

Cobertura de aseguramiento en salud y gasto de bolsillo en la pandemia COVID-19. Callao-2021

Health insurance coverage and pocket expenditure in the COVID-19 pandemic. Callao-2021

RECIBIDO: 10 DE AGOSTO DE 2022 | REVISADO: 12 DE OCTUBRE DE 2022 | ACEPTADO: 2 DE DICIEMBRE DE 2022

FERNANDO TORRES-SALAZAR¹

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between health insurance coverage and out-of-pocket expenses for health benefits, medicines and supplies in inhabitants of Callao during the COVID-19 pandemic, 2021. The methodology of the present investigation was quantitative, observational and cross-sectional approach, whose sample was made up of 375 inhabitants of San Juan Masias urbanization from the Callao district, also, to answer the objectives, the tests were used nonparametric "U of Mann Whitney and Kruskal Wallis". The results showed a significant relationship was revealed between the total out-of-pocket expenditure ($p=0.012$) and the expenditure for health care services ($p=0.019$) with health insurance coverage. Likewise, a significant relationship was identified between total out-of-pocket spending and type of insurance ($p<0.001$). In addition, it was evidenced that 50.1% acquired antibiotics, 96% acquired alcohol, and 27.5% received health care. It is concluded that there is a noticeable increase in out-of-pocket expenses for services, medicines and supplies of the inhabitants who do not have health insurance.

Keywords: Out-of-pocket expenses, health insurance, covid-19, health insurance, provision services.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud medicamentos e insumos en habitantes del Callao durante la pandemia COVID-19, 2021. La metodología de la presente investigación fue de enfoque cuantitativo, observacional y transversal, cuya muestra estuvo conformada por 375 habitantes de la urbanización San Juan Masías del distrito del Callao. Para lograr los objetivos se usaron las pruebas no paramétricas "U de Mann Whitney y Kruskal Wallis". Los resultados demostraron relación significativa entre el gasto total de bolsillo ($p=0.012$) y el gasto por los servicios en prestación de salud ($p=0.019$) con la cobertura de aseguramiento en salud. Asimismo, se identificó relación significativa entre el gasto total de bolsillo y tipo de seguro ($p<0.001$). Adicionalmente, se evidenció que el 50.1% adquirió antibióticos, el 96% adquirió alcohol y el 27.5% recibió prestación de salud. Se concluye que existe un notorio incremento en el gasto de bolsillo por servicios, medicamentos e insumos de los habitantes que no cuentan con un seguro de salud.

Palabras clave: Gasto de bolsillo, aseguramiento en salud, covid-19, seguro de salud, servicios de prestación

¹ Filiación Institucional: Escuela Universitaria de Posgrado, UNFV
Lima, Perú.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2060-1375>

Correspondencia: Fernandotorres.s@hotmail.com

DOI: <https://doi.org/10.24039/rcv20231111308>

Introducción

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

En nuestro país, el aseguramiento en salud garantiza los derechos de atención en salud a toda la población, en términos de acceso, oportunidad, calidad y financiamiento. Así mismo, protege a las familias del empobrecimiento asociado a gastos de bolsillo por la enfermedad. Finalmente, mantiene y mejora los resultados sanitarios además de contribuir a elevar la producción de capital humano (Ministerio de Salud del Perú, 2010; Jumpa, 2019). A nivel nacional se distinguen tres regímenes: contributivo, semicontributivo y subsidiado, en este último existe un Fondo Intangible Solidario (FISSAL) exclusivo para patologías complejas (Alfageme, 2015). Se señala que el régimen subsidiado está orientado a poblaciones vulnerables y con menores recursos económicos.

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

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) son instituciones que se encargan de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud. Dentro de sus funciones se encuentra el brindar servicios de cobertura en salud, captar y administrar aportes, promover la afiliación, organizar la forma y mecanismos para el acceso a los servicios de salud, definir procedimientos para garantizar el libre acceso a los afiliados, controlar las prestaciones de salud (Ministerio de Salud del Perú, 2018), debiendo financiar como mínimo el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), este determina las condiciones mínimas asegurables en paquetes básicos de salud que deben brindar las IAFAS (Alfageme, 2015). Este plan tiene como base estudios de carga de enfermedad y estudios epidemiológicos que reflejan la situación de salud de los habitantes del país, análisis de la capacidad de oferta del sistema de salud, análisis actuariales y estimaciones financieras (Ministerio de Salud del Perú, 2010).

