



# UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Gasto de bolsillo en salud y riesgo de empobrecimiento de los hogares de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el servicio de endocrinología del Hospital San José en el año 2022

## PROYECTO DE INVESTIGACION

Para optar al Título de Especialista en Administración y Gestión en Salud

### AUTOR

Viguria Vara, Percy Rafael

ORCID: 0000-0003-2426-0192

### ASESOR

Ayudant Ramos, Michael Alexander

ORCID: 0000-0002-0516-224X

Lima -Perú

2024

## **Metadatos Complementarios**

### **Datos de autor**

Viguria Vara, Percy Rafael

Tipo de documento de identidad del Autor: DNI

Número de documento de identidad del Autor: 45782216

### **Datos de asesor**

Ayudant Ramos, Michael Alexander

Tipo de documento de identidad del Asesor: DNI

Número de documento de identidad del Asesor: 80274438

### **Datos del Comité de la Especialidad**

PRESIDENTE: Desposorio Robles, Keile Joyce

DNI: 40415248

Orcid: 0000-0003-2324-7826

SECRETARIO: Vásquez Chuqui huaccha, Christopher Cesar

DNI: 41920115

Orcid: 0000-0001-6247-0874

VOCAL: Alatrística Gutiérrez Vda. de Bambarén, María del Socorro

DNI: 07197560

Orcid: 0000-0002-6312-4030

### **Datos de la investigación**

Campo del conocimiento OCDE: 3.03.01

Código del Programa: 912569

## **ANEXO N°1**

### **DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD**

Yo, PERCY RAFAEL VIGURIA VARA, con código de estudiante N° 202113133, con DNI N° 45782216, con domicilio en Calle 20, Cooperativa Virgen de Fátima Mz. B Lt. 11, distrito San Martín de Porres, provincia y departamento de Lima, en mi condición de Médico Cirujano de la Escuela de Residencia Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

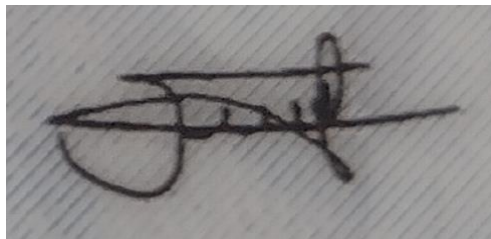
El presente Proyecto de Investigación titulado: "Gasto de bolsillo en salud y riesgo de empobrecimiento de los hogares de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el servicio de endocrinología del Hospital San José en el año 2022", es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Michael Alexander Ayudant Ramos, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 11% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 05 de marzo del 2024

A photograph of a handwritten signature in black ink on a light-colored, textured surface. The signature is stylized and appears to read 'Percy Viguria'.

Firma

Percy Rafael Viguria Vara

DNI N° 45782216

# Gasto de bolsillo en salud y riesgo de empobrecimiento de los hogares de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el servicio de endocrinología del Hospital San José en el año 2022

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	2%
2	<a href="https://repositorio.upch.edu.pe">repositorio.upch.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="https://scielo.isciii.es">scielo.isciii.es</a> Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
5	<a href="https://vsip.info">vsip.info</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="https://pru3ba5.senado.gob.mx">pru3ba5.senado.gob.mx</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="https://repositorio.pucp.edu.pe">repositorio.pucp.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%

---

8	Fuente de Internet	1%
9	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	1%
10	doi.org Fuente de Internet	1%
11	revistas.uss.edu.pe Fuente de Internet	1%
12	repositorio.unf.edu.pe Fuente de Internet	1%

---

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

## RESUMEN

**Introducción:** La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica no transmisible que requiere tratamiento continuo y puede generar altos costos económicos tanto para los individuos como para los sistemas de salud. El gasto de bolsillo (GBS) es un problema crítico, ya que muchas personas deben recurrir al sector privado para obtener medicamentos esenciales debido a la falta de disponibilidad en el sector público. Este gasto puede llevar a problemas financieros graves, incluyendo gastos catastróficos que superan la capacidad de pago de las familias. A pesar de los esfuerzos del gobierno peruano para garantizar la cobertura universal de salud, muchos pacientes con DM enfrentan dificultades para acceder a todos los medicamentos prescritos. Solo el 51% recibió todos sus medicamentos a través del sistema público, lo que obliga a muchos a comprar medicamentos en farmacias privadas, aumentando así su carga financiera. La investigación busca analizar la relación entre el GBS y el riesgo de empobrecimiento entre pacientes con DM atendidos en el Hospital San José del Callao durante 2022.

**Objetivo:** Determinar la relación que existe entre el gasto de bolsillo en salud y el riesgo de empobrecimiento de los hogares de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José durante el año 2022.

**Métodos:** El diseño del estudio no es experimental, lo que significa que no se manipularán las variables en cuestión; cuantitativo porque se basa en un análisis estadístico de datos recolectados mediante la técnica de encuesta; correlacional porque se medirá el nivel de asociación entre dos variables (gastos de bolsillo y riesgo de empobrecimiento) y descriptivo porque se recogerá información de manera independiente sobre las variables de estudio; transversal porque la información del estudio es recolectada en un tiempo determinado. La población es finita y está constituido por los pacientes con DM atendidos en el servicio de Endocrinología durante el año 2022. Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó una proporción esperada en la población de  $p: 0.5$ , con una población de 937 pacientes (fuente: registro HIS) atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José con un nivel de confianza de 95% y un margen de error o precisión de 5%. Se obtuvo un tamaño muestral de 273 pacientes.

**Resultados:** El gasto de bolsillo en salud se relaciona directa y significativamente con el riesgo de empobrecimiento de los hogares de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José en el año 2022.

**Conclusiones:** Los hogares de los pacientes que se atienden en el servicio de Endocrinología del Hospital San José están expuestos a gastos de salud excesivos y que se requieren políticas específicas para protegerlos. El presente estudio genera evidencia para revisar la política de protección social de los hogares socioeconómicamente más vulnerables.

**Palabras clave:** Gastos de bolsillo en salud, Impacto en la economía, Diabetes Mellitus, (DeCS).

## ABSTRACT

**Introduction:** Diabetes Mellitus (DM) is a chronic, non-communicable disease that requires ongoing treatment and can generate high economic costs for both individuals and health systems. Out-of-pocket expenditure (OPE) is a critical issue, as many people must turn to the private sector to obtain essential medicines due to lack of availability in the public sector. This expenditure can lead to serious financial problems, including catastrophic expenses that exceed the families' ability to pay. Despite the Peruvian government's efforts to ensure universal health coverage, many patients with DM face difficulties in accessing all prescribed medications. Only 51% received all their medications through the public system, forcing many to purchase medications in private pharmacies, thus increasing their financial burden. The research seeks to analyze the relationship between GBS and the risk of impoverishment among patients with DM treated at the San José Hospital in Callao during 2022.

**Objective:** To determine the relationship between out-of-pocket health spending and the risk of impoverishment in the households of patients with Diabetes Mellitus treated in the Endocrinology service of the San José Hospital during 2022.

**Methods:** The study design is not experimental, which means that the variables in question will not be manipulated; quantitative because it is based on a statistical analysis of data collected using the survey technique; correlational because the level of association between two variables (out-of-pocket expenses and risk of impoverishment) will be measured; and descriptive because information will be collected independently on the study variables; cross-sectional because the study information is collected at a given time. The population is finite and consists of patients with DM treated in the Endocrinology service during the year 2022. To calculate the sample size, an expected proportion in the population of  $p: 0.5$  was used, with a population of 937 patients (source: HIS registry) treated in the Endocrinology service of the San José Hospital with a confidence level of 95% and a margin of error or precision of 5%. A sample size of 273 patients was obtained.

**Results:** Out-of-pocket health expenditure is directly and significantly related to the risk of impoverishment of the households of patients with Diabetes Mellitus treated in the Endocrinology service of the San José Hospital in 2022.

**Conclusions:** The households of patients treated in the Endocrinology service of the San José Hospital are exposed to excessive health expenses and specific policies are



required to protect them. This study generates evidence to review the social protection policy of the most socioeconomically vulnerable households.

