“Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (Hernández Sampieri & Otros, 1991, p. 80).

El Método Descriptivo consiste en describir, analizar e interpretar sistemáticamente un conjunto de hechos relacionados con otras variables, tal como se dan en el presente (...) se identifica y conoce la naturaleza de una situación en la medida en que ella existe durante el tiempo del estudio (...) (Sánchez Carlessi & Reyes Meza, 1998, p .33)

Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación es no experimental de corte transversal, ya que no se manipuló las variables de estudio y se recoge la información en un solo momento. Carrasco Díaz, (2005). el diseño no experimental se refiere a: Aquellos estudios cuyas variables carecen de manipulación intencional, y no poseen grupos de control, ni mucho menos experimental. Analizan y estudian los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia. (p. 71).

Ámbito temporal y espacial.

La presente investigación tiene como ámbito temporal el año 2016, y como ámbito espacial, el Hospital Daniel Alcides Carrión, ubicado en la Región Callao.

3.2. Población y Muestra

Población.

Según (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010) “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p. 174). La población de estudio esta constituida por todos los asegurados del régimen subsidiado del SIS que tuvieron por lo menos cinco o más atenciones anuales por consulta externa, en el Hospital Daniel Alcides Carrion durante el año 2016.

La tabla N° 9 muestra la distribución de la población considerada para el presente estudio constituida por 8 342 pacientes, quienes presentaron como característica una mayor concentración de consultas al año en consultorio externo a las establecidas por el Ministerio de Salud (mayor a 4) durante el 2016 quienes han sido divididos en 7 grupos etarios de acuerdo a la división dispuesta en la base de datos del Seguro Integral de Salud que clasifica la población de asegurados en grupos etarios. (La Salud Integral: Compromiso de Todos – El Modelo de Atención Integral de Salud”, R. M. N° 729-2003-SA/DM del 20 de junio de 2003 y modificado mediante R.M. N° 538-2009/MINSA del 14 de agosto de 2009).

Tabla 4.

Distribución de la población por grupo de edad.

Estrato	Grupo Edad	Total de pacientes por grupo de edad
1	Menor a 1 año	293
2	De 1 a 4 años	417
3	De 5 a 11 años	537
4	De 12 a 17 años	229
5	18 s 29 años	704
6	30 a 59 años	3348
7	60 a más	2814
Totales		8342

Fuente: Elaboración propia

Definición del Indicador Trazador Concentración de consultas.

Este indicador sirve para establecer el promedio de consultas que se ha otorgado a cada paciente asegurado del régimen subsidiado del SIS que acudió al hospital durante un periodo. Para este estudio un año.

Mayor Concentración de consulta.

Supera los estándares hospitalarios establecidos por el MINSA Estándar Propuesto para hospitales 3 y 4 consultas en promedio anual (Indicadores Hospitalarios de gestión y Evaluación, (MINSA, 2013). En el presente estudio será mínimo de 5 atenciones por año por asegurado régimen subsidiado del SIS. Este constituye el primer filtro. Solo se incluirá en el estudio la información de los pacientes que garanticen información confiable.

Tabla 5.

Población con mayor concentración de consulta.

(5 a más prestaciones por estratos según grupos etarios) durante el año 2016.

Estrato	Grupo edad	Total, de pacientes por grupo de edad
1	Menor a 1 año	293
2	De 1 a 4 años	417
3	De 5 a 11 años	537
4	De 12 a 17 años	229
5	De 18 a 29 años	704
6	De 30 a 59 años	3348
7	De 60 a más	2814
	Totales	8342

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del SIASIS

Los criterios de inclusión serán:

- Haber sido paciente del régimen subsidiado del SIS durante el año 2016 en el Hospital Daniel Alcides Carrión.
- Presentar mayor concentración de consulta (mayor a 4 atenciones durante el año de estudio).
- Encontrarse en la base de datos de asegurados del SIS 2016.
- Contar con la información completa en el SIASIS

Muestra

Es una lista compuesta por la población que queremos estudiar. El marco muestral para el presente estudio consta de 8342 pacientes.

Consulta Externa. - Es la atención regular de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada ni en el Servicio de Urgencias. El cliente tiene que pedir cita con el médico general y esperar a que este lo refiera al especialista. Es el servicio más voluminoso de la atención de salud. Implica apertura y uso de expediente individual de salud.

Atención de emergencia. La realizada en el servicio de emergencia y que no puede esperar por implicar riesgo para la conservación de la vida.

Concentración de Consultas. Sirve para establecer el promedio de consultas que se ha otorgado a cada paciente que acudió al hospital durante un periodo. (MINSA, 2013).

Criterios de exclusión. Serán excluidos los asegurados que no cuenten con la información completa en la base de datos del SIASIS.

3.3. Operacionalización de las Variables.

Variable de estudio: Perfil de demanda

Definición conceptual de la variable.

“El conocimiento de las características de la población que frecuenta un servicio” (Oliveira, Freitas y colb.2011, p. 1). A fin de medir el comportamiento de la variable perfil de la demanda en pacientes con mayor frecuencia prestacional, esta ha sido dividida en tres dimensiones:

1. Dimensión sociodemográfica.
2. Dimensión clínica.
3. Dimensión económica, esta última se refiere específicamente al costo que reconoce el SIS por prestaciones a pacientes con mayor frecuencia prestacional.

En la Tabla N°4. Se puede apreciar la operacionalización de la variable perfil de la demanda, la cual está constituida por tres dimensiones, siendo la primera de ellas, la dimensión sociodemográfica, la segunda, dimensión clínica a la cual se tiene acceso a partir de la base de datos del SIASIS y los Formatos únicos de atención. Finalmente, se operacionaliza la dimensión socioeconómica, con sus respectivos indicadores.

Tabla 6.

Operacionalización de la Variable Perfil de la Demanda en pacientes con mayor frecuencia prestacional

	Sub-variables	Categorías de análisis: grupo etario	Indicadores	Fuente de información	Categoría de Análisis de la variable																											
1. Dimensión Socio demográfica	a. Edad	<p>Tipo de variable: Cuantitativa discreta</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Estrato</th> <th>Grupo edad</th> <th>Total, de pacientes por grupo de edad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Menor a 1 año</td> <td>293</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>De 1 a 4 años</td> <td>417</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>De 5 a 11 años</td> <td>537</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>De 12 a 17 años</td> <td>229</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>18 a 29 años</td> <td>704</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>30 a 59 años</td> <td>3348</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>60 a más</td> <td>2814</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Totales</td> <td>8342</td> </tr> </tbody> </table>	Estrato	Grupo edad	Total, de pacientes por grupo de edad	1	Menor a 1 año	293	2	De 1 a 4 años	417	3	De 5 a 11 años	537	4	De 12 a 17 años	229	5	18 a 29 años	704	6	30 a 59 años	3348	7	60 a más	2814		Totales	8342	% de pacientes por grupo de edad	Gerencia del asegurado. Base de datos del SIS.	Nivel cuantitativo
	Estrato	Grupo edad	Total, de pacientes por grupo de edad																													
	1	Menor a 1 año	293																													
	2	De 1 a 4 años	417																													
3	De 5 a 11 años	537																														
4	De 12 a 17 años	229																														
5	18 a 29 años	704																														
6	30 a 59 años	3348																														
7	60 a más	2814																														
	Totales	8342																														
b. Sexo	<p>1. Femenino. 2. Masculino</p> <p>Tipo de variable: categórica dicotómica</p>	% de pacientes según sexo por grupo etario	Gerencia del asegurado. Base de datos del SIS.	Nivel nominal																												
c. Nivel educativo	<p>Nivel de instrucción.</p> <p>1. ninguno 2. inicial 3. primaria 4. secundaria 5. tecnica 6. superior</p> <p>Tipo de variable: categórica politómica</p>	% de pacientes según grado de instrucción por grupo etario	Gerencia del asegurado.	Nivel ordinal																												
d. Socioeconómico	<p>1) pobre. 2) pobre extremo. 3) no pobre 4) sin clasificación</p> <p>Tipo de variable: categórica politómica</p>	% de pacientes según nivel socioeconómico por grupo etario	Gerencia del asegurado.	Nivel nominal																												

<p>2. Dimensión clínica Diagnósticos según el ICD X</p>	<p>Fuente: WHO. Classifications. International Classification of Diseases (ICD). Consultado el 29/06/2014.</p> <table border="1" data-bbox="389 244 1167 1010"> <thead> <tr> <th>Cap.</th> <th>Códigos</th> <th>Título</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>I</td><td>A00-B99</td><td>Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</td></tr> <tr><td>II</td><td>C00-D48</td><td>Neoplasias</td></tr> <tr><td>III</td><td>D50-D89</td><td>Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad</td></tr> <tr><td>IV</td><td>E00-E90</td><td>Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas</td></tr> <tr><td>V</td><td>F00-F99</td><td>Trastornos mentales y del comportamiento</td></tr> <tr><td>VI</td><td>G00-G99</td><td>Enfermedades del sistema nervioso</td></tr> <tr><td>VII</td><td>H00-H59</td><td>Enfermedades del ojo y sus anexos</td></tr> <tr><td>VIII</td><td>H60-H95</td><td>Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides</td></tr> <tr><td>IX</td><td>I00-I99</td><td>Enfermedades del sistema circulatorio</td></tr> <tr><td>X</td><td>J00-J99</td><td>Enfermedades del sistema respiratorio</td></tr> <tr><td>XI</td><td>K00-K93</td><td>Enfermedades del aparato digestivo</td></tr> <tr><td>XII</td><td>L00-L99</td><td>Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo</td></tr> <tr><td>XIII</td><td>M00-M99</td><td>Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo</td></tr> <tr><td>XIV</td><td>N00-N99</td><td>Enfermedades del aparato genitourinario</td></tr> <tr><td>XV</td><td>O00-O99</td><td>Embarazo, parto y puerperio</td></tr> <tr><td>XVI</td><td>P00-P96</td><td>Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal</td></tr> <tr><td>XVII</td><td>Q00-Q99</td><td>Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</td></tr> <tr><td>XVIII</td><td>R00-R99</td><td>Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte</td></tr> <tr><td>XIX</td><td>S00-T98</td><td>Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa</td></tr> <tr><td>XX</td><td>V01-Y98</td><td>Causas externas de morbilidad y de mortalidad</td></tr> <tr><td>XXI</td><td>Z00-Z99</td><td>Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud</td></tr> <tr><td>XXII</td><td>U00-U99</td><td>Códigos para situaciones especiales</td></tr> </tbody> </table> <p>tipo de variables: cualitativa politómica</p>	Cap.	Códigos	Título	I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	II	C00-D48	Neoplasias	III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	V	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento	VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos	VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	XI	K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo	XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	XIV	N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario	XV	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio	XVI	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	XVII	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	XVIII	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	XX	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	XXII	U00-U99	Códigos para situaciones especiales	<p>Frecuencia de diagnósticos por grupo etario según base de datos del SIASIS.</p>	<p>Base de datos del SIS.</p>	<p>Nivel nominal</p>
Cap.	Códigos	Título																																																																							
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias																																																																							
II	C00-D48	Neoplasias																																																																							
III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad																																																																							
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas																																																																							
V	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento																																																																							
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso																																																																							
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos																																																																							
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides																																																																							
IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio																																																																							
X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio																																																																							
XI	K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo																																																																							
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo																																																																							
XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo																																																																							
XIV	N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario																																																																							
XV	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio																																																																							
XVI	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal																																																																							
XVII	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas																																																																							
XVIII	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte																																																																							
XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa																																																																							
XX	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y de mortalidad																																																																							
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud																																																																							
XXII	U00-U99	Códigos para situaciones especiales																																																																							
<p>3. Dimensión económica</p>	<p>Costos reconocidos por el SIS</p> <p>Tipo de variable: cuantitativa</p> <ul style="list-style-type: none"> -Por servicios otorgados a los pacientes de mayor frecuencia prestacional según grupo etario. -Por insumos utilizados en la prestación de pacientes con mayor frecuencia prestacional según grupo etario. -Por medicamentos otorgados a los pacientes con mayor frecuencia prestacional por grupo etario. -Por procedimientos realizados a los pacientes con mayor frecuencia prestacional por grupo etario. 	<table border="1" data-bbox="1256 1102 1579 1359"> <tbody> <tr><td>3.1 Costo promedio por procedimientos según grupo etario</td></tr> <tr><td>3.2 Costo promedio por medicamentos según grupo etario</td></tr> <tr><td>3.3 Costo promedio por insumos según grupo etario</td></tr> <tr><td>3.4 Costo promedio por servicio según grupo etario</td></tr> </tbody> </table>	3.1 Costo promedio por procedimientos según grupo etario	3.2 Costo promedio por medicamentos según grupo etario	3.3 Costo promedio por insumos según grupo etario	3.4 Costo promedio por servicio según grupo etario	<p>Base de datos del Sistema Informático del SIS</p>	<p>Nivel cuantitativo</p>																																																																	
3.1 Costo promedio por procedimientos según grupo etario																																																																									
3.2 Costo promedio por medicamentos según grupo etario																																																																									
3.3 Costo promedio por insumos según grupo etario																																																																									
3.4 Costo promedio por servicio según grupo etario																																																																									

1. Dimensión sociodemográfica. Se refiere a las características de la población respecto a:

- a. Edad.
- b. Sexo.
- c. Nivel de instrucción.
- d. Nivel socioeconómico.

a. Edad. Esta sub- variable, fue identificada especificando día, mes y año del nacimiento. La estratificación por grupos de edad se realizó considerando los intervalos que el SIS contempla en el uso de sus bases de datos, tal como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla 7.

Población de estudio según grupo de edad

Estrato	Grupo Edad	Total de pacientes por grupo de edad
1	Menor a 1 año	293
2	De 1 a 4 años	417
3	De 5 a 11 años	537
4	De 12 a 17 años	229
5	18 s 29 años	704
6	30 a 59 años	3348
7	60 a más	2814
Totales		8342

Fuente: Elaboración propia en base a la Base de Datos del SIASIS

b. Sexo. Esta sub- variable presenta dos categorías:

Tabla 8.

