

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, CONTABLES Y ADMINISTRATIVAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ECONOMÍA



TESIS

**“Gasto de bolsillo en pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Regional
Docente de Cajamarca, 2023”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
“ECONOMISTA”

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

ANNIE FAICHIN RAMIREZ

ASESOR:

MBA. Econ. Wilson Eduardo Vargas Cubas

CAJAMARCA - PERÚ

2026



CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
ANNIE FAICHIN RAMIREZ
DNI: 76778125
Escuela Profesional - Facultad:
Escuela Profesional de Economía – Facultad de Ciencias Económicas, Contables y Administrativas.
2. Asesor:
MBA. Wilson Eduardo Vargas Cubas
Departamento Académico:
Economía
3. Grado académico o título profesional para el estudiante
☐ Bachiller ☒ Título profesional ☐ Segunda especialidad
☐ Maestro ☐ Doctor
4. Tipo de Investigación:
☒ Tesis ☐ Trabajo de investigación ☐ Trabajo de suficiencia profesional
☐ Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
 "Gasto de bolsillo en pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023"
6. Fecha de evaluación: 21/02/2026
7. Software antiplagio: ☒ TURNITIN ☐ URKUND (ORIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 16 %
9. Código Documento: oid:::3117: 559275808
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
☒ APROBADO ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES ☐ DESAPROBADO

Fecha Emisión: 21/02/2026

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>	
	
MBA. Wilson Eduardo Vargas Cubas DNI: 42180975	Dr. Juan José Julio Vera Abanto Director de la Unidad de Investigación F-CECA

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CECA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ECONOMÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Cajamarca, siendo las 11:00 am. del día miércoles 21 de enero del 2026, reunidos en el ambiente de sala de reuniones de Consejo de Facultad CECA, los integrantes del Jurado Evaluador de Sustentación de Tesis designados mediante Resolución N°283-2025-F-CECA-UNC, conforme a lo siguiente:

Presidente:	Dra. Janeth Esther Nacarino Díaz
Secretario:	Dr. Oscar David Carmona Alvarez
Vocal:	M.Cs. Renato Manuel Vigo Valera
Asesor:	M.B.A. Wilson Eduardo Vargas Cubas

Con el objeto de ESCUCHAR LA SUSTENTACIÓN Y CALIFICAR la Tesis intitulada:

“Gasto de bolsillo en pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023”

Presentada por la Bachiller: **Annie Faichin Ramirez**, con el fin de obtener el Título Profesional de **ECONOMISTA**, dando cumplimiento a lo dispuesto en el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Académico Profesional de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas, Contables y Administrativas de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Escuchada la sustentación, comentarios, observaciones y respuestas a las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, SE ACORDÓ: Aprobar la tesis con la calificación de **16 (dieciséis)**.

Siendo las 12:30 horas de la misma fecha, se dio por concluido el Acto de Sustentación.


M.B.A. Wilson Vargas Cubas
Asesor


Dr. Oscar Carmona Alvarez
Secretario


Dra. Janeth Nacarino Diaz
Presidente


M.Cs. Renato Vigo Valera
Vocal

DEDICATORIA

A mi familia, que siempre estuvo apoyándome en cada momento y decisión de mi trayectoria profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios que es el dador de la vida y me concede la oportunidad de forjarme como profesional, a mi familia y asesor por el apoyo incondicional para que este proyecto sea posible.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iv
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.1. Situación Problemática.....	16
1.2. Definición del problema.....	16
1.3. Justificación de la investigación.....	18
1.3.1. Justificación Teórico – Científica y Epistemológica	18
1.3.2. Justificación práctica – técnica.....	18
1.3.3. Justificación institucional y académica	18
1.3.4. Justificación personal	19
1.4. Formulación del Problema	19
1.4.1. Problema General.....	19
1.4.2. Problemas Específicos.....	19
1.5. Delimitaciones del problema: espacio temporal	19
1.6. Limitaciones del Estudio.....	20
1.7. Objetivos de la investigación	20
1.7.1. Objetivo General	20
1.7.2. Objetivos específicos.....	20
1.8. Hipótesis y Variables	21
1.8.1. Hipótesis General.....	21
1.8.2. Hipótesis específicas	21
1.8.3. Variable.....	22
1.8.4. Matriz de Operacionalización de Variables.....	23
1.8.5. Matriz de Consistencia Metodológica	24
II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	25
2.1. Marco Legal	25
2.2. Antecedentes de la Investigación	28
2.2.1. A nivel Internacional.....	28
2.2.2. A nivel Nacional	30
2.2.3. A nivel Local.....	33
2.3. Marco Teórico y Conceptual.....	33

2.3.1.	Los fundamentos del aseguramiento de la Economía del Bienestar	33
2.3.2.	Aportes contemporáneos a la Economía de la Salud	35
2.3.3.	Modelo de Aseguramiento en Salud.....	36
2.3.4.	Modelo de Protección Financiera en Salud	36
2.3.5.	Teoría de la Elección del Consumidor: esta teoría aplicada en Servicios de Salud.	38
2.3.6.	El gasto de bolsillo en salud y su relación con la pobreza	38
2.4.	Definición de términos básicos	39
2.4.1.	Gasto de Bolsillo en Salud	39
2.4.2.	Gasto en consulta médica externa	40
2.4.3.	Seguro de Salud	40
2.4.4.	Sistema de servicios salud.....	41
III.	MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.1.	Tipo, Diseño y nivel de investigación	42
3.2.	Objeto de estudio	42
3.3.	Unidad de análisis y unidades de observación.....	42
3.4.	Población y muestra	43
3.4.1.	Población.....	43
3.4.2.	Muestra	43
3.5.	Métodos generales de investigación.....	44
3.6.	Métodos particulares de investigación	44
3.7.	Técnicas e instrumentos de investigación.....	44
3.7.1.	Técnicas, e instrumentos de recopilación de información.	44
3.7.2.	Técnicas de procesamiento, análisis y discusión de resultados.....	44
IV.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	45
4.1.	Datos Generales de la Institución.....	45
4.1.1.	Hospital Regional Docente de Cajamarca	45
4.1.2.	Consultorios Externos del HRDC.....	45
4.1.3.	Descripción del proceso para obtención de una cita	46
4.2.	Resultados de la investigación	47
4.2.1.	Datos proporcionados por el INEI.....	47
4.3.	Datos sobre la población en Cajamarca.....	48
4.3.1.	Análisis de estadístico	52
4.4.	Contrastación de la Hipótesis	55
4.5.	Discusión de resultados.....	56

V. PLAN PARA REDUCIR EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD, EN ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2025.....	58
5.1. Justificación	58
5.2. Objetivos.....	58
5.2.1. Objetivo Principal	58
5.2.2. Objetivos específicos.....	59
5.3. Estrategias.....	59
5.4. Cronograma de actividades	60
5.5. Cuadro de presupuesto estimado	60
5.6. Beneficios esperados	61
5.7. Involucrados.....	62
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS	67
APÉNDICE	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Matriz de Operacionalización de variables</i>	23
Tabla 2 <i>Matriz de Consistencia Metodológica</i>	24
Tabla 3 <i>Número de veces que se requirió citas para atención en consulta externa para cualquier miembro de la familia.</i>	71
Tabla 4 <i>Número de encuestados según sexo y edad promedio</i>	71
Tabla 5 <i>Descripción de la distribución del gasto de bolsillo en salud.</i>	50
Tabla 6 <i>Número de encuestados según lugar de procedencia</i>	73
Tabla 7 <i>Número de personas que viven dentro de una casa (hogar)</i>	72
Tabla 8 <i>Insumos y medicamentos</i>	53
Tabla 9 <i>Exámenes de Laboratorio</i>	53
Tabla 10 <i>Exámenes de Diagnóstico por Imágenes</i>	54
Tabla 11 <i>Total, gasto de bolsillo</i>	54

ÍNDICE DE GRÁFICAS Y FIGURAS

<i>Gráfico1</i>	49
<i>Gráfico2</i>	50
<i>Gráfico 3</i>	51
<i>Gráfico 4</i>	52
<i>Figura1</i>	46
<i>Figura2</i>	47

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- **CPP:** Constitución Política del Perú.
- **ECV:** Encuesta Nacional de Calidad de Vida (referencia a Colombia).
- **ENAHOG:** Encuesta Nacional de Hogares.
- **GBS:** Gasto de Bolsillo en Salud.
- **HRDC:** Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- **INEI:** Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- **MINSA:** Ministerio de Salud.
- **NTS:** Norma Técnica de Salud.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- **SIGA:** Sistema de Integración Administrativa.
- **SIS:** Seguro Integral de Salud.
- **SPSS:** Sistema de Protección en Salud

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar el gasto de bolsillo promedio en los pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el 2023. Además, el estudio empleó un enfoque mixto, de nivel descriptivo proposicional y diseño no experimental de corte transversal. Asimismo, la recolección de datos se realizó mediante una encuesta aplicada a 384 jefes de hogar que buscaron atención médica en el mencionado hospital. Los resultados determinaron que el gasto de bolsillo promedio por hogar asciende a S/ 105.00, cifra que considera pagos directos en medicamentos, insumos, exámenes de laboratorio y diagnóstico por imágenes. Además, se identificó que el gasto en exámenes de laboratorio es el determinante con mayor impacto en el gasto de bolsillo, esto debido al desabastecimiento en los servicios, lo que obliga al usuario a recurrir al sector privado.

Asimismo, se observó que la composición del hogar y el lugar de procedencia influyen en el gasto de manera indirecta, principalmente para pacientes de provincia, estos gastos son en transporte, alojamiento y alimentación. Se llega a la conclusión que, a pesar de existir mecanismos de aseguramiento como el SIS, la protección financiera es insuficiente.

Por ello, se propone un plan enfocado en la mejora de la cadena de abastecimiento hospitalario y el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención para reducir la presión económica sobre las familias cajamarquinas.

Palabras clave: gasto de bolsillo, consulta externa, protección financiera.

ABSTRACT

The main objective of this research was to determine the average out-of-pocket expenditure of patients treated in the outpatient department of the Hospital Regional Docente de Cajamarca in 2023. Methodology: The study employed a mixed-methods approach with a descriptive-propositional level and a non-experimental, cross-sectional design. Data collection was carried out through a survey applied to 384 heads of household seeking medical care at the aforementioned hospital. The results determined that the average out-of-pocket expenditure per household amounts to S/ 105.00, a figure that includes direct payments for medicines, supplies, laboratory tests, and diagnostic imaging. Furthermore, it was identified that spending on laboratory tests is the determinant with the greatest impact on out-of-pocket costs, due to shortages in services which force users to turn to the private sector. Likewise, it was observed that household composition and place of origin indirectly influence spending; for patients from other provinces, these costs primarily involve transportation, lodging, and food.

The study concludes that, despite the existence of insurance mechanisms such as the SIS (Comprehensive Health Insurance), financial protection remains insufficient. Therefore, a plan is proposed focusing on improving the hospital supply chain and strengthening the resolution capacity of primary care levels to reduce the economic pressure on families in Cajamarca.

Keywords: out-of-pocket expenditure, outpatient clinic, financial protection.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el sistema de salud en el Perú ha experimentado transformaciones significativas orientadas a mejorar el acceso y la protección financiera de la población, especialmente a través de la creación del Seguro Integral de Salud (SIS) en el año 2002. A pesar de la expansión económica sostenida y las reformas implementadas, el sistema aún enfrenta desafíos, como la fragmentación institucional, la insuficiencia de infraestructura y la persistencia de brechas regionales en la disponibilidad de recursos. Uno de los indicadores más preocupantes de estas deficiencias es el gasto de bolsillo en salud, definido como el pago directo que realizan las personas al momento de recibir atención médica, ya sea por medicamentos, insumos, o exámenes auxiliares.

A nivel nacional, se estima que el gasto de bolsillo financia alrededor de 50% del gasto total en salud y tiene el potencial de empobrecer a hogares no pobres. En el departamento de Cajamarca, esta problemática es evidente en el mencionado Hospital Regional Docente de Cajamarca; los usuarios a menudo enfrentan limitaciones como el desabastecimiento de insumos básicos o fallas técnicas en equipos de diagnóstico, lo que obliga a recurrir al sector privado para completar sus tratamientos o exámenes.

La presente investigación surge de la necesidad de cuantificar y analizar esta carga económica. Siendo el objetivo general determinar el gasto de bolsillo promedio de los pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el 2023.

El estudio se justifica por su relevancia practica y técnica, ya que busca proporcionar evidencia empírica que contribuya a la formulación de políticas públicas locales más eficientes. Planteando de esa manera un Plan de mejora el cual contiene objetivos, acciones y un presupuesto tentativo de ser aplicado dentro del Hospital.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.Situación Problemática

Según reportes e informes realizados por la Organización Mundial de la Salud, durante años, como en el 2010, se identificó una serie de problemas que enfrentan varios países, estos problemas están relacionados entre sí, como son: primero: la disponibilidad de recursos, segundo: la dependencia excesiva de los pagos directos en el momento que la gente necesita asistencia, incluso contando con seguro y, por último: el uso ineficiente e inequitativo de los recursos. La solución sugerida radica en fortalecer la recaudación estatal, minimizar los pagos inmediatos (pagos directos) de los usuarios y garantizar una distribución más justa y eficiente de la atención sanitaria.

1.2.Definición del problema

Teniendo en cuenta el contexto peruano, la escasez de recursos, reflejado en los servicios de salud, persiste como un obstáculo fundamental. Si bien el presupuesto destinado a la salud, particularmente el gasto estatal, se ha elevado gracias al desarrollo económico continuo del país, este incremento aún no logra superar las limitaciones de disponibilidad existentes.