**Keywords:** Out-of-pocket health expenditure, Cost of illness, Diabetes Mellitus, (DeCs)

## INDICE

<b>CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>Pág.</b>
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Planteamiento del problema	6
1.3 Objetivos	6
1.4 Justificación	7
1.5 Limitaciones	8
1.6 Viabilidad	8
<b>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes de la investigación	8
2.2 Bases teóricas	13
2.3 Definiciones conceptuales	15
2.4 Hipótesis	20
<b>CAPÍTULO III METODOLOGÍA</b>	
3.1 Diseño de estudio	20
3.2 Población	20
3.3 Muestra	20
3.4 Operacionalización de variables	22
3.5 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos	23
3.6 Técnicas para el procesamiento de la información	23
3.7 Aspectos éticos	23
<b>CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA</b>	
4.1 Recursos y materiales	24
4.2 Cronograma	24
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	25
<b>ANEXOS</b>	
1. Matriz de consistencia	28
2. Instrumentos de recolección de datos	29
3. Consentimiento Informado	31

## CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la realidad problemática:

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica no transmisible que requiere tratamiento a largo plazo, además de terapia complementaria para prevenir complicaciones y posibles consecuencias mortales, por lo tanto, es una patología que genera costos elevados a los ciudadanos y a los sistemas sanitarios en todo el mundo.<sup>(1)</sup>

La carga económica global de la DM representa más de 2.1 billones de dólares y todo indica que los costos seguirán aumentando, incluso si se logran cumplir los objetivos internacionales de reducir la mortalidad por DM en un tercio y de reducir la prevalencia específica por sexo a sus niveles del año 2010; se prevé que la carga económica de esta patología a nivel mundial para el año 2030 será un 61% más alto que en el año 2015.<sup>(2)</sup>

La Federación Internacional de Diabetes (IDF) en su último reporte estimó que la prevalencia a nivel mundial de la DM en el grupo de adultos de 20 a 79 años es de 10.5% que representa un aproximado de 537 millones de adultos, se prevé que para el año 2030 crezca a 643 millones, y la proyección para el año 2045 es que aproximadamente 783 millones de personas vivan con DM. La IDF proyecta que el número de personas con Diabetes Mellitus en la región de América del Sur y Central aumentará un 48%, llegando a los 49 millones para el 2045. Durante el mismo periodo, la prevalencia de DM aumentará un 25%, alcanzando el 11.9% a nivel mundial.<sup>(3)</sup>

En el Perú, a partir de la información recopilada en el Cuestionario de Salud de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2020), se elaboró un documento técnico denominado: “Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles”, el cual reportó que para el año 2020, el 4.5% de las personas de 15 años a más han sido diagnosticados con DM. Al desglosar por sexo, la prevalencia fue del 4,8% en mujeres y del 4.1% en varones. Además, el quintil de riqueza más alto tiene una mayor proporción de población con DM que el quintil de riqueza más bajo, 6,1% vs 1,9% respectivamente. Es oportuno describir que, del total de

pacientes diagnosticados con DM, el 69,7% había recibido tratamiento en el último año.<sup>(4)</sup>

La incidencia de DM en Perú se encuentra dentro de las tasas reportadas más altas en el mundo, esta problemática puede haberse desencadenado por un cambio en la dieta como consecuencia del rápido crecimiento económico de los últimos 20 años, lo que ha llevado a cambios en los patrones alimentarios y de actividad física, asimismo se reporta altas tasas de sobrepeso y obesidad que contribuyen a exacerbar el problema.<sup>(5)</sup>

La DM debe ser intervenida en sus estadios tempranos algo que parece imposible dado a que es una patología silenciosa, pero que una vez diagnosticada genera un impacto económico por los altos costos de la enfermedad, con repercusión en el presupuesto del paciente y su familia, así como en el que destina el gobierno a su cobertura.<sup>(6)</sup>

En ese contexto, la falta de disponibilidad de medicamentos esenciales en el sector público para el tratamiento de la DM repercute en los ingresos salariales de los pacientes, debido a que, al no existir disponibilidad, los pacientes tienen que recurrir al sector privado realizando un pago directo para conseguir dichos fármacos, lo cual es conocido como gasto de bolsillo en salud (GBS).

El GBS está definido como el desembolso directo que las personas hacen a los proveedores de servicios de salud cuando reciben una atención médica. Bajo esta definición, GBS incluye: pagos a los médicos y otros profesionales de la salud por sus servicios prestados, desembolsos por concepto de procedimientos médicos, compra de medicamentos (recetados o autoadministrados) y dispositivos médicos, a condición de que debe ser realizado por el paciente, independientemente de que tenga o no un seguro de salud.

El GBS puede provocar problemas de tipo financiero como gasto catastrófico (gastos que exceden la capacidad de la familia para pagar sin reembolso) y gastos empobrecedores (gastos en otros bienes de primera necesidad quedan desplazados por el GBS, ocasionando que la familia quede por debajo del nivel de línea de pobreza).<sup>(7)</sup>

El GBS constituye el modo más ineficaz e inequitativo de costear un sistema de atención sanitaria, debido a que impone una fuerte carga financiera a las familias e

individuos que se ven obligados a optar entre satisfacer otras necesidades fisiológicas (educación, alimentación y vivienda) o realizar gastos para recibir atención de salud y proteger a sus familiares de la enfermedad y una esperanza de vida más corta. <sup>(8)</sup>

El 2017 fue el último año donde fue posible realizar estimaciones a nivel mundial, hallando que casi 1 000 millones de personas gastaron más del 10% de su presupuesto familiar en GBS, de los cuales 290 millones gastaron al menos un 25% de su presupuesto familiar en pagos directos.

El GBS también puede ser una fuente de dificultad financiera incluso cuando las personas están dedicando menos del 10% de su presupuesto familiar a la salud. Asimismo, representa con mayor frecuencia el gasto en que se incurre para compensar una pérdida de bienestar provocada por una enfermedad, lesión o evento adverso para la salud que disminuye el bienestar porque obliga a elegir entre satisfacer otras necesidades básicas o cuidar su salud a través de pagos directos. Como tal, cualquier cantidad gastada en pagos directos puede considerarse una fuente de dificultad financiera para los pobres. El número de personas pobres que se han empobrecido aún más por GBS es considerable: en base a la línea de pobreza extrema, se estima 435 millones de personas en 2017 y casi el doble cuando se utiliza la línea de pobreza relativa (953 millones). Para lograr reducir de forma sustancial las dificultades financieras, las personas en situación de pobreza debe estar exentas de realizar GBS para los tratamientos que requieran en todos los países independientemente de los niveles de ingreso per cápita.

La población que incurre en gastos en salud catastróficos y se ve empujada a la pobreza extrema y relativa tiende a ser menor en los países que dependen más del gasto público. Un análisis global anterior ha demostrado que el gasto público en salud está asociado con una menor proporción de personas que gastan más del 10% y el 25% de su presupuesto familiar en salud, así como con una menor proporción de personas empujadas a la pobreza.

Reducir las brechas en la cobertura de medicamentos para pacientes crónicos ambulatorios es fundamental para disminuir el GBS y la consecuente disminución de las dificultades financieras. Evidencia reciente para América Latina y el Caribe confirma que los medicamentos y la atención ambulatoria son componentes

importantes del GBS de los hogares, en conjunto representan al menos el 73% del total de GBS. El informe de seguimiento mundial de 2019 sobre protección financiera en salud mostró que el gasto de bolsillo en el rubro medicamentos fue el principal motivo del gasto sanitario catastrófico seguido del gasto de bolsillo en hospitalización. La OMS sugiere que el GBS no sobrepase del 15 al 20% de los ingresos económicos de un hogar. Datos del Banco Mundial indican que para el 2018, el GBS a nivel global es del 18.1%, en América Latina y el Caribe es del 30.1% y en Perú es del 29.15%.<sup>(9)</sup>

Desde hace unos años, una gran cantidad de naciones han implementado reformas para lograr un mejor financiamiento público del sector salud, lo que permite abordar los niveles elevados de GBS. En ese contexto, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha desarrollado Objetivos de Desarrollo Sostenible, el cual tiene como uno de sus objetivos, alcanzar la cobertura sanitaria universal, centrándose en la protección contra los riesgos económicos y el acceso a medicamentos con precios asequibles, seguros, eficaces y de calidad.<sup>(10)</sup>

En el año 2009, el Estado Peruano promulgó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), cuyo objetivo es garantizar que todos los habitantes del país cuenten con un seguro de salud, permitiéndoles acceder a una variedad de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación. La mencionada ley viene promoviendo una de las reformas más grandes del sector salud orientada a disminuir barreras de acceso a los servicios de salud.<sup>(11)</sup>

El Estado Peruano mediante su órgano rector, el Ministerio de Salud (MINSA), tiene el compromiso de brindar a sus ciudadanos una cobertura universal de salud con la finalidad de atender los casos crecientes de enfermedades no transmisibles (Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial). En ese sentido, el MINSA viene desarrollando políticas en salud colectiva e individual, las más visibles son: implementación del Seguro Integral de Salud (SIS) y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños no Transmisibles que tiene a su cargo la vigilancia, promoción de salud y prevención de enfermedades no transmisibles.