Categorización de según sexo

	Categoría	Codificación
Sexo	Femenino	1
	Masculino	2

Fuente: Elaboración propia

c. **Nivel de instrucción.** Para la identificación del nivel de instrucción, se consultó a la Gerencia del Asegurado. Esta subvariable considerada politómica, presentando como opciones de calificación:

Tabla 9.

Categorización según nivel de instrucción

	Categorías de respuesta	Codificación
Nivel de instrucción	Ninguno	1
	Inicial	2
	primaria	3
	secundaria	4
	Técnica	5
	Superior	6

Fuente: Elaboración propia

d. **Clasificación socioeconómica.** Para la identificación de la clasificación socioeconómica se consultó la información a la Gerencia del asegurado, según se detalla a continuación:

Tabla 10.

Categorización según clasificación socioeconómica

	Categorías	Codificación
Clasificación Socioeconómica	Pobre extremo	1
	Pobre	2
	No pobre	3
	Sin clasificación socioeconómica	4

Fuente: Elaboración propia

2. Dimensión Clínica.

A. Instrumento Para la Medición de la Dimensión Clínica.

A efectos de medir la segunda dimensión de la variable Perfil de la demanda, denominada: Dimensión clínica, se revisó la base de datos del SIASIS, identificándose los diagnósticos establecidos según el Manual de *Clasificación internacional de enfermedades, décima versión* correspondiente a la versión en español de la (en inglés) *ICD*, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* , lo cual determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

La CIE fue publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se ocupa a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la *WHO Family of International Classifications (WHO-FIC)* (en español, la *Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS*).

La lista CIE-10 tiene su origen en la lista de causas de muerte cuya primera edición la realizó el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la sexta edición, la primera en incluir también

causas de morbilidad. A la fecha, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella.

La CIE-10 se desarrolló en 1992 y su propósito fue rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años.

Codificación. Cada afección puede ser asignada a una categoría y recibir un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Cada una de tales categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares. Los siguientes códigos se utilizan por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

Indicadores a Utilizar en el estudio. Concentración de Consulta por Beneficiario.

CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS	
CONCEPTO	Sirve para establecer el promedio de consultas que se ha otorgado a cada paciente que acudió al hospital durante un periodo
OBJETIVO	Conocer el promedio de atenciones por cada paciente
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Atenciones M\u00e9dicas}^*}{\text{N}^\circ \text{ de Atendidos (nuevos y reingresos)}^*}$ *Considerar solo atenciones m\u00e9dicas.
FUENTES DE DATOS	Numerador: Reporte HIS de Consulta Externa Denominador: Reporte HIS de Consulta Externa
PERIODICIDAD	Anual (puede obtenerse con periodos cortos para ser utilizados de forma referencias).
INTERPRETACIÓN	El resultado indica el n\u00famero de consultas en promedio que se le ha otorgado a cada paciente
EST\u00c1NDAR PROPUESTO	HOSPITAL: Entre 3 y 4 Consultas en promedio INSTITUTO: Entre 4 y 5 Consultas en promedio.

Figura 9. Variable concentraci\u00f3n de consulta.

Fuente: Elaboracion propia

La fig. N° 09 muestra la estructura de la variable concentración de consulta y los estadares establecidos para hospitales, según se puede apreciar en la última fila de 3 a 4 consultas promedio por año.

Mayor Concentración de consultas.

Para el presente estudio se define como el número de consultas que supera el estándar promedio al año, siendo el estándar establecido entre 3y 4 consultas promedio al año, “Indicadores de Gestión Hospitalaria”, (MINSA, 2013).

Se entenderá que el término mayor concentración de consultas especifica promedio de consultas por paciente de 5 a más promedio al año, para establecimientos del III nivel de atención”.

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de consultas de un período (año)}}{\text{Total de beneficiarios bajo cobertura}} = \text{Concentración de consultas promedio/año}$$

Indicadores de Dimensión Sociodemográfica

Edad= $\frac{\text{Total, de consultas de un período (año) por grupo etario de población total de estudio}}{\text{Total, de beneficiarios bajo cobertura de la población de estudio por grupo de edad}}$

Sexo= $\frac{\text{Total, de consultas de un período (año) por sexo de la población de estudio y por grupo de edad}}{\text{Total, de beneficiarios bajo cobertura de población de estudio por grupo de edad.}}$

Nivel de Instrucción= $\frac{\text{Total, de consultas de un período (año) por nivel de instrucción de la muestra de estudio y por grupo de edad}}{\text{Total, de beneficiarios bajo cobertura de muestra de estudio y por grupo de edad}}$

Nivel Socio Economico= $\frac{\text{Total, de consultas de un período (año) por nivel socioeconómico de la muestra de estudio}}{\text{Total, de beneficiarios bajo cobertura de muestra de estudio por grupo de edad}}$

Fuente: Elaboracion propia

B. Indicadores de dimensión clínica.

Primeros diagnósticos otorgados según el ICD X a los pacientes con mayor frecuencia prestacional refistrados en la base de datos del SIASIS y en función de los FUAS (formatos únicos de atención).

- **Dimensión Económica.** Para ello se han considerado 4 tipos de estimaciones de Costo, lo que ha sido calculado de dos formas:
- **Costos totales** por cada uno de los rubros: procedimientos, insumos, medicamentos, servicio, considerándolos por grupo etario.
- **Costos promedios** por persona dentro del grupo etario obteniéndose un promedio individual en cada caso.
- **Costo económico por procedimientos.** Aquí se considerarán los costos por exámenes de laboratorio, imágenes desde la más simple a la más compleja.
- **Costo económico por insumos.** Que se utilizan en la prestación: equipos de venoclisis, jeringas, máscaras de nebulización, etc.
- **Costo económico por medicamentos.** -Todo lo vinculado a tratamiento al paciente de farmacia.
- **Costo económico por servicio.** Referente al costo que implica el servicio prestado por el personal.

3.4. Instrumentos.

Instrumento N° 1: Ficha Sociodemográfica para pacientes del Régimen Subsidiado del SIS con Mayor Concentración de Consultas. - Diseñada para registrar cada uno de los datos necesarios para medir la dimensión sociodemográfica.

En la Ficha 1, también se consignará información procedente de la Gerencia del Asegurado, basada en la fuente primaria del SISFOH (Información tal como: del nivel de instrucción, clasificación socioeconómica).

Instrumento 1:

1. Ficha sociodemográfica

FICHA N° 01			
a) Fecha de Nacimiento: <u>00 /00 /1900</u>			
b). Sexo	: 1 <u>F</u>	<input type="checkbox"/>	2. <u>M</u> <input type="checkbox"/>
C. Grado de Instrucción	: 1. Ninguno <input type="checkbox"/>	2. inicial <input type="checkbox"/>	3. primaria <input type="checkbox"/>
	4. secundaria <input type="checkbox"/>	5. técnica <input type="checkbox"/>	6. Superior <input type="checkbox"/>
d). Clasificación Socioeconómica	: 1. Pobre Extremo <input type="checkbox"/>	2. Pobre <input type="checkbox"/>	3. No Pobre <input type="checkbox"/>
(Evaluación por el SISFOH)	<input type="checkbox"/>		
4. Sin clasificación	<input type="checkbox"/>		

A efectos de medir la segunda dimensión de la variable Perfil de la demanda, denominada: Dimensión Diagnóstico clínico clasificado según CIE-10, se utilizaron los diagnósticos registrados en la Base del SIASIS, del Manual de *Clasificación internacional de enfermedades, décima versión* correspondiente a la versión en español de la (en inglés) *ICD*, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

La CIE fue publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se ocupa a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la *WHO Family of International Classifications (WHO-FIC)* (en español, la *Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS*).

La lista CIE-10 tiene su origen en la lista de causas de muerte cuya primera edición la realizó el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la sexta edición, la primera en incluir también causas de morbilidad. A la fecha, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella. La CIE-10 se desarrolló en 1992 y su propósito fue rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años.

Codificación. Cada afección puede ser asignada a una categoría y recibir un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Cada una de tales categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares.

Instrumento N°2

Ficha de diagnóstico según la clasificación Internacional de Enfermedades, CIE X.

Caso seleccionado N°01
H.cl N°
Primer diagnóstico:

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

Cap.	Códigos	Título
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
II	C00-D48	Neoplasias
III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
V	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio
X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio
XI	K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo
XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
XIV	N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario
XV	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio
XVI	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
XVII	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
XVIII	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
XX	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y de mortalidad
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud
XXII	U00-U99	Códigos para situaciones especiales

Fuente: WHO. Classifications. International Classification of Diseases (ICD). Consultado el 29/06/2014.

En el Instrumento 3. Matriz de datos para costos.

En este instrumento se consignó la información para la medición de las variables de interés relacionada con los costos que se encuentran registrados en la base de datos del SIASIS, en función de lo que el SIS reconoció por cada una de estas subvariables: costo de servicios, costo de insumos, costos de medicamentos y costos de procedimientos, respectivamente. (Ver tabla N° 11).

Instrumento 3.

Tabla 11.

Matriz de recogida de datos para el análisis de costo económico por servicios, insumos, medicamentos y procedimientos.

N° Asegurado	Edd	Sexo	Clasificación socio-Económica	Nivel de instrucción	Costo Por servicio	Costo por insumo	Costo por medicamentos	Costo por procedimientos
S1								
S2								
S3								
S4								

Fuente: Elaboración propia a partir de la información registrada en el SIASIS

Confiabilidad y validez de la información registrada en el SIASIS.

La confiabilidad de la información está dada por que el Seguro Integral de Salud, maneja reglas de validación, las que aplican criterios técnicos que verifican el cumplimiento del adecuado registro, respecto a los estándares de calidad de atención, oportunidad e integralidad de acuerdo a la normativa vigente. Ello se realiza mediante las reglas de validación automática, las cuales se definen como reglas aplicadas por el aplicativo informático web SIASIS de manera automática a todas las prestaciones identificadas, utilizando algoritmos pre-establecidos.

3.5. Procedimientos.

En el desarrollo del presente estudio se realizaron los procedimientos que a continuación se detallan en la tabla N°14, donde se utilizaron 3 técnicas para el desarrollo del estudio:

1. Revisión Documental
2. Revisión de información a partir de fuente secundaria.
3. Revisión de Base de datos del SIASIS: Costos de servicios, insumos, medicamentos y procedimientos.

3.6. Análisis de datos.

Para el desarrollo del presente estudio se aplicaron las técnicas siguientes:

- **La primera fue la técnica de revisión documental**, la cual tuvo dos momentos de revisión: En un primer momento se procedió a reunir información con el rigor científico respecto a investigaciones y estudios sobre el tema tanto en el contexto nacional como internacional, respecto a estudios con la variable perfil de demanda, pacientes hiperfrecuentadores a nivel hospitalario.
- **La segunda técnica revisión de información de base secundaria**, Informe de la Gerencia del Asegurado, respecto a sub- variable nivel de instrucción y clasificación socioeconómica, según reporte del SISFOH-MIDIS. (Fuente primaria).
- **La tercera técnica de análisis de información a partir de la fuente: base de datos del SIASIS.** Ello permitió examinar la base de datos e identificar a los 8 342 pacientes que presentaron consultas con un promedio mayor a 5 por año. Del estudio se consolidó costos tanto de atención, como de los insumos utilizados en

las prestaciones, medicamentos otorgados a los pacientes, como el costo de procedimientos, los cuales fueron analizados, tanto a nivel promedio por individuo, como el costo total por año en cada uno de los componentes señalados.

La información de la base de datos fue muy valiosa e importante para la realización de la presente investigación. Cabe señalar que dicha información pasa por controles de calidad, de tal forma que sí podemos afirmar que la data es confiable.

Tabla 12.

Técnicas utilizadas para la recolección y análisis de datos

Técnica 1: Revisión documental	Revisión de investigaciones en el contexto nacional e internacional, sobre el tema de estudio.	Información institucional. Revisión de Investigaciones
Técnica 2: Consulta a Fuentes primarias (Información proporcionada por la Gerencia del asegurado, en base a la base del SISFOH del MIDIS).	Dimensión evaluada: Sociodemográfica	Sub-variable a evaluar: a. Edad b. Sexo b. Nivel de instrucción c. Nivel socioeconómico
Técnica 3- Análisis de la información a partir de información extraída de la base de datos del SIASIS.		Diagnósticos según CIE X, a. Costo económico que reconoció el SIS por servicios a nivel individual y por grupo etario. b. Costo económico que reconoció el SIS por insumos a nivel individual y por grupo etario. c. Costo económico que reconoció el SIS por medicamentos a nivel individual y por grupo etario. d. Costo económico que reconoció el SIS por procedimientos a nivel individual y por grupo etario.

Fuente: Elaboración propia

Un análisis de las atenciones del Hospital Daniel Alcides Carrión para el año 2016, identificándose un total de 65 476 pacientes del Régimen subsidiado del SIS atendidos, lo cual generaron un total de 200 443 atenciones durante el 2016. La concentración de consulta promedio en HNDAC para el año 2016 fue de 3.061, sin embargo, se pudo observar la existencia de pacientes con consultas superiores al promedio, procediendo a identificarlos y seleccionarlos.

Como cuarto paso, se identificó en el HNDAC, un total de 8 342 pacientes que presentaban más del promedio esperado por año (5 como mínimo), con ello se generó una nueva base de datos, a partir de la información registrada en el SIASIS (Sistema Integrado de Aseguramiento del SIS). Planteándose responder, a partir de esta nueva base de datos, las preguntas de investigación, y objetivos.

Quinto paso, se realizó el trabajo de gabinete, mediante el cual se procedió a verificar en la información alcanzada por la gerencia del asegurado, la información del paciente a fin de validar su identidad.

