

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

**Demanda potencial de servicio de salud materno
infantil bajo tarifario diferenciado en el Hospital San
Bartolomé**

TESIS

para optar al grado académico de Magíster en Gerencia de Servicios de
Salud

AUTOR

Waldo Sánchez Valdez

ASESOR

José Del Carmen Sara

Lima-Perú

2009

*Dedicado a mis padres:
Adrián (+), ejemplo de
paciencia, dedicación y
estudio. Guillermina,
ejemplo de coraje,
determinación y lucha.*

INDICE

INDICE.....	3
RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	9
MARCO TEÓRICO.....	10
a) LA NUEVA GERENCIA EN SALUD.....	10
b) LA ECONOMÍA DE LA SALUD.....	11
c) PARTICULARIDADES DE LA OFERTA Y LA DEMANDA EN SALUD...12	
d) DEMANDA.....	13
e) TIPOS DE DEMANDA.....	13
f) LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD.....	15
g) EFICACIA, EFICIENCIA Y EQUIDAD.....	17
ANTECEDENTES.....	21
HIPOTESIS GENERAL, HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	24
OBJETIVO GENERAL, OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
VARIABLE DEPENDIENTE, VARIABLES INDEPENDIENTES.....	26
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	27
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES.....	28
METODOLOGIA.....	30
RESULTADOS.....	33
DISCUSION.....	57
ANALISIS DE LA DEMANDA EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ.....	61
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES.....	65
ANEXO, ENCUESTAS.....	66
BIBLIOGRAFÍA.....	72

RESUMEN

DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIO DE SALUD MATERNO INFANTIL BAJO TARIFARIO DIFERENCIADO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ.

Con la finalidad de conocer, la demanda potencial de un Servicio de Salud Materno Infantil, bajo tarifario diferenciado en el Hospital San Bartolomé, se realizó el presente estudio descriptivo, transversal y prospectivo. Como elemento de referencia para plantear, la creación de un servicio de estas características, que permitirían obtener mayores recursos para atender a quienes menos recursos tengan con la misma calidad, y con mayor equidad.

Se realizaron 393 encuestas, siendo necesarias para tener un nivel de significancia de $p < 0.05$, 384 encuestas, dicho número se calculó siguiendo la fórmula de tamaño muestral, correspondiente y siguiendo las tasas de atracción de las pacientes atendidas en el Hospital, de acuerdo a los distritos con mayor número de pacientes atendidas en consulta externa, siendo las cifras dadas por el Servicio de Estadística del Hospital San Bartolomé.

En el modelo de análisis de demanda de salud, primero se identifica la percepción de enfermedad. De las 393 personas encuestadas, 214 (57,2%) manifestaron que ella o su hijo presentaron una enfermedad ó accidente durante los 3 últimos meses, es el porcentaje de personas con alguna necesidad de salud.

Siguiendo el modelo de análisis en segundo lugar se analiza el acceso al lugar de atención por su necesidad de salud, que en el presente estudio no constituyó problema, ya que llegaron a pie o en vehículos de servicio público 85 % de las personas encuestadas y les tomó menos de 30 min. Al 67,1 % de las mismas.

En tercer lugar se estudió la selección del proveedor. Así el lugar donde fueron atendidos por su problema de salud fue, en dependencias del Ministerio de Salud (Puestos o Centros de Salud) 61 (31,8%), en Hospitales del MINSA 32 (16,7%). En dependencias de ESSALUD (policlínicos, hospitales, consultorios PAAD) hubo 27 (14,2%). Entre Consultorios médicos y clínicas particulares, se tuvo 22 encuestadas (5,6%).

Para la creación de un Servicio de Salud con tarifario diferenciado, se estudió la disposición de asumir un mayor costo. Se puede ver, en las personas encuestadas, la disposición de pago por un servicio de salud en consulta externa con una media de gasto declarado de S/12,60, en análisis de laboratorio con una media de S/41,63, en radiografías con una media de S/. 51,89. Estos pagos son de bolsillo.

Respondieron que si tenían algún seguro de salud como titular o dependiente, 253 (64,4%) encuestadas. 130 (33,1 %) no tenían ninguno.

A la disposición de pagar por un seguro, respondieron con un mínimo de 0 (nada), a un máximo de S/.100, con una media de S/.17,45.

Para conocer las características de un probable Servicio en nuestro hospital se investigó sobre el conocimiento del tipo de atención que se da en el Hospital San Bartolomé. Si conocían que se atendía enfermedades de la mujer y el niño, 264 (68,2%), pero, 123 (31,8%), lo ignoraban.

El horario de preferencia para atenderse, presenta una discreta mayoría el turno de mañanas (42,4 %) respecto al turno de tardes (33,6 %).

El 90,6 % prefiere elegir al profesional que lo atienda.

Respecto a la disposición a asumir un mayor costo por una atención preferente, tipo clínica privada, 263 (66,9 %) dijeron que si, frente a un 33 % que no acepta un incremento en el costo.

Si el hospital tuviese éste tipo de servicio diferenciado, 290 (74 %) optarían por éste, no lo desean 59 (15%) y no saben 43 (11%).

Se tiene que observar con cuidado, éste alto número en la demanda potencial, por haber respondido un 33 % de encuestadas que no admiten un mayor costo, que implicaría un Servicio de Salud diferenciado. Por lo cual se disminuyó en éste porcentaje el número de la demanda potencial ($74 - 33 = 41$), sería una “demanda ajustada” por la disposición a asumir un mayor pago.

La demanda potencial “ajustada” para un Servicio de Salud Bajo tarifario diferenciado, en el Hospital san Bartolomé es de 26,509 potenciales pacientes por año.

INTRODUCCION

En muchas partes del mundo, las oportunidades de acceso a los servicios de salud no son equitativas, lo cual atenta contra el estado de salud de las poblaciones con menores recursos. En ausencia de políticas adecuadas de salud, la inequidad en el acceso a los servicios de salud perjudica los valores sociales, limita el grado de desarrollo económico, debilita la cohesión social de un país e impide la construcción de una sociedad democrática donde se ejerza efectivamente los derechos de los ciudadanos (7)

La Política de Salud del Perú, expresada por el Ministerio de Salud (MINSA) manifiesta que la salud para todos los peruanos debe ser de calidad, efectiva y equitativa.

La inequidad en salud, definida como las diferencias injustas, innecesarias y evitables en el estado de salud, es un problema de salud colectiva de alta prioridad en la mayoría de los países: Se puede afirmar que la pobreza y la mala situación de salud es cada vez más evidente (23)

Evidentemente una medicina moderna con todos los adelantos, y con calidad, para todos tiene un alto costo, que en casos como en el Perú, el presupuesto no alcanza para lograr estos objetivos. En consecuencia, se hace necesario que se busque otras fuentes de financiamiento, no dependientes de los recursos ordinarios

El estudio del Dr. Madueño (7) muestra la existencia de condiciones de mercado favorables para que el MINSA realice un rebalanceo de la estructura tarifaria actual estableciendo cobros diferenciados según la capacidad de pago de los usuarios de los servicios de salud.

Para que el rebalanceo tarifario sea efectivo en mejorar la equidad del sistema se requiere complementarla con una adecuada política de focalización del subsidio público. Con ello, se estaría garantizando que los recursos sean canalizados hacia la población objetivo y no se desvíen recursos a financiar las necesidades de salud de los no pobres. (7)

La población materno - infantil ha sido históricamente un segmento vulnerable en lo que a condiciones de salud se refiere, pues dicha condición está sujeta a la disparidad de los condicionantes socioeconómicos. Son múltiples los factores que influyen en la condición de salud en este grupo, tanto dentro como fuera del sector salud. (23)

El Hospital San Bartolomé, con una gran Historia de Servicio desde su fundación por el célebre Agustino Fray Bartolomé de Vadillo, en 1646, para atender a los negros libres pobres (“horros”), después como Hospital Militar, al terminar el proceso de la Independencia del Perú, y desde 1961 como Hospital Central de Salud Materno Infantil “San Bartolomé”, dependencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Con las especialidades de Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Cirugía Pediátrica. (22)

El 15 de marzo de 1993 con RM N° 122-93-SA/DM se le reconoce oficialmente como “Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé”. Actualmente se atienden, más de 7000 partos anualmente (7634 en 2006), se realizan más de 2000 cesáreas anualmente (2184 en 2006) Aproximadamente 1200 atenciones del aborto, hospitalización más legrado uterino, e inicio de anticoncepción. La atención en consulta externa, en el 2006, fue de 104,085 atenciones en Ginecología – obstetricia.

Existe la Directiva N° 092 – MINSA / DGSP –V – 01 que es anexo a la Resolución Ministerial N° 586 – 2006 / MINSA del 26 – 6 – 2006, que trata sobre: “Pautas para la autorización y funcionamiento del Servicio de Salud Bajo Tarifario Diferenciado en los Hospitales e Institutos Especializados”, en la cual se **señala como requisito para el servicio bajo tarifario diferenciado un estudio de demanda potencial.** (25)

Por lo cual en concordancia con nuestro objetivo de dar una atención de calidad, eficacia y con equidad para nuestras pacientes, y como un medio más de conseguir recursos para éste fin, **se justifica un estudio de la demanda potencial de salud materno-infantil, bajo tarifario diferenciado, en el Hospital San Bartolomé.**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Quienes laboramos en hospitales del Ministerio de Salud, sabemos, que atendemos pacientes que desean una atención diferenciada, de características similares a clínicas privadas, tal y cual tienen otros hospitales del estado. Numerosos pacientes pueden pagar precios mayores y están de acuerdo con ello, dado que un servicio de ésta naturaleza, así lo justifica.

Sabemos también que los recursos financieros de que se dispone son insuficientes, para poder dar atención de salud, con todos los recursos de una medicina moderna y de calidad, a la totalidad de la población atendida, siendo por tanto necesario agenciarse de fuentes de financiamiento, no dependientes de los recursos ordinarios, provenientes del tesoro público.

La gestión moderna, debe preocuparse de dar servicios con criterio de calidad, eficacia y equidad, como es norma actual del Ministerio de Salud.

La equidad en salud se entiende como la igualdad de oportunidades que deben tener todas las personas para alcanzar su pleno potencial de salud sin desventaja, si ello puede evitarse (19)

Por lo señalado anteriormente, se hace necesario conocer la demanda potencial, de un servicio de salud materno infantil bajo tarifario diferenciado, en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, lo que permitiría implementar dicho servicio como una manera más de conseguir mayores recursos para atender con equidad a quienes menos recursos económicos tengan.(7)

PROBLEMA

¿Cuál es la demanda potencial de servicios de salud materno infantil, bajo tarifario diferenciado, en pobladores de los distritos con mayor demanda en el Hospital San Bartolomé?

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

a-) La significación del estudio:

Las diferencias en la sensibilidad de la demanda entre pobres y no pobres establece un criterio ético a favor de cobros diferenciados por los servicios de salud en beneficio de los pobres. Este criterio se basa en la idea de promover la equidad en el acceso a los servicios de salud, el cual es particularmente importante en este caso considerando que la falta de acceso a este tipo de servicio puede tener implicancias de incapacidades permanentes o muerte. (29)

Por lo tanto, es importante conocer la demanda potencial para éste tipo de servicio, en el Hospital San Bartolomé, con el objetivo de tener más recursos económicos para dar atención con mayor equidad a nuestros pacientes.

b-) La Trascendencia

Los objetivos de dar atención de salud, con criterios de calidad, eficacia y equidad se logran con una adecuada financiación, siendo ésta escasa e insuficiente, es importante conseguir, estos objetivos sin afectar la calidad de atención, logrando que aquellos que más puedan, “financien” en parte, a los que menos recursos económicos tengan. Así, se pueda dar la misma calidad y eficacia a todos.

Las diferencias en la sensibilidad de la demanda entre pobres y no pobres establecen un criterio ético a favor de cobros diferenciados por los servicios de salud en beneficio de los pobres. Este criterio se basa en la idea de promover la equidad en el acceso a los servicios de salud. (29)

c-) La Viabilidad:

Si es viable, ya que existen numerosos estudios de demanda en salud, lo que demuestra, que si se puede hacer.

Se realizaron 391 encuestas, cuando eran necesarias 384, número calculado por la fórmula para tamaño muestral y se analizaron siguiendo el modelo secuencial de demanda, es decir, que reproduce la secuencia de decisiones que toman los individuos para utilizar los servicios de salud, es decir, 1° la percepción de la necesidad de servicio de salud, 2° La accesibilidad y 3° la selección del proveedor. Y también se estudió la disponibilidad de pago para un servicio de salud bajo tarifario diferenciado.

MARCO TEORICO

a) **LA NUEVA GERENCIA EN SALUD** considera a los hospitales como empresas productoras de procesos-servicios de salud que requieren de un manejo empresarial que conlleve una rentabilidad social, el caso de los nosocomios públicos, y económica para los hospitales privados.

En el campo de la salud el mecanismo de mercado encuentra fuertes dificultades para actuar como instrumento de regulación de la actividad económica. (15)

Para Kliksberg, la educación y la salud, son dos áreas donde el Estado tiene una tarea ineludible, que no puede ser posiblemente suplida ni por el mercado ni por la sociedad.

La inversión en salud genera enormes efectos multiplicadores, y la evidencia es abrumadora. Mejorar los niveles de salud de la población, tiene todo orden de impactos favorables sobre la economía entre muchos otros aspectos en reducción de horas de trabajo perdidas por enfermedad, aumento de la productividad laboral, descenso de costos ligados a enfermedades, etc.

Plantea que se debe establecer un enfoque de gerencia social. La gerencia social puede maximizar las sinergias entre los distintos participantes y optimizar los resultados de conjunto. (16)

Romper el círculo de deficiencias educativas que aquejan a la región latinoamericana. Esto es fundamental para potenciar el perfil de las sociedades latinoamericanas, para el funcionamiento de la democracia, y para el acceso de la región a la nueva economía mundial basada en conocimientos y en educación.

La participación comunitaria puede ser una herramienta fundamental para enfrentar los graves problemas sociales que afronta la región.

Se deben incorporar los métodos gerenciales en salud ¿Qué significa esto? Cuando se hable de gerencia sólo nos estamos refiriendo a un conjunto de técnicas y herramientas de trabajo que contribuyen a llevar adelante la función de un directivo. Se ha planteado que presenta 4 dimensiones fundamentales. (12)

- la cultura,
- los principios y los valores de la gerencia.
- la estructura de la gerencia.
- la infraestructura de la gerencia.

Ya han sido identificados los valores de la gerencia para lograr la meta de Salud para Todos.

- la equidad.
- la participación de la comunidad.
- la cooperación intersectorial.

El **enfoque de gerencia** identifica dos dimensiones de gestión: la tradicional administración de recursos y la conducción integral de los procesos. Esta última adquiere cada vez mayor relevancia y suele identificársela con las actividades que realiza la alta dirección. Es así que al hablar de formación gerencial se incluye pero también se trasciende la mera formación administrativa. (3)

Diversos autores (Falcao 1997, Medellín 1996) han llamado la atención en el sentido de que, dentro de los enfoques alternativos a la administración pública ortodoxa, se encuentran visiones que fundamentan su actividad en técnicas de **gerencia privada**, originalmente empresariales, que no necesariamente se adecuan a las reglas operacionales de una administración pública consecuente con sus fines y valores. Las organizaciones públicas se muestran a menudo más interesadas en adoptar innovaciones empresariales que en producir las propias, con el riesgo de convertir a los gobernantes en gerentes de tipo privado y a los usuarios de los servicios públicos en clientes, en lugar de generar mecanismos de innovación social que permitan un funcionamiento coordinado de las instituciones del sector público y las comunidades sociales.

b) LA ECONOMÍA DE LA SALUD, es definida como una disciplina de estudio que integra conceptos, teorías y modelos económicos y médicos para abordar como objeto de análisis el estudio de la producción, financiamiento, distribución y consumo de los servicios de salud.(2)

La economía tiene como objeto estudiar las elecciones que orientan la asignación de recursos y la distribución de la riqueza, atendiendo a qué, cómo y para quién producir bienes y servicios, así como a la necesidad de lograr beneficios máximos con un mínimo de riesgos económicos y sociales. La salud es un bien escaso cuya obtención y mantenimiento exigen trabajo y dinero. Lograrla implica satisfacer necesidades expresadas en forma de demanda, más el costo de oportunidad que encierra renunciar a otros bienes. Requiere de una función de producción que combine los recursos de un modo eficiente a fin de obtener el mayor impacto social, y que sirva de instrumento para alcanzar la equidad. (5)

La introducción del análisis económico en el sector de la salud ha permitido incorporar los conceptos de eficiencia y eficacia en la gestión integral de los recursos, analizar los procesos y los costos de producción y evaluar los resultados obtenidos de un modo efectivo en función del costo según su impacto no solo sobre la morbilidad y mortalidad, sino también sobre la calidad de la vida. La economía de la salud integra las teorías económicas, sociales, clínicas y epidemiológicas a fin de estudiar los mecanismos y factores que determinan y condicionan la producción, distribución, consumo y financiamiento de los servicios de salud.

La economía de la salud se aplica para investigar los siguientes aspectos principalmente: los factores que determinan y afectan a la salud; el desarrollo de instrumentos de política; la salud y su valor económico; la demanda y la oferta de atención médica; el equilibrio del mercado; la planeación, regulación y monitoreo de las acciones sanitarias; la evaluación integral del sistema de salud; la evaluación económica de tecnologías sanitarias específicas; y la evaluación macroeconómica

La evaluación económica consiste en valorar una acción concreta en términos del monto de inversiones que precisa y su rentabilidad económica y social. Es un proceso analítico que establece criterios útiles para tomar decisiones y elegir entre diferentes formas de asignar los recursos. Aplicada al sector sanitario, el proceso sirve para valorar la relación entre el monto de los recursos invertidos y los resultados obtenidos, tanto en efectos como en utilidades y beneficios . Si se quiere lograr un máximo de bienestar social, hay que tener en cuenta tanto los efectos positivos como los negativos. (5).

La economía de la salud, instrumento indispensable para la gestión sanitaria y la asignación de recursos, permite orientar la toma de decisiones para buscar alternativas eficientes y racionales dentro del conjunto de actividades de los servicios y las diferentes tecnologías del sistema nacional de salud.

No se trata de negar la contribución positiva del mercado, sino que en el sector la eficiencia debe ser regulada y fomentada. Su contribución es fundamental y el propósito es fomentarlos. Esta participación debe realizarse en un marco específico de regulación estatal. Una participación sin límites, como lo sugieren algunos teóricos, sería atribuir las virtudes de los mercados al caso de la salud de manera simplista. (1)

c) PARTICULARIDADES DE LA OFERTA Y LA DEMANDA EN SALUD. Siguiendo la propuesta de Cruz C., a continuación se discuten cada una de las características que hacen del mercado de la salud un mercado imperfecto (1).

EXTERNALIDADES. Los servicios de salud no solamente generan beneficios individuales, sino también sociales, terceras personas resultan beneficiadas o perjudicadas, independientemente de su voluntad. La existencia de externalidades afecta al esquema de financiamiento, por ejemplo en el caso de las vacunas, debido a que la cantidad que un individuo está dispuesto a pagar por los beneficios que directamente habrá de percibir, se le debe sumar la diferencia con el beneficio social. Esta cantidad, conocida como «externalidad», generalmente es cubierta por el agente colectivo o estado. (1)

Incertidumbre. Las enfermedades y accidentes se presentan de manera imprevista, generando inseguridad en cuanto al monto de recursos necesarios para su atención. La respuesta social a esta inseguridad, en términos de financiamiento, se expresa en la creación de seguros que los individuos pagan regularmente a una agencia, que agrupa los riesgos a cambio de garantizar la cobertura de gastos médicos en el caso de enfermedad o accidente.(1)

Ignorancia del consumidor y demanda inducida. La asignación de recursos a través de los mercados supone que los consumidores conocen lo que es mejor para ellos. Sin embargo, en el proceso de demandas de servicios de salud, el consumidor generalmente se presenta en una ignorancia relativa sobre la caracterización de su problema y, por ende, sobre las opciones para combatirlo eficazmente y al mínimo costo; situación que le impide hacer un juicio racional para enfrentar sus demandas sin intermediarios. Es decir, depende del médico, quién simultáneamente le ofrece un servicio y decide qué, cuanto y cuando consumir.

Este proceso posibilita la «inducción de la demanda », incorporando criterios no médicos, relacionados con el sobre consumo de medicamentos, de estudios y tratamiento, con las consiguientes repercusiones en el financiamiento por desajustes entre lo requerido, lo demandado en forma inducida y los costos (1)

Monopolios. La prestación de servicios de salud da lugar al establecimiento de monopolios debido a condiciones geográficas o económicas, o como consecuencia de la súper especialización médica. Este proceso altera precios relacionados con los precios de los servicios, por lo que se requiere la deliberada intervención del estado a fin de mantener la equidad en el acceso. (1)

Bien meritorio. Para que todos los individuos que conforman una sociedad puedan ejercer su libertad económica en un sistema de libre mercado, y sus libertades políticas y civiles en un estado de libre derecho, es requisito incuestionable la igualdad en sus capacidades básicas.