Los pacientes afiliados al SIS tienen dificultades para recibir todos los medicamentos prescritos, por tal motivo, se ven obligados a comprar los

medicamentos en establecimientos de salud y/o farmacias privadas para completar su tratamiento. En ese contexto, el Estado Peruano viene haciendo grandes esfuerzos para lograr el acceso oportuno a los medicamentos antidiabéticos en todos los establecimientos de salud públicos del país, sin embargo, aún persisten barreras que dificultan el acceso oportuno a los medicamentos mencionados, los factores que limitan el acceso a un tratamiento adecuado son: a) Dificultad en el acceso a los servicios de salud públicos; b) prescripciones de medicamentos que no se encuentran dentro del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) que la farmacia no puede atender, a la fecha contamos con dos tipos de insulina: Humana e Isofana Humana (NPH) y tres medicamentos antidiabéticos orales: glibenclamida, gliclazida y metformina, siendo necesario incluir nuevos fármacos de mayor eficacia en el PNUME; y c) falta de disponibilidad de medicamentos por problemas de desabastecimiento.

La información recopilada de pacientes con DM afiliados al SIS atendidos en establecimientos de salud públicos en tres regiones del país permite concluir que sólo el 51% de los pacientes recibió todos los medicamentos prescritos y el 44% de pacientes están de acuerdo con la frase “el SIS cubre todos los medicamentos y yo no tengo que pagarlos”. Asimismo, ningún establecimiento de salud público cuenta con todos los medicamentos recetados disponibles, los establecimientos de salud de categorías I-4 y II-1 tienen los porcentajes menores en relación a la disponibilidad de medicamentos. En los establecimientos de salud de categorías II-2 y III-1 la accesibilidad a dichos medicamentos varía de 41% a 56%. Los resultados mencionados tienen influencia negativa en la dispensación completa de los medicamentos antidiabéticos prescritos, por lo que representan un obstáculo que restringe el acceso oportuno a medicamentos, además se agrega el hecho de que tendrán que hacer un pago directo por los medicamentos que valen más en los establecimientos farmacéuticos privados y que les pueden resultar inasequibles. <sup>(12)</sup>

Con la presente investigación se busca determinar la asociación entre el GBS y el riesgo de empobrecimiento de los hogares de los pacientes con DM atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José del Callao, durante el año 2022. Asimismo, se establece los siguientes objetivos específicos: a) Identificar el gasto de bolsillo en salud de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José según el tipo de seguro (SIS, ESSALUD

y otro tipo de seguro) y b) Describir los componentes más frecuentes del gasto de bolsillo en salud (consultas, medicamentos, procedimientos/cirugías, hospitalizaciones y exámenes auxiliares) realizado por los pacientes con DM atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José.

Por las siguientes razones como: la cantidad de demanda de pacientes con diagnóstico de DM, el tipo de seguro de los pacientes (en su gran mayoría SIS) y la situación económica de la región Callao donde existe población en situación financiera vulnerable, esta investigación se realizará en el Hospital San José – Callao, durante el año 2022.

## **1.2. Planteamiento del problema**

¿Qué relación existe entre el gasto de bolsillo en salud y el riesgo de empobrecimiento de los hogares de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José durante el año 2022?

## **1.3 Objetivos**

### **Objetivo General:**

- Determinar la relación que existe entre el gasto de bolsillo en salud y el riesgo de empobrecimiento de los hogares de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José durante el año 2022.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar el gasto de bolsillo en salud de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José según el tipo de seguro (SIS, EsSalud y otro tipo de seguro).
- Describir los componentes más frecuentes del gasto de bolsillo en salud (consultas, medicamentos, procedimientos/cirugías, hospitalizaciones y exámenes auxiliares) realizado por los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José.



## **1.4 Justificación**

La presente investigación abarca el GBS que identifica una problemática que afecta a los habitantes del territorio peruano y de manera particular a los hogares de los pacientes con enfermedades crónicas prevalentes como, la Diabetes Mellitus, llevándolos a cierto grado de vulnerabilidad financiera o directamente caer en situación de pobreza como consecuencia del deterioro en la capacidad de pago del hogar (dinero de un hogar disponible para gastar después de realizar gastos de subsistencia), teniendo en cuenta que el gasto catastrófico representa el máximo problema en referencia al GBS.

Diferentes estudios han demostrado que el GBS está influenciado por las características socioeconómicas de la población y principalmente por la disposición de un seguro de salud que garantice a los integrantes del hogar un acceso oportuno a servicios médicos indispensables para el cuidado de la salud. El acceso al aseguramiento universal en salud bajo el concepto de afiliación al SIS se ha visto que no garantiza la cobertura total de medicamentos y procedimientos requeridos por los pacientes con DM, como consecuencia de ello ocurre el GBS, el cual repercute directamente en los ingresos del hogar de los pacientes, quienes muchas veces no cuentan con los recursos económicos suficientes para cubrir sus gastos, lo cual los lleva a escoger entre el cuidado de su salud y la cobertura de otros gastos, esta problemática los expone a las consecuencias que conlleva la enfermedad y al riesgo de empobrecimiento de los hogares de los pacientes a corto y largo plazo.

Teniendo en cuenta que la cobertura sanitaria universal es una política de salud pública diseñada para optimizar el acceso de la población a la atención sanitaria, es importante conocer si la implementación de esta política tendrá un impacto en la protección dada al paciente con DM, respecto a su salud y la probabilidad de no caer en problemas financieros como consecuencia del GBS.

Por lo tanto, la motivación principal para realizar esta investigación tiene que ver con la exigencia de comprender la prevalencia del GBS en pacientes con DM, una patología crónica que requiere de muchos cuidados, que a largo plazo genera costos económicos elevados para los pacientes, la sociedad y el sistema de salud. En ese sentido, el presente trabajo de investigación busca aportar al debate público

respecto de la efectividad de la política de cobertura sanitaria universal en salud como una herramienta para promover el acceso oportuno de los individuos y sus familias a los servicios sanitarios. Asimismo, busca servir de insumo para la toma de decisiones y planificación de estrategias de salud pública que aborde la problemática del gasto de bolsillo en salud en pacientes con enfermedades crónicas y en especial de los pacientes con DM.

### **1.5 Limitaciones**

La limitación principal de la presente investigación es la escasa literatura que existe respecto al tema en estudio. La falta de trabajos de investigación similares provoca una ausencia de conocimiento sobre el gasto de bolsillo en la población objetivo del presente estudio, por lo tanto, esto implica una limitación para la discusión de resultados.

### **1.6 Viabilidad**

Se cuenta con los elementos necesarios para llevar a cabo la presente investigación tales como: recursos humanos, financieros, materiales, y de acceso a la información.

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes de la investigación**

Es oportuno mencionar que se realizó una búsqueda exhaustiva de investigaciones de gasto de bolsillo en pacientes con Diabetes Mellitus y el riesgo de empobrecimiento de los hogares de dichos pacientes, resultando infructuoso en el caso de estudios nacionales, encontrando mayor literatura en el caso de estudios internacionales.

En el ámbito internacional, en el año 2021, Wang et al.<sup>(13)</sup> desarrollaron una investigación teniendo como objetivo evaluar las tendencias de la nación americana en GBS entre los adultos de 18 a 64 años con DM, para lo cual se utilizaron datos de la Encuesta del panel de gastos médicos de 2001 a 2017, donde se estimaron el GBS anualizado por persona y la alta tasa de gasto de bolsillo, definida como el porcentaje de personas con GBS que gastan >10% de los ingresos familiares.

Asimismo, se examinaron las tendencias generales por subgrupo (tipo de seguro, nivel de ingresos y uso de insulina). En los resultados se evidenció que el gasto de bolsillo disminuyó un 4.3% y la tasa alta de gasto de bolsillo cayó un 32%, del 28 al 19%, dicha tasa varió según el subgrupo, disminuyendo entre quienes tienen seguro público o sin seguro y aquellos con bajos recursos económicos, pero permaneciendo estable entre aquellos con seguro privado y mayores ingresos. La reducción en el GBS total y de prescripción de medicamentos fue más significativo entre los usuarios de insulina. Concluyendo que el GBS disminuyó especialmente entre los que menos pueden pagarlo.