Sexto paso, se solicitó información a la Gerencia del Asegurado del SIS, respecto a nivel de instrucción, y clasificación socioeconómica, a partir de la información del SISFOH (Sistema de focalización de Hogares). Ello permitió registrar las subvariables de nivel de instrucción, y clasificación socioeconómica de la dimensión sociodemográfica del estudio para cada paciente seleccionado en la muestra.

Séptimo paso, se procedió a revisar la información de las historias clínicas de los participantes seleccionados en la muestra de estudio, y trasladarla a la ficha respectiva por sujeto, consolidando posteriormente una base de datos con los diagnósticos de la muestra.

Octavo paso, se realizó el análisis de diagnósticos respecto a frecuencias de atención por grupo etario respectivamente, seleccionándose los que ocupaban los primeros 20 lugares.

Noveno paso, se procedió a consolidar una base de datos de costos para ello se consideró la población total a partir de la información del SIASIS respecto a los costos por servicios, insumos, medicamentos y procedimientos de los 8342 pacientes con alta frecuencia prestacional.

Décimo paso, se procedió a presentar los resultados del comportamiento de la variable perfil de la demanda en cada una de sus tres dimensiones tal como se detallará a continuación en resultados.

Validación de información de fuentes:

Confiabilidad a fin de que el estudio se realice con rigor científico. A fin de contar con información confiable, se utilizaron 2 fuentes de información en paralelo. (Informe de la Gerencia del Asegurado del SIS y datos de la base de datos del SIS).

3.7. Consideraciones éticas.

Los aspectos éticos son:

- (a) La tesis cumple con el esquema de la Universidad Nacional Federico Villarreal;
- (b) El objetivo fundamental de la tesis es generar nuevo conocimiento;
- (c) La tesis es original y auténtica por parte del investigador;
- (d) Los resultados son reales no hubo manipulación de los mismos;
- (e) Toda la información es citada respetando la autoría.

IV. RESULTADOS.

La tabla N°13 presenta la población total de pacientes con mayor frecuencia prestacional, por estratos, los cuales se identifican desde E1 a E7 (desde menor de un año hasta llegar al grupo de mayor a 60 años). Se identifica que los sub- grupos con mayor número de pacientes son en primer lugar, el grupo E6, que está conformado por los pacientes de 30 a 59 años (3 348 pacientes), siguiéndole el grupo E7 de 60 a más años (2 814 pacientes) respectivamente.

Tabla 13.

Distribución de la población y muestra por grupo etario.

Código de estrato	Grupo etario	Población total	Porcentaje	Según muestra
E1	< 1 AÑO	293	3.51	15 (3.59%)
E2	1 A 4	417	5.0	21 (5%)
E3	5 A 11	537	6.44	27 (6.47%)
E4	12 A 17	229	2.75	11 (2.64%)
E5	18 A 29	704	8.44	35 (8.39%)
E6	30 A 59	3348	40.13	167 (40%)
E7	60 A MÁS	2814	33.73	141 (33.81%)
Total		8342		

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 14, muestra que el 64% de pacientes con mayor frecuencia prestacional, corresponde al sexo femenino, mientras que el 36% es de sexo masculino. De este grupo mayoritario (femenino), el 30% pertenece al intervalo de 30 a 59 años, mientras que sólo el 10% se ubica en el grupo de los varones para el mismo intervalo de edad.

El segundo lugar está representado por el grupo de adultos mayores, correspondiéndole el 20% al sexo femenino, y sólo el 13% del total al sexo masculino, respectivamente.

Los menores de 17 años representan el 18% respecto al total, con mayor presencia en el grupo de edad de 5 a 11 años (7% del total).

Tabla 14.

Distribución Porcentual de la Población según sexo

Código de estrato	Población por estrato	Grupo etario	Población por sexo	Femenino	Masculino	
E1	293	< 1 AÑO	feme	127	2%	2%
			masc	166		
E2	417	1 A 4	feme	161	2%	3%
			masc	256		
E3	537	5 A 11	feme	212	3%	4%
			masc	325		
E4	229	12 A 17	feme	121	1%	1%
			masc	108		
E5	704	18 A 29	feme	507	6%	2%
			masc	197		
E6	3348	30 A 59	feme	2520	30%	10%
			masc	828		
E7	2814	60 A MÁS	feme	1691	20%	13%
			masc	1123		
8342				64%	36%	

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en la tabla N°15, el 29.74% de pacientes con alta frecuencia prestacional, corresponde a la clasificación socioeconómica de no pobre, le sigue un 28.78% en la clasificación de pobre, se identifica un 22.30% de pacientes sin clasificación socioeconómica, y sólo un 19.18% de pacientes en la clasificación de pobre extremo respectivamente. El grupo pobre y pobre extremo se encuentra predominantemente en el intervalo de edad de 30 a 59 años.

Tabla 15.

Distribución Porcentual de la Población según clasificación Socioeconómica

Código	grupo etario	Pobre Extremo %	Pobre %	no pobre %	sin clasificación socioeconómica %
E1	< 1 año	0.47	0.95	0.47	1.67
E2	1 a 4	0.71	0.95	0.71	2.63
E3	5 a 11	2.15	0.95	1.67	1.19
E4	12 a 17	0.47	1.43	0.95	0.47
E5	18 a 29	0.95	1.91	3.35	2.15
E6	30 a 59	8.15	13.9	11.75	6.23
E7	60 a más	6.23	8.87	10.79	7.91
TOTAL		80	120	124	93
		19.18%	28.78%	29.74%	22.30%

Fuente: Elaboración propia a partir de información de G.A.SIS

Como se puede observar en la tabla N°16, cerca del 54% de pacientes con alta frecuencia prestacional tiene como nivel de instrucción secundaria. Así mismo observamos que el 35% de pacientes adultos entre 30 y 59 años tienen nivel de instrucción entre primaria y secundaria, lo mismo ocurre con el 30% de pacientes mayores de 60 años.

Tabla 16.

Distribución porcentual de la población según nivel de instrucción.

Código	grupo etario	Ninguno	Inicial	primaria	secundaria	Técnica	Superior
E1	< 1 año	0	0	0	0	0	0
E2	1 a 4						
E3	5 a 11	4.07	0.47	1.67	0.71	0	0
E4	12 a 17	0	0	0.95	1.67	0	0
E5	18 a 29	0	0	0.47	7.91	0	0
E6	30 a 59	1.67	1,67	4.79	30.69	0.23	2.63
E7	60 a más	3.11	3,11	15.82	12.94	0.23	1.67

Fuente: Elaboración propia a partir del SIASIS

Se puede apreciar en la tabla N°17 que los 20 primeros diagnósticos más frecuentes de este grupo etario abarcaron 1921 prestaciones que representan el 60% del total de prestaciones en este grupo de edad. La rinofaringitis aguda se ubica en el primer lugar con una frecuencia de 413 prestaciones, alcanzando cerca del 21% respecto a las 1921 prestaciones. Así mismo el asma no especificada se ubica en el segundo lugar, con 259 prestaciones, la anemia con deficiencia de hierro sin otra especificación en el tercer lugar, con 191 prestaciones.

Continúan los diagnósticos de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 143 prestaciones. Al sumar las frecuencias de los diagnósticos de vías respiratorias altas (rinofaringitis, faringitis aguda no especificada, rinitis alérgica no especificada, amigdalitis aguda no especificada y sinusitis aguda no especificada), se obtienen un total de 723 prestaciones de salud (34% del total de los primeros 20 diagnósticos)

encontrándose que 623 prestaciones (94%) de este grupo de diagnóstico (vías respiratorias altas) corresponden a prestaciones que pudieron resolverse en el primer nivel de atención. Cabe señalar, que se otorgaron 41 prestaciones por diagnóstico de recién nacido pretérmino. (Lo cual tiene como antecedente la anemia de la madre en la etapa de gestación). 85 prestaciones por diagnóstico de contacto y exposición al virus de la inmunodeficiencia humana. Finalmente identificamos que 218 prestaciones se dieron por diagnóstico de hipertensión congénita, luxación congénita de cadera unilateral, e hipotonía congénita, y trastornos específicos de desarrollo de la función motriz respectivamente, todos estos diagnósticos afectan el desarrollo psicomotor del menor de un año.

Tabla 17.
Frecuencia de diagnóstico en menores de un año.

CIE X	Primer diagnóstico	Frecuencia
J00X	rinofaringitis aguda [resfriado comun]	413
J459	asma, no especificada	259
D509	anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación	191
A09X	diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	143
J029	faringitis aguda, no especificada	117
J304	rinitis alérgica, no especificada	98
P941	hipertensión congénita	90
Z206	contacto con y exposición al virus de la inmunodeficiencia humana [vlh]	85
Q650	luxación congénita de la cadera, unilateral	67
D649	anemia de tipo no especificado	58
J039	amigdalitis aguda, no especificada	55
H527	trastorno de la refracción, no especificado	53
N390	infección de vías urinarias, sitio no especificado	49
P073	otros recién nacidos pretérmino	41
J019	sinusitis aguda, no especificada	40
R509	fiebre, no especificada	38
J189	neumonía, no especificada	34
F82X	trastorno específico del desarrollo de la función motriz	31
P942	hipotonía congénita	30
S069	traumatismo intracraneal, no especificado	29
		1921

Fuente: Elaboración propia a partir del SIASIS

En la tabla N°18 se presentan los primeros 20 diagnósticos de la población de uno a 4 años (417 pacientes con alta frecuencia prestacional del SIS), de este grupo etario las 2 081 prestaciones representan el 46% del total de prestaciones en este grupo de edad. Se puede apreciar que el diagnóstico de asma no especificada se ubica en el primer lugar con una frecuencia de 306 prestaciones, así mismo la rinofaringitis se ubica en el segundo lugar, el trastorno del comportamiento social en la niñez no especificado se ubica en el tercer lugar.

Continúa los diagnósticos de rinitis alérgica, no especificada, le sigue en el orden la hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso se ubica en el sexto lugar, en el séptimo se encuentra otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño, en el octavo la faringitis, el noveno la anemia por deficiencia de hierro y en décimo la amigdalitis aguda. Al sumar la frecuencia de los diagnósticos de vías respiratorias altas (rinofaringitis, faringitis aguda no especificada, rinitis alérgica no especificada, amigdalitis aguda no especificada y sinusitis aguda no especificada), se obtiene un total de 524 prestaciones de salud (27% del total para este grupo etario) encontrándose que 524 prestaciones (27%) de este grupo de diagnóstico (vías respiratorias altas) corresponden a prestaciones que pudieron atenderse en el primer nivel de atención.

Se observa que 80 prestaciones se dieron por diagnóstico de anemia, y 105 prestaciones se dieron por el diagnóstico de diarrea de posible origen infeccioso, en este grupo etario (de uno a 4 años) se perciben otros diagnósticos como trastorno de lenguaje expresivo (54 prestaciones), por estrabismo 68 prestaciones. Si sumamos las frecuencias de prestaciones vinculadas a trastornos del comportamiento en este grupo de edad, obtenemos una frecuencia de 384 prestaciones, lo cual representa el 20% del

total en este grupo de edad. Estos diagnósticos están vinculados a problemas de la salud mental, así mismo los diagnósticos de trastorno de lenguaje expresivo, anemia, y estrabismo afectan el desarrollo normal del menor de este grupo etario, y son considerados factores predisponentes a problemas de aprendizaje.

Tabla 18.

Frecuencia de diagnóstico en menores de 1 a 4 años.

Cód. Primer diagnóstico	Nombre primer diagnóstico	Frecuencia
J459	Asma, no especificada	306
J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado comun]	279
F949	Trastorno del comportamiento social en la niñez, no especificado	230
J304	Rinitis alérgica, no especificada	130
K409	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena	106
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	105
Z625	Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño	100
J029	Faringitis aguda, no especificada	94
D509	Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación	80
J039	Amigdalitis aguda, no especificada	71
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	69
N47X	Prepucio redundante, fimosis y parafimosis	69
H509	Estrabismo, no especificado	68
D173	Tumor benigno lipomatoso de piel y de tejido subcutáneo de otros sitios y de los no especificados	60
J352	Hipertrofia de las adenoides	59
K429	Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	55
F801	Trastorno del lenguaje expresivo	54
H527	Trastorno de la refracción, no especificado	54
K040	Pulpitis	49
G409	Epilepsia, tipo no especificado	43
		2081

Fuente: Elaboración propia a partir del SIASIS

En la tabla N°19 se presentan los primeros 20 diagnósticos de la población entre 5 a 11 años (537 pacientes con alta frecuencia prestacional del SIS). Los cuales alcanzaron un total de 2 164 prestaciones en salud. Se puede apreciar que el diagnóstico de trastorno del comportamiento social en la niñez no especificado se ubica en el primer lugar. Así mismo el diagnóstico de asma no especificada se ubica en el segundo lugar, continúa el diagnóstico de rinitis alérgica, no especificada, le sigue en el orden el diagnóstico de trastorno de la refracción no especificado, continúa hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena.

El décimo puesto lo ocupa las enfermedades por el virus de la inmunodeficiencia humana, (VIH) sin otra especificación. Es importante señalar que los diagnósticos vinculados a trastorno de la conducta (ansiedad, dificultades de la atención, trastorno del comportamiento en la niñez, trastorno de las habilidades no especificado) alcanzan a un total de 823 prestaciones, de un total de 2 164 prestaciones, el cual corresponde a un 38% del total de prestaciones para este grupo de edad.

En el segundo lugar encontramos asma no especificada, tercer lugar se ubica el diagnóstico de rinofaringitis, el cuarto la rinitis alérgica y en décimo cuarto lugar, la faringitis aguda. Al sumar las frecuencias de los diagnósticos de vías respiratorias altas (rinofaringitis, faringitis aguda no especificada, rinitis alérgica no especificada), se obtienen un total de 447 prestaciones de salud (21% del total para este grupo etario) encontrándose que 447 prestaciones (21%) de este grupo de diagnóstico (vías respiratorias altas) corresponden a prestaciones que pudieron darse en el primer nivel de atención. De otro lado se identifican 180 prestaciones por diagnósticos vinculados a afecciones de la cavidad oral (pulpitis, caries de la dentina, y necrosis de la pulpa).