Es así, como el estudio del mercado de servicios médicos visto a través del análisis de la producción, distribución y consumo de servicios mediante la incorporación de la teoría de la oferta y la demanda, se constituye en un aporte fundamental para el análisis de la problemática del sector.(1)

d) DEMANDA: “Cantidades de un bien o servicio que un consumidor puede y está dispuesto (de forma explícita) a adquirir (para cada nivel de precios señalado para el mismo y para unas circunstancias de mercado dadas). En el ámbito sanitario y como criterio de asignación de recursos, representa la expresión de las preferencias de los individuos en forma de su disposición a pagar a cambio de recibir servicios sanitarios y satisfacer así su utilidad individual a través de sistemas de mercado” (22)

Factores que regulan la demanda: En general se admite que la demanda depende de:

- a) la percepción que las personas tengan de sus necesidades de salud
- b) la seguridad que tiene el usuario que el gasto en salud que realizará le brindará beneficios proporcionalmente mayores a la “inversión” o “gasto” (percepción subjetiva) que efectuará.
- c) el precio del bien o servicio
- d) el precio de otros bienes complementarios o sustitutivos
- e) la renta: flujo de beneficios que recibe un individuo (en forma de salarios, intereses, dividendos u otros ingresos) o rinde anualmente una cosa.
- f) los gustos o hábitos de los individuos.

e) TIPOS DE DEMANDA:

Demanda total: la presentada cuando las instituciones se encuentran complacidas con la cantidad de trabajo que tienen en relación a su capacidad productiva, nivel de instalaciones y resultados económicos deseados y obtenidos. La demanda total puede variar por el cambio de preferencia de los clientes o por un aumento de la competencia. Para mantener la demanda total se debe medir el grado de satisfacción de los clientes y asegurarse que se está haciendo un buen trabajo. (22)

DEMANDA POTENCIAL O ESPERADA: Necesidad de atención manifiesta, captada mediante Encuestas. Volumen de personas que necesitan algún servicio de salud, pero no acuden a él. Es necesidad de atención, no convertida en Demanda. También se define, como la demanda futura, la cual no es efectiva en el presente, pero que en algunas semanas, meses o años será real. (7, 24)

La demanda potencial de servicios de salud está definida como la suma de la **demanda efectiva** (enfermos que utilizaron los servicios institucionales de salud) y **el déficit de acceso**, el cual a su vez se descompone en dos elementos: a) la demanda reprimida (por subvaluación de enfermedad) y b) la demanda encubierta por barreras de entradas (individuos que se declararon enfermos pero que no utilizaron los servicios por razones económicas o por carencias o deficiencias de infraestructura (7)

Demanda negativa: Cuando a la mayor parte del mercado le disgusta la oferta existente de determinado servicio y hasta puede pagar un precio por evitarla.

Demanda irregular: Aquella que varía en base a la estación climática, el día o incluso la hora causando problemas de capacidad productiva inutilizada o de exceso de trabajo, según su fluctuación

Demanda aleatoria o imprevisible: Demanda impredecible en cuanto a su volumen, lugar y tiempo en que será formulada. Vinculada a la incertidumbre por su carácter en el proceso de enfermar lo que dificulta la planeación individual de gasto y ahorro de los individuos y favorece la constitución de sistemas de aseguramiento para cubrir esta “contingencia”. (22)

Demanda excesiva: aquella que se presenta cuando es mayor a la que las organizaciones pueden o quieren manejar. El exceso de demanda puede llevar al deterioro de la calidad del trabajo desempeñado. (22)

Demanda expresada: aquella demanda que se ejercita de forma explícita por parte de una población. Puede ser superior al volumen de utilización a causa de la existencia de listas de espera por la limitación de los recursos disponibles o a causa de diferencias entre las percepciones de los pacientes y las necesidades definidas por los profesionales.

Demanda decreciente: situación producida cuando el mercado o las personas se desinteresan en el consumo de ciertos bienes o servicios. La demanda decreciente se puede revertir con un nuevo manejo creativo de la oferta. (22)

Demanda inexistente: cuando los clientes a quienes se dirige la oferta de un producto o servicio pueden sentirse desinteresados o indiferentes a ella (22)

Demanda derivada: aquella que se presenta en productos intermedios que intervienen en el proceso de prestación o producción de otros más complejos o elaborados. Aquella cuyo nivel depende de la demanda de los servicios en los que intervienen.

Demanda inducida por la oferta: aquella producida como consecuencia del desconocimiento completo de las características del producto o servicio, de parte de los agentes del proceso. Es provocada o conducida por el proveedor del servicio y se sitúa por encima de la que el consumidor habría realizado de haber dispuesto de suficiente información. En su consecuencia, la oferta y la demanda dejan de ser independientes. Es motivo de ineficiencia por exceso de demanda innecesaria (7)

Demanda justificada: Aquella demanda para la que tanto la sociedad como los expertos médicos (además del propio individuo) están de acuerdo con su existencia, dado que responde a razones apreciadas como objetivas por todos ellos. Se opone a la

demanda sanitaria injustificada que es aquella expresada por los individuos en contra de la opinión de la sociedad o los expertos. (7)

Demanda opcional: Situación peculiar que se produce en el mercado de los servicios sanitarios cuando éste se comporta como si la demanda fuera superior a la realmente producida, al objeto de “reservar” parte de la oferta para que no existan problemas de utilización de los servicios ante la eventualidad de tener que hacer uso de las mismas en cualquier momento o lugar., dando de esta forma, respuesta al deseo individual de tener garantizado el acceso en caso de necesidad. (7)

Demanda desalentada: Situación creada cuando una empresa desea disminuir la demanda de sus servicios de manera temporal o definitiva, a través de actividades denominadas como “descremado” (cuando reorientan sus acciones de venta a solamente algunos segmentos de población dejando de lado a grupos de actuales clientes) o de “obsolescencia planificada” (cuando dejan de ofrecer ciertos productos o servicios buscando lograr una especialización prefijada. (27, 22)

Demanda insatisfecha: Personas que demandan atención, la cual no es atendida. (24)

f) LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD En un análisis general, la asistencia médico-sanitaria incluye básicamente tres clases de bienes y servicios diferentes: (15)

(1) Los servicios médicos, odontológicos y auxiliares (prestados por profesionales habilitados para ello)

(2) Los medicamentos (elaborados por laboratorios farmacéuticos, intermediados por droguerías y vendidos al público en farmacias) y

(3) Los servicios hospitalarios (brindados por hospitales públicos y clínicas y sanatorios privados), incluyendo en este rubro tanto servicios calificados que implican utilización de recursos humanos y materiales específicos en el campo sanitario, como servicios básicos de hotelería hospitalaria

Oferta de servicios de salud. Corresponde al estudio de la producción de servicios de salud por tipo de programa de salud, institución de salud, funciones de producción e insumos requeridos para satisfacer la demanda en salud. En este campo de análisis económico, se cubren también la oferta de satisfactores que inciden directamente en la salud y la de servicios de salud. (1)

El estudio de la oferta de atención médica, incluye el análisis económico de la respuesta social organizada para proveer de servicios de salud a una comunidad.

Asimismo, se estudia la dinámica de factores estructurales dentro de la prestación de servicios, tales como la productividad, el patrón de equipamiento y los esquemas de organización y financiamiento. Se caracterizan los servicios de salud, en función del monto, tipo y combinación de recursos para el proceso de producción de los procedimientos de cada alternativa.(1)

El sistema de salud, el conjunto de instituciones que cuida la salud de los ciudadanos, reviste una importancia creciente en los sistemas económicos. Este hecho se expresa en

el creciente porcentaje del gasto público y privado en salud en relación al Producto Bruto Interno (PBI). En otras palabras, el ritmo de crecimiento del gasto en salud es superior al ritmo de crecimiento del PBI. Por un lado, el gasto en salud se puede considerar como una inversión en capital humano, en la medida que contribuye al crecimiento económico y a garantizar un nivel adecuado de calidad de vida, pero por otra parte aparecen dudas legítimas sobre la sostenibilidad de ese crecimiento a largo plazo. Todos los gobiernos, todos los países, están en un proceso de reformulación de los sistemas de salud que responde a la necesidad de mejorar aspectos de eficiencia, calidad, cobertura y equidad. (21)

La ciencia económica está dotada de unos instrumentos de análisis para la asignación de recursos que proporcionan respuestas y soluciones a los problemas de equidad y eficacia en la producción y distribución de bienes y servicios. Pero los conceptos económicos de demanda, oferta, producción y distribución adoptan un sentido especial cuando se refieren a los bienes y servicios destinados a la salud de los seres humanos. La teoría económica describe de forma matemática las situaciones de equilibrio en los mercados de bienes y servicios, pero algunas situaciones que los economistas llamarían óptimos de eficacia para un bien material ordinario, serán consideradas socialmente inaceptables cuando se refieren a la salud.

El sector público dispone de cinco tipos de instrumentos para el diseño y aplicación de la política sanitaria:

1. **Información:** Con el objetivo de influir sobre la conducta de la población. Ej. Campañas anti-tabaco, sistemas de control de epidemias, etc.
Regulación de estímulos: cuando se utiliza la potestad reglamentaria para facilitar y alentar o desalentar determinada actividad privada que puede proveer salud. Se incluyen aquí la reglamentación de centros asistenciales, la colegiación médica, la reglamentación de farmacia, etc.
2. **Regulación coactiva:** tipo especial de regulación en la que se obliga a alguien a hacer algo o a financiarlo. Se incluye aquí la obligación de vacunar a los niños o de financiar la seguridad social a los empleados y empleadores
3. **Financiación pública:** Cuando parte de los fondos públicos obtenidos mediante los impuestos o por emisión de deuda pública son destinados a financiar la prestación privada de servicios de salud.
Provisión pública: Cuando el estado provee directamente los servicios usando infraestructuras de su propiedad y empleados públicos. En la utilización de esos cinco instrumentos, los gestores públicos deben utilizar los criterios de eficacia y equidad para adoptar decisiones sobre priorización y racionalización:

g) EFICACIA, EFICIENCIA y EQUIDAD

La **eficacia** de una política o programa podría entenderse como el grado en que se alcanzan los objetivos propuestos. Un programa es *eficaz* si logra los objetivos para los que se diseñara. Una organización *eficaz* cumple cabalmente la misión que le da razón de ser. (20)

Cohen y Franco (1993) indican que la “eficacia” mide “el grado en que se alcanzan los objetivos y metas... en la población beneficiaria, en un período determinado...” mientras que la “efectividad” constituye la relación entre los resultados (previstos y no previstos) y los objetivos. Así, estos autores proponen la efectividad como una medida que reconocería resultados diferentes a los que fueron esperados en la delimitación de los objetivos de la iniciativa

Entendemos la **eficiencia** como el grado en que se cumplen los objetivos de una iniciativa al menor costo posible. El no cumplir cabalmente los objetivos y/o el desperdicio de recursos o insumos hacen que la iniciativa resulta ineficiente (o menos eficiente).

El concepto de **equidad** se fundamenta en tres valores sociales: *igualdad, cumplimiento de derechos y justicia*. El reconocimiento relativamente universal de la bondad de estos tres valores permite que el concepto de “equidad” – por lo menos retóricamente – goce de cierta aceptación universal. Hay amplio consenso con respecto a la prioridad que se debe asignar a la equidad como pauta o estándar para las políticas públicas. (20)

Se ha asociado el concepto de equidad típicamente con algún concepto de igualdad. No obstante, se han propuesto diferentes interpretaciones de la igualdad asociada con equidad. Específicamente, se ha hecho referencia a la “equidad vertical” – el tratamiento igual para todos los diversos grupos e individuos de la sociedad y a la “equidad horizontal” – “igual tratamiento para iguales”.

La promoción de la equidad vertical insinúa que la equidad es equivalente a la igualdad absoluta. En contraste, la equidad horizontal abre la puerta a la tolerancia de tratamientos diferenciados, con el raciocinio de que los individuos y grupos son diferentes y pueden ser tratados en forma diferenciada sin ser “injusto”. Es más, la equidad horizontal podría conducirnos a pensar que el tratamiento diferenciado es justo, ya que podría tener el fin de corregir o ajustar diferencias ya existentes entre diversos grupos o individuos. Intervenciones desigualitarias (por ejemplo, focalizadas en poblaciones pobres) por parte de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales resultarían consistentes con sus roles de correctores y compensadores de inequidades existentes en la distribución de ingresos y riquezas.

El contraste entre la equidad vertical y la horizontal es fundamental en nuestras sociedades actuales, caracterizadas por grandes desigualdades entre diversos individuos y grupos sociales. En estos contextos, el “tratamiento igual” de toda la sociedad podría resultar “igualitario” sin ser “equitativo”. Es decir, sería “igualitario” sin necesariamente ser “justo”.

La interpretación de la “equidad” depende de algunos juicios valorativos de la sociedad. La sociedad se obliga a interpretar lo que resulta ser “aceptable”. Hoy en día, las sociedades están explícitamente tomando estas decisiones en la medida que reconocen explícitamente que los recursos públicos nunca serán suficientes para atender todas las demandas sociales. Por tanto, se ven en la obligación de delimitar lo que la sociedad

quiere garantizar para todos sus ciudadanos y/o residentes y lo que va a reservar para quienes trabajen para lograrlo y/o para quienes tengan recursos suficientes para conseguir por sus propios medios.

Se ha establecido que para muchas sociedades, el nivel de tolerancia para la inequidad en salud es menor que el nivel de tolerancia para la inequidad en ingresos o educación, ya que las diferencias en salud son, literalmente, un asunto de vida y muerte. (Birdsall y Hecht, 1995). (29)

Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas, tiene argumentos a favor (26):

- Ahorra recursos en el funcionamiento corriente de la actividad pública, al tiempo que evita los inconvenientes derivados de la doble oferta actual, como son el desvío potencial de pacientes fuera del sistema público.
- Evita la “erosión” de la reputación de la institución pública, ya que desincentiva a que la demanda privada potencial salga del sistema público.
- Permite un mayor control integral de los flujos de enfermos desde una única puerta de entrada y dificulta una relación opaca entre médico y enfermo, que puede permitir tanta discrecionalidad como arbitrariedad en el tratamiento de los pacientes desde el circuito público hacia el privado.
- Internaliza, en la institución pública, los costes y los beneficios de toda la actividad asistencial.

Argumentos en contra (26):

- Visualiza y permite una lectura política negativa de la doble vía de acceso, aunque se eliminen las dos puertas de entrada y la asistencia se realice fuera del horario de atención pública.
- Si se hace con acceso a un tipo de equipamiento específico (algunas guardias, salas o quirófanos determinados exclusivamente para dicho menester) y/o en horario público distinto, las tendencias a la diferenciación cualitativa son difícilmente evitables y de lectura contraria a la igualdad de acceso.
- La consiguiente posibilidad de diferenciación de precios (que no de costes) entre prestación pública y privada, típica de una buena gestión de la demanda (a la vista de la distinta elasticidad de renta de los diferentes segmentos de usuarios), puede percibirse en este caso negativamente por discriminatoria —discrecional— (aunque pueda ser efectivamente equitativa, ya que los precios y el acceso suelen ser menores si la renta es inferior).
- La competencia puede ser interpretada como desleal por parte de la oferta privada pura, ya que la utilización privada del equipamiento público permite una tarificación a coste marginal (el equipamiento público es a coste fijo o “hundido” para el gestor público), mientras que la oferta privada desde equipamientos privados requiere una facturación a coste medio. En este contexto es probable que el segundo sea superior al primero, a pesar de que el coste profesional del personal en esquemas de compatibilidad “laxa” entre sector público y privado, o en razón a la utilización de algunos productos intermedios, pueda considerarse también a coste marginal (ya que el grueso del coste puede estar siendo soportado en gran parte por la tesorería pública).

El estudio de Demanda de Servicios de Salud (**Dávila, Miguel madueño**) muestra la existencia de **condiciones de mercado favorable para que el MINSA realice un rebalanceo de la estructura tarifaria actual estableciendo cobros diferenciados según la capacidad de pago de los usuarios de los servicios de salud.**(7)

Es válida la aplicación de cobros diferenciados por grupos socioeconómicos con el objetivo de reducir la inequidad del sistema.

Una política diferenciada de tarifas, tendería a mejorar las condiciones de equidad y eficiencia en el mercado de salud, por cuanto incentivaría la demanda en salud de la población con menores recursos y permitiría al MINSA recuperar parcialmente sus costos para fines de capitalización y/o financiar la cobertura de salud de la población en situación de pobreza. (7)

Las diferencias en la sensibilidad de la demanda entre pobres y no pobres establecen un criterio ético a favor de cobros diferenciados por los servicios de salud en beneficio de los pobres. Este criterio se basa en la idea de promover la equidad en el acceso a los servicios de salud, el cual es particularmente importante en este caso considerando que la falta de acceso a este tipo de servicio puede tener implicancias de incapacidades permanentes o muerte. (29)

Cualquier proyecto que se desee emprender, debe tener un estudio de mercado que le permita saber en qué medio habrá de moverse, pero sobre todo si las posibilidades de venta son reales y si los bienes o servicios podrán colocarse en las cantidades pensadas, de modo tal que se cumplan los propósitos del empresario

Un estudio de mercado debe servir para tener una noción clara de la cantidad de consumidores que habrán de adquirir el bien o servicio que se piensa vender, dentro de un espacio definido, durante un periodo de mediano plazo y a qué precio están dispuestos a obtenerlo. Adicionalmente, el estudio de mercado va a indicar si las características y especificaciones del servicio o producto corresponden a las que desea comprar el cliente. Finalmente, el estudio de mercado nos dará la información acerca del precio apropiado para colocar nuestro bien o servicio y competir en el mercado, o bien imponer un nuevo precio por alguna razón justificada.

El sistema de economía de mercado se ocupa, tal como se puede inferir de su nombre, en el funcionamiento del mercado. El mercado es el mecanismo que responde a las tres preguntas fundamentales que se plantea todo sistema económico: ¿qué producir? ¿Cómo producir? ¿Para quién se produce? (22).

Como se plantea, **se hace necesario conocer la demanda potencial de servicios de salud - diferenciado**, ya que la gerencia de servicios de salud, debe considerar a los hospitales públicos o privados como empresas con resultados sociales y/o económicos, favorables.

Existe actualmente la Directiva N° 092 – MINSA / DGSP –V – 01 que es anexo a la Resolución Ministerial N° 586 – 2006 / MINSA del 26 – 6 – 2006, que trata sobre: “Pautas para la autorización y funcionamiento del Servicio de Salud Bajo Tarifario Diferenciado en los Hospitales e Institutos Especializados” y en el cual señalan, que será nombrado como **“el servicio”** (25).

Su objetivo es que a través de “el servicio” se logre la ampliación de los servicios de Salud, el mejoramiento de la infraestructura de los establecimientos y el equipamiento de los mismos, a partir de los recursos obtenidos.

En la citada **Directiva entre los requisitos para la Autorización y Renovación del Servicio, se remarca la necesidad del Análisis de la demanda potencial de “El Servicio”**

ANTECEDENTES

Considero que el estudio de Miguel Madueño Dávila. “**PERÚ: ESTUDIO DE DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD**”, es importante para el presente trabajo, dado que el objetivo principal de ése documento era **cuantificar el tamaño potencial del mercado de servicios de salud en el Perú.**

En este estudio se identificó una significativa demanda encubierta (es decir, insatisfecha) de servicios de salud, asociada a individuos que, por razones económicas, no se declaran enfermos o a individuos enfermos que por falta de ingresos o disponibilidad de atenciones, no hacen uso de los servicios de salud, aunque perciban su enfermedad.

Se utilizó el instrumental de análisis basado en la estimación de un modelo secuencial de demanda, es decir, que reproduce la secuencia de decisiones que toman los individuos para utilizar los servicios de salud. En este sentido, el modelo consta de tres bloques: **(1)** el modelo de percepción de enfermedad, **(2)** el modelo de acceso al sistema de salud y **(3)** el modelo de selección de proveedores.

Son determinantes y fundamentales para explicar el comportamiento de la demanda de servicios, las variables asociadas al ciclo de vida (edad) y las de carácter económico (tarifa o coste unitario de acceso, tenencia de seguro e ingresos).

Por otro lado, variables como la distancia de recorrido, tiempo de espera, resultaron ser poco significativos; mientras que la calidad de atención influye de manera moderada en la elección del proveedor de salud.

Los principales resultados del estudio de la demanda muestran evidencias de un problema crítico de inequidad.

Los niveles de sub reporte de enfermedad son directamente proporcionales a los niveles de pobreza de la población e inversamente a la disponibilidad del seguro de salud: cuanto más pobres y menos asegurados, tanto menos reportan.

La concentración del déficit de acceso en los segmentos de menores recursos determina la urgencia y necesidad de establecer un sistema de aseguramiento gratuito para la población en pobreza extrema que los exonere de los pagos de todos los servicios de salud (consulta, laboratorio, hospitalización y de medicamentos).