En el contexto internacional, en la India el Sistema Nacional de Seguro de salud ofreció paquetes COVID-19

y compraron la atención de sector privado de Salud para cubrir las demandas sanitarias de la población más pobre y vulnerable de ese país (Rajalakshmi, y otros, 2023).

Según Alvites et al., la pandemia por COVID-19 la cifra de asegurados en el Perú aumentó en nueve millones. Solo en el año 2020 se afiliaron 6.3 millones de personas y gracias al aplicativo del Seguro Integral de Salud se afiliaron 65 mil peruanos en el año 2022 (Alvites et al., 2022). Este progreso se registró en consecuencia de que en el año 2019 se emitió el Decreto de Urgencia N.º 017-2021, el cual tenía como fin que toda persona que resida en el Perú pueda afiliarse al Seguro Integral de Salud (Restrepo et al., 2022).

Durante la pandemia, EsSalud aseguró al 26% de personas en el territorio nacional y los seguros de Salud de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional abarcaron el 2% de asegurados. El 6% de la población peruana contó con seguros de salud privados (Banco Mundial, 2021).

El Gobierno Regional del Callao sostiene que esta provincia durante la pandemia de COVID-19 la afiliación al Seguro Social de Salud se ha mantenido por encima de la tasa nacional, y hasta el 2019 el 39.9% de la población del Callao se encontraba afiliada a Es Salud (Gobierno Regional del Callao, 2022).

Sin embargo, estar asegurado no eximió a los usuarios de los seguros de salud del país a realizar gastos relacionados directamente con los servicios de salud recibidos ya que tuvieron que cubrir entre el 46% y 48% de los costos. Los no asegurados tuvieron que cubrir en un 78% del costo total de los servicios de salud durante la pandemia por COVID-19 (Restrepo et al., 2022).

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

En el Perú, la afiliación poblacional a esquemas de aseguramiento en salud, se observa por encima del 80%, principalmente con el SIS, pero las condiciones de financiamiento, a nivel nacional son insuficientes y poco equitativas.

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

En la actualidad, con la creciente demanda de servicios de salud debido a la pandemia por COVID 19, plantea la cuestión de si también va seguida de una mayor protección financiera contra el costo de la

enfermedad entre los asegurados.

A medida que evoluciona la pandemia del COVID-19, su impacto desmedido en poblaciones vulnerables y socialmente desfavorecidas es cada vez más pronunciado, a consecuencia de las disimilitudes en salud (El-Khatib et al., 2020) y de medidas gubernamentales poco sensibles que no se adaptan a los requerimientos de los individuos más pobres (Diwakar, 2020).

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

América Latina, particularizada por la inequidad sanitaria, con gastos de bolsillo de 64.33% para Venezuela, 30.73% para Argentina, 28.62% para Perú (El Centro de Divulgación del Conocimiento Económico, 2021). Según La Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL, 2020) estos porcentajes incrementarán el colapso sanitario, con más de 95 millones de individuos ejecutando gastos y casi 12 millones de sujetos empobrecidos, especialmente, en Argentina (tasa de crecimiento de pobreza de 11%), Perú (9.3%), Brasil (8%) (El Centro de Divulgación del Conocimiento Económico, 2021).

En el 2017, según el Apoyo Consultoría (2021), el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) registró un gasto de bolsillo de 28%. Lima Metropolitana reportó gasto de 1783.2 nuevos soles anualmente (Guerrero, 2020). El Callao a pesar de tener ingreso real promedio per cápita de 979 soles mensual, tiene gastos elevados, registrando gasto de bolsillo anual de 822.4 nuevos soles por hogar (3.5% del gasto total mensual y 6.9% de la capacidad de pago mensual), con un gasto catastrófico de 0.8% y un porcentaje de hogares que empobrecen por gasto de bolsillo de 1.8% (Ministerio de Salud, 2016; Guerrero-Ojeda, 2020).

