



UNAP



**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y DE NEGOCIOS
MAESTRÍA EN GESTIÓN EMPRESARIAL**

**ANÁLISIS DEL COSTO DE REFERENCIA DE PACIENTES
DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA
CIUDAD DE LIMA, DURANTE EL PERIODO 2011 - 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN GESTIÓN EMPRESARIAL**

AUTOR : CARLOS MAGNO REÁTEGUI SHAPIAMA

ASESORES: Dr. FREDDY MARTÍN PINEDO MANZUR

Mgr. GRACIELA ROCÍO MEZA SÁNCHEZ

IQUITOS – PERÚ

2018



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Directoral N° 0962-2017-EPG-UNAP, se autoriza la sustentación de la tesis: "ANÁLISIS DEL COSTO DE REFERENCIA DE LOS PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE LIMA, DURANTE EL PERIODO 2011-2015" designando como jurados a los siguientes profesionales:

Dr. Ronel Enrique Gratelli Tuesta	Presidente
Mgr. Jesús Hermes Ramírez Enrique	Miembro
Mgr. Victor Arturo Jesús Castillo Canani	Miembro

A los Dos días del mes de Diciembre del 2017, a horas 10:00 a.m., en el Auditorio de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, se constituyó el Jurado Evaluador y dictaminador, para presenciar y evaluar la sustentación de la tesis: "ANÁLISIS DEL COSTO DE REFERENCIA DE LOS PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE LIMA, DURANTE EL PERIODO 2011-2015" presentado por el egresado: **Carlos Magno Reátegui Shapiama**, como requisito para optar el Grado Académico de **Maestro en Gestión Empresarial**, que otorga la UNAP de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

Después de haber escuchado la sustentación y luego de formuladas las preguntas, éstas fueron:

RESPONDIDAS SATISFACTORIAMENTE

El Jurado, después de la deliberación correspondiente en privado, llegó a las siguientes conclusiones, la sustentación es:

1. Aprobado como: a) Excelente () b) Muy bueno c) Bueno ()

2. Desaprobado: ()

Observaciones: *NINGUNA*

A Continuación, el Presidente del Jurado, da por concluida la sustentación, siendo las *11:30* a.m. del Dos de Diciembre 2017; con lo cual, se le declara a al sustentante *Apto* para recibir el Grado Académico de **Maestro en Gestión Empresarial**.

Dr. Ronel Enrique Gratelli Tuesta
Presidente

Mgr. Jesús Hermes Ramírez Enrique
Miembro


Mgr. Victor Arturo Jesús Castillo Canani
Miembro

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA DEL DÍA 02 DEL
MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2017 EN EL AUDITORIO DE LA
ESCUELA DE POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA
AMAZONÍA PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS – PERÚ.

JURADO



.....
Dr. RONEL ENRIQUE GRATELLI TUESTA
Presidente




.....
Mgr. JESÚS HERMES RAMÍREZ ENRIQUE
Miembro



.....
Mgr. VÍCTOR ARTURO JESÚS CASTILLO CANANI
Miembro



.....
Dr. FREDDY MARTÍN PINEDO MANZUR
Asesor



.....
Mgr. GRACIELA ROCÍO MEZA SÁNCHEZ
Asesor

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente a Dios, que fue el que me permitió culminar con éxito esta hermosa etapa de mi vida, etapa en la cual pude entender y valorar cada una de las bendiciones con las cuales él me rodea. Gracias a Dios por mis hijos, esposa y mis padres, esas personas que más que el motor de mi vida fueron parte muy importante de lo que hoy puedo presentar como tesis, gracias a ellos por cada palabra de apoyo, gracias por cada momento en familia sacrificado para ser invertido en el desarrollo de esta, gracias por entender que el éxito demanda algunos sacrificios y que el compartir tiempo con ellos, hacia parte de estos sacrificios. A ellos dedico esta tesis y todas las bendiciones que de parte de Dios vendrán a nuestras vidas como recompensa de tanta dedicación, tanto esfuerzo y fe en la causa misma

Carlos Magno Reátegui Shapiama

RECONOCIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerza para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mis queridos padres, por estar siempre apoyándome, ejemplo de lucha, dedicación y fortaleza.

A mi esposa e hijos, aquellos que siempre me brindaron su apoyo incondicional para mi desarrollo profesional.

A mi Asesor de Tesis, **Dr. FREDDY MARTÍN PINEDO MANZUR**, por su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigador. A su manera, ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con él por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado esta Tesis.

El Autor.

ANÁLISIS DEL COSTO DE REFERENCIA DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE LIMA, DURANTE EL PERIODO 2011 - 2015

Carlos Magno Reátegui Shapiama

RESUMEN

La Red Asistencia de EsSalud Loreto no cuenta con el suficiente capital humano, equipos de diagnóstico y tratamiento, e infraestructura, para satisfacer la demanda de los pacientes que llegan buscando recuperar la salud. Por este motivo, se tiene que referenciar (trasladar) a los pacientes a la ciudad de Lima, para que sean atendidos en hospitales nacionales como el Hospital Rebaglaiti, Hospital Almenara, entre otros, los que cuentan con todo lo necesario para la atención, pero se encuentran saturados. El costo de referenciar un paciente es muy elevado, siendo el costo del pasaje aéreo el 50% del costo total, ya que no solamente cubren el costo de traslado del paciente sino también, en algunos casos, el costo del acompañante. El objetivo de la presente tesis magistral fue analizar el costo de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el Periodo 2011 – 2015. Para ello, se llevó a cabo la presente investigación de tipo Descriptivo y de diseño No Experimental, analizando el comportamiento de los costos de referencia, conformado por los “Costos Por Pasaje” y “Otros Costos”, así como el número de pacientes referenciados, los motivos más frecuentes de la referencia y el costo asociado al motivo de la referencia. En este punto, el motivo más frecuente por el que se referenciaron pacientes a Lima fue “Consulta Externa” con el 92.39% del total de pacientes. Cuando se analizó el costo asociado al motivo de la referencia, se pudo comprobar que el mayor costo fue por “Consulta Externa”, el mismo que representó el 92.12% del costo total.

Finalmente, se compararon los costos necesarios para dotar a la Red Asistencia de EsSalud Loreto de condiciones mínimas para dejar de referenciar pacientes, tales como equipos de tratamiento y diagnóstico, recursos humanos (médicos, enfermeras, técnicos, tecnólogos, administrativos, etc.), infraestructura, materiales médicos e insumos; en relación a los costos de referenciar pacientes a la ciudad de Lima; es decir, entre tratar a un paciente en la ciudad de Iquitos con todo lo necesario o enviarle a la Lima, concluyendo que referenciar a un paciente a Lima durante el periodo 2011 – 2015 ocasionó un gasto mayor de S/. 9,821,621.32; por lo que, de lejos, la alternativa de equipar la Red Asistencial de EsSalud Loreto es la más adecuada.

Palabras Clave: Referencia de Pacientes, Costo de Pasajes, Costo Total de Referencia, Motivo de Referencia, Red Asistencial de EsSalud Loreto.

ANALYSIS OF THE PATIENT REFERENCE COST OF THE ESSALUD LORETO ASSISTANCE NETWORK TO THE CITY OF LIMA, DURING THE PERIOD 2011 - 2015

Carlos Magno Reátegui Shapiama

ABSTRACT

The EsSalud Loreto Assistance Network does not have enough human capital, diagnostic and treatment equipment, and infrastructure, to meet the demand of patients who arrive to recover their health. For this reason, patients must be referred to the city of Lima, to be treated in national hospitals such as Rebaglaiti Hospital, Almenara Hospital, among others, which have everything necessary for care, but are saturated. The cost of referencing a patient is very high, the cost of the air ticket being 50% of the total cost, since not only cover the cost of transportation of the patient but also, in some cases, the cost of the companion. The objective of this master thesis was to analyze the cost of reference of the patients of the EsSalud Loreto Care Network to the city of Lima, during the period 2011 - 2015. For this purpose, the present investigation of the descriptive and of Non-Experimental design, analyzing the behavior of the reference costs, conformed by "Costs Per Passage" and "Other Costs", as well as the number of patients referenced, the most frequent reasons for the reference and the cost associated with the reason The reference. At this point, the most frequent reason for referring patients to Lima was "External Consultation" with 92.39% of the total patients. When analyzing the cost associated with the reason for the reference, it was verified that the highest cost was "External Consultation", which represented 92.12% of the total cost.

Finally, the necessary costs were compared to provide the EsSalud Loreto Assistance Network with minimum conditions to stop referencing patients, such as treatment and diagnosis teams, human resources (doctors, nurses, technicians, technologists, administrative staff, etc.) infrastructure, medical materials and supplies; in relation to the costs of referring patients to the city of Lima; that is, between treating a patient in the city of Iquitos with everything necessary or sending him to Lima, concluding that referencing a patient to Lima during the period 2011 - 2015 caused a higher expenditure of S /. 9,821,621.32; so that, by far, the alternative to equip the EsSalud Loreto Care Network is the most appropriate.

Key Words: Patient Referral, Cost of Passages, Total Cost of Reference, Reason for Reference, EsSalud Loreto Care Network.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
HOJA DE APROBACIÓN	iii
DEDICATORIA	iv
RECONICIMIENTO	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE CUADROS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
CAPÍTULO I.....	01
1.1. Introducción.....	01
1.2. Problemas de Investigación	02
1.3. Objetivos.....	05
1.3.1. General	05
1.3.2. Específicos	05
CAPÍTULO II	07
2.1. Marco Teórico.....	07
2.1.1. Antecedentes	07
2.1.2. Bases Teóricas.....	15
2.1.3. Marco Conceptual	21
2.2. Definiciones Operacionales	30
2.3. Hipótesis.....	31
CAPÍTULO III.....	32
3. Metodología	32
3.1. Método de Investigación	32
3.2. Diseños de Investigación.....	32
3.3. Población y Muestra.....	32
3.4. Técnicas e Instrumentos.....	33
3.5. Procedimiento de Recolección de Datos	33
3.6. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	34
3.7. Protección de los Derechos Humanos.....	34

CAPÍTULO IV	35
RESULTADOS	35
CAPÍTULO V	52
DISCUSIÓN	52
CAPÍTULO VI.....	59
PROPUESTAS.....	59
CAPÍTULO VII	60
CONCLUSIONES	60
CAPÍTULO VIII	62
RECOMENDACIONES	62
CAPÍTULO IX.....	63
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	63

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 01. Costo Total Por Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, Periodo 2011	36
Cuadro 02. Costo Total Por Referencia de Pacientes de la Red Asistencial Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2012	37
Cuadro 03. Costo Total Por Referencia de Pacientes de la Red Asistencial Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2013	38
Cuadro 04. Costo Total Por Referencia de Pacientes de la Red Asistencial Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2014	39
Cuadro 05. Costo Total Por Referencia de Pacientes de la Red Asistencial Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2015	40
Cuadro 06. Motivo de la Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2011	42
Cuadro 07. Motivo de la Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2012	43
Cuadro 08. Motivo de la Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2013	44
Cuadro 09. Motivo de la Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2014	45
Cuadro 10. Motivo de la Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2015	46
Cuadro 11. Costo del Motivo de da Referencia de Pacientes de da Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2011	47

Cuadro 12.	Costo del Motivo de da Referencia de Pacientes de da Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2012	48
Cuadro 13.	Costo del Motivo de da Referencia de Pacientes de da Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2013	49
Cuadro 14.	Costo del Motivo de da Referencia de Pacientes de da Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2014	50
Cuadro 15.	Costo del Motivo de da Referencia de Pacientes de da Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2015	51
Cuadro 16.	Costo Total por Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2011 – 2015	53
Cuadro 17.	Motivo de la Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2011 – 2015	55
Cuadro 18.	Costo del Motivo de la Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2011 – 2015	56
Cuadro 19.	Costos Para Dotar de Condiciones Mínimas Necesarias a la Red Asistencial de Essalud Loreto Para Evitar la Referencia de Pacientes a Lima, Periodo 2011 – 2015	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 01. Costo Total Por Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2011	36
Gráfico 02. Costo Total Por Referencia de Pacientes de la Red Asistencial Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2012	38
Gráfico 03. Costo Total Por Referencia de Pacientes de la Red Asistencial Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2013	39
Gráfico 04. Costo Total Por Referencia de Pacientes de la Red Asistencial Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2014	40
Gráfico 05. Costo Total Por Referencia de Pacientes de la Red Asistencial Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2015	41
Gráfico 06. Motivo de la Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2011	42
Gráfico 07. Motivo de la Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2012	43
Gráfico 08. Motivo de la Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2013	44
Gráfico 09. Motivo de la Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2014	45
Gráfico 10. Motivo de la Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2015	46
Gráfico 11. Costo del Motivo de da Referencia de Pacientes de da Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2011	47
Gráfico 12. Costo del Motivo de da Referencia de Pacientes de da Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2012	48
Gráfico 13. Costo del Motivo de da Referencia de Pacientes de da Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima,	49

Periodo 2013

Gráfico 14.	Costo del Motivo de da Referencia de Pacientes de da Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2014	50
Gráfico 15.	Costo del Motivo de da Referencia de Pacientes de da Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2015	51
Gráfico 16.	Costo Total por Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2011 – 2015	54
Gráfico 17.	Motivo de la Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2011 – 2015	55
Gráfico 18.	Costo del Motivo de la Referencia de Pacientes de la Red Asistencial de Essalud Loreto a la Ciudad de Lima, Periodo 2011 – 2015	56
Gráfico 19.	Costos Para Dotar de Condiciones Mínimas Necesarias a la Red Asistencial de Essalud Loreto Para Evitar la Referencia de Pacientes a Lima, Periodo 2011 – 2015	58

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN.

Los pacientes asegurados que acuden a la Red Asistencial de EsSalud Loreto en busca de prestaciones de servicios médicos, reciben las atenciones del caso, pero de manera limitada. Estas limitaciones se deben a la falta de equipamiento de los hospitales y centros de atención de la red, además de carencia de personal médico, enfermeras y administrativos que hace imposible un diagnóstico certero de enfermedades medianamente complicadas en el más breve plazo.

Ante esta situación, EsSalud Loreto se ve obligado a referenciar a los pacientes a Lima para una atención adecuada, ya que los hospitales Rebagliati y Almenara cuenta con equipos modernos de diagnóstico y tratamiento, así como el personal médico calificado para las atenciones. Estas referencias, hace que EsSalud Loreto incurra en costos muy elevados, siendo el principal de ellos “Costos Por Pasajes”, para poder trasladar al paciente a la ciudad de Lima y, además, en muchos casos también tienen que asumir el costo del familiar que acompaña al paciente. El concepto “Costo Por Pasajes” equivale aproximadamente al 50% del costo de referencia.

En la presente tesis magistral se aborda el tema identificando los motivos de referencia de pacientes a la ciudad de Lima; luego, se calcula en costo en que se incurrió en los últimos cinco años por este concepto, para posteriormente compararla con el costo de equipamiento de la Red Asistencial de EsSalud Loreto que evitaría estar refiriendo los pacientes a Lima.

Además, el paciente no sería separado del ámbito familiar, quitándole una preocupación menos y reduciendo el estrés por este concepto. De esta forma se procura una recuperación más rápida. También, se evitan los gastos de alojamiento para los familiares en la ciudad de Lima.

La estructura de esta investigación se detalla en el Índice, mostrando total coherencia entre un capítulo y otro con la finalidad de demostrar la Hipótesis General planteada, así como las Hipótesis Específicas. Luego, se estudian los datos y se validan las hipótesis para, posteriormente, arribar a las Conclusiones y Recomendaciones, en los respectivos capítulos que conforman la presente investigación.

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

La Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), Ley N° 27056, crea una entidad que nace sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social, en el marco de la política de salud y seguridad social del gobierno del Presidente de la República, Ingeniero Alberto Fujimori Fujimori, normada por los artículos 7°, 9°, 10°, 11° y 12° de la Constitución Política del Perú. Esta nueva ley permite que la seguridad social de nuestro país se dedique en forma exclusiva a brindar servicios integrales de salud, subsidios económicos y beneficios sociales a más 6'541,000 asegurados regulares (trabajadores dependientes, pensionistas, agricultores, pescadores, artistas, bomberos voluntarios, héroes del Cenepa, trabajadoras del hogar y sus familiares), así como a quienes en el futuro adquieran este derecho. De esta manera, la Oficina de Normalización Previsional (ONP) tendrá a su cargo el manejo integral de las pensiones correspondientes a los Decretos Leyes N° 19990, 20530 y 18846.

Por otro lado, ESSALUD continúa brindando servicios integrales de salud preventivo-promocionales, curativos completos y recuperativos que han estado a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social, los que mejorarán en calidad y ampliarán su cobertura de manera descentralizada para acercarse a sus asegurados. Se sigue brindando subsidios por maternidad (pre y post natal), lactancia, incapacidad temporal y sepelio, así como servicios de salud integral hasta por un año para las personas que han perdido su puesto de trabajo (derecho de latencia). Es conveniente dejar en claro algunos puntos que han causado controversia respecto al ESSALUD y que han sido utilizados por determinados sectores políticos para desprestigiar el trabajo que en materia de seguridad social viene

realizando nuestro gobierno. Por ejemplo, es absolutamente falso que los asegurados regulares deban realizar pago adicional alguno distinto de la aportación que por planilla efectúan mensualmente. Todos los asegurados regulares, pensionistas y sus dependientes continuarán recibiendo servicios integrales de salud sin limitación alguna. También, es falso que se pretenda discriminar a los asegurados regulares o a los pensionistas en razón de sus ingresos. De igual modo, de conformidad con el marco constitucional y legal vigente, los recursos de la Seguridad Social son intangibles y, por tanto, se orientarán única y exclusivamente a los fines que la Ley señala.