El estudio muestra la existencia de condiciones de mercado favorables para que el MINSA realice un rebalanceo de la estructura tarifaria actual estableciendo cobros diferenciados según la capacidad de pago de los usuarios de los servicios de salud.

En resumen, se proponen seis líneas de políticas orientadas a mejorar las condiciones de equidad y eficiencia en el sistema a corto plazo:

- (1) aseguramiento gratuito a la población con extrema pobreza
- (2) redireccionamiento del subsidio público de los no pobres a los pobres extremos (rebalanceo tarifario),

- (3) promover que los segmentos no pobres que no se encuentran asegurados tomen coberturas de seguro,
- (4) estrategia de focalización y
- (5) mecanismos de liquidación entre el MINSA y ESSALUD y
- (6) la implementación de mejoras de gestión en los procesos administrativos.

Se destaca que la demanda institucional se caracteriza por ser una demanda por servicios curativos más que una demanda por servicios preventivos.

Es también importante el estudio de Raúl Molina, Matilde Pinto, Pamela Henderson y César Vieira, **“GASTO Y FINANCIAMIENTO EN SALUD: SITUACIÓN Y TENDENCIAS”**. (21)

Se destaca que en las reformas en Salud en América El objetivo ha pasado de uno que buscaba exclusivamente la sostenibilidad financiera a otro que busca, simultáneamente, el acceso equitativo a servicios de calidad.

A mi me parece sumamente importante analizar el Gasto Nacional en Salud (GNS), El GNS medio per cápita para toda la Región de las Américas es de US \$ 392, en el Perú es de US \$ 100.

La proporción del GNS en relación con el PBI se suele utilizar como un indicador de la prioridad que la sociedad asigna a la atención de la salud de su población. El promedio regional es de 6,1% del PBI. En el Perú representa el 4,8 %. Es bueno remarcar que el gasto en Salud del Perú, debe incrementarse si realmente se quiere mejorar la salud, estudios especializados deben decir cuanto se necesita para lograr el objetivo de Salud de Calidad para todos.

El gasto directo de los hogares se orienta principalmente a cubrir las consultas médicas (38,1%) y los medicamentos (22,3%). En el caso de estos últimos, la mayor parte del gasto se realiza en medicamentos de marca y alejados del marco terapéutico que ha propuesto la OMS con base en los medicamentos esenciales.

También, es importante para la realización del presente trabajo, el estudio realizado por Miguel Madueño Dávila, Jorge Alarcón Villaverde y César Sanabria Montañés **“ANÁLISIS DE LA BRECHA ENTRE OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD”** en la parte III. PERÚ **“ESTUDIO DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL PERU Y EL ANALISIS DE LAS BRECHAS 2003 – 2020”**:

En éste estudio, se destaca que la inversión es un determinante importante de los niveles de oferta de servicios de salud de un país y como tal, es un instrumento de política que puede ser utilizado para reducir las inequidades en el acceso a estos servicios. En el Perú, el principal prestador de servicios es el sector público, y los criterios de inversión no son necesariamente establecidos por criterios técnicos.

La política de gasto público en salud es acomodaticia a los niveles de demanda, lo cual promueve la concentración de los recursos productivos y de la oferta de salud en las áreas urbanas, generando una estructura productiva que no guarda correspondencia con las necesidades de la población. En perjuicio del estado de salud de la población de las áreas rurales.

La existencia de una demanda encubierta y problemas de gestión que conducen a bajos niveles de eficiencia y productividad de los establecimientos de salud. Además que, la concentración de la oferta de servicios de salud en las áreas urbanas y la existencia de un proceso de transición epidemiológica: que produce cambios en la pirámide poblacional en todas las áreas geográficas originados por reducciones en la tasa de mortalidad, crean condiciones para que se produzcan potenciales desbalances focalizados en los niveles de atención de determinados servicios requiriendo una reasignación de los recursos hacia los establecimientos y áreas deficitarias.

El sector salud cuenta con una capacidad instalada ociosa equivalente al 38% de la producción potencial, lo cual le da margen para una expansión de la oferta del sector sin mayores requerimientos de inversión en el corto plazo

La distribución desigual de los recursos médicos aparentemente estaría imponiendo cuellos de botellas al proceso de producción de servicios en las áreas rurales.

HIPÓTESIS GENERAL:

La demanda potencial de servicios de salud materno – infantil bajo tarifario diferenciado en el Hospital san Bartolomé (HSB), justifica la creación de un servicio para atender ésta demanda, como fuente nueva de financiamiento para atender a nuestros pacientes con calidad, eficiencia y equidad.

HIPOTESIS ESPECÍFICAS

- 1) En la población de los distritos elegidos para estudiar, existe alto número de personas con necesidad de atención de salud materna infantil.
- 2) La accesibilidad a los servicios de salud, es alta en los distritos elegidos para el estudio.
- 3) El estado de salud de las mujeres de los distritos por estudiar tienen cifras favorables en su fecundidad, planificación familiar y vacunaciones.
- 4) Los potenciales pacientes para un servicio de salud diferenciada en el HSB desean algunas características propias de una atención particular.
- 5) Existe adecuada disposición a asumir un mayor costo, entre los potenciales pacientes de un servicio de atención diferenciada, en el HSB

OBJETIVO GENERAL

Determinar la demanda potencial de servicios de salud materno – infantil bajo tarifario diferenciado, en el hospital San Bartolomé.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Determinar la percepción de enfermedad y la necesidad de Atención de Salud de la población de los distritos elegidos para estudiar.
- 2) Determinar la accesibilidad, a los servicios de salud, de los distritos que más demandan Atención de Salud en el HSB.
- 3) Estudiar las características de Fecundidad y salud de las mujeres y cobertura de seguros de salud, en los distritos que más demandan atención, del Hospital San Bartolomé
- 4) Determinar las características deseadas por potenciales pacientes, de un servicio de salud bajo tarifario diferenciado, en el Hospital San Bartolomé.
- 5) Evaluar la capacidad y la disposición de pago, en potenciales usuarios del servicio de salud bajo tarifario diferenciado en el Hospital San Bartolomé.

VARIABLE DEPENDIENTE

Pacientes que desean una atención de servicios de salud materno – infantil, bajo tarifario diferenciado, en el Hospital San Bartolomé.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- 1) Percepción de enfermedad y necesidad de Atención de Salud en la población de los distritos con mayor demanda en el Hospital San Bartolomé
- 2) Accesibilidad de la población de los distritos elegidos para estudiar la demanda de atención de salud en el HSB.
- 3) Indicadores de fecundidad y salud de las mujeres de la población de los distritos a estudiar y número de personas que cuentan con algún seguro, en la misma población.
- 4) Características deseadas para un servicio de salud diferenciado, similar a servicios de tipo privado.
- 5) Pacientes en capacidad de un mayor pago, y disposición a asumir un mayor costo por un servicio de salud diferenciado, en el HSB.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

	HIPOTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES
GENERAL	<p>La demanda potencial de servicios de salud materno – infantil bajo tarifario diferenciado en el Hospital san Bartolomé, justifica la creación de un servicio para atender ésta demanda, como fuente nueva de financiamiento para atender a nuestros pacientes con calidad, eficiencia y equidad.</p>	<p>Determinar la demanda potencial de servicios de salud materno – infantil bajo tarifario diferenciado, en el hospital San Bartolomé.</p>	<p>DEPENDIENTE:</p> <p>La demanda de atención en los servicios de salud materno – infantil bajo tarifario diferenciado, en el hospital San Bartolomé.</p>
ESPECIFICAS	<p>1.- En la población de los distritos elegidos para estudiar, existe alto número de personas con necesidad de atención de salud materna infantil.</p> <p>2.- La accesibilidad a los servicios de salud es alto en los distritos elegidos para el estudio.</p> <p>3.- El estado de salud de las mujeres de los distritos por estudiar tienen cifras favorables en su fecundidad, planificación familiar y vacunaciones.</p> <p>4.- Los potenciales pacientes para un servicio de salud diferenciada en el HSB desean características propias de una atención particular.</p> <p>5.- Existe adecuada disposición a asumir un mayor costo, entre los potenciales pacientes de un servicio de atención diferenciada, en el HSB</p>	<p>1. Determinar la percepción de enfermedad y la necesidad de Atención de Salud de la población de los distritos elegidos para estudiar.</p> <p>2.- Determinar la accesibilidad, a los servicios de salud de los distritos que más demandan Atención de Salud</p> <p>3.- Estudiar las características de Fecundidad y salud de las mujeres, de los distritos que más demandan atención, en el Hospital San Bartolomé.</p> <p>4.- Determinar las características deseadas para la demanda potencial de un servicio de salud bajo tarifario diferenciado, en el Hospital San Bartolomé</p> <p>5.- Evaluar la capacidad y la disposición de pago, en potenciales usuarios del servicio de salud bajo tarifario diferenciado en el Hospital San Bartolomé.</p>	<p>INDEPENDIENTES:</p> <p>1.- Percepción de enfermedad y necesidad de Atención de Salud en la población de los distritos con mayor demanda en el Hospital San Bartolomé</p> <p>2.- Accesibilidad de la población de los distritos elegidos para estudiar la demanda de atención de salud en el HSB.</p> <p>3.- Indicadores de fecundidad y salud de las mujeres de la población de los distritos a estudiar y número de personas que cuentan con algún seguro, en la misma población.</p> <p>4.- Características deseadas para un servicio de salud diferenciado, similar a servicios de tipo privado</p> <p>5.- Pacientes en capacidad de un mayor pago, y disposición a hacerlo por un servicio de salud diferenciado</p>

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES E INDICADORES

1.- NECESIDAD DE ATENCION EN SALUD:

Definición operacional: Percepción de la necesidad de atención en salud materno infantil, de la población estudiada.

Operacionalización: Encuesta de percepción

Indicador: Porcentajes de pacientes con necesidad de atención en salud

2.- ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HBS:

Definición Operacional: Grado de accesibilidad a los servicios de salud.

Operacionalización: Encuesta de opinión

Indicador: Porcentajes de pacientes que acceden a los servicios de salud

3.- FECUNDIDAD Y SALUD DE LA MUJER:

Definición operacional: Grado de atención de planificación familiar, parto y puerperio de las mujeres de los distritos estudiados.

Operacionalización: Encuesta de percepción

Indicador: Porcentaje de parto, puerperio y planificación familiar atendidos

4.- CARTACTERISTICAS DEL SERVICIO DE SALUD DIFERENCIADO:

Definición operacional: Características deseadas para un servicio de atención de salud bajo tarifario diferenciado.

Operacionalización: Encuesta de opinión

Indicador: Porcentaje de pacientes que desean atención diferenciada.

5.- DESEO DE ATENCION Y DISPOSICION DE MAYOR PAGO:

Definición Operacional: Deseo de atención diferenciada y aceptación a asumir un mayor costo.

Operacionalización: Encuesta de opinión de percepción

Indicador: Porcentaje de pacientes que están dispuestos a pagar mas

VARIABLES SEGÚN LA ATENCION DE SALUD

VARIABLE	INDICADOR	PREGUNTA CUESTIONARIO	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
NECESIDAD DE ATENCION EN SALUD	Porcentajes de pacientes con necesidad de atención en salud	400 401 402A	Cualitativa	Nominal
ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HBS	Porcentajes de pacientes que acceden a los servicios de salud.	402B 402C 403 406-411	Cualitativa	Nominal
FECUNDIDAD Y SALUD DE LA MUJER	Porcentaje de parto, puerperio y planificación familiar atendidos.	412 413 414-429 546	Cualitativa	Nominal
CARTACTERISTICAS DEL SERVICIO DE SALUD DIFERENCIADO	Porcentaje de pacientes que desean atención diferenciada.	546A 546B	Cualitativa	Nominal
DESEO DE ATENCION Y DISPOSICION DE MAYOR PAGO	Porcentaje de pacientes que están dispuestos a pagar más.	546C 546D	Cualitativa	Nominal

METODOLOGÍA

Tipo de estudio, población y muestra.

El tipo de estudio es descriptivo, transversal y prospectivo.

Definición de términos:

Servicio diferenciado de salud, es la atención dentro de un ambiente hospitalario, que no interfiera con la atención asistencial y no emplee ambientes necesarios para fines indispensables para la labor normal hospitalaria.

Este servicio, debe tener las características del sistema privado, que permite elegir el facultativo, el horario y las comodidades propias, adaptadas al deseo de los pacientes.

Población: Potenciales pacientes, de acuerdo a la población que se atienden en el hospital San Bartolomé.

MUESTRA: Determinada por medios estadísticos, de acuerdo a la fórmula siguiente:

$$n = \frac{NZ^2_{1-\frac{\alpha}{2}} p(1-p)}{\varepsilon^2(N-1) + Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} p(1-p)}$$

n = tamaño muestral (384)

N = Población (2576268)

E = Error muestral (0.05)

Z = Valor de la distribución normal (1.96)

La población se ha obtenido de las cifras dadas por la oficina de Estadística del Hospital:

Pacientes que se atendieron en el Hospital San Bartolomé, de los distritos con mayor número por procedencia

DISTRITOS	Demanda Efectiva	Tasa de Atracción	Población	Muestra
LIMA	22099	33.3%	289855	128
SAN MARTIN DE PORRES	14746	22.3%	525155	85
SAN JUAN DE LURIGANCHO	10016	15.1%	812656	58
COMAS	8194	12.4%	464745	47
LOS OLIVOS	6472	9.8%	286549	37
INDEPENDENCIA	4747	7.2%	197308	28
TOTAL	66274	100.0%	2576268	384

Fuente: Oficina Estadística HSB n = 384

INEI: Datos Censo 2005

Numero total de consulta: 104085

Solo se consideró los distritos con mayor Tasa de Atracción

Como método de estudio se utilizó una encuesta de potenciales pacientes, de los distritos con mayor número de pacientes que se atienden, en nuestro hospital.

APLICACIONES

La encuesta se llevó a cabo en los distritos determinados, según el tamaño muestral, La unidad de análisis de la encuesta es la persona a encuestar, con los criterios de selección siguientes:

- Mujer en edad fértil (12 a 49 años)
- Madre de familia
- (Que tenga necesidades de salud).

La selección de la unidad muestral fue aleatoria, según distribución de manzanas de cada distrito, mediante números pseudos-aleatorios, empezando de la menor numeración de la vivienda elegida, en cada manzana.

La aplicación de la encuesta fue mediante entrevista por los encuestadores capacitados para tal tarea, en lo posible, el encuestador garantiza el llenado de la encuesta.

Las correcciones se hicieron con tinta roja, sólo de forma para aclarar y/o hacer más legible el dato, cuando se realizó la verificación de los formatos, no se aceptaron borrones ni enmendaduras de los datos llenados.

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

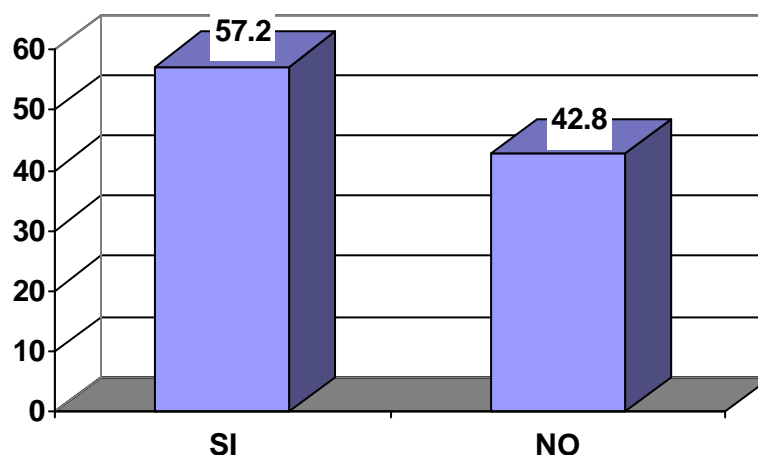
El procesamiento estadístico se llevó a cabo con la aplicación de estadística descriptiva univariada y bivariada tanto para las variables cualitativas como cuantitativas. Para la determinación de la significancia estadística de variables cualitativas se aplicó prueba chi cuadrado y coeficiente de contingencia a un nivel de significancia de $p < 0.05$.

RESULTADOS

NECESIDAD DE ATENCION DE SALUD

Para determinar la necesidad de atención de salud, se entrevistaron 393 personas, a quienes se aplicó la encuesta señalada, de las cuales, 214 (57,2%) manifestaron que ella o su hijo presentaron una enfermedad ó accidente durante los 3 últimos meses, mientras que 160 (42,8%) no tuvieron ésta necesidad.; en 19 no respondieron a ésta pregunta. (Tabla N° 1) Se puede colegir que hay una significativa necesidad de atención, ya que más de la mitad de las encuestadas manifestaron que ella o un familiar tuvieron ésta necesidad.

TABLA N° 1.

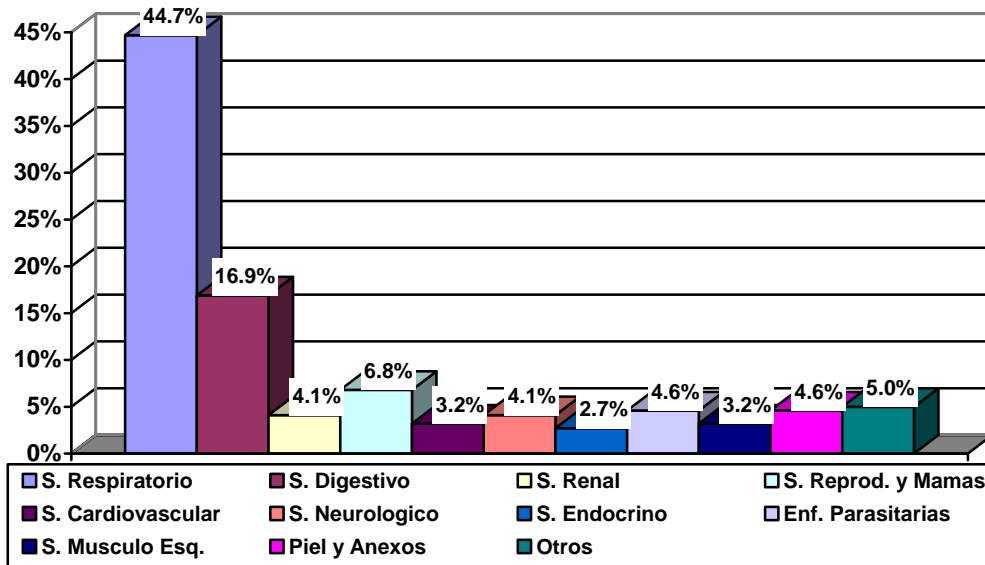


TIPO DE ATENCION REQUERIDA

Cuando se les interrogó que tipo de enfermedad o accidente tuvieron, manifestaron que más frecuentemente, tuvieron problemas de tipo respiratorio en 98 encuestadas (44,7%), le siguen en frecuencia enfermedades del sistema digestivo con 37 personas (16,9%), 15 del sistema reproductivo y mamas (6,8%), luego de enfermedades parasitarias y de piel y anexos, con 10 cada uno (4,6%). Los valores considerados, son de los que respondieron a ésta pregunta en la encuesta, llamado el porcentaje válido. 174 encuestadas no tienen ésta pregunta contestada (44,3%). (Tabla 2)

Coincidentemente la frecuencia de patologías, es decir de las enfermedades del sistema respiratorio, seguido por las del sistema digestivo, sigue el mismo orden que el orden de ENDES continuo 2004 – 2006. Se destaca en tercer lugar las patologías del sistema reproductivo y mamas, seguido por enfermedades parasitarias y de piel. Patologías que podemos tratar en nuestro hospital.

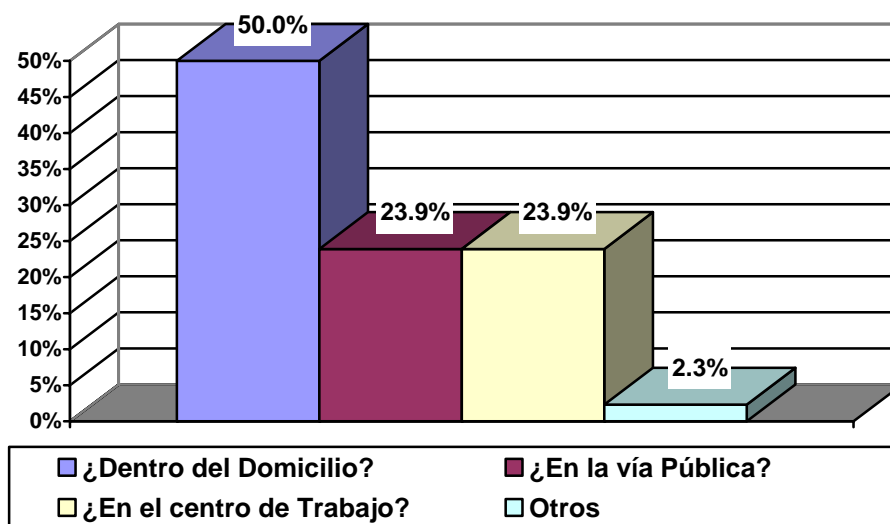
TABLA N° 2. Atención requerida



Lugar de ocurrencia en caso de accidentes

Esta pregunta se refiere en caso que tuvieron que responder por un accidente, de las encuestadas 44 dijeron que fue dentro el domicilio, 21 en la vía pública y 21 en su centro de trabajo, 2 en diferentes sitios. Dando un total de 88 personas encuestadas. (Tabla 3). La ocurrencia de accidentes (declarados) es alrededor de 22 % de las causas por la cual tuvieron necesidad de atención de salud.