Según el Colegio Médico del Perú (CMP), este gasto durante la pandemia es > 30% (Cuba, 2021), donde la disgregación de este gasto para personas en pobreza es importante tal como lo demuestra el MINSA, que manifestó en afiliados y no al SIS un gasto de 47 y 65% para medicamentos (Apoyo Consultoría, 2021). Pero, aún no se logra la cobertura universal, ya que el 20% de la población no tiene seguro, ocasionando gasto anual de

3135 nuevos soles (Guerrero, 2020). El Callao evidencia una brecha de aseguramiento de 23.3% (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018).

En América Latina, durante la crisis sanitaria a causa del COVID-19 el gasto de bolsillo fue el 34% del gasto total de salud según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Bárcena y Etienne, 2021).

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) en el Perú durante la pandemia, el gasto de bolsillo se habría visto reducido ya que se tuvo reportes de que los gastos invertidos en salud fueron de 1291 soles en el año 2019 a diferencia del año 2020 donde se aproxima que cada hogar hizo un gasto de 1136 soles, lo que corresponde a un 12% menos. No obstante, al comparar los gastos de las familias pertenecientes a los sectores de menores ingresos, los gastos de bolsillos en pandemia incrementaron en un 37 % pasando de 311 soles a 426 soles en un año. Además, se sabe que estos hogares reportaron un gasto 4.5 veces mayor si alguno de los integrantes estuvo contagiado con COVID-19, en comparación con los hogares donde no hubo contagio (Restrepo et al., 2022).

Uno de los objetivos de la cobertura de aseguramientos es proteger a la población de realizar gastos de bolsillo que los puedan exponer a situaciones financieras de riesgo. Por esta razón, algunos investigadores han buscado explorar el efecto de los seguros de salud y su relación con el gasto de bolsillo durante la pandemia de COVID-19 (Hernández-Vásquez et al., 2022).

En este sentido, en la India, Rajalakshmi et al., (2023), buscaron estimar el gasto de bolsillo y la proporción de hogares que experimentaron gastos catastróficos de salud. El gasto de bolsillo por hogar fue de US\$1,643 (IC95%: 1,247-2,040); el 61.7% de los hogares afrontó un mayor gasto de bolsillo y el 25.8% experimentó gastos catastróficos de salud debido a la COVID-19. Los hogares que sí enfrentaron un mayor gasto de bolsillo tuvieron mayores probabilidades de enfrentar gastos catastróficos de salud ($p < 0,001$), además los hogares que reportaron tener seguro de salud ($p < 0,001$) tuvieron mayor probabilidad de enfrentar gastos catastróficos de salud.

De la misma manera, Hernández-Vásquez et al., (2022), en Perú estimaron las diferencias en la proporción y el monto de los gastos de bolsillo entre los peruanos durante la respuesta previa y posterior al confinamiento obligatorio por el COVID-19 en el 2020 según el estado de cobertura del seguro de salud. Sostuvieron que el gasto de bolsillo disminuyó en el grupo que contaba con seguro de salud y en el grupo que no contaba con seguro de salud durante el confinamiento por el COVID-19, el promedio trimestral de gasto de bolsillo aumentó en los

dos grupos; además, mediante el análisis de diferencias en diferencias (DID), encontró relación entre el gasto de bolsillo y el confinamiento. Sin embargo, no hubo diferencia, estadísticamente, significativa entre el grupo que contaba con seguro de salud y el que no contaba con seguro de salud.

Además, Briceño D., (2022), en Piura buscaron determinar la relación entre gasto de bolsillo y tipo de aseguramiento de enfermos crónicos. El gasto de bolsillo que determinaron en la población de estudio fue 124.46 soles, y demostraron que existía relación entre el gasto de bolsillo y el tipo de aseguramiento ($p < 0.05$).