En cambio, son muchos los beneficios de la aprobación de esta Ley, porque con la creación de ESSALUD se fortalecen los principios de: solidaridad, mediante el cual los que más aportan y/o menos se enferman contribuyen a financiar a quienes menos aportan y/o más se enferman. Todos los asegurados reciben servicios de salud integrales sea cual fuera el nivel de su aportación; integralidad, mediante el cual los asegurados regulares (activos y pensionistas) y sus dependientes continúan recibiendo servicios de salud; universalidad y equidad, por los cuales nuevos grupos poblacionales se incorporarán a la seguridad social.

Otro de los cambios notables es que los pensionistas, pequeños y medianos empresarios y profesionales de la salud tienen presencia en el Consejo Directivo, ya que por primera vez en la historia de la seguridad social, la Ley de ESSALUD permite la presencia en el Consejo Directivo de representantes de los pequeños y medianos empresarios y de los profesionales de la salud, quienes junto a los representantes de los trabajadores, de la gran empresa y del Estado, constituirán un cuerpo colegiado más plural, como expresión real de una auténtica democracia. Esta situación constituye pleno reconocimiento del rol trascendente de cada uno de los sectores participantes en el desarrollo de la economía y, en general, de la sociedad peruana.

Los principios de la Seguridad Social son:

- a) Solidaridad; cada cual debe aportar al sistema según su capacidad y recibir según su necesidad.

- b) Universalidad; todas las personas deben participar de los beneficios de la seguridad social, sin distinción ni limitación alguna.
- c) Igualdad; la seguridad social ampara igualitariamente a todas las personas. Se prohíbe toda forma de discriminación.
- d) Unidad; todas las prestaciones deben ser suministradas por una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento.
- e) Integralidad; el sistema cubre en forma plena y oportuna las contingencias a las que están expuestas las personas.
- f) Autonomía; la seguridad social tiene autonomía administrativa, técnica y financiera (sus fondos no provienen del presupuesto público, sino de las contribuciones de sus aportantes).

1.2.1. PROBLEMA GENERAL.

La Red Asistencial de EsSalud Loreto cuenta con siete (07) Centros de Atención Primaria (CAP) y un (01) Hospital Tipo III, que se encargan de brindar la atención médica a los asegurados de la región. Cuando el asegurado se atiende un Centro de Atención Primaria (CAP) y presenta un cuadro que no puede ser tratado ahí, se le refiere al Hospital III. Pero, el Hospital III cuenta con una infraestructura limitada que hace tiempo ha sido rebasada por la cantidad de pacientes que acuden a ella; además, cuenta un limitado equipamiento y carece de recursos humanos que pueda soportar la mayor demanda existente. En algunos servicios solo cuentan con uno o dos especialistas (oncología, urología, etc.), lo que hace que las citas se programen dentro de 60 días o más, con el consiguiente deterioro de la salud del asegurado.

Estas limitaciones y carencias traen como consecuencia que los pacientes sean referidos a la ciudad de Lima para recibir la atención adecuada, haciendo que se incurra en un alto gasto sobre todo por el costo del traslado (pasajes aéreos), atención y tratamiento de la enfermedad, que es cargado al hospital referido que brinda la atención (Hospital Rebagliati, Hospital Almenara y Hospital Sabogal). A ello se debe agregar que, con frecuencia, EsSalud tiene que correr con el gasto

de traslado del acompañante, incrementándose notablemente. Los gastos por este concepto alcanzan cifras muy grandes que podrían ser reducidas si se equipa adecuadamente al Hospital III de Iquitos, dotándoles de la infraestructura requerida y capacitando al recurso humano que asegure su operatividad. Por otro lado, se reducirían los tiempos de espera entre una cita y otra, brindándose una atención oportuna y de calidad a los pacientes; además, no se les estaría separando de sus familiares reduciendo los cuadros de angustia.

En tal sentido, el Problema General queda planteado de la siguiente manera:

¿Cuál fue el análisis del costo de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el Periodo 2011 – 2015?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuáles fueron los motivos de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, en el periodo 2011 – 2015?
2. ¿Cuáles fueron los costos asociados a los motivos de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, en el periodo 2011 – 2015?
3. ¿Cuáles son los costos de equipamiento, recursos humanos e infraestructura mínimos necesarios para la atención local, evitando la referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, en el periodo 2011 – 2015?

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL.

Analizar el costo de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el Periodo 2011 – 2015.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar los motivos de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, en el periodo 2011 – 2015.

2. Determinar los costos asociados a los motivos de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, en el periodo 2011 – 2015.
3. Determinar los costos de equipamiento, recursos humanos e infraestructura mínimos necesarios para la atención local, evitando la referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, en el periodo 2011 – 2015.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO.

2.1.1 ANTECEDENTES.

MANCILLA PALACIOS, Nilton (2011), en la publicación titulada “*Sistema de Referencia y Contrarreferencia*”, da a conocer que:

“El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es el conjunto de una red de infraestructuras de salud, recursos humanos, bases legales, normas guías y procedimientos que permiten el traslado de usuarios, muestras para la realización de estudios, diagnósticos y reportes de los mismos entre un nivel de atención y otro y entre un prestador de servicios de salud y otro, con el objetivo de garantizar la accesibilidad, oportunidad y seguimiento en la atención de pacientes que necesitan atención o sitio diferente, según la complejidad de las patologías y la capacidad resolutoria de los diferentes prestadores de servicios de salud, articulando la atención primaria y la preventiva promocional con la atención recuperativa. Para ello se debe tener programas de capacitación, investigación y docencia. En el campo de la investigación, el sistema debe aportar reportes que permitan no solo monitorizar sino también sacar conclusiones para plantear nuevas estrategias para el mejoramiento continuo. En el aspecto docente, el sistema debe educar a la comunidad universitaria a trabajar en redes, con la finalidad de invertir en salud en forma eficiente. Comúnmente, la población solicita el servicio en un nivel de atención que no corresponde. Esto genera distribución irregular de las cargas de trabajo, sobreocupación de algunas unidades médicas con subutilización de otras, inconformidad de usuarios y prestadores de servicios y dispendio de innecesario de recursos humanos y materiales. Resulta más costoso atender problemas de salud simples en una unidad médica que cuenta con alta tecnología, que atenderlos en el nivel de atención que le corresponde. De investigaciones que se han realizado sobre los problemas que se presentan en las referencias se ha concluido que se deben en su mayoría a la

falta de comunicación médica. Esta situación resulta más problemática en el área metropolitana debido a la concentración de población que ahí reside y a que conviven necesariamente servicios médicos pertenecientes a tres diferentes órdenes administrativos a decir: Minsa, Essalud y sin contar los servicios de las FFAA y las EPS y la asistencia privada. existen directivas de Referencia y Contrarreferencia a nivel de Minsa y Essalud por separado, pero no existe un Sistema Nacional de Referencias y Contrarreferencias”.

Esta publicación se relaciona con la presente tesis magistral toda vez que en esta se analizan los costos en que incurre la Red de Asistencial de EsSalud Loreto, en el periodo 2011 -2015.

ARIAS RAMOS, Gonzalo (2010), en la tesis de maestría *“Método de la Disposición a Pagar Para la Evaluación de Proyectos de Salud, Caso Población No Asegurada de Lima Sur”* presentada en la Universidad Nacional de Ingeniería, precisa que:

“los proyectos desarrollados en Seguro Social de Salud (EsSalud) de un número de 20 proyectos actualmente en fase de inversión, han sido evaluados por la metodología de Análisis Costo Efectividad; lo cual indica la deficiencia metodológica existente para la cuantificación monetaria de los beneficios sociales de los proyectos de salud. Es decir, esta metodología permite calcular los costos y limita la cuantificación de los beneficios sociales, lo cual hace complicada la medición de la rentabilidad social del proyecto. En la práctica, no se valoran monetariamente los beneficios sociales directos e indirectos como las externalidades que generan los proyectos de salud, ni los costos políticos que acarrea, puesto que el Análisis Costo Efectividad se limita a la determinación de costos por unidad y/o por beneficiario, la misma que carece de una interpretación social en cuanto al reporte en términos monetarios al bienestar de la sociedad. Asimismo, las divergencias más significativas se producen en el ámbito de la determinación de los beneficios intangibles de los proyectos y programas de salud, que en el Análisis Costo efectividad no se valoran de acuerdo con valores de mercado ni según el criterio de la disponibilidad a pagar, sino que mide en unidades específicas no monetarias de efectividad relacionadas con la salud, lo

que crea algunas dificultades, tanto en lo que respecta a la selección del indicador apropiado, como en la obtención de las implicaciones del análisis para la toma de decisiones. Además, evaluar bajo el método de costo efectividad, este mismo se estima en términos cualitativos ante la intervención de los pacientes que demandan el servicio de salud. Orientado de otra manera se comparan el costo de inversión, operación y mantenimiento en un horizonte planeado con el número de personas que demandan el servicio de salud. Las posibles consecuencias que acarrea esta situación es que no dimensiona monetariamente el impacto social, no se puede medir el bienestar de los pacientes atendidos en los Centros Asistenciales de salud. En consecuencia, es recomendable optar por otras herramientas o metodologías que puedan valorar los costos y beneficios sociales adecuadamente de los proyectos de salud, sin excluir a la población independiente o dependiente sin contratos laborales. La exclusión social es un fenómeno dinámico, que afecta a la población de manera diferenciada en el tiempo, requiriéndose por tanto de revisiones continuas de metodologías para la adecuada valoración de costos y beneficios sociales. Los individuos y los hogares que no posee ningún tipo de seguro de salud, en momentos cuando ven afectado su salud y se enferman, incurren en gastos por atención médica, costo de medicamentos, pérdida de productividad en su labor diaria y otros, por lo que expresan los costos que les ocasiona enfermarse. ⁶ En tal sentido, para la valoración de los beneficios sociales de proyectos de salud, se puede utilizar el método de Disposición a Pagar (DAP) por los servicios de un seguro de salud, para reducir la probabilidad de enfermarse y así ahorrar los costos que ocasiona una enfermedad, es decir realmente cuánto estarían dispuestos a pagar el individuo y/o familia por su propia salud, y tener acceso a los servicios de salud. Por lo tanto, los beneficios sociales expresados en la Disposición a Pagar por recibir los servicios de salud, estarían en función de los gastos a incurrir por atención médica, la pérdida de productividad para el trabajo y otros aspectos, que ocasiona la enfermedad. Además, el proceso de valoración de los beneficios alude al nivel de utilidad del individuo previo al cambio introducido por el proyecto, pueden definirse otras dos medidas de cambio en el bienestar paralelas en relación con el nivel de utilidad del consumidor después del cambio. Bajo este supuesto, en el caso del cambio visto como pérdida,

se mide la máxima Disposición a Pagar para evitar el deterioro en la salud en ausencia del proyecto”.

Esta tesis se relaciona con la presente investigación debido a que, en ella, se comparan los costos de referir los pacientes de Loreto a la ciudad de Lima con los costos de tener en Iquitos la infraestructura, equipos y personal calificado, para atender a los pacientes y dejar de hacer las referencias, con los altos costos que ello significa.

ARRIETA HERRERA, Alejandro – RIESCO DE LA VEGA, Gloria (2010), en el Proyecto Mediano N° 35 *“Eficiencia Hospitalaria y Mortalidad Perinatal en EsSalud: ¿Ser Eficiente Salva Vidas?”*, patrocinado por el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) y la Universidad de Piura, precisan que “para garantizar el costo-efectividad del gasto público, los recursos destinados a reducir la mortalidad debieran focalizarse en los grupos más expuesto dentro de la población infantil: los niños en su primera semana de vida. Reducir la mortalidad perinatal requiere atacar las causas directas y subyacentes que la generan. La literatura ha abordado extensivamente las causas directas (Lawn, Cousens et al. 2005; UNICEF 2008), y dentro de las causas subyacentes se reconoce la importancia de factores socioeconómicos (Gwatkin, Rutstein et al. 2007), así como de factores institucionales. En un estudio que estima el impacto de la crisis económica peruana de fines de los ochentas sobre la mortalidad infantil (Paxson and Schady 2005), los autores encuentran que la crisis incrementó la mortalidad en 2.5%, mucho más que el impacto de crisis similares en Indonesia o México. Los autores sugieren que el mayor impacto en Perú pudo estar asociado a al deterioro de los servicios de salud pública, incluidos la calidad y recursos hospitalarios. Los conceptos de eficiencia y gestión están estrechamente vinculados, y si bien en el Perú no existen estudios que aborden el tema de eficiencia hospitalaria (Barrantes, Cuba et al. 2008), algunos estudios resaltan el impacto que la gestión hospitalaria tiene sobre resultados de salud, sobre todo en la atención materno perinatal (Guzmán 2002; Yamin, Rios et al. 2002; MINSA 2003) en donde la capacidad resolutoria ligada a deficiencias en infraestructura, recursos humanos e 4 insumos puede definir la sobrevivencia materna o perinatal.

Sin embargo, los pocos estudios existentes que han abordado el tema de gestión de la salud en el Perú lo han hecho a través de estudio de casos, en hospitales específicos del seguro social o del Ministerio de Salud (Arroyo 2000; Rebaza 2002). Al concentrarse en hospitales grandes de áreas urbanas, y al no estar delimitado a unidades de atención específica, los resultados difícilmente pueden extenderse a todos los establecimientos de salud del país y a todas las unidades de atención dentro del mismo. En ese sentido, el presente estudio tiene la ventaja de medir la eficiencia hospitalaria de una amplia base de establecimientos de salud, con diferentes tamaños, distribuidos en diferentes regiones del país, y que representan el 70% de todos los partos atendidos por ESSALUD”. Esta investigación se relaciona con la presente tesis magistral, pues en ella se analiza la eficiencia en el uso de los recursos comparando los gastos incurridos por la referencia y contrarreferencia comparativamente con la dotación de equipos, infraestructura y recursos humanos a nivel local, para evitar los gastos de envío a la ciudad de Lima.

FLORES HUAMANÍ, Williams Antonio – YZAGUIRRE PÉREZ, Julio César (2008), en la tesis de grado denominada *“Sistema de Derivación de Pacientes Entre Centros Asistenciales de EsSalud”*, presentada en la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, dan a conocer que:

“el Seguro Social de Salud del Perú – EsSalud tiene como objetivo primordial ampliar la cobertura de las prestaciones de salud que brinda a la población asegurada en todo el territorio nacional. Bajo este principio, EsSalud debe asegurar la continuidad de la atención del paciente a pesar que el centro asistencial donde se atiende (centro de adscripción), no cuente con los recursos (personal, insumos y/o equipos) necesarios para resolver el problema de salud que presenta. Para solucionar este inconveniente, el centro que atiende al paciente debe derivarlo a otro centro asistencial que tiene la capacidad resolutoria necesaria para atenderlo y asegurar la resolución del motivo que originó el desplazamiento. Una vez resuelto el motivo de derivación, el paciente debe retornar y dar por concluida la misma. En EsSalud, al proceso de derivación del paciente se le denomina referencia, y al proceso de retorno se le denomina contrarreferencia. El tema a

desarrollar se basará en construir una herramienta que proporcione una solución integral frente a la problemática del actual sistema de derivación y se complemente con un tratamiento eficiente en el soporte y seguridad de la información dentro del proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes en EsSalud considerando los aspectos administrativos y asistenciales. Concretamente, el objetivo general radica en satisfacer los requerimientos operativos de las Unidades de Referencia y Contrarreferencia a través de la implementación de una herramienta que permita reducir el tiempo de atención de los pacientes referidos y contrarreferidos. Así también los objetivos específicos que se esperan alcanzar para el logro del objetivo general se relacionan a: reducción de tiempo en el registro y situación de las referencias y las citas, reducción del tiempo en el proceso de aceptación de las referencias, reducción de las citas perdidas por coordinaciones administrativas, reducción del diferimiento en la cita, identificación de los pacientes con mayor tiempo de espera en sus trámites de referencia, seguimiento de las referencias rechazadas y motivos principales; e informe de los costos de derivación de pacientes (pasajes y viáticos), entre otros”.