TABLA N° 3.



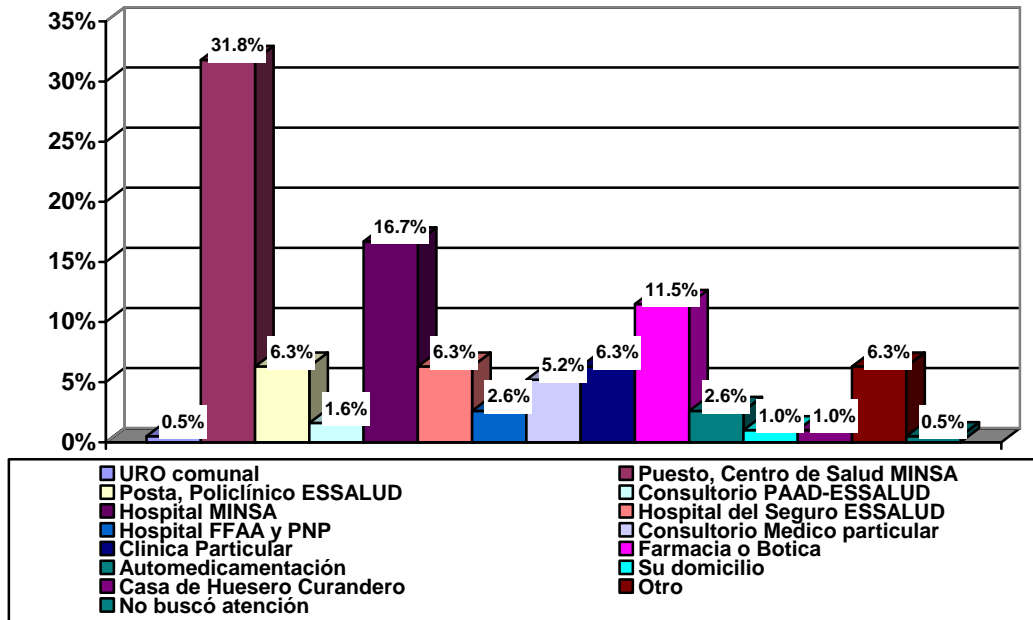
Lugar donde se realizó la consulta

La consulta por su problema de salud, fue realizada en diferentes lugares, preferentemente en dependencias del Ministerio de Salud en dónde: 61 (31,8%) en Puestos o Centros de Salud, en Hospitales del MINSA 32 (16,7%). En dependencias de ESSALUD (policlínicos, hospitales, consultorios PAAD) hubo 27 (14,2%) encuestados. Entre Consultorios médicos y clínicas particulares, se tuvo 22 encuestadas (5,6%). En farmacias o boticas 22 (11,5%), Se auto recetaron 5 (2,6 %), los atendidos en URO comunal, en su domicilio, por huesero o por curandero y otro, suman 17 (8,8%).

(Tabla 4)

Se puede apreciar que la mayoría de pobladores con una necesidad de salud, buscaron atender su necesidad de salud, en Hospitales o centros de salud del MINSA y de ESSALUD, algunos en consultorios y clínicas particulares, pero preferentemente recurrieron a médicos o personal para médico profesional.

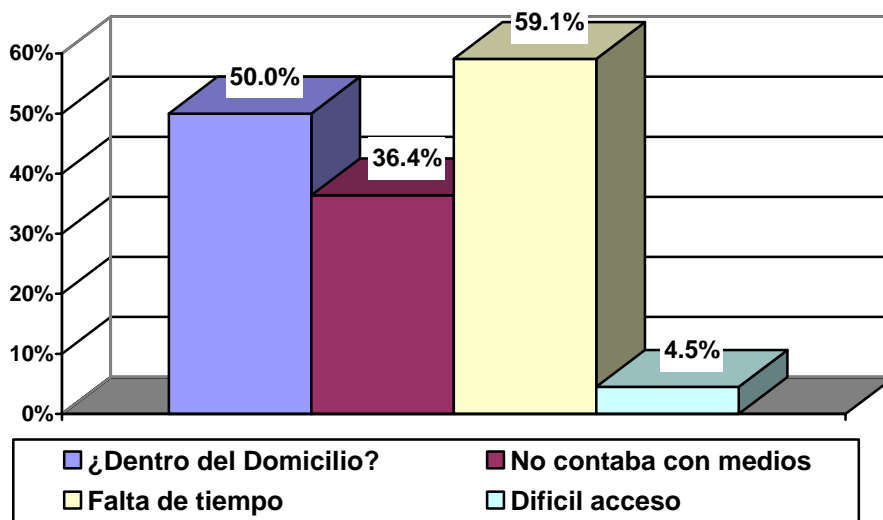
TABLA N° 4.



Necesidad de atención no atendida

Ante la pregunta de porqué no buscaron atención para su problema de salud (que fueron 22 de las encuestadas). 13 dijeron que era por falta de tiempo, 8 por no contar con medios y 1 por difícil acceso. Debe suponerse que los problemas de salud no eran graves ni de mayor complejidad. (Tabla 5). Los 22 que tuvieron necesidad de atención de salud y no la requirieron representa el 5,6% de la población.

TABLA N° 5.



Estas primeras preguntas, buscan establecer la necesidad de atención en salud, y si tuvieron conciencia de su necesidad, además de ver en qué manera, resolvieron éste problema de salud.

Se puede ver que más frecuente, son las enfermedades del sistema respiratorio, le siguen las del aparato digestivo, luego del sistema reproductivo y mamas.

Fueron 22 las personas encuestadas, pese a tener conciencia de enfermedad, no buscaron atención de su problema de salud.

Persona que los atendió

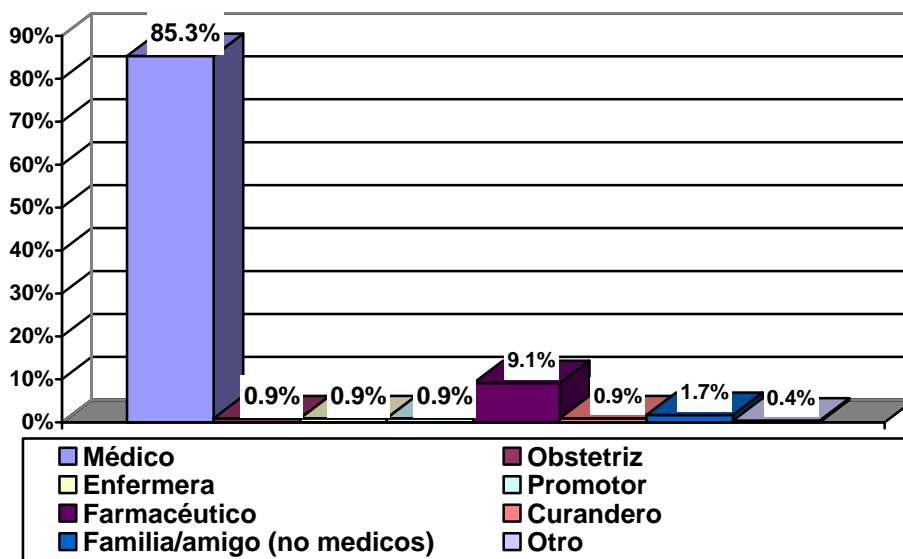
A la pregunta de quién fue la persona que los atendió, si no tomamos en cuenta a las personas que no respondieron que son 161 (41.0%), y sólo incluimos las que si respondieron, que fueron 232 (59%).

Tomando sólo a las que si respondieron (253) se tiene que 198 fueron por médico (85.3%), 21 por farmacéutico (9.1%), recibieron atención por obstetrix, enfermera, promotor y curandero: 2 en cada uno con (0,9%). Hubo 4 atendidos por un familiar o amigo (no médicos) el (1,7%). (Tabla 6)

La atención requerida fue hecha preferentemente por personal profesional, destacando nítidamente los atendidos por médicos, La accesibilidad, hacia una atención de acuerdo a lo requerido para que sea un sistema de calidad, es más probable si hay éste alto porcentaje de atendidos por médicos y otros profesionales que laboran en el sistema de salud.

Hay 21 personas (9,1%), que ante una necesidad de salud acuden a la farmacia, y algunos (1,7%) solamente se atienden en casa por un familiar.

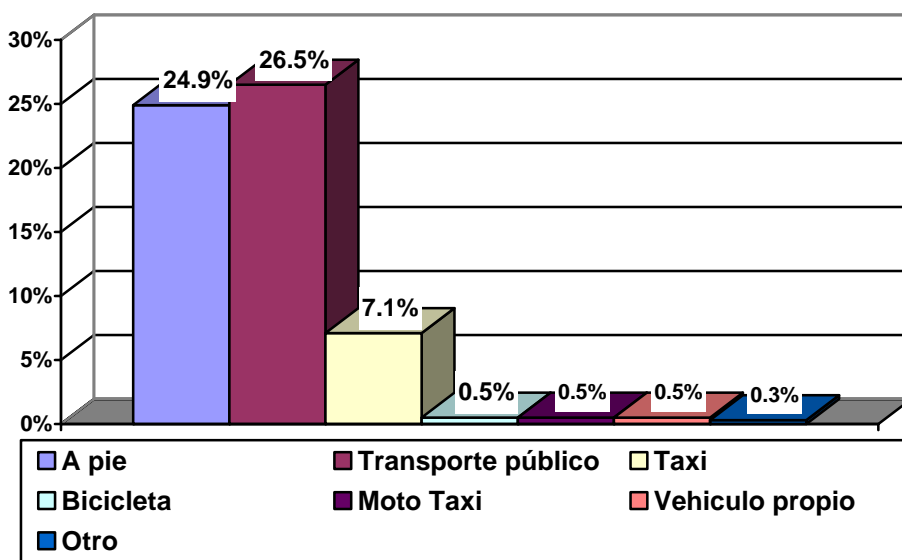
TABLA N° 6.



Medio en que llegaron al Centro de atención en salud

¿Cuál fue el medio de transporte utilizado para buscar la atención de salud? respondieron a ésta pregunta 237 (60,3%), 104 (43,9%) usaron transporte público, 98 a pie (41,4 %), 28 en taxi (11,8%), 2 de cada uno en bicicleta, en moto taxi y en vehículo propio (0,8%), respectivamente. Por lo manifestado en la encuesta podemos decir que cerca al 45% de las encuestadas, no requirieron medios de transporte y lo hicieron a pie o en bicicleta. El medio de transporte no sería un problema, para la accesibilidad.

TABLA N° 7.

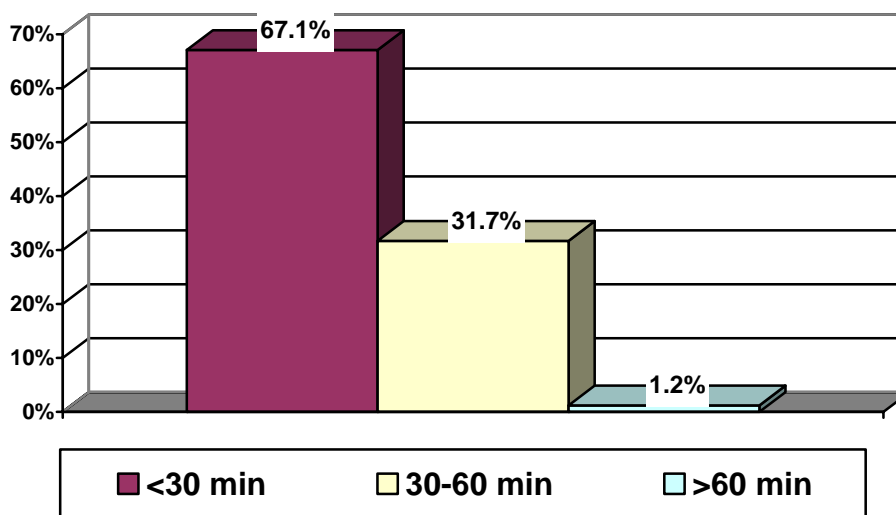


Tiempo en llegar al Centro de atención de salud

Respecto al tiempo que emplearon en llegar al servicio de salud, que los atendió, se puede concluir que la mayor parte, 110 (67.1%), llegaron al sitio dónde las atendieron, en menos de 30 min. 52 (31,7%) demoraron hasta 1 hora, y sólo 2 (1,2%) demoraron más de 1 hora. (Tabla 7.1)

Estos datos concuerdan con la lógica conclusión, de que respecto a la accesibilidad no había problemas de distancia, ni en el tiempo que toma llegar a un centro de atención de salud.

TABLA N° 7.1.



La atención de salud, requirió de unos costos, que se distribuyen de la siguiente manera:

- El gasto manifestado para el hogar por consultas, varía de S/.2 a S/. 110, con una media de S/12,60. 173 respondieron a ésta pregunta.
- El gasto por análisis, varía de S/.0 a S/.250, con una media de S/41,63. Hubo 62 encuestadas que respondieron ésta pregunta.
- El gasto por radiografías (Rx), respondieron 18 encuestadas, varió de S/.7, 00 a S/.300, 00 con un promedio de S/. 51,89.
- A la interrogante cuál fue el gasto efectuado en otros exámenes? las respuestas fueron de S/8,99 a 1000 con un gasto en promedio de S/. 77, 38

Los costos que se señalan, fueron cubiertos por las personas encuestadas (de bolsillo), no se incluyen costos de atención en ESSALUD, ni de atención privada por seguros particulares.

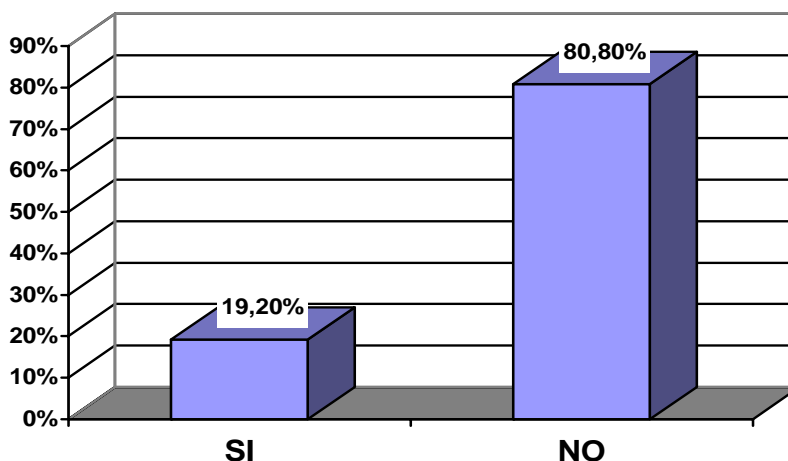
Evaluar los costos es importante, dado que en la accesibilidad de un servicio influye la capacidad y la disposición de pago (de asumir los costos que dicho servicio implica). Hay una demostrada disposición a pagar los costos que una atención de salud, ameriten.

Necesidad de Hospitalización

A la pregunta, si requirió hospitalización para su necesidad de salud, 189 (80,8 %) de las encuestadas que respondieron a ésta pregunta manifestaron que no. (Tabla 8)

Por lo general, la necesidad de hospitalización se relaciona con la gravedad, o con estados especiales, tales como para la atención de partos, sin necesidad de severidad en cuadro clínico.

TABLA N° 8.



Lugar donde se hospitalizaron

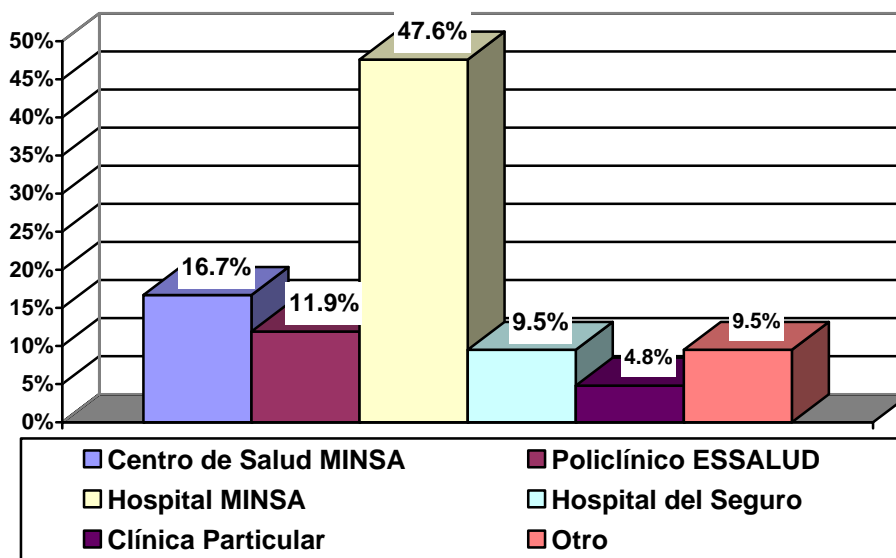
A quiénes se hospitalizaron se les preguntó en dónde, de un total de 42 encuestadas que lo requirieron, 20 (47,6%), manifestaron que en un Hospital del MINSA. 7 (16,7%) en un Centro de Salud del MINSA,

Los siguientes lugares elegidos son, 5 (11,9%) en un policlínico de ESSALUD. 4 (9,5%) en un Hospital del Seguro y 2 (4,8%) en clínica particular (Tabla 9)

Respecto al hospital o centro de salud donde fueron atendidos, reflejan la elección del centro médico.

En el análisis de la demanda que se sigue, en el presente estudio, primero es establecer la necesidad de atención de salud, seguido por evaluar la accesibilidad y concluye con la elección del servicio elegido para satisfacer la necesidad de salud identificada, como una constante, son los establecimientos del MINSA los que más atienden, seguidos por los establecimientos de ESSALUD y por clínicas privadas.

TABLA N° 9.



GASTO

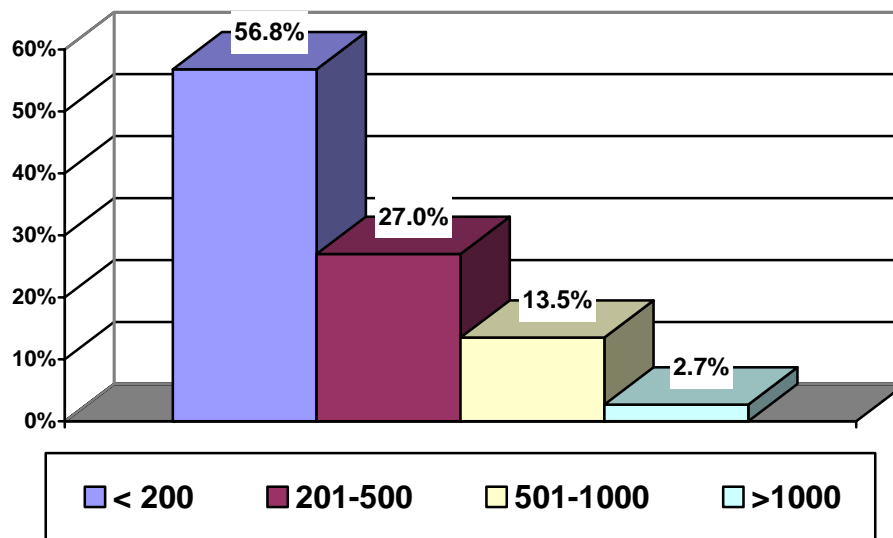
A la pregunta de ¿Cuántos días estuvo hospitalizado, y cuál fue el costo?, respondieron de 1 día hasta un año, con una media de 15,65 días.

Respecto al costo, las encuestadas, 21 (56,8%), dijeron que gastaron hasta S/.200.00, 10 (27%), dijeron que su gasto fue de 201 a 500 SOLES, 5 (13,5%) gastaron 501 a 1000 soles. Y sólo 1 gastó más de 1000 soles. (Tabla 10)

Las 37 personas encuestadas, respondieron haber asumido, costos por hospitalización en centros dependientes del MINSA y en clínicas particulares, lo que representa la disponibilidad para asumir ése gasto.

En el presente estudio, aparte de ver la accesibilidad, es pertinente evaluar la disposición de asumir costos para un hipotético servicio con tarifario diferenciado.