Finalmente, Rojas R y Santos M., (2021), en Lima, buscaron determinar el gasto de bolsillo en salud de pacientes con COVID-19. Hallaron que el 100% de los participantes reportó gasto de bolsillo en salud (GBS) con una media familiar de S/. 5,339.02. El GBS fue mayor en equipos de seguridad e insumos de bioseguridad con una media de S/. 2,458.88, gastos en medicamentos S/. 1,899.54 soles y hospitalización S/. 1,191.54 soles. Encontraron asociación estadísticamente significativa entre el gasto de bolsillo familiar y el tipo de seguro de salud ($p = 0.002$) ya que los gastos de los pacientes que no contaban con algún seguro de salud fue 2.36 veces la mediana de los pacientes que sí tenían Seguro Integral de Salud.

Por todo lo expuesto, el objetivo de este trabajo fue determinar la relación entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo de servicios en prestaciones de salud, medicamentos e insumos en habitantes del Callao durante la pandemia COVID-19, 2021.

Método

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, observacional y transversal en la Urbanización San Juan Masías de la región Callao. Considerando que para el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017), la población fue 14 759 personas, la muestra fue 375 personas calculada mediante la fórmula de población finita. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia e incluyó a mayores de 18 años que no tenían limitaciones para leer o escribir, contaban con equipos tecnológicos con entrada a internet y aceptaron participar del estudio. Se realizó captación de potenciales participantes mediante redes sociales (WhatsApp) quienes recibieron un enlace web para acceder al cuestionario virtual el cual estaba distribuido en secciones a) consentimiento informado y b) cuestionario de aseguramiento en salud. El cuestionario fue creado utilizando la herramienta digital Google Forms (Formularios de Google) lo que permitió contestar cada pregunta de manera rápida y

sin inconvenientes. La recolección de datos se efectuó en el año 2021 y el cuestionario fue validado mediante juicio de expertos para lo cual tres especialistas en el tema realizaron su respectiva evaluación. Se obtuvo una concordancia del 87.3%

Los resultados logrados se analizaron a través de una base de datos en el programa estadístico Statistic Package for the Social Science (SPSS) versión 26 (IBM). Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney; Kruskal Wallis y chi cuadrado, considerando una significancia de 0.05. Finalmente, se tomaron en cuenta los lineamientos bioéticos de la Declaración de Helsinki para todo el desarrollo, ejecución y presentación de esta investigación.

Resultados

Los resultados logrados se analizaron a través de una base de datos en el programa estadístico Statistic Package for the Social Science (SPSS) versión 26 (IBM). Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney; Kruskal Wallis y chi cuadrado, considerando una significancia de 0.05. Finalmente, se tomaron en cuenta los lineamientos bioéticos de la Declaración de Helsinki para todo el desarrollo, ejecución y presentación de esta investigación.

Tabla 1
Características generales de los encuestados

Características Generales	%	N°
Edad	134	35.7%
18 a 29 años	215	57.3%
30 a 59 años	26	7.0%
Sexo		
Femenino	208	55.5%
Masculino	167	44.5%
Adquisición de medicamentos*		
Antibióticos	188	50.1%
Antipiréticos	185	49.3%
Antinflamatorios	122	32.5%
Otros	8	2.1%
Adquisición de insumos o equipos médicos*		
Alcohol	360	96.0%
Oxímetro	192	51.2%
Algodón	66	17.6%

Características Generales	%	N°
Termómetro	134	35.7%
Tensiómetro	215	57.3%
Otros	26	7.0%
Adquisición de medicamentos*		
Antibióticos	188	50.1%
Antipiréticos	185	49.3%
Antiinflamatorios	122	32.5%
Otros	8	2.1%

Tabla 2

Gasto de bolsillo (en soles) de los habitantes encuestados

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

Del total de encuestados (375 personas) en la Urbanización San Juan Masías de la región Callao, se observan diferencias significativas de la mediana del gasto total de bolsillo (en soles) entre los habitantes que presentan y no presentan cobertura, donde aquellos

Prestación de salud en los últimos 3 meses		
Sí	103	27.5%
No	272	72.5%
Total	375	100%

Nota: *Respuestas múltiples.

