



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Y GASTO DE
BOLSILLO EN LA PANDEMIA COVID-19. CALLAO-2021**

Línea de Investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Salud Pública

Autor:

Torres Salazar, Fernando Gregorio

Asesor:

Lozano Zanelly, Glenn Alberto

ORCID: 0000-0002-7866-5243

Jurado:

Castro Rojas, Miriam Corina

Portal Bustamante, Neme

Oliva Chumán, José Gilberto

LIMA – PERÚ

2021

Dedicatoria

A mis padres, por todo su amor y por motivarme a seguir hacia adelante.

Agradecimiento

Expreso mi gratitud hacia el Dr. Glenn Alberto Lozano Zanelly, quien me guio y apoyó en este proceso de elaboración de este estudio. Finalmente, agradecer a mi madre, padre, esposa y hermano sin los cuales nada de esto hubiese sido posible. A la motivación brindada, al impulso de crecer y ser mejor cada día y al aliento dado para la consecución de mis metas.

Índice

Carátula.....	i
<i>Dedicatoria</i>	ii
<i>Agradecimiento</i>	iii
Índice	iv
Índice de tablas	vi
Índice de figuras	vii
Índice de anexos	viii
Resumen	ix
Abstract.....	x
I. Introducción.....	11
1.1 Planteamiento del Problema	11
1.2 Descripción del Problema	14
1.3 Formulación del problema	16
<input type="checkbox"/> Problema general	16
<input type="checkbox"/> Problemas específicos	16
1.4 Antecedentes	16
1.5 Justificación e importancia de la investigación	20
1.6 Limitaciones de la investigación.....	21
1.7 Objetivos	22
<input type="checkbox"/> Objetivo general	22
<input type="checkbox"/> Objetivos específicos	22
1.8 Hipótesis	22

2.1	Marco conceptual.....	23
2.2	Marco filosófico.....	34
III.	Método.....	38
3.1	Tipo de investigación.....	38
3.2	Población y muestra.....	38
3.3	Operacionalización de variables	40
3.4	Instrumentos.....	42
3.5	Procedimientos.....	45
3.6	Análisis de datos	46
3.7	Consideraciones Éticas	47
IV.	Resultados.....	48
V.	Discusión de resultados	58
VI.	Conclusiones.....	67
VII.	Recomendaciones	68
VIII.	Referencias.....	69
IX.	Anexos.....	78
1.	MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	79
2.	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	80
3.	FORMATO DE JUICIO DE EXPERTOS	81
4.	PRUEBA PILOTO	89

Índice de tablas

Tabla 1 Características generales de los habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao.....	48
Tabla 2 Gasto de bolsillo (en soles) de los habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao.....	49
Tabla 3 Sexo y grupo etario según el gasto de bolsillo de los habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao.....	51
Tabla 4 Sexo y grupo etario según la cobertura en Salud de los habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao	52
Tabla 5 Prueba de normalidad para el gasto de bolsillo (en soles) de los habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao	53
Tabla 6 Gasto total de bolsillo en los últimos 3 meses (en soles) y cobertura de aseguramiento en salud en habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao.....	54
Tabla 7 Gasto total de bolsillo en los últimos 3 meses (en soles) y el tipo de seguro según IAFAS en habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao	55
Tabla 8 Gasto de bolsillo (en soles) por la compra de medicamentos e insumos en las últimas 4 semanas y cobertura de aseguramiento en salud en habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao.....	56
Tabla 9 Gasto de bolsillo (en soles) por los servicios en prestaciones de salud en los últimos 3 meses y cobertura de aseguramiento en salud en habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao.....	57

Índice de figuras

Figura 1. Cobertura de aseguramiento en salud de los habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao.....	49
Figura 2. Tipo de seguro de salud de los habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao.....	50

Índice de anexos

1. Matriz de consistencia.....	79
2. Consentimiento informado.....	80
3. Formato de juicio de expertos.....	81
4. Prueba piloto.....	89

Resumen

El **objetivo** de la presente investigación fue determinar la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud medicamentos e insumos en habitantes del Callao durante la pandemia COVID-19, 2021. La **metodología** de la presente investigación fue de diseño transversal, correlacional, prospectivo y epidemiológico, cuya muestra estuvo conformada por 375 habitantes. Para responder los objetivos e hipótesis se usaron las pruebas Chi cuadrado, U de Mann Whitney y Kruskal Wallis. Los **resultados** evidenciaron que el 57.3% de habitantes tuvieron entre 30 y 59 años de edad, el 55.5% fueron mujeres, el 50.1% adquirió antibióticos y 49.3% antipiréticos, el 96% adquirió alcohol medicinal y solo el 27.5% recibió prestación de salud. Se observó relación significativa entre el gasto total de bolsillo ($p=0.012$) y el gasto por los servicios en prestación de salud ($p=0.019$) con la cobertura de aseguramiento en salud. Asimismo, se identificó relación significativa entre el gasto total de bolsillo y tipo de seguro ($p<0.001$). Se **concluye** que la cobertura de aseguramiento en salud se relacionó con un menor gasto total de bolsillo.

Palabras clave: Cobertura de los Servicios de Salud, COVID-19, Gastos en Salud,(Fuente: DeCS)

Abstract

The **objective** of this research was to determine the relationship between health insurance coverage and out-of-pocket spending on services in health benefits, medicines and supplies in inhabitants of Callao during the COVID-19 pandemic, 2021. The **methodology** of this research It was an analytical, correlational, prospective and epidemiological cross-sectional design, whose sample consisted of 375 inhabitants. To answer the objectives and hypotheses, Chi squared, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests were used. The **results** showed that 57.3% of the inhabitants were between 30 and 59 years old, 55.5% were women, 50.1% purchased antibiotics, and 49.3% antipyretic, 96% purchased alcohol medicinal, and only 27.5% received health benefits. A significant relationship was observed between total out-of-pocket spending ($p=0.012$) and spending for health services ($p=0.019$) with health insurance coverage. Likewise, a significant relationship was identified between total out-of-pocket spending and type of insurance ($p<0.001$). It is **concluded** that health insurance coverage was associated with lower total out-of-pocket spending.

Keywords: Health Services Coverage, COVID-19, Health Expenditures, (Source: MeSH)

I. Introducción

Por lo general los costos de la atención médica los cubre principalmente el gobierno o instituciones prestadoras de servicios de salud a nivel privado, mediante acuerdos previamente estipulados, pero el aumento de los costos de la atención médica significa que en varios países una proporción cada vez mayor del gasto en atención médica consiste en gastos de bolsillo.

El gasto de bolsillo en salud, es el pago directo realizado por el usuario a los proveedores de atención de salud, cuando se accede a un servicio, donde el gasto en medicamentos y en insumos tienen un gran porcentaje en el pago que realiza el usuario. En el Perú, la afiliación poblacional a esquemas de aseguramiento en salud, se observa por encima del 80%, principalmente con el Seguro Integral de Salud (SIS), pero las condiciones de financiamiento, a nivel nacional son insuficientes y poco equitativas.

En la actualidad con la creciente demanda de servicios de salud debido a la pandemia por COVID-19, plantea la cuestión de si también va seguida de una mayor protección financiera contra el costo de la enfermedad entre los asegurados. Por ello, este estudio pretendió determinar la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud medicamentos e insumos en habitantes del Callao durante la pandemia COVID-19, 2021.

1.1 Planteamiento del Problema

A medida que evoluciona la pandemia del COVID-19, su impacto desmedido en poblaciones vulnerables y socialmente desfavorecidas es cada vez más pronunciado, a consecuencia de las disimilitudes en salud (El-Khatib et al., 2020) y de medidas

gubernamentales poco sensibles que no se adaptan a los requerimientos de los individuos más pobres (Diwakar, 2020).

Lamentablemente, la infección del SARS-CoV-2, a pesar de no exteriorizar un esquema terapéutico seguro y eficaz, ha acrecentado la demanda de fármacos e insumos (oxígeno medicinal) para el manejo de las manifestaciones clínicas y complicaciones derivadas de la infección (Tenorio et al., 2020; Bikkina et al., 2021). Escenario que ha empeorado los problemas de abastecimiento, disponibilidad y precios; obligando a los usuarios a ejecutar gastos de bolsillos desproporcionados que afectan su economía y cada uno de los niveles de generalización socio-familiar (Tenorio et al., 2020).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los países que dependen en gran medida de los gastos de bolsillo, durante la pandemia debieron enfrentarse a grandes contracciones económicas y posiblemente presentaron mayores desafíos para sostener el nivel y equidad de los servicios de salud. Entre estos países destacan Iraq y Kirguistán con un gasto de bolsillo en salud superior a 50% y contracción económica proyectada de más de 10% en el PBI per cápita, Sudan e India con un gasto >60% y contracción superior a 10% y Guinea Ecuatorial, Nigeria, Afganistán, Cameroon y Azerbaijan con un gasto >70% y una contracción superior a 5% (World Health Organization, 2020).

América Latina no es indiferente a esta realidad, ya que esta región se particulariza por la inequidad sanitaria, con un porcentaje de gastos de bolsillo de 64.33% para Venezuela, 52.22% para Guatemala, 49.42% para Paraguay, 48.43% para Ecuador, 44% para México, 46.43% para Honduras, 37.54% para Nicaragua, 34.82% para Haití, 31.52% para Chile, 30.73% para Argentina, 28.85% para El Salvador, 28.62% para Perú, 25.47% para Brasil, 24.87% para Costa Rica, 23.11% para Bolivia, 22.27% para Panamá, 21.14% para República Dominicana, 15.58% para Uruguay y 15.36% para Colombia (El Centro de Divulgación del Conocimiento Económico, 2021). Según La Comisión Económica

para América Latina y El Caribe (CEPAL) estos porcentajes se incrementarían por el colapso sanitario de las instituciones públicas, con más de 95 millones de individuos ejecutando gastos catastróficos (>40%) y casi 12 millones de sujetos empobrecidos como resultado de dicha acción, especialmente en Argentina (tasa de crecimiento de pobreza de 11%), Perú (9.3%), Brasil (8%), México (8%) y Venezuela (CEPAL-OPS, 2020; El Centro de Divulgación del Conocimiento Económico, 2021).

Bajo ese contexto, la OMS aconseja la ampliación de la cobertura del aseguramiento universal en salud, ya que esta implica que todos los individuos y grupos poblacionales reciban los servicios sanitarios que requieran sin tener que enfrentar penurias financieras. Sin embargo, aún cerca de la mitad de la población mundial carece de este beneficio y aproximadamente 100 millones de individuos están en pobreza extrema por tener que pagar de su propio bolsillo (viven con \$1.90 al mes) (Organización Mundial de la Salud, 2021).

No obstante, es necesario precisar que en países como México, a pesar de evidenciarse una cobertura de aseguramiento en salud de 81.4%, se visualiza un gasto de bolsillo significativo en la mayoría de seguros públicos del país, con un porcentaje de 37% para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y para el seguro popular, 45% para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y 53% para IMSS bienestar (Mendez, 2020).

Por ello, se torna imprescindible ejecutar una investigación que permita establecer la relación lineal entre la cobertura en salud y el gasto de bolsillo; especialmente durante la pandemia del COVID-19, que precisa de mecanismos eficaces de financiación médica, que mejoren los desenlaces de salud y que reduzcan el empobrecimiento de la población.

1.2 Descripción del Problema

El sistema de asistencia sanitaria del Perú se particulariza por ser fragmentado, por no tener conexión entre sus niveles y evidenciar una gran brecha social, que restringe la repuesta a cada uno de los requerimientos de una población en crecimiento. Así mismo, es necesario precisar que el presupuesto destinado para el sector salud es el más exiguo de la región, por ende, el gasto de bolsillo es desmesurado y usualmente se destina a los medicamentos o estudios diagnósticos que el sistema no provee (Málaga, 2020).

En el 2017, el Ministerio de Salud (MINSA) registró un gasto de bolsillo de 28%, preponderante en la adquisición de medicamentos y prestaciones de servicios de salud (Apoyo Consultoría, 2021). Lima Metropolitana reportó el gasto más alto, con una cifra de 1783.2 nuevos soles de forma anual, que comprometió el 4.2% del gasto total mensual y el 6.4% de la capacidad de pago mensual, con un gasto catastrófico (>40%) de 0.8% y empobrecimiento por gasto de bolsillo de 1.1% (Guerrero-Ojeda, 2020).

La provincia Constitucional del Callao no es indiferente a esta realidad, ya que a pesar de tener un ingreso real promedio per cápita de 979 soles mensual (Ministerio de Salud, 2016), sus gastos de bolsillo son elevados y forman parte del resto urbano que registra un gasto de bolsillo anual de 822.4 nuevos soles por hogar (3.5% del gasto total mensual y 6.9% de la capacidad de pago mensual), con un gasto catastrófico de 0.8% y un porcentaje de hogares que empobrecen por gasto de bolsillo de 1.8% (Guerrero-Ojeda, 2020).

Lamentablemente, esta situación se ha agravado ante la velocidad de transmisión del COVID-19 (Málaga, 2020), ya que además de provocar el colapso de las instituciones de salud, ha impactado sobre la cadena de abastecimiento de fármacos e insumos, acrecentado su precio y reduciendo la creación y venta. Como resultado un gran porcentaje de individuos no puede acceder a los medicamentos y quienes lo logran

terminan pagando precios desmesurados que desequilibran su estabilidad financiera (Tenorio et al., 2020).

Según el Colegio Médico del Perú (CMP), el gasto de bolsillo durante la pandemia es superior al 30% (Cuba, 2021). Por ello, se torna imprescindible aumentar la cobertura del aseguramiento en salud, ya que teóricamente esta reduciría dicho gasto. Un ejemplo claro de ello es la disgregación del gasto de bolsillo para personas en pobreza relativa del MINSA, que manifestó en afiliados y no afiliados al SIS un gasto de 47 y 65% para medicamentos, 5 y 25% para consultas, 3 y 4% para hospitalizaciones y 8 y 44% para otros gastos (Apoyo Consultoría, 2021).

A pesar de ello, aún no se logra la cobertura universal, ya que el 20% de la población no tiene seguro de salud y esta ejecuta el gasto de bolsillo más elevado, con una cifra anual de 3135 nuevos soles, que compromete el 5% del gasto total mensual y 6.7% de la capacidad de pago mensual; evidenciando un gasto catastrófico de 0.5% y un porcentaje de empobrecimiento por gasto de bolsillo de 0.4% (Cuba, 2021; Guerrero-Ojeda, 2020).