TABLA N° 10



FECUNDIDAD Y SALUD

A la pregunta de ¿Cuántos hijos o hijas ha tenido, incluyendo a los que fallecieron a los pocos minutos?. Respondieron, de un mínimo de 0 a un máximo de 11 con una media de 1,30 hijos. El índice de fecundidad en el ENDES continuo 2004 – 2006, es de 2,5 hijos. Se debe, creo que es así, a que en Lima si se tiene cifras cercanas al N° ideal de hijos, por mejor acceso a los establecimientos de salud.

A la pregunta de ¿Cuántos hijos viven actualmente? Se tienen 377 personas que respondieron a ésta interrogante, con un mínimo de 0 y un máximo de 8, y una media de 1.25 hijos vivos.

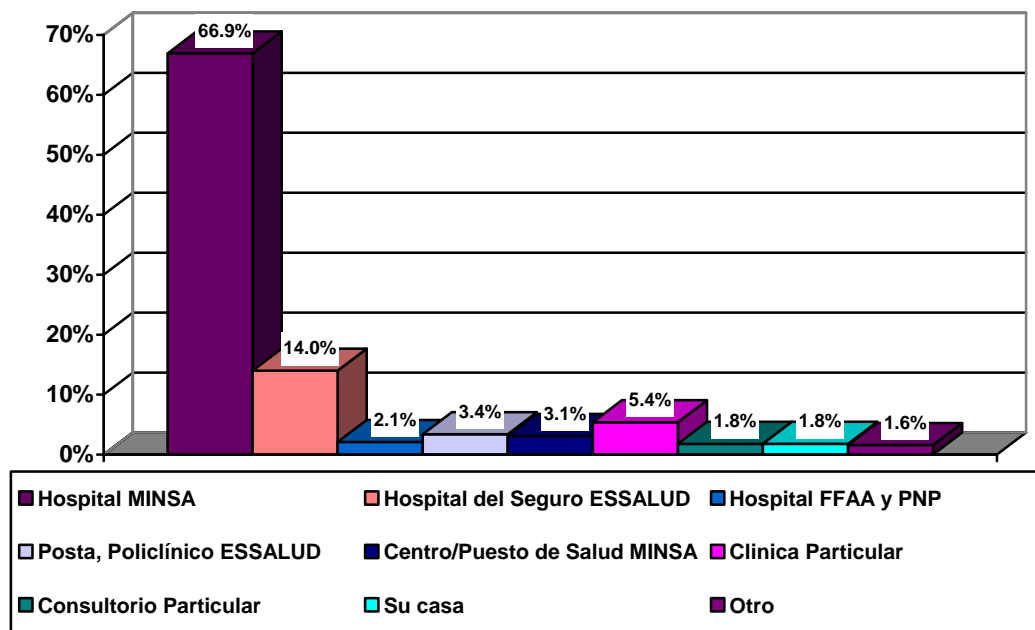
Lugar de atención de su parto

En dónde fue atendido su último parto, resalta primeramente los Hospitales MINSA con 259 (66,9%) encuestadas, sumadas a las que se hicieron atender en centro/puesto de salud que fueron 12 (3,1%) suman 271 (70%). Le sigue en frecuencia Las que manifestaron haberse atendido en los hospitales y policlínicos de ESSALUD con 54 y 13 respectivamente con 67 (17%), en clínicas particulares 21 (5,3%), 7 (1,8%) en consultorios particulares. La atención en éstas dos últimas suman 28 (7,1%), 7 personas dijeron que las atendieron en su domicilio. (Tabla 11)

Se repite la tendencia en cuanto al sitio elegido para atender su necesidad de atención de salud. En orden de frecuencia decreciente, MINSA, ESSALUD, PRIVADOS.

Apreciamos que la gran mayoría de mujeres, fueron atendidos en su parto en Hospitales, y centros de salud, que garantizan el parto seguro, institucionalizado.

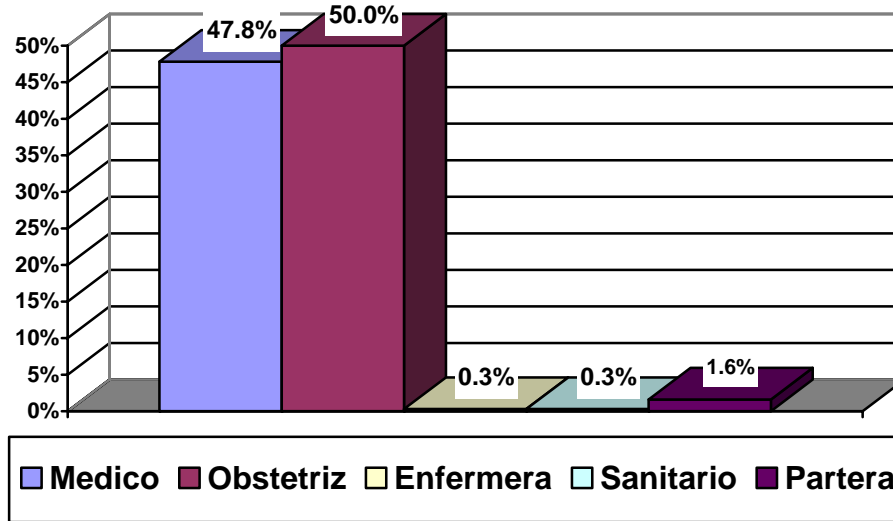
TABLA N° 11



Persona que atendió el parto

A la pregunta de ¿Quién atendió su parto?, 151 (47,8%) fueron por médicos, 158 (50,0%) por obstetricas, 5 por parteras y 1 por enfermera y por sanitario respectivamente. Es notoriamente alto el número, de quienes fueron atendidas por médicos y obstetricas. Reduciéndose el número de atendidas por parteras, ésta es una tendencia en todo Lima. (Tabla 11.1)

TABLA N° 11.1

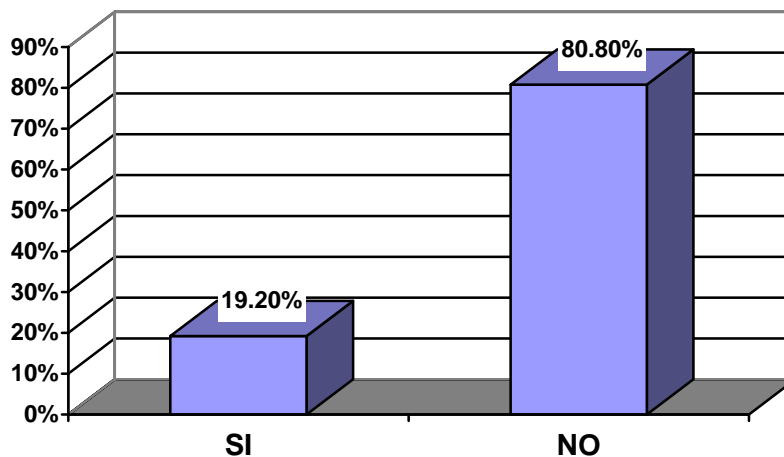


Respecto a las **vacunas** que recibió su último hijo/a, importante como un indicador de salud, por la cobertura alcanzada en la población para enfermedades cuya prevención, es importante.

Para la vacuna BCG

Hay un 80,80% de niños protegidos, constituye ésta cifra al informe de las madres, que es mayor que el ENDES continuo 2004 – 2006, en donde para calcular la cobertura, lo suman con las tarjetas de vacunación y así alcanzan una cobertura de más del 95% antes de los 18 meses de edad. En nuestro estudio no hemos sumado con la tarjeta de vacunación.

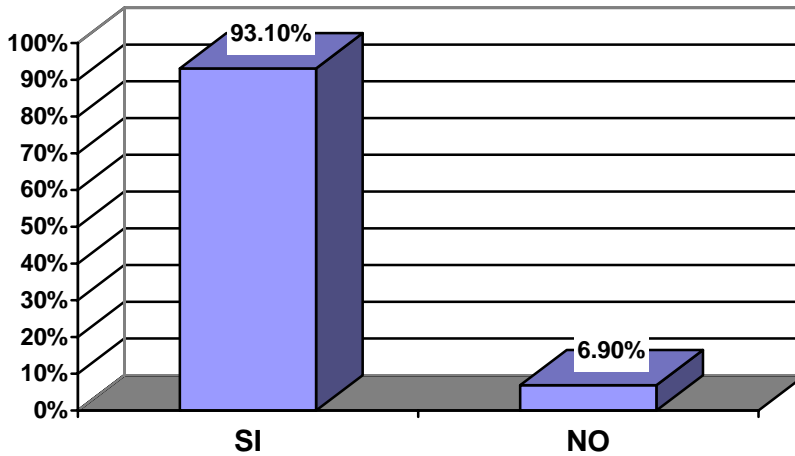
TABLA N° 12



Vacuna para la Polio (Tabla 12.1)

Tenemos en los datos de nuestra encuesta., una cobertura de vacunación para la polio de 93,10%. En el ENDES continuo 2004 – 2006 alcanza 97% para 1° dosis, 90% 2 dosis, y 77,5% 3 dosis. La cifra es similar al presente estudio. La diferencia es no significativa.

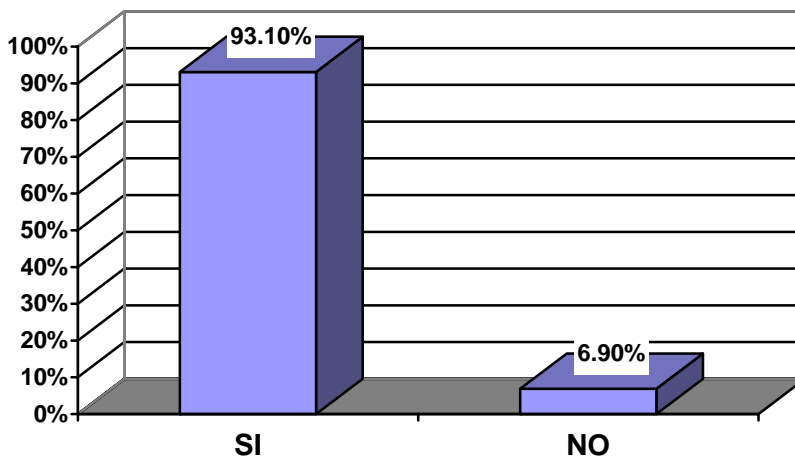
TABLA N° 12.1



Para vacuna DPT

Presenta una adecuada cobertura con 93,10%, similar al ENDES CONTINUO 2004 – 2006.

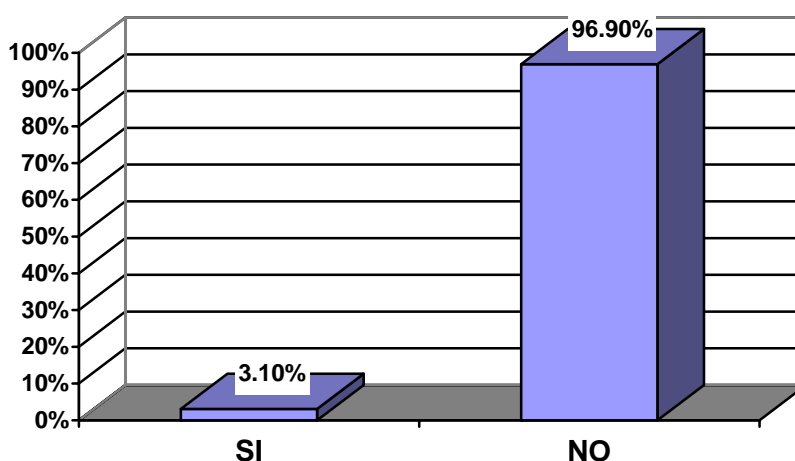
TABLA N° 12.2



Para vacuna antisarampionosa.

Tenemos en el presente estudio una adecuada cobertura (96,9%), ligeramente superior a la ENDES continuo 2004 -2006 (85,7%). Siendo una enfermedad que no se presenta en varios años, en el Perú, aun no es el momento de descuidar su administración. (Tabla 12,3)

TABLA N° 12.3



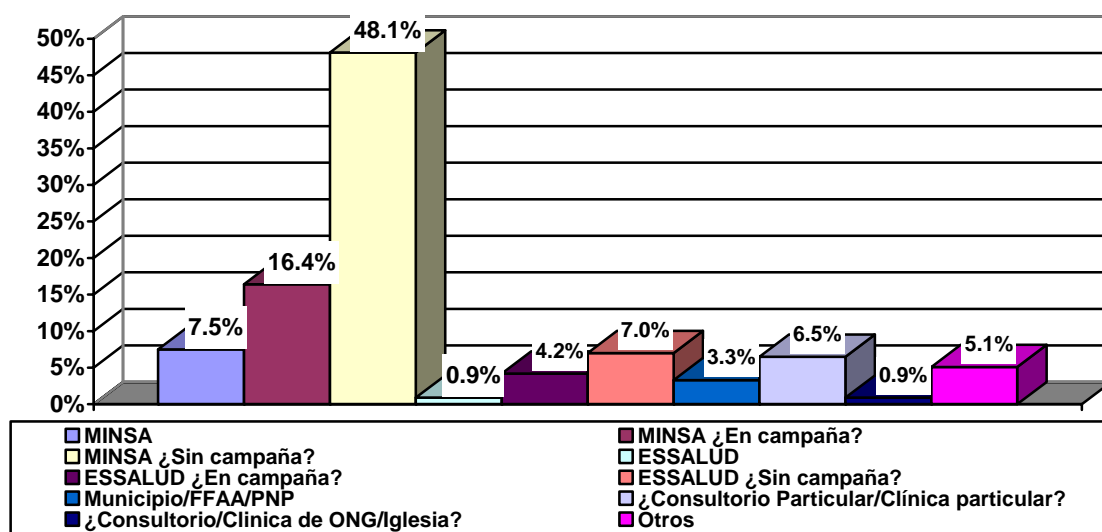
Lugar de vacunación

A la pregunta de ¿Dónde recibieron la vacuna?

En dependencias del MINSA: en campaña, fueron 35 (8,9%), sin campaña 119 (55,6%). En ESSALUD: En campaña 17 (7,9%), sin campaña 9 (2,3%). En Municipio, FFAA/ Fuerzas policiales 7 (3,3%). En consultorios o clínicas particulares 14 (6,5%), En consultorio / clínica de ONG / Iglesia 2 (0,9%), Otros 11 (2,5%). 179 encuestadas no respondieron a ésta pregunta. (Tabla 13)

El lugar donde recibieron sus vacunas, sigue el mismo orden de elección, es decir, Primero el MINSA, seguido de ESSALUD y luego en servicios particulares y luego otros como municipios, iglesias, hospitales de FF PP, etc.

TABLA N° 13



A la pregunta de ¿Cuántas veces llevó a su niño(s) menor(es) de 6 años a **control de crecimiento y desarrollo** y en dónde? Se tiene:

En el MINSA: En total fueron 239, de los cuales, 24 en campaña con un mínimo de 1 control y un máximo de 12 con un promedio de 4,0. Hubo 215 sin campaña con un mínimo de 1 y un máximo de 14 controles, con una media de 5,25.

En ESSALUD en total 44, distribuidos 6 en campañas con un mínimo de 2 controles y un máximo de 6 y una media de 3,67. Son 38 sin campaña con un mínimo de 1 control y un máximo de 12 controles. Y una media de 4,9.

En Municipio, FFAA / fuerzas policiales son 9 con un mínimo de 1 control y un máximo de 10 y una media de 5,56.

En consultorios y clínicas particulares tenemos a 10 con un mínimo de 2 controles y un máximo de 12, y una media de 4,9.

En consultorio / clínica de ONG / iglesia se tiene 3, con un mínimo de 4 controles y un máximo de 8 y una media de 6,0.

Otros, se tiene 22 con un mínimo de 1 control y un máximo de 12, Una media de 3,9.

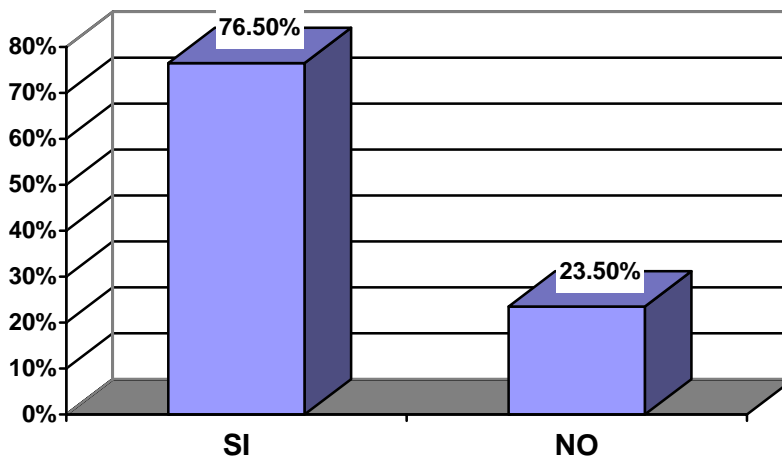
Estos controles, son importantes, porque son una de las estrategias, para disminuir la desnutrición infantil y la morbilidad en éste grupo poblacional.

Uso de método anticonceptivo

Ante la interrogante de uso de método anticonceptivo, la encuestada o su pareja, respondieron que si 300 (76,5%), 92 que no (23,5%). (Tabla 14).

Estos resultados concuerdan con el ENDES continuo 2004 – 2006, en donde textualmente dice “siete de cada 10 mujeres en unión conyugal (71%) usaban algún método anticonceptivo a la fecha de la encuesta”.

TABLA N° 14



METODO ANTICONCEPTIVO USADO

Es notable el uso de métodos de alta seguridad, reversibles, ocupando el primer lugar los hormonales (píldoras 68, inyectables 85 y de implante (Norplant) 8, dan un total de 161 con un 53,1 % de las encuestadas. Siete de cada 10 mujeres (71%) usaban algún método al momento de la encuesta en el ENDES

Los métodos de barrera (óvulos, espuma, jaleas) son 6 (2,0%), con preservativos o condón 43 (14,2%).

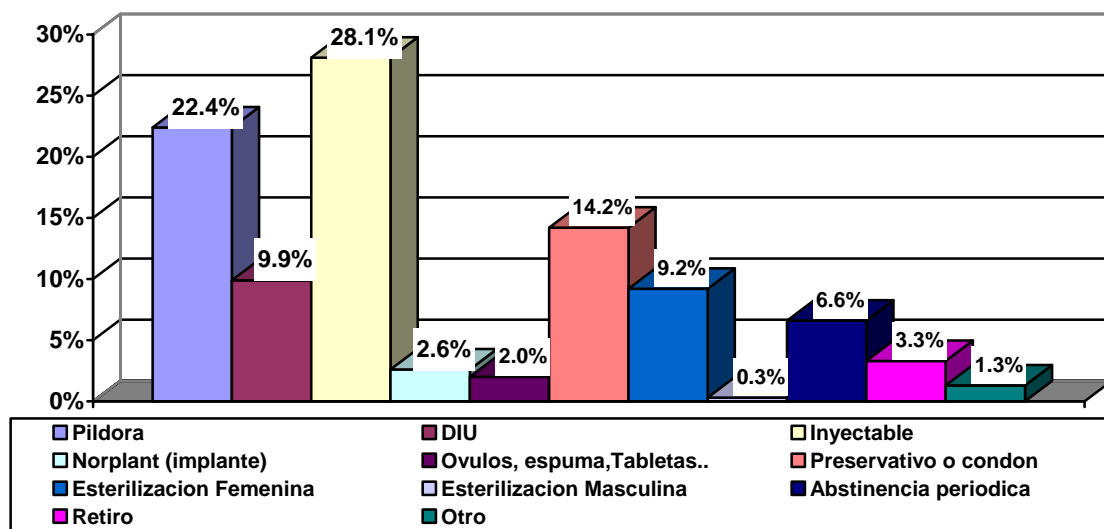
28 encuestadas refirieron ligadura de trompas (9,2%) y sólo 1 con ligadura en los hombres (0,3%).

20 emplean método natural, de abstinencia periódica (ritmo). (Tabla 15)

Entre 1986 y el periodo 2004-2005, la prevalencia anticonceptiva se ha incrementado en 25 puntos porcentuales al pasar de 46 a 71 el porcentaje de mujeres actualmente unidas que usan un método anticonceptivo. Mientras el uso de métodos tradicionales permanece alrededor del 23 por ciento, el de métodos modernos se duplica al pasar del 23 por ciento al 47 por ciento.(ENDES)

En los métodos más seguros usados, también concuerda con el ENDES continuo 2004 – 2006.