Esta tesis se relaciona con la presente tesis magistral debido a que en ella se analizan los costos en que incurre la Red Asistencial de EsSalud Loreto para referir un paciente a la ciudad de Lima, debido a la incapacidad de atenderle adecuadamente de manera local, durante el periodo 2011 - 2015

HINOJOSA CÁCERES, Emilio (2006), en la tesis doctoral *“Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica EsSalud Arequipa 2006”*, sostiene que:

“la incorporación de medidas para valorar el estado de salud y la calidad de vida percibida por los individuos en actividades de la vida diaria, es objeto de especial interés por parte de los investigadores de políticas y gestión de los sistemas de salud, cada día resulta más importante para quienes toman decisiones en salud disponer de información relevante de la auto percepción de los usuarios de los modelos de atención brindados ya sea como medidas de impacto de las políticas o de las intervenciones sanitarias en el sector salud. Los retos de la salud colectiva

actual en el marco de las reformas del sector, al representar un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas siempre abierta a la incorporación de propuestas innovadoras, constituye una óptica de inmenso valor para la reflexión y avance de la salud en una sociedad, se encuentra influida por dos aspectos que no pueden dejarse de lado la evaluación sobre la producción de los servicios de salud y las necesidades infinitas de la población, la escasez de recursos financieros y la calidad de vida de los pacientes que sirven de sustento para esgrimir modelos de intervención. Los servicios de salud son sistemas cuya misión es mejorar la salud de los individuos y de la sociedad. Estos sistemas se enfrentan en las últimas décadas a retos tales como la complejidad de sus servicios, los recursos limitados, la rapidez en la innovación y difusión de tecnologías médicas, las presiones sociales y de los profesionales de la salud en la demanda de servicios y el desconocimiento de los efectos que ello tiene en los costes en la salud de la población y la calidad de vida de los pacientes. La Insuficiencia Renal Crónica, constituye un problema de salud pública, cada vez más importante debido a la incidencia y prevalencia crecientes, en los últimos años afecta a 2 de cada 10.000 personas aproximadamente, se estima para los próximos diez años que se duplique el número de pacientes que precisen tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante). aumentando progresivamente y en paralelo a la incidencia creciente de patologías como diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. En el mundo son cerca de 500 millones las personas afectadas por esta enfermedad y las cifras siguen aumentando, de ahí que se hable de ella como una de las epidemias del siglo XXI. Por ello la importancia de la evaluación de la calidad de vida permite evaluar diferentes áreas de la vida del individuo, afectadas por la presencia de una enfermedad y usualmente no cuantificadas por los indicadores clásicos, brindando una mayor luz referente a la historia natural de la enfermedad. Además, puede aportar un conocimiento complementario a los puntos de interés clínico más habituales y duros, como suelen ser clasificados los marcadores biológicos de uso corriente, así como analizar la oportunidad de evaluar los modelos actuales de intervención. En el país el número de pacientes con enfermedad renal crónica ha ido aumentando progresivamente en paralelo a la incidencia creciente de patologías como diabetes

mellitus e hipertensión arterial, los cambios demográficos y sociales ocurridos durante las últimas décadas constituyen puntos de quiebre importantes para la salud pública de nuestra población especialmente en lo relacionado a las enfermedades no transmisibles que debido al proceso urbanístico, a los hábitos alimenticios no saludables y estilos de vida inadecuados han condicionado un aumento progresivo de la morbimortalidad de esta patología, según las estadísticas del Centro de Hemodiálisis de EsSalud, la diabetes causa que produce la Insuficiencia Renal Crónica en el 23% de pacientes y en un 14% el origen se debe a la hipertensión arterial. En todo el país, alrededor de diez mil asegurados reciben tratamiento para combatir los estragos que la insuficiencia renal crónica les ocasiona. Por ello esta enfermedad es un problema de salud pública a nivel mundial que, como señalan los especialistas, podría evitarse con practicar normas sencillas de prevención. EsSalud atiende al 95% de pacientes con este diagnóstico en 48 centros establecidos en Lima, Piura, Chiclayo, Trujillo, Cuzco, Tacna, Arequipa e Ica. Si se considera que un paciente se debe hemodializar 13 veces al mes, este centro realiza cada año un promedio de 75 mil sesiones de hemodiálisis sólo en Lima. El trasplante renal representa en la actualidad el medio más eficaz de restituir la salud a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, pero la escasez de donantes lo ha convertido en una posibilidad lejana para los pacientes, que deben acostumbrarse a las máquinas de un hospital o a las fístulas y catéteres necesarios para los procedimientos que los mantienen vivos. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es el impacto de la enfermedad o del tratamiento que percibe el individuo en su capacidad para vivir una vida satisfactoria. Valoración que hace el paciente en referencia a su apreciación del bienestar físico, emocional y social, luego del diagnóstico y tratamiento. Esta evaluación tiene importancia por la estrecha correlación entre calidad de vida y los índices de morbilidad y mortalidad, por lo expuesto el presente trabajo será un aporte en la toma de decisiones en nuestra gestión”.

Esta tesis se relaciona con la presente tesis magistral ya que los asegurados de la región Loreto tienen como una enfermedad causante de la referencia a Lima, la insuficiencia renal crónica.

2.1.2. BASES TEÓRICAS.

BISMARCK, Otto Von (1883), hizo un tratamiento extenso de la *“Teoría de la Seguridad Social”*, señalando que “al producirse durante los siglos XVIII y XIX la revolución industrial, el trabajador se encontraba en el más absoluto desamparo frente a los riesgos y contingencias sociales. Jornadas de trabajo extenuantes y salarios miserables que tenían que aceptar para no morir de hambre y estaba prohibida la coalición profesional y la huelga, además los empleadores no estaban obligados a solventar los gastos por enfermedades y accidentes de trabajo por considerar que tales egresos incrementaban los costos de producción, por lo que los trabajadores tenían que atender con sus magros salarios los riesgos y contingencias sociales aunque para ello tuvieran que enviar a laborar a sus mujeres y a los hijos menores desde su más tierna infancia. Fue así como progresivamente iniciaron los sistemas sociales de protección como el ahorro privado, la mutualidad, el seguro privado, la responsabilidad civil y la asistencia pública (Nugent, 1997:606). Las primeras formas de protesta colectiva fueron los amotinamientos y las huelgas; la primera de estas acciones tenía por finalidad dañar el equipo de capital, las clases dominantes respondieron con una fuerte represión¹⁹, llegando a dictar leyes que imponían la pena capital para cualquier obrero a quien se le probara la responsabilidad en el daño a las máquinas (Uzcástegui, 1990:46-47). Los seguros sociales se establecieron en la primera mitad del siglo XIX para resolver los problemas que los sistemas iniciales de previsión dejaron pendientes de solución. Correspondió a Alemania iniciar la evolución histórica de la seguridad social. Fue obra de Bismarck, quien presentó al parlamento un proyecto de seguro obligatorio contra accidentes o enfermedades, que alcanzó consagración legislativa el 15 de julio de 1883, para proteger a los trabajadores de la industria en forma obligatoria, contra el riesgo de enfermedad y la contingencia de la maternidad (Nugent, 1997:611). La clase obrera, con un sentido solidario, se distancia cada vez más de la clase burguesa, y a medida que sus miembros aumentan y congestionan las grandes ciudades, el gremialismo se desarrolla, dándose perfectamente cuenta de que sus intereses son, a la vez homogéneos y opuestos a la clase explotadora con conciencia de clase, se

enfrentan a la lucha organizando mejor sus sindicatos (Uzcàstegui, 1990:47). El 17 de noviembre de 1881, escribe Álvarez Uria (2004:181) tuvo lugar el famoso mensaje imperial que marcaba un cambio de rumbo en las políticas sociales: (...) la superación de los males sociales no puede encontrarse exclusivamente por el camino de reprimir los excesos socialdemócratas, sino mediante la búsqueda de fórmulas moderadas que permitan una mejora del bienestar de los trabajadores, significó este mensaje un antes y un después en la protección social de parte del Estado, en ese documento escrito por Bismarck se reconoce por primera vez el ejercicio de esa protección como un derecho de los trabajadores. Frente a las políticas liberales de represión aplicadas hasta entonces, se optaba al fin por las políticas de reformas sociales basadas en la previsión social. Como destaca Zörgbibe (1997:23-33), desde el punto de vista de la política exterior, la consumación de la unificación alemana, terminó provocando un enfrentamiento entre dos concepciones claramente opuestas. Se expidieron en Alemania, en ese tiempo de manera sucesiva tres leyes: el 13 de Julio de 1883 la Ley del Seguro de Enfermedades, el 6 de Julio de 1884, la del Seguro de Accidentes de Trabajo de los Obreros y Empleados de Empresas Industriales y durante 1889 la del Seguro de Invalidez y vejez. Con ello el Estado pretendía fortalecer la importancia de la seguridad social interviniendo en la vida económica del país, Bismarck pensaba que con este tipo de disposiciones se lograba la tranquilidad económica ya que afirmaba —un hombre que tiene asegurado su porvenir, su vejez tranquila, el bienestar de sus familiares, no es anarquista ni atenta contra la vida del emperador; démosle ahora a los pobres a lo que tienen derecho antes de que nos lo arrebaten por la fuerza. Los gobiernos locales alemanes pusieron en marcha fondos de enfermedad que exigían de los trabajadores el pago obligatorio de cotizaciones a la caja correspondiente. En caso de enfermedad, el trabajador asegurado recibía determinadas prestaciones. Al seguro de enfermedad le siguieron otros similares para cubrir las contingencias por accidente laboral, invalidez y vejez. Los tres socios de estos regímenes (trabajadores, empleadores y el Estado) participaban en su funcionamiento y debe destacarse que la solidaridad obrera desempeñó una función preeminente en su concepción, establecimiento y administración. Esas primeras Leyes de Seguros Sociales Obligatorias aprobadas

en Alemania, representaron una forma más evolucionada de las instituciones que para esa época auxiliaban a la sociedad”. Esta teoría se relaciona

BEVERIDGE, William (1942), dio a conocer la *“Teoría de la Seguridad Social y Servicios Afines”*, señalando que todo ciudadano en edad laboral debe pagar una serie de tasas sociales semanales, con el objetivo de poder establecer una serie de prestaciones en caso de enfermedad, desempleo, jubilación y otras. Opina que ese sistema permitirá asegurar un nivel de vida mínimo por debajo del cual nadie debe caer. Para convencer a los conservadores escépticos, explica que la asunción por parte del estado de los gastos de enfermedad y de las pensiones de jubilación permitirá a la industria nacional beneficiarse de aumento de la productividad, y como consecuencia, de la competitividad. En 1944, publicó una segunda obra que se conoce a veces con el nombre de “Segundo Informe Beveridge” (Full Employment in a Free Society, ‘Trabajo para todos en una sociedad libre’) en el que declara que la puesta en marcha de un eficaz sistema de protección social exige una situación de pleno empleo. En este punto sus ideas progresistas convergen con las de otro economista británico, John Maynard Keynes. Al terminar la guerra, el Partido Laborista de Clement Attlee gana las elecciones al primer ministro saliente, el conservador Winston Churchill. El nuevo primer ministro anuncia entonces la puesta en marcha del Estado del Bienestar, tal y como había sido definido en el primer informe Beveridge de 1942. En 1944, Beveridge es elegido en la Cámara de los Comunes en representación del Partido Liberal. En 1946, es nombrado Barón de Tugall, y pasará a encabezar el grupo liberal en la Cámara de los Lores. Esta teoría se relaciona con la presente tesis magistral, pues en ella se analizan la cobertura del seguro social por enfermedad principalmente, siendo otras instituciones las que tienen que ver son la jubilación y el desempleo.

PRADO SOLAR, Liliana Alicia – GONZÁLES REGUERA, Maricela – PAZ GÓMEZ, Noelvis – ROMERO BORGES, Karelia (2014), enunciaron la *“Teoría Sobre el Déficit de Autocuidado: Dorothea Orem Punto de Partida Para la Calidad en la Atención”*, en la que sostienen que “dentro de las

clasificaciones para el estudio de las diferentes teorías y modelos, se encuentran los modelos de suplencia o ayuda donde el rol fundamental de la enfermera consiste en suplir o ayudar a realizar acciones que la persona no puede llevar a cabo por sí solas en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, una de las representantes más importante de esta tendencia es Dorotea E Orem estableciendo la teoría del déficit del autocuidado como un modelo general compuesto por tres subteorías relacionadas: la teoría de autocuidado; la teoría del déficit del autocuidado; y la teoría de los sistemas de enfermería. Esta investigadora norteamericana desarrolla su trabajo en solitario la colaboración de algunas colegas que le han permitido desarrollar la teoría del déficit de autocuidado; aunque no acepta tener influencia directa de ninguna fuente teórica en su obra, cita el trabajo de muchas autoras que han contribuido a la base teórica de la enfermería tales como: Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Rogers, Roy, Travelbee y Wiendenbach, entre otras. En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión”. Esta teoría se relaciona con la presente tesis magistral, debido a que en ella se analiza la forma en que se busca suplir el déficit de atención de los

pacientes de la Red Asistencial de Loreto, refiriéndoles a la ciudad de Lima cuando resulta imposible tratar una enfermedad de manera local.

LEDEZMA MARTÍNEZ, José Sergio (2002), plantea la *“Teoría Sobre la Seguridad Social”*, señala que “el tema de la seguridad social, en cualquier sociedad resulta por demás relevante, es cierto que en muchas ocasiones se ocupa de las aplicaciones prácticas del tema, observando lo que disponen las leyes al respecto, sin embargo en esta como en todas las áreas del conocimiento es importante conocer las razones de lo que hacemos, nuestro punto de partida para el presente trabajo es entonces el concepto y origen de la seguridad social. La seguridad social no existe porque si, sino que debe observarse que de manera tan ancestral el hombre ha buscado estar protegido de las contingencias a que se enfrenta, a veces conocidas y en un gran número a las desconocidas, la vida por si representa riesgos en su ambiente a los que el hombre debe estar atento, ya sea de manera individual o colectiva, en las gran mayoría de las ocasiones y por la naturaleza del propio Estado, le corresponde a éste encontrar los mecanismos o instrumento para proteger a sus integrantes. El hombre solo, difícilmente podría hacer frente a las contingencias y está perfectamente probado que con la unión de todos en solidaridad es factible prevenir los accidentes o enfermedades de los individuos, donde el Estado otorga de manera general las condiciones para cumplir con ese objetivo, sin embargo, para ello el individuo debe continuar cumpliendo con su responsabilidad identificando en todo tiempo que el Estado es solo coadyuvante en esta tarea. Al hombre le preocupa desde siempre de una manera importante la seguridad, no solo en el aspecto económico sino social, su futuro en lo general. Le preocupa la tranquilidad que puede tener para lograr un desarrollo real que le permita en todo tiempo estar libre de los peligros que representa la inseguridad, la propia vida. La seguridad social tiene sin duda su origen en la consciencia de la inseguridad, esto es, el hecho de que las personas sepamos que alrededor, en las actividades que realizamos existen riesgos, luego a través de la organización colectiva existan políticas sociales que nos ayudan a prevenir, en ello es nuevamente observable que nada se puede hacer solo. Menciona de manera acertada Antonio Vázquez Vialard, que la seguridad social

debe ser concebida no solo como un sistema de distribución de la riqueza, sino como una idea fuerza que da sentido a la convivencia social (vivir juntos). Así como ésta se traduce en un beneficio para quienes la integran, ya que pone a su disposición un amplio servicio de provisiones que posibilitan alcanzar niveles de existencia que sin ellas no podrían disfrutar, impone también un débito: compartir con otros las restricciones que la vida los somete. En cuanto a los objetivos de la seguridad social, Sergio Sandoval Hernández, citado por Ángel Guillermo Ruiz Moreno, refiere: “Los objetivos de la seguridad social son de índole mediato e inmediato; el objetivo mediato es la transformación de nuestra cultura y de los sistemas de organización colectiva, no siempre justos, tratando de lograr un cambio cualitativo en la mentalidad y organización humanas. Luego, el objetivo inmediato consiste en buscar la realización plena del ser humano, el derecho a la salud, al amparo a sus medios de subsistencia y la garantía a los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Así, en todo tiempo se busca la creación de sistemas de bienestar social, lo que implica que en ellos deban observarse características como: a) Son programas obligatorios establecidos en la legislación b) Su creación, administración y regulación está encargada al gobierno c) Su financiamiento se obtiene total o parcialmente de las contribuciones realizadas por los patrones, trabajadores y Estado. d) Tiene cobertura para la familia del trabajador, sin tener que demostrar situación financiera o económica del afiliado. Los beneficios pueden estar vinculados a las contribuciones del afiliado o ser independientes de éstas y se busca redistribuir los recursos de los trabajadores de altos ingresos con los de bajos ingresos. La seguridad social según la Organización Internacional del Trabajo (OIT): “Es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos. El objetivo de la seguridad social es, de acuerdo con esta organización: “Velar porque las personas que están en la imposibilidad -sea temporal o permanente- de obtener un ingreso, o que deben asumir

responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros o determinados bienes o servicios”. Esta teoría se relaciona con la presente tesis magistral, en el sentido que en ella se estudia a la seguridad social como un sistema basado en la solidaridad de los asegurados, que no escatima esfuerzos para brindar la atención adecuada, inclusive trasladando a los pacientes a otros lugares que tienen equipo y personal más avanzados.

2.1.3. MARCO CONCEPTUAL.

a) Asegurado.

Se denomina así a toda persona que se encuentra afiliada, de forma obligatoria o voluntaria, a alguno de los seguros que administra EsSalud para acceder a las prestaciones que éstos ofrecen. Existen diversos tipos de asegurados, de acuerdo al seguro al que están afiliados, variando en cada caso las coberturas, condiciones, criterios de acceso y aportes, entre otros.

b) Calidad de Vida.