Del total de encuestados (375 personas) en la Urbanización San Juan Masías de la región Callao, se aprecia que la mediana del gasto por el servicio de salud en los últimos tres meses fue de 7.5 soles, mientras que la mediana del gasto por la compra de medicamentos e insumos en las últimas cuatro semanas fue de 65 soles. Además, la mediana del gasto total en los últimos tres meses fue 76 soles. (Tabla 2)

que presentan cobertura tienen menores gastos de bolsillo. Por lo tanto, la cobertura de aseguramiento en salud se relacionó con un menor gasto total de bolsillo (prestaciones de salud, medicamentos e insumos en soles, en los últimos tres meses) ($p=0.012$). (Tabla 3)

Tabla 3

Gasto total de bolsillo en los últimos 3 meses y cobertura de aseguramiento en salud

Gasto total de bolsillo en los últimos 3 meses (en soles)	Cobertura de aseguramiento en salud		p
	Sí	No	
Gasto por la compra de medicamentos e insumos en las últimas 4 semanas	75 (0-5800)	237.5 (20-5000)	0.012

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

Se observan diferencias significativas de la mediana del gasto total de bolsillo (en soles) entre los distintos tipos de seguros, donde SIS y EsSalud presentan menores gastos que el no tener seguro. Por lo tanto, tener

un seguro se relacionó significativamente con el gasto total de bolsillo (prestaciones de salud, medicamentos e insumos en soles, en los últimos 3 meses) ($p<0.001$). (Tabla 4)

Tabla 4

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

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

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

Del total de encuestados (375 personas) en la Urbanización San Juan Masías de la región Callao, se observa que la cobertura de aseguramiento en salud se relacionó significativamente con un menor gasto de

bolsillo (en soles) en servicios por prestaciones de salud en los últimos 3 meses ($p=0.019$). (Tabla 5)

Tabla 5

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

Gasto total de bolsillo en los últimos 3 meses (en soles)	Tipo de seguro		p*
	Sí	No	
me (Mín-Máx)	7.5 (1-5800)	120 (20-5000)	0.019

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

Discusión

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

Al respecto, los resultados de este estudio donde participaron 375 habitantes de la Urb. San Juan Masías del distrito del Callao contribuyeron a determinar si la cobertura de aseguramiento en salud redujo o aumentó el gasto de bolsillo durante la pandemia por COVID-19. Una consideración de importancia radica en el financiamiento que se ha identificado como un aspecto central que permite u obstaculiza la capacidad del sistema de salud para responder a esta problemática. La cobertura de aseguramiento en salud, debería, por tanto, reducir los gastos de bolsillo en salud para los servicios de atención médica, de hecho, en el análisis inferencial entre la cobertura de aseguramiento en salud y el gasto de bolsillo se pudo identificar que, el gasto total de bolsillo se asociaba con la cobertura en salud ($p=0.012$), donde aquellos que presentaban cobertura de aseguramiento en salud tenían menores gastos durante la pandemia COVID-19.

Estos resultados son consistentes con Al-Hanawi et al. (2021), quienes evidenciaron que el aseguramiento en salud reduce los gastos de bolsillo en un 2%. De la misma forma, Harish et al. (2020), encontraron que el gasto de bolsillo entre los pacientes asegurados fue significativamente menor en comparación con los no asegurados. Además, se ha encontrado evidencia de

protección financiera por parte de los esquemas de aseguramiento en salud (Akweongo et al., 2021).

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

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

Al realizar el análisis entre el gasto total de bolsillo con el tipo de seguro según IAFAS, se identificó asociación entre dichas variables ($p<0.001$), donde aquellos que contaban con SIS y EsSalud presentaron menores gastos que aquellos que no tenían seguro. Realizando el mismo análisis, Hernández et al. (2020) identificaron que los afiliados al SIS tenían mayor gasto de bolsillo en comparación con aquellos que tenían aseguramiento

privado (pxo.001), pero adicionalmente identificaron que lo mismo ocurría con aquellos que no tenían seguro (pxo.001), y con quienes tenían seguro de fuerzas armadas y policía ($p=0.035$), demostrando así que los seguros de salud brindados por el gobierno peruano no son totalmente efectivos para aminorar el gasto entre sus afiliados; adicionalmente este mismo autor pudo hallar otros factores asociados a un mayor gasto de bolsillo como, el grupo poblacional pediátrico y adultos mayores (pxo.001), de igual forma, al asociar el gasto de bolsillo con el área de residencia, identificaron diferencias significativas entre la zona rural con la urbana, siendo mayor en la última mencionada (pxo.001).