Tabla 19.***Frecuencia de diagnósticos en menores de 5 a 11 años.***

Cód. Primer diag	Nombre primer diagnóstico	Frecuencia
F949	Trastorno del comportamiento social en la niñez, no especificado	628
J459	Asma, no especificada	142
J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	123
J304	Rinitis alérgica, no especificada	123
H527	Trastorno de la refracción, no especificado	118
K409	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena	99
J352	Hipertrofia de las adenoides	93
N47X	Prepucio redundante, fimosis y parafimosis	92
D173	Tumor benigno lipomatoso de piel y de tejido subcutáneo de otros sitios y de los no especificados	78
B24X	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación	77
K040	Pulpitis	77
F840	Autismo en la niñez	63
F900	Perturbación de la actividad y de la atención	62
J029	Faringitis aguda, no especificada	59
K041	Necrosis de la pulpa	57
F419	Trastorno de ansiedad, no especificado	56
G409	Epilepsia, tipo no especificado	55
F819	Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, no especificado	54
K021	Caries de la dentina	54
Q531	Testículo no descendido, unilateral	54
Total		2164

Fuente: Elaboración propia a partir del SIASIS

En la tabla N° 20 se presentan los primeros 20 diagnósticos de la población entre 12 a 17 años (229 pacientes con alta frecuencia prestacional del SIS). Los cuales alcanzaron un total de 785 prestaciones en salud. Se puede apreciar que el diagnóstico de trastorno del comportamiento social en la niñez no especificado se ubica en el primer lugar, con 106 prestaciones. Así mismo el diagnóstico de supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación, se ubica en el segundo lugar con 100 prestaciones, continúa el diagnóstico de asma no especificada en tercer lugar. Cabe señalar que el diagnóstico de ansiedad no especificada y el diagnóstico mixto de ansiedad y depresión ocupan el 4to y quinto lugar respectivamente.

Rinitis alérgica sigue en el orden el diagnóstico de epilepsia tipo no especificado, y el síndrome de la inmunodeficiencia humana. Siguen en orden de frecuencia Trastorno de la refracción no especificado, hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena. El 7mo puesto lo ocupa la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana, (VIH) sin otra especificación.

El hipotiroidismo, el estrabismo y el trastorno de la refracción continúan en ese orden. Cabe señalar que la frecuencia de consultas vinculadas a problemas de la salud mental alcanza el 43% de las prestaciones en esta población de adolescentes.

Tabla 20.***Frecuencia de diagnósticos en adolescentes de 12 a 17 años***

Cód. Primer diag	Nombre primer diagnóstico	Frecuencia
F949	Trastorno Del Comportamiento Social En La Niñez, No Especificado	106
Z359	Supervisión De Embarazo De Alto Riesgo, Sin Otra Especificación	100
J459	Asma, No Especificada	57
F419	Trastorno De Ansiedad, No Especificado	54
F412	Trastorno Mixto De Ansiedad Y Depresión	53
G409	Epilepsia, Tipo No Especificado	45
B24X	Enfermedad Por Virus De La Inmunodeficiencia Humana [VIH], Sin Otra Especificación	37
E039	Hipotiroidismo, No Especificado	35
H527	Trastorno De La Refracción, No Especificado	32
H509	Estrabismo, No Especificado	30
E669	Obesidad, No Especificada	29
J304	Rinitis Alérgica, No Especificada	29
F411	Trastorno De Ansiedad Generalizada	28
G400	Epilepsia Y Síndromes Epilépticos Idiopáticos Relacionados Con Localizaciones (Focales) (Parciales)	24
N939	Hemorragia Vaginal Y Uterina Anormal, No Especificada	24
N47X	Prepucio Redundante, Fimosis Y Parafimosis	23
D509	Anemia Por Deficiencia De Hierro Sin Otra Especificación	22
J00X	Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común]	21
H663	Otras Otitis Medias Crónicas Supurativas	19
D24X	Tumor Benigno De La Mama	17
		785

Fuente: Elaboración propia a partir del SIASIS

En la tabla N° 21 se presentan los primeros 20 diagnósticos de la población entre 18 a 29 años, (704 pacientes con alta frecuencia prestacional del SIS). Los cuales alcanzaron un total de 2322 prestaciones en salud. Se puede apreciar que el diagnóstico de supervisión de embarazo de alto riesgo ocupa el primer lugar, el segundo lugar lo ocupa el diagnóstico del síndrome de inmuno deficiencia humana sin otra especificación, el tercer lugar lo ocupa el diagnóstico de hemorragia vaginal y uterina

anormal. Es importante señalar que los diagnósticos vinculados a trastornos de ansiedad y depresión ocupan el cuarto lugar.

Tabla 21.

Frecuencia de diagnósticos en adultos jóvenes de 18 a 29 años.

Cód.Primer diagnóstico	Nombre primer diagnóstico	Frecuencia
Z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	689
B24X	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación	198
N939	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	158
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	112
O839	Parto único asistido, sin otra especificación	103
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	99
K811	Colecistitis crónica	97
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	97
G409	Epilepsia, tipo no especificado	94
O234	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	73
D509	Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación	70
N832	Otros quistes ováricos y los no especificados	68
E039	Hipotiroidismo, no especificado	67
K011	Dientes impactados	65
K041	Necrosis de la pulpa	62
J459	Asma, no especificada	60
M545	Lumbago no especificado	57
H527	Trastorno de la refracción, no especificado	52
O998	Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio	51
Z349	Supervisión de embarazo normal no especificado	50
Total		2322

Fuente: Elaboración propia a partir del SIASIS

La tabla N°22 presentan los primeros 20 diagnósticos de la población entre 30 a 59 años, (3 348 pacientes con alta frecuencia prestacional del SIS).

Es importante señalar que la tabla muestra un total de 9 312 prestaciones, sin embargo, se dieron en este grupo etario un total de 31 186 prestaciones en salud, que corresponde al 39.66% del total de prestaciones por todo tipo de diagnóstico respecto a la frecuencia total de prestaciones las cuales fueron 78 629). Se puede apreciar que el diagnóstico de diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación ocupa el primer lugar, (851 prestaciones) el segundo lugar lo ocupa el diagnóstico de pterigión, (699) el tercer lugar lo ocupa el diagnóstico de lumbago no especificado, (683 prestaciones), el cuarto lugar infección de las vías urinarias, con 663 prestaciones. El quinto lugar lo ocupa el hipotiroidismo no especificado, con 637 prestaciones. El siguiente puesto lo ocupa la hipertensión esencial primaria, (610 prestaciones), así mismo el trastorno de la refracción (510 prestaciones), y la colecistitis crónica ocupa los lugares subsiguientes (553 prestaciones) el noveno puesto lo ocupa la supervisión de embarazo de alto riesgo (504 prestaciones).

La enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana ocupa el décimo lugar, (478 prestaciones). Asimismo, se observa que los diagnósticos gastroenterológicos (dispepsia, otros dolores abdominales,) suman 805 prestaciones. Es importante señalar que los diagnósticos vinculados a trastornos de ansiedad y depresión ocupan el decimosegundo lugar dando lugar a un total de 447 prestaciones.

Tabla 22.*Frecuencia de diagnósticos en adultos de 30 a 59 años.*

Cod.Primer diag	Nombre primer diagnóstico	Frecuencia
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación.	851
H110	Pterigion.	699
M545	Lumbago no especificado.	683
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado.	663
E039	Hipotiroidismo, no especificado.	637
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	610
H527	Trastorno de la refracción, no especificado	597
K811	Colecistitis crónica	553
Z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	504
B24X	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación	478
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	466
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	447
K30X	Dispepsia	339
D509	Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación	310
K802	Calculo de la vesícula biliar sin colecistitis	289
J459	Asma, no especificada	266
N40X	Hiperplasia de la próstata	242
E669	Obesidad, no especificada	236
N939	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	223
G409	Epilepsia, tipo no especificado	219
TOTAL		9312

Fuente: Elaboración propia a partir del SIASIS

En la tabla N° 23 se presentan los primeros 20 diagnósticos de la población mayor de 60 años (704 pacientes con alta frecuencia prestacional del SIS). Los cuales alcanzaron un total de 2322 prestaciones en salud. Se puede apreciar que el diagnóstico

hipertensión esencial primaria ocupa el primer lugar, el segundo lugar lo ocupa el diagnóstico de hiperplasia de la próstata, con 1 270 prestaciones. El tercer lugar lo ocupa la diabetes mellitus no insulino dependiente con 973 prestaciones respectivamente. Los trastornos de la refracción, (595 prestaciones), la catarata senil nuclear (569 prestaciones) el pterigion (387 prestaciones), glaucoma (233 prestaciones), ocupan el cuarto, el quinto, el noveno y diecinueveavo lugar respectivamente, sumando un total de 2 110 prestaciones en este grupo etario respectivamente.

Tabla 23.

Frecuencia de diagnósticos en adultos mayores de 60 años a más

Cód.Primer diagnóstico	Nombre primer diagnóstico	Frecuencia
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	1773
N40X	Hiperplasia de la próstata	1270
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	971
H527	Trastorno de la refracción, no especificado	595
H251	Catarata senil nuclear	569
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	556
M545	Lumbago no especificado	462
E039	Hipotiroidismo, no especificado	391
H110	Pterigion	387
I48X	Fibrilación y aleteo auricular	348
T455	Anticoagulantes	346
H259	Catarata senil, no especificada	326
J459	Asma, no especificada	299
M179	Gonartrosis, no especificada	299
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	274
K811	Colecistitis crónica	261
J47X	Bronquiectasia	245
K30X	Dispepsia	239
H409	Glaucoma, no especificado	233
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	232
Total		10076

Fuente: Elaboración propia a partir del SIASIS

Se observa en la tabla N°24 que el promedio de costo individual total por todos los componentes (servicio, insumos, medicamentos, procedimientos) fue mayor en el grupo de 30 a 59 años, el cual difiere mínimamente del costo individual total del grupo de 18 a 29 años, en tercer lugar, se ubica el costo individual total en los mayores de 60 años. No hay mayor diferencia en los costos por servicio entre los grupos etarios de menores de 1 año y el grupo entre 1 y 4 años respectivamente.

Cabe señalar que el costo total por servicio (3 164 858,08) representa el 36% del costo total (8 781 061,77) por todo tipo de costos. Al analizar el costo promedio individual por servicio por grupos etarios se observa que el mayor costo se ubica en el grupo etario de menores de 1 año, el segundo los grupos etarios de 18 a 29 y de 30 a 59 años respectivamente.

Tabla 24.

Costo total e individual por servicios reconocidos por el SIS por grupo etario

Codigo	Grupo Etario	Población por Estrato	Costo Total por Grupo Etario	Costo Promedio Individual	Valor Servicio	Valor Servicio Individual
E1	< 1 AÑO	293	159,161.00	543.21	18,451.00	62.97
E2	1 a 4	417	226,232.78	542.52	25,013.50	59.98
E3	5 a 11	537	263,016.02	489.79	27,461.50	51.14
E4	12 a 17	229	145,807.44	636.71	11,988.50	52.35
E5	18 a 29	704	831,802.75	1,181.54	43,167.50	61.32
E6	30 a 59	3348	3,990,183.69	1,191.81	206,640.00	61.72
E7	60 a más	2814	3,164,858.08	1,124.68	171,335.50	60.89
Total		8342		8,781,061.77		

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla N° 25 que el promedio de costo individual por insumo fue mayor en el grupo de 18 a 29 años, en segundo lugar, se ubicó el grupo de 30 a 59 años en tercer lugar se ubica el grupo de 60 a más años. No hay mayor diferencia en los costos por insumo entre los grupos etarios de menores de 1 año y el grupo entre 1 y 4 años respectivamente.

Cabe señalar que el costo total por insumo (1 901 097,00) representa el 22% del costo total (8 781 061,77).

Tabla 25.

Costo total e individual por insumos reconocidos por el SIS

Código	Grupo Etario	Población por Estrato	Costo Total por Grupo Etario	Costo Promedio Individual	Valor Insumos	Valor Insumos Individual
E1	< 1 año	293	159,161.00	543.21	18,174.62	62.03
E2	1 a 4	417	226,232.78	542.52	26,399.35	63.31
E3	5 a 11	537	263,016.02	489.79	34,296.43	63.87
E4	12 a 17	229	145,807.44	636.71	25,445.59	111.12
E5	18 a 29	704	831,802.75	1,181.54	206,141.13	292.81
E6	30 a 59	3348	3,990,183.69	1,191.81	921,919.68	275.36
E7	60 a más	2814	3,164,858.08	1,124.68	668,720.20	237.64
Total		8342	8,781,061.77			

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla N° 26 que el costo individual promedio por medicamentos fue mayor en el grupo de 60 a más años, en segundo lugar, se ubicó el grupo de 30 a 59 años en tercer lugar se ubica el grupo de 18 a 29 años.

Cabe señalar que el costo total por medicamento (1 100 782,97) representa el 12% del costo total (8 781 061,77)

Tabla 26.

Costo total e individual por medicamentos reconocidos por el SIS

Codigo	Grupo Etario	Población Por Estrato	Costo Total Por Grupo Etario	Costo Promedio Individual	Valor Medicamentos	Valor Medicamentos Individual
E1	< 1 año	293	159,161.00	543.21	16,358.22	55.83
E2	1 a 4	417	226,232.78	542.52	15,706.92	37.67
E3	5 a 11	537	263,016.02	489.79	19,875.37	37.01
E4	12 a 17	229	145,807.44	636.71	15,784.39	68.93
E5	18 a 29	704	831,802.75	1,181.54	101,072.32	143.57
E6	30 a 59	3348	3,990,183.69	1,191.81	494,713.94	147.76
E7	60 a más	2814	3,164,858.08	1,124.68	437,271.80	155.39
Total		8342	8,781,061.77		1,100,782.97	

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla N° 27 se observa que el promedio de costo individual promedio por procedimiento fue mayor en el grupo de 30 a 59 años, en segundo lugar, se ubicó el grupo de 18 a 29 años años en tercer lugar se ubica el grupo de 60 años a más.