La estructura del sistema de salud en Perú se divide en los sectores público y privado, donde cada entidad gestiona de forma autónoma tanto sus fondos como la atención que brinda. En el ámbito público, la organización es segmentada y se sostiene mediante dos vías principales: las aportaciones de los trabajadores (régimen contributivo o aportes laborales) y los presupuestos estatales derivados de impuestos (rentas generales o presupuesto del Estado).

Por ello, el gasto de bolsillo en salud se puede definir como el pago directo que realizan las personas al momento de su atención. En base a esta definición, el gasto de bolsillo en salud toma

la forma del pago por honorarios médicos, el pago por los procedimientos relacionados, mediante la compra de medicamentos e insumos, ya sea por prescripción o automedicación, el uso de remedios caseros, los copagos y deducibles que pagan los que tienen seguros.

Es así que, el gasto directo de las personas o gasto de bolsillo sigue siendo un tema de gran importancia y complejidad dentro del gasto total en salud y el principal gasto que efectúan los hogares es en medicamentos.

De la misma manera, existe una fuerte concentración de recursos en zonas urbanas y en las zonas rurales los problemas de acceso si bien han mejorado, todavía no cuentan con acceso a servicios de manera oportuna y de calidad. Teniendo como unidad de análisis al **Hospital Regional Docente de Cajamarca**, se observa que la labor actual del hospital se centra en ofrecer servicios de salud integrales y especializados bajo principios de calidad, equidad y respeto a la interculturalidad, optimizando los recursos con los que cuenta mediante la investigación y la docencia. Considerando miras al futuro, la institución proyecta consolidarse como un hospital de referencia regional en el norte de alta complejidad (categoría III-1), destacando por su liderazgo científico y académico, así como por una atención acreditada que garantice plenamente los derechos de los usuarios internos y externos.

En consecuencia, el Ministerio de Salud (MINSA) realiza una serie de acciones para mejorar la oferta de servicios de salud haciendo inversión en infraestructura, equipamiento y recursos humanos. También, ha emprendido reformas para dar acceso a la atención de salud a la población, de manera especial a la población pobre y vulnerable mediante el aseguramiento como mecanismo para el logro de la cobertura universal de salud.

1.3. Justificación de la investigación

1.3.1. Justificación Teórico – Científica y Epistemológica

La justificación teórico-científica del presente trabajo de investigación, se basa en la importancia de las políticas públicas implementadas en el sector salud, que muestren cambios en el acceso a los servicios de este, haciendo un gasto directo o de bolsillo mínimo.

1.3.2. Justificación práctica – técnica

Este estudio es de gran importancia para futuras investigaciones, ya que puede contribuir a la implementación de políticas públicas orientadas a mejorar la gestión del sistema de servicios de salud. Como consecuencia, se espera que dichas mejoras ayuden a reducir el gasto de bolsillo de los pacientes.

1.3.3. Justificación institucional y académica

Institucionalmente las autoridades del Gobierno Regional y de la Municipalidad Provincial de Cajamarca, están interesadas en mejorar los servicios de los sectores salud y educación.

Académicamente, se encuentra establecido en el Reglamento de Grados y Títulos de la escuela Académico – Profesional de Economía de la Facultad de Ciencias económicas, Contables y Administrativas de la Universidad nacional de Cajamarca, donde se indica en el artículo correspondiente la realización de un proyecto de tesis y la sustentación como una de las modalidades para optar el título de economía.

1.3.4. Justificación personal

La elaboración del presente trabajo me ayudará a fortalecer conocimientos y contrastar la realidad con las teorías, enfoques y políticas públicas; asimismo lograr despertar el interés en los demás alumnos para que descubran el funcionamiento del sistema de salud en el Perú y también en Cajamarca.

1.4. Formulación del Problema

1.4.1. Problema General

¿Cuál fue el gasto de bolsillo promedio en pacientes atendidos en consulta externa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el 2023?

1.4.2. Problemas Específicos

¿Cuáles fueron los principales componentes del gasto de bolsillo de la población que optó por atenderse en consulta externa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca?

¿Cuáles son las posibles alternativas para cambiar la tendencia creciente del gasto de bolsillo de los pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca?

1.5. Delimitaciones del problema: espacio temporal

El estudio analiza el comportamiento de la composición del gasto de bolsillo en el año 2023 de los pacientes que se atendieron en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

1.6.Limitaciones del Estudio

La limitación en cuanto a la recolección de datos, se presentó dificultad para encontrar a los jefes de hogar en el momento indicado y existió cierta desconfianza y privacidad por los datos a compartir.

Además, se presenta una limitación en cuanto a nivel bibliográfico ya que los estudios e investigaciones previas de manera local son escasas.

1.7.Objetivos de la investigación

1.7.1. Objetivo General

Determinar cuál fue el gasto de bolsillo promedio en que incurrieron los pacientes atendidos en consulta externa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2023.

1.7.2. Objetivos específicos

Identificar los principales componentes del gasto de bolsillo en pacientes atendidos en consulta externa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2023.

Plantear posibles alternativas de solución, mediante un plan de propuesta, para que el gasto de bolsillo en salud de los pacientes que son atendidos en consulta externa del HRDC se reduzca.

1.8.Hipótesis y Variables

1.8.1. Hipótesis General

El gasto de Bolsillo promedio en pacientes atendidos en consulta externa en el Hospital Regional de Cajamarca durante el año 2023 varía entre 100 y 120 soles por hogar.

1.8.2. Hipótesis específicas

Los principales componentes del gasto de bolsillo de la población (pacientes) que decide atenderse en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca son: el gasto en medicamentos e insumos, pago por exámenes de laboratorio y pago por exámenes de diagnóstico por imágenes (rayos x: tomografías, ecografías, resonancia magnética, etc.), a ello se puede sumar la variabilidad que existe en el número de personas que componen su hogar y además el número de veces que asiste al hospital por una cita médica.

Entre las principales causas que generan un mayor gasto de bolsillo destacan la falta de reactivos en el HRDC para la realización de exámenes de laboratorio, así como el desabastecimiento de medicamentos e insumos en las farmacias hospitalarias. Esto obliga a los pacientes a adquirirlos en farmacias privadas a precios más elevados, incrementando sus gastos. Una situación similar ocurre con los exámenes de diagnóstico por imágenes, donde la presencia de fallas técnicas en los equipos o la falta de insumos necesarios también incide en un mayor costo para los pacientes.

Las alternativas de solución serían las siguientes: mejorar los flujos de adquisición de medicamentos e insumos para que las farmacias no presenten faltantes y por ende brinden una mejor atención con oportunidad y calidad a los pacientes que lo requieran; que los responsables de

cada servicio ingresen oportunamente el detalle de cantidades de insumos y medicamentos por medio de los sistemas informáticos, en este caso el Sistema de Integración Administrativa (SIGA) específicamente en el Cuadro Multianual de Necesidades, y así realizar un buen abastecimiento a las farmacias hospitalarias. Estas alternativas se mencionan a mayor detalle en el apartado V.

1.8.3. Variable

Variable 1: Gasto de Bolsillo en Salud (GBS)

Gasto, tarifa o cualquier tipo de pago no reembolsable que realiza un usuario para la prestación de servicios de salud, influye la accesibilidad y preferencia de servicios (Petrera et al. 2015).

El gasto de bolsillo en salud (GBS) es aquel gasto que no está cubierto por las entidades prestadoras de salud y por ende debe ser cubierto por los usuarios del sistema.

Variable 2: Componentes del gasto de bolsillo

Para la presente investigación se considera como variable independiente los motivos de gasto como pagos en: medicamentos e insumos, exámenes de laboratorio y pago por exámenes de diagnóstico por imágenes (rayos x: tomografías, ecografías, resonancia magnética, etc.)

Así también se consideró pagos indirectos como; transporte, alimento y estadía de ser el caso, estos incrementan el gasto que realizan los hogares con el fin de recuperar su salud.

1.8.4. Matriz de Operacionalización de Variables

Tabla 1

Matriz de Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e Instrumentos
Gasto de bolsillo	Se refiere al pago por procedimientos, tratamientos, medios diagnósticos y deducibles efectuados al momento de necesitar atención de manera formal o informal, si se cuenta con un seguro médico o no.	Procedimientos Tratamiento Diagnósticos Deducibles	Consulta Médica, Hospitalización Medicamentos Insumos Terapias Exámenes de Laboratorio Estudios de Imagen Transporte Alimentación	Técnica: encuesta Instrumento: cuestionario
Componentes socioeconómicos del GBS	Grupo de fenómenos de tipo sociales, económicos y personales que crean un estado de salud adecuado en la población. Establecen la forma en que los individuos nacen, crecen, viven y forman parte del sistema de Salud.	Geográfica Sociocultural Económica	Lugar de residencia Aceptabilidad, percepción del trato. Gastos de traslado	ENAH – INEI

1.8.5. Matriz de Consistencia Metodológica

Tabla 2 Matriz de Consistencia Metodológica

Título: Gasto de Bolsillo en pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023.							
Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos	
Pregunta General: ¿Cuál fue el gasto de Bolsillo promedio en pacientes atendidos en consulta externa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2023? Preguntas específicas: ¿Cuáles son los principales componentes del gasto de bolsillo? ¿Cómo plantear un plan que ayude a reducir el gasto de bolsillo?	Objetivo general: Determinar cuál fue el gasto de bolsillo promedio en pacientes atendidos en Consulta Externa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el 2023. Objetivos específicos: Identificar los componentes de gasto de bolsillo en pacientes atendidos en Consulta Externa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2023. Realizar un plan de propuesta para reducir el GBS, 2025.	Hipótesis general El gasto de Bolsillo en pacientes atendidos en Consulta externa en el Hospital Regional de Cajamarca en el año 2023 varía entre 100 y 120 soles por hogar. Hipótesis específicas Los principales componentes del gasto de bolsillo de la población (pacientes) que decide atenderse en el Hospital Regional Docente de Cajamarca son: el gasto en medicamentos e insumos, pago por exámenes de laboratorio y pago por exámenes de diagnóstico por imágenes (rayos x: tomografías, ecografías, resonancia magnética, etc.)	Gasto de Bolsillo en salud	Procedimiento	Consulta medica	Técnica: encuesta	
					Hospitalización		
				Tratamiento	Medicamentos		Instrumento: cuestionario
					Insumos		
					Terapias		
				Diagnostico	Exámenes de laboratorio.		Instrumento: cuestionario
					Estudio de imágenes		
				Deducibles	Transporte		Instrumento: cuestionario
			Alimentación				
			Componentes demográficos del GBS	Geográfica	Lugar de residencia		Análisis documental
Sociocultural	Aceptabilidad						
	Percepción del trato.						
Económica	Gastos directos						
Metodología	El método general utilizado para esta investigación es de enfoque mixto, de inferencia deductiva y de información obtenida mediante encuestas.						
Población y muestra	La muestra consta de 384 jefes de hogar que buscan asistencia por consultorios externos para cualquier integrante de su familia.						

II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1.Marco Legal

Constitución política del Perú (1993): la Constitución Política del Perú (CPP) del año 1993 aclara en varios de sus artículos temas concernientes a salud, al derecho y acceso que tenemos como personas al mismo, a continuación, menciono un breve detalle:

En el artículo 2, numeral 1, menciona que toda persona tiene derecho a la vida y en el numeral 7, aclara que toda persona tiene derecho a la salud. Protección al discapacitado. Se establece que el derecho a la salud es una prerrogativa tanto individual como familiar y comunitaria, lo que conlleva la responsabilidad compartida de promoverla y protegerla. Asimismo, se garantiza que aquellas personas con limitaciones físicas o mentales que les impidan valerse por sí mismas reciban un trato digno, amparado por un marco legal que asegure su cuidado, rehabilitación y bienestar integral. Constitución Política del Perú, Art. 2 (1993).

Así también en el artículo 9, Política Nacional de Salud, menciona que el Estado determina la política nacional de salud. El poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y encaminarla de forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud. Constitución Política del Perú, Art. 9 (1993).

En el artículo 11 de la CPP, aclara que el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Constitución Política del Perú, Art. 11 (1993).

En el Título III del Régimen Económico, en el Capítulo I, Principios generales, en el artículo 58: Economía Social de mercado; menciona que La iniciativa privada es libre. Se ejerce en una economía social de mercado. Bajo este régimen, el Estado orienta el desarrollo del país, y

actúa principalmente en las áreas de promoción de empleo, salud, educación, seguridad, servicios públicos e infraestructura. Constitución Política del Perú, Art.58, Cap. I (1993).

En el artículo 192 de la CPP, menciona que Los gobiernos regionales promueven el desarrollo y la economía regional, fomentan las inversiones, actividades y servicios públicos de su responsabilidad, en armonía con las políticas y planes nacionales y locales de desarrollo. En el numeral 7 del mismo artículo (192), en el que e indica que: son competentes para Promover y regular actividades y/o servicios en materia de agricultura, pesquería, industria, comercio, turismo, energía, minería, vialidad, comunicaciones, educación, salud y medio ambiente, conforme a ley. Constitución Política del Perú, Art.192 (1993).

Ley N°26842: Ley General de Salud: La presente Ley general de salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. En términos sencillos la salud se define como un pilar esencial para el desarrollo humano y el bienestar común. Dentro de su segundo título, la norma enfatiza los deberes y responsabilidades hacia terceros, regulando áreas críticas como el control sanitario de productos de consumo (alimentos, bebidas y cosméticos), el manejo de instrumental médico, la gestión de sustancias peligrosas y la seguridad en los entornos laborales, así como la preservación del medio ambiente para proteger la salud pública.

En su artículo 3, hace mención que toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, estando los establecimientos de salud sin excepción obligados a prestar esta atención, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud. Ley N°26842 (1997).