Según el Instituto Nacional Peruano de Economía (2021), durante pandemia, la población que contaba con un seguro declaró pagar entre 46% y 48% del costo total de los servicios de salud ofrecidos, la diferencia fue cubierta por los seguros públicos o privados. Mientras que las personas no aseguradas declararon pagar el 78% del costo de estos mismos servicios. Rojas y Santos (2021), que evaluaron los gastos de bolsillo de 119 pacientes con COVID, identificaron que los gastos según tipo de seguro fueron menores en aquellos con SIS en comparación a los que no estaban asegurados (S/.4,652.60 vs S/. 8,533.50).

Los estudios citados, anteriormente, demuestran que el centralismo genera un mayor gasto de bolsillo entre los ciudadanos, lo que se podría deber a la oferta-demanda encontrada en las grandes ciudades, a diferencia que, en zonas rurales, adicionalmente, se identifica que los servicios sanitarios en el primer nivel de atención no están funcionando de manera correcta ya que el mayor gasto se genera al acudir a un hospital en comparación con un establecimiento de salud del primer nivel. Se resalta que la población que no cuenta con un seguro de salud, tiene como medio para la atención el gasto directo durante la pandemia por COVID-19, en este contexto se encuentra vulnerable al impacto económico relacionado con la atención de salud, que se asocia con altos gastos de bolsillo. Esto enfatiza la necesidad de mayores investigaciones donde se evalúen estrategias que incrementen la protección financiera en pacientes no asegurados, y se busque mejorar el acceso al aseguramiento en salud.

Se identificó asociación entre el gasto de bolsillo por los servicios en prestaciones de salud con la cobertura de aseguramiento en salud ($p=0.019$), es decir, que los participantes que no tenían cobertura de aseguramiento refirieron un mayor gasto de bolsillo por atenciones médicas, análisis de laboratorio, exámenes imagenológicos u otros. Hallazgos similares a los reportados por Rojas y Santos (2021) quienes refirieron

que los gastos en exámenes de laboratorio, diagnóstico por imágenes y dispositivos médicos en pacientes con seguro (3.85%, 3.29% y 1.62% respectivamente) fueron menores en comparación a los no asegurados (7.29%, 7.94% y 2.6% respectivamente). Chua et al. (2021), quienes informaron que los gastos de bolsillo para servicios de hospitalización, servicios profesionales y auxiliares, o ambos, fueron mayores para pacientes con seguro privado (seguro privado: \$ 788 versus seguro nacional: \$ 277).

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

Para este estudio, se encontraron como principales limitaciones, la cobertura de internet, lo cual generó que algunos de los habitantes de la Urbanización San Juan Masías de la región Callao no puedan contestar el cuestionario y tengan que ser excluidos del estudio, viendo la necesidad de realizar un muestreo no probabilístico lo cual no asegura la representatividad de la población, por lo cual, los resultados no pueden ser generalizados o categóricos para otras realidades o entornos a nivel nacional.

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

Conclusiones

Se halló que la cobertura de aseguramiento en salud se relaciona de manera significativa con el gasto total y por servicios en prestaciones de salud medicamentos e insumos en habitantes del Callao durante la pandemia COVID-19. Además, se evidenció diferencias significativas del gasto total de bolsillo (en soles) entre los distintos tipos de seguros, donde SIS y EsSalud presentan menores gastos que el no tener seguro.

Recomendaciones

La entidad pública sanitaria que se encuentra a cargo de la urbanización San Juan Masías, debe desarrollar y plantear estrategias que permitan concientizar a los pobladores que ante cualquier presencia de sintomatología que afecte su salud, acudan a una posta o centro de salud más cercano, generándoles así menor gasto de bolsillo. Adicionalmente, el personal encargado del Área de Servicio Social de la posta o centro de salud, podría identificar mediante el registro institucional, así como verificar mediante visitas domiciliarias a los pobladores que no formen parte del Seguro Integral de Salud, para proceder con la respectiva evaluación y aseguramiento, generando así que mayor población tenga acceso a atención sanitaria. Y, por último, el gasto de bolsillo condiciona dificultades financieras en los hogares, más aún en un contexto de pandemia, lo que puede afectar el acceso al tratamiento y generar dificultades económicas y pobreza.