El Callao exterioriza un escenario similar, ya que evidencia una brecha de aseguramiento de 23.3% y un porcentaje de afiliados al Seguro Social de Salud y al SIS de 37.4 y 31.4% respectivamente; presentando mayores gastos de bolsillo en aquellos que no cuentan con seguro o que poseen aseguramiento privado (Ministerio de Salud, 2016; Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018).

Sin embargo, el CMP hace énfasis en la confusión de aseguramiento con protección financiera, e incluso menciona que el Seguro Integral de Salud solo cubre el 10% del gasto total de los pacientes del MINSA y de los gobiernos regionales (Cuba, 2021). Por ello, es vital ejecutar una investigación que permita establecer la relación y proporcionalidad entre las variables de estudio.

1.3 Formulación del problema

— **Problema general.**

¿Cuál es la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo en prestaciones de salud, medicamentos e insumos en habitantes del Callao durante la pandemia COVID-19, 2021?

— **Problemas específicos.**

- ¿Cuál es la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo en prestaciones de salud, medicamentos e insumos según la IAFAS a la que se encuentran afiliados durante la pandemia COVID-19, 2021?
- ¿Cuál es la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo por medicamentos e insumos durante la pandemia COVID-19, 2021?
- ¿Cuál es la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo en prestaciones de salud durante la pandemia COVID-19, 2021?

1.4 Antecedentes

1.4.1 Antecedentes internacionales

Eisenberg et al. (2020), en Estados Unidos, publicaron un artículo con el objetivo de cuantificar los gastos de bolsillo asociados con las hospitalizaciones respiratorias por afecciones similares a las causadas por la enfermedad del coronavirus 2019 y comparar las diferencias de gastos de bolsillo entre los inscritos en planes de salud. Fue una investigación descriptiva que incluyó a 34 395 personas. Como principales resultados se encontró que el gasto de bolsillo promedio hospitalizaciones por infecciones respiratorias fue de \$ 1,961 entre los planes de salud dirigidos al consumidor (seguros privados) y de \$ 1,653 para los planes tradicionales. Las diferencias en gastos de bolsillo fueron similares

para los que requirieron una unidad de cuidados intensivos o ventilador mecánico. Se concluyó que los afiliados a planes de salud privados pueden experimentar una gran carga financiera en una hospitalización relacionada con la enfermedad por coronavirus 2019.

Suin y Saetama (2020), en Ecuador, publicaron un artículo con el objetivo de estimar el efecto pertenecer al Seguro Social General en los gastos de bolsillo en salud. Fue un estudio analítico que incluyó a 22 364 hogares, donde 7509 eran afiliados al seguro y 14855 no contaban con ningún seguro. Como principales resultados se encontró que las familias afiliadas al seguro social gastan 46.9% más en servicios de salud que los que no cuentan con uno. Concluyeron que los hogares afiliados al seguro social presentan un incremento en gastos de bolsillo lo que refleja un déficit en la protección financiera.

Khandelwal et al. (2019), en Estados Unidos, publicaron un artículo con el objetivo de estimar los gastos de bolsillo para personas que requirieron cuidados intensivos, además de examinar como varían según la cobertura de seguro. Fue un estudio de cohorte que incluyó a 2909 personas. Como principales resultados se encontró que las personas que contaban con una cobertura tradicional tenían un gasto de bolsillo más alto, estimado en \$ 12 668, solo superado por aquellos que no tenían seguro. Concluyeron que, en todas las categorías de cobertura de seguro, el gasto de bolsillo es alto y representa una parte significativa de los activos para muchos pacientes que requieren cuidados intensivos y sus familias.

Atake y Amendah (2018), en Togo, África, publicaron un artículo con el objetivo de examinar la protección financiera del seguro de salud estatal. Fue una investigación descriptiva que evaluó a 1180 hogares asegurados que habían reportado enfermedad 4 semanas anteriores al estudio u hospitalización 12 semanas antes. Como principales resultados se reportó que la proporción de hogares asegurados con gastos catastróficos varió entre 3.94% y 75.6% de acuerdo al punto de corte empleado. Para aquellos con

gastos mayores al 40% del ingreso mensual, el costo de la atención representa el 60-95% del gasto no alimentario mensual. Así mismo, el nivel socioeconómico, el tipo de establecimiento de salud, los días de hospitalización y la cantidad de miembros en el hogar influyeron en los gastos catastróficos. Concluyeron que una proporción considerable de hogares asegurados enfrentan gastos catastróficos, lo que sugiere brechas en la cobertura.

Pavón et al. (2017), en México, publicaron un artículo con el objetivo de evaluar los gastos de bolsillo en servicios de salud afiliados al Seguro Popular. Fue un estudio analítico que incluyó a 1049 adultos mayores. Como principales resultados se encontró que el gasto de bolsillo en salud al mes fue de US\$ 64,8, el mayor gasto se realizó en medicamentos (US\$ 28,8). Se concluyó que los beneficiarios del aseguramiento público incurren en gastos de bolsillo.

1.4.2 Antecedentes nacionales

Tenorio et al. (2020), en Lima, publicaron un artículo con el objetivo de comparar el precio de venta de medicamentos esenciales empleados en el manejo del COVID -19 a nivel de farmacias públicas y privadas. Fue un estudio transversal y descriptivo que incluyó reportes de datos emitidos por farmacias públicas y privadas a nivel nacional. Así mismo, se estimó el costo por persona y la accesibilidad a medicamentos. Como principales resultados se resaltó que los medicamentos para casos leves como azitromicina, hidroxiclороquina, ivermectina y paracetamol tuvieron un precio medio entre S / 0.04 (US \$ 0.011) y S / 23.81 (US \$ 6.71) en farmacias del ministerio de salud, mientras que los mismos fármacos en farmacias privadas el costo varió entre S / 1.00 (US \$ 0.28) y S / 36.00 (US \$ 10.15). Se estableció que en las farmacias privadas el costo de los medicamentos era 11 veces mayores que las públicas. Un régimen de terapia para

casos leves requiere el gastar de 1 a 4 días del salario mínimo, mientras que casos graves hasta 64 días del salario mínimo. Se concluye que el tratamiento con farmacias del COVID 19 representa un gasto importante para el sistema de salud pública y para las familias mediante gastos de bolsillo.

Hernández et al. (2020), en Lima publicaron un artículo con el objetivo de estimar el gasto de bolsillo en medicamentos e insumos en Perú. Fue un estudio analítico que incluyó datos de 222 444 personas. Como principales resultados se encontró que 24,7% no contaba con ningún seguro en salud. El promedio en gastos de bolsillo fue de 3.55 dólares. Según el tipo de seguro se encontró diferencias en el gasto de bolsillo, aquellos que no contaban con un seguro tuvieron los mayores gastos de bolsillo, así como los afiliados al sector privado y a las fuerzas armadas y policía nacional.

Pavone y Sánchez (2018), en Lima, publicó una investigación con el objetivo de establecer los factores que afectan los gastos de bolsillo en servicios de salud del MINSA y gobiernos regionales. Fue un estudio descriptivo que incluyó la evaluación de 2807 familias. Como principales resultados se encontró que solo 5% de la población rural se atendió en hospitales mientras que 16% de la zona urbana. Los mayores gastos de bolsillo se dieron en medicamentos (44% asegurados y 62% sin seguro). Los gastos de bolsillo en salud se asociaron con no estar afiliados al SIS, así como el nivel de complejidad hospitalaria. Se concluyó que la afiliación al SIS es relevante para disminuir los gastos de bolsillo.

Hernández (2018), en Lima, publicó una investigación con el objetivo de estimar la cobertura prestacional del Seguro Integral de Salud (SIS) y los gastos de bolsillo en el manejo de hidatidosis en el Instituto Nacional de Salud del Niño. Fue un estudio descriptivo que evaluó a 37 pacientes. Como principales resultados se reportó que la cobertura por SIS garantizó 99% del financiamiento (S/. 232494,00 = US\$ 81864,00),

protegiendo a las familias de gastos de bolsillo para esta patología. El copago fue del 1% (S/. 1395,57 = US\$ 491,40). Por otro lado, el gasto total de pacientes no afiliados fue del 86% (S/. 31051,14 = US\$ 10934,00), las exoneraciones del 14% (S/. 3000,63 = US\$ 1050,57). Se concluye que la cobertura del Seguro Integral de Salud protege a las familias de un riesgo de empobrecimiento por gastos de bolsillo altos.

Hernández et al. (2018), en Lima, publicaron un artículo con el objetivo de evaluar el gasto de bolsillo en salud y determinar los factores relacionados. Fue un estudio analítico que incluyó a 18386 adultos mayores. Como principales resultados se encontró que 56.5% de la muestra reportó gastos de bolsillo, los mayores gastos se presentaron en aquellos con seguros privados (249,9 soles equivalentes a USD 76,6). Aquellos afiliados al SIS redujeron los gastos de bolsillo en 63 soles (USD 19,3), por el contrario, los que padecen enfermedades crónicas destinan 33 soles más (USD 10,1) en gastos de bolsillo. Concluyeron que seis de cada diez peruanos reportaron gastos de bolsillo en relación a servicios de salud.

1.5 Justificación e importancia de la investigación

La ejecución de la presente investigación se justifica desde una perspectiva teórica, puesto que brinda una base sólida de conocimientos actualizados que demuestra la forma en como la pandemia por COVID-19 influye en los gastos de bolsillo, así mismo, refleja como la cobertura de los seguros en salud contributivos y subsidiados contribuyen en los gastos médicos de pacientes enfermos. Además de generar evidencia sobre la relación entre la cobertura de aseguramiento y gastos de bolsillo, permitiendo un mayor entendimiento sobre las restricciones en el acceso de salud. Esta investigación constituye una evidencia actual para investigaciones relacionadas al tema en el contexto nacional e internacional.

Se justifica desde una perspectiva práctica, ya que ayuda a comprender como el destinar recursos al sistema de salud, ayuda a mejorar el crecimiento económico del país y mejorar la pobreza de sus habitantes. Así mismo, pondrá en evidencia la persistencia de aquellos que no optan por ningún seguro y se mantienen sin protección financiera frente problemas de salud como la infección por COVID-19, contribuyendo en la formulación de propuestas para incluirlos en un sistema de aseguramiento.

Desde una perspectiva metodológica se justifica pues aporta un instrumento válido que podría servir de modelo para investigaciones relacionadas al tema. Así mismo, desde una perspectiva social, beneficia principalmente a los habitantes del Callao al aportar datos que podrían contribuir a evitar el empobrecimiento de familias peruanas, puesto que brinda información de grupos poblacionales sobre los cuales convendría dirigir los esfuerzos para avanzar hacia una cobertura en salud universal. Además, la selección de unidades de estudio mediante muestreo no probabilístico limita las conclusiones del estudio solo al grupo estudiado, es decir a los 375 habitantes incluidos y no se puede extrapolar a toda la población.

1.6 Limitaciones de la investigación

La principal limitación de este estudio fue la participación de los habitantes de la urbanización San Juan Masías, la cual se superó mediante la explicación coherente, simple y detallada, de la investigación, además se tuvo en cuenta que algunos de los habitantes de dicha urbanización no tuvieron cobertura de internet, por tal tuvieron que ser excluidos del estudio, ya que la recolección de la información fue únicamente por vía virtual. Finalmente, la recolección de los datos se realizó mediante un muestreo no probabilístico lo cual no asegura la representatividad de la población, frente a ello los

resultados no pueden ser generalizados o categóricos para otras realidades o entornos a nivel nacional.

1.7 Objetivos

— Objetivo general

Determinar la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud, medicamentos e insumos en habitantes del Callao durante la pandemia COVID-19, 2021.

— Objetivos específicos

Determinar la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud, medicamentos e insumos según la IAFAS a la que se encuentran afiliados durante la pandemia COVID-19, 2021.

Determinar la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo por medicamentos e insumos durante la pandemia COVID-19, 2021.

Determinar la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud durante la pandemia COVID-19, 2021.

1.8 Hipótesis

Hi: La cobertura de aseguramiento en salud se relaciona con el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud medicamentos e insumos en habitantes del Callao durante la pandemia COVID-19, 2021.

Ho: La cobertura de aseguramiento en salud no se relaciona con el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud medicamentos e insumos en habitantes del Callao durante la pandemia COVID-19, 2021.

II. Marco Teórico

2.1 Marco conceptual

2.1.1 Aseguramiento en salud

El aseguramiento en salud garantiza los derechos de atención en salud a toda la población, en términos de acceso, oportunidad, calidad y financiamiento. Así mismo protege a las familias del empobrecimiento asociado a gastos de bolsillo por la enfermedad. Finalmente mantiene y mejora los resultados sanitarios además de contribuir a elevar la producción de capital humano (Ministerio de Salud del Perú, 2010; Jumpa, 2019).

La ley 29344 aprobó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, con el objetivo de reducir las barreras para el acceso a la atención en salud, inequidades en el financiamiento y prestación de servicios. Este compromete a las Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud a financiar como mínimo un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (Ministerio de Salud del Perú, 2010).

El aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en la nación disponga de un seguro de salud que le permita el acceso a un grupo de prestaciones de salud de tipo: preventivo, recuperativo y de rehabilitación (Ministerio de Salud del Perú, 2010).

A nivel nacional se distinguen tres regímenes: contributivo, semicontributivo y subsidiado, en este último existe un Fondo Intangible Solidario (FISSAL) exclusivo para patologías complejas (Alfageme, 2015). Se señala que el régimen subsidiado está orientado a poblaciones vulnerables y con menores recursos económicos.

El régimen contributivo, comprende a personas vinculadas a IAFAS, mediante un pago o cotización por cuenta propia o del empleador. Se identifican los afiliados

dependientes, es decir, trabajadores activos que mantienen una relación dependiente o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, pensionistas, trabajadores sujetos a modalidad contractual en la Administración Pública. Los afiliados independientes, personas que no reúnen los requisitos de una afiliación contributiva dependiente. Particularmente, este régimen se refiere a los asegurados de EsSalud (Alfageme, 2015).