Ley N°29459: Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. Esta normativa determina los fundamentos y estándares de calidad para productos farmacéuticos y dispositivos médicos, alineándose con las políticas nacionales de Salud y Medicamentos para el caso peruano. Bajo este marco, el Estado asume la responsabilidad de priorizar estas directrices dentro de su agenda social, con el fin de asegurar que la población, en sus diferentes niveles, acceda a servicios de salud de manera oportuna, justa y con estándares de calidad garantizados. Ley N°29459 (2009).

Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Abastecimiento N°1439: dentro del ámbito de aplicación se encuentra los Gobiernos Regional y Locales. Tiene como finalidad establecer los principios, definiciones, composición, normas y procedimientos del Sistema Nacional de Abastecimiento, asegurando que las actividades de la Cadena de Abastecimiento Público se ejecuten de manera eficiente y eficaz, promoviendo una gestión inter operativa, articulada e integrada, bajo el enfoque de la gestión por resultados.

Norma Técnica de Salud N°021-MINSA/DGSP-V03: Categorías De Establecimientos Del Sector Salud". Tiene por finalidad contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de salud de la población. La norma tiene por objetivo general, establecer el marco técnico normativo para la categorización de los establecimientos del Sector Salud. Y como objetivos específicos: definir las categorías de establecimientos de salud y las características técnicas correspondientes, contribuir con la organización de la oferta de servicios de salud en el Sector Salud. NTS N°21-MINSA, (2011).

Siendo así que el Hospital Regional Docente de Cajamarca, es de categoría II-2, con cartera ampliada en cuanto a especialidades de cirugía cardiovascular, neurocirugía, cirugía urológica, cirugía pediátrica y actualmente cirugía oncológica.

2.2. Antecedentes de la Investigación

2.2.1. A nivel Internacional

Organización Panamericana de la Salud y Organización Internacional del Trabajo (1999). *El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud*. Repositorio Institucional para el Intercambio de Información. Este trabajo tuvo como objetivo general analizar el gasto de bolsillo como un indicador de la exclusión social y la ineficiencia de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, con el fin de justificar la necesidad de ampliar los mecanismos de protección social. Los objetivos específicos fueron: identificar el impacto financiero del pago directo en el punto de servicio sobre la economía de los hogares; demostrar que el gasto de bolsillo es la forma más ineficiente y regresiva de financiamiento sanitario y proponer argumentos económicos (basados en la eficiencia) para que los Estados extiendan la cobertura de seguridad social a sectores informales y pobres. El informe utiliza el método descriptivo y analítico de base comparativa.

Llegando a la conclusión de que, para mejorar la eficiencia de los sistemas de salud nacionales, es imperativo transitar del gasto de bolsillo hacia sistemas de prepago o seguridad social obligatoria, donde el riesgo se comparta entre toda la población.

Cardenas (2011). *Metodologías Para El Cálculo Del Gasto De Bolsillo En Salud E Identificación De Los Principales Determinantes De Gastos Considerados Altos Y Catastróficos*

Para Colombia [Tesis de pregrado, Universidad de los Andes]. Repositorio Institucional Universidad de los Andes. Tuvo como objetivo realizar una revisión y aplicación de diversas metodologías para calcular el gasto de bolsillo (GB) en salud en Colombia. Además, buscó identificar los factores o determinantes que llevan a que un hogar incurra en gastos de salud que se consideran altos o catastróficos. La metodología utilizada fue un enfoque cuantitativo basado en microdatos de la encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) de Colombia. El método incluyó estimaciones del gasto, cálculo de indicadores y uso de modelos econométricos como Probit o Logit. El autor concluye que, aunque el sistema de salud colombiano ha logrado una alta cobertura formal el gasto de bolsillo sigue siendo una barrera significativa, especialmente para los medicamentos y servicios no cubiertos por el plan obligatorio. La investigación resalta que pertenecer a los niveles más bajos de ingreso y tener miembro en el hogar con enfermedades crónicas son los mayores determinantes de sufrir gastos catastróficos lo que demuestra que el sistema aun presenta desafíos en términos de protección financiera efectiva para las poblaciones más vulnerables.

Delgado (2021). *Accesibilidad a la seguridad social y gasto de bolsillo en afiliados de un Hospital público en Quevedo, Tesis para optar el título de Ecuador, Quevedo, Ecuador*. El autor se planteó como objetivo, determinar la relación entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel del gasto de bolsillo en afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador durante el año 2021. Planteándose la hipótesis de que existe una relación positiva entre el nivel de accesibilidad a la seguridad social y el nivel del gasto de bolsillo en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021. El estudio realizado en un hospital público de Quevedo (2021) confirmó que existe una relación directa entre la accesibilidad a la seguridad social y el

gasto de bolsillo de los usuarios. Aunque factores como la ubicación estratégica y la calidez en la atención facilitan el acceso, las deficiencias administrativas (tiempos de espera y desabastecimiento) y las limitaciones económicas de los afiliados restringen la calidad del servicio. Como resultado, los pacientes enfrentan un elevado gasto de bolsillo, especialmente en la adquisición de medicamentos y pruebas diagnósticas. Finalmente, existe un nivel alto de gasto de bolsillo en las dimensiones tratamientos, medios diagnósticos y deducibles, mientras que un nivel bajo en la dimensión procedimientos en los afiliados de un Hospital público en Quevedo, Ecuador, 2021.

2.2.2. A nivel Nacional

Rojas, (2020). *Efecto de la disponibilidad de los seguros de salud sobre el gasto de bolsillo en salud de las familias peruanas, 2012-2018*. La investigación de Rojas tuvo como objetivo principal evaluar cómo influye la cobertura de los seguros de salud, tanto públicos como privados, en el gasto de bolsillo de los hogares peruanos entre los años 2012 y 2018. Complementariamente, el estudio buscó precisar el impacto de los factores socioeconómicos familiares sobre dichos desembolsos directos durante el mismo periodo. Plantea como hipótesis general que: el resultado de la implementación del Aseguramiento Universal en Salud, la disponibilidad de seguros públicos y privados de salud ha tenido un efecto positivo en la reducción de los gastos de bolsillo en salud de las familias peruanas durante el periodo 2012 a 2018. Al realizarse el estudio se obtuvo como resultado que las estimaciones sugieren que en el país el aseguramiento en salud es, en efecto, un instrumento de política eficaz para lograr la protección financiera de los hogares a través de la reducción de los gastos de bolsillo. Para el año 2018, a nivel urbano, una familia promedio puede llegar a gastar alrededor de 160 soles mensuales en gastos de bolsillo en salud; sin embargo, en el

ámbito rural el gasto de bolsillo promedio familiar se estima en alrededor de 70 soles por mes. El estudio determinó que la afiliación a regímenes de aseguramiento médico ejerció un rol mitigador sobre la vulnerabilidad económica familiar en el Perú. Tras ajustar el análisis por factores temporales y sociodemográficos, los datos indican que los hogares asegurados presentaron una menor frecuencia de gastos directos en salud durante el periodo 2012-2018. (pág. 15)

Rojas y Santos (2021), en su tesis *Gasto De Bolsillo En Salud De Pacientes con Covid-19 Atendidos En El Hospital Cayetano Heredia 2020-2021*. Teniendo como objetivo determinar el gasto de bolsillo en salud de pacientes con COVID-19 atendidos en el Hospital Cayetano Heredia; además se propuso conocer la asociación entre grado de instrucción y gasto de bolsillo, identificar la asociación entre tipo de seguro de salud y gasto de bolsillo e identificar el tipo de características sociodemográficas de pacientes con COVID-19 del mencionado Hospital. Obteniendo como resultados; de una muestra de 119 participantes, de los cuales el 61.34% fueron hombres y 38.66% mujeres. Un 74.79% indicaron ser jefes de Hogar y el grupo etario predominante fue de 30 a 59 años. Así mismo, se encontró que el 47.90% tenía grado de instrucción secundaria, 37.82% superior, 12.61% primaria y 1.8 % ninguno o inicial. Además, 7 de cada 10 encuestados tenían SIS, mientras que un 21.01% se encontraban afiliados a EsSalud y el 8.40% no tenían seguro de salud.

Con estos resultados obtenidos llegaron a la conclusión de que El GBS familiar fue S/. 5,339.02 soles y el GBS per cápita S/. 2,470.28 soles. El GBS familiar fue mayor en el componente: EPPS e insumos de bioseguridad con una media de S/. 2,458.88 soles, seguido de gasto en medicamentos de S/. 1,899.54 soles y gasto en hospitalización de S/. 1,191.54 soles. Asimismo, el grado de instrucción se asocia con el GBS de pacientes con COVID-19, evidenciado que a mayor grado de instrucción mayor es el GBS y, por último, en cuanto a características

sociodemográficas se encontró que el 61,34% son varones, el 62,18% pertenecen al grupo etario de 30-59 años, 70,59% (SIS), 47% son trabajadores independientes y el 40% tuvieron 2 miembros en su hogar diagnosticados con COVID-19. (pág. 11)

Espinoza (2022). En su investigación titulada *"Determinantes sociales y gasto de bolsillo en odontología en afiliados EsSalud, Lima Metropolitana, 2022"*. Esta tesis tuvo como objetivo principal determinar la relación entre los determinantes sociales y el gasto de bolsillo en odontología en afiliados EsSalud, Lima Metropolitana, 2022. Los objetivos específicos fueron: Determinar la relación entre el grado de instrucción, el género, el ingreso neto mensual y la ocupación con el gasto de bolsillo en odontología en afiliados EsSalud, Lima Metropolitana, 2022. Como hipótesis de la investigación plantearon lo siguiente: Existe relación significativa entre los determinantes sociales y el gasto de bolsillo en odontología de afiliados EsSalud, Lima Metropolitana, 2022. Los resultados del estudio confirmaron una correlación estadísticamente significativa entre los determinantes sociales y el gasto de bolsillo, validada por un valor de χ^2 inferior al margen referencial. En particular, la ocupación mostró una vinculación directa con el gasto, destacando que los empleados representan el grupo con mayor incidencia, alcanzando un 88.7% de la muestra analizada. (pág. 10).

MINSA, 2022, Informe realizado por el Equipo de Estudios Económicos del MINSA, en el 2022, menciona que, los determinantes sociales de la salud se encuentran relacionados con las fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de vida de las personas a lo largo de toda su vida. Las fuerzas y sistemas comprenden las políticas, sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales, así como los sistemas políticos.

Resulta imperativo mantener una inversión constante en el fortalecimiento de los sistemas de cuidados. No obstante, el financiamiento no debe limitarse a la asistencia clínica; es esencial

asignar recursos estratégicos a la promoción de hábitos saludables y a la mejora del entorno social. Factores como la vivienda, el empleo digno y la urbanización son componentes críticos que influyen directamente en los indicadores de bienestar de la población.

Cuando la población no vea financiado al 100% sus gastos en salud, estos lo asumen directamente (gasto de bolsillo).

En el 2019, Perú aún se encuentra entre los países en las que el gasto de bolsillo representa un porcentaje significativo con respecto al gasto corriente total en salud. (Equipo de Estudios Económicos, 2022, págs. 1,2 y 9).

2.2.3. A nivel Local

A la actualidad no se encontraron trabajos relacionados al tema de investigación.

2.3.Marco Teórico y Conceptual

2.3.1. Los fundamentos del aseguramiento de la Economía del Bienestar

Existen ciertos estudios sobre la relación entre la disponibilidad de acceder a un seguro de salud y los gastos que realizan las familias para proteger su salud, durante años ha sido estudiada a través de la Economía de la Salud en el marco de la Economía del Bienestar.

Arrow, (1963), en su publicación: *“Uncertainty and the welfare economics of medical care”* marca la génesis de la Economía de la Salud, planteando la teoría del seguro ideal. Al respecto, Arrow asume que cada persona busca maximizar el valor esperado de su función de utilidad, que cada individuo es adverso al riesgo, y la existencia de un seguro en el mercado con

una base actuarial justa, y que ofrece asegurar a las personas de todos los costos médicos. Bajo estas circunstancias, el individuo va a preferir conseguir una póliza de seguro y ganar de este modo bienestar en su salud.

Es así como Arrow caracteriza el mercado de la salud, identificando los siguientes problemas: incertidumbre de la demanda, comportamiento de los proveedores de salud, la incertidumbre respecto del servicio y las externalidades. **Arrow**, además menciona que, las imperfecciones del mercado impiden una distribución óptima de los recursos sanitarios. En este contexto, la función primordial del seguro es la gestión del riesgo: mediante un aporte previo y constante, se protege al individuo ante la incertidumbre de la enfermedad. Este mecanismo sustituye los gastos de bolsillo imprevistos por un costo predecible, eliminando barreras económicas y garantizando que el usuario reciba atención médica en el momento que la necesita. En conclusión, Arrow, identifica fallas de mercado en el sector salud, como:

Asimetría de información: los pacientes no pueden evaluar la calidad del servicio antes de recibirlo.

Falta de competencia: en muchas regiones, los hospitales públicos son los únicos proveedores de servicios médicos.

Incertidumbre y riesgo: los pacientes no pueden predecir cuándo necesitarán atención médica, lo que genera una demanda inelástica.

Externalidades: las decisiones individuales de atención médica afectan el bienestar colectivo (vacunas, control de epidemias, etc.).

El acceso a la salud es un bien meritorio, es decir, un bien que debe ser garantizado por el Estado debido a sus externalidades positivas en la sociedad (mejor productividad laboral, reducción de desigualdades, mayor calidad de vida).

Sin embargo, el alto gasto de bolsillo sugiere que el Estado no está financiando completamente la salud, trasladando el costo a los hogares, lo que genera inequidad.