TABLA N° 15



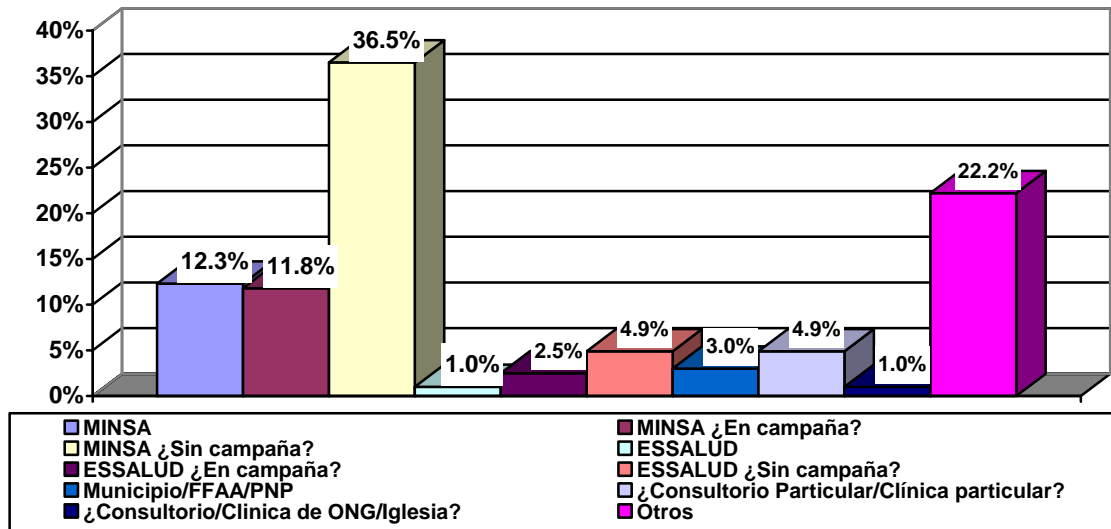
Dónde obtienen método anticonceptivo (Tabla 16)

Se interrogó dónde obtuvieron, el método anticonceptivo, la última vez. 203 encuestadas que dieron ésta respuesta se agrupan de la siguiente manera:

- a) En el MINSA fueron 123, de los cuales respondieron que en campaña fueron 24 (11,8%), sin campaña son 99 (48,8%)
- b) En ESSALUD fueron 14, de los cuales en campaña son 2 (1,0%), sin campaña 12 (5,9%).
- c) En municipio / FFAA / Fuerzas policiales, son 6 (3,0%).
- d) En consultorios / clínicas particulares, suman 10 (4,9%)
- e) En consultorio / clínica de ONG / Iglesia son 2 (1,0%)
- f) Otros son 45 (22,2%).

Las encuestadas que no respondieron a ésta pregunta son 190

TABLA N° 16

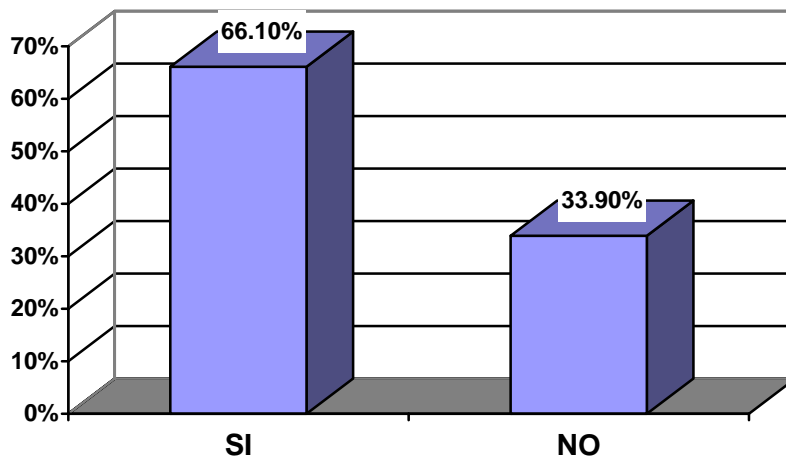


Derecho a algún seguro

Es importante saber si la población tiene algún tipo de seguro, dado que, la población de alto riesgo, compuesta básicamente por la población pobre tiende a no declararse como enfermo (sub reporte de enfermedad) debido a sus bajos niveles de ingresos y a la carencia de cobertura de seguro que le impiden asumir los costos de enfermedad. (1), cuanto más pobres y menos asegurados, tanto menos utilizan los servicios de **salud**.

A la pregunta si tiene derecho a algún seguro de salud como titular o dependiente, respondieron que si, 253 (64,4%), dijeron no 130 (33,1%) 10 encuestadas no respondieron. (Tabla 17)

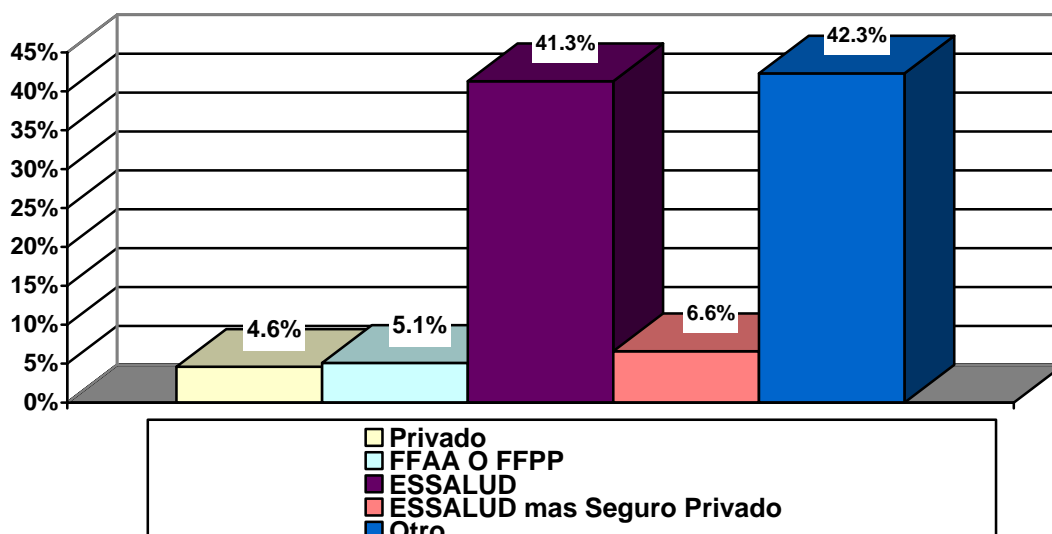
TABLA N° 17



Tipo de seguro de salud

Se preguntó ¿Cuál?. Se debe destacar en las 196 encuestadas que tienen ésta pregunta respondida, que luego de ESSALUD (41,3%), le siguen quienes cuentan con un seguro privado que suman 22 (11,2%). (Tabla 18)

TABLA N° 18



A la pregunta, de cuánto estaría **dispuesto a pagar por un seguro de atención médica**, como mínimo S/ 0,00 (nada) hasta un máximo de S/ 100,00, con una media de S/ 17.45

La concentración del déficit de acceso en los segmentos de menores recursos determina la urgencia y necesidad de establecer un sistema de aseguramiento gratuito para la población en pobreza extrema que los exonere de los pagos de todos los servicios de salud (consulta, laboratorio, hospitalización y de medicamentos).

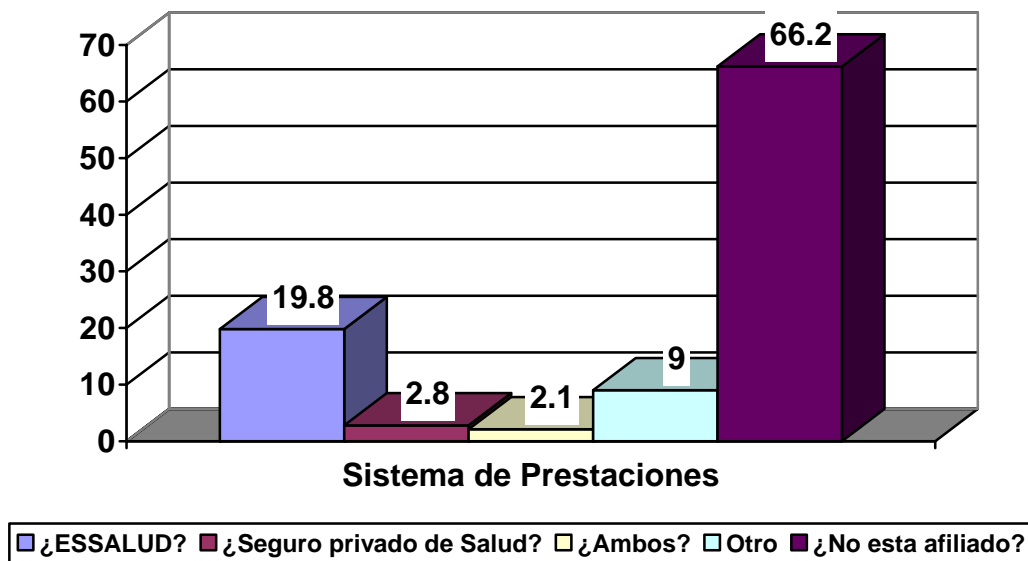
El MINSa está subsidiando a un porcentaje elevado de la población que cuenta con recursos y posibilidades de adquirir una cobertura de seguro. En este sentido, el MINSa está desviando recursos que podrían ser utilizados, ya sea para financiar el acceso de poblaciones con menos oportunidades o para fines de capitalización de sus establecimientos. Esta distorsión sugiere la necesidad que el MINSa introduzca políticas tarifarias diferenciadas que permitan: (a) extraer el excedente del consumidor de la población no pobre, no asegurada y con ello recuperar parcialmente sus costos y/o (b) alterar precios relativos que incentiven a esta población a tomar cobertura de seguro. (7)

Como vemos, en los resultados de la encuesta del presente estudio, hay gente dispuesta a pagar por un seguro de salud.

Afiliación a Sistema de Prestaciones

El sistema de prestaciones de salud al cual está actualmente afiliado es preferentemente ESSALUD con 77 (19,8%), sin embargo con seguro privado suman 22 (5,6%). Los no afiliados son 257 (66,2%). (Tabla 19)

TABLA N° 19



En el estudio del Dr. Madueño (7) se advierte que el MINSA está subsidiando a ESSALUD al atender parte de los asegurados a esta institución sin que haya una simetría en la **atención** que proporciona ESSALUD a los usuarios no asegurados. Así, el 11% de los usuarios del MINSA son individuos afiliados a ESSALUD, mientras que, el 4% de los clientes de ESSALUD son no asegurados. Lo anterior requiere de la aplicación de mecanismos de compensación institucional (sistema de liquidaciones periódicas) para eliminar los “sobrecostos” de los servicios de **salud** a esta población y mejorar los flujos financieros del MINSA.

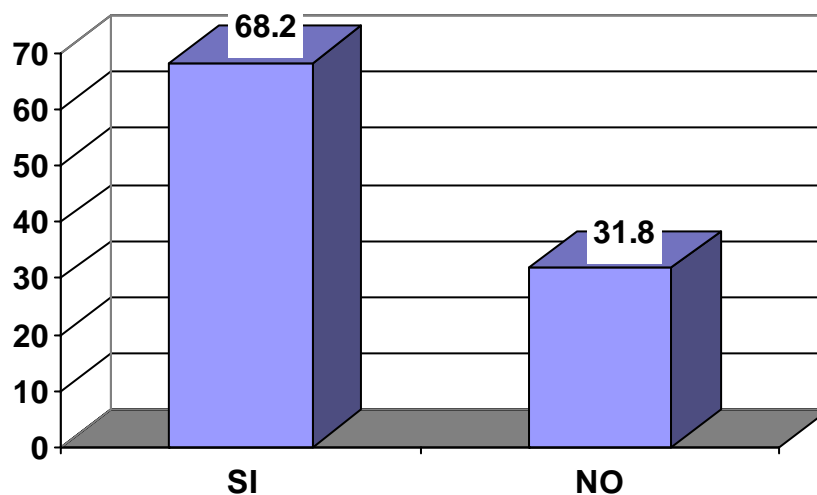
Conocimiento del tipo de atención del Hospital San Bartolomé

Para dirigir el estudio de demanda potencial al Hospital San Bartolomé, se preguntó si sabía que el Hospital San Bartolomé atendía enfermedades de la mujer y el niño, respondieron afirmativamente 264 (68,2%), sin embargo 123 (31,8%), lo ignoraban (Tabla 20)

Se evidencia un alto conocimiento, por parte de las personas encuestadas, del tipo de atención que brinda a la comunidad, el Hospital San Bartolomé.

Si se desea hacer un estudio de mercado, es importante que los potenciales pacientes, conozcan, qué tipo de servicios brindamos, para ser considerados como probables pacientes del servicio de salud, que la población necesite.

TABLA N° 20

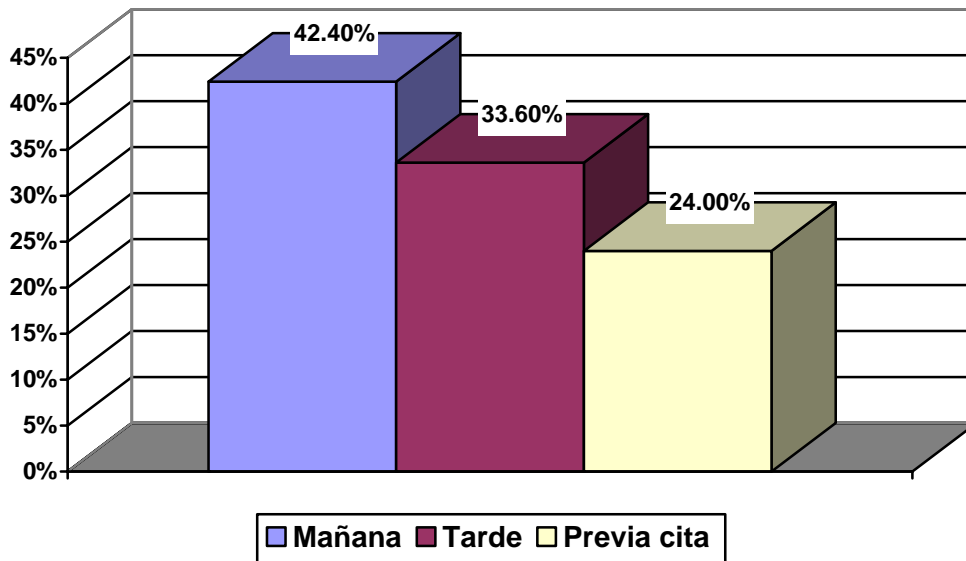


Turno de atención deseado

En nuestro estudio obtener, las características que tendría un servicio de salud bajo tarifario diferenciado en San Bartolomé, por lo cual empezamos por averiguar, el turno de atención en el cual desean ser atendidas.

De las personas encuestadas, como se puede apreciar hay una discreta preferencia por el turno de mañanas, es interesante ver que 85 (21,6%) personas preferían previa cita. (Tabla 21)

TABLA N° 21

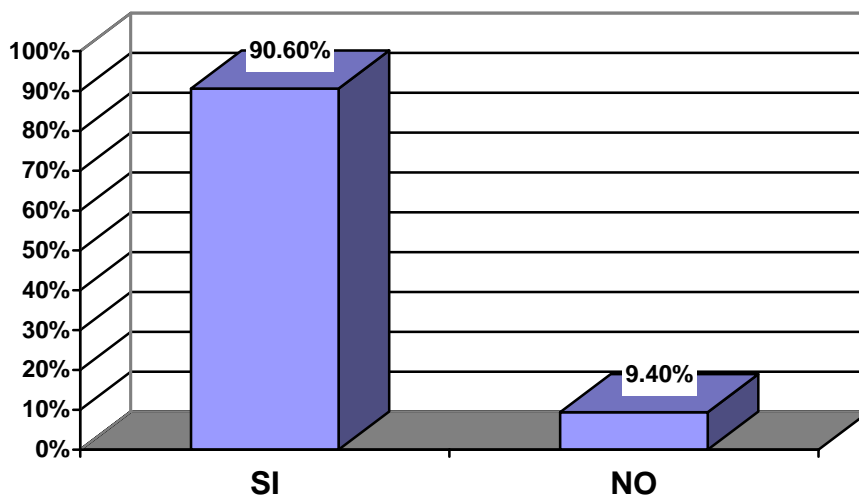


Deseo de elección del profesional para atenderse

Esta pregunta, de si quería atenderse, con el profesional de su elección, aparentemente es una respuesta afirmativa, sin embargo existen 37 (9,4%), a los cuáles no les interesa. (Tabla 22).

En la actividad privada, de servicios de salud, generalmente uno supone que, los pacientes o usuarios de un servicio de salud, prefieren elegir al profesional que los vaya a atender, pero, cuando desconocen a quien los va a atender, podría ser como explicación, que se guían por el prestigio de la institución en la mayoría de veces.

TABLA N° 22

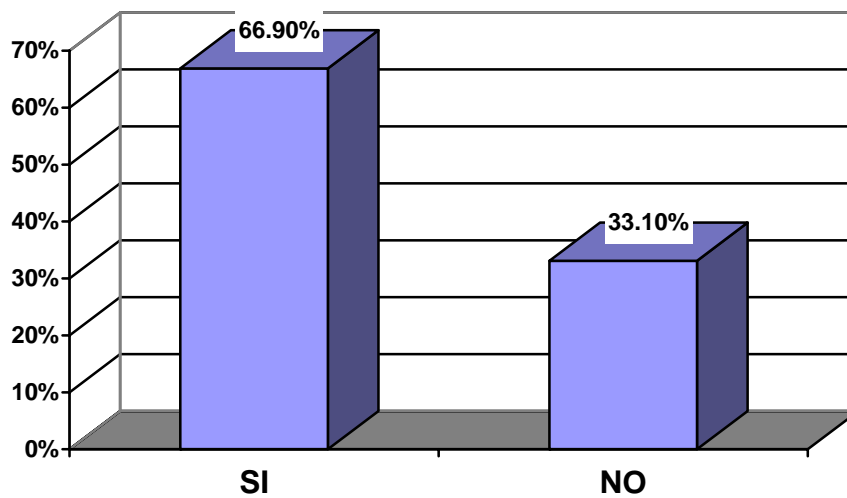


Disposición de pago y asunción de mayor costo

En caso de atenderse en forma diferenciada similar a clínicas privadas, si estarían de acuerdo a un mayor costo 263 (66,9%), frente a un 33 % que no acepta un incremento en el costo.

Es importante determinar aparte del deseo de una atención diferenciada, la disposición de asumir un mayor costo.

TABLA N° 23

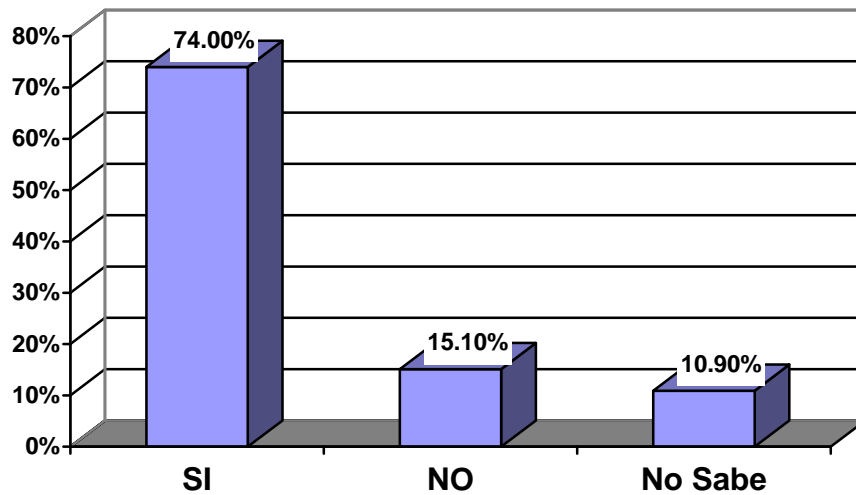


Deseo de atenderse con atención diferenciada en San Bartolomé

En caso que el Hospital san Bartolomé, tuviese un servicio con tarifario diferenciado, ¿harían uso del mismo?. 392 encuestadas que respondieron a ésta pregunta: Dijeron que si 290 (74 %), respondieron no 59 (15%) y no saben 43 (11%) (Tabla 24)

Podemos ver que un alto porcentaje de la población, desea una atención diferenciada, esto hay que evaluar con sumo cuidado, pues en la anterior pregunta, se encontraron que un 33% de los encuestados que desean una atención diferenciada, no están dispuestos a asumir un mayor costo por éste servicio.

TABLA N° 24



DISCUSIÓN

El análisis de los resultados, debe tener aparte de los resultados, una contrastación con una fuente de datos confiable y oficial, por tanto he visto por conveniente tomar como referencia principal, los datos de ENDES, en éste caso el más recientemente publicado, INFORME FINAL ENDES 2004 – 2006 (9): Salud Materno - infantil . Y también con la ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES SOBRE CONDICIONES DE VIDA Y POBREZA - ENAHO 2007 (10). Esta comparación con éstos datos se hacen importantes, para ver si los datos obtenidos con la encuesta del presente estudio, son confiables para deducir conclusiones válidas.

En los resultados de las encuestas (del presente estudio), primero se investiga la percepción de su necesidad de atención por problemas de salud. Siendo que la percepción de ésta necesidad fue de 214 (57.2%) personas de un total de 393 encuestadas. En estas primeras preguntas se establece que la atención requerida fue en primer lugar, por enfermedades del sistema respiratorio y en segundo orden por patología del sistema digestivo, en tercer lugar del sistema reproductivo y mamas.