El régimen subsidiado, comprende a personas afiliadas a IAFAS, por medio del financiamiento público. Se orienta a poblaciones vulnerables y en pobreza. Este se otorga mediante el Seguro Integral de Salud (SIS) (Alfageme, 2015).

El régimen semicontributivo, comprende a personas afiliadas a IAFAS, cuyo financiamiento es público de manera parcial y por medio de aportes de los asegurados. Dentro de este régimen se encuentra el SIS independiente (Alfageme, 2015).

2.1.1.1 Financiamiento en salud. Se establece que las fuentes de financiamiento para los regímenes subsidiado y semicontributivo son: recursos asignados por el Estado al SIS, aportes de sus afiliados según el régimen de financiamiento, fondos de gobiernos regionales y locales (Ministerio de Salud del Perú, 2018).

En el 2014 el gasto en salud alcanzó casi 5.5% del PBI, cifra muy por debajo del promedio en países latinoamericanos. En el 2016 se ejecutó un gasto de S/. 14 887 millones de soles en el sector salud, de los cuales S/. 1551 millones correspondieron al SIS. Para el 2017 se aprobó un presupuesto de S/. 1 410 millones para el seguro integral de salud (Ministerio de Salud del Perú, 2018).

Se especifica que la brecha entre el gasto de EsSalud y el sector público se ha reducido en la última década, mientras que el año 2005 el gasto por persona en EsSalud era 3.5 veces el gasto del sector público, en 2014 se redujo a 1.8. Así mismo, se refiere que la mayor parte del gasto público en salud se destina a recursos humanos (59.7% del

total), seguido de gastos en insumos (17.3%) y capital (15.4%) (Ministerio de Salud del Perú, 2018).

El SIS se financia principalmente a través de tres fuentes: recursos ordinarios, recursos directamente recaudados, donaciones y transferencias. En 2016 el 99% del gasto del SIS fue financiado por Recursos Ordinarios (Ministerio de Salud del Perú, 2018)

2.1.1.2 Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS). Son instituciones que se encargan de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud. Dentro de sus funciones se encuentra el brindar servicios de cobertura en salud, captar y administrar aportes, promover la afiliación, organizar la forma y mecanismos para el acceso a los servicios de salud, definir procedimientos para garantizar el libre acceso a los afiliados, controlar las prestaciones de salud (Ministerio de Salud del Perú, 2018).

Son IAFAS los siguientes organismos:

A. Seguro Integral de Salud. Organismo autónomo executor adscrito al Ministerio de Salud, tiene como roles fundamentales: administrar los fondos que se destinan al financiamiento de las prestaciones y ser una institución que promocióne el acceso al servicio de salud (Ministerio de Salud del Perú, 2014a).

Son afiliados a este régimen toda la población residente en el país en condición de pobreza o extrema pobreza que no cuenten con un seguro contributivo o semicontributivo. La afiliación estará condicionada a una calificación socioeconómica emitida por el Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH. Dichas normas definen grupos poblacionales que por defecto deben ser considerados elegibles para este régimen (Ministerio de Salud del Perú, 2018).

En ese sentido se pueden identificar dispositivos legales que establecen criterios de acceso al régimen subsidiado del SIS distintos a la condición de pobreza o pobreza extrema, entre ellos tenemos: beneficiarios de plan integral de reparaciones, organizaciones sociales de base, niños wawa wasi, indultados inocentes, víctimas de esterilización forzada, víctimas de violencia política 1980-2000, agentes comunitarios, población alto andina, población dispersa de la amazonia, bomberos voluntarios, jueces de paz, servicio militar voluntario, escolares Qali Warma, residentes de Centros poblados focalizados (MIDIS), internos INPE, gestantes, niños entre 0 a 5 años, personas en situación de calle (Ministerio de Salud del Perú, 2018).

A octubre de 2016, el SIS contaba con 16.6 millones de afiliados. De este total 7.7 millones están identificados como población pobre. La condición de pobreza se determinó porque están registrados en el Padrón General de Hogares (PGH) y su nivel socioeconómico fue evaluado por la entidad competente (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social -MIDIS). Cuatro millones no tienen clasificación socioeconómica de pobre y fueron afiliados por pertenecer a grupos poblaciones específicos. Se destaca que este grupo lo conforman niños entre 0 a 5 años, escolares beneficiados del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y residentes de centros poblados focalizados (Ministerio de Salud del Perú, 2018).

B. Seguro Social de Salud (EsSalud). Es la instancia encargada de administrar el régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud del país además de otros riesgos humanos, que tiene como otras funciones, inscribir a los asegurados y entidades empleadoras, recaudar las aportaciones, invertir parte de los fondos que administra (Alfageme, 2015). Se encuentra comprendida en el ámbito de regulación presupuestaria del FONAFE. EsSalud brinda cobertura a sus afiliados y derechohabientes mediante la

otorgación de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, así como prestaciones económicas y sociales bajo un régimen contributivo (Gobierno del Perú, 2010a).

C. Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú. las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud de las fuerzas armadas, son de naturaleza pública y reciben aportes provenientes del Estado. No tienen fines de lucro y contribuyen al bienestar del personal militar. Tiene por finalidad el financiamiento de la atención integral del personal militar en actividad, disponibilidad y retiro (Gobierno del Perú, 2010a).

D. Entidades prestadoras de salud (EPS). Los aportes de esta entidad corresponden a la suma de los aportes que se pagan por planes de salud que se contratan. Un seguro regular incluye pagos que los trabajadores y/o empresas efectúan (Ministerio de Salud del Perú, 2015a). El plan de salud ofertado por una EPS tendrá en consideración por lo menos dos condiciones asegurables contenidas en el PEAS, mostrando detalle de: el monto de cobertura en base al crédito, IPRESS, red de atención y copagos. Así como, el costo del plan ofertado y planes complementarios (Gobierno del Perú, 2010b).

2.1.1.3 Planes de coberturas en salud. Las IAFAS establecen de manera específica sus planes de cobertura, considerando:

El SIS ha implementado su plan de beneficios que incluye el plan esencial de aseguramiento, el plan complementario al PEAS (abarca además prestaciones de atención directa y cobertura extraordinaria). Se especifica que no está sujeto a un periodo de

carencia o de espera y cuenta con la cobertura de las enfermedades de alto costo (Ministerio de Salud, 2015b).

Dentro de la cobertura del plan de beneficios del SIS independiente del régimen semicontributivo, se encuentran incluidas el PEAS, el plan complementario al PEAS (atención directa y sujetas a autorización previa) el Listado de enfermedades alto costo y el listado de enfermedades raras y huérfanas (Ministerio de Salud, 2015b; Ministerio de Salud del Perú, 2015a).

EsSalud, mantiene una cobertura ordinaria y está sujeta a un periodo de carencia de 3 meses de aportes o 10 meses en casos de maternidad. El régimen contributivo independiente de EsSalud, se encuentra sujeto al PEAS y coberturas adicionales (Defensoría del Pueblo, 2013).

Es necesario precisar, que la cobertura prestacional y el plan de beneficios, se otorga en relación a los servicios preventivos, promocionales y recuperativos incluidos en la cobertura. Un ejemplo claro de ello, es el cálculo de aportación mensual que ejecuta el SIS para todos los contribuyentes, según las prestaciones de salud y no la condición social (Ministerio de Salud, 2015).

De igual manera, los asegurados a EsSalud presentan una amplia cobertura respecto a los asegurados independientes, los cuales tienen acceso a todo tipo de atenciones en salud, donde se incluye afecciones de alto costo (Defensoría del Pueblo, 2013).

Se resalta que SIS tiene 5 planes de seguro; SIS gratuito: para personas en pobreza extrema, en situación de pobreza, gestantes, niños, bomberos, entre otras poblaciones ya mencionadas; SIS para todos: se incluyen personas que no cuentan con un seguro de salud independientemente de su condición económica; SIS independiente: para cualquier ciudadano; SIS microempresas: para dueños de microempresas que quieren inscribir a sus

trabajadores; SIS emprendedor: para trabajadores independientes sin empleados a cargo (Ministerio de Salud del Perú, 2014b).

2.1.1.4 Plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS). Este determina las condiciones mínimas asegurables en paquetes básicos de salud que deben brindar las IAFAS (Alfageme, 2015).. Este plan tiene como base estudios de carga de enfermedad y estudios epidemiológicos que reflejan la situación de salud de los habitantes del país, análisis de la capacidad de oferta del sistema de salud, análisis actuariales y estimaciones financieras (Ministerio de Salud del Perú, 2010).

Dentro del listado de condiciones asegurables se encuentra la población sana, que incluye: recién nacidos, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores; condiciones obstétricas y ginecológicas; condiciones pediátricas (recién nacido, menor de 12 años); condiciones neoplásicas (tumores femeninos, otros tumores); condiciones transmisibles (infecciones del aparato respiratorio, infecciones del aparato genitourinario – ITS, otras infecciones); condiciones no transmisibles (mentales, crónicas degenerativas y agudas) (Ministerio de Salud del Perú, 2010).

2.1.2 Gastos de bolsillo en salud

Los gastos de bolsillo son todos los tipos de gastos en salud realizados en el momento que un hogar se beneficia de un servicio de salud. Generalmente son medicamentos, facturas hospitalarias u honorarios médicos (Defensoría del Pueblo, 2013).

De manera específica se define como la suma de todos los pagos desembolsados por un miembro del hogar por los siguientes servicios de salud: consulta médica, medicamentos, reconocimientos médicos y pruebas de laboratorio (radiografías,

tomografía, hemodiálisis, entre otros), servicios dentales y afines, servicios oftalmológicos (consultas de oftalmología y compra de lentes), salud infantil (vacunas, control de salud), hospitalización, intervención quirúrgica, salud materna (control de la atención del embarazo y parto) y otros servicios de salud (anticonceptivos, rehabilitación, entre otros) (Das y Nundy; World health Organization, 2017)

Se ha demostrado que una de las principales fuentes de financiamiento para los servicios de salud, son los gastos de bolsillo, trayendo como consecuencias la inequidad e ineficacia en la prestación de salud (Defensoría del Pueblo, 2013).

Puede estar vinculado con el pago que efectúan los afiliados al SIS a pesar del régimen al que están adscritos. También se vincula con los pagos realizados por los asegurados a EsSalud, que no pueden acceder al servicio por demoras en la prestación. Se agrega que la farmacia o botica son los principales lugares donde la población acude cuando se tiene un problema de salud, cuyos costos son asumidos totalmente por la población (Defensoría del Pueblo, 2013).

2.1.2.1 Gastos catastróficos. Se define como el gasto en salud que excede un porcentaje o umbral predefinido de la capacidad de un hogar para pagar la atención médica. La capacidad de pago puede interpretarse de diferentes formas, lo que genera diferencias de medición (Cylus et al., 2018).

El enfoque más simple asume que todo el presupuesto de un hogar está disponible para gastos en atención médica. Esto se conoce como el método de participación presupuestaria, porque considera el gasto en salud en relación con el gasto total del hogar o, con menor frecuencia, con los ingresos. Otros enfoques rechazan esta suposición sobre la base de que los hogares deben satisfacer primero las necesidades básicas, como la comida y la vivienda, antes de cubrir los gastos de atención médica (Cylus et al., 2018).

Estos métodos consideran que debe medirse en relación con la capacidad de gasto monetario de los hogares. Este último término se define como el gasto de no subsistencia que se calcula como el gasto total del hogar menos el gasto en necesidades básicas (Hernández et al., 2020)

El gasto catastrófico es un indicador establecido de protección financiera que se utiliza para monitorear el progreso global hacia la cobertura universal de salud.

2.1.2.2 Empobrecimiento. El empobrecimiento se produce cuando un hogar que está por encima de la línea de pobreza (prepagado) cruza esta línea después de pagar (pospagado) la atención médica, pasando de no pobres a pobres.

Los formuladores de políticas de salud se han preocupado durante mucho tiempo por proteger a las personas de la posibilidad de que la mala salud conduzca a pagos financieros catastróficos y al consiguiente empobrecimiento. Se identifican tres condiciones clave para los pagos catastróficos: la disponibilidad de servicios de salud que requieren pago, baja capacidad de pago y la falta de prepago o seguro médico (Cylus et al., 2018). Las personas, particularmente en hogares pobres, pueden protegerse de gastos catastróficos en salud reduciendo la dependencia del sistema de salud de los pagos de bolsillo y brindando más protección contra los riesgos financieros. El aumento de la disponibilidad de servicios de salud (Cylus et al., 2018).

2.1.3 COVID-19.

Los efectos devastadores de la pandemia de COVID-19 van mucho más allá de la salud pública; con muchas industrias en suspenso y el desempleo aumentando en todo el mundo, la economía mundial se está acercando a la recesión más profunda que se recuerde (See y Slonim, 2020)

El sector más afectado en esta época de crisis es la sanidad. Además de exponer una falta de salvaguardias como, la escasez de mano de obra e infraestructura, la enfermedad también ha puesto a prueba la disponibilidad y asignación de recursos médicos escasos (Das y Nundy, 2020).

Calculan que el 81% de la población se infectará durante el transcurso de la epidemia. En un escenario de COVID-19 moderado, el 80% de estos serán asintomáticos o tendrán síntomas leves, el 20% requerirá servicios de salud, el 8% en general necesitará atención hospitalaria, el 6% necesitará cuidados intensivos y el 0,5% morirá. En un escenario severo, el 3.0% morirá. En el caso únicamente del escenario de infección moderada por COVID-19, serían necesarias al menos 15 millones de camas. Este problema se verá agravado por la escasez de ventiladores y personal de cuidados intensivos (Das y Nundy, 2020).

El seguro integral de salud garantiza la cobertura financiera de sus afiliados en casos de infección por COVID-19. Así mismo, se dispuso la cobertura financiera de prestaciones relacionadas con comorbilidades y mortalidad de los asegurados. Para cumplir con esta disposición el SIS transfirió S/. 6 555 a más de 55 hospitales de la nación. Siendo esta la primera transferencia de los S/. 13 millones que recibió del Gobierno (Gobierno del Perú, 2020).

En relación a EsSalud, se especifica que los asegurados tienen una cobertura del 100% en situaciones de emergencia, se ampara en el Decreto Supremo N° 027-2015-SA, Reglamento de la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud (Gobierno del Perú, 2015).