Concepto subjetivo y multidimensional cuya definición es polémica, algunos autores consideran que comprende tres dimensiones: la física, la psicológica y la social.

c) Centro Asistencial de Origen (o de Adscripción).

Es el establecimiento de salud que recibe a un paciente como primera instancia y que luego lo refiere a un centro asistencial de mayor nivel de resolución al superar su capacidad de atención.

d) Centro Asistencial de Destino.

Es el establecimiento de salud que recibe al paciente referido y que cuenta con la capacidad resolutoria suficiente para otorgar las prestaciones asistenciales que han motivado la referencia.

e) Contrarreferencia de Pacientes.

Es el procedimiento asistencial mediante el cual se retorna la responsabilidad del manejo médico y/o ayuda al diagnóstico de un paciente al centro asistencial de origen, siempre y cuando éste cuente con las condiciones necesarias para la atención.

f) Defensoría del Asegurado.

La Defensoría del Asegurado es el órgano institucional ad hoc de apoyo a la Presidencia Ejecutiva, creado con la finalidad de atender las consultas, reclamos o solicitudes de mediación de los asegurados de EsSalud, cautelando de esa manera sus derechos y contribuyendo a mejorar los procesos de atención y la calidad del servicio en los centros asistenciales u otras instancias de la institución.

g) Derechohabientes.

Son aquellas personas que también gozan de los beneficios de los seguros que ofrece EsSalud por tener una relación familiar directa con el afiliado titular. Se trata de las siguientes personas: cónyuge o concubina(o); hijo(a) menor de edad; hijo(a) mayor de edad incapacitado(a) en forma total y permanente para el trabajo; madre gestante de hijo(a) extramatrimonial. El afiliado titular y/o entidad empleadora debe registrar a los derechohabientes del titular para el acceso a las prestaciones correspondientes.

h) Entidad Prestadora de Salud (EPS).

Es un sistema privado que brinda servicios de salud, al que pueden acceder los trabajadores regulares para recibir atención que corresponde a la capa simple. Para ello, la EPS recibe el 25% del aporte que hace la empresa a EsSalud (que asciende al 9% de la remuneración del trabajador) vale decir, el 2.25% de la planilla. Por su parte, EsSalud brinda la atención de la capa compleja con el 6.75% restante del aporte.

i) ESSALUD.

El Seguro Social de Salud, que también puede identificarse con el nombre de EsSalud, es un organismo público descentralizado, creado con la finalidad de dar

cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de salud, que incluye la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación; así como de prestaciones económicas y sociales.

j) Modelos de Atención.

Son las características y principios, así como la forma de realizar la atención, la selectividad de intervenciones (promoción prevención, curación, rehabilitación) que buscan la integralidad de acciones, la continuidad de las mismas, teniendo en consideración el contexto social y económico en concordancia con las necesidades y demanda.

k) Pensionista.

Se le considera pensionista a quien percibe pensión de cesantía, jubilación, incapacidad o de sobrevivencia (viudez y orfandad) cualquiera fuere el régimen legal al cual se encuentre sujeto. Su registro y declaración mensual se realiza a través del Programa de Declaración Telemática. Este documento se presenta en la red de bancos, o a través de SUNAT virtual o en las mismas instalaciones de la SUNAT.

Las fechas para la presentación mensual lo establece SUNAT.

l) Prestaciones Económicas.

Es la compensación económica (dinero en efectivo) que otorga EsSalud y que correspondientes a los subsidios por: Incapacidad Temporal; Maternidad; Lactancia; Prestación por Sepelio. Las prestaciones económicas se otorgan a los asegurados bajo el Sistema Regular. En el caso del Sistema Potestativo, sólo los afiliados al Plan Total pueden acceder a la prestación económica por sepelio que asciende a un máximo de 2,070. 00 Nuevos Soles. Las entidades empleadoras o asegurados que falsifiquen documentos para obtener el pago de cualquiera de las prestaciones económicas, serán sancionadas con multa sin perjuicio de las acciones judiciales a que hubiere lugar.

m) Primer Nivel de Atención.

Constituye la puerta de entrada al sistema de prestaciones de salud, para otorgar servicios de salud integrales y continuos al individuo y la familia, mediante el estudio y atención de la historia natural del proceso salud-enfermedad. Se encuentran comprendidos en este alcance los Hospitales I, Policlínicos, Postas, Centros Médicos y la oferta flexible.

n) Redes Asistenciales.

EsSalud opera bajo el Sistema de Redes Asistenciales, lo cual permite se descentralizar y dinamizar los servicios. Son 28 redes, con sus respectivas gerencias, las que tienen el manejo administrativo de los centros asistenciales ubicados por circunscripción geográfica y cada una cuenta con un Hospital Base, el cual ostenta la mayor capacidad resolutive y al que son referidos los pacientes de los centros asistenciales de la red, en caso la atención lo amerite. Asimismo, las redes asistenciales tienen una clasificación (tipo o categoría), de acuerdo a la capacidad de resolución de su Hospital Base, que puede ser: Hospital Nacional, Hospital IV, Hospital III, Hospital II u Hospital I. Cabe señalar que, en su mayoría, las redes asistenciales han sido implementadas por departamento (región) y las gerencias están ubicadas en las capitales de éstos. Sin embargo, existen departamentos donde se han establecido dos sedes, debido a la demanda y a las condiciones de acceso de la zona, como el caso de Juliaca y Puno (Puno) y Tarapoto y Moyabamba (San Martín). De igual manera, en Lima, por su extensa población, se cuenta con tres redes asistenciales: Rebagliati, Almenara y Sabogal.

o) Referencia Administrativa.

Esta se realiza exclusivamente para los pacientes atendidos en los servicios de emergencia u hospitalización con la finalidad de que continúen su tratamiento en un centro asistencial de mayor resolución. Este trámite debe ser coordinado y emitido por el jefe de la Unidad de Referencias de los centros asistenciales de origen y de destino.

p) Referencia de Pacientes.

Es un procedimiento asistencial mediante el cual un establecimiento médico traslada la responsabilidad del manejo médico y/o ayuda al diagnóstico de un paciente a otro de mayor capacidad resolutive.

q) Seguridad Social.

Derecho público de observancia obligatoria y de aplicación universal, para el logro solidario de una economía auténtica y racional de los recursos y valores humanos, que aseguran a toda la población una vida mejor, con ingresos o medios económicos suficientes para llevar una subsistencia decorosa, libre de la miseria, temor, enfermedad, ignorancia, desocupación. Conjunto de normas y principios cuya finalidad es garantizar el derecho humano a la salud, medios de subsistencia, asistencia médica, servicios sociales, así como otorgamiento de una pensión garantizada por el Estado.

r) Seguro Potestativo.

Es un seguro de salud que salvaguarda su bienestar y el de su familia y lo protege frente a situaciones inesperadas. La afiliación al Salud Seguro Potestativo, compromete a EsSalud para atender sus necesidades de salud cubiertas bajo el Plan de Salud, a cambio del pago de un aporte mensual. Este seguro no establece pagos adicionales por consulta médica, días de hospitalización o servicios de emergencia.

s) Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

El sistema de referencia y contrarreferencia es el conjunto de procesos que debe realizar un asegurado para ser atendido en los centros asistenciales de las redes de EsSalud, según el nivel de resolución de éstos y de acuerdo al tipo de atención que requiere. De esta manera, se garantiza la continuidad y la capacidad para brindar la prestación de salud.

t) Subsidio Por Incapacidad Temporal.

Es el monto en efectivo al que tiene derecho el asegurado en actividad regular (trabajador dependiente con vínculo laboral), a fin de resarcir las pérdidas económicas derivadas de la incapacidad para el trabajo ocurridas por el deterioro de su salud. EsSalud reembolsa por este concepto desde el día 21 hasta que dure la incapacidad -previamente determinada y certificada por un médico- por un máximo de hasta 11 meses y 10 días (340 días continuos) ó 540 días no continuos en el curso de 36 meses. En el caso de los afiliados al Seguro del Pescador y Procesador Pesquero Artesanal Independiente y al Seguro Agrario independiente, se aplica igual definición y criterios de otorgamiento. Es necesario tomar en cuenta que no se puede gozar simultáneamente del subsidio por incapacidad temporal y del subsidio por maternidad.

MARCO LEGAL.

a) Decreto Legislativo N° 1171.

La incorporación de los trabajadores independientes al régimen contributivo de la seguridad social así como el otorgamiento de exoneraciones y beneficios por los aportes deberán contar con la actualización del estudio actuarial y un informe del MINTRA. Modifica la Ley Nro.26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social. Las exoneraciones, incentivos, beneficios o exclusiones de la base imponible respecto de las aportaciones a Essalud se sujetarán a la Norma VII del Título Preliminar del Código Tributario.

b) Ley N° 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

La presente ley establece que la Seguridad Social en Salud se fundamente en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones a cargo de entidades pública, privadas o mixtas. Se desarrolla en un mercado de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud. El Estado promueve los sistemas de previsión para la salud y la integración de esfuerzos de las entidades que brindan servicios de salud, cualquiera sea su naturaleza. El Ministerio de Salud

tiene a su cargo en Régimen Estatal con el objeto principal de otorgar atención integral de salud a la población de escasos recursos económicos que no tienen acceso a otros regímenes o sistemas. Dicho régimen se financia con fondos del Tesoro Público y brinda atención a través de la red de establecimientos del Estado, así como mediante otras entidades públicas o privadas que cuenten con convenios para el efecto.

c) Ley N° 27056 – Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud).

Se crea sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social, el Seguro Social de Salud (ESSALUD) como organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera presupuestal y contable. Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos. Las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud (ESSALUD) son de prevención, promoción y recuperación de la salud, maternidad, prestaciones de bienestar y promoción social, prestaciones económicas, así como programas de extensión social y planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos y otras prestaciones derivadas de los seguros de riesgos humanos que ofrezca ESSALUD dentro del régimen de libre contratación.

d) Ley N° 29353 – Periodo de Latencia Para Desempleados.

Amplia temporalmente el período de acceso a servicios de seguridad social para desempleados (latencia) previsto en la Ley Nro.26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

e) Ley 29344 - Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

La presente ley establece que el aseguramiento universal en salud tiene las siguientes características: Obligatorio, la afiliación a algún régimen de aseguramiento en salud es obligatoria para toda la población residente; Progresivo, es gradual y continuo, busca la inclusión de todas las personas residentes en el Perú al sistema y la ampliación de la cobertura de los planes de aseguramiento; Regulado, las reglas que rigen a los diversos actores involucrados en el proceso de financiamiento y prestación de servicios de salud para alcanzar el aseguramiento universal en salud son definidas por las instancias competentes; Descentralizado, el proceso se organiza de manera progresiva y descentralizada en los niveles nacional, regional y local, en concordancia con las políticas del Gobierno Nacional; Portable, la condición de asegurado, una vez incluido en el sistema, lo acompaña en todo el territorio nacional; Transparente, el proceso cuenta con mecanismos de gestión que aseguren la rendición de cuentas a la ciudadanía, y; Sostenible, el aseguramiento universal en salud es una política de estado financiada con garantía de su permanencia en el tiempo.

f) Ley N° 29414 – Ley Que Establece el Derecho de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

Mediante este dispositivo legal se establece que toda persona tiene derecho a recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica, en cualquier establecimiento de salud público o privado; a elegir libremente al médico o el establecimiento médico, con excepción de los servicios de emergencia; recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos; solicitar la opinión de otro médico distintos a los que la institución le ofrece, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento, sin que afecte el presupuesto de la institución, bajo responsabilidad del usuario y con conocimiento de su médico tratante; obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud; ser informado adecuada y oportunamente de los derechos que toda persona tiene en su calidad de paciente y cómo ejercerlos; otorgar su

consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el tratamiento de su salud.

- g) Ley N° 29761 – Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.

Esta Ley señala que el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) de los regímenes subsidiado y semicontributivo se financia con cargo a los siguientes recursos: los créditos presupuestarios que se asignan anualmente al Seguro Integral de Salud (SIS) tomando como referencia, para el régimen subsidiado, el valor de la prima y el número de afiliados y, para el régimen semicontributivo, el valor de la prima, el coeficiente de financiamiento público y el número de afiliados; los aportes de la población que se afilie al régimen semicontributivo según los criterios de elegibilidad; los recursos que los gobiernos regionales y locales destinen sobre la base de la adecuación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS); los recursos provenientes de la cooperación internacional, y otras donaciones nacionales e internacionales; otros que se otorguen por Ley.

- h) Ley N° 29873 – Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Tiene como fin promover una cultura de prevención de riesgos laborales en el país y se aplica a todos los sectores económicos y de servicios y comprende a todos los empleadores y trabajadores bajo el régimen laboral de la actividad privada y del sector público, de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional y los trabajadores por cuenta propia. Establece los principios de la seguridad y salud y la obligación de formular y aplicar la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Crea el Sistema Nacional y el Consejo Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Dispone que el empleador debe adoptar un Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud y formular la política respectiva e implementar los registros y documentación de dicho sistema. De contar con más de veinte trabajadores, se constituirá un comité de seguridad y salud y se formulará un reglamento interno de seguridad y salud. En caso contrario, los trabajadores elegirán un supervisor de seguridad. Establece las obligaciones de los empleadores y trabajadores.

- i) Resolución de Gerencia Central de Aseguramiento N° 031-GCAS-ESSALUD 2011.

Precisa los alcances de la Resolución Nro.06-GCAS-ESSALUD-2011 que implementa los periodos de espera para nuevos afiliados regulares en actividad y sus derechohabientes, para el tratamiento de ciertas enfermedades o grupos de enfermedades.

2.2. DEFINICIONES OPERACIONALES.

2.2.2. VARIABLES.

a) Variable Dependiente (Y)

Y : Costo de Referencia de los Pacientes.

b) Variables Independientes (X)

X₁ : Motivo de Referencia de los Pacientes.

X₂ : Costo Asociado al Motivo de Referencia de los Pacientes

X₃ : Costo de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura Local.

2.2.3. INDICADORES E ÍNDICES.

VARIABLES	INDICADORES	ÍNDICES
Independiente (X):		
1. Motivo de Referencia de los Pacientes	1. Motivo de referencia	➤ Enfermedad ➤ Tratamiento ➤ Otros
2. Costo Asociado al Motivo de Referencia de los Pacientes	1. Monto del costo	➤ Alto ➤ Medio ➤ Bajo
3. Costo de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura Local	1. Monto del costo comparado con la referencia del paciente	➤ Mayor ➤ Igual ➤ Menor

<p>Dependiente (Y): 1. Costo de Referencia de los Pacientes</p>	<p>1. Evolución del costo de referencia</p>	<p>➤ Creciente ➤ Constante ➤ Decreciente</p>
--	---	--

2.3. HIPÓTESIS.

2.3.2. HIPÓTESIS GENERAL.

Los costos de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, fueron crecientes año a año, durante el Periodo 2011 – 2015.

2.3.3. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

1. El principal motivo de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el periodo 2011 – 2015, fue “Consulta Externa”.
2. El mayor costo asociado a los motivos de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el periodo 2011 – 2015, fue “Consulta Externa”.
3. Los costos de equipamiento, recursos humanos e infraestructura mínimos necesarios para la atención local, son menores a los costos de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, en el periodo 2011 – 2015.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA.

3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

De acuerdo al alcance o propósito de la investigación, el presente estudio es Descriptivo, porque se busca analizar los costos de referencia de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el Periodo 2011 – 2015.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El diseño de la investigación es el No Experimental, porque no se sometió a experimento alguno al entorno ni a los elementos integrantes de la investigación. Se recolectaron los datos en un solo momento y en un tiempo único. Fue un trabajo de gabinete.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.3.1. POBLACIÓN.

La Población del presente estudio comprendió a los registros estadísticos sobre costos de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, en el periodo 2011- 2015, que obran en poder de EsSalud Loreto.

3.3.2. MUESTRA.

La Muestra es igual a la Población; es decir, todos los registros estadísticos sobre costos de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, en el periodo 2011- 2015, que se encuentran en poder de EsSalud Loreto.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

3.4.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica que se empleó en el presente estudio fue la revisión de los registros de los archivos de la Red Asistencial de EsSalud Loreto, del periodo 2011 – 2015, y captura de la información relacionada. Es un trabajo de gabinete básicamente.

3.4.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El instrumento que se empleó en el presente estudio fue principalmente la exploración y captura de las referencias de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, en el periodo 2011 - 2015.

3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El procedimiento de recolección de datos se realizó de la siguiente manera.

- Se pidió autorización a la Gerencia de EsSalud Loreto para acceder a los archivos y registros estadísticos de la institución.
- Se hizo una revisión en los archivos, de las referencias de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a Lima, durante el periodo 2011 – 2015.
- Se identificaron y recopilaron los registros de las referencias de los pacientes a la ciudad de Lima, en el periodo 2011 – 2015.
- La recolección de datos tuvo una duración aproximada de 30 días, periodo en el cual se depuraron los registros y datos existentes para quedarse con los valores de interés para la investigación.
- Los datos obtenidos son confidenciales y de uso exclusivo para la investigación.
- Una vez terminada la recolección de datos se procedió a la elaboración de la base de datos para el análisis estadístico respectivo.
- Finalmente se procedió a la elaboración del informe final de la tesis, para su respectiva sustentación.