Concuera en el orden de frecuencia, con los datos de ENDES Continua 2004 – 2006, en el que reportan que El 18 por ciento de los niños han tenido síntomas de infecciones respiratorias agudas (IRA) en las dos últimas semanas antes de la encuesta. También es seguido por la prevalencia de diarrea (sistema digestivo) (15 por ciento) entre los niños menores de 5 años.

Encontramos que, en el caso de atención por algún accidente, de las 44 encuestadas, que dijeron que fueron atendidas por esto, 21 fue en su domicilio, 21 en su centro de trabajo y 2 en otros lugares.

En nuestra encuesta, el lugar dónde fueron atendidas, están en primer lugar los establecimientos de salud del MINSA, Hospitales y Centros de Salud, seguido de las atendidas en establecimientos de ESSALUD. En tercer lugar figura atención en consultorio o en clínica particulares. Asimismo, fueron atendidas por médicos 198 (85 %), en segundo lugar están las atenciones por Farmacéuticos, 21 (9,1 %), luego 2 por obstetriz y 2 por enfermera (0,9 %), en consultorios y clínicas particulares 22 (5,6 %). Podemos concluir que la mayor parte fueron atendidos por profesionales de salud, lo cual es un indicador de que fueron bien atendidos.

En cuanto a la accesibilidad, no se observó problemas en el transporte, ni en el tiempo que les empleó llegar al centro médico que los atendió. Dado que de 237 que respondieron ésta pregunta, 104 (43,9 %) utilizaron transporte público, 98 (41,4 %) a pie., 28 (11,8 %) en taxi, 2 en bicicleta, 2 en moto taxi y 2 en vehículo propio (0,8 %)

Al evaluar la disposición de asumir costos, para atender su necesidad de atención médica, se puede apreciar por los pagos realizados, que si hay disposición para asumirlos cuando se ve que pagan, en consultas (S/ 12,60 en promedio), en análisis (S/41,63 en promedio), en radiografías (S/ 51,89 en promedio), en otros exámenes con (S/. 77, 38 en promedio).

Los costos de hospitalización, que encontramos, cuando requirieron hospitalización, que fueron 42, los costos declarados van de 200 a más de 1000 soles, los costos son de Hospitales y centros de salud del MINSA, y de clínicas particulares. No tenemos costos de ESSALUD. Pero, si se puede ver que aceptan pagar por éste servicio.

En nuestra encuesta, respecto a Fecundidad y Salud, en lo que respecta a cuántos hijos o hijas ha tenido, hay encuestadas que manifiestan de 0 a 11, con una media de 1,3 hijos. Es decir que se tiene una tasa de fecundidad inferior a la ENDES 2004 - 2006, en la cual, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) es de 2.5 hijos por mujer para el período de 2002-2005, con lo cual se confirma la tendencia decreciente y sostenida de casi medio hijo que en forma quinquenal viene experimentando esta tasa desde 1986. A nivel nacional, la fecundidad ha disminuido en el área urbana de 2.2 a 2.0 y de 4.3 a 3.7 en el área rural.

Respecto al número de hijos vivos, con un margen de 0 a 8 y un promedio de 1,25 hijos vivos. Tiene un número de hijos en promedio menor que la ENDES Continua 2004 – 2006: El número ideal de hijos preferido por las mujeres peruanas es entre 2 y 3 hijos (2,4 hijos).

La tasa global de fecundidad en el país sería de 1.7 hijos en promedio por mujer, si todos los nacimientos no deseados pudiesen ser prevenidos. Como a la fecha no lo son, la tasa global observada es de 2.5 hijos en promedio por mujer, casi 1 hijo más que los deseados, es decir, un 47 por ciento más alta que la tasa global de fecundidad deseada. Las mayores reducciones en el nivel de fecundidad observada, en términos absolutos, se darían entre las mujeres sin educación (2,3 hijos) y en las del quintil inferior de riqueza (2,2 hijos).

Se tiene un alto porcentaje de parto institucional en la población encuestada. En establecimientos del MINSA (70 %), de ESSALUD (17 %), Clínicas y consultorios particulares (7,1 %). Sólo 7 (1,8 %), manifestaron parto domiciliario.

Siete de cada diez últimos nacimientos en los cinco años anteriores a la ENDES Continua 2004-2006 tuvieron lugar en un servicio de salud (público o privado). Esta proporción se incrementa importantemente en 12 puntos porcentuales respecto a lo observado en el 2000 (58 por ciento). En forma correspondiente la ocurrencia del parto en casa baja de 41 a 28 por ciento entre el 2000 y el 2004- 2005.

La atención del parto por personal calificado, en el presente estudio, llega a niveles altos, cercano al 100 %.

A nivel nacional se ha incrementado en forma significativa, ENDES Continua 2004 – 2006: principalmente la atención por el médico (43 por ciento) siendo mayor a la atención registrada por la obstetrix (25 por ciento); en detrimento de la atención de las parteras empíricas quienes reducen su participación a tan sólo 14 por ciento.

El parto institucional y atendido por personal profesional calificado, alcanza niveles ideales para lograr el parto seguro. Objetivo del MINSA, para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

En la encuesta, del presente estudio la protección de niños, con vacunas, está por encima del 90 %.

En la ENDES continua 2004 – 2006, Los niveles de vacunación completa que el Perú registra es para niños de 18-29 meses. El porcentaje de niños con todas las vacunas en cualquier momento ha mejorado en los últimos años, al pasar de 66 por ciento de los niños en 2000 al 67 por ciento en el periodo 2004-2005. El Perú es uno de los países que tiene las más altas cobertura de vacunación, por encima de casi todos los países de la región, salvo Brasil y Nicaragua. La cobertura de vacunaciones, en la población estudiada, es superior al porcentaje de cobertura nacional.

En ENDES 2004 – 2006 continua, la cobertura en vacuna polio es 79 %, La DPT es 85%, la cobertura en anti - sarampionosa es 87%

El lugar donde se administró la vacuna, figura primero el MINSA con 64,5 %, seguido de ESSALUD con 10,2 %, consultorios o clínicas particulares 6,5 % otros son municipios, fuerzas armadas y policiales, iglesias, ONG etc. En la secuencia para evaluar la demanda, en éstas respuestas se ve que la elección, por un servicio de salud, figura como primer elegido, los servicios del MINSA.

El control de crecimiento y desarrollo de los niños, en el MINSA fueron 239 con intervalos de 1 a 14, controles y un promedio de 5,25. En ESSALUD fueron 44, con 2 a 6 controles y un promedio de 4,9, en consultorios y clínicas particulares 10, con 2 a 12 controles y un promedio de 4,9. Hay controles en FF AA, FF PP, Municipios, Iglesias, ONG, etc. Se debe destacar que se percibe la importancia que le dan al control de crecimiento y desarrollo en la población encuestada. También el que es elegido, en el análisis de la demanda, el primero es el MINSA.

El uso de métodos anticonceptivos alcanza 76,5 % en la presente encuesta. Ligeramente superior al resultado nacional de la ENDES.

Según el ENDES 2004 – 2006: Entre 1986 y el periodo 2004-2006, la prevalencia anticonceptiva se ha incrementado en 25 puntos porcentuales al pasar de 46 a 71 el porcentaje de mujeres actualmente unidas que usan un método anticonceptivo.

Sin embargo el aumento en el uso de métodos en el Perú no se refleja en el uso de métodos modernos, pues éstos pasaron de 50 a 47 por ciento entre el 2000 y el 2004-2006, ubicándose por debajo del porcentaje registrado por Republica Dominicana y Nicaragua; aunque duplica la prevalencia de uso de Haití y es mayor que Guatemala.

Es notable el uso de métodos de alta seguridad, reversibles, ocupando el primer lugar los hormonales (píldoras 68, inyectables 85 y de implante Norplant 8), dan un total de 161 con un 53,1 % de las encuestadas. Aquí también podemos decir que las cifras son superiores al ENDES

ENDES 2004 – 2006: Entre el año 2000 y el periodo 2004-2005, el uso de métodos modernos disminuyó de 50 al 47 por ciento; mientras que el porcentaje de usuarias de métodos tradicionales se incrementó en 5 puntos porcentuales, es decir, de 19 pasó 24 por ciento. Si bien la inyección sigue siendo el método moderno de mayor uso, éste decreció al pasar de 15 al 13 por ciento y el uso de la esterilización presenta un porcentaje cercano al observado en 1996 (10 por ciento).

El Ministerio de Salud y el Instituto Peruano de Seguridad Social (ESSALUD), son los principales proveedores de métodos anticonceptivos modernos al cubrir a 7 de cada 10 de las mujeres usuarias actuales (71 por ciento). (ENDES continua 2004)

Respecto a la población estudiada en nuestra encuesta, la cobertura con Seguros de Salud: Manifestaron que tenían derecho a algún tipo de seguro, 253 (64,4 %), dijeron que no (33,1%). El contar con un seguro tiene relación directa con la accesibilidad a los servicios de salud.

Cuando se precisa el sistema de prestaciones de salud, al cual está afiliado, primero ESSALUD con 77 (19,8%), con seguro privado el 5,6 %. No afiliados son 257 (66,2 %)

En personas sin seguro, respecto a la disposición de pago por un seguro de Salud, se encontró que si, con un intervalo de 0 a 100 soles, y un promedio de S/ 17.45., hay por tanto, deseo de tomar algún seguro de salud, aunque el pago como se puede ver, no puede ser alto, posiblemente, haya la necesidad de que el estado asuma la diferencia en los costos de un seguro de salud.

El estudio de una atención de Salud bajo tarifario diferenciado, implica investigar si las encuestadas tenían conocimiento del tipo de atención que da el Hospital San Bartolomé y de las características del tipo de atención deseado para un servicio de éste tipo y si quisieran que el hospital tenga éste tipo de atención.

Sabían que el hospital atiende enfermedades de la mujer y del niño, 264 (68,2%). y 123 (31,8%), lo ignoraban (Tabla 20). Es decir que la mayoría si sabe el tipo de atención que brinda el HSB, pero existe una tercera parte de la población, a la cual debemos llegar y hacer conocer el tipo de atención que damos.

En cuanto a las características deseadas, para un servicio de salud, bajo tarifario diferenciado, hay preferencia por el turno de mañanas 42,4 %.Pero, 21,6 % de las encuestadas deseaban previa cita.

De las encuestadas, 90,6 %, prefieren elegir al profesional que las atienda. A un 9,4 % no les interesa ésta posibilidad.

En el hipotético caso de que se cree un Servicio de atención de Salud bajo tarifario diferenciado, se debe permitir que puedan elegir al profesional que los atienda. En cuanto al horario, debe crearse un sistema que se base a ajustar los horarios, previa cita.

Ante un mayor costo por una atención diferenciada, hay disposición a asumirlo en 263 (66,9 %) pero, un 33 % no acepta un incremento en el costo.

Ante la pregunta de si quisieran ésta atención bajo tarifario diferenciado en San Bartolomé 392 personas encuestadas que respondieron a ésta pregunta: Dijeron que si 290 (74 %), respondieron no 59 (15%) y no saben 43 (11%).

Para conjugar el deseo de tener una atención de Salud bajo tarifario diferenciado y la disposición a asumir un mayor costo por éste servicio, considero que se debe ajustar. Es decir si aplicamos (desean el servicio) 74 -33 (no aceptan mayor costo) = 41 % que desean el servicio y están dispuestos a un mayor costo.

Otra observación importante, es ver en los resultados la constante de atención en clínicas y consultorios particulares aproximadamente 5 a 6 %, éste número, indica que hay personas que pueden y usan los servicios particulares de salud, sin embargo esas personas, posiblemente sigan yendo a otros servicios particulares. Pero de todas formas demuestran que si hay personas que usan servicios particulares en consultas, control de crecimiento y desarrollo infantil, vacunaciones, anticoncepción y servicios de hospitalización.

ANALISIS DE LA DEMANDA EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ

El instrumental de análisis se basa en la estimación de un modelo secuencial de **demanda** (1), es decir, que reproduce la secuencia de decisiones que toman los individuos para utilizar los servicios de salud. En este sentido, el modelo consta de tres bloques: **1)** el modelo de percepción de enfermedad, **2)** el modelo de acceso al sistema de salud y **3)** el modelo de selección de proveedores.

1) PERCEPCION DE ENFERMEDAD

De un total de 393 personas encuestadas, 214 (57,2%) manifestaron que ella o su hijo presentaron una enfermedad ó accidente durante los 3 últimos meses.

En orden de frecuencia, tuvieron problemas de tipo respiratorio 98 encuestadas (44,7%), le siguen las enfermedades del sistema digestivo con 37 personas (16,9%), 15 del sistema reproductivo y mamas (6,8%), luego de enfermedades parasitarias y de piel y anexos, con 10 cada uno (4,6%). 88 personas encuestadas, refirieron que tuvieron atención por accidentes.

No buscaron atenderse por su problema de salud, 22 personas, 13 dijeron que era por falta de tiempo, 8 por no contar con medios y 1 por difícil acceso.

Se debe destacar la coincidencia con ENDES continua 2004 – 2005 en el orden de mayor frecuencia, es decir enfermedades de tipo respiratorio, seguido por las del sistema digestivo.

Hay una percepción de enfermedad y necesidad de atención de salud de un 57,2% de la población estudiada.

2) ACCESO AL SISTEMA DE SALUD

El lugar donde se realizó la consulta por su problema de salud fue preferentemente en dependencias del Ministerio de Salud, 93 encuestadas con un 48,5%, siendo la mayor parte en puestos o centros de salud, 61 (31,8%). En dependencias de ESSALUD (policlínicos, hospitales, consultorios PAAD) hubo 27 (14,2%)

Entre Consultorios médicos y clínicas particulares, se tuvo 22 encuestadas (5,6%).

A la interrogante de quién fue la persona que los atendió, de 253 personas que respondieron, 198 fueron por médico (85,3%), 21 por farmacéutico (9,1%).

Respecto al medio de transporte utilizado para buscar atención, 98 (41,4 %) no lo requirieron, 104 (43,9%) usaron transporte público.

Llegaron al Centro de atención en menos de 30min. 67,1%, menos de una hora fueron 52 (31,7%).

Por lo tanto se puede concluir que, el acceso no fue problema para las personas encuestadas. Una limitación para acceder a servicios de salud de ESSALUD, debe ser principalmente por no contar con aseguramiento.

3) SELECCIÓN DE PROVEEDORES.

La atención en salud requirió costos, que en consultas fue en promedio S/.12, 60 (soles), en análisis promedio de S/. 41,63, en radiografías S/.51, 83, en otros exámenes la media fue de S/. 77, 38.

Cuando fueron hospitalizados (42 personas), 20 (47,6%) fue en un Hospital del MINSA. 7 (16,7%) en un Centro de Salud del MINSA; 5 (11,9%) en un policlínico de ESSALUD. 4 (9,5%) en un Hospital del Seguro. 2 (4,8%) en clínica particular.

Atención de su último parto: En hospitales y Centros de Salud, del MINSA suman 271 (70%). En ESSALUD, Hospitales y policlínicos 67 (17%), Entre clínicas y consultorios particulares suman 28 (7,1%), 7 (1,8%) personas dijeron que las atendieron en su domicilio.

La atención del parto, de 151 (47,8%) fueron por médicos, 158 (50,0%) por obstetrices, 5 por parteras y 1 por enfermera

La selección del proveedor, es básicamente en primer lugar el MINSA, seguido por ESSALUD, relacionado con el hecho de que muchos no cuentan con un seguro. Y el mayor número de servicios dependientes del MINSA.

Las vacunas fueron administradas en dependencias del MINSA: en campaña, fueron 35 (8,9%), sin campaña 119 (55,6%). En ESSALUD: En campaña 17 (7,9%), sin campaña 9 (2,3%). En Municipio, FFAA/ Fuerzas policiales 7 (3,3%). En consultorios o clínicas particulares 14 (6,5%), En consultorio / clínica de ONG / Iglesia 2 (0,9%), Otros 11 (2,5%).

Los niños (s) menor (es) de 6 años tuvieron su control de crecimiento y desarrollo, en el MINSA, 239 niños. Le sigue en frecuencia, en ESSALUD con 44 niños, en consultorios y clínicas particulares, 10 niños.

Respecto al uso de anticonceptivos la respuesta fue alta 300 (76,5 %) usuarias.

Donde obtuvieron el método siguió el mismo orden, en el MINSA fueron 123 (60,6 %). En ESSALUD 14 (6,9 %). En consultorios / clínicas particulares, suman 10 (4,9%).

También para las vacunas y la provisión de métodos anticonceptivos, es elegido primero los servicios del MINSA, seguido de ESSALUD.

En la evaluación de población con seguro.

Del total de pacientes encuestadas manifestaron tener derecho a algún seguro de salud como titular o dependiente, 253 (64,4%), dijeron no 130 (33,1%) 10 encuestadas no respondieron.

Están actualmente afiliados a ESSALUD, 77 (19,8%), con seguro privado suman 22 (5,6%). Los no afiliados son 257 (66,2%).

4) DEMANDA DE SALUD EN SAN BARTOLOMÉ

Tenían conocimiento que el Hospital San Bartolomé atiende enfermedades de la mujer y el niño, 264 (68,2%), sin embargo 123 (31,8%), lo ignoraban.

Características deseadas para un servicio de salud bajo tarifario diferenciado, se puede apreciar una discreta preferencia por el turno de mañanas.

Si quería atenderse, con el profesional de su elección, aparentemente es una respuesta afirmativa, sin embargo existen 37 (9,4%), a los cuáles no les interesa.

Capacidad y disposición de pago, en potenciales usuarios del servicio de salud bajo tarifario diferenciado en el Hospital San Bartolomé, están dispuestos a asumir mayor costo por una atención diferenciada, 263 (66,9%), frente a un 33 % que no acepta un incremento en el costo.

Para un supuesto servicio de atención diferenciado en San Bartolomé, dijeron que si 290 (74 %), respondieron no 59 (15%) y no saben 43 (11%). Hay que observar con cuidado ésta cifra dado que 33%, de éstas encuestadas, no aceptan un mayor costo.

5) CALCULO DE DEMANDA POTENCIAL PARA SERVICIOS BAJO TARIFARIO DIFERENCIADO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ.

Teoría de Muestreo

Estimación de la **demanda efectiva:** $D = N\hat{p}$

Donde N es la población (66,274 = demanda total) y \hat{p} es la proporción calculada.

Demanda ajustada: (desean el servicio) 74 - 33 (no aceptan mayor costo) = **41 % desean el servicio y aceptan mayor costo.**

Demanda efectiva: $D = 66274 (41\%) = 26509$ personas que desean atenderse en un servicio de salud diferenciado y que están dispuestos a asumir un mayor costo.

Son los potenciales pacientes para atención bajo tarifario diferenciado, en el Hospital San Bartolomé.

Demanda potencial: 26,509 de potenciales pacientes para un servicio de salud diferenciado en el hospital San Bartolomé.

CONCLUSIONES

1. En el presente estudio se encuentra una alta percepción de Enfermedad y necesidad de atención de salud (57,2%), en los distritos estudiados.
2. La accesibilidad para atención de salud, es alta y no constituye problema para los distritos estudiados.
3. Los indicadores de fecundidad y salud son favorables, para las mujeres, en la población estudiada.
4. El presente estudio, revela una demanda potencial para un Servicio de Salud bajo tarifario diferenciado, de 26,509 potenciales pacientes, en el Hospital san Bartolomé. (Es decir 73 pacientes nuevos por día).
5. Las características deseadas para un Servicio de Salud Bajo Tarifario Diferenciado, demuestran que un 42% desean turno de las mañana, pero, 21,6% prefieren que sea previa cita. La mayoría (90,6%), quieren elegir el profesional que los atienda, aunque hay un 9,4% a los que no les interesa.
6. La demanda ajustada (potenciales pacientes que desean un servicio de salud diferenciado y asumen un mayor costo), es el 41% de los potenciales pacientes del Hospital San Bartolomé.

RECOMENDACIONES

- Es conveniente que, la Gestión del hospital san Bartolomé organice y ponga en marcha un **SERVICIO DE SALUD BAJO TARIFARIO DIFERENCIADO**, para atender la demanda potencial de pacientes, evidentes en éste estudio, en nuestro hospital.
- Considerando que existe un significativo porcentaje (74%), que desean un Servicio de Salud Diferenciado, pero que hay un 33% que no acepta un mayor pago asumiendo los costos, se plantea la creación de algún tipo de seguro, para poder atender a éstos probables pacientes y poder satisfacer su deseo de contar con éste servicio.
- Promover que se explique a los trabajadores y usuarios externos, las ventajas que se tendría con un Servicio de Salud Diferenciado, al obtener una fuente de recursos para atender a quienes menos recursos tengan y al mismo tiempo represente una mejoría en los ingresos de los propios trabajadores del Hospital.