2.3.2. Aportes contemporáneos a la Economía de la Salud

En temas de economía de la salud la literatura económica contemporánea ha puesto mucho énfasis en conceptos como la equidad en el financiamiento de la salud y la protección frente al riesgo financiero, conceptos que se basan en la noción de que cada hogar debe pagar una proporción equitativa de los gastos de salud. (Díaz & Valdivia, 2012)

El concepto de equidad en el financiamiento de la salud abarca precisamente la mancomunación de los riesgos entre las personas sanas y las enfermas y la distribución del riesgo entre niveles de riqueza y de renta (Xu, 2005). El concepto de mancomunación implica un mecanismo de solidaridad donde los aportes de los individuos sanos (que no tengan problema alguno o incapacidad física) subsidian la asistencia de quienes padecen alguna enfermedad. Por otro lado, la distribución del riesgo financiero se fundamenta en un principio de progresividad, estableciendo que la carga del financiamiento sanitario debe recaer en mayor medida sobre los estratos de la población con mayor capacidad económica.

De manera que, la distribución de la carga económica que se refiere al gasto en salud difiere de familia en familia de acuerdo a sus propias características en particular. De acuerdo con (Díaz & Valdivia, 2012), las características socioeconómicas de la familia influyen sobre la propensión

del hogar a experimentar un gasto de bolsillo en salud durante un cierto periodo, ya sea incrementando la probabilidad de ocurrencia de un impacto negativo en la salud o mejorando la capacidad del hogar para hacer frente a los gastos médicos que esta acarrea.

2.3.3. *Modelo de Aseguramiento en Salud*

El gasto de bolsillo en salud está directamente relacionado con el modelo de financiamiento y aseguramiento en salud. Existen tres tipos principales de financiamiento en salud:

1. Sistema de Mercado (EE. UU.) → Mayor gasto de bolsillo, acceso restringido a quienes pueden pagar.
2. Sistema Público Universal (Reino Unido, Canadá, España) → Bajo gasto de bolsillo, financiamiento estatal.
3. Modelo Mixto (Perú, México, Brasil) → Combinación de seguros públicos (SIS, EsSalud) y gasto privado.

En Perú, el SIS busca reducir el gasto de bolsillo para personas de bajos recursos. Sin embargo, el análisis de la tesis sugiere que la cobertura del SIS es insuficiente, pues muchos pacientes siguen asumiendo costos de exámenes y medicamentos.

2.3.4. *Modelo de Protección Financiera en Salud*

Joseph Kutzin: es un experto en financiamiento de la salud de la OMS, que ha desarrollado ampliamente el concepto de protección financiera den salud. Kitzin ha trabajado en la medición y

el análisis de la protección financiera, y ha propuesto indicadores para evaluar el desempeño de los sistemas de salud en este aspecto.

Sus trabajos se centran en la equidad en el financiamiento de la salud y la reducción de las barreras financieras para el acceso a la atención.

Julio Frenk: ha realizado importantes contribuciones al estudio de los sistemas de salud en América Latina, incluyendo el desarrollo del Sistema de Protección en Salud (SPSS) en México. Sus investigaciones han abordado la protección financiera en el contexto de las reformas de salud, y han analizado el impacto de diferentes modelos de financiamiento en la equidad y la eficiencia.

Además, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacan que la financiación de la salud debe garantizar el acceso universal a servicios de calidad, protegiendo a las personas de dificultades financieras. Asimismo, enfatizan la importancia de aumentar el financiamiento público, priorizando la atención primaria y eliminando el pago directo en el momento de la prestación. El Banco Mundial reconoce que existen fallos de mercado en el financiamiento privado de la salud, como la asimetría de información y la selección adversa. Menciona la necesidad de la intervención pública para garantizar la protección financiera, especialmente en países de bajos ingresos. Destaca la importancia de equilibrar la financiación de servicios esenciales con la protección contra gastos catastróficos.

En conclusión, las teorías sobre modelos de protección financiera en salud se centran en como los sistemas de salud pueden proteger a las personas de los costos prohibitivos de atención médica, teniendo en cuenta: ampliar la cobertura de servicios de salud esenciales, Reducir los pagos directos (gasto de bolsillo).

Las teorías sobre financiamiento de la salud examinan diferentes formas de recaudar y asignar recursos para atención médica, esto puede estar basado en impuestos, seguros sociales y seguros privados.

2.3.5. Teoría de la Elección del Consumidor: esta teoría aplicada en Servicios de Salud.

Teoría de la utilidad: economistas como Daniel Bernoulli y William Stanley Jevons, postulan que los consumidores toman decisiones buscando maximizar su utilidad o satisfacción. Esto implica que los individuos eligen aquellos servicios que les proporcionan el mayor beneficio en términos de bienestar, considerando sus restricciones presupuestarias.

Teoría de la demanda: Alfred Marshall y León Walras contribuyeron al desarrollo de la teoría de la demanda, que analiza cómo los precios y otros factores influyen en la cantidad de bienes y servicios que los consumidores están dispuestos a adquirir. En salud, esto se aplica al estudio de cómo los precios de los seguros médicos, los copagos y otros costos afectan la demanda de servicios de atención médica.

2.3.6. El gasto de bolsillo en salud y su relación con la pobreza

Un estudio realizado por Comex Perú (2023), asegura que casi todo el gasto de bolsillo total a nivel nacional se concentra en la población no pobre, según estimaciones del Ministerio de Salud (Minsa). Esto porque las personas en situación de pobreza, que están afiliadas al SIS en su mayoría, no tienen otras opciones para acceder a consultas o medicamentos por su cuenta.

Las limitaciones y escasez del sistema de aseguramiento público no deben seguir ignorándose. El incremento del gasto de bolsillo encarece el costo de vida y aumenta la

desigualdad. Esto debido a que la salud de la población de escasos recursos depende principalmente de los servicios que pueda ofrecer el Estado.

El Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), (2012): publicó un estudio sobre Empobrecimiento por gasto de bolsillo en salud, destacando que Los pagos por Gastos de Bolsillo en Salud (GBS) pueden sumergir a un hogar en un estado de pobreza extrema en la medida que estos gastos son efectuados a expensas de la adquisición de otros bienes y servicios.

Mediante un análisis descriptivo propositivo, el presente estudio trata de caracterizar la estructura del gasto de salud haciendo énfasis en los gastos de bolsillo. Los resultados indican que el gasto de bolsillo financia más del 50% del gasto de salud y empobrece al 1% de hogares no pobres. Por otro lado, a través de la estimación de un Modelo Lineal de Sesgo de Selección se encuentra que, cualquiera sea la capacidad de gasto, la carga del GBS es similar para todos los hogares.

2.4. Definición de términos básicos

2.4.1. *Gasto de Bolsillo en Salud*

El gasto de bolsillo en salud constituye e incluye todos los gastos en que incurre la familia y que están relacionados con la atención médica y el tratamiento de enfermedades. La característica particular de los gastos de bolsillo es que se financian con los recursos económicos del propio hogar en el momento en que se requiere la atención (OMS, 2010).

De acuerdo con diversos trabajos, los gastos de bolsillo constituyen una forma ineficiente e inequitativa de financiamiento del gasto en salud ya que la cantidad demandada de servicios de

salud está en función de la capacidad de pago del hogar en el momento en que ocurre la enfermedad y no de su real necesidad (Koch, Pedraza, & Schmid, 2017)

Para efectos del presente trabajo, se incluyen como gastos de bolsillo todos aquellos gastos financiados por el hogar con sus propios recursos, por concepto de consultas médicas, medicamentos, análisis, exámenes de ayuda diagnóstica como rayos X, tomografías, entre otros.

2.4.2. Gasto en consulta médica externa

Consulta (personal o telefónica) a un profesional médico titulado para diagnóstico, examen, tratamiento, seguimiento, consejo o cualquier otro trámite por algún problema, molestia o enfermedad de la persona entrevistada sin necesidad de estar hospitalizado.

2.4.3. Seguro de Salud

Teniendo en cuenta el enfoque de la presente investigación se puede mencionar que los sistemas de aseguramiento permiten que los individuos preserven su estabilidad económica frente a la enfermedad mediante el pago de primas ajustadas al riesgo actuarial. Sin embargo, más allá de la protección financiera, la equidad del sistema depende de una **compra estratégica** de servicios. Este proceso implica que la entidad aseguradora actúe como un agente activo que selecciona los mejores paquetes prestacionales, proveedores idóneos y modalidades de pago eficientes, optimizando así el valor de los recursos invertidos en salud. (Christianson & Conrad, 2011) (Langenbrunner et al. 2009).

El rol de compra estratégica es fundamental para armonizar los incentivos de los proveedores con el objetivo de alcanzar eficiencia, equidad en el acceso y calidad de los servicios

entregados a los usuarios de los servicios médicos, especialmente cuando se trata de los grandes compradores como los seguros de salud. En estos casos, el volumen de la compra permite aprovechar las economías de escala y la mejor capacidad de negociación del comprador en relación con los precios, la calidad y la oportunidad de los servicios (Christianson & Conrad, 2011) (Langenbrunner et al. 2009) (Álvarez et al. 2000).

2.4.4. Sistema de servicios salud

La idea que se tiene de sistema de Salud constituye uno de los tres pilares conceptuales de la Teoría Sanitaria (los otros son “estado o situación de salud de la población” y “políticas de salud”) y presenta especificidades que lo diferencian de cualquier otro sistema. Se suele resaltar qué se entiende por sistema de servicios de Salud: al conjunto de recursos y organizaciones de todo tipo que la sociedad destina a la producción de prestaciones para atender la salud de la población.

III. MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo, Diseño y nivel de investigación

El tipo de investigación tuvo un enfoque cuantitativo, con finalidad básica y con nivel de investigación descriptivo.

El diseño de estudio fue no experimental de corte transversal. Ya que se observaron los hechos sin manipular las variables, asimismo; la recolección de datos fue en un solo momento y se establecieron relaciones mediante cuestionario simple.

3.2. Objeto de estudio

Para esta investigación el objeto de estudio será el comportamiento del gasto de bolsillo en pacientes que llegan al servicio de admisión para conseguir una cita médica en consulta externa, para ello se aplicará una encuesta directa a los jefes de hogar o aquellas personas que hagan las veces, realizando el pago directo para acceder a los servicios de salud, se considerará a personas mayores de 18 años.

3.3. Unidad de análisis y unidades de observación

La unidad de análisis son aquellas personas que requieren atención médica y realizan un gasto por el servicio prestado.

Las unidades de observación serán las características socioeconómicas de la población.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

Jefes de familia que recurren al Hospital Regional Docente de Cajamarca para conseguir atención mediante una consulta externa para algún miembro de su familia o para sí mismos. Se consideró un aproximado de 100, 000 atenciones durante el año de estudio, 2023.

3.4.2. Muestra

Para la obtención de la muestra en esta investigación, el cálculo se realizó a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a las restricciones de tiempo y presupuesto. Bajo el respaldo de autores como Cresswell y Henry (2004), este método es válido en estudios exploratorios y en contextos donde el acceso a la población es limitado, permitiendo un primer acercamiento a los datos para generar hipótesis.

La selección de los participantes para la realización de la encuesta se basó en la limitación de encontrar a los jefes de hogar por la fácil accesibilidad y disposición a colaborar, tal como se describe en la metodología de muestreo por conveniencia. Además, debido al cálculo inexacto del número de atenciones por persona en un hogar o familia, esto considerando que no siempre las personas que acudieron a atenderse por consulta externa asistieron *por primera vez*. Así también se consideró las más 20 especialidades que brindan atención en consulta externa, con un número de atenciones que varía entre 16 a 22 pacientes por turno (mañana y tarde) entre los días lunes a sábado.

La estrategia se considera adecuada ya que ayuda a cumplir con los objetivos general y específicos de esta investigación.

Considerando así una muestra por conveniencia de 384 de total de atenciones en un mes, encuestas que serán aplicadas solo a jefes de hogar por el tipo de información cuestionada.

3.5.Métodos generales de investigación

El método general utilizado para esta investigación será analítico – sintético.

3.6.Métodos particulares de investigación

El método particular será el estadístico descriptivo.

3.7.Técnicas e instrumentos de investigación

3.7.1. Técnicas, e instrumentos de recopilación de información.

La técnica que se usará es una encuesta aplicada a los jefes de familia, para determinar el gasto de bolsillo en pacientes atendidos por consulta externa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2023. Teniendo como instrumento a un cuestionario es cual se aplicará sobre la muestra y servirá para el desarrollo de los objetivos planteados en la investigación sobre gasto de bolsillo en servicios de salud.

3.7.2. Técnicas de procesamiento, análisis y discusión de resultados

Mediante el cuestionario aplicado a la muestra antes mencionada, las preguntas serán codificadas para que, al momento de agrupar y estructurar la información, nos sea más fácil de tabular, graficar y analizar los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos de la investigación.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Datos Generales de la Institución

4.1.1. *Hospital Regional Docente de Cajamarca*

El Hospital tiene como misión brindar atención de salud integral, altamente especializada y de calidad, con buen trato y comprometidos con la equidad e interculturalidad, gestionado y optimizando los recursos necesarios, integrando funciones de docencia e investigación y articulado con los establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud de Cajamarca.

Considerando que el Hospital es la unidad de análisis para el presente trabajo, éste es una entidad dedicada a la prestación de servicios de salud integrales y especializados, fundamentada en principios de calidad, calidez y respeto por la diversidad cultural. Su gestión se orienta a la optimización de recursos y al fortalecimiento de la red sanitaria de la Dirección Regional de Salud de Cajamarca, integrando además pilares de docencia e investigación. En su proyección estratégica, la institución aspira a consolidarse como un hospital de referencia regional de la zona norte de alta complejidad (Categoría III-1), destacando por su liderazgo científico y el estricto cumplimiento de los derechos de los usuarios.