Cabe señalar que el costo total por medicamento (5 272 580,92) representa el 60 % del costo total (8 781 061,77) respectivamente.

Tabla 27.

Costo total e individual por procedimientos reconocidos por el SIS a la IPRESS.

Código	Grupo Etario	Población Por Estrato	Costo Total Por Grupo Etario	Costo Promedio Individual	Valor Procedimientos	Valor Procedimientos Individual
E1	< 1 año	293	159,161.00	543.21	106,177.15	362.38
E2	1 a 4	417	226,232.78	542.52	159,113.01	381.57
E3	5 a 11	537	263,016.02	489.79	181,370.13	337.75
E4	12 a 17	229	145,807.44	636.71	92,524.54	404.04
E5	18 a 29	704	831,802.75	1,181.54	481,341.20	683.72
E6	30 a 59	3348	3,990,183.69	1,191.81	2,366,423.50	706.82
E7	60 a más	2814	3,164,858.08	1,124.68	1,885,631.39	670.09
Total		8342	8,781,061.77		5,272,580.92	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 28.

Costos que el SIS reconoció por todos los rubros, y costos promedio reconocidos por SIS por servicio.

Código de Estrato por grupo etario	Grupo etario	Población	Muestra por estrato	Costo total por grupo etario que reconoce el SIS. por todos los rubros	Costo promedio individual por grupo etario que reconoce el SIS por todos los rubros	Costo total por grupo etario que reconoce el SIS por servicio	Costo individual que reconoce el SIS por servicio	Costo por procedimiento
E1	< 1 año	293	15	159,161.00	543.21	50.50	188.24	476.47
E2	1ª 4 años	417	21	226,232.78	542.52	37.00	1,487.50	8,619.48
E3	5 a 11 años	537	27	263,016.02	489.79	27.50	7,200.00	113.18
E4	12 a 17 años	229	11	145,807.44	636.71	49.50	177.91	1,197.10
E5	18 a 29 años	704	35	831,802.75	1181.54	71.50	-	219.40
E6	30 a 59 años	3348	167	3990,183.69	1,191.81	49.50	1,066.96	2,091.53
E7	60 a más años	2814	141	3164,858.08	1124.68	72.50	783.02	3,214.23
total		8342	417		1124.68	60.50	1,936.63	1,388.52
Total						56.00	16,654.98	18,380.90

Fuente: Elaboración propia

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

La investigación de (Franco, Días, 2010) Concluye que el análisis de la demanda constituye una importante fuente de información, lo cual permite caracterizar el perfil de los casos atendidos en los servicios de salud, así mismo señala que dicho análisis puede ser utilizado como instrumento para ordenar el trabajo asistencial y de administración de los demás profesionales del equipo de salud, tanto en el ámbito Hospitalario como a nivel del sistema local de salud. A las mismas conclusiones se llega en la presente investigación y será trascendente que sean de conocimiento del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, a fin de que la provisión de horarios programados para la atención de los pacientes con alta frecuencia prestacional estén en función del volumen de pacientes según los grupos de edad y los diagnósticos prevalentes, revertiendo de esta forma tiempos largos de espera, días espaciados de diferimiento y mejorando la satisfacción de los pacientes. (p. 4).

La caracterización del perfil de la demanda en la población estudiada nos dio como resultado que en primer lugar los pacientes adultos (30 a 59) años constituyen un 40% de la demanda de atención, y en segunda instancia se encuentran los adultos mayores con un porcentaje cercano al 34%. La presencia del sexo femenino fue mayoritaria en ambos grupos etarios en nuestro estudio. Estos hallazgos son similares a los encontrados en trabajos realizados, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de categoría III-1 de referencia nacional, (OESA-2016) la cual reveló que su población atendida estuvo constituida en primer orden por un 38% de pacientes adultos (30 a 59 años), seguida de los pacientes adultos mayores (22.8%), siendo el 61.7% de sexo femenino.

El HNHU reveló que en la etapa niño el 43% de las consultas corresponden a menores de 5 a 11 años, seguidos del grupo de 1 a 4 con el 36% y menores de un año con

un 22% respectivamente, con predominio del sexo masculino. De la misma forma se evidencia en el estudio realizado el predominio del sexo masculino, con mayor porcentaje de atenciones en las etapas de 5 a 11 años respectivamente.

De otro lado, el año 2016, las Redes de salud de Lima, alcanzaron un promedio de 10.5 en atenciones por usuario, cifra muy superior al estándar nacional, así tenemos que en la Red Huaral-Chancay tuvo en promedio 13.4 en este indicador, 11.3 en la Red Huarochirí, 10.2 en la Red Barranca-Cajatambo, 9.8 en la Red Cañete-Yauyos, 9.5 en la Red Huaura-Oyon, 9.1 en la Red Canta, 8.6 en la Red Chilca-Mala, ello se explica porque hay atenciones que son asumidas por los programas estratégicos, atenciones preventivas en el caso del control de crecimiento y desarrollo en menores de 12 años, inmunizaciones, atenciones a gestantes, salud educativa, del mismo modo consideramos que en la Región Callao los 8 342 asegurados presentaron en promedio más de cinco atenciones anuales, excediendo el estándar establecido.

Así mismo es importante señalar que el Seguro integral de salud, en dicho año (2016), aún tenía un 26.9% (de población que no contaba con ningún tipo de seguro, generando con ello una inequidad al no generar el acceso y oportunidad a este alto porcentaje de peruanos en situación de riesgo para su salud.

Marmot, (2013). Señala, que una forma importante de garantizar que los determinantes sociales de la salud sigan siendo fundamentales para las preocupaciones de quienes persiguen la cobertura universal de salud es incluirlos en un marco de monitoreo, que es fácil de implementar y tiene dos componentes. En primer lugar, el monitoreo de todas las medidas de salud y atención de la salud por posición socioeconómica, sexo, distribución geográfica u otros marcadores relevantes de equidad en salud, como la

educación. Si la salud y la atención médica deben ser derechos humanos universales, entonces debemos entender qué tan equitativa es la distribución tanto del estado de salud como de los servicios de salud. Así mismo señala que se puede contribuir significativamente en la mejora de los determinantes sociales dentro del sector salud, lo cual incluye la práctica clínica, el trabajo en asociación, la promoción, educación y capacitación, así como las condiciones de empleo de los trabajadores del sector de la salud, educación y capacitación. (p. 1227-1228).

De otro lado Karen et al. (2017). En la investigación: Should Medicare Value-Based Purchasing Take Social Risk into Account identifican dos hallazgos vinculados a los beneficiarios con factores de riesgo social, el primero de ellos es que este grupo de pacientes tuvieron peores resultados en muchas medidas de calidad, independientemente de los proveedores que veían, el segundo hallazgo se refiere a precisar que el estado de doble inscripción fue el predictor más poderoso de malos resultados en medidas de proceso; así como un mayor uso de los recursos (por ejemplo, un mayor gasto por episodio de ingreso hospitalario). Estas asociaciones se llevaron a cabo incluso cuando los beneficiarios que se comparan estaban en el mismo hospital, plan de salud, organización de atención responsable (ACO), grupo de médicos o instalación. En general, estos hallazgos persistieron después del ajuste del riesgo, en los entornos de atención, los tipos de medidas y los programas, y fueron de tamaño moderado. Los investigadores plantean que los grandes desafíos serán realizar investigaciones que respondan las siguientes preguntas: ¿Cómo nos aseguramos de que podamos monitorear la calidad de la atención para diferentes grupos sociales? ¿Cómo juzgamos el desempeño de manera justa entre los proveedores que prestan servicios a los beneficiarios con una combinación diferente de factores de riesgo social? ¿Y cómo nos aseguramos de que el pago refleje los

recursos necesarios para brindar atención de alta calidad y, al mismo tiempo, proporcionamos incentivos para mejorar las disparidades existentes en la atención? Así como determinar si una mejor verificación de los factores médicos y sociales no medidos y su uso en el ajuste estadístico podrían mejorar la capacidad de delinear las verdaderas diferencias en el rendimiento entre los proveedores. (p1.)

Consideramos, que las preguntas planteadas de ser aplicadas serían útiles para atenciones en grupos objetivos como el de mayor frecuencia prestacional, población motivo de nuestro estudio, dado que constituye un grupo vulnerable, en condiciones de pobreza, o pobreza extrema en un porcentaje cercano al 50% de su población con seguro subsidiado total en una Región con vulnerabilidad social como es la Región Callao.

En el estudio “Social Risk Factors and Equity in Medicare Payment”, un creciente cuerpo de investigación indica que los factores de riesgo social, incluida la baja posición socioeconómica, raza minoritaria o origen étnico, menor grado de culturización, orientación sexual minoritaria o identidad de género, relaciones sociales limitadas y vivir solo o en un vecindario privado influye en los resultados de salud. Los investigadores sostienen que para mejorar la calidad y controlar los costos, al tiempo que mejora la equidad en la atención médica y mejora los resultados para los pacientes desfavorecidos, los pagadores deben lograr un equilibrio cuidadoso entre el ajuste de pagos y medidas de calidad y la preservación de incentivos para mejorar el cuidado dado a estos pacientes. (Buntin y Ayanian, 2017, p. 507-510).

A la luz de los hallazgos en el presente estudio consideramos que de manera similar ajustar los pagos a los proveedores en relación a medidas de calidad, propiciaría en muchos casos la disminución de esta mayor frecuencia prestacional, ya que, dado que

no se monitorea, ni se realiza seguimiento a los casos, y al estar la atención basada en las prestaciones, más que en la persona, no se alienta la obtención de un resultado.

De otro lado la revista The Lancet en el artículo “Adolescence social determinants” p. 1641, presenta los resultados de estudio ecológico en la que concluyen que los determinantes más fuertes de la salud son factores estructurales tales como riqueza nacional, desigualdad de ingresos y acceso a la educación, los resultados presentados por los investigadores en ambos estudios son similares a los hallados en la presente investigación, en la que se corrobora que los pacientes con mayor concentración de consultas por año del HNDAC, presentaron bajo nivel de instrucción, así como clasificación socioeconómica de pobre o pobre extremo en un porcentaje cercano al 50%.

Así mismo los investigadores identificaron 4 enfoques, los cuales podrían ser de utilidad en el caso de este grupo objetivo, tal como se señala a continuación:

- a) Informes públicos estratificados por factores de riesgo social dentro de las unidades de informes para esclarecer cómo los proveedores atienden a los pacientes con estos factores de riesgo.
- b) Ajuste de las medidas de desempeño para estandarizar las estimaciones de calidad (es decir, para estimar cuál sería la calidad de las unidades de informes si todas las unidades atendieran a pacientes con niveles promedio de riesgo social).
- c) Ajuste directo de pagos a proveedores que atienden desproporcionadamente a pacientes con factores de riesgo social, reduciendo así los incentivos para evitar estos pacientes.
- d) Reestructurar los incentivos de pago para recompensar la mejora en la calidad o el logro de la atención de alto valor para estos pacientes.

El comité concluyó que una combinación de estos métodos, incluidos los cambios tanto en la presentación de informes públicos como en el pago, sería mejor para alcanzar los objetivos de política deseados al tiempo que se mitigan los riesgos de empeoramiento de la calidad o las disparidades. Por ejemplo, los incentivos a la reestructuración no iluminarán las disparidades a menos que se combinen con informes públicos estratificados. (Buntin y Ayanian, 2017, p. 507-510),

Consideramos importante resaltar la contribución del artículo *Universal health coverage and social determinants of health* presenta una revisión de hitos importantes en la Atención primaria de Salud como la Declaración de Alma Ata de 1978, en dicha conferencia internacional se reconoció que los recursos se destinaran a fines pacíficos, "y en particular a la aceleración del desarrollo social y económico, de la cual la atención primaria de salud, como parte esencial, debería asignarse su parte correspondiente". Sin embargo, la parte de Alma Ata sobre los determinantes sociales -la aceleración del desarrollo social y económico- fue en gran medida olvidada y dejada fuera de la agenda internacional.

El autor enfatiza que "La mejora del acceso a la atención primaria es un objetivo valioso y necesario, pero, por sí solo, no revolucionará la salud mundial ni reducirá las grandes desigualdades en materia de salud". Y que se deben tomar medidas para abordar los determinantes sociales de la salud: las condiciones en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, y las desigualdades en el poder, el dinero y los recursos que las originan. Refiere que "Tanto la OMS como la declaración de la ONU sobre cobertura universal de salud señalan la importancia de ubicar la cobertura universal de salud en el contexto de la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, estas dos

cosas no son intercambiables. La atención médica es solo un factor determinante de la salud de la población. No se deberían olvidar otros aportes a la salud, como la protección social, el buen empleo y el cuidado de los primeros años”. (Marmot, 2013, p. 1227-1228).