**ANEXO 1:
ENCUESTA**

SALUD (Para todas la personas)

Persona N°	Nombre:	Informe N°
400-A. Durante, los últimos 3 meses, ¿Presentó Ud. Alguna enfermedad o accidente? Si1 No.....2 Pase A A		401-A. El accidente que tuvo Ud. Fue: ¿Dentro del domicilio? 1 ¿En la vía pública? 2 ¿En el centro de trabajo? 3 ¿Otro? 4 _____ (Especifique)
401. En los últimos 3 meses, ¿Cuál fue la enfermedad o accidente que tuvo? (Acepte sólo una o dos alternativas) Sistema Respiratorio Dificultad Respiratoria/Asma 1 Neumonía/Broncopulmonía 2 Pleuresía 3 Tos con sangre 4 Amigdalitis/Bronquitis 5 Sistema Digestivo Deposición con sangre 6 Diarrea simple 7 Diarrea severa 8 Hepatitis/Pancreatitis/Gastritis 9 Tifoidea 10 Vómito con sangre 11 Sistema Renal Infección Renal/Urinaria 12 Insuficiencia Renal 13 Sistema Reproductivo y Mamas Cáncer (útero, mamas) 14 PASE Enfermedad de la próstata 15 A Hemorragias/Aborto 16 402 Infecciones 17 Sistema Cardiovascular Hipertensión 18 Insuficiencia Cardíaca/Infarto 19 Sistema Neurológico Convulsiones 20 Parálisis 21 Sistema Endocrino Colesterol 22 Diabetes 23 Enfermedades Parasitarias Dengue 24 Fiebre Amarilla 25 Paludismo/Malaria 26 Sistema Músculo Esquelético Artritis/Reumatismo 27 Fractura 28 Traumatismo 29 Piel y Anexos Quemadura 30 PASE Ulcera 31 A Otro (conjuntivitis etc) 32 402 _____ (Especifique)		402. ¿Dónde se llevó a cabo la consulta ó atención de salud? (Acepte una ó más alternativa) URO comunal 1 Puesto, Centro de Salud Minsa 2 Posta, Policlínico IPSS 3 Consultorio PAAD-IPSS 4 Hospital MINSa 5 Hospital del Seguro (IPSS) 6 Hospital de las FFAA y Policía Nacional 7 Consultorio Médico Particular 8 Clínica Particular 9 Farmacia o Botica 10 No buscó atención porque se Autorecetó o repitió receta anterior 11 PASE Su domicilio 12 A Casa de Huesero, Curandero 13 406 Otro _____ 14 (Especifique) No buscó atención 15
		402-A. ¿Quién la atendió durante la consulta? Médico 1 Dentista 2 Obstetrix 3 Enfermera 4 Sanitario 5 Promotor 6 Farmacéutico 7 Curandero 8 Familia/amigo (no médicos) 9 Otro _____ 10 (Especifique)
Observaciones		1

<p>402-B. ¿Cómo se transportó para llegar al lugar de la consulta o atención de salud?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>A pie</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Transporte público</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Taxi</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Bicicleta</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Moto Taxi</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>Vehículo propio</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>Otro</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> <p>402-C. ¿En cuanto tiempo llegó al lugar de consulta o atención de salud?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;"></td><td style="text-align: center;">Horas</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">Minutos</td></tr> <tr><td>No sabe</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> </table>	A pie	1	Transporte público	2	Taxi	3	Bicicleta	4	Moto Taxi	5	Vehículo propio	6	Otro	7		Horas		Minutos	No sabe	1	<p>40 ¿Dónde estuvo hospitalizado?</p> <p>9. (Acepte una o más alternativas)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Centro de salud MINSA</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Policlinico IPSS</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Consultorio PAAD-IPSS</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Hospital MINSA</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Hospital del Seguro</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>Hospital de las FFAA y Policia Nacional</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>Consultorio Médico Particular</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td>Clinica Particular</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td>Otro (Posta Médica, Centro de Salud etc)</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> <p>410. ¿Cuántos días estuvo hospitalizado y cual fue el monto total gastado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px auto;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Nº Días</th> <th style="width: 50%;">Monto Gastado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="text-align: center;">S/.</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">PASE A A</p> <p>411. ¿Cuál(es) es(son) la(s) razon(es) por la (acepte una ó más alternativa)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>No hay medicinas</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Falta de atención</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>No tuvo dinero</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>No existe servicio de salud cercano/ El lugar de consulta es lejos</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>No la tratan bien</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>No hay personal calificado</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>No fue necesario</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td>No cree en la medicina/no confía</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td>Prefiere curarse con remedio case</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> <tr><td>Prefiere curanderos</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td>Otro</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">(especifique)</p> <p>A encuestadora: Tenga presente lo siguiente:</p> <p>Si es hombre menor de 14 años concluya</p> <p>si es hombre mayor o igual de 14 años</p> <p>Si es mujer menor de 12 años concluya</p> <p>si es mujer de 12a49años de edad continúe</p> <p>si es mujer mayor o igual de 50 años Pase CAP 500</p>	Centro de salud MINSA	1	Policlinico IPSS	2	Consultorio PAAD-IPSS	3	Hospital MINSA	4	Hospital del Seguro	5	Hospital de las FFAA y Policia Nacional	6	Consultorio Médico Particular	7	Clinica Particular	8	Otro (Posta Médica, Centro de Salud etc)	9	Nº Días	Monto Gastado		S/.	No hay medicinas	1	Falta de atención	2	No tuvo dinero	3	No existe servicio de salud cercano/ El lugar de consulta es lejos	4	No la tratan bien	5	No hay personal calificado	6	No fue necesario	7	No cree en la medicina/no confía	8	Prefiere curarse con remedio case	9	Prefiere curanderos	10	Otro	11
A pie	1																																																																
Transporte público	2																																																																
Taxi	3																																																																
Bicicleta	4																																																																
Moto Taxi	5																																																																
Vehículo propio	6																																																																
Otro	7																																																																
	Horas																																																																
	Minutos																																																																
No sabe	1																																																																
Centro de salud MINSA	1																																																																
Policlinico IPSS	2																																																																
Consultorio PAAD-IPSS	3																																																																
Hospital MINSA	4																																																																
Hospital del Seguro	5																																																																
Hospital de las FFAA y Policia Nacional	6																																																																
Consultorio Médico Particular	7																																																																
Clinica Particular	8																																																																
Otro (Posta Médica, Centro de Salud etc)	9																																																																
Nº Días	Monto Gastado																																																																
	S/.																																																																
No hay medicinas	1																																																																
Falta de atención	2																																																																
No tuvo dinero	3																																																																
No existe servicio de salud cercano/ El lugar de consulta es lejos	4																																																																
No la tratan bien	5																																																																
No hay personal calificado	6																																																																
No fue necesario	7																																																																
No cree en la medicina/no confía	8																																																																
Prefiere curarse con remedio case	9																																																																
Prefiere curanderos	10																																																																
Otro	11																																																																
<p>403. ¿Recibió los servicios de:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px auto;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">¿Cuánto fue el:</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">Monto</th> <th style="width: 15%;">Gastado</th> <th style="width: 55%;">por el hogar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">S/.</td> </tr> <tr><td>1</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>2</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>3</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>4</td><td colspan="3"></td></tr> </tbody> </table> <p>1. consulta? 3. Rayos X? 2. análisis? 4. Otro examen Total S/. _____</p>	¿Cuánto fue el:					Monto	Gastado	por el hogar		S/.			1				2				3				4				<p>406. ¿Cuánto gastó en medicinas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px auto;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Monto</th> <th style="width: 15%;">Gastado</th> <th style="width: 15%;">por el</th> <th style="width: 55%;">Hogar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">S/.</td> </tr> </tbody> </table>	Monto	Gastado	por el	Hogar	S/.																															
¿Cuánto fue el:																																																																	
	Monto	Gastado	por el hogar																																																														
	S/.																																																																
1																																																																	
2																																																																	
3																																																																	
4																																																																	
Monto	Gastado	por el	Hogar																																																														
S/.																																																																	
<p>408. ¿Estuvo hospitalizado por esa enfermedad o accidente?</p> <p>SI1</p> <p>NO2 <u>Pase A A</u></p>	<p>Observaciones</p>																																																																

INCLUIR FORMATO

I.- DATOS DE CONSULTA

4 ¿Por qué eligió este lugar para atenderse?		
Lugar mas cercano Mejor Atención	2. Tiene confianza en que le solucionarán su problema.	3 Atención gratuita 4 Atención más barata 5 Otro

IV. SEGUROS DE SALUD		
1 ¿Tiene ud. Derecho a algún tipo de seguro Salud Titular o dependiente?	2. ¿Cuál?	3 ¿Cuánto estaría dispuesto a pagar mensualmente para tener seguro de atención médica en este establecimiento?
No (pase a 3) Si	0. Privado 1. FF.AA.OFF.PP. 2. EsSalud 3. EsSalud más seguro privado 4. Otro (especificar)	0. Indique monto 1. No está dispuesto a pagar

FECUNDIDAD Y SALUD (Para todas las mujeres de 12 a 49 años)

<p>412: ¿En total cuantos hijos(as) ha tenido Ud. incluyendo ha aquellos que fallecieron a los pocos minutos de nacido?</p> <p>N• de hijos N• de hijas No se investigó</p>	<p>422: En los últimos 12 meses ¿Cuántas veces llevó a su(s) niño(s) menor(es) de 6 años al control de crecimiento y desarrollo y en que lugar?</p> <p>MINSA ¿En campaña? N° de veces ¿Sin campaña? N° de veces</p> <p>IPSS ¿En campaña? N° de veces ¿Sin campaña? N° de veces ¿Municipio/FF.AA./Fuerzas Policiales? N° de veces ¿Consultorio Particular/Clinica particular? N° de veces ¿Consultorio/Clinica de ONG/iglesia? N° de veces</p> <p>¿Otro? (especifique) N° de veces No se investigó</p>
<p>413: ¿Cuántos de sus hijos(as) están actualmente vivos?</p> <p>N• de hijos N• de hijas No se investigó</p>	<p>427: ¿Actualmente está Ud. ó su pareja usando un método anticonceptivo par evitar un embarazo?</p> <p>SI NO</p>
<p>417: ¿Dónde se atendió en su último parto?</p> <p>Hospital MINSA _____ Hospital del Seguro (IPSS) _____ Hospital de las FFAA y Policía Nacional _____ Posta, Policlínico IPSS _____ Centro / puesto de salud MINSA _____ Clínica particular _____ Consultorio particular _____ Su casa _____ Otro (especifique) _____ No se investigó _____</p>	<p>428: ¿Qué método están ustedes usando?</p> <p>Pildora DIU Inyectable Norplant (implante) Ovulos, espuma, tabletas vaginales, jalea Preservativos o condón Esterilización femenina (ligaduras de trompas) Esterilización masculina (vasectomía) Abstinencia periódica (ritmo) Retiro Otro (especifique) No se investigó</p>
<p>417-A: ¿Quién la atendió en su último parto?</p> <p>Médico Obstetriz Enfermera Sanitario Promotor de salud Partera Familiar Otros (especifique) Nadie No se investigó</p>	<p>429: ¿Dónde obtuvo Ud. o su pareja el método anticonceptivo la última vez?</p> <p>MINSA ¿En campaña? ¿Sin campaña?</p> <p>IPSS ¿En campaña? ¿Sin campaña? ¿Municipio/FF.AA./Fuerzas Policiales? ¿Consultorio Particular/Clinica particular? ¿Consultorio/Clinica de ONG/iglesia? ¿Otro? (especifique)</p>
<p>420: ¿Su último hijo(a) nacido(a) vivo(a) recibió las siguientes vacunas?</p> <p>BCG Polio DPT Sarampión No se investigó</p>	<p>421: ¿Dónde recibió la vacuna? (acepte una ó más alternativas?)</p> <p>MINSA ¿En campaña? ¿Sin campaña? IPSS ¿En campaña? ¿Sin campaña? Municipio/FFAA /Fuerzas Policiales ¿Consultorio Particular/Clinica particular? ¿Consultorio/Clinica de ONG/iglesia? ¿Otro? (especifique) No se investigó</p>

EMPLEO E INGRESO (Para todas las personas de 14 años y más edad)

546-N: El sistema de prestaciones de salud al cuál usted está afiliado actualmente es:

¿IPSS?

¿Seguro privado de salud?

¿Ambos?

¿Otro? (especifique)

No está afiliado

Usted sabe que el Hospital San Bartolomé atiende enfermedades de la mujer y el niño?

SI

NO

En caso de atenderse en el Hospital San Bartolomé desearía atención en horario.

Mañana

Tarde

Previa Cita

En caso de atenderse en el Hospital San Bartolomé desearía atención con el profesional de su elección:

SI

NO

En caso de atención diferenciada, similar a clínicas privadas, estaría dispuesta a un mayor costo?

SI

NO

Bibliografía.-

- 1) **Arredondo, López A., Recaman Mejía A. L.**
**OFERTA vs. DEMANDA: ALGUNOS ASPECTOS A CONSIDERAR
PARA EL ESTUDIO DEL MERCADO EN SALUD**

Supply vs. Demand: Some aspects related with the study
of health market. *Hitos de Ciencias Económico
Administrativas* 2002;20:42-47.

- 2) **ARREDONDO, ARMANDO**

¿QUÉ ES Y QUÉ ESTÁ HACIENDO LA ECONOMÍA DE LA SALUD?
Investigador titular en economía de la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública,
México.
UNMSM REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, AÑO
IV, N° 13

- 3) **CARDOZO, Myriam Brum. Mtra.**

PANEL

**V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la
Administración Pública, Santo Domingo, Rep. Dominicana, 24 - 27 Oct. 2000**
GESTIÓN PÚBLICA Y ECONOMÍA DE MERCADO

La formación para la gestión pública en un contexto de globalización y economía de
mercado. Santo Domingo, República Dominicana
24 - 28 de Octubre del 2000

- 4) **CÉSPEDES, Juan Eduardo. “et al”**

**Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la
Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud**

Revista salud pública, 2000 –
revmed.unal.edu.co

- 5) **COLLAZO HERRERA, Manuel. “et al”**

**LA ECONOMÍA DE LA SALUD: ¿DEBE SER DE INTERÉS PARA EL CAMPO
SANITARIO?**

Rev Panam Salud Publica vol.12 no.5 Washington Nov. 2002

6) **CONAPRIS**

**TEMA: EQUIDAD Y SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL
IDENTIFICACIÓN DE INEQUIDADES EN LA ATENCIÓN MATERNO
INFANTIL EN EL CONTEXTO DE DIFERENTES ESPACIOS SOCIALES.
ESTUDIO MULTICENTRICO**

INFORME FINAL AÑO 2004-2005

DIRECTOR: PROF. DR. JOSÉ MARIA PAGANINI

COORDINADORA: PROF. DRA. GRACIELA S. ETCHEGOYEN

7) **DÁVILA**, Miguel Madueño.

Perú: Estudio de demanda de Servicios de Salud (Documento 1).

Informe Técnico No. 012. Bethesda, MD:

Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc.

Mayo del 2002.

8) **DE HABICH**, Midori, Madueño Miguel & Jumpa Manuel

Disposición a pagar por seguros de salud en los segmentos no asalariados ¿existe una demanda potencial en el Perú?

Cayetano Heredia 2002

9) **ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES Continua 2004-2006)**

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales

Dirección Nacional de Censos y Encuestas

Agosto 2007.

10) **ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES SOBRE CONDICIONES DE VIDA Y POBREZA – ENAHO 2007**

11) **FRESNO Chávez**, Caridad. Dra.

SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD. DILEMAS QUE ENFRENTA EL SECTOR

Rev Cubana Salud Pública v.23 n.1-2 Ciudad de La Habana ene.-dic. 1997

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

12) **GARAY** Vera, Cristián, Dr.
MANUAL DE METODOLOGÍA Y DIRECCIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
PROGRAMA DE MAGISTER EN PSICOPEDAGOGÍA PERÚ
Universidad Andrés Bello 2002

13) **HOMEDESA**, Nuria / A. Ugaldeb
Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica
Escuela de Salud Pública. Universidad de Texas-Houston.
Departamento de Sociología. Universidad de Texas-Austin.
Correspondencia: Dra. Núria Homedes. Universidad de Texas-Houston. Escuela de Salud Pública.
1100 North Stanton. Suite #110. El Paso, Texas 79902.
Correo electrónico: nhomedes@utep.edu

14) **JARAMILLO**, Miguel , Sandro Parodi

**El Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil:
Análisis de su incidencia e impacto sobre el acceso a los servicios de salud y sobre la equidad en el acceso***
Grupo de Análisis para el Desarrollo, GRADE
Av. del Ejército 1870, San Isidro, Lima
Agosto de 2008

15) **KATZ**, Jorge, Alberto Muñoz

Organización del Sector Salud: puja distributiva y equidad

Oficina de la CEPAL en Buenos Aires
Comisión Económica para América Latina y el Caribe
LC/BUE/G.102

16) **KLISBERG**, Bernardo, E Morin - 2002 - iadb.org

HACIA UNA ECONOMÍA CON ROSTRO HUMANO

Editorial: Fondo de Cultura Económica

17) **KOTLER**, Philip; Bloom, Paul.-

“Mercadeo de Servicios Profesionales”.

Serie Empresarial Fon Editorial Legis, Colombia, Marzo 1991

18) **MADUEÑO**, Miguel, Dávila, Jorge Alarcón Villaverde y César Sanabria Montañés por encargo de la Agencia para el Desarrollo Internacional

ANÁLISIS DE LA BRECHA ENTRE OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA PROGRAMACIÓN DE LA INVERSIÓN DE MEDIANO PLAZO

(PARTE III). PERÚ “ESTUDIO DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL PERU Y EL ANALISIS DE LAS BRECHAS 2003 – 2020”

19) **MARTÍNEZ**, Coll, Juan Carlos (2001):

"Economía de la salud"

en **La Economía de Mercado, virtudes e inconvenientes**

<http://www.eumed.net/cursecon/2/alimentacion.htm>

20) **MOKATE**, Karen

EFICACIA, EFICIENCIA, EQUIDAD Y SOSTENIBILIDAD:

¿QUÉ QUEREMOS DECIR?

Junio, 1999

Inter-American Institute for Social ... - 2001 - ipardes.gov.br

21) **MOLINA**, Raúl, Matilde Pinto, Pamela Henderson y César Vieira

Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias

Revista Panamericana de Salud Pública Print ISSN 1020 4989 Rev.

Panam. Salud Publica vol.8 n.1-2 Washington July/Aug. 2000

22) **OTERO M**, Jaime DR. - DR. Jaime IGNACIO I.

ECONOMÍA DE LA SALUD. DEMANDA DE SERVICIOS

Egresados de la Maestría de Gerencia de Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, de Lima, Perú

23) **OTERO M**, Jaime Dr. - Dr. Jaime Otero I.

GLOSARIO DE AUDITORIA EN SALUD

Especiales Gerencia Salud - Auditoría en Salud. PUBLICADO OCTUBRE

Portal de Gerencia y Marketing de Servicios de Salud. Copyright 2002.

www.gerenciasalud.com

24) **RABÍ** Chara, Miguel

TOMO III HISTORIA DE LA MEDICINA PERUANA LIMA 2001. EL HOSPITAL DE SAN BARTOLOMÉ DE LIMA (1646 – 2000)

La Protección y Asistencia de la Gente de Color

25) **RESOLUCIÓN MINISTERIAL NO. 586 -2006/MINSA del 26 – Junio – 2006 y Directiva No. 092 – MINS/DGSP –V – 01 :** (DIRECTIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE SALUD BAJO TARIFARIO DIFERENCIADO EN LOS HOSPITALES E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS DE LA RED ASISTENCIAL DEL MINISTERIO DE SALUD. (27 Junio – 2006)

26) **RODRÍGUEZ, CB** –ECONOMIA DE LA SALUD. **economía de la salud.com**

RECURSOS PRIVADOS EN ORGANIZACIONES PÚBLICAS: CONSIDERACIONES ÉTICAS, JURÍDICAS Y ECONÓMICAS

IMPLANTACIÓN DE PRESTACIONES PRIVADAS EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS PÚBLICAS

27) **RUBIO** Cebrián, Santiago.

“**Glosario de Economía de la Salud** (y disciplinas afines).

Editorial Díaz de Santos. Madrid, 1995

28) **SANABRIA MONTAÑEZ, CÉSAR AUGUSTO**

INEQUIDAD EN LA POLÍTICA DE SALUD EN EL PERÚ. PERSPECTIVAS

Universidad Nacional Mayor de San Marcos< Lima>/ Facultad de Economía 2000 -
sisbib.unmsm.edu.pe *E-mail: iieco@unmsm.edu.pe*

Economista, Magíster en Economía, Director del Instituto de Investigaciones Económicas y profesor de la Maestría en Economía de la Salud de la Unidad de Post Grado de Economía de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

29) **Valdivia, Martín**

SENSIBILIDAD DE LA DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD ANTE UN SISTEMA DE TARIFAS EN EL PERÚ: PRECIO VS. CALIDAD?*

Grupo de Análisis para el Desarrollo