Por otro lado, en el año 2021, Ghosh et al. <sup>(14)</sup> llevaron a cabo una revisión con el objetivo de resumir la carga de costos económicos de la DM y sus determinantes para lo cual se accedió a toda la literatura publicada en el periodo de 2010-2020 en la India, a través de dos bases de datos: PubMed y Google Scholar. Un total de 15 estudios, de los cuales 13 fueron observacionales se tomaron en cuenta para el estudio. Se encontró inequidad en el GBS entre el quintil más rico y el quintil más pobre. En la mayoría de los estudios, la clase de ingresos más altos tuvo mayor GBS, sin embargo, se encontró mayor prevalencia de gastos catastróficos en el quintil más pobre. La complicación de la diabetes, la insulino terapia y los eventos de hospitalización fueron los factores asociados al mayor gasto de bolsillo. Se concluyó que la protección contra riesgos financieros para las personas vulnerables, así como la estrategia para retrasar la aparición de complicaciones y la detección temprana de la enfermedad, puede ser una oportunidad para reducir la carga económica relacionada con la DM.

De igual importancia, en el año 2021, Park et al. <sup>(15)</sup> desarrollaron una investigación con el objetivo de examinar la magnitud y las tendencias en la carga del GBS entre los beneficiarios del programa Medicare (EE.UU.), de 65 años o más, por nivel de ingresos y en comparación con los beneficiarios sin DM. Se usaron datos de la Encuesta de beneficiarios actuales de Medicare de 1999-2017, se estimó el GBS per cápita anuales promedio y el porcentaje de beneficiarios que presentan una carga alta en GBS, definida como GBS >10% o >20% del ingreso familiar. La prevalencia de una carga excesiva en GBS fue de 57% al 72% en el umbral de ingresos del 10% y del 29% al 41% en el umbral del 20%, los beneficiarios con DM tuvieron significativamente gasto de bolsillo más altos, así como una mayor carga

de GBS que aquellos sin DM en umbrales de >10% y >20%. Concluyeron que, en las últimas dos décadas, los beneficiarios de Medicare en el rango de edad de 65 años o más con diabetes se han enfrentado a una carga sustancial de GBS, con grandes inequidades relacionadas con los ingresos económicos.

Desde otro contexto, en el año 2019, Hashmi et al. <sup>(16)</sup> se enfocaron en estimar el GBS de los pacientes con DM atendidos en un hospital público de Karachi-Pakistán y su implicancia en el manejo ambulatorio de dichos pacientes, se realizó un estudio transversal y se utilizó un cuestionario validado. Se realizaron comparaciones de promedios de gasto de bolsillo en función a la educación, ingresos mensuales y duración de la enfermedad. En los resultados se encontró que los pacientes con mayor nivel académico tuvieron más GBS, asimismo dicho gasto aumentó con el incremento de número de años de enfermedad, los pacientes con menores ingresos tuvieron mayor GBS en comparación con los pacientes de mayores ingresos económicos, el mayor GBS se realizó en el rubro de medicamentos representando un 80.82% del gasto de bolsillo total. Se concluyó que los pacientes con DM incurrieron en un elevado GBS dando cuenta que se debe ampliar la cobertura de las redes de seguridad social y seguros individuales para ayudar a mejorar el manejo ambulatorio de la DM.

Para finalizar con los estudios del ámbito internacional, en el año 2017, Fernandes et al. <sup>(17)</sup>, emprendieron un estudio de cohorte prospectivo con el objetivo de evaluar la carga financiera en los hogares de pacientes con DM en un barrio urbano de Mumbai-India, para reflejar sus implicancias económicas. En los resultados se demostró que el costo total del gasto en el tratamiento por mes estuvo significativamente relacionado con la duración de la enfermedad, en promedio el gasto directo mensual por paciente fue mayor que el gasto indirecto y el gasto catastrófico fue asumido por el 5.8% de los participantes. Se concluyó que el costo directo constituye el principal componente del costo total del manejo de la DM, dicho gasto aumenta con la duración de la enfermedad. Por lo tanto, dado que el GBS es el pilar del financiamiento del costo total de la DM, existe la posibilidad de que estos hogares se vean empujados a la línea de pobreza.

En lo que se refiere a los antecedentes nacionales, en el año 2021, García et al. <sup>(18)</sup> llevaron a cabo un estudio con la finalidad de investigar de forma empírica los principales determinantes del GBS en salud utilizando datos de panel de la ENAHO

(2014-2018) aplicándolo a un modelo econométrico. Se estudiaron tres variables principalmente: los seguros de salud, las enfermedades crónicas y el acceso a agua segura. Entre los resultados se destaca que estar afiliado al Seguro Integral de Salud (SIS) logra reducir el gasto de bolsillo en zonas urbanas y rurales, tal efecto también se observa en el caso del Seguro social de salud (Essalud), pero sólo para zonas urbanas. Otro resultado resaltante es el hecho de que la existencia de enfermedades crónicas en el hogar tiende a incrementar el gasto de bolsillo de las familias, asimismo es importante destacar que el acceso a agua segura puede contribuir a reducir el GBS. Como recomendación, resalta la importancia de los seguros de salud como un mecanismo para reducir el gasto de bolsillo en salud.

Por otro lado, en el año 2020, Guerrero <sup>(19)</sup> hizo una investigación con la finalidad de establecer la correspondencia entre GBS y riesgo de pobreza a través de un estudio descriptivo transversal, se trabajó con la ENAHO, se seleccionaron 27563 hogares cuyos miembros hicieron uso de GBS. Entre los resultados se obtuvo que el GBS fue de 63.0%. Las variables directamente relacionadas con salud y pobreza son: gasto catastrófico, GBS y número de hogares con seguro. El GBS en medicamentos fue del 39.2%. Concluyó que el GBS fue de tres veces más en relación a lo sugerido por la OMS, agrupado en los quintiles de ingreso 4 y 5, que representan los hogares con la capacidad de pago más alta y constituye la fuente principal de financiamiento de la salud de esos hogares. Por otro lado, los hogares efectuaron un elevado GBS en medicamentos, servicio dental y consultas médicas, ocasionando gastos catastróficos en muchos casos, en consecuencia, aumentó la probabilidad de empobrecimiento.

En el año 2018, Montañez <sup>(20)</sup>, realizó un estudio de análisis sobre GBS utilizando la base de datos de la ENAHO para el período 2007-2011, se realizó primero un estudio descriptivo de las principales variables de investigación y luego un estudio econométrico de los determinantes del GBS. El objetivo principal fue examinar el desempeño del GBS, principalmente del grupo poblacional que emerge de la pobreza y no cuenta con un seguro. Como resultado se obtuvo que el GBS de los hogares aumentó en un ritmo mayor que el aumento exhibido en el gasto total, mientras que el GBS de los afiliados de Essalud y de otros seguros se redujo, en referencia a los hogares sin seguro y afiliados al SIS, el GBS aumentó de manera significativa. El GBS en el rubro medicamentos consumió más de la mitad de los

recursos. En el grupo de afiliados al SIS se observó que la decisión sobre dónde buscar atención médica se desplazó de la red de servicios públicos a las farmacias y boticas. Se halló que los hogares ubicados en los quintiles 1 y 2 de pobreza suelen contar con mayor cantidad de integrantes en el hogar, así como bajo nivel de escolaridad de sus miembros, asimismo, fue el grupo que estaba en su mayoría asegurado en el SIS. Se concluyó que el aumento de la afiliación al SIS y la creciente demanda de servicios han demostrado que existe una brecha en la oferta de servicios para cubrir las necesidades sanitarias de los nuevos afiliados.

Desde otro contexto, en el 2018, Petrerá et al <sup>(21)</sup> presentó una investigación que tuvo como objetivo averiguar los elementos que afectan el GBS en población en condiciones de pobreza monetaria relativa entre 2010 y 2014. Fue de carácter transversal, descriptivo y econométrico utilizando información de la ENAHO. En los resultados se evidenció que los medicamentos congregaron el mayor GBS de los hogares: El 44% en los afiliados al SIS y 62% en los no afiliados. El GBS tuvo una fuerte asociación con el hecho de no estar asegurado al SIS, el nivel del gasto familiar per cápita y ser parte de la población adulto mayor. Se concluyó que estar afiliado al SIS tiene una importancia notable para disminuir el GBS en los hogares pobres.