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

- La información recolectada se procesó con ayuda de la hoja de cálculo Excel para windows.
- Seguidamente se procedió al análisis de los datos, para lo cual se hizo uso del análisis univariado y de estadígrafos diversos.
- Asimismo, se hizo uso de las frecuencias simples y relativas, media, moda, y otros estadígrafos para un buen análisis.
- Finalmente se elaboraron los cuadros y gráficos necesarios para presentar la información de las variables estudiadas.

3.7. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS.

No aplica a la presente investigación porque se trata de un trabajo de gabinete y de revisión de series históricas. Los elementos de la Población y Muestra no son personas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS.

Los resultados de la investigación se dan a conocer en el presente capítulo a través de un análisis detallado año a año del costo de referencia de los pacientes de la Red Asistencial EsSalud Loreto, durante el periodo 2011 – 2015. Luego, se hace un análisis comparativo entre el costo de implementar la Red Asistencial de EsSalud Loreto con todo lo necesario para no enviar a los pacientes a Lima, y el costo que significó referir a los pacientes a Lima en el periodo de estudio.

4.1. ANÁLISIS DEL COSTO TOTAL POR REFERENCIA DE PACIENTES.

El análisis del costo total por referencia de pacientes de la Red Asistencial EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, se hace desagregando el costo de los pasajes aéreos del resto de costos, debido a que es uno de los más recurrentes, ya que, en gran parte de los casos, no solo se debe cubrir el traslado del paciente sino también del acompañante. Entonces, surge la necesidad de saber cuánto se ha gastado por este concepto y que tan determinante es en la estructura de costos, durante el periodo de investigación

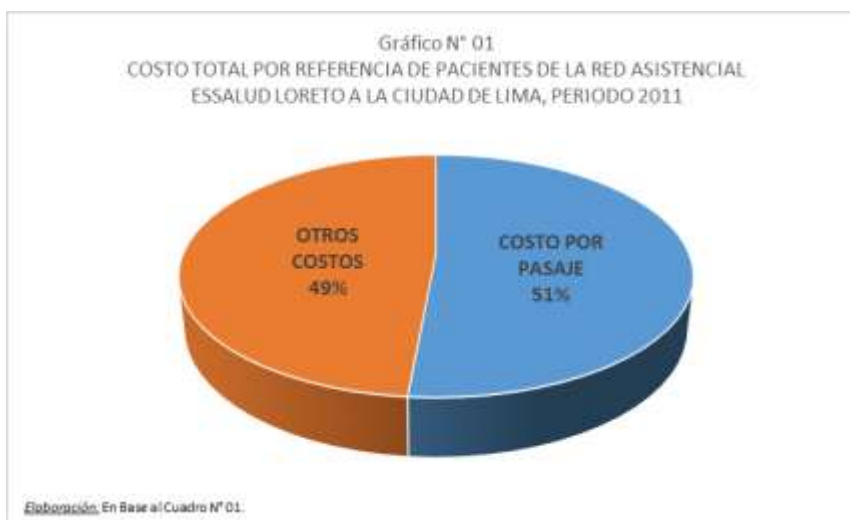
En el Cuadro N° 01, se observa el costo total por referencia de pacientes de la Red Asistencial EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el periodo 2011, que asciende a S/. 7,552,227.12; siendo preciso destacar que el 51.46% de este monto (S/. 3,886,538.17) fue por compras de pasajes aéreos para trasladar a los pacientes y familiares a la ciudad de Lima, para que sean atendidos en los hospitales de EsSalud. Por otro lado, el 48.54% del costo (S/. 3,665,688.95), corresponden a otros costos (médicos, administrativos, medicinales, etc.) que se tienen que incurrir necesariamente para referenciar un paciente a la capital.

El mes de mayor gasto fue diciembre, periodo en el que el costo alcanzó la cifra de S/. 1,369,441.00; equivalente al 18.13% del total. En este mes, el rubro “Otros Costos” fue ligeramente superior al “Costo Por Pasaje” registrándose la suma de S/. 685,048.30 comparativamente con el monto de S/. 684,392.70. El mes de junio ocupó el segundo lugar con S/. 1,285,202.32 (17.02% del valor total).

Cuadro N° 01
COSTO TOTAL POR REFERENCIA DE PACIENTES DE LA
RED ASISTENCIAL ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE
LIMA, PERIODO 2011

MES	COSTO POR PASAJE (S/.)	OTROS COSTOS (S/.)	TOTAL COSTOS (S/.)	PORCENTAJE
ENERO	140,194.40	718.80	140,913.20	1.87%
FEBRERO	252,192.73	267,918.89	520,111.62	6.89%
MARZO	380,857.27	387,634.37	768,491.64	10.18%
ABRIL	268,155.36	270,800.00	538,955.36	7.14%
MAYO	79,854.20	19,014.50	98,868.70	1.31%
JUNIO	631,739.45	653,462.87	1,285,202.32	17.02%
JULIO	121,342.12	11,055.60	132,397.72	1.75%
AGOSTO	486,553.43	493,052.82	979,606.25	12.97%
SEPTIEMBRE	463,252.43	480,397.30	943,649.73	12.49%
OCTUBRE	260,492.31	380,556.96	641,049.27	8.49%
NOVIEMBRE	117,511.77	16,028.54	133,540.31	1.77%
DICIEMBRE	684,392.70	685,048.30	1,369,441.00	18.13%
TOTAL	3,886,538.17	3,665,688.95	7,552,227.12	100.00%
PORCENTAJE	51.46%	48.54%	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.



En el año 2012, el costo por referencia de pacientes de la Red Asistencial EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, asciende a S/. 7,476,592.19; cifra ligeramente menor en -1.00% a la obtenida el año 2011; pero, a diferencia de ésta, el concepto “Otros Costos” (S/. 3,742,156.19) es levemente superior a “Costo Por Pasaje” (S/. 3,734,435.70). el mes de mayor gasto fue marzo, al haberse registrado el monto de S/. 1,046,430.38 (14.00% del total).

Cuadro N° 02
COSTO TOTAL POR REFERENCIA DE PACIENTES DE LA
RED ASISTENCIAL ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE
LIMA, PERIODO 2012

MES	COSTO POR PASAJE (S/.)	OTROS COSTOS (S/.)	TOTAL COSTOS (S/.)	PORCENTAJE
ENERO	75,643.00	473.44	76,116.44	1.02%
FEBRERO	443,224.93	443,434.93	886,659.86	11.86%
MARZO	520,969.19	525,461.19	1,046,430.38	14.00%
ABRIL	265,994.99	272,255.79	538,250.78	7.20%
MAYO	410,338.93	414,249.23	824,588.16	11.03%
JUNIO	243,289.99	244,987.49	488,277.48	6.53%
JULIO	139,336.61	144,840.61	284,177.22	3.80%
AGOSTO	346,093.52	346,060.52	692,154.04	9.26%
SEPTIEMBRE	162,296.80	175,877.30	338,174.10	4.52%
OCTUBRE	175,428.49	182,011.39	357,439.88	4.78%
NOVIEMBRE	486,779.70	493,652.70	980,432.40	13.11%
DICIEMBRE	465,039.55	498,851.90	963,891.45	12.89%
TOTAL	3,734,435.70	3,742,156.49	7,476,592.19	100.00%
PORCENTAJE	49.95%	50.05%	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.



El año 2013, el costo total por referencia de pacientes de la Red Asistencial EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, fue superior en 19.86% con relación al año 2012 y alcanzó la suma de S/. 8,961,537.01. El rubro “Otros Costos” alcanzó la suma de S/. 4,585,739.36 y fue superior en S/. 209,941.71 al concepto “Costo Por Pasaje” que sumó el monto de S/. 4,375,797.65. El mes de mayor gasto fue diciembre que llegó a S/. 1,960,651.73 (21.88% del total).

Cuadro N° 03
COSTO TOTAL POR REFERENCIA DE PACIENTES DE LA
RED ASISTENCIAL ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE
LIMA, PERIODO 2013

MES	COSTO POR PASAJE (S/.)	OTROS COSTOS (S/.)	TOTAL COSTOS (S/.)	PORCENTAJE
ENERO	81,235.22	1,250.00	82,485.22	0.92%
FEBRERO	370,787.43	375,203.73	745,991.16	8.32%
MARZO	253,947.90	251,798.90	505,746.80	5.64%
ABRIL	652,635.58	670,441.28	1,323,076.86	14.76%
MAYO	236,888.44	255,222.50	492,110.94	5.49%
JUNIO	375,034.71	407,083.03	782,117.74	8.73%
JULIO	383,024.83	430,308.34	813,333.17	9.08%
AGOSTO	105,700.04	142,278.00	247,978.04	2.77%
SEPTIEMBRE	232,371.09	238,251.09	470,622.18	5.25%
OCTUBRE	490,405.48	429,024.67	919,430.15	10.26%
NOVIEMBRE	237,002.15	380,990.87	617,993.02	6.90%
DICIEMBRE	956,764.78	1,003,886.95	1,960,651.73	21.88%
TOTAL	4,375,797.65	4,585,739.36	8,961,537.01	100.00%
PORCENTAJE	48.83%	51.17%	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.



En ese mismo sentido, el año 2014 se registró un monto ligeramente superior (0.26%) al del año anterior de S/. 8,984,707.31. En este periodo, el rubro “Otros Costos” constituyó el 55.44% del costo total por referencia y fue de S/. 4,981,508.47; mientras que el rubro “Costo Por Pasaje” representó el 44.56% con un monto de S/. 4,003,198.84. El mes con mayor gasto fue diciembre con S/. 2,098,114.97 equivalente al 23.35% del costo total.

Cuadro N° 04
COSTO TOTAL POR REFERENCIA DE PACIENTES DE LA
RED ASISTENCIAL ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE
LIMA, PERIODO 2014

MES	COSTO POR PASAJE (S/.)	OTROS COSTOS (S/.)	TOTAL COSTOS (S/.)	PORCENTAJE
ENERO	36,556.14	56,556.12	93,112.26	1.04%
FEBRERO	309,942.33	412,210.34	722,152.67	8.04%
MARZO	351,566.08	264,842.88	616,408.96	6.86%
ABRIL	388,813.49	319,865.71	708,679.20	7.89%
MAYO	179,077.65	224,940.55	404,018.20	4.50%
JUNIO	968,620.55	999,467.12	1,968,087.67	21.90%
JULIO	235,774.36	265,066.14	500,840.50	5.57%
AGOSTO	131,469.86	148,450.63	279,920.49	3.12%
SEPTIEMBRE	49,070.68	37,870.95	86,941.63	0.97%
OCTUBRE	164,484.87	283,952.64	448,437.51	4.99%
NOVIEMBRE	131,778.38	926,214.87	1,057,993.25	11.78%
DICIEMBRE	1,056,044.45	1,042,070.52	2,098,114.97	23.35%
TOTAL	4,003,198.84	4,981,508.47	8,984,707.31	100.00%
PORCENTAJE	44.56%	55.44%	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.

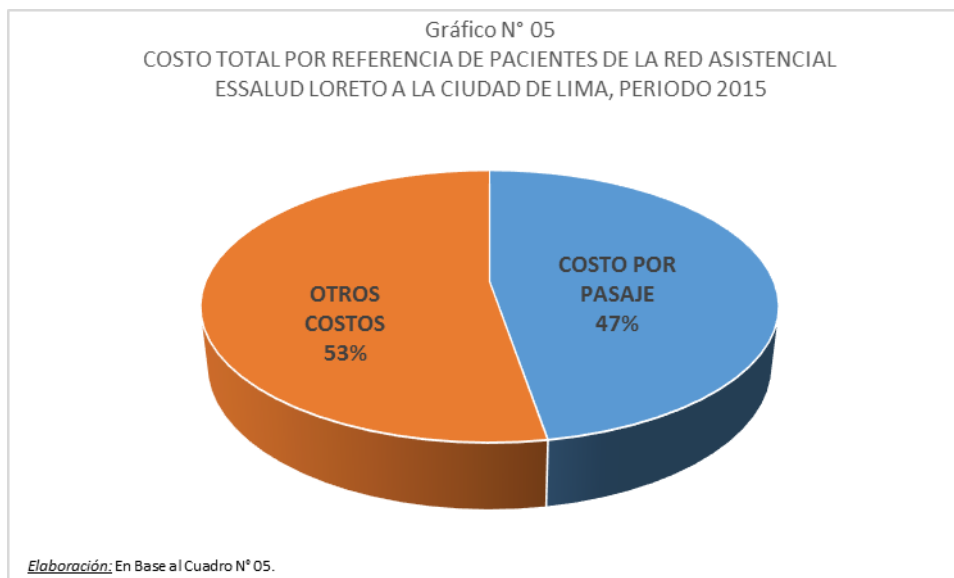


El año 2015, el costo total por referencia continuó con la tendencia creciente al haberse incrementado en 0.50% llegando a S/. 9,029,345.69. Por cuarto año consecutivo, el rubro “Otros Costos” fue superior al “Costo Por Pasaje”, llegando a representar el 52.68% (S/. 4,756,628.20) del costo total por referencia (S/. 9,029,345.69), mientras que “Costo Por Pasaje” fue el 47.32% (S/. 4,272,717.49). el mes de mayor gasto fue diciembre con el 23.72% .

Cuadro N° 05
COSTO TOTAL POR REFERENCIA DE PACIENTES DE LA
RED ASISTENCIAL ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE
LIMA, PERIODO 2015

MES	COSTO POR PASAJE (S/.)	OTROS COSTOS (S/.)	TOTAL COSTOS (S/.)	PORCENTAJE
ENERO	148,471.23	154,268.57	302,739.80	3.35%
FEBRERO	78,675.45	31,350.31	110,025.76	1.22%
MARZO	121,563.45	52,283.27	173,846.72	1.93%
ABRIL	1,082,060.33	1,215,149.29	2,297,209.62	25.44%
MAYO	753,343.68	757,787.63	1,511,131.31	16.74%
JUNIO	461,683.78	529,942.31	991,626.09	10.98%
JULIO	526,303.91	659,005.60	1,185,309.51	13.13%
AGOSTO	24,850.66	83,636.80	108,487.46	1.20%
SEPTIEMBRE	15,967.32	47,336.07	63,303.39	0.70%
OCTUBRE	19,876.23	28,554.02	48,430.25	0.54%
NOVIEMBRE	30,654.77	64,794.34	95,449.11	1.06%
DICIEMBRE	1,009,266.68	1,132,519.99	2,141,786.67	23.72%
TOTAL	4,272,717.49	4,756,628.20	9,029,345.69	100.00%
PORCENTAJE	47.32%	52.68%	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.



4.2. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE REFERENCIA DE LOS PACIENTES.

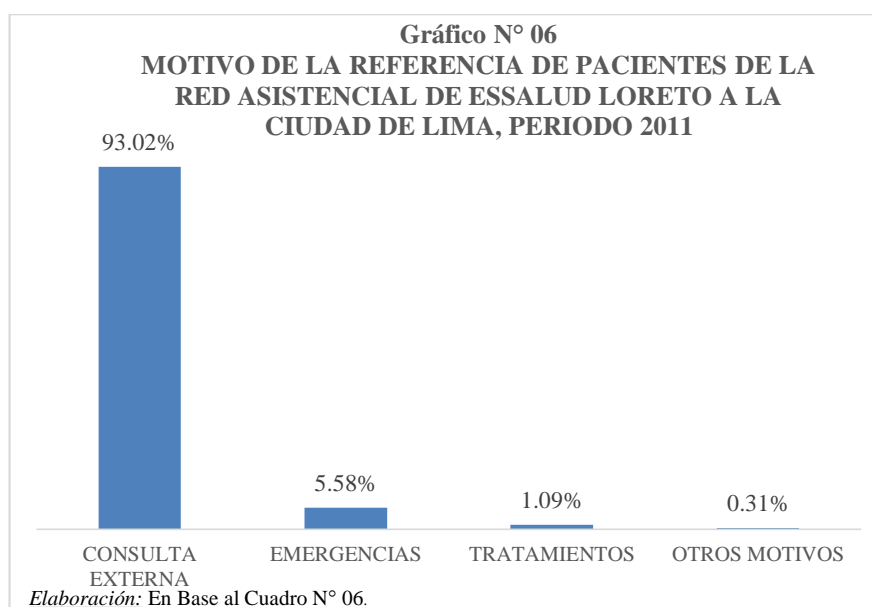
A continuación, se analizan los motivos por los cuales los pacientes de la Red Asistencial EsSalud Loreto son referidos a la ciudad de Lima.

De acuerdo a lo observado en el Cuadro N° 01, se puede observar que 2,292 pacientes fueron referenciados a la ciudad de Lima, y el motivo más recurrente fue “Consulta Externa” con 2,132 pacientes, significando el 93.02% del total de pacientes referenciados. Sin lugar a dudas, este es el motivo que insume el mayor esfuerzo y gasto, por lo que se debe tener muy en cuenta su evolución. El segundo motivo de la referencia de pacientes a la ciudad de Lima es “Emergencias” con 128 personas, y que representa el 5.58% del total de pacientes atendidos. El tercer motivo de referencia más frecuente es “Tratamientos” con 25 pacientes (1.09% del total); y, finalmente “Otros Motivos” con 07 pacientes (0.31%).