Por otro lado, a nivel nacional, después de tres meses del estado de emergencia, las clínicas y el gobierno llegaron a una tarifa plana máxima de S/. 55 000 soles para la atención de pacientes COVID-19. A pesar de ello, la preocupación radica, en los gastos

de bolsillo que pueden ser causa de empobrecimiento familiar. Se estima que los gastos en farmacia podrían sobrepasar los S/ 38 000 en casos COVID severo para clínicas (cerca de US\$ 11,000) (Agencia EFE, 2020).

2.1.3.1 Aspectos de responsabilidad social y medio ambiental. El COVID-19 está afectando de manera desproporcionada a una amplia gama de poblaciones vulnerables, debido a su distribución desigual en áreas densamente pobladas y a su limitada capacidad de mitigación debido a la alta prevalencia de enfermedades crónicas o al escaso acceso a servicios médicos y de salud pública de alta calidad. Estas poblaciones vulnerables pueden incluir adultos mayores, personas que viven en áreas densamente pobladas, personas con un nivel socioeconómico más bajo, migrantes y minorías.

Además, los efectos colaterales de la pandemia debido a la recesión económica mundial y el aislamiento social y las medidas de restricción de movimientos están afectando de manera desigual a quienes se encuentran en los estratos de poder más bajo en la sociedad.

Las personas con acceso deficiente a la atención médica que experimentan síntomas relacionados con COVID-19 pueden retrasar o incluso renunciar a la prueba y, en consecuencia, pueden recurrir a la atención médica solo en etapas avanzadas, lo que resulta en peores resultados. Esto también puede poner en riesgo a sus familias y comunidades. Es cada vez más preocupante que el número actual de muertos por COVID-19 no capte los devastadores efectos colaterales sobre la equidad en salud. Esto incluye la pérdida de seguros médicos, empleos y hogares, lo que aumenta el riesgo de morbilidad física y mental y mortalidad por todas las causas.

2.2 Marco filosófico

2.2.1 Cobertura de aseguramiento de salud

La cobertura de aseguramiento de salud, desde una perspectiva filosófica, se instituye como una expresión práctica de los derechos en salud, asumiendo una posición de permanente enjuiciamiento, cohesionado a la cobertura poblacional y la cobertura prestacional efectiva; que más allá de la logística de distinción de perfiles, se cimienta en la interconexión de una serie de variables que pueden influir en la integridad, igualdad y accesibilidad a los servicios de salud (Mezones et al., 2019).

El Perú, no es indiferente a esta realidad, ya que en ambas Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (SIS y EsSalud), se han exteriorizado contrariedades asociadas a aspectos económicos y sociales; cuya evolución se visualiza en 2 puntos normativos claves: Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud (2009) y reforma del sector salud (2013); que anexados a la aprobación posterior de normas legales abocadas a la regulación de procesos operativos de afiliación (énfasis en régimen subsidiado), no torna insólita las modificaciones en la cobertura y en las particularidades de los afiliados (Mezones et al., 2019).

2.2.1.1 Etapa I (2009-2013). Durante esta etapa, se visualizó un exiguo crecimiento de la cobertura de aseguramiento de salud, con mayor preponderancia en EsSalud que en el SIS, a consecuencia de la actuación focalizada (comunidades rurales, en pobreza o extrema pobreza), extensión del trabajo asalariado formal en áreas urbanas e institución de micro y pequeñas empresas (reforma laboral), que permitieron el acceso a los regímenes contributivos (Mezones et al., 2019).

Así mismo, es necesario precisar que el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) jugó un rol fundamental en la tendencia de asegurados, ya que se exteriorizaron dificultades en la implementación de los sistemas de información y en la validación del Registro Nacional de Identidad, que anexados al desacople final del Seguro Integral de Salud y el SISFOH disminuyó la afiliación relativa, especialmente en el 2012 (Mezones et al., 2019).

2.2.1.2 Etapa 2 (2013- 2017). Durante esta etapa, se visualizó un incremento significativo en la cobertura de aseguramiento de salud, con un crecimiento marcado en el Seguro Integral de Salud y una tendencia secular en EsSalud, ambas reflejadas en la institución de políticas públicas de aseguramiento y abordajes contextualizados para el Sistema Privado de Pensiones y diferenciados para los regímenes contributivos, subsidiados y semi-contributivos (Mezones et al., 2019).

Situación , reverberada en cada una de las acciones de reforma ejecutadas para la ampliación de la cobertura dentro del marco de los derechos en salud, en la articulación de intervenciones de protección social y en la afiliación directa de poblaciones vulnerables, colectivos de protección especial y de trabajadores independientes, que, el Sistema Integral de Salud, reflejó en el Decreto Legislativo 1346 promulgado en el 2017; sin embargo, esta resolución mostró inexactitudes en la definición de vulnerabilidad (clasificación socioeconómica) (Mezones et al., 2019).

Finalmente, EsSalud, expresó una etapa de meseta, estrechamente asociada a la desaceleración en la creación de empleos formales y al subsecuente avance del trabajo informal en algunas áreas de la actividad económica, que en conjunto acarrearón la disminución en el acceso al régimen contributivo (Mezones et al., 2019).

2.2.2 Gasto de bolsillo

Desde una perspectiva filosófica, el gasto de bolsillo gira en torno a la búsqueda de equidad, y se configura como una herramienta política (recuperación de costos, contención, calidad y guía de la demanda) o un indicador de pobreza o riesgo en la salud (Petrera y Jiménez, 2018).

Situación, que se remonta al aseguramiento público nacional, instituido en 1988: “Seguro Escolar Gratuito y Seguro Materno Infantil”; coberturas que al fusionarse configuraron el Seguro Público de Salud en el 2001 y posteriormente el Seguro Integral de Salud en el 2002 (Petrera y Jiménez, 2018).

Estructuración, que al inicio posicionó a la afiliación al SIS, como un factor protector del gasto de bolsillo; ya que los reportes epidemiológicos de la época, exteriorizaron una disminución de los pagos directos encargados de solventar las necesidades de atención sanitaria, especialmente en los pacientes en condiciones de pobreza y a pesar de no otorgar gratuidad en la atención total (Petrera y Jiménez, 2018).

Sin embargo, en el transcurso de los años, el gasto de bolsillo peruano, se ha transfigurado en un indicador regresivo, excluyente y poco solidario, ya que la mayor parte de individuos costean las atenciones de salud cohesionadas a la compra de medicamentos, pruebas de laboratorio y estudios imagenológicos, que en conjunto reducen el crecimiento sostenible y quebrantan la equidad social y la democracia (Petrera y Jiménez, 2018).

Finalmente, es necesario precisar que esta problemática aún prevalece, y en mayores proporciones, ya que el Ministro de Salud Víctor Zamora, en el año 2019 señaló que “Los esfuerzos del Estado para que la población no gaste de sus bolsillos ha fracasado”, preservando una proporción de gasto de 30%, que no solo es atribuido a la disponibilidad de medicamentos, sino también a la asequibilidad de los servicios

sanitarios; por ello el Gobierno y el Ministerio de Salud instituyeron 10 tareas aún pendientes, que permiten afrontar la problemática: Garantía de acceso inmediato, abastecimiento progresivo y sostenible, cumplimiento petitorio de la prescripción, generación de competencia, perfeccionamiento de la capacidad de producción de fármacos que no tienen competencia y de los que no tienen oferta, análisis de la calidad regulatoria, implementación de farmacias institucionales e inclusivas y acrecentamiento de la calificación internacional del DIGEMID al nivel 4 (Mohme, 2019).

III. Método

3.1 Tipo de investigación

Estudio de enfoque cuantitativo, observacional, correlacional, prospectivo, transversal y diseño epidemiológico.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población.

De acuerdo con las estadísticas según el Instituto Nacional de Estadística e Informática existen 14759 Habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao, durante los meses de febrero a abril de 2021.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión.

Personas de ambos sexos.

Personas adultas (≥ 18 años).

Personas que acepten participar del estudio.

Criterios de exclusión.

Personas con limitaciones para leer o escribir.

Personas que no cuenten con equipo tecnológico (PC, Tablet, laptop, móvil Smart) con entrada a internet.

Personas que no acepten participar en el estudio.

3.2.2 Muestra.

La muestra se calculó por medio de la fórmula de población finita o conocida (N=14759), considerando un nivel de confianza del 95% y un error de precisión del 5%.

A continuación, se presenta la fórmula a detalle:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde:

Tamaño de Población: N=14759

Nivel de Confianza (95%): $Z_{\alpha}=1.96$

Proporción de personas con cobertura de

aseguramiento en Salud p=0.5

Proporción en contra: q=0.5

Error de precisión: d=0.05

Tamaño de la Muestra n = 375

En este sentido, la muestra estuvo conformado por 375 Habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao, durante los meses de febrero a abril de 2021.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.3 Operacionalización de variables

Variables		Definición	Indicadores	Valores	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Covariables	Sexo	Condición orgánica que distingue a los varones de las mujeres.	Sexo biológico	Masculino Femenino	Cualitativo	Nominal	Cuestionario
	Edad	Tiempo de vida del participante desde su nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Edad en años	18 -29 años 30-59 años > 60 años	Cualitativo	Ordinal	Cuestionario
	Medicamentos	Sustancia o combinación de sustancias con propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades, adquiridas por el encuestado en las últimas 4 semanas.	Antipiréticos Antibióticos Antinflamatorios	SI NO	Cualitativo	Nominal	Cuestionario
	Insumos y/o equipos	Artículo o material empleado para el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades, adquiridos por el encuestado en las últimas 4 semanas.	Termómetro Alcohol medicinal Oxímetro Algodón medicinal Tensiómetro	SI NO	Cualitativo	Nominal	Cuestionario
	Prestaciones de salud	Atenciones de salud que recibió la persona en estudio en los últimos 3 meses.	Atención médica Controles médicos Análisis de laboratorio Exámenes imagenológicos (Rayos X, ecografías, tomografías, otros)	SI NO	Cualitativo	Nominal	Cuestionario

	Cantidad de prestaciones recibidas	Número de veces que el participante del estudio recibió algún tipo de prestación de salud, en los últimos 3 meses.	Cantidad de prestaciones	Número de veces	Cuantitativo	Razón	Cuestionario
	IAFAS	Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud a las cuales la persona en estudio pertenece.	Entidad aseguradora	SIS EsSalud Otros	Cualitativo	Nominal	Cuestionario
	Dependiente Gasto de bolsillo	Monto de dinero cuantificado en soles por el servicio médico o la compra de insumos y/o equipos que realizan los miembros de una familia en relación con la salud en los últimos 3 meses. La información de esta variable se obtuvo en base a las preguntas 416-417 de la ENAHO Salud	Carga financiera	Soles	Cuantitativo	Razón	ENAHO Salud
	Independiente Cobertura de aseguramiento en salud	Afiliación de la persona en estudio en al menos un seguro de salud	Acceso a atención sanitaria	SI NO	Cualitativo	Nominal	Cuestionario

Fuente: Elaboración propia

3.4 Instrumentos

“COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Y GASTO DE BOLSILLO EN LA PANDEMIA COVID-19. CALLAO-2021”

Fecha: ___/___/2021

N de ficha: ____

1. **Sexo:** Masculino ()

Femenino ()

2. **Edad:** _____ años

18 a 29 años ()

30 a 59 años ()

≥ 60 años ()

3. **En las últimas 4 semanas usted ha adquirido medicamentos:**

Si ()

No ()

Antipiréticos – medicamentos para tratar la fiebre (aspirina, paracetamol, acetaminofén, metamizol, dipirona, otros) ()

Antibióticos – medicamentos para tratar las infecciones bacterianas (amoxicilina, ampicilina, ciprofloxacino, azitromicina, doxiciclina, gentamicina, eritromicina, cefalexina, otros) ()

Antinflamatorios – medicamentos para reducir inflamación y aliviar dolor (ibuprofeno, naproxeno, otros) ()

Otros () _____

4. En las últimas 4 semanas usted ha adquirido insumos y/o equipos médicos:

Si () No ()

Ninguno ()

Termómetro ()

Alcohol medicinal ()

Oxímetro ()

Algodón medicinal ()

Tensiómetro ()

Otros () _____

5. En los últimos 3 meses usted recibió prestaciones de salud:

Si () No ()

Atención médica – evaluación del profesional médico para realizar un diagnóstico. ()

¿Cuántas veces? _____

Control médico – evaluación del profesional médico posterior al diagnóstico para identificar la evolución de la enfermedad. ()

¿Cuántas veces? _____

Análisis de laboratorio – exámenes que ayudan a determinar el diagnóstico, puede ser mediante muestra de sangre, orina, heces, otros. ()

¿Cuántas veces? _____

Exámenes imagenológicos (ecografías, tomografías, rayos X)

()

¿Cuántas veces? _____

6. Gasto de bolsillo en prestaciones de salud medicamentos e insumos (en

base a la ENAHO, preguntas 416-417):

¿Cuánto fue el monto total por el servicio? _____ soles

¿Dónde recibió el servicio?

Establecimiento MINSA ()

Establecimiento EsSalud ()

Hospital de FFAA y Policía Nacional ()

Farmacia o botica ()

Clínica particular ()

Otros (especificar): _____

¿Cuánto fue el monto total por la compra? _____ soles

¿Dónde realizó la compra?

Establecimiento MINSA ()

Establecimiento EsSalud ()

Hospital de FFAA y Policía Nacional ()

Farmacia o botica ()

Clínica particular ()

Otros (especificar): _____

7. Cobertura de aseguramiento en salud (Cuenta con algún tipo de seguro):Si () No ()**8. IAFAS** (Indique el tipo de Seguro con el que cuenta):SIS ()EsSalud ()Otros () _____**3.5 Procedimientos**

Se solicitó autorización para la elaboración y ejecución del estudio a la Universidad Nacional Federico Villarreal.

A cada habitante de la Urb. San Juan Masías del Callao que cumplió con los criterios de selección anteriormente mencionados, se le explicó sobre los objetivos, y resultados que se esperan obtener de este estudio, y quienes acepten participar en él, se les hizo llegar a su aplicación WhatsApp o redes sociales un archivo denominado consentimiento informado (ver anexos) el cual debieron reenviar con los datos solicitados como constancia de aceptación de su participación libre y voluntaria en el estudio.