Buntin y Ayanian, (2017). En el estudio Social Risk Factors and Equity in Medicare Payment. -sostienen que es trascendental monitorear de cerca los efectos en los afiliados desfavorecidos y sus proveedores de atención médica, a fin de garantizar que se logren los objetivos de la política social en salud. El ajuste de los factores de riesgo social no debe excusar la atención óptima para los pacientes desfavorecidos. Incluso bajo los actuales sistemas de pago basados en el valor, sin un ajuste explícito para los factores de riesgo social, algunos proveedores de la red de seguridad brindan atención excelente y eficiente para dichos pacientes y ganan bonificaciones relacionadas con el desempeño. Mientras que muchos aspectos de la política de salud se han vuelto profundamente partidistas, hubo un fuerte apoyo bipartidista para la Ley IMPACT bajo la cual se encargaron el informe de nuestro comité y el informe de ASPE sobre la contabilidad de los factores de riesgo social en el pago de Medicare. Ante el amplio consenso de que la atención médica debe centrarse más en el paciente y en los valores, la contabilización de los factores de riesgo social en el pago de Medicare puede ayudar a alcanzar estos objetivos proporcionando mayores incentivos financieros para que los proveedores atiendan mejor a los pacientes desfavorecidos. (p. 507-510)

Consideramos que los resultados del análisis de la investigación de los investigadores debería ser considerado también para el pago de proveedores en el SIS (Seguro Integral de Salud), ya que de esta forma estaríamos evitando una mayor concentración de consulta en esta población de 8 342 pacientes del HNDAC, al no

evaluarse, no monitorearse los resultados de la atención, no se identifican las debilidades del sistema que generan una demanda reiterativa de atenciones, mucho mayor al estándar nacional, generando mayores costos por prestaciones, atenciones y medicamentos. La disminución de estos costos permitiría coberturar a personas que aún no cuentan con ninguna protección para su salud.

VI. CONCLUSIONES

- El perfil de la demanda de pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consultas del HNDAC el 2016 fue predominantemente de sexo femenino (64%), con mayor representatividad del grupo adulto entre 30 a 59 años (40%), en segundo lugar, se ubica el grupo adulto mayor con 33%, a predominio del sexo femenino y finalmente el grupo menor de 18 años, alcanzó el 17% con predominio del grupo de menores entre 5 a 11 años (7%) respectivamente.
- A nivel socioeconómico el 29.74% de pacientes se ubican en la clasificación socioeconómica de no pobre, 22.30% sin clasificación socioeconómica, un 28.78% con clasificación de pobre, y un 19.18% en la clasificación de pobre extremo.
- El nivel de instrucción predominante entre los adultos fue secundario en la población entre 30 a 59 años (54%), mientras en los adultos mayores educación primaria y secundaria con un total de 35%.
- En los menores de un año predominó el diagnóstico de rinofaringitis, en menores de 1 a 11 años trastorno del comportamiento.
- En menores de 12 a 17 años, la supervisión del embarazo de alto riesgo ocupó el primer lugar, se identificaron 151 adolescentes embarazadas, de las cuales cerca de 40 tuvieron parto en el 2016, presentando un promedio de edad de 15 años. el segundo lugar, lo tuvo la Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación.

- En adultos de 30 a 59 años prevaleció la diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación. Finalmente, en los adultos mayores prevaleció la hipertensión esencial (primaria). En segundo lugar hiperplasia de la próstata.
- El mayor costo reconocido por el SIS a la IPRES de nivel III HNDAC, fue por procedimientos: S/115 561,52, de los cuales 50 946,50 (44% del costo total), correspondió al grupo etario de 30 a 59 años. Así mismo el SIS reconoció S/43 476 soles (37%) de este total por procedimientos realizados en adultos mayores de 60.
- Existen problemas de salud, generados por los determinantes sociales, tales como el embarazo adolescente, los problemas de conducta en los infantes y niños, la presencia del VIH en el adulto joven.

VII. RECOMENDACIONES.

- La institución HNDAC debe conocer los resultados de la presente investigación, y empoderarse de la información y darla a conocer a los profesionales a nivel de las distintas jefaturas implicadas en la atención, a fin de tener en cuenta los hallazgos en la planificación, organización, dirección y control de la atención de salud de la población en general y aquella con seguro subsidiado total, en especial.
- El Seguro Integral de Salud debe valorar los resultados de la presente investigación para realizar una evaluación del perfil de sus asegurados con la finalidad de establecer estrategias encaminadas a un gasto más eficiente y enfocada en resultados.
- El análisis de la información nos lleva a orientar esfuerzos en un trabajo integrado con los establecimientos de primer nivel de atención a fin de prever problemas que afectan la salud y que se inician desde 1 a 4 años, problemas de conducta en los infantes, se continua con ello entre los 5 a 11 años, llevando como consecuencia en muchos casos, al embarazo de alto riesgo en la etapa adolescente 12 a 17 años.
- La presencia del VIH en la adultez joven, refleja una necesidad de educación, promoción y prevención en el tema.
- Así mismo en el adulto se evidencian patologías como la diabetes, la hipertensión, las cuales pueden prevenirse, si la institución implementa programas preventivos promocionales, ello generaría menor deterioro llegada la etapa de adultez mayor.

- Los programas preventivos diseñados permitirían un mayor control de riesgos para la salud como es la hipertensión para el desarrollo de patologías más complejas como enfermedades cardiovasculares, o diabetes tipo 2.
- Al identificarse un perfil con predominio de población adulta y adulta mayor de sexo femenino, se deben considerar aspectos que motiven a las mujeres adultas, en el autocuidado de la salud, y en la participación de la mujer en programas de promoción de la salud de ser necesario bajo incentivos que promueva estilos de vida saludables, dada la carga económica que representa para el estado la no prevención de riesgos.
- Se deben considerar los factores determinantes de la salud, a fin de conciliar esfuerzos con el gobierno Regional, para disminuir el riesgo que representan dichos factores, tanto para niños, como adolescentes, adultos y adultos mayores.
- En el caso de la población en edad escolar la Dirección Regional de salud deberá optimizar los programas de escuelas saludables, a fin de proteger a la población en estas etapas de vida, más aún considerando que la presencia del VIH, los trastornos de la conducta son prevalentes.
- Los problemas de conducta que se identifican en los niños, púberes y adolescentes, deben ser atendidos con prontitud por un equipo de profesionales y de forma integral, ya que no solo se evidencian problemas de salud física, sino problemas de salud mental, lo que disminuye la posibilidad de desplegar el potencial de desarrollo y por el contrario le quita posibilidades para un desempeño efectivo en la etapa de vida presente y futura, con los consecuentes riesgos que ello implica.

VIII. REFERENCIAS.

- Banco Interamericano de Desarrollo. (2014) Planes de Beneficios en Salud de América Latina. División de Protección Social y Salud <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Planes-de-beneficios-en-salud-de-Am%C3%A9rica-Latina-Una-comparaci%C3%B3n-regional.pdf>
- Banco Mundial, (1990). p. World Development Report 1990: Poverty. Estados Unidos: Oxford University Press. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5973> 26-27, 29-30
- Bautista, L. y Velásquez, N. (2012). Caracterización de la Oferta y la Demanda en el Servicio de Consulta Externa. Revista Ciencia y Cuidado, 9(1), 54 – 64. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3986753>
- Bell J, Turbow S, George y Ali. (2017) Factors associated with high-utilization in a safety net Setting. BMC Health Services Research 17:273 DOI 10.1186/s12913-017-2209-0
- Bernal, O. y Barbosa (2015) La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. Salud Pública de México 2015, 57(5).
- Buntin, M, Ph.D. and John Z. Ayanian, M.D.,(2017). N Engl J Med 2017; 376:507-510 DOI: 10.1056/NEJMp1700081
- Bussche V, Hendrik van den Bussche1*, Hanna Kaduszkiewicz2, Schäfer et al. Overutilization of ambulatory medical care in the elderly German population? – An Empirical study based on national insurance claims data and a review of foreign studies van den Bussche et al. BMC Health Services Research (2016) 16:129 DOI 10.1186/s12913-016-1357
- Cano M. (2017). Utilización de los Servicios Sanitarios por los mayores de 65 años. Análisis de los Factores Determinantes y de la Variabilidad [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]

Cantor J, Tallia A, Chakravarty, Crystal, DeLia, Feldman, Frankford, Gerhard, Haque, Hohl, Jahn, Jerome-D' Emilia, Johnson, Koller, Monheit, Rodgers, Rosati, Sickora, Spitalnik, Strom, Waldman y York. (2016) Analysis and Recommendations for Medicaid High Utilizers in New Jersey Prepared by the Rutgers Biomedical and Health Sciences (RBHS) Working Group on Medicaid High utilizers Rutgers Biomedical and Health Sciences.

Carrasco Díaz, S. (2005). Metodología de la Investigación Científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de Investigación. Lima - Perú: San Marcos.

Casas, P., Varela L, Tello, T., Ortiz y Chávez. (2012) Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente En un hospital general. Revista Medica Herediana 2012; 23 (4): 229-234

Congreso de la República. Ley N° 27657. Ley del Ministerio de Salud, publicada el martes 29 de enero de 2002.

Congreso de la República. Ley N° 28588. Ley que incorpora al Seguro integral de Salud a la Población mayor de 17 años en situación de extrema pobreza, publicada el jueves 21 de julio de 2005.

Contreras W, Galarza C, (2009) Perfil del paciente de medicina en un hospital público. Acta Médica Peruana, 2009; 26(4): 212-216.

Decreto Supremo N° 0027-2007-PCM. Define y establece las Política Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional, publicado 25 de marzo 2007.

Decreto Supremo N° 004-2007-SA. Establecen Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias De aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS, publicado el sábado 17 de marzo de 2007.

Decreto Supremo N° 007-2016-MIDIS, Reglamento de la Ley 30425: Ley que crea el Sistema Nacional de Focalización (SINAFO), publicada el 22 de julio 2016.

Decreto Supremo N° 027-2007-PCM “Define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades de Gobierno Nacional”, publicada el 25 de marzo 2007.

Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA-V.01 (2015) *Directiva sobre el llenado de Formato Único de Atención (FUA) en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS Públicas, Privadas o Mixtas en el Marco de los Convenios o Contratos aprobados por el Seguro Integral de Salud (SIS)).*

Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA-V.01 (2015) *Directiva Administrativa que regula el Proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral Salud*’ Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS.

Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GREP-V01 (2015) *Directiva sobre el llenado de Formato Único de Atención (FUA) en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS Públicas, Privadas o Mixtas en el Marco de los Convenios o Contratos aprobados por el Seguro Integral de Salud (SIS)).* Resolución Jefatural N° 107-2015/SIS del 27 de mayo 2015.

Directiva N° 004-2017-MIDIS, (2017). *Directiva que establece los Lineamientos Estructura, Contenidos, Adecuación y Fases del Proceso de Focalización de la Intervención Pública Focalizada.* Resolución Ministerial N° 068-217-MIDIS.

Directiva que regula la Operatividad del Sistema de Focalización de Hogares (2015). Resolución Ministerial N° 257-2015-MIDIS, publicada el 18 de diciembre 2015.

DOI: 10.1056/NEJMp1616278

- E. Ducreux de Castellero. (2015) *Estudio Financiero Actuarial del Seguro Subsidiado, semi-Subsidiado y semi-contributivo del seguro integral de Salud*. Perú: Ministerio de Salud; 2015.
- Fernández C, Romero R, A Rivas, Jiménez, Majo y Aguilar (2016). *Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias Madrid Emergencias*; 28:16-20
- Fernández, C., Aguilar, J., Romero, R., Rivas, A., Fuentes, M. y González J. (2018) *Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias. Atención Primaria* (50)4, 203 – 260, <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-hiperfrecuentacion-atencion-primaria-e-hiperfrecuentadores-S0212656716302438>
- Franco, M. Pedreschi, L., Anselmi, M., Hayashida, M y Benedita dos Santos, C. (2010) *Análisis de los aspectos de organización de un servicio de urgencias clínicas: estudio realizado en un hospital general del municipio de Ribeirao Preto, SP, Brasil*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* (18)4. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_16.pdf
- Fuertes M, Carracedo E, Lordan A, Arillo, Gómez y Martínez. (2017) *Intervención con pacientes hiperfrecuentadores persistentes en atención primaria*. *Med Gen Fam*.2017; 6(1):15-22
- G. Novelli (2011). *Perfil de la Población atendida en una Unidad de Emergencia de Referencia*. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 19(3): [08 pantallas] mayo-jun.
- García S, Alberquilla A, Menéndez A, Valdez, L., García, A., Rincón, A. y Rodríguez, M. (2017) *Análisis de la hiperfrecuentación ajustando por comorbilidad según ACG (Adjusted Clinical Groups) en una Zona Básica de Salud*. *Sociedad Española de Medicos Generales y de Familia* (6)6, 1889-5433. <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.055>

Hernández Sampieri, R., & Otros. (1991). Metodología de la investigación 5ta edición. Mexico: Mc Grau Hill Educación.

Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. Obtenido de:

https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

Informe de Comisión Interventora del Seguro Integral de Salud [SIS] (2001)
http://www.minsa.gob.pe/sis/Informe_Final_SIS.pdf

Informe Final de la Comisión Interventora del Seguro Integral de Salud (SIS) Ministerio de Salud, Lima-Perú 2017.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2009). Encuesta de Satisfacción a Derechohabientes de Servicios Médicos. Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios. [Publicada diciembre 2009; acceso 17-11-2010]
http://www.imss.gob.mx/servicios/Encuesta/sat_medicos2.htm.

J. Beltrán y col. “Descripción y Análisis del Perfil Epidemiológico, la Demanda y la Oferta Del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Universitario San Ignacio”. Universidad ESAN – Facultad Postgrado de Auditoria y Garantía de Calidad en Salud Bogotá 2010

J. Ramírez Cabrera “Factores que determinan la demanda de atención ginecológica en el Hospital Nacional docente Madre–Niño San Bartolomé”. Tesis de Maestría (2005). Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de San Marcos. Lima

J. Ruales “Panel: Tendencias en Servicios de Salud y Modelos de Atención en Salud.” Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública (2004), Universidad de Antioquia Medellín, Colombia. vol. 22 (099), pp. 33-39.