De esta manera, es imperante, la realización de investigaciones sobre otros factores que estarían incrementando el gasto de bolsillo, además de la cobertura de aseguramiento, y de esta forma proponer medidas para la protección financiera de los grupos poblaciones más vulnerables.

Contribuciones de los autores

Concepción y diseño del estudio, preparación y ejecución, recopilación, análisis e interpretación de datos, redacción del artículo, revisión crítica y supervisión del contenido intelectual.

Fuentes de Financiamiento

Financiamiento propio.

Referencias

- Akweongo, P., Aikins, M., Wyss, K., Salari, P., y Tediosi, F. (2021). Insured clients out-of-pocket payments for health care under the national health insurance scheme in Ghana. *BMC Health Serv Res*, doi: 10.1186/s12913-021-06401-8.
- Alfageme, A. (2015). Algunas reflexiones sobre la ley de aseguramiento universal en salud en el Perú. Banco Central de Reserva del Perú.
- BAl-Hanawi, M., Mwale, M., y Qattan, A. (2021). Health Insurance and Out-Of-Pocket Expenditure on Health and Medicine: Heterogeneities along Income. *Front Pharmacol*, DOI: 10.3389/fphar.2021.638035
- Alvites, J., Rodríguez, M., Gallardo, L., Simbaña, J., y Tuñoque, R. (2022). Aseguramiento Universal en Salud en el Perú durante la pandemia. *Revista Curae*, 4(2), 1-11. <https://doi.org/10.26495/curae.v4i2.2063>.
- Apoyo Consultoría. (2021). El sistema de salud en el Perú. Retos del bicentenario.
- Banco Mundial. (2021). Financiamiento para la cobertura universal de salud en el Perú después de la COVID-19. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/272151632979757783/pdf/Financiamiento-para-la-Cobertura-Universal-de-Salud-en-el-Peru-Despues-de-la-COVID-19.pdf>.
- Bárcena, A., y Etienne, C. (2021). La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social. Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud.
- Bikkina, S., Kittu, V., y Rao, A. (2021). Medical oxygen supply during COVID-19: A study with specific reference to State of Andhra Pradesh, India. *Mater Today Proc*, 1-6. DOI: 10.1016/j.matpr.2021.01.196.
- Briceño, D. (2022). Relación entre gasto de bolsillo y tipo de aseguramiento en enfermos crónicos que acuden a una botica de Piura-Perú. (Tesis