Posteriormente le fue enviado un enlace web, el cual fue creado utilizando la herramienta digital Google Forms (Formularios de Google) con el cual pudo ingresar al cuestionario denominado cuestionario de aseguramiento en salud (ítem III.5), permitiéndoles contestar cada pregunta de manera rápida y sin inconvenientes. Cabe precisar que dicho cuestionario fue creado por el investigador, teniendo como base la parte referida a la salud de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH). Debido a que el

instrumento fue elaborado para fines estrictos de la investigación debió ser evaluado por expertos en el tema para identificar la validez de contenido mediante una prueba binomial, posteriormente se realizó una prueba piloto y se determinó la validez de contenido del instrumento a través del juicio de expertos, obteniéndose una concordancia del 87.3%, quedando de esta manera, óptimo para su aplicación.

Finalmente, la información obtenida en cada uno de los cuestionarios, fue vaciada en una hoja de cálculo para ser analizada y obtener los resultados.

3.6 Análisis de datos

Se diseñó una base de datos en el programa SPSS 25, la cual pasó por un proceso de consistencia (clasificación y depuración) de registros para su posterior análisis estadístico.

Análisis descriptivo: Se calcularon frecuencias absolutas y relativas (%) para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas, como la mediana y rango intercuartílico.

Análisis inferencial: Para determinar la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo en prestaciones de salud, medicamentos e insumos primero se comprobó la normalidad de los datos con la prueba de Kolmogorov Smirnov, luego se utilizaron las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney y Kruskal Wallis dado que los datos no tuvieron distribución normal. Además, se aplicó la prueba Chi cuadrado para evaluar la relación entre la a cobertura de aseguramiento en salud con

la edad y sexo. El nivel de significancia fue del 5%, es decir un valor $p < 0.05$ se consideró significativo.

Presentación de resultados: Los resultados fueron presentados en tablas de frecuencia y contingencia, además de gráficos como el de barras, circulares y/o dispersión, de acuerdo a la operacionalización de variables. Se utilizó el programa Microsoft Excel 2013.

3.7 Consideraciones Éticas

Se solicitaron todos los permisos al Comité de Ética de la institución sanitaria para proceder con la ejecución del proyecto.

Así mismo, se han considerado los lineamientos bioéticos de la Declaración de Helsinki para todo el desarrollo, ejecución y presentación de esta investigación.

IV. Resultados

Se analizó una muestra de 375 habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao, durante el periodo de tiempo correspondiente.

Tabla 1

Características generales de los habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao

Características generales	N	%
Edad		
18 a 29 años	134	35.7%
30 a 59 años	215	57.3%
≥ 60 años	26	7.0%
Sexo		
Femenino	208	55.5%
Masculino	167	44.5%
Adquisición de medicamentos*		
Antibióticos	188	50.1%
Antipiréticos	185	49.3%
Antinflamatorios	122	32.5%
Otros	8	2.1%
Adquisición de insumos o equipos médicos*		
Alcohol medicinal	360	96.0%
Oxímetro	192	51.2%
Algodón medicinal	66	17.6%
Termómetro	64	17.1%
Tensiómetro	29	7.7%
Otros	14	3.7%
Prestación de salud en los últimos 3 meses		
Sí	103	27.5%
No	272	72.5%
Total	375	100%

*Respuestas múltiples

En la tabla 1 se aprecia que el 57.3% de habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao tuvieron entre 30 y 59 años de edad, el 55.5% fueron mujeres. Los medicamentos que principalmente se adquirieron fueron antibióticos (50.1%) y antipiréticos (49.3%). Los insumos y equipos que principalmente se adquirieron fueron el alcohol medicinal (96.0%) y el oxímetro (51.2%). Además, solo el 27.5% recibió prestación de salud en los últimos 3 meses, ya sea por atención médica, control médico, análisis de laboratorio y/o exámenes imagenológicos.

Tabla 2

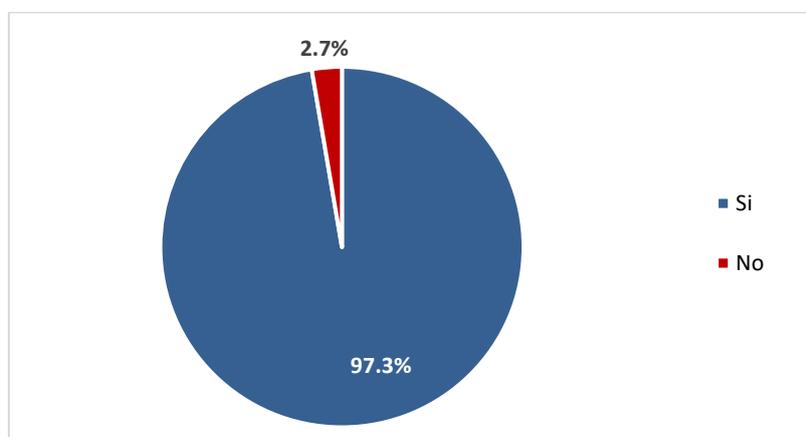
Gasto de bolsillo (en soles) de los habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao

Gasto de bolsillo (en soles)	Mediana	Mínimo	Máximo
Gasto por el servicio de salud en los últimos 3 meses	7.5	1	5800
Gasto por la compra de medicamentos e insumos en las últimas 4 semanas	65.0	1	2500
Gasto total de bolsillo en los últimos 3 meses	76.0	0.0	5800

En la tabla 2 se aprecia que la mediana del gasto por el servicio de salud en los últimos 3 meses fue de 7.5 soles, mientras que la mediana del gasto por la compra de medicamentos e insumos en las últimas 4 semanas fue de 65 soles. Además, la mediana del gasto total en los últimos 3 meses fue 76 soles.

Figura 1.

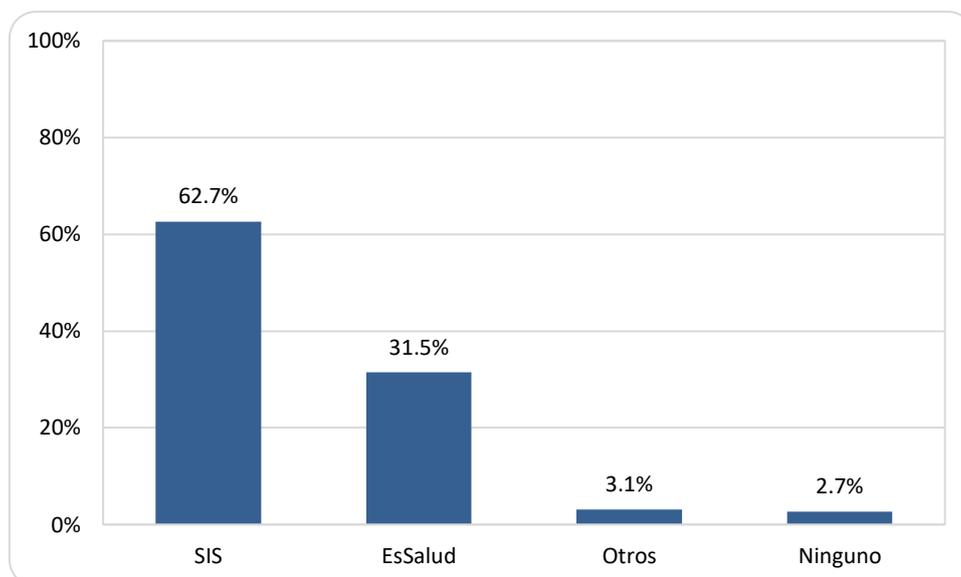
Cobertura de aseguramiento en salud de los habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao



La figura 1 muestra que el 97.3% de habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao contaba con algún tipo de seguro, mientras que solo el 2.7% no estaba asegurado.

Figura 2.

Tipo de seguro de salud de los habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao



La figura 2 muestra que el 62.7% cuenta con el Seguro Integral de Salud (SIS), el 31.5% posee EsSalud y el 3.1% otro tipo de seguro con alguna Empresa prestadora de Salud (EPS).

Tabla 3

Sexo y grupo etario según el gasto de bolsillo de los habitantes de la Urbanización San

Juan Masías de la Región Callao

VARIABLE	Gasto de Bolsillo (S/.) Mediana (RIQ)	P-Valor*
Sexo		
Masculino	75.0 (83)	0.09
Femenino	77.0 (130.5)	
Grupo Etario		
Joven (18 a 29 años)	15.5 (62.7)	0.000
Adulto (30 a 59 años)	85.0 (125)	
Adulto Mayor	165.0 (226.87)	

*Prueba U de Mann Whitney /*Prueba Kruskal Wallis

La tabla 3 muestra que existe relación significativa entre el grupo etario y el gasto de bolsillo de los habitantes en los últimos 3 meses ($p=0.000$), donde la mediana de los adultos mayores tuvo un gasto de bolsillo mayor (S/ 165), en comparación a los jóvenes (S/ 15.5) y adultos (S/ 85).

Tabla 4

Sexo y grupo etario según la cobertura en Salud de los habitantes de la Urbanización

San Juan Masías de la Región Callao

VARIABLE	Cobertura en Salud n (%)	P-Valor*
Sexo		
Masculino	166 (45.5)	0.026
Femenino	199 (54.5)	
Grupo Etario		
Joven (18 a 29 años)	132 (36.2)	0.566
Adulto (30 a 59 años)	208 (57.0)	
Adulto Mayor	25 (6.8)	

*Prueba Chi cuadrado

La tabla 3, muestra que existe relación significativa entre el sexo y la cobertura en salud de los habitantes ($p=0.026$), donde el sexo femenino tuvo una mayor cobertura en salud (54.5%), en comparación a los hombres (45.5%).

Prueba de normalidad

Ho: Los datos tienen una distribución normal.

Hi: Los datos tienen una distribución distinta a la normal.

Tabla 5

Prueba de normalidad para el gasto de bolsillo (en soles) de los habitantes de la

Urbanización San Juan Masías de la Región Callao

Gasto de bolsillo (en soles)	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	p
Gasto por el servicio de salud en los últimos 3 meses	0.428	375	<0.001
Gasto por la compra de medicamentos e insumos en las últimas 4 semanas	0.313	375	<0.001
Gasto total de bolsillo en los últimos 3 meses	0.352	375	<0.001

Toma de decisión: Debido a que el p-valor de cada uno de los gastos, así como del gasto total es menor al nivel de significancia 5%, se acepta la hipótesis de investigador, es decir que los datos tienen una distribución distinta a la normal, por ello se utilizaron las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney o Kruskal Wallis.

Contrastación de hipótesis

Prueba de hipótesis general

Ho: La cobertura de aseguramiento en salud no se relaciona con el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud, medicamentos e insumos en habitantes del Callao durante la pandemia COVID-19, 2021.

Hi: La cobertura de aseguramiento en salud se relaciona con el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud, medicamentos e insumos en habitantes del Callao durante la pandemia COVID-19, 2021.

Tabla 6

Gasto total de bolsillo en los últimos 3 meses (en soles) y cobertura de aseguramiento en salud en habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao

Gasto total de bolsillo en los últimos 3 meses (en soles)	Cobertura de aseguramiento en salud		p
	Sí	No	
me (Mín-Máx)	75 (0-5800)	237.5 (20-5000)	0.012

Prueba U de Mann Whitney, me: Mediana, Mín: mínimo, Máx: máximo

Toma de decisión: En la tabla 6, se observan diferencias significativas de la mediana del gasto total de bolsillo (en soles) entre los habitantes que presentan y no presentan cobertura, donde aquellos que presentan cobertura tienen menores gastos. Por lo tanto, con un nivel de significancia del 5%, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis del investigador (H_1), es decir, la cobertura de aseguramiento en salud se relacionó con un menor gasto total de bolsillo (prestaciones de salud, medicamentos e insumos en soles, en los últimos 3 meses) en habitantes del Callao ($p=0.012$).

Prueba de hipótesis específica 1

Ho: El tipo de seguro no se relaciona significativamente con el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud, medicamentos e insumos según la IAFAS a la que se encuentran afiliados durante la pandemia COVID-19, 2021.

Hi: El tipo de seguro se relaciona significativamente con el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud, medicamentos e insumos según la IAFAS a la que se encuentran afiliados durante la pandemia COVID-19, 2021.

Tabla 7

Gasto total de bolsillo en los últimos 3 meses (en soles) y el tipo de seguro según IAFAS en habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao

Gasto total de bolsillo en los últimos 3 meses (en soles)	Tipo de seguro				p*
	SIS	EsSalud	Otros	Ninguno	
me (Mín-Máx)	65 (2-2500)	94.5(0-5800)	180 (0-600)	237.5 (20-5000)	<0.001

* Prueba Kruskal Wallis, me: Mediana, Mín: mínimo, Máx: máximo

Toma de decisión: En la tabla 7, se observan diferencias significativas de la mediana del gasto total de bolsillo (en soles) entre los distintos tipos de seguros, donde SIS y EsSalud presentan menores gastos que el no tener seguro. Por lo tanto, con un nivel de significancia del 5%, se rechaza la hipótesis nula (Ho) y se acepta la hipótesis del investigador (Hi), es decir, el tipo de seguro se relacionó significativamente con el gasto total de bolsillo (prestaciones de salud, medicamentos e insumos en soles, en los últimos 3 meses) ($p < 0.001$).

Prueba de hipótesis específica 2

Ho: La cobertura de aseguramiento en salud no se relaciona significativamente con el gasto de bolsillo por medicamentos e insumos durante la pandemia COVID-19, 2021

Hi: La cobertura de aseguramiento en salud se relaciona significativamente con el gasto de bolsillo por medicamentos e insumos durante la pandemia COVID-19, 2021.

Tabla 8

Gasto de bolsillo (en soles) por la compra de medicamentos e insumos en las últimas 4 semanas y cobertura de aseguramiento en salud en habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao

Gasto de bolsillo por la compra de medicamentos e insumos en las últimas 4 semanas (en soles)	Cobertura de aseguramiento en salud		p*
	Sí	No	
me (Mín-Máx)	65 (1-2500)	150 (2.5-1000)	0.077

* Prueba U de Mann Whitney, me: Mediana, Mín: mínimo, Máx: máximo

Toma de decisión: En la tabla 8, no se observan diferencias significativas de la mediana del gasto de bolsillo (en soles) por medicamentos e insumos entre los habitantes que presentan y no presentan cobertura. Por lo tanto, con un nivel de significancia del 5%, se acepta la hipótesis nula (Ho), es decir, la cobertura de aseguramiento en salud no se relacionó significativamente con el gasto de bolsillo (en soles) por medicamentos e insumos en las últimas 4 semanas ($p=0.077$).