- Jacob R, Luen A, Hayhurst C, Watson D, Morrison (2016). Designing services for frequent attenders to the emergency department: a characterization of this population to inform service design. *Clinical Medicine* (16), No 4: 325–9.
- Johnson-Lawrence (2017) “Education, race/ethnicity and multimorbidity among adults aged 30-64 in the National Health Interview Survey”. *SSM-Population Health* vol. 3 diciembre 2017) 366-372.
- K. Barnett y col. “Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education: a cross-sectional study”. *The Lancet* 2012; v1 380: 37-43. Mayo 10, 2012 DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2.
- Karen, Joynt, M.D. y De Lew .(2017) *New England Journal Medicine* 376:510-513
- Lenemar (2013)“Análisis de Demanda y Oferta: sustento técnico para ampliación y mejoramiento del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud 2007-2011” - Premio Kaelin, EsSalud- mayo 2013.
- Ley 27657 Ley comprende el ámbito, competencia, finalidad y organización del Ministerio de Salud, así como la de sus organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados. (Congreso de la República,2002, p.1)
- Llanos, A., Morera-Salas, Barber-Pérez, Hernández, Xirinach-Salazar y Vargas (2009). Factores Relacionados con la Utilización de Servicios de Salud en Costa Rica. *Revista de Salud Pública*, v. 11, n. 3, p. 323-335, <https://doi.org/10.1590/S0124-00642009000300002>
- M. Madueño (2003) “Análisis de la Brecha entre Oferta y Demanda de Servicios de Salud para La Programación de la Inversión Sectorial de Mediano Plazo”. *Partners for Health Reformplus* 2003: 272.

- Manoukian, D. (2019) La CUS no es un invento argentino. Consecuencias de su implementación en otros países de América latina (Chile - parte 3). IDEP Salud Ate Argentina. Documentos Cortos. Argentina. <http://idepsalud.org/wp-content/uploads/2018/03/La-CUS-no-es-un-invento-argentino-parte-3-Chile.pdf>
- Marmot, M. (2013). Universal health coverage and social determinants of health. *The Lancet*, 382(9900), 1227-1228. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61791-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61791-2)
- Marracino, C., Abadie, J. y Vera, M. (1998). Indicadores para Monitoreo de Sistemas de Atención de la Salud. Argentina, https://auditoriamedica.files.wordpress.com/2009/01/indicadores_para_monitoreo_de_sistemas_de_atencion_de_la_salud.pdf
- Martín, R., Sánchez, M. y Teruel. C. (2019). Aspectos psicosociales relacionados con la hiperfrecuentación en las consultas pediátricas de atención primaria. *Anales de Pediatría (Barcelona)*. 2019; 90(1), 26-31
- Menéndez N, Vaquero M, Toledano M, (2019) Estudio de la hiper-frecuentación en un distrito de atención primaria. *Gaceta Sanitaria* 2019; 33(1): 38–44 <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.011> 0213-9111/
- Mercer T, Bae J, Kipnes J, Velazquez M, Thomas S, Setji N. (2015) The highest utilizers of care: individualized care plans to coordinate care, improve healthcare service utilization, and reduce costs at an academic tertiary care center. *J Hosp Med*. 2015 Jul;10(7):419-24. doi: 10.1002/jhm.2351
- Michue-Bohórquez, E, Arana-Maestre, C, Ortiz-Saavedra, P, Chávez-Jimeno, H. y Varela-Pinedo, L. (2011) Perfil clínico de los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliaria de Es salud en el sur de Lima Metropolitana *Rev Soc Peru Med. Interna* 2011; vol. 24 (1): 12-18

Ministerio de Salud “GPC Manejo del Paciente con Lesiones por Quemaduras” Disponible en:

[Http://www.diresacusco.gob.pe//Guías%20de%Práctica%2Clínica%20](http://www.diresacusco.gob.pe//Guías%20de%Práctica%2Clínica%20).

Ministerio de Salud del Perú (2013). Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESAS. Editorial Oficina General de Estadística e Informática. Oficina de Estadística, <http://repositorio.minsa.gob.pe:8080/jspui/handle/MINSA/77621>

Ministerio de Salud del Perú (2014). Análisis de la Situación de Salud del Hospital Cayetano Heredia 2014. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, http://www.hospitalcayetano.gob.pe/Inicio/images/stories/epidemiologia/2014/asis_hc_h_2014.pdf

Oliveira, G., de Freitas, M. Neves Silva (2011). Perfil de la población atendida en una Unidad de Emergencia de Referencia. Rev. Latino-Am. Enfermagem 19 (3)

Organización Panamericana de la Salud. “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019.

Ponce, T. (2017). Hacinamiento en los servicios de emergencia. Anales de la Facultad de Medicina, 78(2), 218 - 223. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13221>

Reyes, N. (2003) “Normas Técnicas de Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especializados”. Minsa, Lima - Perú –Setiembre 2003.

Rodríguez- López M, Arrivillaga M, Holguín J, León H, Ávila A, Hernández C, Perfil del paciente hiperfrecuentador y su asociación con el Trastorno ansioso depresivo en servicios de atención primaria de Cali, Colombia. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2016; 33(3):478-88. doi: 10.17843/ rpmesp.2016.333.2335

Rubio, S. (1995). Glosario de Economía de la Salud. ACTES SUD

- Sánchez Carlessi, H., & Reyes Meza, C. (1998). *metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Editorial Mantaro.
- Santacruz Varela, J. (2010) El Aseguramiento de la salud en México y sus tendencias *Revista CONAMED*, vol 15, núm. 4, octubre-diciembre, 2010
- Siekman, N y Hilger, R. (2018) High users of healthcare: Strategies to improve care, reduce costs. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine* (85)1, 25-31.
<https://doi.org/10.3949/ccjm.85a.16082>
- Smits, F.T., Brouwer, H.J., ter Riet, G. y van Weert. (2009) Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health* 9, 36
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-36>
- Sotelo, M. y Belaga, G. (2008). *Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Investigación en el Hospital Central de San Isidro. UBA.*
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo1.pdf
- Street, M, Berry, D, Considine, J. Frequent use of emergency departments by older people: a comparative cohort study of characteristics and outcomes. *International Journal for Quality in Health Care* (30)8, 624–629. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy062>
- Szekend M, Mark V. Williams, Carrier D, Hensley L. (2015) The Characteristics of Patients Frequently Admitted to Academic Medical Centers in the United States. *Journal of Hospital Medicine* (10) 9 September 2015.
- Tamayo, M. (1998). *El proceso de la investigación científica*. Limusa Noriega Editores
- U. Giedión, R. Buitrón, et al “Análisis de Siete Planes de beneficios en salud de América Latina, Una Comparación Regional”. Banco Interamericano de Desarrollo. Mayo 2014.

- Van den Bussche, H., Kaduszkiewicz, Schäfer, Koller, Hansen, Scherer y Schön, (2016) Overutilization of ambulatory medical care in the elderly German population? – An empirical study based on national insurance claims data and a review of foreign studies. *BMC Health Services Research* 16: 129. doi: 10.1186/s12913-016-1357-y
- Vasquez, Amado (2016). *An Fac med.* 2016;77(4):379-385/
<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i4.12654>
- Vásquez-Alva, Rolando, Amado-Tíneo, José, Ramírez-Calderón, Fanny, Velásquez-Velásquez, Rafael, & Huari-Pastrana, Roberto. (2016). Overcrowding in medical attention in the Adult Emergency Service of a tertiary hospital in Lima, Peru. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(4), 379-385. Recuperado en 30 de octubre de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000400010&lng=es&tlng=en
- Vela, E., Clèries, M., Vella, V., Adroher, C. García-Altés, A. (2019). Análisis poblacional del gasto en servicios sanitarios en Cataluña (España): ¿qué y quién consume más recursos? *Gaceta Sanitaria*, 2019; 33(1), 24-31. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.017>
- Viner, R, Ozer, Denny, S., Marmot. (2012) Adolescence social determinants. *The Lancet* 379. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60149-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60149-4/fulltext)
- Weimann A, Dajum D, Tolu O. (2016) Cross-sectional and spatial analysis of the prevalence of multimorbidity and its association with socioeconomic disadvantage in South Africa: A comparison between 2008 and 2012.
- Yang, C., Delcher, C., Shenkman, E. y Ranka, S. (2018). Identificar a los usuarios de servicios de salud de alto nivel mediante el análisis residual posterior a la regresión de los gastos de salud de un programa estatal de Medicaid. *AMIA Actas del simposio anual. Simposio AMIA*, 2017, 1848-1857

Ypanaqué P, Martins M, (2015) Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2015 Vol 32 (3).

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGIA														
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es el perfil de la demanda de atención de los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao durante el año 2016?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Qué características presentó el perfil sociodemográfico de los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016? ¿Cuáles fueron los diagnósticos prevalentes por grupos etarios de los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración en consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016? ¿Cuál fue el costo económico total de las prestaciones de salud, por grupos etarios en los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides 	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Describir el perfil de la demanda de atención de los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao durante el año 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> Describir el perfil sociodemográfico de los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración en consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016. Identificar los diagnósticos prevalentes por grupos etarios de los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración en consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016. Estimar el costo económico total de las prestaciones de salud, por grupos etarios en los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año. 	<p>Variable : : Perfil de demanda</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Dimensiones</th> <th style="text-align: center;">Indicadores</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Dimensión sociodemográfica</td> <td style="text-align: center;">% de pacientes por grupo de edad</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">% de pacientes según sexo por grupo etario</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">% de pacientes según grado de instrucción por grupo etario</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">% de pacientes según nivel socioeconómico por grupo etario</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Dimensión clínica.</td> <td style="text-align: center;">Frecuencia de diagnósticos por grupo etario según base de datos del SIASIS</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Dimensión económica</td> <td style="text-align: center;">Costo promedio por procedimientos según grupo etario</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Costo promedio por medicamentos según grupo etario</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Costo promedio por insumos según grupo etario</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Costo promedio por servicio según grupo etario</td> </tr> </tbody> </table>	Dimensiones	Indicadores	Dimensión sociodemográfica	% de pacientes por grupo de edad	% de pacientes según sexo por grupo etario	% de pacientes según grado de instrucción por grupo etario	% de pacientes según nivel socioeconómico por grupo etario	Dimensión clínica.	Frecuencia de diagnósticos por grupo etario según base de datos del SIASIS	Dimensión económica	Costo promedio por procedimientos según grupo etario	Costo promedio por medicamentos según grupo etario	Costo promedio por insumos según grupo etario	Costo promedio por servicio según grupo etario	<p>Tipo de Investigación: Descriptiva</p> <p>Métodos: Revisión documental</p> <p>Consulta a Fuentes primarias (Información proporcionada por la Gerencia del asegurado, en base a la base del SISFOH del MIDIS).</p> <p>Análisis de la información a partir de información extraída de la base de datos del SIASIS.</p> <p>Diseño de la investigación Corte transversal No experimental</p> <p>Población La población de estudio está constituida por todos los asegurados del régimen subsidiado del SIS que tuvieron por lo menos cinco o más atenciones anuales por consulta externa, en el Hospital Daniel Alcides Carrion durante el año 2016</p> <p>Muestra: Es una lista compuesta por la población que queremos estudiar. El marco muestral para el presente estudio consta de 8342 pacientes.</p>
Dimensiones	Indicadores																
Dimensión sociodemográfica	% de pacientes por grupo de edad																
	% de pacientes según sexo por grupo etario																
	% de pacientes según grado de instrucción por grupo etario																
	% de pacientes según nivel socioeconómico por grupo etario																
Dimensión clínica.	Frecuencia de diagnósticos por grupo etario según base de datos del SIASIS																
Dimensión económica	Costo promedio por procedimientos según grupo etario																
	Costo promedio por medicamentos según grupo etario																
	Costo promedio por insumos según grupo etario																
	Costo promedio por servicio según grupo etario																

<p>Carrión del Callao para el año 2016?</p> <p>4. ¿Cuál fue el costo económico promedio individual de las prestaciones de salud por grupos etarios en los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016?</p> <p>5. ¿Cuál fue el costo económico total por grupos etarios respecto a servicios, insumos, medicamentos y procedimientos otorgados a los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016?</p> <p>6. ¿Cuál fue el costo económico promedio individual por grupos etarios respecto a servicios, insumos, medicamentos y procedimientos otorgados a los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016?</p>	<p>4. Estimar el costo económico promedio individual de las prestaciones de salud por grupos etarios en los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016.</p> <p>5. Determinar el costo económico total por grupos etarios respecto a servicios, insumos, medicamentos y procedimientos otorgados a los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016.</p> <p>6. Determinar el costo económico promedio individual por grupos etarios respecto a servicios, insumos, medicamentos y procedimientos otorgados a los pacientes del régimen subsidiado del SIS con mayor concentración de consulta en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao para el año 2016</p>		
---	--	--	--

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

Instrumento 1:

1. Ficha sociodemográfica

FICHA N° 01			
a) Fecha de Nacimiento: <u>00 /00 /1900</u>			
b). Sexo	: 1 <u>F</u>	<input type="checkbox"/>	2. <u>M</u> <input type="checkbox"/>
C. Grado de Instrucción	: 1. Ninguno	<input type="checkbox"/>	2. inicial <input type="checkbox"/>
			3. primaria <input type="checkbox"/>
	4. secundaria	<input type="checkbox"/>	5. técnica <input type="checkbox"/>
			6. Superior <input type="checkbox"/>
d). Clasificación Socioeconómica	: 1. Pobre Extremo	<input type="checkbox"/>	2. Pobre <input type="checkbox"/>
			3. No Pobre <input type="checkbox"/>
	(Evaluación por el SISFOH)		
4. Sin clasificación	<input type="checkbox"/>		

Instrumento N°2

Ficha de diagnóstico según la clasificación Internacional de Enfermedades, CIE X.

Caso seleccionado N°01
H.cl N°
Primer diagnóstico:

Instrumento 3:

Matriz de recogida de datos para el análisis de costo económico por servicios, insumos, medicamentos y procedimientos.