- de grado), Universidad Nacional de Piura. <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12676/3690/MHUM-BRI-HUA-2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- CEPAL-OPS. (2020). Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Informe del COVID-19.
- Chua, K., Conti, R., y Becker, N. (2021). Assessment of Out-of-Pocket Spending for COVID-19 Hospitalizations in the US in 2020. *JAMA Netw Open*, 4(10), doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.29894.
- Cuba, H. (2021). La pandemia en el Perú: Acciones, impactos y consecuencias del covid-19. (C. M. Perú, Ed.) Fondo Editorial Comunicacional.
- Defensoría del Pueblo. (2013). Informe Defensorial N° 161. Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS): resultados de la supervisión nacional a hospitales. Defensoría del Pueblo.
- Diwakar, V. (2020). From pandemics to poverty. Emerging analysis and ideas, Overseas Development Institute.
- El Centro de Divulgación del Conocimiento Económico. (2021). Monitoreo Gasto Público: Gasto de salud en América Latina. Observatorio de Gasto Público CEDICE.
- El-Khatib, Z., Otu, A., Neogi, U., y Yaya, S. (2020). The Association between Out-of-Pocket Expenditure and COVID-19 Mortality Globally. *J Epidemiol Glob Health*, 10(3), 192–193. DOI: 10.2991/jegh.k.200725.001.
- Gobierno Regional del Callao. (2022). Plan de Acción Regional de Seguridad Ciudadana Región Callao.
- Guerrero-Ojeda, G. (2020). Gasto de bolsillo en salud y riesgo de pobreza en hogares peruanos. Perú, 2017. *Rev Salud & Vida Sipanense*, 7(2), 27-40.
- Harish, R., Suresh, R., Rameesa, S., Laiveishiwo, P., Loktongbam, P., Prajitha, K., y Valamparampil, M. (2020). Health insurance coverage and its impact on out-of-pocket expenditures at a public sector hospital in Kerala, India. *J Family Med Prim Care*, 9(9), 4956–4961.
- Hernández, A., Vargas, R., Magallanes, L., y Bendezu, G. (2020). Análisis del gasto de bolsillo en medicamentos e insumos en Perú en 2007 y 2016. *Medwave*, 20(2).
- Hernández-Vásquez, A., Rojas-Roque, C., Barrenechea-Pulache, A., y Bendezu-Quispe, G. (2022). Measuring the Protective Effect of Health Insurance Coverage on Out-of-Pocket Expenditures During the COVID-19 Pandemic in the Peruvian Population. *Int J Health Policy Manag*, 11(10), 2299-2307. 10.34172/ijhpm.2021.154.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). Población afiliada a algún seguro de salud. INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). Estadísticas-Índice temático-Población y Vivienda. <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/censos/>
- Instituto Peruano de Economía. (2021). Gasto en salud en tiempos del COVID-19. <https://www.ipe.org.pe/portal/gasto-en-salud-en-tiempos-del-covid-19/>
- Jumpa, D. (2019). Aseguramiento universal en salud en el Perú: una aproximación a 10 años de su implementación. *Rev. Fac. Med. Hum*, 19(3), 75-80.
- Málaga, G. (2020). Causas de admisión en el Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID-19. *RMESP*, 37(3), DOI: 10.17843/rpmesp.2020.373.5868.
- Ministerio de Salud. (2016). Provincia Constitucional del Callao. MINSA.
- Ministerio de Salud del Perú. (2010). Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS: Ley N° 29344 - Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. MINSA.
- Ministerio de Salud del Perú. (2018). Aseguramiento Universal: Avances y desafíos del Seguro Integral de Salud. MINSA.

Rajalakshmi , E., Sasidharan, A., Bagepally, B., Kumar, M., Manickam, P., Vinayagam , T., . . . Parthipan , K. (2023). Household catastrophic health expenditure for COVID-19 during March-August 2021, in South India: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 23(47), 1-11. 10.1186/s12889-022-14928-6.

Restrepo, J., Palacios, D., y Espinal, J. (2022). Gasto en Salud durante la pandemia por COVID-19 en países de América Latina. Medellín. Recuperado de: <https://www.andi.com.co/Uploads/Documento%20de%20Trabajo%20Gasto%20en%20salud%20y%20covid-19.pdf>.

Rojas, R., y Santos, M. (2021). Gasto de bolsillo en salud de pacientes con COVID-19 atendidos en el Hospital Cayetano Heredia. (Tesis de grado). Universidad San Ignacio de Loyola, Lima. <https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f473dood-3708-4429-a250-26d31dd608ff/content>.

See, H., y Slonim, A. (2020). Financial Toxicity After Hospitalization; Considerations in Coronavirus Disease 2019 Recovery. *Crit Care Med*, 48(8), 1233-1234.

Sood, N., y Wagner, Z. (2016). Impact of health insurance for tertiary care on postoperative outcomes and seeking care for symptoms: quasi-experimental evidence from Karnataka, India. *BMJ Open*, 6(1), doi: 10.1136/bmjopen-2015-010512.

Tenorio-Mucha, J., Lazo-Porras, M., MonroyHidalgo, H., Málaga, G., y Cárdenas, M. (2020). Precios de medicamentos esenciales para el manejo y tratamiento de la COVID-19 en establecimientos farmacéuticos peruanos públicos y privados. *Acta Med Peru*, 37(3), 267-277. DOI: 10.35663/amp.2020.373.1560