4.1.2. *Consultorios Externos del HRDC*

Siendo el Hospital Regional Docente de Cajamarca, un referente regional, a la fecha cuenta con 24 especialidades en consultorios externos y cuenta con más de 135 servicios en todo el hospital según lo requiera la población, cartera de servicios aprobado mediante Resolución directoral regional N°224-2021GR.CAJ/DRSC-DESP-DSS.

4.1.3. Descripción del proceso para obtención de una cita

a) Si el paciente cuenta con SIS:

En caso de que el paciente cuente con el Seguro Integral de Salud (SIS), deberá seguir el siguiente proceso.

Figura 1

Proceso para Adquirir una Cita en Consultorio Externo, si cuenta con SIS

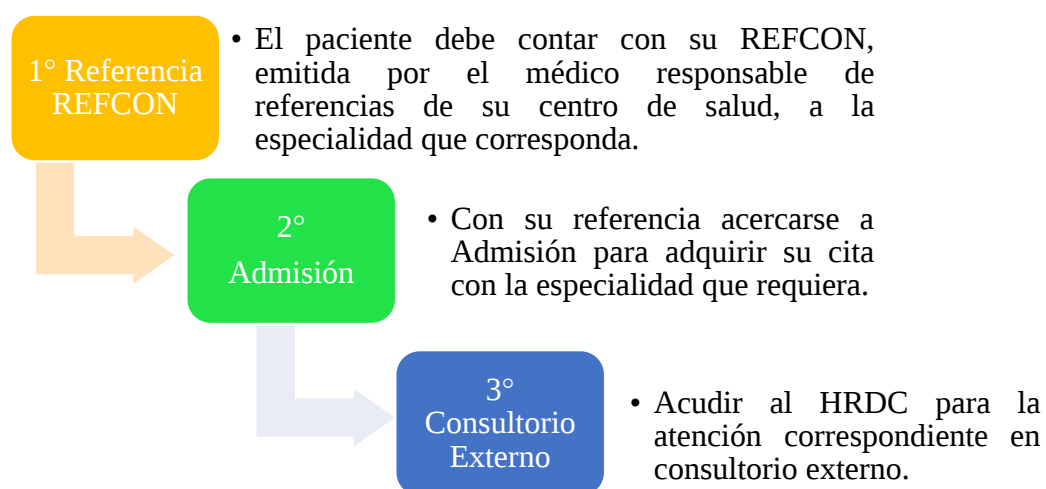
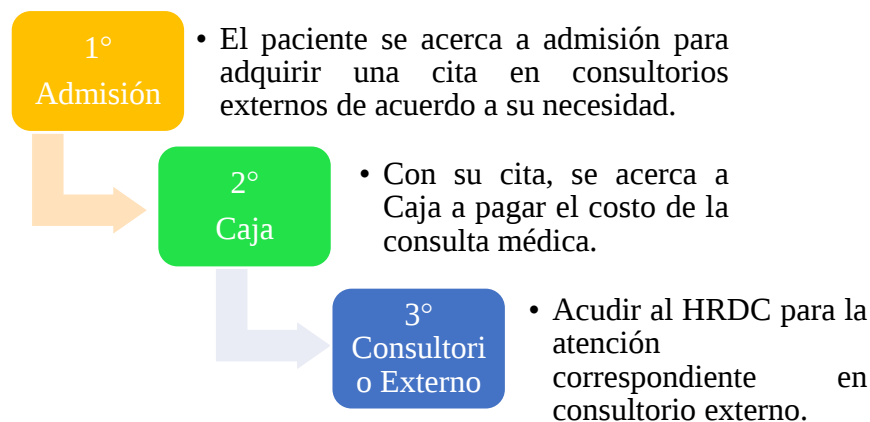


Figura 2

Proceso para Adquirir una Cita en Consultorio Externo, Paciente Particular (No Cuenta con Ningún Tipo de Seguro)



Cabe destacar que la disponibilidad de citas para consultorios externos es limitada debido a la alta demanda. Como resultado, los pacientes deben hacer largas filas, especialmente a finales e inicios de mes. En promedio, el tiempo de espera para obtener una cita es de tres días.

4.2.Resultados de la investigación

4.2.1. Datos proporcionados por el INEI

A continuación, se describen algunos datos obtenidos en la última Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) elaborado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

El Gasto de bolsillo per cápita: en el 2023, se estimó que el gasto de bolsillo promedio por persona fue de S/ 444 anuales. Esto significa que cada persona destinó, en promedio, S/ 444 de su propio dinero para cubrir gastos relacionados con la salud.

La principal razón del gasto de bolsillo es la falta de cobertura efectiva de los seguros de salud. Se estima que la mayoría del gasto se destina a atenciones médicas y compra de medicamentos no cubiertos por los seguros.

En los últimos cuatro años, el gasto de bolsillo total de las familias peruanas para atenciones y compra de medicamentos en establecimientos no pertenecientes al sistema Nacional de Salud (SNS) ha aumentado significativamente. Se estima que este gasto sumó s/ 63,844 millones en ese periodo.

Recalcando que son los adultos quienes realizan el mayor gasto de bolsillo en salud, representando aproximadamente el 47% del gasto total.

Así también, las personas de bajos recursos destinan un porcentaje mayor de sus ingresos al gasto de bolsillo en salud en comparación con las personas de mayores ingresos.

Por tanto, el gasto de bolsillo en salud puede tener un impacto negativo en la economía de los hogares, incluso puede llevarlos a la pobreza extrema. Se estima que el gasto de bolsillo financia más del 50% del gasto total en salud y puede empobrecer al 1% de hogares no pobres.

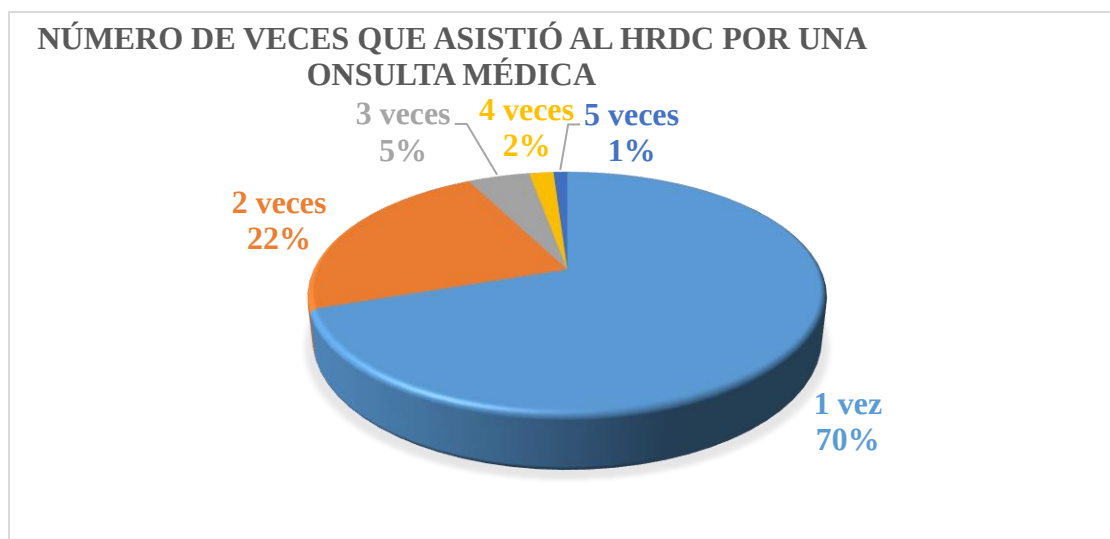
4.3.Datos sobre la población en Cajamarca

Según el INEI, la población total en el departamento de Cajamarca para el 2023 es de 1, 468, 549 habitantes. De los cuales 734, 547 son hombres y 734,002 son mujeres.

Para el presente trabajo de investigación, se aplicaron encuestas a los jefes de hogar que acuden al Hospital en busca de una cita para atención en consulta externa según la especialidad que requiera.

Se aplicaron un total de 384 encuestas y los resultados fueron los siguientes:

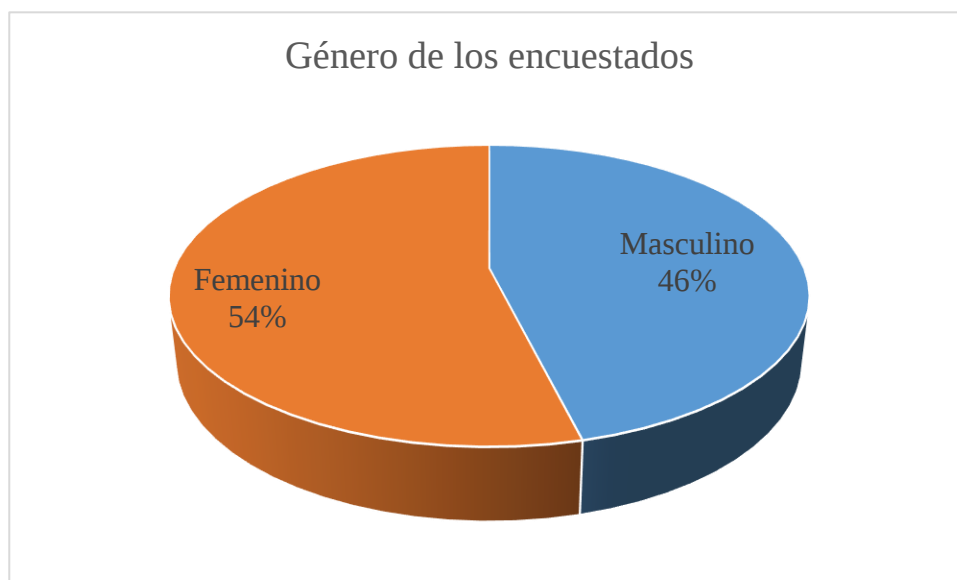
Gráfico 1



Del grafico anterior resaltamos que al menos el 70% de encuestados ha realizado una visita al hospital por atención en consulta externa en el hospital.

Además, las personas que acudieron de 2 a 3 veces a consulta externa, se debieron a que el médico especialista requería exámenes auxiliares de laboratorio o de diagnóstico por imágenes para dar un mejor diagnóstico o tratamiento de su enfermedad. Y los que acudieron por 4 o 5 veces, es debido al control del estado de salud, ya sea por vacunas, control de medicamentos (dosis que recibe el paciente) o tratamiento de alguna prótesis parcial o total según lo requiera o tratamiento del dolor.

Gráfico 2



El grafico anterior refleja que la mayor parte de encuestados son mujeres ya que son ellas las que acompañan a sus familiares a pasar consulta médica.

Cabe resaltar que uno de los motivos por el cual el número de encuestados en su mayoría son mujeres, es debido a que ellas acompañan a su familiar a la cita médica, no variando la calidad de información brindada.

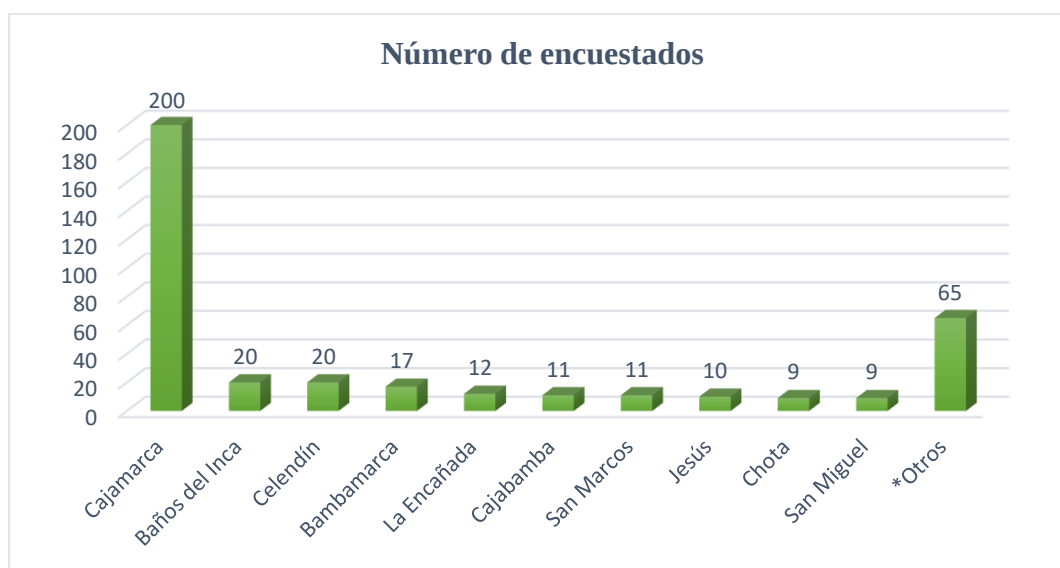
Tabla 3

Descripción de la distribución del gasto de bolsillo en salud.