Cuadro N° 06
MOTIVO DE LA REFERENCIA DE PACIENTES DE LA RED
ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE LIMA,
PERIODO 2011

MOTIVO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONSULTA EXTERNA	2,132	93.02%	93.02%
EMERGENCIAS	128	5.58%	98.60%
TRATAMIENTOS	25	1.09%	99.69%
OTROS MOTIVOS	7	0.31%	100.00%
TOTAL	2,292	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.



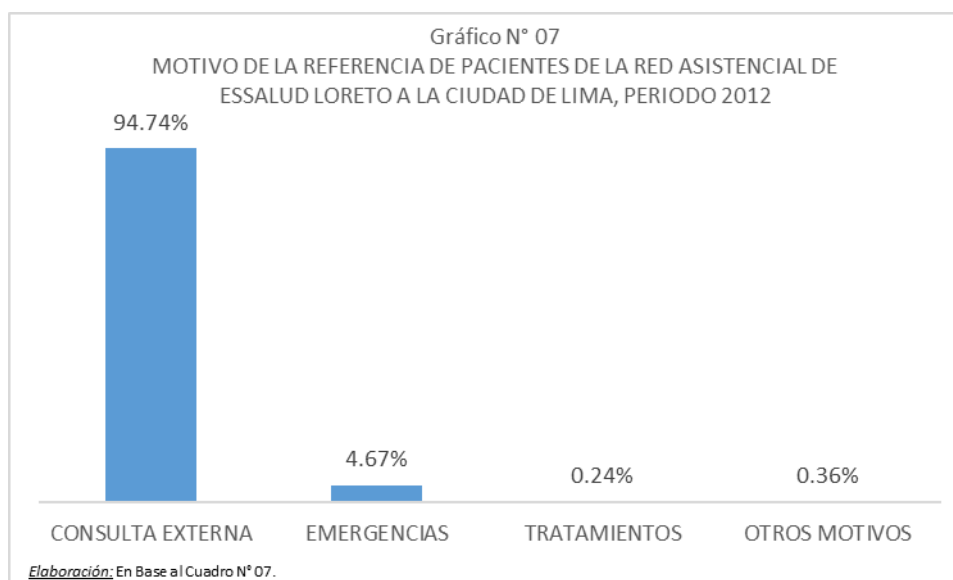
En el año 2012, se referenciaron 2,527 pacientes a la ciudad de Lima, cifra superior en 10.25% a la del año pasado. Al analizar los motivos de la referencia, destaca “Consulta Externa” con 2,394 pacientes, equivalente al 94.74% del total. El segundo motivo de referencia es “Emergencia” con 118 pacientes (4.67%), y está constituido por pacientes que, tal como su nombre lo indica, vienen pasando por una situación de salud apremiante que ponen en peligro sus vidas, y no se cuenta con los medios necesarios para brindarle una atención adecuada y sacarle de la situación crítica. La tercera ubicación es para el rubro “Otros Motivos”, a través del cual se referenciaron 09 pacientes que significaron el 0.36% del total. Por último, 06 pacientes fueron referenciados a la ciudad de Lima por

“Tratamientos” (0.24% del total), para que sigan en los hospitales especializados de EsSalud de la capital.

Cuadro N° 07
MOTIVO DE LA REFERENCIA DE PACIENTES DE LA RED
ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE LIMA,
PERIODO 2012

MOTIVO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONSULTA EXTERNA	2,394	94.74%	94.74%
EMERGENCIAS	118	4.67%	99.41%
TRATAMIENTOS	6	0.24%	99.64%
OTROS MOTIVOS	9	0.36%	100.00%
TOTAL	2,527	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.

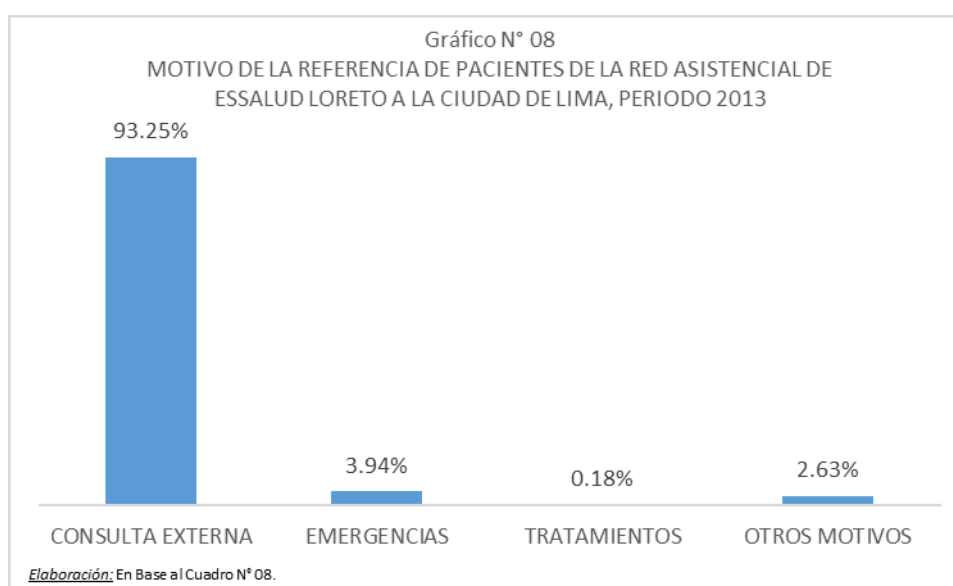


El año 2013, se referenciaron a la ciudad de Lima 2,739 pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto, cantidad superior en 8.39% a la del año pasado. En este periodo, el motivo de referencia más frecuente fue “Consulta Externa” con 2,554 pacientes, equivalente al 93.25% del total. La segunda referencia en orden de importancia fue “Emergencias” con 108 pacientes (3.94% del total), seguido por “Otros Motivos” con 72 pacientes (2.63% del total), y por último “Tratamientos” con 05 pacientes que representan el 0.18% del total referenciados a la ciudad de Lima.

Cuadro N° 08
MOTIVO DE LA REFERENCIA DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE LIMA, PERIODO 2013

MOTIVO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONSULTA EXTERNA	2,554	93.25%	93.25%
EMERGENCIAS	108	3.94%	97.19%
TRATAMIENTOS	5	0.18%	97.37%
OTROS MOTIVOS	72	2.63%	100.00%
TOTAL	2,739	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.

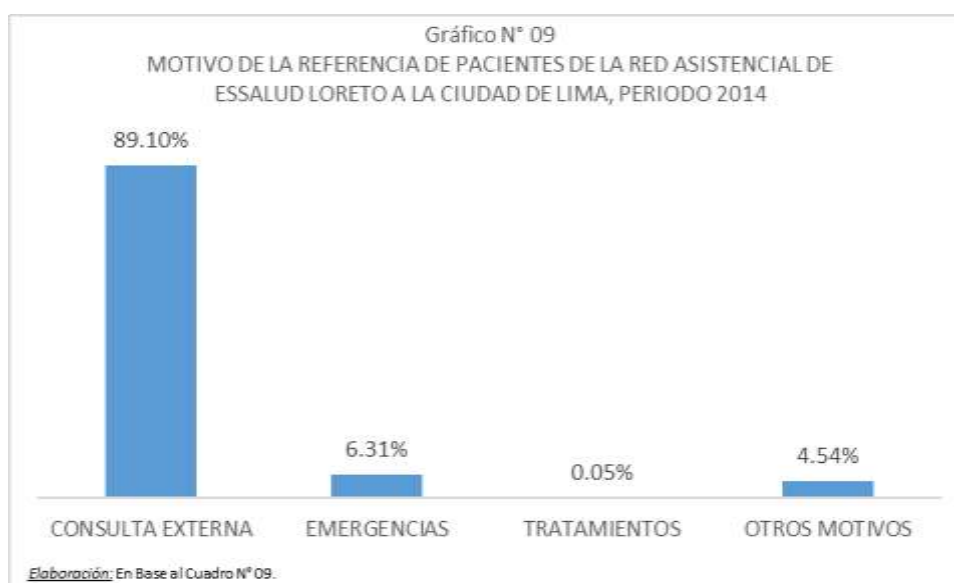


En el Cuadro N° 09, se puede observar los motivos de las referencias de pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima en el año 2014, destacando que ascendió a 2,092 pacientes, siendo el principal motivo “Consulta Externa” con 1,864 pacientes equivalente al 89.10% del total. En segundo término, se encuentran los pacientes que fueron referidos por “Emergencias” y que fueron 132 (6.31% del total); luego aparece el concepto “Otros Motivos” con 95 pacientes (4.54%), y finalmente los pacientes referidos por “Tratamientos” que solo fue 01 (0.05%).

Cuadro N° 09
MOTIVO DE LA REFERENCIA DE PACIENTES DE LA RED
ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE LIMA,
PERIODO 2014

MOTIVO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONSULTA EXTERNA	1,864	89.10%	89.10%
EMERGENCIAS	132	6.31%	95.41%
TRATAMIENTOS	1	0.05%	95.46%
OTROS MOTIVOS	95	4.54%	100.00%
TOTAL	2,092	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.

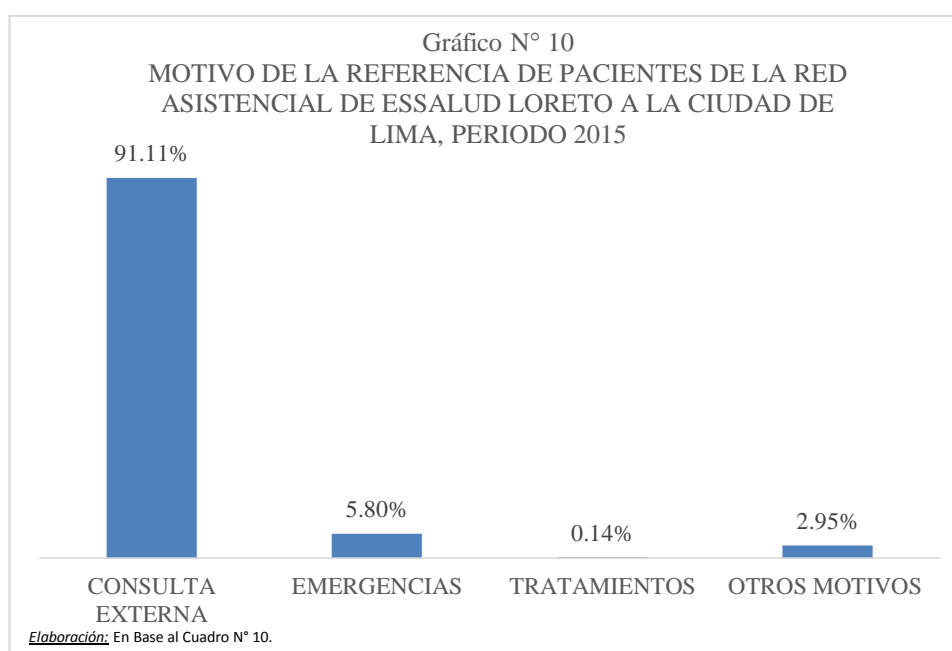


Por último, el año 2015 fueron referidos a Lima 2,205 pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto, cifra mayor en 5.40% respecto al año 2014. La “Consulta Externa” fue el motivo que aglutinó el mayor número de pacientes llegando a 2,009 (91.11% del total). En ese mismo sentido, por “Emergencias” fueron referidos 128 pacientes (5.80%), “Otros Motivos” con 65 pacientes (2.95%) y “Tratamientos” con 03 pacientes (0.14%).

Cuadro N° 10
MOTIVO DE LA REFERENCIA DE PACIENTES DE LA RED
ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE LIMA,
PERIODO 2015

MOTIVO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONSULTA EXTERNA	2,009	91.11%	91.11%
EMERGENCIAS	128	5.80%	96.91%
TRATAMIENTOS	3	0.14%	97.05%
OTROS MOTIVOS	65	2.95%	100.00%
TOTAL	2,205	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.



4.3. ANÁLISIS DE LOS COSTOS ASOCIADOS AL MOTIVO DE LA REFERENCIA.

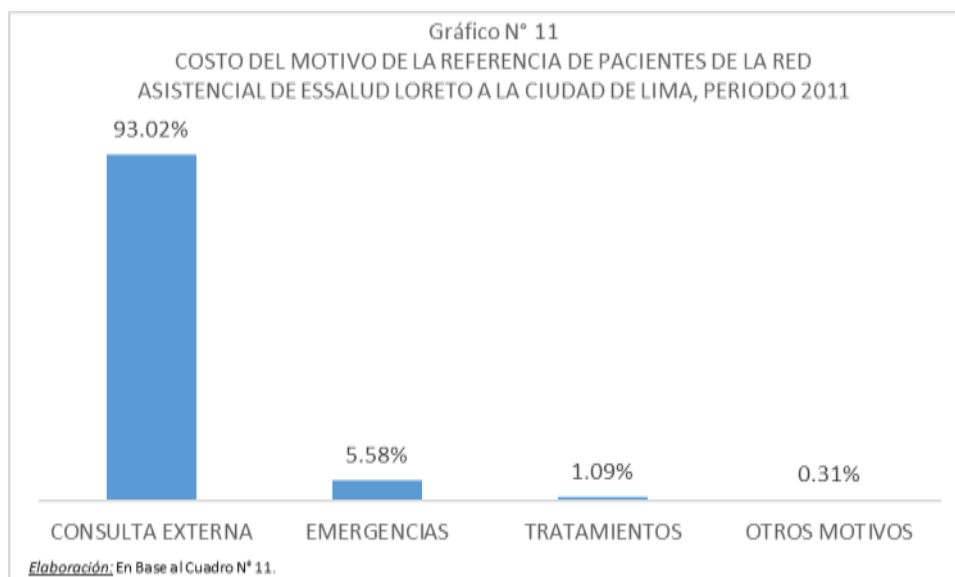
A continuación, en el Cuadro N° 11 se puede observar el costo asociado al motivo de las referencias de pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el periodo 2011, ascendiente a la suma de S/. 7,552,227.12; destacando el motivo “Consulta Externa” que, por este concepto se gastó S/. 7,025,081.67 equivalente al 93.02% del total. El segundo mayor gasto fue motivado por “Emergencias” sumando el valor de S/. 421,414.27 (5.58% del

total). El tercer motivo de mayor gasto fue “Tratamientos” que ascendió a S/. 82,319.28 (1.09%) seguido de “Otros Motivos” con S/. 23,411.90 (0.31%).

Cuadro N° 11
COSTO DEL MOTIVO DE LA REFERENCIA DE PACIENTES DE LA
RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE LIMA,
PERIODO 2011

MOTIVO	COSTO (S/.)	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONSULTA EXTERNA	7,025,081.67	93.02%	93.02%
EMERGENCIAS	421,414.27	5.58%	98.60%
TRATAMIENTOS	82,319.28	1.09%	99.69%
OTROS MOTIVOS	23,411.90	0.31%	100.00%
TOTAL	7,552,227.12	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.

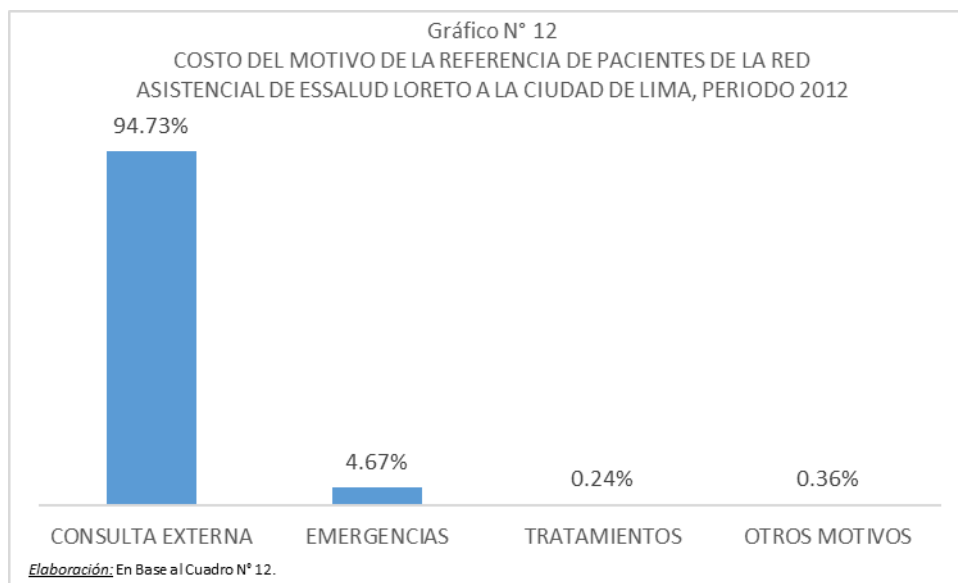


En el Cuadro N° 12, se puede apreciar que el costo asociado al motivo de la referencia es de s/. 7,476,592.19; siendo el principal “Consulta Externa” que ascendió a S/. 7,082,575.78 equivalente al 94.73% del costo total. El segundo mayor costo fue por motivo de “Emergencias” con un valor de S/. 349,156.86 (4.67% del total); seguido de “Otros Motivos” con la suma de S/. 26,915.73 representando el 0.36%, y por último el motivo “Tratamientos” con un monto de S/. 17,943.82 (0.24% del costo total).