Finalmente, en el año 2018, Hernández et al. <sup>(22)</sup> llevo a cabo una investigación con el objetivo de calcular el GBS, así como estimar los factores asociados en adultos mayores. Se aplicó un análisis transversal de la ENAHO-2017. Los resultados comprendieron a 18 386 adultos mayores, el 56% de ellos reportó GBS, asimismo se observó que padecer enfermedades crónicas y mayores gasto per cápita aumentan hasta 1,6 veces la probabilidad de recurrir al GBS. En los afiliados al SIS, se reduce el GBS contrastado con aquellas personas que no cuentan con un seguro de salud. Se concluyó que, de cada diez adultos mayores, seis reportaron GBS, esto ocasiona un acceso inequitativo a los servicios de salud, los grupos socialmente vulnerables son los más afectados. Se sugirió averiguar el impacto financiero de los seguros de salud y el enfoque preventivo-promocional de las patologías crónicas con el fin de disminuir el GBS y aumentar la eficiencia del sistema sanitario peruano.

## **2.2 Bases teóricas**

### **La salud como un derecho**

La salud representa el bien más elemental y bello que gozamos los seres humanos, en sentido opuesto tener una mala salud nos puede impedir realizar actividades de índole personal, familiar y comunitario.

En el año 1946, se estableció la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que contempla a la salud como un derecho humano, de tal modo que en su primer enunciado estipula que: “La salud es un de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En el segundo enunciado establece que: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Por otro lado, en la Declaración Universal de Derechos Humanos, del año 1948, se indica que la salud está incluida dentro del derecho a un nivel de vida apropiado. Asimismo, el derecho a la salud fue acreditado como derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del año 1966. A partir de esa fecha, todo los Estados han revalidado al menos un convenio reconociendo el derecho a la salud. Es importante hacer la precisión que el derecho a la salud se refiere al derecho a disfrutar de una gama de bienes y servicios que son necesarios para la concreción del derecho a la salud, además deben estar disponibles, accesibles y de óptima calidad. <sup>(23)</sup>

### **Gasto de bolsillo en salud y la importancia de su conocimiento**

El gasto de bolsillo en salud (GBS) se define como aquellos pagos realizados por las personas a proveedores de atención médica para cuidar de su salud, que no están cubiertos por un tercero.

El GBS realiza una medición de los gastos que se realizan fuera del régimen de aseguramiento, por lo tanto, sirve para valorar el desempeño de la política de aseguramiento universal y como es que realmente cubre los gastos de salud de sus afiliados. En ese contexto, mientras más pequeño sea el GBS como proporción de los ingresos de la nación, más efectivo es el sistema sanitario. A nivel individual y familiar sirve para estimar la contribución del GBS dentro de los gastos totales. Por lo tanto, el GBS sirve como un indicador de fragilidad financiera de los individuos y

sus familias. La alta participación del GBS en el gasto total de los hogares se traduce en escasez de dinero para atender otras necesidades, y como consecuencia una mayor incertidumbre financiera. El GBS es el factor primordial de la causa de empobrecimiento de muchos hogares, principalmente en aquellas que pertenecen a los quintiles 1 y 2 que son los de más bajos ingresos económicos; ya que éstas al superar su capacidad de pago respecto a los ingresos que tienen, de su situación de pobres tienden a volverse pobres extremos.

La dependencia del GBS es variable en todos los países del mundo, sin embargo, existe una correlación fuerte entre el nivel de GBS y los dos indicadores utilizados para determinar el desempeño de un sistema sanitario en términos de protección financiera: La incidencia de gastos de salud catastróficos y gastos en salud empobrecedor, ambos indicadores están determinados por el grado en que el GBS consume los recursos financieros de los hogares.

El GBS es principalmente un gasto no previsto por los hogares, la determinación de no realizar el GBS puede poner en peligro la salud y la vida de los integrantes del hogar, así como la elección de hacer uso del GBS puede ocasionar empobrecimiento de los mismos. <sup>(24)</sup>

La OMS exhorta a sus países miembros a aumentar el presupuesto público en salud para paliar el incremento del GBS, en ese sentido la OMS sugiere que el GBS no sobrepase el 15 a 20% del presupuesto general de los hogares. <sup>(25)</sup>

### **Diabetes Mellitus y su impacto económico**

La DM es actualmente un problema de salud pública a nivel global y representa una de las cuatro enfermedades crónicas no transmisibles que requiere atención urgente, con una proyección alrededor del 10.5% como prevalencia global para el año 202, se presume que la cifra irá en aumento llegando al 11.9% de prevalencia para el año 2045. <sup>(26)</sup>

Las complicaciones de esta patología ocasionan una importante carga financiera para los pacientes y sus hogares, así como para los sistemas sanitarios a nivel global. Para lograr el control de esta enfermedad el reto es grande, por lo tanto, es necesario implementar políticas sanitarias, tales como: a) medidas de prevención, b) registro nacional de casos, c) tratamiento oportuno y d) atención de las complicaciones, con la finalidad de reducir la carga económica que ocasiona a las



personas, sus familias y los países. La DM debe ser intervenida en sus estadios tempranos para evitar que provoque un impacto económico por los altos costos de esta patología, con repercusión en el presupuesto del paciente y su familia, así como en el que destina el Estado a su cobertura. <sup>(27)</sup>

### **Reforma para la protección financiera: Aseguramiento universal**

El Estado peruano en el año 2009, emprendió una política de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) para lo cual promulgó la Ley 29344 “Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”. La mencionada ley estableció el marco jurídico de la política de AUS que tiene como objetivo garantizar el ejercicio del derecho a la seguridad social en salud que tiene toda persona, así como busca brindar prestaciones de salud en los ámbitos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, en términos de eficiencia, equidad, oportunidad y calidad.

Esta norma es de suma importancia ya que sienta las bases para que todos los ciudadanos que habitan el Perú tengan acceso oportuno a servicios de salud, y señala las condiciones de salud básica que deben ser atendidas por cualquier institución prestadora de servicios de salud. El Estado peruano al implementar la política de AUS tiene como intención ser fuente de financiamiento para una diversidad de proveedores de servicios de salud públicos y privados. <sup>(28)</sup>

## **2.3 Definiciones conceptuales**

### **Diabetes Mellitus**

La Diabetes Mellitus (DM) es una patología metabólica de etiología múltiple caracterizada por hiperglucemia crónica (azúcar elevado en sangre), que ocasiona daños a largo plazo en el corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y sistema nervioso principalmente. La DM tipo 2 es la más común y por lo general se presenta en personas adultas que desarrollan resistencia a la acción de la hormona insulina o producen una cantidad insuficiente de insulina. Por otro lado, la DM tipo 1 conocida antes como diabetes juvenil o insulino dependiente es una patología crónica cuya característica principal es la poca o nula producción de insulina por el páncreas.

En las últimas tres décadas, la prevalencia de la DM tipo 2 ha aumentado de manera muy significativa en todos los países del mundo independientemente de su nivel de ingreso, ubicándola como una de las patologías crónicas de mayor tasa de morbimortalidad entre la población adulta a nivel global.

El sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo constituyen los principales factores de riesgo para desarrollar DM tipo 2. Mientras que tener una dieta balanceada, hacer ejercicio de forma regular, conservar un peso corporal normal y evitar el tabaco son estrategias para retardar el surgimiento y progresión de la DM. El acceso a una terapia asequible que incluya la insulina es de vital importancia para aumentar la supervivencia de los pacientes que padecen de DM.

En ese contexto, la OMS y los países miembros han establecido el objetivo de frenar el incremento de la DM y la obesidad para el año 2025. <sup>(29)</sup>

### **Gasto de bolsillo en salud**

El GBS según la OMS, es definido como todo aquel pago hecho por las personas a proveedores de servicios de salud en el instante de hacer uso del mismo; no incluye el concepto de prepago por servicios de salud, tales como: impuestos, primas o contribuciones de seguros y de cualquier reintegro al individuo que hizo efectivo el gasto. Es oportuno mencionar, que el GBS considera los gastos en medicina suplementaria y no incluye el gasto en movilidad para conseguir la atención ni tampoco contempla los gastos efectuados en productos de nutrición complementaria. Entre los componentes principales del GBS están: la consulta médica/odontológica, medicamentos, procedimientos/cirugías, hospitalización, exámenes auxiliares (laboratorio y de diagnóstico por imágenes). La compra de medicamentos es el componente principal del GBS en el que incurren las personas y sus familias.