Determinantes del GBS	Mínimo	Máximo	Promedio
Insumos y medicamentos	S/ -	S/ 80.00	S/ 20.00
Exámenes de laboratorio	S/ -	S/ 120.00	S/ 54.00
Exámenes en diagnóstico por imágenes	S/ -	S/ 250.00	S/ 31.00

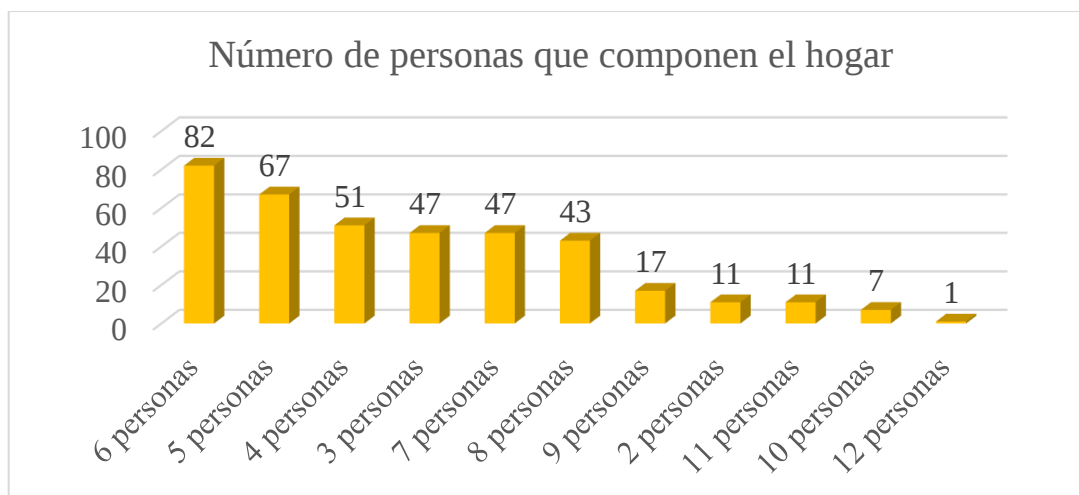
Nota: La tabla muestra el resumen de gasto mínimo, máximo y promedio que se ejecuta de acuerdo con el estado clínico del paciente, ya que hay posibilidades de que el paciente recupere su salud en su totalidad solo en una consulta médica ambulatoria, es decir sin necesidad de requerir exámenes de laboratorio auxiliares o de diagnóstico por imágenes

Gráfico 3



El gráfico con muestra con claridad que la mayor población que acude al hospital por una cita médica en consulta externa es de la ciudad de Cajamarca, esto debido a la ubicación geográfica del Hospital en estudio. Y la demás demanda son de zonas aledañas como baños del inca, Celendín, Bambamarca, Chota, San Miguel entre otros.

Gráfico 4



El grafico muestra que lo más común en Cajamarca es que la composición en un hogar sea por 6 miembros y la menos común es la composición de 12 personas en un hogar.

4.3.1. Análisis de estadístico

Los datos se analizaron en el programa de Microsoft Excel, los resultados se muestran a continuación:

Análisis Estadístico Por Variable Independiente

Tabla 4

Insumos y medicamentos

Estadísticos descriptivos	Resultado
Media	20
Error típico	0.6
Mediana	17
Moda	18
Rango	80
Mínimo	0
Máximo	80
Suma	7628.4
Cuenta	384.0
Nivel de confianza (95%)	

Nota: en esta tabla se muestran los resultados estadísticos del pago que se realiza en insumos y medicamentos.

Tabla 5

Exámenes de Laboratorio

Estadísticos descriptivos	Resultado
Media	54
Error típico	1.42
Mediana	58
Moda	0
Rango	120
Mínimo	0
Máximo	120
Suma	20782.3
Cuenta	384
Nivel de confianza (95%)	

Nota: en esta tabla se muestra los resultados estadísticos del pago que se realiza en exámenes de laboratorio.

Tabla 6

Exámenes de Diagnóstico por Imágenes

Estadísticos descriptivos	Resultado
Media	31
Error típico	2.0
Mediana	0
Moda	0
Rango	250
Mínimo	0
Máximo	250
Suma	11970
Cuenta	384
Nivel de confianza (95%)	

Nota: la tabla indica los pagos que se realizan por exámenes de diagnóstico por imágenes.

Tabla 7

Total, gasto de bolsillo

Estadísticos descriptivos	Resultado
Media	105
Error típico	2.7
Mediana	98
Moda	67
Rango	323
Mínimo	0
Máximo	323
Suma	40380.7
Cuenta	384
Nivel de confianza (95%)	

Nota: esta tabla muestra los valores acumulados en cuanto al gasto de bolsillo familiar

anual en atención en consulta externa del HRDC, sin importar la especialidad requerida.

4.4. Contrastación de la Hipótesis

La hipótesis planteada es que el gasto de bolsillo promedio varía entre 100 y 120 soles, es resultado se encuentra dentro del rango previsto, siendo este gasto 105 soles.

Realizado el análisis del modelo, se llega a la conclusión de que el gasto en exámenes de laboratorio y diagnóstico por imágenes son los que tienen mayor incidencia en el gasto de bolsillo.

Los resultados obtenidos son de manera independiente al número de veces que el jefe de hogar busca asistencia médica para sí mismo o para algún miembro de su familia.

En comparación con datos estadísticos de nuestro país, Cajamarca se encuentra abajo del promedio, Perú, presenta un gasto promedio familiar para servicios de salud de 541 soles y Lima por su parte llegaría a 700 soles anuales.

En cuanto a la procedencia de los pacientes, estos son de provincias cercanas a Cajamarca, como Celendín, Bambamarca y San Marcos. Siendo para esta población los gastos de bolsillo significativamente mayores ya que existen pagos indirectos por realizar viajes largos, hacen uso de doble transporte hasta llegar Cajamarca, el alojamiento que pagan, alimentación entre otros.

De lo mencionado anteriormente, lo cual fue comentario de varios encuestados, se podría deducir que los centros y postas médicas de localidades aledañas no tienen capacidad resolutive para la atención de su población, ya se atención preventiva, de control y tratamiento de la salud.

A manera de sugerencia, se incentiva a que los involucrados, supervisen de manera periódica el funcionamiento de los establecimientos de salud aledaños, lograr una mejor descentralización y así descongestionar la afluencia de pacientes en el Hospital Regional Docente

de Cajamarca, de esta manera se garantizará una atención de calidad y oportunidad en mejoría de la salud de la población cajamarquina.

4.5.Discusión de resultados

El SIS cubre teóricamente ciertos procedimientos, pero en la práctica hay desabastecimiento, lo que obliga a los pacientes a pagar de su bolsillo. Por ello en la investigación se deja de lado que el paciente cuente o no con algún tipo de seguro.

En la tesis de Rojas (2020), se menciona en uno de sus resultados que el gasto de bolsillo en asegurados SIS es menor a (S/ 111 a fines de 2018), lo cual es similar al que hallamos en el presente trabajo siendo de 105 soles.

Como se menciona en la tesis de Espinoza (2022), existe relación significativa entre los determinantes sociales y el gasto de bolsillo, lo cual se confirma con los resultados obtenidos en la variable número de personas en su hogar.

La descentralización de servicios no ha garantizado una distribución equitativa de recursos médicos, lo que genera una mayor carga financiera en los hogares.

El gasto de bolsillo excesivo puede representar un desfase financiero en los hogares más vulnerables. La OMS lo define como gasto catastrófico, ya que este puede superar al ingreso que percibe la familia afectando la canasta básica.

De acuerdo con el análisis y resultados que realiza Cárdenas (2011). Menciona que a nivel mundial existen variaciones frecuentes en los métodos de estimación del gasto de bolsillo en salud. El estudio destaca la falta de una metodología unificada y la necesidad de fuentes de información

complementarias y verídicas. Puedo confirmar la falta de información debido a que en temas de salud no se puede estimar ni prever gastos en los que se pueden incurrir. Siendo así necesario incentivar al ahorro para que estos gastos imprevistos no generen un desbalance en cuanto a nuestra economía.

Al obtener como resultado, de que uno de los principales determinantes del gasto de bolsillo son los exámenes médicos, indica que existe deficiencias en la provisión de insumos y reactivos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Asimismo, al conocer que hay una importante de demanda de pacientes provinciales, indica que los hospitales de las localidades no están cubriendo adecuadamente la atención médica.

V. PLAN PARA REDUCIR EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD, EN ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2025.

CONTEXTO: Determinar el gasto de bolsillo en salud de manera exacta resulta complicado, pero se puede calcular un aproximado o promedio como es el caso de la presente investigación, como se detalla en los resultados, el gasto de bolsillo es 105 soles en promedio anual por hogar, sin considerar nivel socioeconómico y cultural, número de veces que buscó consulta externa para cualquier especialidad médica.

De acuerdo al desarrollo de las encuestas, las familias tienen gastos significativos en lo que incluye la atención en consulta externa, como gastos en: medicamentos, insumos, exámenes de laboratorio, exámenes de diagnóstico por imágenes, entre otros.

5.1. Justificación

Esta propuesta se justifica en el impacto que pueda tener en cuanto al ámbito económico de la familia, disminución en temas de endeudamiento por gastos imprevistos por lo contrario aumentaría el ahorro y en general mejoraría la salud de la población.

5.2. Objetivos

5.2.1. *Objetivo Principal*

Reducir el gasto de bolsillo promedio de los pacientes atendidos en consulta externa del Hospital regional Docente de Cajamarca, garantizando la disponibilidad oportuna de medicamentos, insumos y servicios de diagnóstico.

5.2.2. *Objetivos específicos*

- ✓ Optimizar el proceso de adquisición y abastecimiento de medicamentos e insumos esenciales en la farmacia hospitalaria.
- ✓ Asegurar la operatividad continua de los equipos de diagnóstico por imágenes y la disponibilidad de reactivos para el laboratorio clínico.
- ✓ Implementar un sistema de registro digital para el monitoreo en tiempo real de las necesidades de insumos por cada servicio médico.

La propuesta consiste en lo siguiente:

5.3.Estrategias

- Distribución adecuada de recursos para mantener un correcto abastecimiento de la farmacia intrahospitalaria, con el manejo correcto de un stock, esto contribuirá a que los pacientes encuentren los medicamentos necesarios a un menor costo incluyendo los reactivos para exámenes de laboratorio y diagnóstico por imágenes como son el contraste para tomografías.
- Laboratorios implementados con insumos y reactivos necesarios para realizar los exámenes según la necesidad de los pacientes, evitando así que los realicen en laboratorios particulares.
- Atención en consulta externa en turnos mañana y tarde: actualmente el Hospital Regional Docente de Cajamarca cuenta con esta modalidad, lo cual desde mi perspectiva, está extendiendo su capacidad resolutive desde primera atención hasta una atención III – 1, lo cual es innecesario y económicamente inestable haciendo

que los centros de salud y establecimiento de primer nivel refieran sus pacientes de manera no controlada y la atención en el HRDC se vea congestionada y la calidad de atención se vea afectada.

- Realizar campañas de prevención de enfermedades, en escuelas, centros poblados, motivar a la población a que pueda acudir a un centro médico en los primeros síntomas de cualquier la enfermedad.

5.4.Cronograma de actividades

Tabla 8

Cronograma de Actividades

Actividad	I TRIM 2026	II TRIM 2026	III TRIM 2026	IV TRIM 2026
Actualización del Cuadro Multianual de Necesidades	X			
Mantenimiento preventivo de equipos médicos.	X		X	
Gestión y compra corporativa de reactivos de laboratorio y medicamentos.		X		
Capacitación al personal en el manejo y flujo de abastecimiento.		X		X
Supervisión en centros de salud aledaños.			X	X

5.5.Cuadro de presupuesto estimado

El presupuesto debe ser gestionado a través de los recursos del Gobierno Regional y el presupuesto institucional del HRDC, bajo el enfoque de gestión por resultados, teniendo en cuenta que el Hospital es una entidad ejecutora.

Tabla 9

Presupuesto Estimado

Concepto de gasto	Detalle	Fuente de financiamiento	Monto estimado
Abastecimiento de farmacia	Compra de medicamentos de alta demanda.	Presupuesto institucional	100,000.00
Soporte tecnológico	Licencias y mejora de módulos de cadena de abastecimiento.	Recursos directamente recaudados.	100,000.00
Mantenimiento de equipos	Contratos de servicios técnicos para diagnóstico de fallas en equipos.	Gobierno Regional de Cajamarca.	100,000.00
Insumos de laboratorio	Adquisición constante de reactivos para exámenes auxiliares.	Presupuesto institucional.	100,000.00
MONTO TOTAL EN SOLES=			400,000.00

Considerando que para el año 2025 el PIM fue 142,959,320.00 soles. Se debe considerar la estructura de los programas y proyectos que constituyen al hospital en el ámbito presupuestal. El monto total calculado debe ser evaluado en una mesa de diálogo para una próxima aplicación, puede evaluarse como una prueba piloto si en caso resulte favorable o no la ejecución de dicho plan.

5.6. Beneficios esperados

- Mejora en la calidad y oportunidad en atención en consulta externa.
- Protección financiera. Disminución de la carga económica familiar, evitando que el gasto supere los 105 promedio según el estudio y esto afecte la canasta básica del hogar.

- Oportunidad de atención-. Reducción de los tiempos de espera y eliminación de la necesidad de acudir a farmacias o laboratorios privados externos.
- Financiación institucional: mejor uso de los recursos públicos mediante una programación de necesidades más precisa y digitalizada.
- Equidad: mejora el acceso para la población de provincias aledañas, al recibir una atención integral que no les exija gastos adicionales e imprevistos.
- Disminución de complicaciones en la salud de la población.
- Se lograría un bienestar general de la población cajamarquina y pacientes que son referidos de zonas aledañas.
- Autoridades comprometidas con la mejora del sistema de salud.
- Población concientizada en temas de prevención de enfermedades y cultura de ahorro.

5.7. Involucrados

Para comprender mejor sobre quiénes son los participantes o involucrados, continuación se presenta una matriz de involucrados, teniendo en cuenta temas de presupuesto, planificación y supervisión:

Tabla 10

Matriz de involucrados

Grupo involucrado	Intereses	Problema percibido	Recursos (acciones)
Gobierno Regional de Cajamarca	Cumplir con la Política Nacional de Salud y mejorar la inversión regional.	Gasto de bolsillo elevado que afecta la economía de la población.	Provisión de financiamiento para mantenimiento de equipos y compras mayores.
Director General del Hospital	Lograr una gestión eficiente, cumpliendo metas institucionales y calidad de atención.	Falta de coordinación efectiva entre áreas y necesidad de delegar funciones estratégicas.	Autoridad máxima; capacidad de delegar responsabilidades y aprobar el plan de mejora.
Áreas Administrativas (logística, planeamiento y presupuesto)	Optimizar el uso de recursos y cumplir con el cuadro Multianual de Necesidades.	Desabastecimiento de insumos y fallas técnicas en equipos por mala programación.	Gestión de compras corporativas y manejo del SIGA para el correcto abastecimiento.
Personal de farmacia y laboratorio	Brindar atención continua y contar con un stock de medicamentos y reactivos más requeridos.	Desabastecimiento que obliga al paciente a recurrir al sector privado.	Control directo de inventarios y reporte de necesidades en tiempo real.
Pacientes (jefes de hogar)	Recibir atención integral gratuita o de bajo costo.	Carga económica reflejada en el gasto de bolsillo que suele llevar a un endeudamiento.	Presión social y participación ciudadana; son los principales beneficiarios.
Establecimientos de salud aledaños	Mejorar su propia capacidad resolutoria y evitar derivaciones innecesarias.	Descentralización ineficiente que congestionan el Hospital Regional.	Ejecución de campañas de prevención y atención primaria descentralizada.

CONCLUSIONES

Se determinó que el gasto promedio en el que incurrieron los pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2023 fue de **S/ 105.00 por hogar**. Este resultado valida la hipótesis general planteada y aunque la cifra está por debajo del promedio nacional y de Lima, representa una carga económica significativa para familias con ingresos inferiores a 1,000 soles mensuales.

Se identificó que los principales componentes del gasto de bolsillo son los gastos en exámenes de laboratorio y exámenes de diagnóstico por imágenes. Situación que se debe principalmente al desabastecimiento de insumos y reactivos, así como a fallas técnicas en los equipos del hospital, lo que obliga a los pacientes a recurrir a laboratorios privados.

La investigación concluye que factores como el lugar de procedencia y la composición del hogar influyen indirectamente en el incremento del gasto de bolsillo.

Finalmente, a pesar de la existencia de mecanismos de aseguramiento como el SI, la protección financiera actual es insuficiente para evitar el gasto de bolsillo. Por ello se propone un Plan de Mejora, el cual hace énfasis en la cadena de abastecimiento de insumos y medicamentos y el mantenimiento de equipos ayudando a fortalecer la calidad y oportunidad de atención a los pacientes según su necesidad.

RECOMENDACIONES

Se recomienda al Gobierno Regional de Cajamarca priorizar la asignación y gestión de recursos financieros destinado específicamente al mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos y dispositivos médicos. Asimismo, facilitar partidas presupuestales para la mejora del soporte tecnológico y licencias de sistemas administrativos.

Del mismo modo, se recomienda a la dirección general del Hospital Regional Docente de Cajamarca optimizar la programación de necesidades mediante el uso del SIGA y como tal el Cuadro Multianual de Necesidades. Ya que son fundamentales para mejorar el flujo de adquisición y distribución interna de insumos y medicamentos.

Se sugiere evaluar la posibilidad de crear subsidios para medicamentos de alto costo.

Optimizar la asignación de recursos hospitalarios: invertir en infraestructura y tecnología para reducir la dependencia de laboratorios privados. Mejorar la planificación del abastecimiento de insumos médicos.

Asimismo, se recomienda fomentar en la población una cultura de salud preventiva y de previsión económica ante contingencias médicas, ya que estos gastos suelen ser imprevistos, necesarios y en algunos casos urgentes.

Por ello, se exhorta a la ciudadanía a acudir oportunamente a los establecimientos de primer nivel (postas y centros de salud) para controles preventivos, evitando que enfermedades tratables escalen a complicaciones que requieran mayor atención.

Asimismo, implementar estrategias para reducir el gasto de bolsillo en pacientes que provienen de provincias, incluyendo programas de financiamiento o descuentos en transporte y hospedaje.

Finalmente, se recalca fomentar una cultura preventiva y de ahorro, ya que los gastos en salud suelen ser un gasto desconocido y de manera imprevista, por ello se sugiere destinar al ahorro al menos un 3% del ingreso mensual que percibe el jefe o algún miembro del hogar, ya que esto evitará futuros endeudamientos.

REFERENCIAS

- Arrow, K. J. (1963). *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical care*. The American Economic Review, 1-33.
- Christianson, J. B., & Conrad, D. (2011). *Provider Payment and Incentives*. The Oxford Handbook of Health Economics (págs. 624–648). Oxford.
- Congreso de la República. (1993). *Constitución Política del Perú, artículo 2*. Obtenido de <https://lpderecho.pe/constitucion-politica-peru-actualizada/>
- Congreso de la República. (2011). *Norma Técnica de Salud N°21-MINSA / DGSP-V.03*. Perú. https://cdn.gacetajuridica.com.pe/laley/NORMA%20T%C3%89CNICA%20DE%20SALUD%20N%C2%BA021-MINSA-DGSP-V.03_LALEY.pdf
- Congreso de la República. (2016, 13 de octubre). *Ley del Código de Ética de la Función Pública Ley N° 27815*. Diario Oficial El Peruano. <https://www.mimp.gob.pe/files/transparencia/CET/ley27815.pdf>
- Congreso General de la República. (1997). *Ley General de la Salud Perú*. https://spijweb.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2021/09/LEY_26842.pdf
- Constitución Política del Perú [Const]. (1993, 29 de diciembre). *Artículo 25*. <https://www.congreso.gob.pe/Docs/constitucion/constitucion/Constitucion-Agosto-2023.pdf>
- Delgado Rodriguez, M. Y. (2021). *Accesibilidad a la seguridad social y gasto de bolsillo en afiliados de un Hospital Público en Quevedo*, Ecuador, 2021. Piura.
- Díaz, J. J., & Valdivia, M. (2012). *The Vulnerability of the Uninsured to Health Shocks in Peru*. En F. Knaul, R. Wong, & H. Arreola, *Financing Health in Latin America Household*, 250-283.
- Equipo de Estudios Económicos, M. (2022). *Análisis Económico en Gastos de Salud*, Perú 2021.

- Espinoza Li, C. G. (2022). *Determinantes sociales asociados al gasto de bolsillo en odontología en afiliados EsSalud*, Lima Metropolitana, 2022. Lima.
- Kenneth J., A. (1963). *UNCERTAINTY AND THE WELFARE ECONOMICS OF MEDICAL CARE*. The American Economic Review, 1-33.
- Koch, K. J., Pedraza, C. C., & Schmid, A. (2017). *Out-of-pocket expenditure and financial protection in the Chilean health care system—A systematic review*. Health Policy, 481-494.
- Langenbrunner, J. C., O'Duagherty, S., & Cashin, C. S. (2009). *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*.
- OMS, O. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010*. Ginebra: La financiación de los Sistemas de Salud.
- Petrera Pavone, M., Palomino Nicho, N. M., & Ortiz Onofre, E. R. (2015). *Pesquisa.bvsalud.org*. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3248.pdf>
- Rojas Campos, R. R., & Santos Campos, M. L. (2021). *Gasto de Bolsillo en Salud de pacientes con COVID-19 atendidos en el Hospital Cayetano Heredia 2020 - 2021*. Lima.
- Rojas Rios, R. (2020). *El Efecto del aseguramiento universal sobre los gastos de bolsillo en Salud en el Perú, periodo 2012-2018*. Huancayo.

APÉNDICE

APÉNDICE 1

Modelo de Encuesta elaborado y propuesto por el por el INEI, para temas de encuesta Nacional de Hogares, para efectos de la investigación, solo se tomaron en cuenta preguntas más relevantes las cuales fueron útiles para lograr el objetivo de dicha investigación.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA							
FACULTAD DE CIENCIAS ECÓNICAS, CONTABLES Y ADMINISTRATIVAS							
ENCUESTA PARA DETERMINAR EL GASTO DE BOLSILLO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL HRDC-2023							
Persona N°		Nombre:					
¿Es usted jefe de hogar?							
1. ¿Durante el último año (2023), se vio en la necesidad de acudir a un establecimiento de salud por una consulta médica?				5. ¿Quién lo atendió durante la consulta médica?			
SI				Médico.....1			
NO				Dentista/odontólogo2			
				Obstetiz.....3			
2. ¿En qué distrito, provincia y departamento vive?				Enfermera(o).....4			
Distrito				Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud)....5			
Provincia				Promotor(a).....6			
Departamento				Otro7 (Especifique)			
3. ¿Tiene usted limitaciones permanentes para:				6. Desde que solicito la cita en el establecimiento de salud a donde acudí, ¿Cuánto tiempo transcurrió hasta la fecha que fue programada su atención?			
	SI	NO		N° de meses	N° de días	Horas	Minutos
a. Moverse o caminar, para usar brazos o piernas?							
b. Ver aun usando anteojos?							
c. Hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas u otro?				7. Generalmente, ¿Cuánto tiempo demora en llegar al establecimiento de salud al que acudí?			
d. Oír, aun usando audífonos?				N° de días	Horas	Minutos	
e. Entender o aprender (concentrarse y recordar)?							
f. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?							
				8. La última vez que acudí al establecimiento de salud, ¿cuánto tiempo espero para ser atendido en su consulta?			
4. ¿A dónde acudí para consultar sobre esta enfermedad, síntoma o malestar y/o accidente?				Horas	Minutos		
Puesto de salud MINSA.....1				No lo atendieron1			
Centro de salud MINSA.....2							
Centro o puesto de salud CLAS3				9. ¿Cuáles fueron las razones por las no acudí a un centro o establecimiento de salud?, puede marcar más de una respuesta.			
Posta, policlínico ESSALUD4							
Hospital MINSA.....5							
Hospital del Seguro (ESSALUD)6				No tuvo dinero 1			

Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional.....7		Se encuentra lejos 2
Consultorio médico particular8		Demoran mucho en atender..... 3
Clínica particular.....9		No confía en los médicos 4
Farmacia o botica10		No era grave/ no fue necesario 5
En su domicilio (del paciente)11		Prefiere curarse con remedios caseros..... 6
Otro 13 (Especifique)		No tiene seguro 7
NO BUSCÓ ATENCIÓN.....14		Se auto recetó o repitió receta anterior 8
		Falta de tiempo 9
		Por el maltrato del personal de salud 10
		Otro 11
		(Especifique)

10. El gasto que realizó por la consulta fue pagado por:									
¿Pagado por algún miembro de este hogar?			1						
¿Regalado o pagado por algún miembro de otro hogar?			2						
¿Donado Programa Social (SIS)?			3						
Donado por alguna Institución del estado			4						
¿Donado por alguna Institución privada?			5						
Fue cubierto por ESSALUD/FFAA/Policiales?			6						
¿Fue cubierto por Seguro Privado?			7						
¿Otro? (especifique)			8						
NO SABE/NO RESPONDE			9						
11. Compró medicamentos, ¿cuánto fue lo que pagó en total?									
12. ¿Dónde los compró?									
Farmacia del mismo establecimiento de salud			1						
Boticas o farmacias fuera del establecimiento			2						
13. Actualmente cuenta con algún seguro de salud: marque su respuesta									
				¿quién aporta las cuotas por estar afiliado?					
			SI	NO	Su centro de trabajo	Ud. Mismo	Es jubilado	un familiar	no paga
1. ESSALUD			1	2					
2. Seguro Privado de salud			1	2					
3. Seguro de FF.AA./ Policiales			1	2					
4. Seguro Integral de Salud (SIS)			1	2					
5. Seguro Universitario			1	2					
6. Seguro escolar privado			1	2					
7. Otro			1	2					
14. El centro de Salud a dónde generalmente acude, ¿está ubicado:									
Aquí en este distrito.....									
Distrito.....									
Provincia.....									
Departamento.....									
No acude a un establecimiento de salud.....									

APÉNDICE 2

Tablas resumen de los datos de las 384 encuestas realizadas.

Tabla 11

Número de veces que se requirió citas para atención en consulta externa para cualquier miembro de la familia.

Número de veces que recibe atención en consulta externa	Total, encuestados	Total, de citas atendidas
1 vez	268	268
2 veces	87	174
3 veces	18	54
4 veces	7	28
5 veces	4	20
Total	384	544

Nota: Esta tabla muestra las veces que se requirió atención médica por consulta externa para algún miembro del hogar sin importar sexo o edad, según encuesta realizada a los 384 jefes de hogar.

Tabla 12

Número de encuestados según sexo y edad promedio

Sexo	Cantidad	Edad
Varones	177	>18 - 65 años
Mujeres	207	>20 - 60 años
Total	384	

Nota: La tabla muestra la cantidad de varones y mujeres que contestaron la encuesta, cabe resaltar que no necesariamente las 207 mujeres encuestadas son jefe de hogar, sin embargo,

fueron las que se encontraron al momento de la encuesta y dieron algunos alcances de cómo es la distribución del gasto de bolsillo en salud de su hogar referente a la consulta médica.

Tabla 13

Número de personas que viven dentro de una casa (hogar)

Composición del hogar	Número de hogares de acuerdo al número de personas
6 personas	82
5 personas	67
4 personas	51
3 personas	47
7 personas	47
8 personas	43
9 personas	17
2 personas	11
11 personas	11
10 personas	7
12 personas	1
Total	384

Nota: la tabla muestra que la composición de hogar en ciudades como Cajamarca suelen ser numerosas, siendo el promedio de 6 miembros por hogar, dentro de ellos padre, madre, hijos y en algunos casos abuelos.

Tabla 14

Número de encuestados según lugar de procedencia

Lugar de Procedencia	N° de encuestados	%
Cajamarca	200	52.20%
Baños del Inca	20	5.20%
Celendín	20	5.20%
Bambamarca	17	4.40%
La Encañada	12	3.10%
Cajabamba	11	2.90%
San Marcos	11	2.90%
Jesús	10	2.60%
Chota	9	2.30%
San Miguel	9	2.30%
Contumazá	8	2.10%
San Pablo	8	2.10%
Llacanora	6	1.60%
Magdalena	4	1.00%
Asunción	3	0.80%
Chetilla	3	0.80%
Chilete	3	0.80%
Choropampa	3	0.80%
Namora	3	0.80%
San Juan	3	0.80%
Colpa	2	0.50%
Cutervo	2	0.50%
Hualgayoc	2	0.50%
Otros*	15	3.91%
Total	384	100%

*Otros, se refieren a las ubicaciones como el km de alguna carretera.

Nota: La tabla refleja la cantidad de demanda en consulta externa de acuerdo con el lugar de procedencia, más del 50% son personas de la ciudad de Cajamarca (esto se asume que es por la ubicación del hospital), además siendo éste un referente regional y de acuerdo con la capacidad de resolución del mismo, acuden personas de diferentes provincias y distritos al menos una vez al año para atenderse en algún consultorio externo de las diferentes especialidades.

ANEXOS

ANEXO 1

Resolución de aprobación de cartera de servicios del hospital regional docente de Cajamarca al 2020.



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA



Resolución Directoral Regional Sectorial N° 224 - 2021- GR.CAJ/DRSC-DESP-DSS
Cajamarca, **04 MAY 2021**.

VISTO:

El Oficio N° 450-2021-GR.CAJ/DRSC/HRDC/DG, de fecha 14 de abril del 2021, de la Dirección del Hospital Regional Docente Cajamarca, que contiene el informe N° 001-2021-GR.CAJ/DRSC/HRDC/OGC, de la Oficina de Gestión de la Calidad;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 "Ley General de Salud", señala que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que su protección es de interés público. Asimismo, el su artículo VI señala que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea y establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, con Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA de fecha 26 de Julio del 2004, se aprobó la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es regular la organización y los procesos del referido sistema entre los establecimientos de salud, mediante lineamientos técnicos-normativos homogéneos que garanticen la continuidad de la atención de salud de la población;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA de fecha 31 de enero del 2014, se aprobó la Directiva Administrativa N° 197-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud", cuya finalidad es contribuir a mejorar el desempeño del Sistema de Salud a través de la definición e implementación de una Cartera de Servicios de Salud estandarizada; en tanto que tiene como objetivo facilitar los procesos de planificación, organización, evaluación, continuidad de la atención y gestión clínica en los establecimientos de salud; así mismo, en su numeral V acápite 5.4, 5.5, y 5.6 señala que la Cartera de Servicios que elabora un establecimiento de salud, debe contener el conjunto de prestaciones que brinda de acuerdo a su actual capacidad resolutoria y capacidad de oferta, debiendo ser aprobado mediante acto resolutorio así como actualizada anualmente, entre otros, por la Dirección de Salud o la que haga sus veces, que para el efecto, el establecimiento debe comunicar los cambios en las prestaciones de su Cartera de Servicios de Salud para la aprobación de las modificaciones correspondientes;

Que, la OMS con fecha 11 de marzo de 2020, calificó el brote del COVID-19 como una pandemia al haberse extendido en más de cien países del mundo de manera simultánea.

Que, en ese contexto, se aprobó y publicó el Decreto de Urgencia N° 025-2020, en el cual se dictó medidas urgentes destinadas a reforzar el sistema de vigilancia y respuesta sanitaria frente al grave peligro de la propagación de la enfermedad causada por un nuevo coronavirus (COVID-19) en el territorio nacional, a efectos de establecer mecanismos inmediatos para la protección de la salud de la población y minimizar el impacto sanitario de situaciones de afectación a ésta, disponiendo en el artículo 2° que el Ministerio de Salud, en cumplimiento de su función rectora, es el encargado de planificar, dictar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar todas las acciones orientadas a la prevención, protección y control de la enfermedad producida por el COVID-19, con todas las instituciones públicas y privadas, personas jurídicas y naturales que se encuentren en el territorio nacional, conforme a las disposiciones de la Autoridad Sanitaria Nacional;








GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA



Resolución Directoral Regional Sectorial N° 224-2021-GR.CAJ/DRSC-DESP-DSS

Cajamarca, 04 MAY 2021

Que, el Ministerio de Salud en el ámbito de sus competencias establecidas en el Decreto de Urgencia antes indicado y en concordancia con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161 "Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", mediante Resolución Ministerial N° 095-2020-MINSA de fecha 18 de marzo de 2020 aprobó el Documento Técnico denominado "Plan Nacional de Reforzamiento de Salud y contención del COVID-19";

Que, dicho documento técnico es de aplicación en todo el territorio nacional y permite establecer pautas para el reforzamiento de los servicios de salud y contención de los pacientes COVID-19, por lo tanto, es de cumplimiento obligatorio, puesto que su finalidad es de asegurar la capacidad de respuesta y contención de los servicios de salud, mediante la articulación, coordinación, integración y reordenamiento del flujo de atención y fortalecimiento de la participación ciudadana efectiva para la continuidad de la atención, cuidados integrales y seguimiento domiciliario de los pacientes COVID-19, encargado a los Gobiernos Regionales o Direcciones Regionales de salud su implementación en el caso de las regiones;

Que, además, el precitado Documento Técnico, ha normado la organización de las líneas de contención contra el COVID-19, estableciéndose como segunda línea de contención los HOSPITALES de referencia COVID-19;

Que, el Decreto Legislativo N° 1490, publicado el 10 de mayo de 2020, tiene por objeto dictar disposiciones destinadas a fortalecer los alcances de la telesalud y modifica el artículo 2° de la Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, el mismo que queda precisa: "Artículo 2. Ámbito de aplicación: El ámbito de la presente Ley comprende a todo el sector salud". Artículo 4° establece que la telemedicina tiene los siguientes servicios: Teleconsulta, Teleinterconsulta, Teleorientación, Telemonitoreo y Otros establecidos por el Ministerio de Salud mediante resoluciones ministeriales y Artículo 7°.- De la implementación de la Telesalud. Las IPRESS implementan y desarrollar el servicio de telesalud de acuerdo a su capacidad resolutoria y de recursos disponibles, como estrategia para atender la demanda y lograr un mayor acceso a los servicios de salud. En caso de declaratoria de emergencia nacional o alerta roja, las IPRESS brindan el servicio de telemonitoreo, teleorientación y telegestión de manera obligatoria, de acuerdo a su capacidad resolutoria.

Que, mediante Oficio N° 450-2021-GR-CAJ/DRSC/DG, la Dirección del Hospital Regional Docente Cajamarca, presentó la Cartera de Servicios de Salud de atención de IRA COVID-19 y NO COVID-19 del Hospital Regional Docente Cajamarca para su aprobación mediante acto resolutorio;

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico sanitarios a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos institucionales, resulta pertinente atender lo solicitado por la Dirección del Hospital Regional Docente Cajamarca y en consecuencia emitir el correspondiente acto resolutorio aprobando la **CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD** de atención de IRA COVID-19 y NO COVID-19, del **HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, CATEGORIA II-1**, jurisdicción de la Dirección Regional de Salud Cajamarca, conforme a la propuesta presentada;

Contando con la visación correspondiente de la Dirección de Servicios de Salud, Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas y Asesoría Legal, de la Dirección Regional de Salud Cajamarca,

Con las atribuciones conferidas mediante Ley N° 27783 – Ley de Bases de la Descentralización y a la Ordenanza Regional N° 001-2015-GR.CAJ/CR, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cajamarca;





GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA



Resolución Directoral Regional Sectorial N° 224.- 2021- GR.CAJ/DRSC-DESP-DSS

Cajamarca, 04 MAY 2021

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR, la CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD para IRA COVID-19 y NO COVID-19, del HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA de la jurisdicción de la REGIÓN CAJAMARCA, la misma que forma parte integrante de la presente Resolución, según cuadro:

Código Único	Nombre del establecimiento	Provincia	Distrito	Categoría	DENOMINACION SEGÚN NTS N° 021-MINSA/DGSP V.01
0004655	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA	CAJAMARCA	CAJAMARCA	II-2	HOSPITAL

ARTÍCULO SEGUNDO. - DISPONER que la Cartera de Servicios de Salud aprobada tendrá vigencia de un año, contado a partir de la emisión de la presente Resolución, o en caso varíe su complejidad, el responsable técnico del establecimiento de salud debe comunicar dentro del plazo máximo de treinta (30) días calendarios de ocurrido el hecho y solicitar la aprobación de las modificaciones correspondientes, en mérito a lo expuesto en la parte considerativa de la presente Resolución.-----

ARTICULO TERCERO. - DISPONER que los anexos que se adjuntan a la presente resolución a 03 folios, forma parte integrante de la misma.-----

ARTICULO CUARTO: DISPONER se Notifique la presente Resolución Directoral al Hospital Regional Docente de Cajamarca, para su conocimiento y fines pertinentes. -----

ARTICULO QUINTO: DEJAR SIN EFECTO toda Resolución o acto administrativo que se oponga a la presente Resolución. -----

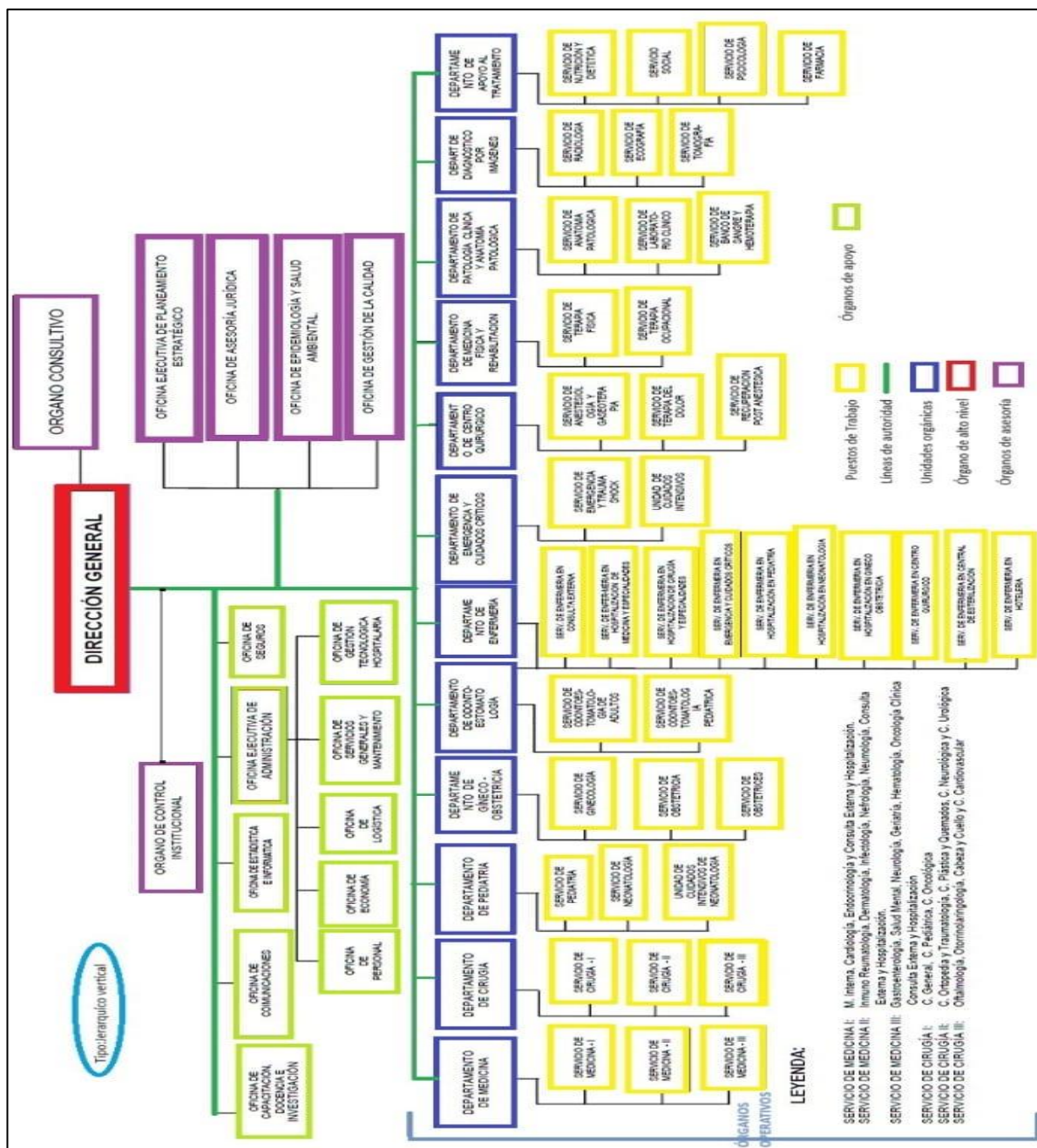
ARTICULO SEXTO.- DISPONER que a la Oficina de Comunicaciones de la Dirección Regional de Salud Cajamarca, publique de la presente Resolución Directoral Regional Sectorial en el Portal Institucional de la DIRESA, en la dirección electrónica: <http://www.diresa.gob.pe>.-----

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, PUBLIQUESE.



ANEXO 2

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA



ANEXO 3

PASOS PARA LA OBTENCIÓN DE UNA CITA EN CONSULTORIOS EXTERNOS



NOTA: estos pasos fueron realizados hasta inicios del 2025, a la fecha se busca implementar un sistema virtual, el cual sirva para la obtención de citas médicas.

Desde mi punto de vista, la modalidad virtual, en caso de la población, teniendo en cuenta el acceso que tiene al internet y otros medios de comunicación, se presentará dificultades en su uso y la obtención de dichas citas.

En un corto plazo, se espera que este sistema de resultados positivos y así lograr descongestionar la atención presencial en el hospital.

ANEXO 4

PASOS PARA SER ATENDIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