Cuadro N° 12
COSTO DEL MOTIVO DE LA REFERENCIA DE PACIENTES DE LA
RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE
LIMA, PERIODO 2012

MOTIVO	COSTO (S/.)	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONSULTA EXTERNA	7,082,575.78	94.73%	94.73%
EMERGENCIAS	349,156.86	4.67%	99.40%
TRATAMIENTOS	17,943.82	0.24%	99.64%
OTROS MOTIVOS	26,915.73	0.36%	100.00%
TOTAL	7,476,592.19	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.

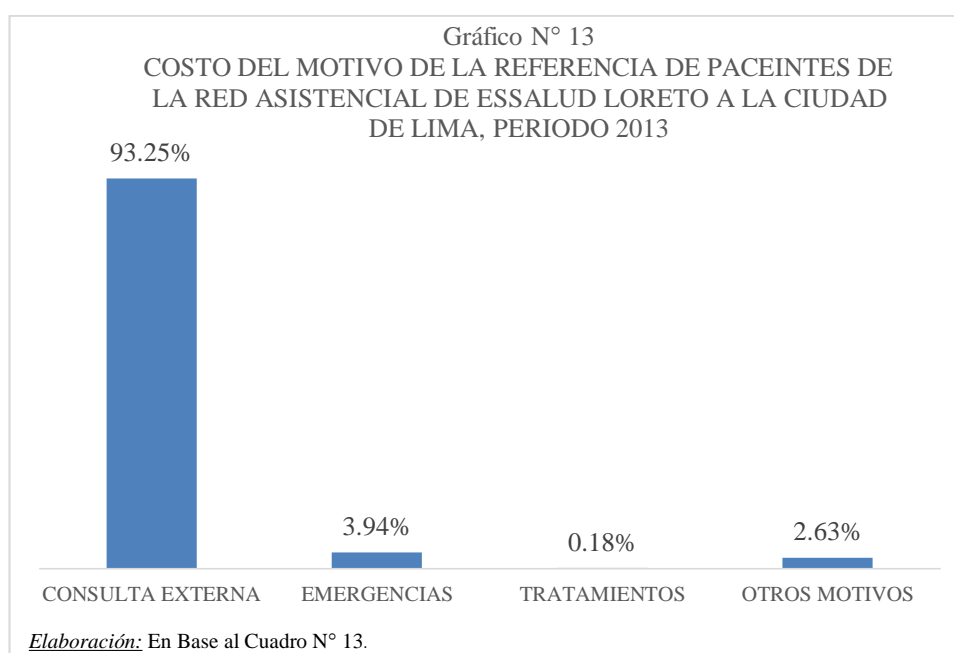


De acuerdo al Cuadro N° 13, el costo de referencia de pacientes a la ciudad de Lima alcanzó la suma de S/. 8,961,535.01 y, el motivo que aglutinó el mayor gasto fue “Consulta Externa” con S/. 8,356,633.26 representando el 93.25% del costo total. En segundo lugar, se ubica el motivo “Emergencias” con el valor de S/. 353,084.52 equivalente al 3.94% del costo total. Luego, se encuentra el concepto “Otros Motivos” con S/. 235,688.42 (2.63%), y finalmente se ubica el motivo “Tratamientos” con un monto de S/. 16,130.81 igual al 0.18% del costo total.

Cuadro N° 13
COSTO DEL MOTIVO DE LA REFERENCIA DE PACIENTES DE LA
RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE
LIMA, PERIODO 2013

MOTIVO	COSTO (S/.)	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONSULTA EXTERNA	8,356,633.26	93.25%	93.25%
EMERGENCIAS	353,084.52	3.94%	97.19%
TRATAMIENTOS	16,130.81	0.18%	97.37%
OTROS MOTIVOS	235,688.42	2.63%	100.00%
TOTAL	8,961,537.01	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.

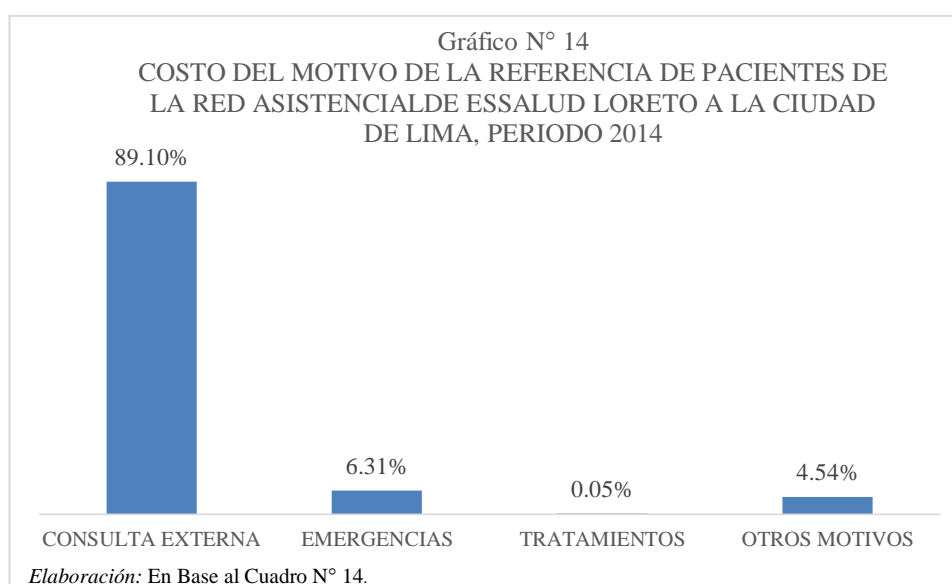


El año 2014, el motivo que congregó el mayor costo de referencia fue “Consulta Externa” con la suma de S/. 8,005,374.21 ascendiente al 89.10% del costo total. En segundo orden, se encuentra el motivo “Emergencias” con un valor de S/. 566,935.03; cifra que equivale al 6.31% del costo total. “Otros Motivos” se colocó en la tercera ubicación con el valor de S/. 407,905.72 cifra proporcional al 4.54% del costo total de referencias. Por último, se halla el motivo “Tratamiento” con un monto que asciende a 4,492.35; representando el 0.05% del costo total.

Cuadro N° 14
COSTO DEL MOTIVO DE LA REFERENCIA DE PACIENTES DE LA
RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE
LIMA, PERIODO 2014

MOTIVO	COSTO (S/.)	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONSULTA EXTERNA	8,005,374.21	89.10%	89.10%
EMERGENCIAS	566,935.03	6.31%	95.41%
TRATAMIENTOS	4,492.35	0.05%	95.46%
OTROS MOTIVOS	407,905.72	4.54%	100.00%
TOTAL	8,984,707.31	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.

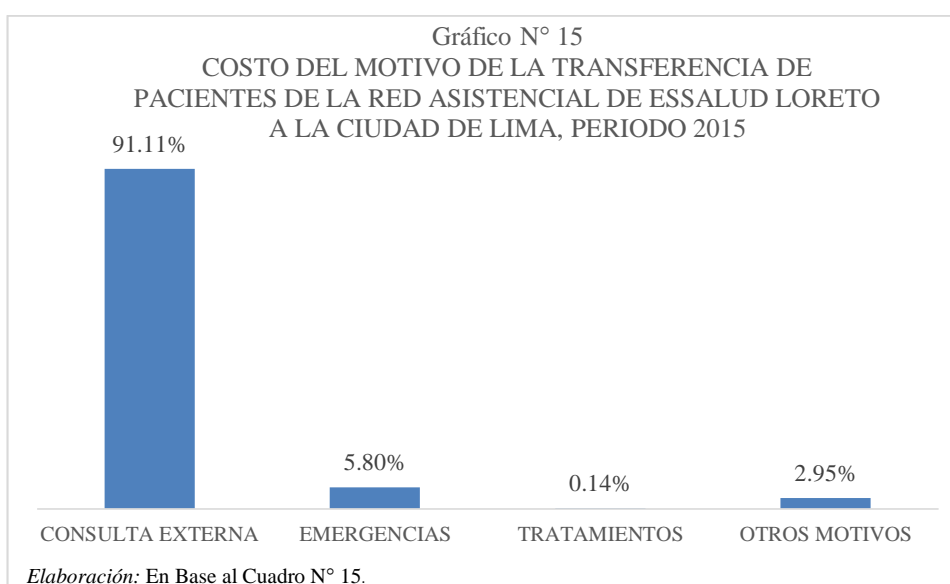


De manera reiterativa, el motivo de referencia con mayor costo fue “Consulta Externa” habiendo ascendido a S/. 8,226,636.86; cifra equivalente al 91.11% del costo total. El segundo motivo con el mayor costo es “Emergencias” al haber sumado la cifra de S/. 523,702.05; que significó el 5.80% del costo total. El tercer motivo en importancia por el costo es “Otros Motivos” con el valor de S/. 266,365.70 (2.95% del total), cerrando con “Tratamientos” por un monto de S/. 12,641.08; equivalente al 0.14% del costo total.

Cuadro N° 15
COSTO DEL MOTIVO DE LA REFERENCIA DE PACIENTES DE LA
RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE
LIMA, PERIODO 2015

MOTIVO	COSTO (S/.)	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONSULTA EXTERNA	8,226,636.86	91.11%	91.11%
EMERGENCIAS	523,702.05	5.80%	96.81%
TRATAMIENTOS	12,641.08	0.14%	96.95%
OTROS MOTIVOS	266,365.70	2.95%	100.00%
TOTAL	9,029,345.69	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN.

La Red Asistencial de EsSalud Loreto presta atenciones de salud a la población asegurada de la región, pero cuenta con serias limitantes de capacidad instalada, instalaciones apropiadas, equipos de diagnóstico y tratamiento, médicos especialista y generales, enfermeras, personal administrativo, entre otros. Debido a ello, se ve en la imperiosa necesidad de referenciar (enviar) a los pacientes a la ciudad de Lima, para ser atendidos en los hospitales de EsSalud como el Hospital Rebagliati o el Hospital Almenara, entre los principales.

Por este concepto, la Red Asistencial de EsSalud Loreto incurre en un gasto muy elevado, donde el 50% es por el costo de los pasajes aéreos, y el otro 50% por otros gastos. Se debe agregar que normalmente los pacientes viajan acompañados de un familiar, cuyo pasaje también es asumido por EsSalud.

Por otro lado, se hace un comparativo entre los recursos económicos que se necesitan para implementar adecuadamente a la Red Asistencial de EsSalud Loreto y evitar que los pacientes sean enviados a Lima, contra los costos de los últimos cinco años incurridos para la referencia de pacientes.

5.1. VALIDACIÓN DE HIPÓTESIS.

5.1.1. HIPÓTESIS GENERAL.

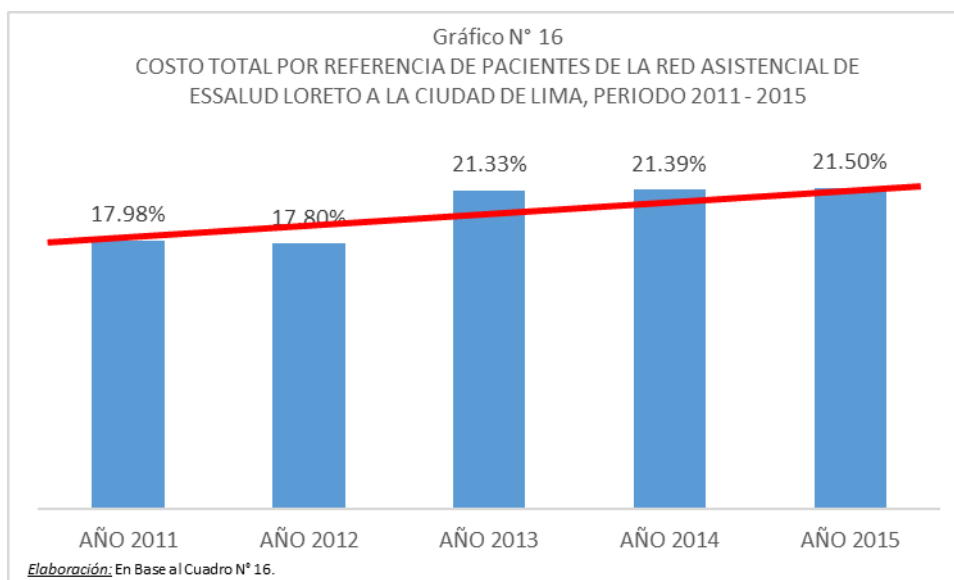
“Los costos de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, fueron crecientes año a año, durante el Periodo 2011 – 2015”.

En el Cuadro N° 16, se observa el costo total por referencia de pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el periodo 2011 – 2015, notándose que se alcanzó la cifra de S/. 42,004,409.32. Se debe resaltar que los costos fueron incrementándose año a año, a excepción del año 2012, para alcanzar el máximo valor en el año 2015 al haberse registrado la suma de s/. 9,029,345.69. Se puede afirmar que, en términos generales, la tendencia fue creciente durante todo el periodo de estudio. En promedio, se puede decir que el costo total por año fue el 20% del total.

Cuadro N° 16
COSTO TOTAL POR REFERENCIA DE PACIENTES DE
LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA
CIUDAD DE LIMA, PERIODO 2011 - 2015

AÑO	COSTO TOTAL (S/.)	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
AÑO 2011	7,552,227.12	17.98%	17.98%
AÑO 2012	7,476,592.19	17.80%	35.78%
AÑO 2013	8,961,537.01	21.33%	57.11%
AÑO 2014	8,984,707.31	21.39%	78.50%
AÑO 2015	9,029,345.69	21.50%	100.00%
TOTAL	42,004,409.32	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.



CONCLUSIÓN:

SE ACEPTA LA HIPÓTESIS GENERAL EN EL SENTIDO QUE, LOS COSTOS DE REFERENCIA DE LOS PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE LIMA, FUERON CRECIENTES AÑO A AÑO, DURANTE EL PERIODO 2011 - 2015.

5.1.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

1° Hipótesis Específica: “El principal motivo de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el periodo 2011 – 2015, fue por Consulta Externa”.

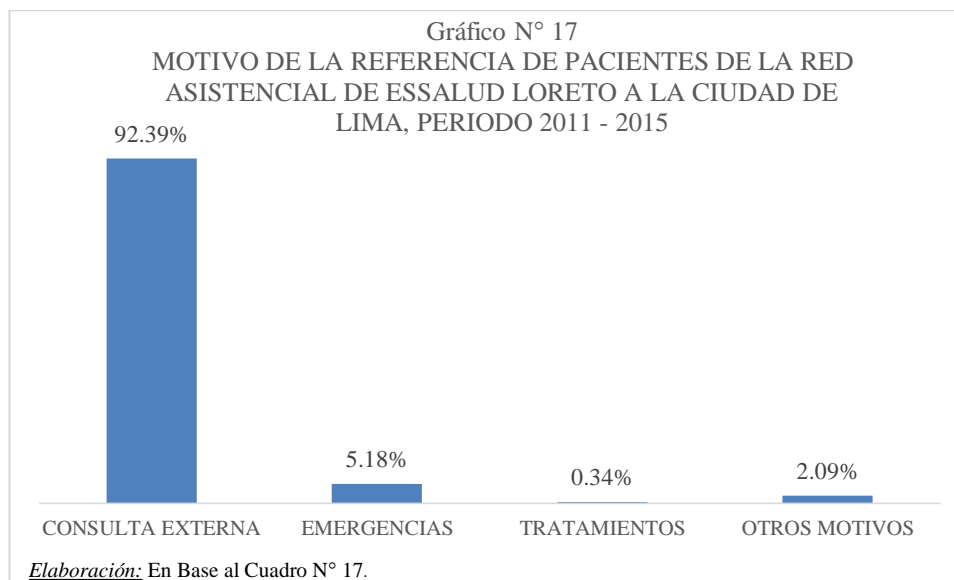
En el Cuadro N° 17, se muestran los motivos de la referencia de pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el periodo 2011 – 2015, destacando que fueron 11,855 pacientes los que hicieron uso de este servicio. El motivo de referencia que ocupa el primer lugar es “Consulta Externa” con 10,953 pacientes que representan el 92.39% del total. La segunda ubicación es las referencias por “Emergencias” con 614 pacientes equivalente al 5.18% del total. El tercer motivo en orden de importancia es para “Otros Motivos” con 248

pacientes (2.09% del total) y, por último, esta la referencia por “Tratamientos” con 40 pacientes (0.34%).

Cuadro N° 17
MOTIVO DE LA REFERENCIA DE PACIENTES DE LA RED
ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE LIMA,
PERIODO 2011 - 2015

MOTIVO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONSULTA EXTERNA	10,953	92.39%	92.39%
EMERGENCIAS	614	5.18%	97.57%
TRATAMIENTOS	40	0.34%	97.91%
OTROS MOTIVOS	248	2.09%	100.00%
TOTAL	11,855	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.