En el mismo sentido, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) indica que el GBS toma en cuenta el cofinanciamiento, automedicación y otros gastos desembolsados por las familias, independientemente de si el contacto establecido con el sistema de salud fue iniciado por el paciente o se hizo mediante una referencia. Por lo tanto, el GBS se desagrega de la siguiente manera: 1) gastos de bolsillo puro referido a los desembolsos directos que financian el 100% del costo de la prestación de salud; 2)

pagos añadidos (formales o informales) realizados por las familias al momento de demandar atención en instituciones prestadoras de servicios de salud públicos y privados; y 3) el cofinanciamiento con aseguramiento, mediante copagos y deducibles. <sup>(30)</sup>

### **Objetivos de desarrollo sostenible (ODS)**

En setiembre del año 2015, en la ciudad de New York, los jefes de Estado y de Gobierno de los 193 países miembros de la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) se reunieron en el marco del 70° Periodo de Sesiones de la Asamblea General de la ONU y aprobaron por unanimidad los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Los países miembros de la ONU adoptaron los ODS con carácter proactivo para terminar con la pobreza, preservar el planeta y asegurar que para el año 2030, todos los ciudadanos del mundo gocen de paz y bienestar. Además de tener objetivos básicos de desarrollo, como acabar con el hambre y la pobreza, los ODS establecen una serie de objetivos financieros, sociales y ambientales con un enfoque global orientado en los derechos humanos fundamentales.

Los ODS al año 2030 son integrados e indivisibles, así como de aplicación a todos los países del mundo. En la Declaración, los jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a lograr el desarrollo sostenible en sus tres dimensiones: económica, social y ambiental.

Se establecieron 17 ODS con 169 metas y 231 indicadores donde los países miembros de la ONU expresaron que la agenda es global y transformadora, en ese sentido busca dejar atrás antiguos paradigmas donde algunas naciones conceden recursos financieros mientras otros países perciben asistencia financiera condicionada.

La salud forma parte del objetivo N° 3 de los ODS cuya finalidad es promover una vida saludable y asegurar el bienestar para todos los grupos etarios. La meta 3.8 del objetivo mencionado está enfocado en lograr la cobertura universal de salud, incluida la protección contra riesgos financieros por GBS catastróficos, acceso a medicamentos seguros y servicios de salud de calidad.

## **Riesgo de empobrecimiento**

El riesgo de empobrecimiento de los hogares está relacionado con la vulnerabilidad financiera que ocasionan los gastos catastróficos en salud.

No existe un enfoque correcto o incorrecto para medir el riesgo de empobrecimiento como tal, sin embargo, existen diferentes estudios que adoptan diferentes enfoques para estudiar los gastos catastróficos. Algunos estudios definen los GBS como catastróficos cuando exceden un porcentaje dado (por ejemplo, 10% o 25%) del ingreso o consumo del hogar. Este es el enfoque adoptado en el ODS 3.8.2. <sup>(31)</sup>

## **Seguros de Salud del Perú**

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) son las instituciones que brindan seguros de salud. El Estado y el sector privado brindan seguros con coberturas diferentes.

- **Seguros administrados por el Estado**

Los seguros que brinda el Estado peruano permiten la atención en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), según el tipo de régimen. Los seguros públicos son cuatro: SIS, EsSalud, Fuerzas Armadas y Policía Nacional, siendo los más utilizados y demandados el SIS y EsSalud.

- ✓ **Seguro Integral de Salud (SIS)**

El SIS fue creado en el año 2002 como un Organismo Público Descentralizado del MINSA con personalidad jurídica e independencia económica y administrativa. El SIS emergió de la unificación del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil. El SIS tiene cobertura de medicamentos, procedimientos, cirugías, insumos, así como bonos de sepelio y traslados. Es un seguro público principalmente enfocado en personas en situación de pobreza y pobreza extrema.

- ✓ **Seguro Social del Perú (EsSalud)**

Es el seguro sanitario de tipo contributivo enfocado en los trabajadores dependientes. Brinda cobertura para trabajos de riesgo

e indemnizaciones por accidentes fatales. Asimismo, brinda servicios de salud de tipo preventivo, promocional, recuperativo y rehabilitador.

- **Seguros Privados**

Existen diversos seguros de salud privados según necesidad del usuario en salud. Existen planes de salud internacional, familiar o personal. Tienen cobertura a nivel de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud. <sup>(32)</sup>

Por otro lado, la cobertura financiera de las prestaciones de salud a los pacientes con DM difiere según el régimen de seguro de salud. A continuación, se realiza el detalle de cobertura de los dos principales seguros públicos (SIS y EsSalud) y el seguro privado:

- En el caso del SIS, la cobertura es integral e incluye procedimientos médicos sanitarios de diagnóstico precoz, así como medicamentos (incluidos en el PNUME) e insumos para el diagnóstico, tratamiento y manejo de las complicaciones de la DM. <sup>(33)</sup>
- En referencia a EsSalud, la cobertura de prestaciones es integral. El proceso de cuidado integral del asegurado en riesgo y del que tiene Diabetes Mellitus en las IPRESS del primer, segundo y tercer nivel de atención en EsSalud está estandarizado mediante una directiva vigente. <sup>(34)</sup>
- En lo que respecta a los seguros privados, primero mencionar que la DM no complicada es una patología que se encuentra en el listado de condiciones asegurables (PEAS), en ese sentido, los seguros privados incorporan el financiamiento para la prestación de la atención de la diabetes (consultas, procedimientos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos para el monitoreo de la glicemia). La atención de las complicaciones y multimorbilidades no están incluidas en el marco del PEAS, por lo tanto, dichas atenciones son cubiertas mediante un copago. <sup>(35)</sup>

## **2.4 Hipótesis**

### **Hipótesis general**

El gasto de bolsillo en salud se relaciona directa y significativamente con el riesgo de empobrecimiento de los hogares de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José en el año 2022.

### **Hipótesis específicas**

1. El gasto de bolsillo realizado por los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José está diferenciado según el tipo de seguro (SIS, EsSalud y otro tipo de seguro).
2. El gasto de bolsillo en salud realizado por los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José tiene diferentes componentes (consultas, medicamentos, procedimientos/cirugías, hospitalizaciones y exámenes auxiliares).

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

### **3.1 Diseño de estudio**

Es no experimental porque no se manipulará las variables; cuantitativo porque se basa en un análisis estadístico de datos recolectados mediante la técnica de encuesta; correlacional porque se medirá el nivel de asociación entre dos variables (gastos de bolsillo y riesgo de empobrecimiento) y descriptivo porque se recogerá información de manera independiente sobre las variables de estudio; transversal porque la información del estudio es recolectada en un tiempo determinado.

### **3.2 Población**

La población es finita y está constituido por los pacientes con DM atendidos en el servicio de Endocrinología durante el año 2022.

### **3.3 Muestra**

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó una proporción esperada en la población de  $p: 0.5$ , con una población de 937 pacientes (fuente: registro HIS)

atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José con un nivel de confianza de 95% y un margen de error o precisión de 5%. Se obtuvo un tamaño muestral de 273 pacientes.

**Figura 01.**  
**Cálculo del tamaño muestral**

ESTIMACION DE UNA PROPORCIÓN POBLACIONAL CON UNA PRECISION ABSOLUTA ESPECIFICADA	
PROPORCIÓN ESPERADA EN LA POBLACIÓN	0.5
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
VALLOR Z PARA ALFA	1.96
ERROR O PRECISIÓN	0.05
TAMAÑO DE LA POBLACIÓN	937
TAMAÑO DE MUESTRA INICIAL	385
TAMAÑO DE MUESTRA FINAL	273