Prueba de hipótesis específica 3

Ho: La cobertura de aseguramiento en salud no se relaciona significativamente al gasto de bolsillo en servicios por prestaciones de salud durante la pandemia COVID-19, 2021.

Hi: La cobertura de aseguramiento en salud se relaciona significativamente al gasto de bolsillo en servicios por prestaciones de salud durante la pandemia COVID-19, 2021.

Tabla 9

Gasto de bolsillo (en soles) por los servicios en prestaciones de salud en los últimos 3 meses y cobertura de aseguramiento en salud en habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao

Gasto por el servicio de salud en los últimos 3 meses (en soles)	Cobertura de aseguramiento en salud		p*
	Sí	No	
me (Mín-Máx)	7.5 (1-5800)	120 (20-5000)	0.019

* Prueba U de Mann Whitney, me: Mediana, Mín: mínimo, Máx: máximo

Toma de decisión: En la tabla 9, se observan diferencias significativas de la mediana del Gasto de bolsillo (en soles) por los servicios en prestaciones de salud entre los habitantes que presentan y no presentan cobertura, donde aquellos que presentan cobertura tienen menores gastos por servicios. Por lo tanto, con un nivel de significancia del 5%, se rechaza la hipótesis nula (Ho) y se acepta la hipótesis del investigador (Hi), es decir, la cobertura de aseguramiento en salud se relacionó significativamente con un menor gasto de bolsillo (en soles) en servicios por prestaciones de salud en los últimos 3 meses ($p=0.019$).

V. Discusión de resultados

A medida que la pandemia por COVID-19 se ha prolongado, gran parte de la discusión nacional sobre la atención médica se ha centrado en la capacidad hospitalaria, el agotamiento de los trabajadores de la salud, la vacunación contra COVID-19 y otras medidas para proteger la salud pública; sin embargo, la cobertura de aseguramiento en salud y los gastos de bolsillo deben formar parte de este gran debate, pues aún no se comprende bien el impacto de la relación entre ambas variables.

Al respecto, los resultados de este estudio donde participaron 375 habitantes de la Urb. San Juan Masías, contribuyeron a determinar si la cobertura de aseguramiento en salud reduce o aumenta el gasto de bolsillo durante la pandemia por COVID-19. Donde, las características generales predominantes fueron edad entre 30 a 59 años de edad (57.3%) y sexo femenino (55.5%), adicionalmente se pudo identificar que la mitad de los participantes adquirirían principalmente antibióticos y antipiréticos, mientras que casi la totalidad de la muestra adquirirían alcohol medicinal como principal insumo médico (96%) y finalmente más de la mitad de los encuestados no habían utilizado los servicios de salud en los últimos 3 meses (72.5%). Se han podido identificar diversos estudios tanto a nivel nacional como internacional que se encuentran ligados con el tema de investigación, donde cada uno caracteriza y describe su población de estudio. Atake y Amendah (2018), en Togo, identificaron que más de la mitad de los hogares analizados utilizaban instalaciones sanitarias públicas (50.93%), además, que un poco más de la cuarta parte de los hogares, la mayoría de sus miembros se automedicaban (23.98%). Mientras que Hernández et al. (2017), al estimar el gasto de bolsillo en salud e identificar los factores que se asocian en población adulta mayor peruana, identificaron que la mayoría de dichos

adultos mayores eran casados o convivientes (60%), estaban afiliados al SIS (41.6%) y tenían una patología crónica (75.8%). Considerando que las características mencionadas no son contrastables debido a que cada población de estudio tiene especificaciones propias, solo se han mencionado y descrito de manera breve.

Al evaluar el gasto de bolsillo de los participantes en los 3 meses anteriores a su respuesta al cuestionario, se identificó que la mediana del gasto total por servicios de salud fue de 7.5 (1-5800) soles, mientras que la mediana del gasto por la compra de medicamentos e insumos fue de 65 (1-2500) soles. Posteriormente se identificó que la mayoría de los participantes contaban con algún tipo de seguro (97.3%), siendo mayormente el seguro integral de salud (SIS) (62.7%). Al respecto, Hernández et al. (2020), al determinar el gasto de bolsillo en medicamentos e insumos en Perú entre los años 2007 y 2016, identificaron que la mediana de gasto de bolsillo en medicamentos era de 3.19 dólares e insumo era de 3.55 dólares, siendo estos gastos mayores en el 2016 en comparación con el 2007. Por otro lado, Pavón et al. (2017), al analizar el gasto de bolsillo en servicios de salud en adultos mayores y más afiliados al seguro popular, identificaron que el gasto de bolsillo mensual de los adultos mayores era de 64.8 dólares, donde el mayor gasto era en medicamentos en el seguro popular. Demostrando de esta manera que el gasto de bolsillo es muy variante y contrastante entre un ámbito nacional, con otro internacional; sin embargo, la coyuntura de la pandemia por COVID – 19 ha aumentado sustancialmente el gasto total de bolsillo en el entorno nacional.

En esta línea de investigación, Tenorio et al. (2020), compararon los precios de venta de medicamentos esenciales para el manejo de COVID-19 en farmacias peruanas públicas y privadas, donde identificaron que los precios de los medicamentos en el sector

público eran menores que en el sector privado. Mientras que Khandelwal et al. (2019), estimaron los costos de bolsillo en el último año de vida entre fallecidos que utilizaron la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), hallando que aquellos pacientes con aseguramiento con algún tipo de seguro tienen mayores gastos en comparación con aquellos que no tenían ningún seguro, y Eisenberg et al. (2020), evaluaron si las hospitalizaciones y los tratamientos relacionados para COVID-19 eran costosos, y si tenían impacto en la carga de costos de bolsillo, donde identificaron que quienes se encontraban afiliados a planes de salud dirigidos por el consumidor tenían gastos más altos en comparación con quienes estaban afiliados en los planes tradicionales. Estos tres estudios demuestran que el gasto de bolsillo es totalmente diverso, ya que se debe de considerar posibles factores que influyan en este, como, la patología causante de la afección, la farmacia donde se adquieren los medicamentos, el lugar o área donde se encuentra residiendo, entre otros. Finalmente siendo más general Atake y Amendah (2018), demostraron que el gasto medio en salud por cada uno de los hogares en Togo era aproximadamente el 14.41% del gasto total en alimentos, es decir, que las personas en esta zona geográfica en específica si se enfermaban no podían alimentarse de manera adecuada por priorizar su salud, lo cual generaba otro problema sanitario.

Estas evidencias tratan de demostrar que el gasto de bolsillo relacionado con la salud es de total relevancia, ya que el gasto que la persona pudiera realizar para mantener y restablecer su salud, afecta en el gasto de otras necesidades básicas (servicios básicos, educación, alimentación, vestido, etc.), alterando así su estabilidad económica y social. Además, se observa que el sector público es menos costoso y se encuentra dirigido a los grupos más vulnerables. Por tanto, los patrones de utilización y gasto diferencial de bolsillo en los sectores público y privado bajo un seguro de salud financiado con fondos

públicos merecen una mayor investigación, a fin de informar estrategias que potencien el uso de los escasos recursos públicos y se cumpla la promesa de equidad bajo una Cobertura Universal de Salud.

Por otro lado, durante la pandemia por COVID-19, una consideración de importancia radica en el financiamiento, que se ha identificado como un aspecto central que permite u obstaculiza la capacidad del sistema de salud para responder a esta problemática. La cobertura de aseguramiento en salud, debería, por tanto, reducir los gastos de bolsillo en salud para los servicios de atención médica, de hecho, en el análisis inferencial entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo se pudo identificar que, el gasto total de bolsillo se asociaba con la cobertura en salud ($p=0.012$), donde aquellos que presentaban cobertura de aseguramiento en salud tenían menores gastos durante la pandemia COVID-19. Estos resultados son consistentes con Al-Hanawi et al. (2021), quienes evidenciaron que el aseguramiento en salud reduce los gastos de bolsillo en un 2%. De la misma forma, Harish et al. (2020), encontraron que el gasto de bolsillo entre los pacientes asegurados fue significativamente menor en comparación con los no asegurados. Además, se ha encontrado evidencia de protección financiera por parte de los esquemas de aseguramiento en salud (Sood y Wagner, 2016; Akweongo et al., 2021). Aryeetey et al. (2016), encontró que el 18% de los hogares asegurados hicieron pagos catastróficos en comparación con el 36% de los hogares no asegurados. Los resultados también mostraron que los hogares asegurados tenían un 7.5% menos de probabilidades de caer en la pobreza. Kusi et al. (2015), informó que los asegurados tenían 4.2 veces menos probabilidades de incurrir en pagos catastróficos en comparación con los no asegurados.

En este contexto, se infiere que la cobertura de aseguramiento en salud, reduciría la vulnerabilidad de los hogares a los altos pagos de bolsillo por los servicios de salud en tiempos de pandemia, mediante la reducción de los costos médicos directos y la pérdida de ingresos debido a problemas de salud. Así mismo, mejoraría el acceso a la atención médica para todos los grupos socioeconómicos. Por lo tanto, si el objetivo es proteger a los pacientes económicamente más vulnerables durante la pandemia por COVID-19, la cobertura universal de salud sería un aspecto clave.

Sin embargo, es resaltable y debe tenerse en cuenta que los pacientes continúan incurriendo en gastos bolsillo a pesar de la cobertura de aseguramiento gubernamental. Los gastos de bolsillo se atribuyen en gran medida a la falta de disponibilidad de medicamentos en las instalaciones, mientras que el gasto derivado de la atención médica y el oxígeno debido a la saturación del sistema de salud pública, pueden haber condicionado los gastos de bolsillo independientemente de si las familias tenían seguro médico o no.

Al realizar el análisis entre el gasto total de bolsillo con el tipo de seguro según IAFAS, se identificó asociación entre dichas variables ($p < 0.001$), donde aquellos que contaban con SIS y EsSalud presentaron menores gastos que aquellos que no tenían seguro. Realizando el mismo análisis, Hernández et al. (2020), encontraron que la población sin seguro de salud, o cuenta con SIS o seguro de las fuerzas armadas incrementaron significativamente su gasto de bolsillo entre 2007 al 2016 ($p < 0.05$); sin embargo, los que cuentan con seguro de EsSalud y seguros privados han mantenido constante su gasto de bolsillo en el tiempo. Esto demuestra que los seguros de salud brindados por el gobierno peruano no son totalmente efectivos para aminorar el gasto

entre sus afiliados; adicionalmente este mismo autor pudo hallar otros factores asociados a un mayor gasto de bolsillo como, el grupo poblacional pediátrico y adultos mayores ($p < 0.001$), de igual forma, al asociar el gasto de bolsillo con el área de residencia, identificaron diferencias significativas entre la zona rural con la urbana, siendo mayor en la última mencionada ($p < 0.001$). En el caso de Pavone y Sánchez (2018), al averiguar sobre los factores que afectan el gasto de bolsillo en servicios de salud prestados por el MINSA y gobiernos regionales en Perú, identificaron que estar afiliados al SIS se asociaba de manera significativa con una reducción del gasto de bolsillo entre 28.4% y 60.1%, al igual que ser atendidos en un posta de salud; además el recibir atención en un hospital incrementaba el gasto de bolsillo en salud sobre todo en aquellas personas que vivían en área urbana; y Hernández et al. (2017), identificaron que el gasto de bolsillo era más alto en adultos mayores con mayor edad ($p < 0.001$), así como en aquellos que vivían en área urbana ($p < 0.001$), con nivel educativo superior ($p < 0.001$), que viven en Lima Metropolitana ($p < 0.001$), que tenían patologías crónicas ($p < 0.001$) y quienes se encuentran en el quintil 5 ($p < 0.001$).

Ambos estudios en alguna medida concuerdan, ya que sus resultados demuestran que el centralismo genera un mayor gasto de bolsillo entre los ciudadanos, lo que se podría deber a la oferta-demanda encontrada en las grandes ciudades, a diferencia que, en zonas rurales; adicionalmente se identifica que muchas veces la población acude a un hospital de alta complejidad por motivos que pueden ser resueltos en establecimientos de primer nivel de atención, incurriendo en gastos imprevistos, ello teniendo en cuenta que el mayor gasto se genera al acudir a un hospital en comparación con una posta de salud. Se resalta que la población que no cuenta con un seguro de salud, tiene como medio para la atención el gasto directo durante la pandemia por COVID-19, en este contexto se

encuentra vulnerable al impacto económico relacionado con la atención de salud, que se asocia con altos gastos de bolsillo. Esto enfatiza la necesidad de mayores investigaciones donde se evalúen estrategias que incrementen la protección financiera en pacientes no asegurados, y se busque mejorar el acceso al aseguramiento en salud.

No se encontró relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo por medicamentos e insumos durante la pandemia COVID-19. Este hallazgo difiere a los establecidos por Hernández et al. (2020), quienes encontraron que los gastos de bolsillo en medicamentos e insumos se incrementaron en pacientes no asegurados ($p < 0.001$). Según Tenorio et al. (2020), En promedio, los precios de los medicamentos en las farmacias privadas fueron 11 veces más altos en comparación con los de las farmacias públicas. Se estableció además que el régimen de terapia para casos graves requirió de al menos 64 días del salario mínimo. Por lo tanto, la pandemia de COVID-19 puede haber provocado un aumento del gasto de bolsillo a personas que requieren atención para otras condiciones médicas independientemente de la cobertura de seguro. Falsas noticias y una sensación general de impotencia podrían contribuir a la inversión de dinero a curas milagrosas para proteger a los miembros de la familia. Una posible explicación para la variabilidad en los resultados pueda estar relacionado con la heterogeneidad de la misma.

Finalmente, se identificó asociación entre el gasto de bolsillo por los servicios en prestaciones de salud con la cobertura de aseguramiento en salud ($p = 0.019$), es decir, que los participantes que no tenían cobertura de aseguramiento refirieron un mayor gasto de bolsillo por atenciones médicas, análisis de laboratorio, exámenes imagenológicos u otros. Hallazgos similares a los reportados por Hernández (2018), evidenció que 91.9% del tratamiento de una enfermedad crónica, donde se incluye pagos directos por estancia hospitalaria, acto quirúrgico, exámenes de laboratorio, de imágenes entre otros; fue

subsidiado por el Seguro Social de Salud (SIS), se resaltó que la cobertura del seguro protegió a las familias del empobrecimiento pues los gastos de bolsillo fueron S/. 1395,57 = US\$ 491,40; mientras que aquellos sin seguro los gastos de bolsillo fueron S/. 31051,14 = US\$ 10934,00. Chua et al. (2021), informaron que los gastos de bolsillo para servicios de hospitalización, servicios profesionales y auxiliares, o ambos, fueron mayores para pacientes con seguro privado (seguro privado: \$ 788 versus seguro nacional: \$ 277).

La cobertura de aseguramiento en salud afecta los gastos de prestación de servicio a través de dos mecanismos separados: menores gastos de bolsillo por unidad de servicio y mayor utilización de los servicios de salud. Por lo tanto, el contar con una cobertura de seguro puede mejorar la protección contra los riesgos financieros según el grado de reducción del precio de los servicios y el cambio en los niveles de utilización. El tratamiento para COVID-19 al ser costoso, complejo e imprevisto, podría tener un impacto sustancial en los gastos de bolsillo, sobre todo en aquellas personas no aseguradas, pues este grupo poblacional a menudo posponen o renuncian a los servicios de atención médica necesarios debido al costo, lo que afecta gravemente su salud; así también corren un mayor riesgo de sufrir una catástrofe financiera debido a facturas médicas inesperadas.

El estudio determinó relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y gastos de bolsillo durante la pandemia por COVID-19. En este contexto, los resultados ilustran la relevancia de evaluar si la expansión del aseguramiento en salud ha mejorado la protección contra el riesgo financiero, por tanto, futuros estudios pueden enfocarse en analizar más a fondo este aspecto en otras realidades, además de determinar si tipos específicos de planes de salud proporcionan protección adicional contra el gasto de bolsillo, así como identificar otros determinantes que puedan incrementar estos gastos en

contexto de pandemia. Finalmente, los pasos hacia la integración y el fortalecimiento del sistema de salud son necesarios para ampliar la cobertura de atención médica y garantizar que se cubran las necesidades de la población para minimizar el riesgo de los gastos de bolsillo elevados.

VI. Conclusiones

Se evidenció relación significativa entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo (en soles) de servicios en prestaciones de salud, medicamentos e insumos en habitantes del Callao durante la pandemia COVID-19, 2021. Se observó menores gastos totales de bolsillo (servicios y compra de medicamentos e insumos) en aquellos habitantes que contaban con un seguro.

Se evidenció relación significativa entre el tipo de seguro y el gasto de bolsillo (en soles) de servicios en prestaciones de salud medicamentos e insumos según la IAFAS a la que se encuentran afiliados durante la pandemia COVID-19, 2021. Se observó menores gastos totales de bolsillo (servicios y compra de medicamentos e insumos) en aquellos habitantes que contaban con SIS, EsSalud u otro tipo de seguro, comparado con los que no contaban con ninguno seguro.

No se evidenció relación significativa entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo (en soles) por medicamentos e insumos en las últimas 4 semanas durante la pandemia COVID-19, 2021.

Se evidenció relación significativa entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo (en soles) en servicio por prestaciones de salud en los últimos 3 meses durante la pandemia COVID-19, 2021. Se observó un menor gasto de bolsillo por los servicios en prestaciones de salud de aquellos habitantes que contaban con un seguro de salud, comparado con los que no contaban seguro.

VII. Recomendaciones

La entidad pública sanitaria que se encuentra a cargo de dicha urbanización, debe desarrollar y plantear estrategias que permitan concientizar a los pobladores de la Urb. San Juan Masías que ante cualquier presencia de sintomatología que afecte su salud, acudan a una posta o centro de salud más cercano, generándoles así menor gasto de bolsillo.

Así mismo, el personal encargado del Área de Servicio Social, podría identificar mediante el registro institucional, así como verificar mediante visitas domiciliarias a los pobladores que no formen parte del Seguro Integral de Salud, para proceder con la respectiva evaluación y aseguramiento, generando así que mayor población tenga acceso a atención sanitaria.

El gasto de bolsillo condiciona dificultades financieras en las personas y hogares, más aún en un contexto de pandemia, lo que puede afectar el acceso a tratamiento y generar dificultades económicas y pobreza. Se recomienda, realizar investigaciones sobre otros factores que estarían incrementando el gasto de bolsillo, además de la cobertura de aseguramiento, y de esta forma proponer medidas para la protección financiera de los grupos poblaciones más vulnerables.

VIII. Referencias

- Agencia EFE. (22 de mayo de 2020). *El precio de sobrevivir -o no- al COVID-19 en Perú, Chile y EE.UU.* <https://gestion.pe/peru/el-precio-de-sobrevivir-o-no-al-covid-19-en-peru-chile-y-eeuu-noticia/?ref=gesr>
- Akweongo, P., Aikins, M., Wyss, K., Salari, P., y Tediosi, F. (2021). Insured clients out-of-pocket payments for health care under the national health insurance scheme in Ghana. *BMC Health Serv Res.* 1(1).1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06401-8>.
- Alfageme, A. (2015). *Algunas reflexiones sobre la ley de aseguramiento universal en salud en el Perú.* Lima: Banco Central de Reserva del Perú. <https://ideas.repec.org/a/rbp/moneda/moneda-151-08.html>
- Al-Hanawi, M., Mwale, M., y Qattan, A. (2021). Health Insurance and Out-Of-Pocket Expenditure on Health and Medicine: Heterogeneities along Income. *Front Pharmacol.* 1(12), 1-13. doi: 10.3389/fphar.2021.638035.
- Apoyo Consultoría. (11 de mayo de 2021). *El sistema de salud en el Perú.* Retos del bicentenario, Lima. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.comexperu.org.pe/upload/seminars/foro/seminario_11052021/Presentacion%20de%20Sr.%20Miguel%20Figallo.pdf
- Aryeetey, G., Westeneng, J., Spaan, E., Jehu-Appiah, C., Agyepong, I., y Baltussen, R. (2016). Can health insurance protect against out-of-pocket and catastrophic expenditures and also support poverty reduction? Evidence from Ghana's National Health Insurance Scheme. *Int J Equity Health,* 1(15), 1-11. doi: 10.1186/s12939-016-0401-1.

- Atake, E., y Amendah, D. (2018). Porous safety net: catastrophic health expenditure and its determinants among insured households in Togo. *BMC Health Serv Res*, 18(175). 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2974-4>
- Bikkina, S., Kittu, V., y Rao, A. (2021). Medical oxygen supply during COVID-19: A study with specific reference to State of Andhra Pradesh, India. *Mater Today Proc*, 1(1). 1-6. DOI: 10.1016/j.matpr.2021.01.196.
- CEPAL-OPS. (15 de julio de 2020). *Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe*. Informe del COVID-19. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45840-salud-economia-convergencia-necesaria-enfrentar-covid-19-retomar-la-senda>
- Chua, K., Conti, R., y Becker, N. (2021). Assessment of Out-of-Pocket Spending for COVID-19 Hospitalizations in the US in 2020. *JAMA Netw Open*, 4(10), 1-11. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.29894.
- Cuba, H. (2021). *La pandemia en el Perú: Acciones, impactos y consecuencias del covid-19*. (C. M. Perú, Ed.) Lima: Fondo Editorial Comunicacional. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2021/05/La-Pandemia-CUBA-corregida-vale.pdf>
- Cylus, J., Thomson, S., y Evetovits, T. (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bulletin of the World Health Organization*. 96(9), 599-609. doi: 10.2471/BLT.18.209031
- Das, S., y Nundy, S. (2020). Rationing medical resources fairly during the Covid –19 crisis: Is this possible in India (or America)? *Curr Med Res Pract*, 10(3), 127-129. doi: 10.1016/j.cmrp.2020.05.002

- Defensoría del Pueblo. (2013). *Informe Defensorial N° 161. Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS): resultados de la supervisión nacional a hospitales*. Lima: Defensoría del Pueblo. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/documentos/ppt-informe-161.pdf](https://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/documentos/ppt-informe-161.pdf)
- Diwakar, V. (15 de abril de 2020). *From pandemics to poverty. Emerging analysis and ideas*, Overseas Development Institute, Reino Unido. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cdn.odi.org/media/documents/coronavirus_from_pandemics_to_poverty3.pdf](https://cdn.odi.org/media/documents/coronavirus_from_pandemics_to_poverty3.pdf)
- Eisenberg , M., Barry , C., Schilling , C., y Kennedy, A. (2020). Financial Risk for COVID-19-like Respiratory Hospitalizations in Consumer-Directed Health Plans. *Am J Prev Med*, 59(3), 445-448. doi. 10.1016/j.amepre.2020.05.008.
- El Centro de Divulgación del Conocimiento Económico. (2021). *Monitoreo Gasto Público: Gasto de salud en América Latina*. Observatorio de Gasto Público CEDICE, Venezuela. <https://cedice.org.ve/observatoriogp/portfolio-items/gasto-de-salud-en-america-latina/>
- El-Khatib, Z., Otu, A., Neogi, U., y Yaya, S. (2020). The Association between Out-of-Pocket Expenditure and COVID-19 Mortality Globally. *J Epidemiol Glob Health*, 10(3), 192–193. DOI: 10.2991/jegh.k.200725.001.
- Gobierno del Perú. (2010a). *Decreto Legislativo N°1173. Decreto legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas*. Lima: El Peruano. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-de-las-instituciones-administradoras-de-decreto-legislativo-n-1173-1025182-13/>

- Gobierno del Perú. (2010b). *Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud*. Lima: El Peruano. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>
- Gobierno del Perú. (2015). *Decreto Supremo N° 027-2015-SA. Aprueban reglamento de la Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud*. Lima: El Peruano. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1129495/Decreto_Supremo_027-_2015_-_SA.pdf?v=1596232776
- Gobierno del Perú. (2020). *Decreto de Urgencia N° 039-2020. Decreto de urgencia que dicta medidas complementarias para el sector salud en el marco de la emergencia sanitaria por efectos del coronavirus (COVID-19)*. Lima : El Peruano. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-dicta-medidas-complementarias-para-e-decreto-de-urgencia-n-039-2020-1865589-2/>
- Guerrero-Ojeda, G. (2020). Gasto de bolsillo en salud y riesgo de pobreza en hogares peruanos. Perú, 2017. *Rev Salud & Vida Sipanense*, 7(2), 27-40. <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/1459>
- Harish, R., Suresh, R., Rameesa, S., Laiveishiwo, P., Loktongbam, P., Prajitha, K., y Valampampil, M. (2020). Health insurance coverage and its impact on out-of-pocket expenditures at a public sector hospital in Kerala, India. *J Family Med Prim Care*, 9(9), 4956–4961. doi, 10.4103/jfmpc.jfmpc_665_20
- Hernández, A., Vargas, R., Magallanes, L., y Bendezu, G. (2020). Análisis del gasto de bolsillo en medicamentos e insumos en Perú en 2007 y 2016. *Medwave*, 20(2). 1-12. doi, 10.5867/medwave.2020.02.7833

- Hernández, A., Rojas, C., Santero, M., Prado, F., y Rosselli, D. (2018). Gasto de bolsillo en salud en adultos mayores peruanos: análisis de la encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza 2017. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 35(3). 390-399. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2018.353.3815>.
- Hernández, A., Rojas, C., Vargas, R., & Rosselli, D. (2020). Measuring Out-of-pocket Payment, Catastrophic Health Expenditure and the Related Socioeconomic Inequality in Peru: A Comparison Between 2008 and 2017. *J Prev Med Public Health*, 53(4), 266-274. doi, 10.3961/jpmp.20.035
- Hernández, H. (2018). *Cobertura prestacional y gasto de bolsillo en tratamiento de la hidatosis del Instituto Nacional de Salud del Niño* [tesis magistral]. Lima : Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/21158>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática . (2018). *Población afiliada a algún seguro de salud*. Lima: INEI. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcgleclefindmkaj/https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1587/libro01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1587/libro01.pdf)
- Jumpa, D. (2019). Aseguramiento universal en salud en el Perú: una aproximación a 10 años de su implementación. *Rev. Fac. Med. Hum*, 19(3), 75-80. <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i3.2158>
- Khandelwal , N., White, L., Curtis , R., y Coe, N. (2019). Health Insurance and Out-of-Pocket Costs in the Last Year of Life Among Decedents Utilizing the ICU. *Crit Care Med*, 47(6), 749-756. doi, 10.1097/CCM.0000000000003723
- Kusi , A., Hansen, K., Asante, F., y Enemark , U. (2015). Does the National Health Insurance Scheme provide financial protection to households in Ghana? *BMC Health Serv Res*, 15(331), 1-12. doi: 10.1186/s12913-015-0996-8.

- Málaga, G. (2020). Causas de admisión en el Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID-19. *RMESP*, 37(3), DOI: 10.17843/rpmesp.2020.373.5868.
- Mendez, J. (7 de julio de 2020). *Financiamiento del sistema de salud: antes, durante y después de COVID-19*. C. <https://ciep.mx/financiamiento-del-sistema-de-salud-antes-durante-y-despues-de-covid-19/>
- Ministerio de Salud. (2015). *Directiva administrativa que regula el proceso de afiliación, atención, plan de beneficios y financiamiento al SIS independiente del regimen de financiamiento semiconstructivo del Seguro Integral de Salud. Directiva Administrativa N/ 001-2015-SIS-v.01*, Seguro Integral de Salud , Lima. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://spijweb.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2020/09/RJ-112-2020-SIS.pdf>
- Ministerio de Salud. (2016). *Provincia Constitucional del Callao*. Lima: MINSA . chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_callao.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (2010). *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS: Ley N° 29344 - Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud*. Lima: MINSA. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4478.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú. (2014a). *Aseguramiento Universal en Salud de jóvenes peruanos*. Avance limitaciones según análisis de casos en los distritos de Callería, El Porvenir y Vilcashuamán. Lima: MINSA. <https://ideas.repec.org/a/bbj/invcie/507.html>

Ministerio de Salud del Perú. (2014b). *SIS, Seguro Integral de Salud*. Lima: MINSA.

<https://www.gob.pe/sis>

Ministerio de Salud del Perú. (2015a). *Anuario estadístico 2014*. Lima: SUSALUD.

<https://www.gob.pe/institucion/susalud/informes-publicaciones/832211-anuario-estadistico-2014>

Ministerio de Salud del Perú. (2018). *Aseguramiento Universal: Avances y desafíos del*

Seguro Integral de Salud. Lima: MINSA . <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4316.pdf>

Mohme, G. (27 de Agosto de 2019). *Minsa: El 30% de lo que se gasta en salud sale del*

bolsillo del paciente. La República.

<https://larepublica.pe/economia/2019/08/27/minsa-el-30-de-lo-que-se-gasta-en-salud-sale-del-bolsillo-del-paciente>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Cobertura sanitaria universal*.

[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

Pavón, P., Reyes, H., Martínez, A., Méndez, M., Gogeochea, M., y Blázquez, M.

(2017). Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México. *Gac Sanit*, 31(4). 286-291.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.015>.

Pavone, M., y Sánchez, E. (2018). Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la

población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010–2014. *Rev Panam Salud Publica*, 42(20) 1-7. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49033>

- Petrera, M., y Jiménez, E. (2018). Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010–2014. *Rev Panam Salud Publica*, 1(42), 1-7. DOI: 10.26633/RPSP.2018.20 .
- See, H., y Slonim, A. (2020). Financial Toxicity After Hospitalization; Considerations in Coronavirus Disease 2019 Recovery. *Crit Care Med*, 48(8), 1233-1234. doi, 10.1097/CCM.0000000000004436
- Sood, N., y Wagner, Z. (2016). Impact of health insurance for tertiary care on postoperative outcomes and seeking care for symptoms: quasi-experimental evidence from Karnataka, India. *BMJ Open*, 6(1), 1-9. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010512.
- Suin, L., y Saetama, T. (2020). Efectos de la afiliación al Seguro Social General en el Gasto de Bolsillo en Salud de los hogares. Ecuador 2014. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 38(1), 33-42. <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/3052/2364>
- Tenorio, J., Lazo, M., Monroy, A., Malaga, G., y Cardenas, M. (2020). Prices of essential drugs for management and treatment of COVID-19 in public and private Peruvian pharmacies. *Acta Medica Peruana*, 37(3), 267-277. <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/1560/1203>
- Tenorio-Mucha, J., Lazo-Porras, M., MonroyHidalgo, H., Málaga, G., y Cárdenas, M. (2020). Precios de medicamentos esenciales para el manejo y tratamiento de la COVID-19 en establecimientos farmacéuticos peruanos públicos y privados. *Acta Med Peru*, 37(3), 267-277. DOI: 10.35663/amp.2020.373.1560.
- World Health Organization. (2017). *Health Financing and Financial Protection in the Americas. Working Paper prepared by the WHO Regional Office for the*

Americas. WHO, Ginebra. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-financing.html>

World Health Organization. (10 de diciembre de 2020). *Global spending on health: Weathering the storm. Global Report, Geneva*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240017788>

IX. Anexos

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis Específicas	Variables	Metodología
<p>General: ¿Cuál es la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo en prestaciones de salud medicamentos e insumos en habitantes del Callao durante la pandemia COVID-19, 2021?</p> <p>Específicos: ¿Cuál es la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo en prestaciones de salud medicamentos e insumos según la IAFAS a la que se encuentran afiliados durante la pandemia COVID-19, 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo por medicamentos e insumos durante la pandemia COVID-19, 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo en prestaciones de salud durante la pandemia COVID-19, 2021?</p>	<p>General: Determinar la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud medicamentos e insumos en habitantes del Callao durante la pandemia COVID-19, 2021.</p> <p>Específicos: Determinar la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud medicamentos e insumos según la IAFAS a la que se encuentran afiliados durante la pandemia COVID-19, 2021.</p> <p>Determinar la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo por medicamentos e insumos durante la pandemia COVID-19, 2021.</p> <p>Determinar la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo en servicios por prestaciones de salud durante la pandemia COVID-19, 2021.</p>	<p>General: La cobertura de aseguramiento en salud se relaciona significativamente con el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud medicamentos e insumos en habitantes del Callao durante la pandemia COVID-19, 2021.</p> <p>Específicas: El tipo de seguro se relaciona significativamente con el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud medicamentos e insumos según la IAFAS a la que se encuentran afiliados durante la pandemia COVID-19, 2021.</p> <p>La cobertura de aseguramiento en salud se relaciona significativamente con el gasto de bolsillo por medicamentos e insumos durante la pandemia COVID-19, 2021.</p> <p>La cobertura de aseguramiento en salud se relaciona significativamente con el gasto de bolsillo en servicios por prestaciones de salud durante la pandemia COVID-19, 2021.</p>	<p>Independiente Cobertura de aseguramiento en salud</p> <p>Dependiente Gasto de bolsillo</p> <p>Intervinientes: IAFAS Medicamentos e insumos Prestaciones de salud</p>	<p>Tipo y diseño de estudio: Cuantitativo, observacional, de nivel correlacional, prospectivo, transversal y diseño epidemiológico.</p> <p>Población de estudio: 14759 habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao, durante los meses de febrero y abril de 2021.</p> <p>Siendo la muestra un total de 375 encuestas</p> <p>Técnica e instrumento de estudio: Encuesta Cuestionario</p> <p>Análisis estadístico: Frecuencias absolutas, frecuencias relativas, medianas, rangos intercuartílicos, prueba de Kolmogorov-Smirnov, Chi cuadrado, U de Mann Whitney y Kruskal- Wallis.</p>

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Cobertura de aseguramiento en salud y su influencia en el gasto de bolsillo en prestaciones de salud medicamentos e insumos en habitantes del callao durante la pandemia COVID-19, 2020”

Propósito del Estudio: Lo estamos invitando a participar en un estudio con la finalidad de determinar la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo en prestaciones de salud medicamentos e insumos en habitantes del Callao durante la pandemia COVID-19, 2020.

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio le será enviado a su aplicativo WhatsApp de su móvil, un enlace web que le permitirá ingresar a un cuestionario virtual, el cual le tomará aproximadamente 15 minutos en ser contestado.

Riesgos y Beneficios: No existirá riesgo alguno respecto a su participación en esta investigación, pues solo responderá un cuestionario virtual. Asimismo, su participación no producirá beneficio alguno, ni remuneración y/o pago de ningún tipo.

Confidencialidad: No se divulgará su identidad en ninguna etapa de la investigación, pues toda la información que Ud. Brinde será usada solo con fines estrictos de estudio. En caso este estudio fuese publicado se seguirá salvaguardando su confidencialidad, ya que no se le pedirá en ningún momento sus nombres ni apellidos.

Se pone en conocimiento que Ud. Puede decidir retirarse de este estudio en cualquier momento del mismo, sin perjuicio alguno.

Acepto voluntariamente participar en este estudio luego de haber discutido los objetivos y procedimientos de la investigación con el investigador responsable.

Iniciales del Participante

Fecha

Investigador
Dr. Torres Salazar Fernando G.

Fecha

3. FORMATO DE JUICIO DE EXPERTOS

INFORME DE OPINIÓN DEL JUICIO DE EXPERTO

DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del informante: Fernando Gregorio Torres Salazar
 1.2. Cargo e Institución donde labora: Seguro Integral de Salud
 1.3. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Cuestionario
 1.4. Título del proyecto: cobertura de aseguramiento en salud y gasto de bolsillo en la pandemia covid-19. callao-2020
 1.5. Autor del instrumento: Fernando Gregorio Torres Salazar

ASPECTOS DE VALIDACION

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy buena			
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																				X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																				X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																				X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica																				X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																				X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																				X
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos																				X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores																				X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																				X
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																				X

PROMEDIO DE VALORIZACIÓN:

D

OPINION DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) Baja c) Regular c) Buena d) Muy buena

Nombres y Apellidos:	Roberto Carlos Romero Onofre	DNI N°	10711028
Dirección domiciliaria:	Barranco	Teléfono/ Celular	980222114
Título Profesional	Médico Cirujano		
Grado Académico:	Doctor		
Mención:	Gestión en Salud		



Firma

Lugar y Fecha:

INFORME DE OPINIÓN DEL JUICIO DE EXPERTO

DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del informante: Fernando Gregorio Torres Salazar
 1.2. Cargo e Institución donde labora: Seguro Integral de Salud
 1.3. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Cuestionario
 1.4. Título del proyecto: cobertura de aseguramiento en salud y gasto de bolsillo en la pandemia covid-19. callao-2020
 1.5. Autor del instrumento: Fernando Gregorio Torres Salazar

ASPECTOS DE VALIDACION

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy bueno			
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																	X			
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																	X			
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																		X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica															X					
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																		X		
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																		X		
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos																X				
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores																		X		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																		X		
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																		X		

PROMEDIO DE VALORIZACIÓN:

85%

OPINION DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) Baja c) Regular c) Buena ~~d) Muy buena~~

Nombres y Apellidos:	Luis Huamani Quintana	DNI N°	09838469
Dirección domiciliaria:	Surquillo	Teléfono/ Celular	999986667
Título Profesional	Ingeniero estadístico		
Grado Académico:	Maestría		
Mención:	Salud pública		



Firma

Lugar y Fecha: 12 / 02 / 2021

PROMEDIO DE VALORIZACIÓN:

90%

OPINION DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) Baja c) Regular c) Buena d) Muy buena

Nombres y Apellidos:	GLENN LOZANO ZANELLY	DNI N°	09202397
Dirección domiciliaria:	Sacó Oliveros 171-602 Sta. Beatriz Lima	Teléfono/ Celular	998 037 569
Título Profesional	Médico Cirujano		
Grado Académico:	Doctor		
Mención:	Medicina y Educación		



Firma

Lugar y Fecha: Lima, 08 de febrero 2021

PROMEDIO DE VALORIZACIÓN:

90%

OPINION DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) Baja c) Regular c) Buena d) Muy buena

Nombres y Apellidos:	GLENN LOZANO ZANELLY	DNI N°	09202397
Dirección domiciliaria:	Sacó Oliveros 171-602 Sta. Beatriz Lima	Teléfono/ Celular	998 037 569
Título Profesional	Médico Cirujano		
Grado Académico:	Doctor		
Mención:	Medicina y Educación		



Firma

Lugar y Fecha: Lima, 08 de febrero 2021

VALIDEZ DE CONTENIDO

Jueces	Indicadores										
	Claridad	Objetividad	Actualidad	Organización	Suficiencia	Intencionalidad	Consistencia	Coherencia	Metodología	Pertinencia	
Juez 1	0.93	0.93	0.93	0.93	0.93	0.93	0.93	0.93	0.93	0.93	0.93
Juez 2	0.83	0.83	0.88	0.78	0.88	0.88	0.83	0.88	0.88	0.88	0.86
Juez 3	0.88	0.88	0.73	0.73	0.88	0.88	0.73	0.88	0.88	0.88	0.84
V de Aiken	0.88	0.88	0.85	0.81	0.90	0.90	0.83	0.90	0.90	0.90	0.873

Toma de decisión: Debido a que la concordancia total (87.3%) y en cada uno de los indicadores fue mayor a 70%, podemos afirmar que el instrumento queda valido en contenido para su posterior uso.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Debido a que el instrumento realiza preguntas objetivas, no amerita la aplicación del coeficiente de confiabilidad.

4. PRUEBA PILOTO

Para la prueba piloto se utilizó una muestra de 30 habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao, durante el periodo de tiempo correspondiente.

Tabla 1. Características generales de los habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao, 2021

Características generales	N=30	%
Edad		
18 -29 años	5	16.7%
30-59 años	23	76.7%
> 60 años	2	6.6%
Sexo		
Masculino	11	36.7%
Femenino	19	63.3%
Adquisición de medicamentos*		
Antipiréticos	19	63.3%
Antibióticos	7	23.3%
Antiinflamatorios	8	26.7%
Otros	2	6.7%
Adquisición de insumos o equipos médicos*		
Termómetro	7	23.3%
Alcohol medicinal	27	90.0%
Oxímetro	11	36.7%
Algodón medicinal	11	36.7%
Tensiómetro	4	13.3%
Otros	1	3.3%
Cobertura de aseguramiento en salud		
Si	26	86.7%
No	4	13.3%
Tipo de seguro		
SIS	10	33.3%
ESSALUD	13	43.3%
OTROS	3	10.0%
Ninguno	4	13.3%
Total	30	100%

Respuestas múltiples

En la tabla 1, se observa que el 76.7% tenía entre 30 y 59 años, el 63.3% eran mujeres. Además, durante las últimas 4 semanas, el 66.7% adquirió antipiréticos (medicamentos para tratar la fiebre como la aspirina, paracetamol, acetaminofén, metamizol, dipirona, otros), el 90% adquirió alcohol medicinal. Asimismo, el 86.7% contaba con cobertura de aseguramiento y el 43.3% de estos contaba según IAFAS con EsSalud.

Tabla 2. Gasto de bolsillo y cobertura de aseguramiento en salud en habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao, 2021

Gasto de bolsillo	Cobertura de aseguramiento en salud		p
	Sí	No	
$\bar{x} \pm DS$	66.4 \pm 95.4	300.0 \pm 470.8	0.020

Prueba U Mann Whitney, \bar{x} : Media, DS: Desviación estándar

En la tabla 2 se observa relación significativa entre el gasto de bolsillo y la cobertura de aseguramiento en salud ($p=0.020$). Además, se evidenció que de los habitantes con cobertura de aseguramiento en salud gastaron en promedio (servicios y compra de medicamentos) 66.4 \pm 95.4 soles, mientras que los que no contaban con algún seguro tuvieron un gasto total promedio de 300.0 \pm 470.8soles.

Tabla 3. Gasto de bolsillo y tipo de seguro según IAFAS en salud en habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la Región Callao, 2021

Gasto de bolsillo	Tipo de seguro				p
	SIS	EsSalud	Otros	Ninguno	
$\bar{x} \pm DS$	95.8 \pm 125.5	46.9 \pm 74.5	53.3 \pm 50.3	300.0 \pm 470.8	0.033

Prueba Kruskal Wallis, \bar{x} : Media, DS: Desviación estándar

En la tabla 3 se observa relación significativa entre el gasto de bolsillo y el tipo de seguro según IAFAS ($p=0.033$). Además, se evidenció que de los habitantes con seguro en EsSalud gastaron en promedio 46.9 \pm 74.5 soles, mientras que los que no contaban con algún seguro tuvieron un gasto total promedio de 300.0 \pm 470.8 soles.