CONCLUSIÓN:

SE ACEPTA LA 1° HIPÓTESIS ESPECÍFICA EN EL SENTIDO QUE, EL PRINCIPAL MOTIVO DE REFERENCIA DE LOS PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE LIMA, DURANTE EL PERIODO 2011 – 2015, FUE POR CONSULTA EXTERNA (92.39% DEL TOTAL).

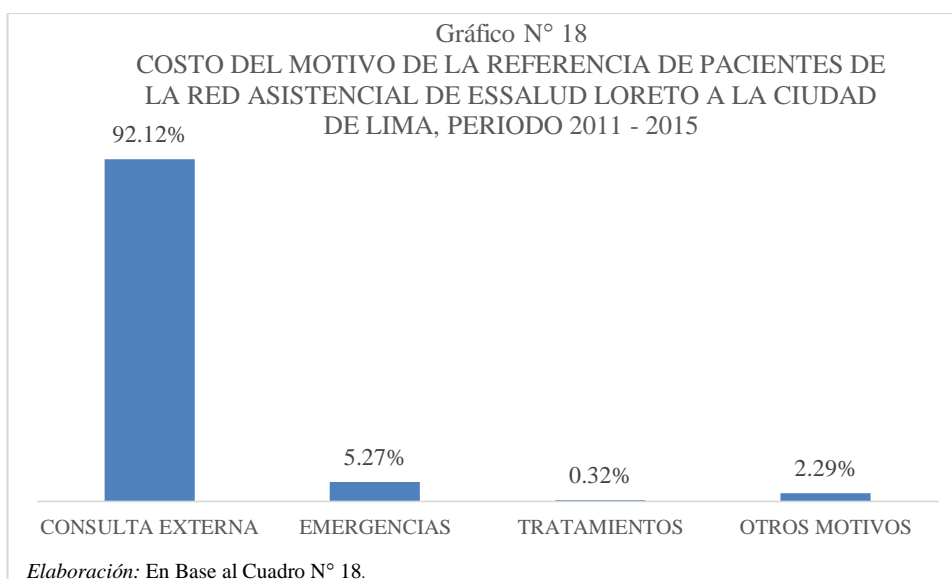
2° Hipótesis Específica: “El mayor costo asociado a los motivos de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el periodo 2011 – 2015, fue por Consulta Externa”.

El Cuadro N° 18, se observa que el mayor costo asociado a los motivos de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el periodo 2011 – 2015, se concentró en el motivo “Consulta Externa” y ascendió a la suma de S/. 38,696,301.78; equivalente al 92.12% del costo total. En segundo lugar, se encuentra el motivo “Emergencias” con un valor de S/. 2,214,292.74; cifra que representa el 5.27% del costo total.

Cuadro N° 18
COSTO DEL MOTIVO DE LA REFERENCIA DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE LIMA, PERIODO 2011 - 2015

MOTIVO	COSTO (S/.)	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONSULTA EXTERNA	38,696,301.78	92.12%	92.12%
EMERGENCIAS	2,214,292.74	5.27%	97.39%
TRATAMIENTOS	133,527.34	0.32%	97.71%
OTROS MOTIVOS	960,287.46	2.29%	100.00%
TOTAL	42,004,409.32	100.00%	100.00%

Fuente: ESSALUD LORETO.



CONCLUSIÓN:

SE ACEPTA LA 2° HIPÓTESIS ESPECÍFICA EN EL SENTIDO QUE, EL MAYOR COSTO ASOCIADO A LOS MOTIVOS DE REFERENCIA DE LOS PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE LIMA, DURANTE EL PERIODO 2011 – 2015, FUE “CONSULTA EXTERNA” CON EL 92.14% DEL COSTO TOTAL.

3° Hipótesis Específica: “Los costos de equipamiento, recursos humanos e infraestructura mínimos necesarios para la atención local, son menores a los costos de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, en el periodo 2011 – 2015”.

De acuerdo a lo observado en el Cuadro N° 19, el costo para dotar de condiciones mínimas necesarias a la Red Asistencial de EsSalud Loreto, considerando equipamiento, recursos humanos, infraestructura y todo aquello necesario para que no envíen pacientes referenciados a la ciudad de Lima, asciende a S/. 32,222,788.00; mientras que el dinero gastado por referenciar pacientes a Lima, del 2011 al 2015, asciende a S/. 42,044,409.32.

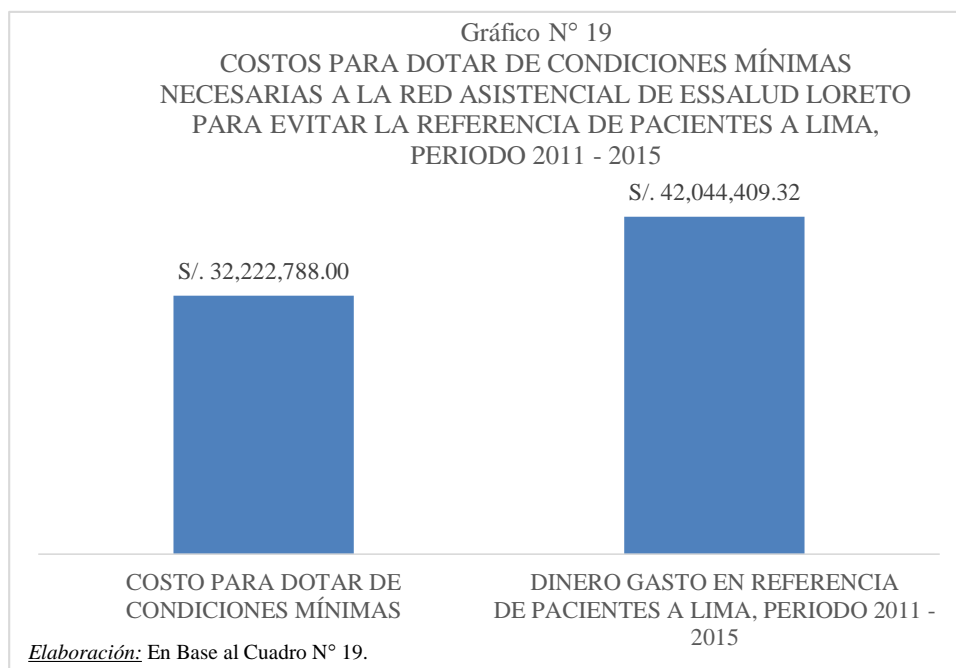
De acuerdo a lo anteriormente descrito, se puede afirmar que resulta mucho más económico y conveniente dotar e implementar de condiciones mínimas a la Red Asistencial de EsSalud Loreto, y dejar de referenciar pacientes a la ciudad de Lima; ya que, de haberse llevado a cabo, se hubiera ahorrado S/. 9,821,621.32 en el periodo 2011 – 2015. Además, se evita el traslado de acompañante, quien por lo general no tiene donde hospedarse incurriendo en mayores gastos, adicionando además la alimentación, pasajes para traslado y el estrés de dejar el lugar de residencia y a veces abandonando el centro laboral.

Cuadro N° 19
COSTOS PARA DOTAR DE CONDICIONES MÍNIMAS NECESARIAS A LA
RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO PARA EVITAR LA
REFERENCIA
DE PACIENTES A LIMA, PERIODO 2011 - 2015

RUBROS	COSTO PARA DOTAR DE CONDICIONES MÍNIMAS	DINERO GASTADO EN REFERENCIA DE PACIENTES A LIMA, PERIODO 2011 - 2015	DIFERENCIA
EQUIPAMIENTO	22,720,622.00	dnd	dnd
RECURSOS HUMANOS	1,867,339.00	dnd	dnd
INFRAESTRUCTURA	5,772,372.00	dnd	dnd
OTROS (INSUMOS Y MATERIAL MÉDICO)	1,862,455.00	dnd	dnd
TOTAL	32,222,788.00	42,044,409.32	9,821,621.32

Fuente: ESSALUD LORETO.
disponible.

dnd = dato no



CONCLUSIÓN:

SE ACEPTA LA 3° HIPÓTESIS ESPECÍFICA EN EL SENTIDO QUE, LOS COSTOS DE EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA MÍNIMOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN LOCAL, SON MENORES A LOS COSTOS DE REFERENCIA DE LOS PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD LORETO A LA CIUDAD DE LIMA, EN EL PERIODO 2011 -2015.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA.

De acuerdo al análisis realizado líneas arriba, se deriva que la Red Asistencial de Loreto realizó gastos muy elevados para referenciar pacientes a la ciudad de Lima, ascendiente a S/. 42,044,409.32 durante el periodo 2011 – 2015. Se debe resaltar que el gasto en pasajes aéreos es aproximadamente el 50% del total (S/. 20,272,687.85), lo que resulta sumamente preocupante. Se debe mencionar que en reiteradas oportunidades el paciente tiene que viajar con un familiar, y EsSalud también tiene que costear el pasaje. El hecho que solamente pasajes represente el 50% de los costos de referencia, debe llamar a la reflexión.

Por otro lado, existe la alternativa de equipar convenientemente a la Red Asistencial de EsSalud Loreto con infraestructura, equipamiento, recursos humanos y otros insumos y material médico, que tiene un costo de S/. 32,222,788.00; cantidad que se encuentra muy por debajo del monto gastado para referenciar pacientes a Lima, del 2011 al 2015.

La propuesta general es adoptar la segunda alternativa; es decir, ver los mecanismos necesarios para dotar de equipamiento necesario a la Red Asistencial de EsSalud Loreto y, de esta manera se estaría evitando el gasto en referir pacientes a la ciudad de Lima para su tratamiento. El optar por esta alternativa oportunamente hubiese significado un ahorro de S/. 9,821,621.32 para la institución en el periodo 2011 – 2015. Pero, además, hubiese significado un ahorro en tiempo, en desplazamiento de familiares del paciente a otra localidad, sacarle del seno familiar, el acompañante debía dejar de trabajar momentáneamente, en fin, todo un cuadro de estrés que influye negativamente en el estado anímico y recuperación del paciente. En tal sentido, se debe ver los mecanismos necesarios dentro del marco legal propio de estos tipos de instituciones, para viabilizar la propuesta. Se debe enfocar desde el punto de vista de la política de descentralización que promueve el Gobierno, y que cuenta con una legislación desde hace algunos años.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES.

1. Los costos de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima fueron crecientes año a año durante el periodo 2011 – 2015, habiendo comenzado con S/. 7,552,227.12 el año 2011 y cerrado con S/. 9,029,345.69 el año 2015.
2. De acuerdo al análisis realizado en el capítulo de “Análisis de los Resultados”, el costo total de referencia ascendió a S/. 42,044,409.32 durante el periodo de estudio 2011 – 2015. De esa cifra, el 48.22% (S/. 20,272,687.85) es por “Compra de Pasajes Aéreos” para referir a los pacientes a la ciudad de Lima, con lo que queda demostrado que el principal componente y determinante del costo de referencia es la compra de pasajes aéreos. El rubro “Otros Costos” significó el 51.78% del total, equivalente a S/. 21,771,721.47.
3. Durante el periodo 2011 – 2015 se referenciaron (enviaron) a Lima a 11,895 pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto, siendo el principal motivo “Consulta Externa” con 10,953 pacientes equivalente al 92.39% del total. En segunda ubicación se encuentra el motivo “Emergencia” con 614 pacientes referenciados (5.18%), seguido por “Otros Motivos” con 248 pacientes (2.09%), y finalmente está el motivo “Tratamientos” con 40 pacientes (0.34%).
4. El mayor costo asociado a los motivos de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el periodo 2011 – 2015, fue “Consulta Externa” con un monto de S/. 38,696,301.78; equivalente al 92.12% del costo total. En segundo lugar, se encuentra el motivo “Emergencias” con un valor de S/. 2,214,292.74; valor que representa el 5.27% del costo total. La tercera ubicación es para “Otros

Motivos” con S/. 960,287.46; equivalente al 2.29% del costo total. En el último lugar se ubica el motivo “Tratamientos”, que ascendió a S/. 133,527.34 (0.32% del costo total).

5. El costo total por referencia de pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto durante el periodo 2011 – 2015 ascendió a S/. 42,044,409.32; mientras que, si se le hubiese dotado de las condiciones mínimas necesarias en: equipamiento, recursos humanos (médicos, enfermeras, técnicos, personal administrativo), infraestructura y otros insumos y material médico; el gasto habría ascendido a S/. 32,222,788.00; muy por debajo del monto gastado por referencia de pacientes, habiéndose podido ahorrar S/. 9,821,621.32.
6. El hecho de que la Red Asistencial de EsSalud Loreto cuente con lo mínimo necesario para atender adecuadamente a los pacientes evitando la referencia a la ciudad de Lima, tiene beneficios adicionales como, por ejemplo: no sacar al paciente del lugar de residencia y este pueda contar con el apoyo familiar durante la etapa crítica y de recuperación; los familiares y acompañantes evitan desplazarse hasta la ciudad de Lima, poniendo en riesgo muchas veces la estabilidad en el centro laboral y sobrecostos de mantenimiento en un lugar diferente al de residencia; todo ello evitaría el estrés al paciente y a los familiares de tener trasladarse a otra ciudad; entre otros.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES.

1. Se recomienda gestionar ante las instancias pertinentes el equipamiento de la Red Asistencial de EsSalud de Loreto, consistente en equipos de diagnóstico y tratamiento, infraestructura adecuada, contratación de recursos humanos necesarios (médicos, enfermeras, técnicos, administrativos, etc.), adquisición de insumos, entre otros, a fin de evitar en lo posible la referencia de pacientes a la ciudad de Lima.
2. Se recomienda utilizar los resultados de la presente tesis magistral para ilustrar a las personas que tengan el poder de decisión, de proceder con el equipamiento necesario de la Red Asistencial de EsSalud Loreto, ya que el monto que se ahorraría comparativamente con lo gastado en las referencias de pacientes en el periodo 2011 – 2015 asciende a aproximadamente S/. 10,000,000.00; es decir, esta es la cifra que se hubiera ahorrado la institución si habría convenientemente equipada.
3. Se recomienda utilizar la legislación y política nacional existente sobre descentralización del país, para que, haciendo uso de este argumento se pueda gestionar ante las instancias respectivas el equipamiento de la Red Asistencial de EsSalud Loreto.
4. Se recomienda la implementación de una política de incentivos para que venga a trabajar en la ciudad de Iquitos especialistas de las áreas más requeridas (médicos y tecnólogos principalmente).
5. Se recomienda implementar un programa de capacitación para mantener actualizados al personal completo, sobre todo al asistencial (médicos, enfermeras, técnicos, tecnólogos, etc.), de esta manera el servicio brindado estará a la altura de cualquier establecimiento de salud de la capital.

CAPÍTULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- a) ARIAS RAMOS, Gonzalo. (2010). “Método de la Disposición a Pagar Para la Evaluación de Proyectos de Salud, Caso Población No Asegurada de Lima Sur”. (Tesis Magistral). Lima: Sección de Post Grado de la Facultad de Ingeniería Económica, Universidad Nacional de Ingeniería.
- b) ARRIETA HERRERA, Alejandro – RIESCO DE LA VEGA, Gloria. (2010). “Eficiencia Hospitalaria y Mortalidad Perinatal en EsSalud: ¿Ser Eficiente Salva Vidas?”. (Proyecto Mediano N° 35). Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) y la Universidad de Piura.
- c) BERNAL LOBATO, Noelia (2014). “Pensiones, Salud y Felicidad: Un Enfoque Desde la Economía”. (Tesis Doctoral). Holanda: Universidad de Tilburg.
- d) FLORES HUAMANÍ, Williams Antonio – YZAGUIRRE PÉREZ, Julio César (2008). “Sistema de Derivación de Pacientes Entre Centros Asistenciales de EsSalud”. (Tesis de Grado). Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
- e) HINOJOSA CÁCERES, Emilio. (2006). “Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica EsSalud Arequipa 2006”. (Tesis Doctoral). Arequipa: Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional San Agustín.
- f) LONGARAY CHAU, César Félix Enrique (2010). “Impacto del Seguro Integral de Salud en el Acceso a los Servicios de Salud”. (Tesis Magistral). Lima: Unidad de Post Grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- g) MANCILLA PALACIOS, Nilton. (2011). “Sistema de Referencia y Contrarreferencia”. (Publicación). Lima: EsSalud – Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

- h) MARTÍNEZ AGUADO, Juliana. (1992). “La Seguridad Social: Elementos, Propiedades y Relaciones”. (Tesis Doctoral). España: Facultad de Ciencias Económicas y Financieras de la Universidad Complutense de Madrid.
- i) ORGANIZACIÓN INTERAMERICANA SOBRE SEGURIDAD SOCIAL (2015). “60 Aniversario de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social 1954 -2014”. (Publicación). España: Secretaría de la Organización Interamericana Sobre Seguridad Social.
- j) PRADO SOLAR, Liliana Alicia – GONZÁLES REGUERA, Maricela – PAZ GÓMEZ, Noelvis – ROMERO BORGES, Karelia. (2014). “Teoría Sobre el Déficit de Autocuidado”. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas, Matanzas.
- k) USECHE DE PRADO, Judith – DÍAZ DE SALOMÓN, Gloria (2011). “La Seguridad Social: Hacia un Nuevo Régimen de Prestaciones Sociales”. (Tesis de Grado). Venezuela: Editorial Talleres Gráficos Universitarios. Mérida - Venezuela.