**Fuente:** Elaboración propia

### 3.4 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE SEGÚN RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Riesgo de Empobrecimiento	El gasto de bolsillo en salud ocasiona un riesgo de empobrecimiento cuando supera el 10% de los ingresos familiares según la OMS.	El riesgo de empobrecimiento de los hogares de los pacientes será medido con el indicador ODS: 3.8.2 (Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar (umbral >10%) como porcentaje del total del gasto o ingresos de los hogares.	Ordinal	Dependiente Cualitativa Dicotómica	0 = Sin riesgo: Gasto de bolsillo <10% de los ingresos familiares.  1 = Con riesgo: Gasto de bolsillo >10% de los ingresos familiares
Gasto de bolsillo en salud	Pago directo que realiza una persona luego de haber recibido atención u otro procedimiento en salud.	El GBS será medido a través de un cuestionario considerando el monto en soles.	Razón	Independiente Cuantitativa Continua	Monto en soles
Tipo de seguro	Un seguro de salud es un apoyo financiero que ayuda a cubrir gran parte o la totalidad de los gastos médicos.	Las IAFAS (aseguradoras de salud) son las instituciones que brindan seguros de salud. Existen seguros del Estado (SIS, EsSalud, Fuerzas Armadas y Policía Nacional) y seguros privados.	Nominal	Independiente Cualitativa Politómica	1. SIS 2. EsSalud 3. Otro tipo de seguro
Componentes de gasto de bolsillo	El GBS tiene distintos componentes o tipos de gasto. Siendo el principal, la compra de medicamentos.	Los principales componentes de GBS son: consultas, medicamentos, procedimientos/cirugías, hospitalizaciones y exámenes auxiliares.	Nominal	Independiente Cualitativa Politómica	1. Consultas 2. Medicamentos 3. Procedimientos/cirugías 4. Hospitalizaciones 5. Exámenes auxiliares



### **3.5 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos**

Se pedirá autorización a la Dirección Ejecutiva del Hospital San José para aplicar la ficha de recolección de datos en formato de encuesta presencial a los pacientes con DM atendidos en el servicio de Endocrinología en el año 2022. Para medir el GBS y el riesgo de empobrecimiento se empleará una encuesta modificada de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) de los rubros de ingresos económicos y salud del hogar. La encuesta será sometida a un juicio de expertos.

### **3.6 Técnicas para el procesamiento de la información**

Se presentarán medidas de resumen para las variables cualitativas y cuantitativas. Los datos recogidos del cuestionario serán sometidos a un procesamiento de datos utilizando el software estadístico SPSS23.

Conforme al objetivo principal, se realizará la prueba de bondad de ajuste, Kolmogorov- Smirnov para determinar si la muestra presenta una distribución normal.

### **3.7 Aspectos éticos**

El presente proyecto de investigación se llevará a cabo en conformidad del código de ética de investigación de la Universidad Ricardo Palma, así como en respeto de los principios de bioética: No maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

En ese sentido, la participación en la investigación es completamente voluntaria y anónima por lo que se tomarán las medidas correspondientes para garantizar la reserva de la identidad de los participantes de la investigación.

Asimismo, se les informará a los participantes que no se ha previsto compensación económica por participar en la investigación.

Por último, para iniciar la recolección de datos con la ficha en formato de encuesta se deberá solicitar autorización de la Dirección Ejecutiva.

## CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

### 4.1 Recurso humano y materiales

	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO TOTAL
<b>RECURSOS HUMANOS</b>			
Asesor estadístico	S/.500	1	S/.500
<b>MATERIALES Y SERVICIOS</b>			
Materiales de escritorio	S/.50	1	S/.50
Impresiones	S/.0.30	150	S/.45
Fotocopias	S/.0.10	150	S/.15
<b>TOTAL</b>			<b>S/.610</b>

### 4.2 Cronograma

Actividad	Fechas	Setiembre 2022				Octubre				Noviembre				Diciembre				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Diseño del Proyecto					x													
Revisión de la literatura						x												
Elaboración del proyecto de investigación							x	x	x									
Validación del instrumento y solicitud de autorización para aplicar											x	x						
Recolección de datos														x				
Análisis e interpretación de datos															x			
Discusión de resultados																x		
Presentación del informe final																		x

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Diabetes mellitus tipo 2 en Perú: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2019; 36:26–36. doi:10.17843/rpmesp.2019.361.4027
2. Bommer C, Sagalova V, Heeseemann E, Manne-Goehler J, Atun R, Bärnighausen T, et al. Global Economic Burden of Diabetes in Adults: Projections From 2015 to 2030. *Diabetes Care*. 2018;41(5):963–70. doi:10.2337/dc17-1962
3. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes [Internet]. décima. Bruselas: Federación Internacional de Diabetes; 2021. 141 p. Disponible en: <https://diabetesatlas.org>
4. INEI - Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2020 [Internet]. 2020 [citado el 3 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1796/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1796/)
5. Seclen SN, Rosas ME, Arias AJ, Medina CA. Elevated incidence rates of diabetes in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population-based longitudinal study. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2017;5(1):e000401. doi:10.1136/bmjdr-2017-000401
6. Castillo MYJ, Bornachera MEQ, Díaz CS. Impacto del alto costo relacionado con la diabetes Mellitus en el sistema de salud en Colombia. *REDIIS Rev Investig E Innov En Salud*. 2018;2:82–91. doi:10.23850/rediis.v2i0.2079
7. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Magallanes-Quevedo R, Bendezu-Quispe G. Análisis del gasto de bolsillo en medicamentos e insumos en Perú en 2007 y 2016. *Medwave*. 2020;e7833–e7833.
8. Organización Panamericana de la Salud. Gastos directos de bolsillo en salud: la necesidad de un análisis de género [Internet]. Washington, D.C.; 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275323540>.
9. World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Global monitoring report on financial protection in health 2021 [Internet]. Geneva: World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240040953>
10. Organización Mundial de la Salud. Cobertura Sanitaria Universal [Internet]. 2021. Disponible en: [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))
11. Wilson L, Velásquez A, Ponce C. La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2009;26(2):207–17.

12. Espinoza-Marchan H, A. Alvarez-Risco, Solís-Tarazona Z, Villegas-Chiguala J, Zavaleta-Calderón A, Astuvilca-Cupe J, et al. Acceso a medicamentos en pacientes del Seguro Integral de Salud (SIS) con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial en Perú. *Rev OFIL*. 2021;31(1):71–7. doi:10.4321/s1699-714x20210001000015
13. Wang Y, Park J, Li R, Luman E, Zhang P. National Trends in Out-of-Pocket Costs Among U.S. Adults With Diabetes Aged 18–64 Years: 2001–2017. *Diabetes Care*. 2021;44(11):2510–7. doi:10.2337/dc20-2833
14. Ghosh Pritam, Dasgupta Aparajita, Paul Bobby, Roy Soumit, Ghose Sauryadripta, Yadav Akanksha. Out-of-pocket expenditure for diabetes mellitus and its determinants in recent times in India: A narrative review. *J Diabetol*. 2021;12:416–23. doi:10.4103/jod.jod\_59\_21
15. Park J, Zhang P, Wang Y, Zhou X, Look KA, Bigman ET. High Out-of-pocket Health Care Cost Burden Among Medicare Beneficiaries With Diabetes, 1999–2017. *Diabetes Care*. 2021;44(8):1797–804. doi:10.2337/dc20-2708
16. Hashmi SM, Shaikh S, Tanzil S, Baig L, Shahid N, Abdullah A. Out of pocket payment for diabetes mellitus in a public hospital of Karachi. *J Pak Med Assoc*. 2019;69(12):1864–75. doi:DOI:10.5455/JPMA.298915
17. Fernandes SD, Fernandes SDA. Economic burden of diabetes mellitus and its socio-economic impact on household expenditure in an urban slum area. *Int J Res Med Sci*. 2017;5(5):1808–13. doi:10.18203/2320-6012.ijrms20171585
18. García L, Rojas C. Determinantes del gasto de bolsillo en salud en el Perú [Internet]. Pontificia Universidad Católica del Perú; 2021 [citado el 27 de enero de 2022]. (Documento de trabajo). Disponible en: <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/179529>
19. Guerrero-Ojeda GA. GASTO DE BOLSILLO EN SALUD Y RIESGO DE POBREZA EN HOGARES PERUANOS. PERÚ 2017. *Salud Vida Sipanense*. 2020;7(2):27–40. doi:10.26495/svs.v7i2.1459
20. Montañez Ginocchio VA. Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2018.
21. Petretera Pavone M, Jiménez Sánchez E. Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010–2014. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018 [citado el 27 de enero de 2022];42. doi:10.26633/RPSP.2018.20
22. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Santero M, Prado-Galbarro FJ, Rosselli D. Gasto de bolsillo en salud en adultos mayores peruanos: análisis de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza 2017. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2018;35(3):390–9. doi:10.17843/rpmesp.2018.353.3815
23. El derecho a la salud [Internet]. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Organización Mundial de la Salud; 2008.