N° Asegurado	Edad	Sexo	Clasificación socio- Económica	Nivel de instrucción	Costo por servicio	Costo por insumo	Costo por medicamentos	Costo por procedimientos
S1								
S2								
S3								
S4								
S5								
S6								
S7								
S8								
S9								
S10								

Anexo 3. Validación de los Instrumentos por Criterio: Juicio de expertos

Validaciones de los Instrumentos por Criterio: Juicio de expertos

(18 hojas, cada juego de validación consta de 6 hojas):

Experto 1: Dr. Luis Pompeyo Arana Meza

Experto 2: Mg. Felix Alberto Caycho Valencia

Experto 3: Mg. Juan Carlos Ferrer Valverde

**Certificado de validez de contenido del instrumento que mide la dimensión
sociodemográfica
FICHA SOCIODEMOGRAFICA**

FICHA N° 01	
1. Fecha de Nacimiento	: <u>00 /00 /1900</u>
2. Sexo	: a. <u>M</u> <input type="checkbox"/> b. <u>F</u> <input type="checkbox"/>
3. Nivel Socioeconómico (Evaluación por el SISFOH)	: a. Pobre Extremo <input type="checkbox"/> b. Pobre <input type="checkbox"/> c. No Pobre <input type="checkbox"/>
4. Grado de Instrucción	: a. Ninguno <input type="checkbox"/> b. Primaria <input type="checkbox"/> c. Secundaria <input type="checkbox"/> d. Técnico <input type="checkbox"/> e. Superior <input type="checkbox"/>

N°	DIMENSIONES/Ítem	Pertinencia1		Relevancia2		Claridad3		Sugerencia
	Dimensión: Socio demográfica	SI	No	SI	No	SI	No	
	1.Fecha de Nacimiento: <u>00 /00 /1900</u>	✓		✓		✓		
	2.Sexo: a. M: Masculino b. F: Femenino	✓		✓		✓		
	3.Nivel Socioeconómico: a. Pobre Extremo b. Pobre c. No Pobre	✓		✓		✓		
	4.Grado de Instrucción: a. Ninguna b. Primaria c. Secundaria d. Técnica e. Superior	✓		✓		✓		

Observaciones (Precisar si hay

suficiencia): Los ítems de la ficha sociodemográfica son suficientes

Opinión de aplicabilidad: Aplicable () Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Apellidos y Nombres del juez validador Dr./Mag: Dr. Arana Meza Luis Pombo
DNI: 07190970

Especialidad del validador: Psicólogo

03.de.12 del 2017

1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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



Firma del informante

Dr. Luis P. Arana Meza
C Ps P 0654

Anexo 3

Instrumento N°2

Ficha de Diagnósticos según el CIE X referidos en la Historia Clínica
Por Paciente

H.cl N°
Fecha de nacimiento 00-00-19-- Sexo M F
Diagnósticos
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

N°	DIMENSIONES/Ítem	Pertinencia1		Relevancia2		Claridad3		Sugerencia
		SI	No	SI	No	SI	No	
	Dimensión: Socio demográfica							
	1. Número de Historia clínica	✓		✓		✓		
	2. Fecha de Nacimiento:							
	<u>00 /00 /1900</u>	✓		✓		✓		
	3.Sexo:							
	a. M: Masculino	✓		✓		✓		
	b. F: Femenino							
	4.Diagnósticos	✓		✓		✓		

Observaciones (Precisar si hay suficiencia): Se items de la ficha de diagnósticos con suficientes

Opinión de aplicabilidad: Aplicable () Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Apellidos y Nombres del juez validador Dr./Mag: 07190920
DNI:

Especialidad del validador: PSICOLOGO

05 de 12 del 2017

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


Firma del informante

Dr. Luis P. Arana Meza
C Ps P 0654

Anexo 4 Instrumento 3. Matriz de Costos

N° Asegurado	Edad	Sexo	Situación Económica	Nivel de instrucción	Costo por servicio	Costo por insumo	Costo por medicamentos	Costo por procedimientos
S1								
S2								
S3								
S4								
S5								
S6								
S7								
S8								
S9								

S10

Total

N°	DIMENSIONES/Item	Pertinencia1		Relevancia2		Claridad3		Sugerencia
		SI	No	SI	No	SI	No	
	1.Fecha de Nacimiento:edad 00 /00 /1900	✓		✓		✓		
	2.Sexo: a. M: Masculino b. F: Femenino	✓		✓		✓		
	3.Nivel Socioeconómico: a. Pobre Extremo b. Pobre c. No Pobre	✓		✓		✓		
	4.Grado de Instrucción: a. Ninguna b. Primaria c. Secundaria d. Técnica e. Superior	✓		✓		✓		

Costos por servicio

✓

✓

✓

Costo por insumo

✓

✓

✓

Costo por medicamento

✓

✓

✓

Costo por procedimiento

✓

✓

✓

Observaciones (Precisar si hay

suficiencia):

Los ítems de la matriz de costos son suficientes

Opinión de aplicabilidad: Aplicable () Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Apellidos y Nombres del juez validador Dr./Mag:

DNI:

07190970

Especialidad del validador:

PSICOLOGO

03

.. de 01 del 2017

1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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


.....
del informante

Firma

.....
Dr. Luis P. Arana Meza
C Ps P 0654

**Certificado de validez de contenido del instrumento que mide la dimensión
sociodemográfica
FICHA SOCIODEMOGRAFICA**

FICHA N° 01	
1. Fecha de Nacimiento	: 00 /00 /1900
2. Sexo	: a. <u>M</u> <input type="checkbox"/> b. <u>F</u> <input type="checkbox"/>
3. Nivel Socioeconómico (Evaluación por el SISFOH)	: a. Pobre Extremo <input type="checkbox"/> b. Pobre <input type="checkbox"/> c. No Pobre <input type="checkbox"/>
4. Grado de Instrucción	: a. Ninguno <input type="checkbox"/> b. Primaria <input type="checkbox"/> c. Secundaria <input type="checkbox"/> d. Técnico <input type="checkbox"/> e. Superior <input type="checkbox"/>

N°	DIMENSIONES/Ítem	Pertinencia1		Relevancia2		Claridad3		Sugerencia
		SI	No	SI	No	SI	No	
	Dimensión: Socio-demográfica							
	1.Fecha de Nacimiento: <u>00 /00 /1900</u>	✓		✓		✓		
	2.Sexo: a. M: Masculino b. F: Femenino	✓		✓		✓		
	3.Nivel Socioeconómico: a. Pobre Extremo b. Pobre c. No Pobre :	✓		✓		✓		
	4.Grado de Instrucción a. Ninguna b. Primaria c. Secundaria d. Técnica e. Superior	✓		✓		✓		

Observaciones (Precisar si hay

suficiencia):

() Aplicable después de corregir () No Aplicable

Opinión de aplicabilidad juez aplicador Ap. Félix Alberto Sánchez Valencia

Apellidos y DNI: 15992567

Dr./Mag: Maestro en Docencia Universitaria

Especialidad del validador: Crón Secu ca

25 de Diciembre 2017 de de del de

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

Félix Castro
Firma informante

del

Anexo 3

Instrumento N°2

Ficha de Diagnósticos según el CIE X referidos en la Historia Clínica
Por Paciente

H.cl N°
Fecha de nacimiento 00-00-19-- Sexo M F
Diagnósticos:
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

N°	DIMENSIONES/Ítem	Pertinencia1		Relevancia2		Claridad3		Sugerencia
		SI	No	SI	No	SI	No	
	1. Número de Historia clínica	✓		✓		✓		
	2. Fecha de Nacimiento: <u>00 /00 /1900</u>	✓		✓		✓		
	3.Sexo: a. M: Masculino b. F: Femenino	✓		✓		✓		
	4.Diagnósticos	✓		✓		✓		

Observaciones (Precisar si hay

suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable () Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Apellidos y Nombres del juez validador Dr./Mag:
DNI: _____

Mg. Félix Alberto Caycho Valencia

15992567

Especialidad del validador: _____

01 de Diciembre del 2017

1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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


Firma del informante

Anexo 4 Instrumento 3. Matriz de Costos

N° Asegurado	Edad	Sexo	Situación Económica	Nivel de instrucción	Costo por servicio	Costo por insumo	Costo por medicamentos	Costo por procedimientos
S1								
S2								
S3								
S4								
S5								
S6								
S7								
S8								
S9								
S10								

N°	DIMENSIONES/ítem	Pertinencia1		Relevancia2		Claridad3		Sugerencia
		SI	No	SI	No	SI	No	
	1.Fecha de Nacimiento: edad <u>00 /00 /1900</u>	✓		✓		✓		
	2.Sexo: a. M: Masculino b. F: Femenino	✓		✓		✓		
	3.Nivel Socioeconómico: a. Pobre Extremo b. Pobre c. No Pobre	✓		✓		✓		
	4.Grado de Instrucción: a. Ninguna b. Primaria c. Secundaria d. Técnica e. Superior	✓		✓		✓		
	Costos por servicio	✓		✓		✓		
	Costo por insumo	✓		✓		✓		
	Costo por medicamento	✓		✓		✓		
	Costo por procedimiento	✓		✓		✓		

Observaciones (Precisar si hay

suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (Aplicable después de corregir) (No Aplicable ()

Apellidos y Nros del juez validador

Dr./Mag:

DNI:

Especialidad del validador:

Científico

03 de Diciembre del 2017

1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

Firma informante

**Certificado de validez de contenido del instrumento que mide la dimensión
sociodemográfica**

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

FICHA N° 01

1. Fecha de Nacimiento		00	/00	/1900	
	:	_____			
2. Sexo	a. <u>M</u>	b. <u>F</u>			
	:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Nivel Socioeconómico (Evaluación por el SISFOH)	a. Pobre Extremo	b. Pobre	c. No Pobre		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Grado de Instrucción	a. Ninguno	b. Primaria	c. Secundaria		
	d. Técnico	e. Superior			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N°	DIMENSIONES/Ítem	Pertinencia1		Relevancia2		Claridad3		Sugerencia
		SI	No	SI	No	SI	No	
	Dimensión: Socio demográfica							
	1.Fecha de Nacimiento:							
	00 /00 /1900	✓		✓		✓		
	2.Sexo: _____							
	a. M: Masculino			✓		✓		
	b. F: Femenino	✓				✓		
	3.Nivel Socioeconómico:							
	a. Pobre Extremo			✓		✓		
	b. Pobre	✓				✓		
	c. No Pobre							
	4.Grado de Instrucción:							
	a. Ninguna							
	b. Primaria			✓		✓		
	c. Secundaria	✓						
	d. Técnica							
	e. Superior							

Observaciones (Precisar si hay

suficiencia): suficientes para el objetivo de la investigación

Opinión de aplicabilidad: Aplicable () Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Apellidos y Nombres del juez validador Dr. Mag: JUAN Carlos Ferrer Valverde
DNI: 06185490

Especialidad del validador: Mg. EN ECONOMIA

1 de 12 del 2017

1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

 COLEGIO DE ECONOMISTAS DE LIMA
Juan Carlos Ferrer Valverde
Econ. Juan Carlos Ferrer Valverde
Consultor en Proyectos de Inversión
Reg. C.E.L. N° 3187
Firma del informante

Anexo 3

Instrumento N°2

Ficha de Diagnósticos según el CIE X referidos en la Historia Clínica

Por Paciente	
H.cl N°	
Fecha de nacimiento	00-00-19-- Sexo M F
Diagnósticos:	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

10

N°	DIMENSIONES/Ítem	Pertinencia1		Relevancia2		Claridad3		Sugerencia
		SI	No	SI	No	SI	No	
	Dimensión: Socio-demográfica							
	1. Número de Historia clínica	✓		✓		✓		
	2. Fecha de Nacimiento:							
	00 /00 /1900	✓		✓		✓		
	3.Sexo:							
	a. M: Masculino	✓		✓		✓		
	b. F: Femenino							
	4.Diagnósticos	✓		✓		✓		

Observaciones (Precisar si hay

suficiencia): suficiente para los objetivos de la investigación

Opinión de aplicabilidad: Aplicable () Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Apellidos y Nombres del juez validador Dr./Mag: Juan Carlos Ferrer Valverde
DNI: 06185490

Especialidad del validador: Mg. en Economía.

1 de 12 del 2017
.....de.....del.....

1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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



Anexo 4 Instrumento 3. Matriz de Costos

N° Asegurado	Edad	Sexo	Situación Económica	Nivel de instrucción	Costo por servicio	Costo por insumo	Costo por medicamentos	Costo por procedimientos
S1								
S2								
S3								
S4								
S5								
S6								
S7								
S8								
S9								
S10								

N°	DIMENSIONES/ítem	Pertinencia1		Relevancia2		Claridad3		Sugerencia
		SI	No	SI	No	SI	No	
	Dimensión: Socio demográfica							
	1.Fecha de Nacimiento: edad							
	<u>00 /00 /1900</u>	✓		✓		✓		
	2.Sexo:							
	a. M: Masculino	✓		✓		✓		
	b. F: Femenino							
	3.Nivel Socioeconómico:							
	a. Pobre Extremo	✓		✓		✓		
	b. Pobre							
	c. No Pobre							
	4.Grado de Instrucción:							
	a. Ninguna							
	b. Primaria							
	c. Secundaria	✓		✓		✓		
	d. Técnica							
	e. Superior							
	Costos por servicio	✓		✓		✓		
	Costo por insumo	✓		✓		✓		
	Costo por medicamento	✓		✓		✓		
	Costo por procedimiento	✓		✓		✓		

Observaciones (Precisar si hay

suficiencia): Suficiente para los objetivos de la investigación

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Apellidos y Nombres del juez validador Dr./Mag: Juan Carlos Ferrer Valverde
DNI: 06185490

Especialidad del validador: Mg. en Economía

.....1 de 12 del 2017

1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

 COLEGIO DE ECONOMISTAS DE LIMA
Juan Carlos Ferrer Valverde
F. Econ. Juan Carlos Ferrer Valverde
Consultor en Planeación e Inversión
Reg. C.E.L. N° 3187