Disponible

en:

<https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>

24. Guerrero Ojeda GA. Gasto de Bolsillo en Salud y Riesgo de Pobreza en Hogares con Estudiantes Universitarios Perú 2013 [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2015 [citado el 30 de enero de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/403>
25. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2010 [citado el 8 de febrero de 2022]. xxiv, 120 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>
26. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract.* 2022;183:109119. doi:10.1016/j.diabres.2021.109119
27. Duarte RM. El impacto económico de la Diabetes Mellitus como problema de salud pública en Honduras. | *Revista Médica Hondureña.* 2017;85:3–4.
28. Jumpa-Armas D. Aseguramiento universal en salud en el Perú: una aproximación a 10 años de su implementación. *Rev Fac Med Humana.* 2019;19(3):75–80. doi:10.25176/RFMH.v19i3.2158
29. Diabetes [Internet]. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. 2021 [citado el 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
30. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Boletín semestral. *Economía y salud.* 2013;N° 7(2):3–7.
31. World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 2017. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report [Internet]. Geneva, Switzerland; 2017 [citado el 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259817?locale-attribute=es&>
32. Plataforma digital única del Estado Peruano. Bicentenario Perú, 2021. Disponible en: <https://www.gob.pe/281-seguros-de-salud>.
33. Plataforma digital única del Estado Peruano - MINSA. Nota de prensa, SIS financió en pandemia cerca de 900 mil atenciones de sus asegurados relacionados al control y tratamiento de diabetes. 20 de noviembre del 2021.
34. EsSalud, Seguro Social de Salud del Perú. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 48 que aprueba la Directiva N° 05-GCPS-ESSALUD-2016, "Cuidado Integral del asegurado con Diabetes Mellitus en la Seguridad Social de Salud - EsSalud". 09 de mayo del 2016.
35. Rimac Seguros y Reaseguros. Rímac Salud, programa cuídate. Perú, 2015. Disponible en: <https://prevencionrimac.com/salud/Servicios/programa-cuidate>

## ANEXOS

### 1. Matriz de Consistencia

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿Qué relación existe entre el gasto de bolsillo en salud y el riesgo de empobrecimiento de los hogares de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José en el año 2022?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b> ¿Es posible identificar el gasto de bolsillo en salud de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el Servicio de Endocrinología del Hospital San José por tipo de seguro?</p> <p>¿Existe la posibilidad de describir los componentes más frecuentes del gasto de bolsillo en salud realizado por los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Determinar la relación que existe entre el gasto de bolsillo en salud y el riesgo de empobrecimiento de los hogares de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José en el año 2022.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> Identificar el gasto de bolsillo en salud de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José según el tipo de seguro (SIS, EsSalud y otro tipo de seguro)</p> <p>Describir los componentes más frecuentes del gasto de bolsillo en salud (consultas, medicamentos, procedimientos/cirugías, hospitalizaciones y exámenes auxiliares) realizado por los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José.</p>	<p><b>HIPOTESIS GENERAL</b> El gasto de bolsillo en salud se relaciona directa y significativamente con el riesgo de empobrecimiento de los hogares de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José en el año 2022.</p> <p><b>HIPOTESIS ESPECIFICAS</b> El gasto de bolsillo realizado por los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José está diferenciado según el tipo de seguro de salud.</p> <p>El gasto de bolsillo en salud realizado por los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José tiene diferentes componentes (consultas, medicamentos, procedimientos/cirugías, hospitalizaciones y exámenes auxiliares).</p>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b> Gasto de bolsillo en salud</p> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE</b> Riesgo de Empobrecimiento Tipo de seguro Componentes de gasto de bolsillo</p>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> <b>Según enfoque:</b> Cuantitativo <b>Según alcance:</b> Correlacional - Descriptivo <b>Según temporalidad:</b> Transversal <b>Según nivel de profundidad:</b> Correlacional -Descriptivo <b>Según manipulación de la variable:</b> No experimental</p> <p><b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b> Es no experimental porque no se manipulará las variables; cuantitativo porque se basa en un análisis estadístico de datos recolectados mediante la técnica de encuesta; correlacional porque se medirá el nivel de asociación entre dos variables (gastos de bolsillo y riesgo de empobrecimiento) y descriptivo porque se recogerá información de manera independiente sobre las variables de estudio; transversal porque la información del estudio es recolectada en un tiempo determinado.</p>	<p><b>POBLACIÓN</b> La población es finita y está constituido por los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología, de acuerdo a registro HIS-2019 la población es de 937 personas.</p> <p><b>MUESTRA:</b> 237 pacientes.</p>	<p><b>TÉCNICA:</b> Encuesta</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b> Cuestionario</p>	<p>Se presentarán medidas de resumen para las variables cualitativas y cuantitativas .</p> <p>El análisis estadístico de los datos se realizará con el programa SPSS</p> <p>Prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov para determinar si la muestra presenta una distribución normal.</p>

## 2. Instrumento de recolección de datos: Cuestionario

1. Edad:

2. Sexo: a: Masculino  
b: Femenino

### INGRESOS

3. La semana pasada, ¿Tuvo Ud., algún trabajo? (sin contar los quehaceres del hogar)

SI 1  
NO 2

4. ¿Cuánto fue el ingreso total en el mes anterior incluyendo horas extras, bonificaciones, movilidad y otros ingresos por trabajos adicionales?

Monto en soles

a) Ingreso total  
b) Descuentos  
c) Ingreso líquido

5. ¿Además de Ud. aportan económicamente otros miembros de su hogar?

SI 1  
NO 2

6. ¿Cuánto es el ingreso total de su hogar? Aprox. si no recuerda el monto exacto del mes anterior.

-----

### TIPO DE SEGURO

7. ¿Ud. con qué tipo de seguro de salud cuenta?

1. SIS  
2. EsSalud  
3. Otro tipo de seguro (Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Seguro privado)

### SALUD

7. ¿Padece Ud. de Diabetes Mellitus?

SI 1  
NO 2

8. ¿Cuánto tiempo padece Ud. de Diabetes Mellitus? En años

-----

9. En los últimos 3 meses, ¿Recibió atención médica en el servicio de Endocrinología? Motivo de la consulta:

1. Consulta de control y/o seguimiento  
2. Recaída de enfermedad  
3. Aparición de una complicación

10. ¿Con respecto a la Diabetes Mellitus que padece, en las últimas cuatro semanas Ud. recibió/demandó?

1. Consulta  
2. Medicamentos  
3. Procedimientos/cirugías  
4. Exámenes auxiliares (laboratorio, Rx, tomografía, etc.)  
5. Hospitalización

11. El gasto realizado fue: (Acepta una o más alternativas)

1. Pagado por algún miembro del hogar  
2. Fue cubierto por mi persona  
3. Cubierto por SIS  
4. Cubierto por ESSALUD/FF. AA/ Policiales  
5. Fue cubierto por seguro privado

12. En caso de haber realizado un desembolso de dinero, ¿Dónde compró el bien o servicio de salud?

1. Establecimiento MINSA
2. Establecimientos ESSALUD
3. Hospitales de la FF. AA y PNP
4. Establecimiento de salud privado
5. Farmacia o botica

13. ¿Cuánto fue el monto total por la compra o servicio? (cifra aprox.)

-----

14. El pago que Ud. realizó lo hizo en: (Acepta una o más alternativas)

1. Consultas
2. Medicamentos
3. Procedimientos/cirugías
4. Exámenes auxiliares (laboratorio, Rx, tomografía, etc.)
5. Hospitalización



### **3. Consentimiento Informado**

#### **Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Percy Rafael Viguria Vara, Médico Residente de la especialidad de Administración y Gestión en Salud por la Universidad Ricardo Palma.

La meta de este estudio es determinar la relación que existe entre el gasto de bolsillo en salud y el riesgo de empobrecimiento de los hogares de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital San José durante el año 2022.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente treinta (30) minutos de su tiempo. No se ha previsto compensación económica por su participación en el estudio.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento, sin que esto perjudique en forma alguna su relación con el investigador o con la Institución. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

#### **EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Percy Rafael Viguria Vara. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar la relación entre el gasto de bolsillo en salud y el riesgo de empobrecimiento de los pacientes con Diabetes Mellitus para que con los datos obtenidos se tomen medidas en favor de la economía de los hogares de los pacientes atendidos con Diabetes Mellitus. Con los datos obtenidos en el estudio se diseñarán estrategias para cumplir con este fin.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente treinta (30) minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Percy Rafael Viguria Vara al teléfono celular 991535429.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Percy Rafael Viguria Vara al teléfono ce anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha