



**UNIVERSIDAD
CIENTÍFICA
DEL PERÚ**

ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**DEMANDA POBLACIONAL Y FINANCIAMIENTO DEL
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE
SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LORETO, PERIODO
2019 - 2023**

**PARA OPTAR EL GRADO DE
MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN**

AUTORES:

JOHNNY DANILO PAREDES MEDER

ROBERTHO LUTTY ARTICA NAVARRO

ASESOR: LIC. ADM. JORGE PÉREZ SANTILLÁN, MGR.

ORCID 0000-0002-0034-7524

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: PROSPECTIVA DE
MERCADOS Y TERRITORIOS**

SAN JUAN BAUTISTA, LORETO, MAYNAS, PERÚ

2025

DEDICATORIA

A mis padres, quienes señalaron el horizonte de mi desempeño personal, familiar y de ciudadano, y hoy se resume en mi desempeño profesional al servicio de la sociedad.

Johnny Danilo

A mis padres, quienes me brindaron los valores de vida, que son útiles para mi desempeño en todos los campos donde me encuentro y expreso mi contribución

Robertho Luty

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro total agradecimiento a la Universidad Científica del Perú, a nuestros sus profesores, quienes nos brindaron conocimiento que nos ha permitido ampliar las perspectivas profesionales y contribución a la sociedad.

Los autores

Johnny Danilo y
Robertho Luty

Escuela de
Posgrado

ACTA DE SUSTENTACIÓN

Con RESOLUCIÓN N° 020-2025-UCP-EPG, del 17 de febrero del 2025, se designa jurado.

Con Resolución N°111-2025-UCP-EPG, del 13 de octubre del 2025, se autorizó la sustentación.

Siendo las 10:30 am. Del día sábado 18 de octubre del 2025, se constituyó de modo presencial el jurado para escuchar la presentación y defensa de la Tesis: DEMANDA POBLACIONAL Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LORETO, PERIODO 2019-2023"

Presentado por:

PAREDES MEDER, JHONNY DANILO Y ARTICA NAVARRO, ROBERTHO LUTTY
Para optar el Grado de Magister en Administración.

0

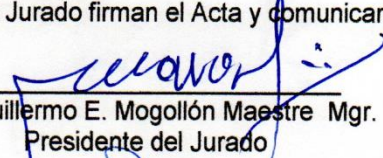
Asesor: Lic. Adm. Jorge Pérez Santillán Mgr.
ORCID 0000-0002-0034-7524

Luego de escuchar la sustentación y defensa ante las preguntas, el Jurado pasó a la deliberación en forma reservada, llegando a la siguiente conclusión:

La Sustentación es: APROBADO POR UNANIMIDAD

A las 12:30 horas culminó el acto público.

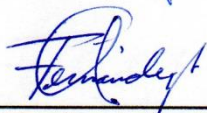
En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta y comunican en acto público.



Eco. Guillermo E. Mogollón Maestre Mgr.
Presidente del Jurado



CPC. Jorge Gonzales Bardales Mgr.
Miembro del Jurado



Lic. Gilberto Fernández Arica Mgr.
Miembro del Jurado



"Año de la recuperación y consolidación de la económica peruana"

**CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP**

El presidente del Comité de Ética e Integridad Científica

Hace constar que:

La Tesis titulada:

**"DEMANDA POBLACIONAL Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE SALUD EN EL
DEPARTAMENTO DE LORETO, PERIODO 2019 - 2023"**

De los alumnos: **JOHNNY DANILO PAREDES MEDER Y ROBERTHO LUTTY
ARTICA NAVARRO**, de la Escuela de Posgrado, pasó satisfactoriamente la
revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **4% de similitud**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que
estime conveniente.

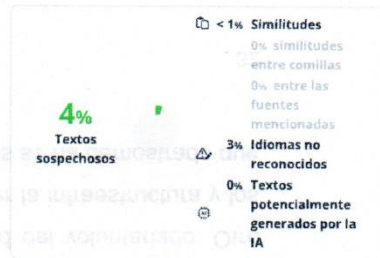
San Juan, 19 de agosto del 2025.



**Presidente del Comité de Ética e
Integridad Científica
Mgr. Arq. Jorge L. Tapullima Flores**

JLTF/C.E.I.C-A
221-2025

UCP_Maestría_2025_Tesis_Johnny_Paredes_Roberto_Artica_V1



Nombre del documento: UCP_Maestría_2025_Tesis_Johnny_Paredes_Roberto_Artica_V1.pdf

ID del documento: 90762889c8f1fa43fe3994ff3805ee6920b3b29

Tamaño del documento original: 419,27 KB

Depositante: Chris Angela Ramirez Flores

Fecha de depósito: 19/8/2025

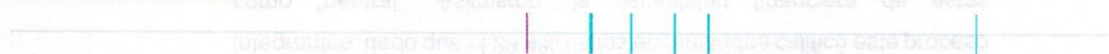
Tipo de carga: interface

fecha de fin de análisis: 19/8/2025

Número de palabras: 9323

Número de caracteres: 62.659

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes de similitudes

Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.ucp.edu.pe TENDENCIAS DEL MERCADO DEL SERVICIO ELÉCTRICO ... 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (59 palabras)
2	hdl.handle.net Financiamiento público del seguro integral de salud, calidad del ... 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (53 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.ucp.edu.pe http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstreams/753ff8b5-29ac-4fe4-a32c-d4ca3714e403/download	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (21 palabras)
2	repositorio.ucp.edu.pe http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/UCP/785/1/YOLY_ZULY_CONT_TESIS_2019.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (21 palabras)
3	repositorio.ucp.edu.pe http://repositorio.ucp.edu.pe:8080/server/apl/core/bitstreams/4c679cea-f8a3-44e1-8ce9-0a2...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (12 palabras)

INDICE DE CONTENIDO

	Página
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Hoja de aprobación	iii
Acta de sustentación	iv
Constancia de originalidad de la investigación	v
Índice de contenido	vi
Índice de tablas	viii
Índice de gráficos	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	1
 CAPÍTULO I: Marco teórico	 2
1.1. Antecedentes del estudio	2
1.2 Bases teóricas	6
1.2.1 Demanda poblacional de salud	6
1.2.1.1 Concepto de demanda	6
1.2.1.2 Segmentos de la demanda	7
1.2.2 Financiamiento del sistema de referencia y contrarreferencia de la salud individual	10
1.2.2.1 Concepto de financiamiento	10
1.2.2.2 Gasto público por grupo funcional	11
1.2.2.3 Fuentes de financiamiento	15
1.3 Definición de términos básicos	16
 CAPÍTULO II: Planteamiento del problema	 17
2.1 Descripción del problema	17
2.2 Formulación del problema	19
2.2.1 Problema general	19
2.2.2 Problemas específicos	19

2.3	Objetivos	19
2.3.1	Objetivo general	19
2.3.2	Objetivos específicos	20
2.4	Hipótesis	20
2.4.1	Hipótesis general	20
2.4.2	Hipótesis específicas	20
2.5	Variables	21
2.5.1	Identificación de las variables y operacionalización	21
2.5.1.1	Identificación de las variables	21
2.5.1.2	Definición conceptual	21
2.5.1.3	Definición operacional	22
2.5.1.4	Operacionalización de las variables	22
CAPÍTULO III: Metodología		23
3.1	Tipo y diseño de investigación	23
3.2	Población y muestra	23
3.3	Técnica, instrumento y procedimiento de recolección de datos	24
3.4	Procesamiento y análisis de datos	25
CAPÍTULO IV: Resultados de la investigación		26
4.1	Resultados de la demanda poblacional de salud	26
4.2	Resultados del financiamiento del sistema de referencia y contrarreferencia	34
CAPÍTULO V: Discusión, conclusiones, recomendaciones		42
5.1	Discusión de los resultados	42
5.2	Conclusiones	48
5.3	Recomendaciones	50
Referencias bibliográficas		51
Anexo 1. Matriz de consistencia		
Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos		

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Categoría presupuestal 0104	14
Tabla 2. Prueba de validez de constructo del instrumento de recolección de dato	24
Tabla 3. Tamaño poblacional total y dinámica, Perú y departamentos de Amazonia, comparativo años 2019 y 2023	26
Tabla 4. Tamaño poblacional por grupos de edades, departamento de Loreto, comparativo años 2019 y 2023	29
Tabla 5. Tamaño poblacional por grupo de sexo, departamento de Loreto, comparativo años 2019 y 2023	31
Tabla 6. Tamaño del gasto público en salud individual, Perú y departamentos de Amazonia, comparativo años 2019 y 2023	34
Tabla 7. Tamaño del gasto público en salud individual, por grupo funcional, departamento de Loreto, comparativo años 2019 y 2023	37
Tabla 8. Tamaño del gasto público en salud individual, por fuente de financiamiento, departamento de Loreto, comparativo años 2019 y 2023	39
Tabla 9. Base de datos de la prueba de hipótesis general	42
Tabla 10. Cálculo estadístico	42
Tabla 11. Base de datos de la prueba de hipótesis específica	44
Tabla 12. Cálculo estadístico	44
Tabla 13. Base de datos de la prueba de hipótesis específica	46
Tabla 14. Cálculo estadístico	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Página.

Gráfico 1. Tasa de variación promedio anual de la población total, Perú y departamentos de Amazonia, periodo 2019 y 2023	27
Gráfico 2. Tamaño de la población total de los departamentos de Amazonia respecto de Perú, comparativo años 2019 y 2023	28
Gráfico 3. Participación poblacional por grupos de edades, departamento de Loreto, comparativo años 2019 y 2023	30
Gráfico 4. Participación poblacional por grupos de sexo, departamento de Loreto, comparativo años 2019 y 2023	32
Gráfico 5. Perfil de la demanda poblacional, departamento de Loreto, variabilidad promedio anual, entre los años 2019 y 2023	33
Gráfico 6. Tasa de variación promedio anual del gasto público en salud individual, Perú y departamentos de Amazonia, entre los años 2019 y 2023	35
Gráfico 7. Tamaño del gasto público en salud individual de los departamentos de Amazonia respecto de Perú, comparativo años 2019 y 2023	36
Gráfico 8. Participación del gasto público en salud individual, por grupo funcional, departamento de Loreto, comparativo años 2019 y 2023	38
Gráfico 9. Participación del gasto público en salud individual, por fuente de financiamiento, departamento de Loreto, comparativo años 2019 y 2023	40
Gráfico 10. Perfil del financiamiento del gasto público en salud individual, departamento de Loreto, variabilidad en el periodo 2019 y 2023	41

41

RESUMEN

Demanda poblacional y financiamiento del sistema de referencia y contrarreferencia de salud en el departamento de Loreto, periodo 2019 - 2023

Johnny Danilo Paredes Meder

Robertho Luty Artica Navarro

El problema general está en la relación entre la emanda poblacional y financiamiento del sistema de referencias y contrarreferencia de la salud individual en el departamento Loreto, periodo 2019 – 2023. Loreto está perdiendo en participación en el contexto nacional, 3,370% en el 2019 y 3,362% en el 2023, por la baja tasa de crecimiento promedio anual, 0,725%, y con énfasis en el grupo hasta 17 años, -1,101%. Los grupos de hombres y mujeres muestran reducido crecimiento, con tasa promedio anual, 0,612% y 0,844% respectivamente. En el financiamiento del gasto público en salud individual, el comportamiento fue distinto, ha ocurrido alto crecimiento, S/ 15,815 millones en el 2019 a S/ 309,895 millones en el 2019, situación impacta en su mayor tamaño de participación, 2,793% en el 2019 al 3,879% en el 2023. Los tres grupos funcionales presentan crecimiento en términos monetarios. Sobre las fuentes de financiamiento, el principal es Recursos ordinarios, y en menor proporción donaciones y transferencias, 351,96%.

Palabras claves: referencia y contrarreferencia en salud, financiamiento.

ABSTRACT

Population demand and financing of the health referral and counter-referral system in the Loreto department, period 2019 - 2023

Johnny Danilo Paredes Meder

Robertho Luty Artica Navarr

The general problem lies in the relationship between the population demand and the financing of the individual health referral and counter-referral system in the Loreto department, period 2019 – 2023. Loreto is losing participation in the national context, 3.370% in 2019 and 3.362% in 2023, due to the low average annual growth rate of 0.725%, with a focus on the age group up to 17 years, -1.101%. The groups of men and women show reduced growth, with an average annual rate of 0.612% and 0.844% respectively. In the financing of public spending on individual health, the behavior was different; there has been high growth, from S/ 15,815 million in 2019 to S/ 309,895 million in 2023. This situation impacts its larger share, increasing from 2,793% in 2019 to 3,879% in 2023. The three functional groups show growth in monetary terms. Regarding the sources of financing, the main one is Ordinary Resources, with donations and transfers being less significant, at 351.96%.

Key words: reference and counter-reference in health, financing.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la salud de las personas comprende diversas áreas del conocimiento, como la medicina, el derecho, la administración, la tecnología de la información, etc. Se justifica, primero, por la magnitud de la demanda, pues los problemas de enfermedades involucran a todas las personas de la sociedad, no hace distingo entre raza, religión o nacionalidad, y con característica individual. Segunda justificación, es que la falta de salud puede ocurrir en todas las etapas de la vida, desde la gestación hasta edades avanzadas, y en cada una de ellas las enfermedades son diferenciadas. Muchas veces se presentan con urgencia de ser resueltas y cuya solución se ha convertido en un derecho incorporado en el ámbito constitucional, y su puesta en marcha ha requerido de establecer políticas de gestión administrativa y asistencial con enfoque de largo plazo y articulado (D.S. 026-2020-SA).

Es importante en el ámbito de la ciencia administrativa, o *management*, porque la salud de las personas involucra a diversas instituciones, desde el gobierno nacional con las políticas y regulaciones; los gobiernos locales con acciones de promoción en las comunidades; las universidades con sus investigaciones cualitativas y cuantitativas; las personas por el gasto económico que genera y las familias que pierden al familiar.

La gestión tiene característica transversal, en todos los sectores, y va desde el fortalecimiento de las instituciones y la gobernanza del sistema de salud, hasta la protección de la salud colectiva (Gutierrez *et al.*, 2018) y su respectivo financiamiento.

El trabajo comprende los capítulos del marco teórico, planteamiento del problema, metodología, resultados de la investigación, y su consiguiente discusión, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes del estudio.

Internacional

En el año 2020, se estudió el financiamiento hospitalario en sus mecanismos de pago en un problema de salud, con el objetivo de definir mejoras de gestión; con metodología cuantitativa; población constituida por información del Hospital de Urgencia de la región metropolitana de Chile, periodo 2017 y 2018, y aplicación de hoja de análisis de estructura de costos. Concluye que, el procedimiento de costeo y sus elementos permiten comparar los resultados. El gasto en medicamentos, 42% en promedio, no está incluido en la canasta de prestaciones de Garantías Explícitas en Salud (GES), siendo insuficiente para asumir el costo (recursos, insumos y fármacos) de un paciente de terapia trombolítica. La valorización del arancel del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) desincentiva el trabajo hospitalario al no existir recursos asociados al rendimiento sino a la producción histórica; tampoco toma en cuenta la realidad local, solo aplica un factor de ajuste en los programas que se incorporan en el año (Cáceres Torres, 2020).

En el año 2020, se investigó la eficiencia financiera en los hospitales públicos basada en costos, con el objetivo de definir mejoras de gestión; metodología cuantitativa econométrica; población de información de los hospitales de Chile, muestra 32 de ellos, y aplicación de modelo de regresión lineal. Concluye que, con el cálculo del Precio Base de los egresos hospitalarios se identifican los hospitales que se encuentran en la frontera de eficiencia; esto permite ver la brecha de eficiencia de otros hospitales respecto de ellos (benchmarking): hay sub producción y capacidad ociosa en quienes están bajo esta frontera. Se determinó que, un incremento de la productividad médica se relaciona con incremento de la eficiencia y con disminución de los Costos Medios y el Precio Base en el

Programa de Prestaciones Inicial (PPI), un mayor PPV/PPI puede relacionarse con la eficiencia. Agrega que, que, es posible tener nuevas políticas públicas de gestión hospitalaria con métricas precisas de eficiencia hospitalaria, asignar políticas de incentivos de acuerdo al rendimiento esperado, revisar los mecanismos de pago para los profesionales médicos y enfermería, vinculando al desempeño, y con ello tener políticas de RRHH en talento profesional (Santelices Cuevas, 2019).

Nacional

En el año 2021, se estudió los recursos del sistema de referencia y contrarreferencia en emergencia (SRCR), con el objetivo de proponer mejoras; metodología cualitativa; población de funcionarios y profesionales de salud del Hospital Nacional Dos de Mayo, muestra de 5 y 15 de ellos respectivamente, y aplicación de cuestionario. Concluye que, sobre la disponibilidad, falta coordinación entre establecimientos, hay pocos equipos modernos de comunicación y hay fallas en los actuales, poca disponibilidad de internet; se incumple la normativa del SRCR (del Departamento de Emergencia). En el tema presupuestal, hay escasez de recursos humanos, infraestructura, materiales e insumos médicos. En el tema de transporte, falta renovar el equipamiento de ambulancias y la cantidad es insuficiente. Sobre el proceso de referencias y contrarreferencias, en la primera, dificultades al atender a la gestante, neonatos complicados y pacientes cardiovasculares quirúrgicos, por falta de insumos; en las contrarreferencias, poco conocimiento de la normativa SRCR, y procesos administrativos inadecuados, falta de logística de traslado de pacientes. Sobre la calificación del sistema, 53% lo considera regular; 58.8% que cumple la normativa (Huaco Salas, 2021).

En el año 2019 se estudió la calidad del servicio en el SRCR, con el objetivo de proponer un modelo de gestión hospitalaria; metodología cualitativa; población formada por médicos del Hospital II Angamos-

EsSalud, y muestra de 80 de ellos, y aplicación de lista de cotejos. Concluye que, el 80% calificó la gestión como regular; 61,25% como regular la orientación hacia el paciente; 77,5% como regular el liderazgo; 77,5% como regular la planificación estratégica; 62,50% como regular el SRCR (Mayta Coronel, 2019).

En el año 2018 se estudió la percepción del SRCR en emergencias obstétricas, con el objetivo de determinar el cumplimiento de las normas técnicas; metodología cualitativa; población formada por mujeres en el puerperio en el Hospital Rural de Lamas, muestra de 35 de ellas, y aplicación de cuestionario. Concluye que, el manejo administrativo de pacientes fue calificado como regular, 33%. En el manejo asistencial, 34% como regular; el diagnóstico de referencia más frecuente es el “aborto incompleto”, 29%. El personal de salud con mayor referencia fueron los de obstetricia, 39%, y el personal técnico, 13%. Hay dificultad al construir equipos de atención para atender a la gestante. (Cárdenas Urrelo, 2018).

En el año 2017, se estudiaron los procesos del gestión del SRCR, con el objetivo de optimizar la calidad de servicio al paciente; metodología cualitativa, población de pacientes de la microred hospitalaria de Lima, muestra de 130 de ellos, y aplicación de cuestionario. Concluye que, a menor (inadecuada) gestión del sistema, menor es la calidad de servicio al paciente. 7 de 10 de ellos calificaron como regular la gestión del SRCR. Asimismo, 5 de 10 pacientes calificaron como inadecuada la gestión del proceso administrativo. 7 de 10 calificaron como regular la gestión del proceso asistencial (Parra Moscoso, 2017).

Local

En el año 2022, se estudió el presupuesto público del Seguro Integral de Salud (SIS), con el objetivo de medir la calidad del gasto de las unidades ejecutoras (UE); metodología cuantitativa comparativa de tres departamentos; población de información del periodo 2018 – 2020, y aplicación de hoja de data histórica. Concluye que, en el año 2020, el PIM Per Cápita de Loreto fue casi el doble que San Martín y Ucayali. Presentan alto grado del presupuesto ejecutado/PIM, 99.0%. En las variaciones anuales, en el 2018, Loreto cayó -14.66%, San Martín -24.45%, y Ucayali -20.53%. Referente a las categorías presupuestales, en el año 2020 la mayor participación fue del Programa articulado nutricional, 12,68%. Respecto a la calidad del gasto en las UE, el presupuesto transferido decreció en el Hospital Regional Loreto, S/. 16.21 millones en el 2018, S/. 13.80 millones en el 2019, y S/. 14.85 millones en el 2020. Referente a los recursos ejecutados, o devengados, todos los años quedan saldos no gastados, en el año 2020, S/. 2.44 millones en la UE Loreto, y S/. 2.01 millones en la Red Datem, (Veintemilla Villacorta y Pinasco Montenegro, 2022).

En el año 2017, se estudió el SRCR, con el objetivo de conocer la opinión de los pacientes sobre su servicio; metodología cualitativa; población de pacientes de un Centro de Atención Primaria en Essalud, muestra de 120 de ellos, y aplicación de cuestionario. Concluye que, sobre los datos demográficos de los atendidos, entre 35 y 59 años (61.7%); del sexo femenino (71.7%); son titulares del seguro (65.8 %), conyugues (25.8%) e hijos (8.4%). Sobre el tipo de atención recibida: consulta externa (97.5%) y emergencia (2.5%). Sobre el funcionamiento del sistema, no lo conocen (78.5%). Los pacientes aceptan la referencia a los especialistas (78.5%); conocen sobre el traslado del paciente (72.9%). Sobre el trato recibido, en referencia, muy bueno y bueno (80%); en el Farmacia, muy bueno y bueno (85.9%) (Zapana Pineda, 2017).

1.2 BASES TEÓRICAS.

1.2.1 Demanda poblacional de salud.

1.2.1.1 Concepto de demanda.

La salud de las personas es un mercado en la que la demanda se determina desde las necesidades que tienen, y ellas son diversas. Estas se diferencian por factores como los determinantes de la salud, la magnitud o tamaño de la necesidad en la sociedad y por la urgencia de su atención.

Primero, los determinantes de la salud se dividen en estructurales y condiciones de vida; en la primera, están los ingresos económicos para adquirir los bienes y servicios, entre otros, y en la segunda, las condiciones del entorno como, el acceso de las personas a la atención sanitaria, el estado de la vivienda donde está el hogar y el entorno físico, entre otros (OMS, 2009).

Se señala la importancia de que las estrategias en salud que se establezcan consideren estos determinantes de la salud, con énfasis en las desigualdades sociales, y enfoque multidisciplinario: biológico, social, estilos de vida y entorno ambiental (De la Guardía Gutiérrez y Ruvalcaba Ledezma, 2020).

Segundo, el tamaño de la necesidad en la sociedad definirá los recursos a requerir y, considerando que la necesidad es grande, con crecimiento continuo y los recursos disponibles son escasos, será imposible atender las necesidades en el año vigente, por lo que es necesario establecer metas en tiempos siguientes (corto, mediano y largo plazo). Estas metas impactarán en la inversión y el gasto público de las organizaciones en cada uno de los niveles de gobierno (nacional, regional y local).

Tercero, la urgencia con la que deben tratarse las necesidades de salud tiene relación con la fuente donde ocurre, y son dos. Aquellas que pueden ocurrir desde el propio organismo de la persona, por ejemplo, una hemorragia interna, y aquellas que resultan de hechos ocurridos en el entorno, caso de un accidente de tránsito.

Las organizaciones que están en el mercado de la salud tienen funciones señaladas y reciben recursos. Estas se incorporan desde el ámbito de las regulaciones de las transacciones hasta las tareas de atención personalizada al usuario.

1.2.1.2 Segmentos de la demanda.

Como se explicó líneas arriba en el tema de la atención de la salud basadas en metas, se ha definido como una política de gestión que los productos y servicios de salud deben llegar a todas las personas de la sociedad, son establecer diferencias por su capacidad económica, más que por los factores biológicos, edad y sexo, porque las enfermedades son distintas a lo largo de las etapas de la vida o por su condición sexual.

Se ha establecido como un compromiso global que todos los países, deben lograr la cobertura sanitaria universal (PNUD, 2023). Cumplir este compromiso que asumió el país impacta al ampliar el tamaño de la demanda, hay nuevas obligaciones de atención y ello requiere de mayores recursos financieros de las instituciones encargadas de la salud.

Este concepto se ha llevado al ámbito de los países, y es por ello que se ha incorporado como norma constitucional, expresada como un derecho: a la protección de la salud integral (art. 15, Constitución Política, 1979).

Para que sea posible su ejecución se han señalado las organizaciones encargadas de hacerlo. Se estableció como atribución del Poder Ejecutivo definir la política nacional de salud, y las funciones de controlar y supervisar su aplicación. Asimismo, fomentar las iniciativas destinadas a ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud (art. 15, Constitución Política, 1979). En el ámbito constitucional se agrega una nueva meta, la calidad del servicio; en la anterior no se hablaba de esta cualidad.

Años siguientes, al definirse una nueva norma constitucional, se ha reafirmado este derecho, a la protección de la salud (art. 7, Constitución Política, 1993).

En ella se ha señalado como atribución del Estado el determinar la política nacional de salud. Se han reiterado las funciones del Poder Ejecutivo de normar, diseñar, conducir y controlar. Se agrega la característica de que estas funciones deben estar descentralizadas, con el fin de facilitar a todos el acceso equitativo (art. 9, Constitución Política, 1993). En este ámbito constitucional se agrega una nueva meta, acceso equitativo.

Se ha señalado que el acceso a las prestaciones de salud se realizará a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Frente a un mayor número de organizaciones que ofrecerán el servicio, se establece que el Estado tienen la función de supervisar su eficaz funcionamiento (art. 11, Constitución Política, 1993).

Referente a la política nacional de salud, atribución solo del Poder Ejecutivo, se han señalado derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual. También, funciones de los

establecimientos encargados de la salud y sobre los servicios médicos que ahí se ofrecen (Ley 26842).

Se ha definido la estructura organizacional del Ministerio de Salud (MINSA), específicamente, los órganos de línea. Ahí se ubica la Dirección General de Salud de las Personas, y sus funciones que permitan realizar las actividades para lograr la salud integral de las personas (art. 24, Ley 27657).

Se ha establecido una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones, y su respectivo financiamiento, sea pública, privada o mixta, y se ha incorporado al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS (art. 13, Ley 29344).

Siendo la salud, un tema que ocurre a lo largo del curso de la vida de las personas, esta se observa como un proceso dinámico, el que comienza antes de la concepción y continúa en todas las etapas de su existencia.

Esta característica señala la importancia de tener una mirada holística, integral de la salud. que debe partir desde las intervenciones dirigidas a enfermedades específicas que deben realizarse, y el comportamiento que asume el individuo, su familia, su comunidad y su entorno al buscar la solución a su necesidad. Se agrega una mirada prospectiva al tema, sus metas y acciones tienen que ir más allá del corto plazo y llegar hasta la siguiente generación. Por ello, se ha definido una política de largo plazo, al 2030, con enfoque multisectorial (D.S. 026-2020-SA, Política Nacional).

Además, una mirada de concordancia de la política nacional de salud con otros planes nacionales de diversos sectores (llamado nivel vertical de alineamiento), y se operacionaliza a través de los objetivos prioritarios (OP), y ello hace útil a estos planes, por ejemplo:

OP3 de salud: Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud

Concordancia con:

OP5 de la Política Nacional de Juventud.

Eje de Política 2 de la Política Nacional del Ambiente.

Art. 5.3 del Reglamento de la Ley de salud mental

Otros.

1.2.2 Financiamiento del sistema de referencias y contra referencias de la salud individual.

1.2.2.1 Concepto de financiamiento

Contar con los recursos monetarios para utilizar en los pagos de los gastos corrientes y la inversión en equipos e infraestructura que se han generado al brindar los servicios de salud para las personas en los tiempos presentes, o del periodo (de acuerdo al objetivo que se espera alcanzar), expresa la primera decisión del financiamiento de las organizaciones, públicas y privadas.

En el ámbito de las organizaciones públicas, la necesidad de salud en el país es grande, compleja, con tendencia creciente, y muchas de ellas con urgencia en la atención, situación ya explicada en el epígrafe anterior, por lo cual la preocupación del Ministerio de Salud para calcular el tamaño monetario a pagar también es grande.

La información de la demanda de salud y de los servicios de salud que se están ofertando, permitirá identificar las “brechas” de salud que deben resolverse y las necesidades de financiamiento que deben lograrse en los años siguientes.

Acá aparece la segunda decisión, proveer los recursos monetarios que se requerirán en los años siguientes, y definir los mecanismos para lograrlo.

1.2.2.2 Gasto público por grupo funcional

La información de la demanda actual y de las brechas a resolver en el futuro deberán ser detalladas para definirán nuevos objetivos estratégicos y políticas de trabajo operativo, en el caso de la salud según el modo que se espera llegar a la población, colectivo o individual, y en este último por grupos funcionales.

Y en este nivel operativo, según sea el modo que se espera llegar y los grupos funcionales en que organiza la oferta, se definirán las acciones de los establecimientos de salud en tipos de servicios y medicamentos, cuyos resultados serán medidos en indicadores de equidad, eficacia y oportunidad.

Los productos y servicios de salud se expresan en acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, con indicador de suficiente calidad para ser efectivos, y además, que no generen gasto económico en el presente o futuro (Gutierrez *et al.*, 2018).

La magnitud del tamaño de la oferta de infraestructura y de servicios que se brinda en cada establecimiento de Ministerio de Salud (MINSA) servirán para definir la categorización respectiva y por lo tanto el gasto público que se asignará. Ellas toman la denominación de institución prestadora de servicios de salud (IPRES).

Las IPRES requieren de normatividad, particularmente en documentos que señalen los procedimientos técnico – administrativo, por ejemplo, en la referencia y contra referencia, la capacidad de resolución

para ejecutar las acciones que tienen los establecimientos de salud frente a la complejidad de la demanda, particularmente en la urgencia de tiempo de la acción que debe tomarse.

En el año 2001 se aprobó la normatividad referida al SRCR que deben tener los establecimientos del Ministerio de Salud (Resolución Ministerial 155-2001-SA/DM).

El SRCR se expresa en procedimientos, asistenciales y de gestión administrativa, y ello con el fin de asegurar que haya continuidad de la atención al usuario, y si es necesario se toma la decisión de transferirlo de un establecimiento de salud que tiene menor capacidad resolutive a otro de mayor (NT No.18 Minsa/DGSP-V.01).

Estos conceptos, referencia y contra referencia, constituyen dos etapas que están altamente integradas con sus propios procedimientos graficados en un mapa de procesos.

La primera, la referencia consiste en transferir la “responsabilidad de atención” hacia un IPRES del primer nivel de atención cuando se identifican signos que expresan en el usuario “peligro o alarma o factores de riesgo” (*op. cit*, p. 37).

La segunda, la contra referencia consiste en que la unidad que recibió devuelve la “responsabilidad de atención” hacia el IPRES donde se originó, luego de tener el resultado de prueba de diagnóstico y de conocer la dimensión de la atención integral requerida (*op. cit.*, p. 37).

Para realizar las dos actividades se han definido organizaciones, y estas tiene funciones estandarizadas, en cada Dirección de Salud, tanto en el nivel nacional y en el nivel de los departamentos geográficos, donde se ubican el órgano desconcentrado de cada gobierno regional.

Una mirada vertical de la organización, parte de la Dirección de Servicios de Salud, quien coordina con otros sectores, instituciones o instancias (R.M. 155-2001-SA/DM).

La Dirección de Redes de Salud, presente en el órgano desconcentrado, quien realizará atención de salud de mediana y baja complejidad. Gestiona el SRCR en su población asignada y referenciada.

La Microred de Salud da continuidad al servicio de salud, a través del SRCR, cumpliendo normas y procedimientos ya señalados.

La Dirección Ejecutiva o Director (según nivel de complejidad del Hospital) dirige en su ámbito.

La Unidad de Seguros del Hospital evalúa y coordina mejoras de los pacientes asegurados a cargo de los órganos competentes

En la actualidad, los establecimientos de salud disponen del sistema de gestión clínica y administrativa, y en cada de estos niveles funcionales ocurren procesos.

El primer proceso, ingreso del paciente al consultorio de salud: identificación, evaluación por el profesional de salud, quien llena la referencia; si no tiene equipamiento, entrega al módulo de apoyo para su digitación.

El segundo proceso: auditoria de la referencia (análisis del equipo del SRCR de la IPRESS de destino); decisión que toma, ser aceptada, observada o rechazada. No es posible corregirse en el REFCON (aplicativo MINSA), lo que obliga a formular una nueva referencia. Observaciones.

El tercero proceso: aceptación de la referencia (decisión del IPRESS de destino), y programación de la cita.

El cuarto proceso, el paciente acude al establecimiento o IPRES para su cita programada, concordante con la aceptación tenida y su respectiva comunicación.

El quinto proceso, el profesional de salud decide la continuidad en dicho nosocomio o realiza la contrarreferencia a su establecimiento de origen.

La información de las acciones realizada se refleja en el Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS), búsqueda en los tableros siguientes: prestaciones en salud, referencias y contrarreferencias, seguimiento, por región, microred, Diresa/Geresa, establecimiento de origen y tipo de traslado.

También, se dispone de la información del gasto presupuestal; en el sector salud son ocho programas presupuestales (PP) sectoriales y tres multisectorial. Entre los primeros, está la categoría presupuestal que se detalla en la Tabla siguiente.

Tabla 1

Categoría Presupuestal 0104:

Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Médicas

División Funcional 044: SALUD INDIVIDUAL

Producto	Definición
0096:	Atención médica básica
0097:	Atención médica especializada
0098:	Servicios de diagnóstico y tratamiento

1.2.2.3 Fuentes de financiamiento

Para cubrir los gastos para solucionar los problemas de salud, la primera fuente es el recurso del hogar, con su propio dinero comprará la medicina de urgencia, o los insumos para realizar la medicina tradicional, conocimiento que ha sido transferido de padres a hijos.

ESAN (2017) explicaba que las principales fuentes de financiamiento para los problemas de salud son los hogares peruanos; los empleadores; y el Estado.

Las empresas calculan su margen comercial el que comprende cubrir sus costos y gastos. En este último, están los gastos por remuneraciones, y en ella ocurre el pago de la cuota patronal a Essalud, establecida en norma legal. Hoy constituye el 9% del monto de la planilla, pero con tiene excepciones según el tipo de trabajador, caso de los jubilados, o el sector económico donde realiza sus actividades.

La tercera fuente de financiamiento es la que logra el Estado, de los contribuyentes, a través del impuesto a la renta que pagan las empresas, los profesionales y las personas naturales, y de las tasas por servicios que pagan los usuarios cuando están tomando el servicio de salud.

La distribución de los impuestos, se hace a través de canales denominados recursos ordinarios, determinados y canon (diversas denominaciones). Y sobre ellas se han definido normas de adquisición, presupuestales de gasto y contabilización, con sus respectivos sistemas de gestión e información.

La magnitud del gasto ocurrirá en los niveles de gobierno (nacional, regional, localidad), cada una según la función asignada en sus leyes orgánicas respectivas.

Cabe señalar que cada sector de la administración pública tiene sus características propias cuando se trata de los gastos directamente recaudados.

1.3 Definición de términos básicos

- a. Financiamiento de la atención médica básica. Es el primer nivel de atención, y en el se realiza las actividades de: evaluación, estabilización, manejo de la condición clínica. El paciente accede al tópico de emergencia (MINSA, 2010).
- b. Financiamiento de la atención médica especializada. La atención inicia con el servicio de triaje; ahí se establece el grado de prioridad de la emergencia, según norma técnica ya establecida. Puede ocurrir el ingreso siguiente a los servicios: trauma shock, sala de observación de emergencia, centro quirúrgico, cuidados críticos y/u otro (MINSA, 2010).
- c. Financiamiento de los servicios de diagnóstico y tratamiento. Comprende los exámenes auxiliares; asimismo, los procedimientos de diagnóstico o terapéutico, tratamiento según guía de práctica clínica y otros para resolver y/o estabilizar la condición clínica del paciente (MINSA, 2010).
- d. Flujo de la demanda de salud. Este se puede observar en diversas fuentes de información, como los reportes de personas atendidas y atenciones, y de las referencias y contrarreferencias realizadas, por territorio, lo que señala el tamaño de la demanda y la tendencia en el tiempo (MINSA, 2010).

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción del problema.

La complejidad de la demanda de salud de las personas hace que muchas necesidades de los usuarios requieran de una mayor capacidad resolutive del IPRES al cual llegó y no lo tiene. Acá se presenta el primer problema a resolver, reducida infraestructura para generar los productos y servicios necesarios.

Por ejemplo, una reducida infraestructura genera saturación durante la atención y el hacinamiento de los pacientes durante su permanencia en el local, y ello ocurre con mayor intensidad en el servicio de emergencia de un hospital del ámbito urbano, con alta frecuencia en el horario de la mañana, sobre todo los días lunes (Taype-Huamani *et al.*, 2020)

Se buscaron soluciones basadas en los principios de la gestión administrativa, y tomando de ella el principio de delegación, se definieron mecanismos para derivar o referir al paciente a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive, creándose un flujo de personas entre ellas.

Acá ocurre un nuevo problema. La referencia se hacía con actividades manuales de “llenada en físico” del documento, y este se le daba al mismo paciente (Llanos Zavalaga *et al.*, 2021), quien se convertía en un tramitador de documentos, con el riesgo de pérdida de ellos y de no recibir la atención en el área de referencia o ventanilla de la IPRESS. En este destino volvía a realizar un nuevo trámite (costo y tiempo adicional), para sacar su cita en el tema de salud que requería, y las molestias consiguientes.

Hoy, estas actividades forman parte de procesos automatizados, señalado en capítulo anterior, a través de un sistema. Este se encuentra

implementado en 903 de IPRESS, de un total de 8,331 del Ministerio de Salud, Lima y regiones. La geografía accidentada del país y la limitada cobertura de internet impactan en crear otro problema (D.S. 026-2020-SA, Política Nacional, p. 62).

Los establecimientos que forman parte de la implementación, tienen problemas como la falta de la computadora para el llenado de los datos del paciente en el sistema, y la escasa competencia tecnológica del profesional de salud que lo atiende, y este es mayor cuando se observa en los departamentos del interior del país.

Los establecimientos de salud en el departamento de Loreto tienen grandes “brechas de infraestructura y equipamiento”, situación que se observan en la no aceptación de la referencia de un paciente y su devolución a la de origen.

A ello se agrega una población creciente en este departamento, creando mayor demanda de los servicios de salud, y esta característica es más intensa en las provincias del interior del departamento, con altos niveles de insatisfacción de sus necesidades básicas.

Otro problema es que el sistema integrado de referencia y contrarreferencia “no articula con todos los prestadores”, públicos, privados o mixtos (Llanos Zavalaga *et al.*, 2021). Y este hecho ocurre en todos los tipos de atenciones (ambulatoria, hospitalaria y emergencia) y las de Aseguramiento en Salud – IAFAS.

Muchas veces se ha señalado que no existen los recursos financieros para atender los servicios de atención de la salud individual, particularmente de la salud individual en sus tres tipos de productos.

Se requiere conocer el problema de la salud en varios indicadores: disponibilidad de recursos financieros que tienen los establecimientos de

salud, comportamiento del presupuesto por tipo de programa, productos, al que se asignan los gastos, y el comportamiento en un periodo de tiempo.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

2.2.1 Problema general

El problema descrito se resume en la siguiente interrogante general:

¿Cuál es la relación en las variaciones de la demanda poblacional y en el financiamiento del sistema de referencias y contrarreferencia de la salud individual en el departamento Loreto, periodo 2019 – 2023?

2.2.2 Problemas específicos.

Las interrogantes específicas son las siguientes:

¿Cuál es la relación en las estructuras de financiamiento por grupo funcional del sistema de referencias y contrarreferencia de la salud individual en el departamento Loreto, comparativo años 2019 y 2023?

¿Cuál es la relación en las estructuras de financiación por fuente de financiamiento del sistema de referencias y contra referencia de la salud individual en el departamento Loreto, comparativo años 2019 y 2023?

2.3 OBJETIVOS.

2.3.1 Objetivo general.

Estudiar la relación entre las variaciones de la demanda poblacional y en el financiamiento del sistema de referencias y contra referencia de la salud individual en el departamento Loreto, periodo 2019 – 2023.

2.3.2 Objetivos específicos.

- a. Determinar la relación en las estructuras de financiamiento por grupo funcional del sistema de referencias y contra referencia de la salud individual en el departamento Loreto, comparativo años 2019 y 2023.
- b. Describir la relación en las estructuras de financiación por fuente de financiamiento del sistema de referencias y contra referencia de la salud individual en el departamento Loreto, comparativo años 2019 y 2023.

2.4 HIPÓTESIS.

2.4.1 Hipótesis general.

Hi: Existe relación entre las variaciones en la demanda poblacional de salud y en el financiamiento del sistema de referencias y contra referencia de la salud individual en el departamento Loreto, periodo 2019 – 2023.

2.4.2 Hipótesis específicas.

Hd1: Existe relación en las estructuras de financiamiento por grupo funcional del sistema de referencias y contra referencia de la salud individual en el departamento Loreto, comparativo años 2019 y 2023.

Hd2: Existe relación en las estructuras de financiación por fuente de financiamiento del sistema de referencias y contra referencia de la salud individual en el departamento Loreto, comparativo años 2019 y 2023.

2.5 VARIABLES.

2.5.1 Identificación de las variables y operacionalización.

2.5.1.1 Identificación de las variables

Variable independiente (X): Demanda poblacional de salud.

Variable dependiente (Y): Financiamiento del sistema de referencias y contrarreferencias de la salud.

2.5.1.2 Definición conceptual

Demanda poblacional de salud

La demanda de salud entendida como un mercado total y segmentos de personas que esperan alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, y frente a la presencia de enfermedad, requiere acceso oportuno, aceptable y asequible a los servicios de atención de salud de calidad y suficiente, y se inicia desde la concepción (DS 026-2020-SA, Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”).

Financiamiento del sistema de referencias y contrarreferencias de la salud

Se realiza a través de la categoría presupuestal que explica el otorgamiento de recursos financieros con el objetivo de reducir la mortalidad por emergencias y urgencias médicas, medido en la salud individual (MEF, 2023).

2.5.1.3 Definición operacional

Demanda poblacional de salud

Tamaño de la población identificada como mercado total y por segmentos por ciclos de vida, cuantificadas por grupos de edades y características particulares de salud en cada una de ellas, estructura vertical de participación y por tendencias horizontales de estos grupos poblacionales, y por áreas de localización.

Financiamiento del sistema de referencias y contrarreferencias de la salud

Recursos financieros medidos por la eficiencia del presupuesto ejecutados en grupo funcional y por fuente de financiamiento.

2.5.1.4 Operacionalización de las variables

Variable	Dimensión	Indicador		Índice
Variable independiente (X) Demanda poblacional de salud	X1. Segmentos de la demanda por edades	X 1.1	Grupos a atender por edades	Multi escalas
		X 1.2	Población nominal	
		X 1.3	Participación	
	X2. Segmentos de la demanda por sexo	X 2.1	Grupos a atender por sexo	
		X 2.2	Población nominal	
		X 2.3	Participación	

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR		ÍNDICE
Variable dependiente (Y) Financiamiento del sistema de referencias y contrarreferencias	Y1. Grupo funcional	Y 1.1	Tipo de grupo funcional	Escala monetaria y porcentual
		Y 1.2	Gasto nominal	
		Y 1.3	Participación	
	Y2. Fuente de financiamiento	Y 2.1	Tipo de fuente	
		Y 2.2	Gasto nominal	
		Y 2.3	Participación	

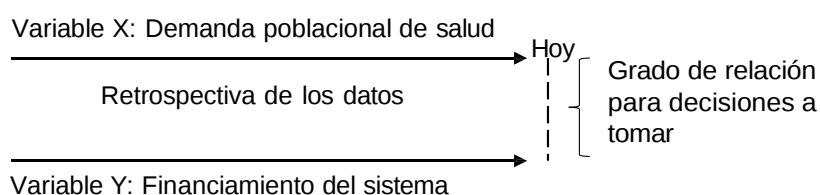
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación.

La investigación realizada está en el nivel de aplicada, concluyendo en un trabajo de adquisición de nueva información en el sector de estudio seleccionado, particularmente los negocios y la economía, y dirigida hacia un objetivo específico (OCDE, p. 47.), como son las decisiones de gestión.

La investigación realizada es de tipo relacional, e inicia del análisis de los datos de hechos históricos (cuantitativos), a fin de que permita la vinculación entre estos datos y luego estudia sus relaciones en determinado (OCDE, p. 47.)

La investigación parte del diseño de definir la actividad económica (sector); el levantamiento de la serie histórica de datos de cada variable (retrospectiva, hechos ocurridos); frecuencia de la recogida (transversal, una sola vez, señalando la fecha); y el propósito de la información (decisiones a tomar sobre la información) (OCDE, 25).



3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población está conformada por series de datos de hechos históricos; y expresado en un periodo de tiempo.

- a. Elementos. La muestra está conformada por los hechos históricos: que explican la demanda poblacional de salud individual y el financiamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.
- b. Tamaño. Un periodo de tiempo, comprende cinco años, del 2019 hasta el 2023.
- c. Selección de la unidad de análisis. Muestra constituida por los años del periodo de tiempo seleccionado en forma no aleatoria, por conveniencia.

3.3 Técnica, instrumento y procedimiento de recolección de datos.

La técnica utilizada en la recolección de datos para ambas variables fue la revisión histórica.

Tabla 2

Prueba de validez de constructo del instrumento de recolección de datos

Indicadores	Índices	Tabla
Segmento de la demanda por edades	1.1 Grupos a atender por edades	Tabla 4
	1.2 Población nominal	Tabla 4
	1.3 Participación	Tabla 4
Segmento de la demanda por sexo	2.1 Grupos a atender por sexo	Tabla 5
	2.2 Población nominal	Tabla 5
	2.3 Participación	Tabla 5
Gasto público por grupo funcional	3.1 Tipo de grupo	Tabla 7
	3.2 Gasto nominal	Tabla 7
	3.3 Participación	Tabla 7
Fuente de financiamiento	4.1 Tipo de fuente	Tabla 8
	4.2 Gasto nominal	Tabla 8
	4.3 Participación	Tabla 8

El instrumento de recolección de datos para ambas variables fue la Hoja de análisis de estructura cuantitativa.

3.4 Procesamiento y análisis de datos.

El procedimiento de recolección de datos seguido fue el siguiente:

- a. Identificación del actividad o sector: gestión pública, salud
- b. Selección de los hechos históricos: demanda y financiamiento público.
- c. Selección de los años comparativos del periodo de tiempo;: 2019 y 2023
- d. Elaboración de los instrumentos de recolección de datos: Hoja de análisis de estructura cuantitativa.
- e. Aplicación de los instrumentos de recolección de datos, antes señalados.
- f. Organización de los datos cuadros descriptivos.
- g. Análisis e interpretación de la información.
- h. Elaboración de la discusión, conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Resultados de la demanda poblacional de salud.

Se identifica la información del contexto nacional y luego de los territorios del interior, quienes tienen una característica común, ubicación en Amazonia, caso de tres departamentos que señalan a continuación.

Loreto es el departamento de Amazonia de mayor población entre los tres, supera el millón de habitantes; pero está perdiendo en tamaño de participación, pasó del 3,370% en el año 2019 al 3,362% en el año 2023.

Tanto Perú, como contexto nacional, y los tres departamentos seleccionados presentan tendencia creciente en este periodo de tiempo, con diferentes intensidades. Observando la tasa de crecimiento promedio anual, Loreto tiene la más baja, 0,725%, mientras que San Martín creció mas del doble (1,709%) que Loreto, y Ucayali cerca de cuatro veces (2,435%) respecto de Loreto, lo que explica la pérdida de su participación.

Tabla 3

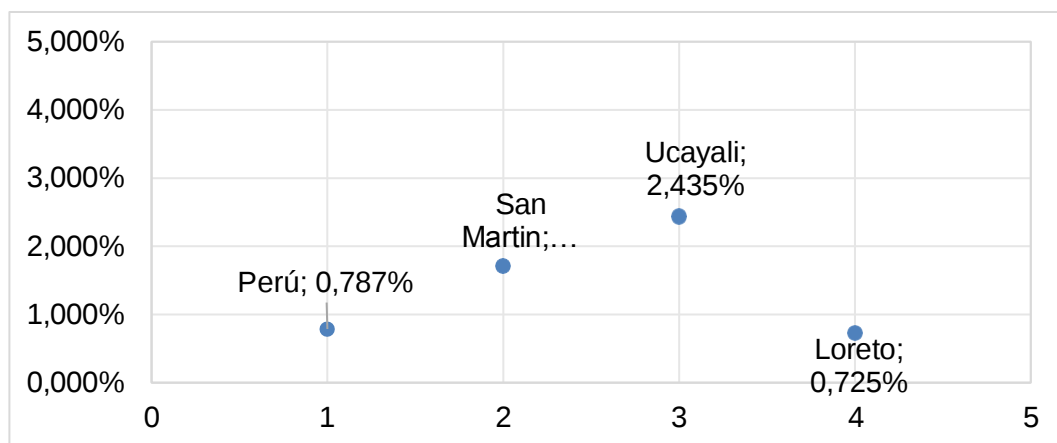
Tamaño poblacional total y dinámica, Perú y departamentos de Amazonia, comparativo años 2019 y 2023

	Año 2019 (personas)	Año 2023 (personas)	Variación población (personas)	Variación del periodo	Variación promedio anual
Perú	34,319,172	35,411,932	1,092,760	3.184%	0.787%
San Martin	957,992	1,025,179	67,187	7.013%	1.709%
Ucayali	624,257	687,318	63,061	10.102%	2.435%
Loreto	1,156,517	1,190,415	33,898	2.931%	0.725%

Fuente: RENIEC, población identificada con DNI.

Elaboración: los autores

Gráfico 1
Tasa de variación promedio anual de la población total, Perú y
departamentos de Amazonia, periodo 2019 y 2023
(Porcentaje)

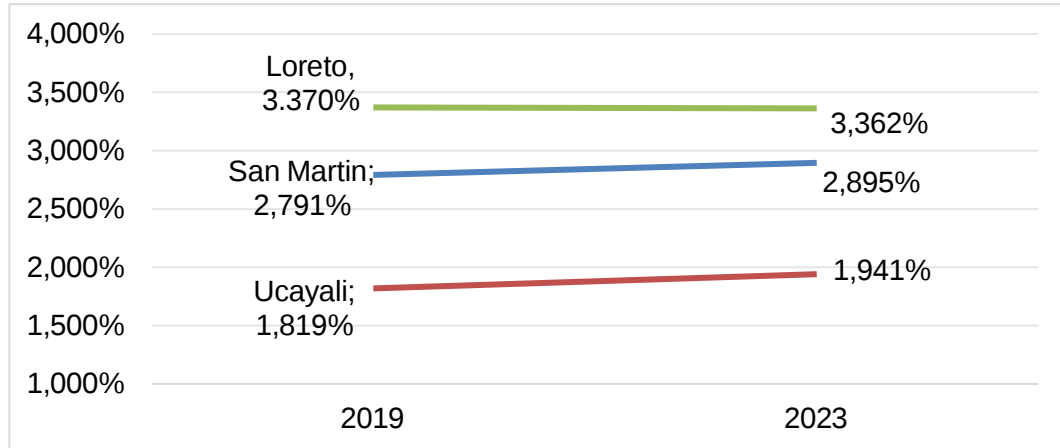


Fuente: Tabla 3

Elaboración: los autores

Gráfico 2

**Tamaño de la población total de los departamentos de Amazonia respecto de
Perú, comparativo años 2019 y 2023
(Porcentaje)**



Fuente: Tabla 3

Elaboración: los autores

Una de las características demográficas de la población son los grupos por edad biológica de las personas, considerando que este hecho tiene fuerte vinculación con los tipos de enfermedades de las personas y por lo tanto la oferta de servicios de salud que debe ofrecer el Estado.

Esta observación detallada señala comportamientos diferenciados. El grupo poblacional hasta 17 años (menores de edad), muestra una reducción de 5 281 menos personas en el año 2023 respecto al año 2019, constituyendo una variación de -1,101% en el periodo de tiempo, y por consiguiente tendencia decreciente para los años siguientes.

El grupo poblacional de 18 a más años (mayores de edad) ha tenido un regular crecimiento, lo que se expresa en una variación de 39 179 personas de más, lo que se refleja en una tasa promedio anual de 1,417%, y por consiguiente tendencia creciente para los años siguientes.

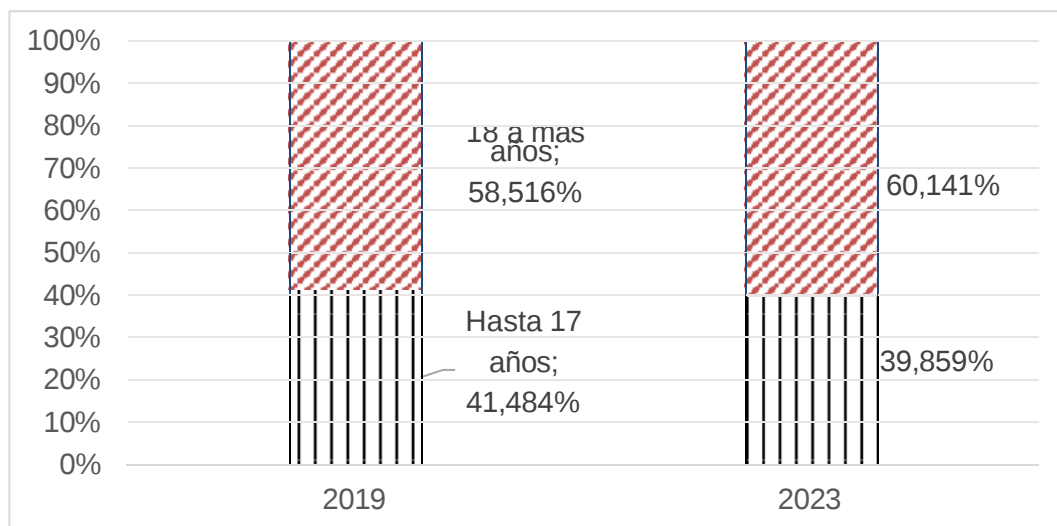
Tabla 4
Tamaño poblacional por grupos de edades, departamento de Loreto,
comparativo años 2019 y 2023

	Año 2019 (personas)	Año 2023 (personas)	Variación población (personas)	Variación del periodo	Variación promedio anual
Población nominal					
Hasta 17 años	479,774	474,493	-5,281	-1.101%	-0.276%
18 a más años	676,743	715,922	39,179	5.789%	1.417%
Participación					
Hasta 17 años	41.484%	39.859%			
18 a más años	58.516%	60.141%			

Fuente: RENIEC, población identificada con DNI.

Elaboración: los autores

Gráfico 3
Participación poblacional por grupos de edades, departamento de Loreto,
comparativo años 2019 y 2023
(Porcentaje)



Fuente: Tabla 4

Elaboración: los autores

Otra característica demográfica de la población son los grupos por sexo biológico de las personas, considerando que también este hecho señala los tipos de enfermedades propios que tienen en cada grupo, y por lo tanto la oferta de servicios de salud que debe ofrecer el Estado.

Esta observación detallada señala comportamientos diferenciados. El grupo poblacional de hombres, muestra un crecimiento de 14 769 más personas en el año 2023 respecto al año 2019, constituyendo una tasa promedio anual de 0,612%, y por consiguiente tendencia creciente para los años siguientes.

El grupo poblacional de mujeres ha tenido un mayor crecimiento, lo que se expresa en una variación de 19 129 personas de más, lo que se refleja en una tasa promedio anual de 0,844%, y por consiguiente tendencia creciente para los años siguientes.

Tabla 5
Tamaño poblacional por grupo de sexo, departamento de Loreto,
comparativo años 2019 y 2023

	Año 2019 (personas)	Año 2023 (personas)	Variación población (personas)	Variación del periodo	Variación promedio anual
Población nominal					
Hombres	597,340	612,109	14,769	2.472%	0.612%
Mujeres	559,177	578,306	19,129	3.421%	0.844%
Participación					
Hombres	51.650%	51.420%			
Mujeres	48.350%	48.580%			

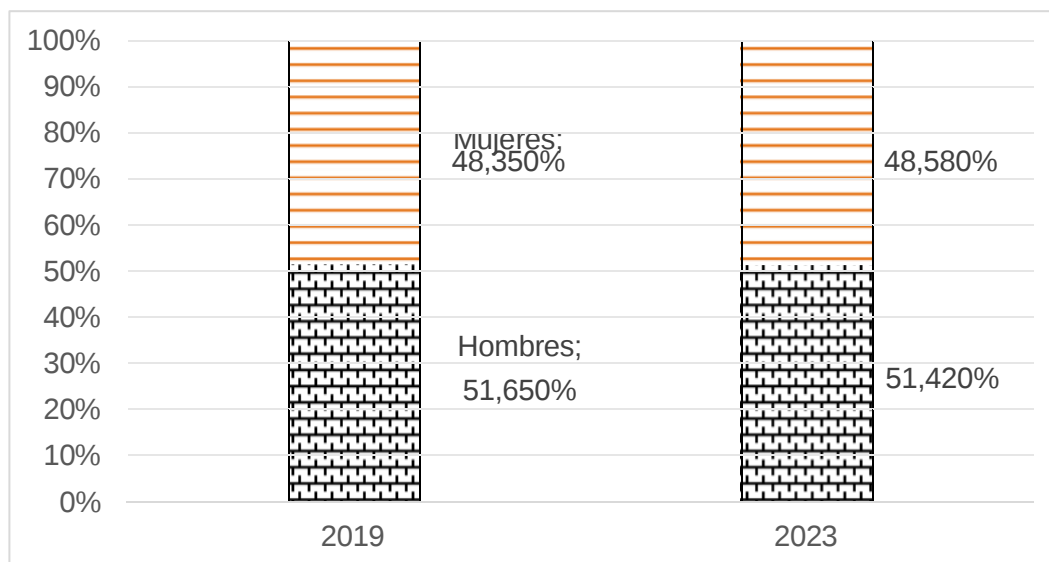
Fuente: RENIEC, población identificada con DNI.

Elaboración: los autores

Gráfico 4

**Participación de la población por grupos de sexo, departamento de Loreto,
comparativo años 2019 y 2023**

(Porcentaje)

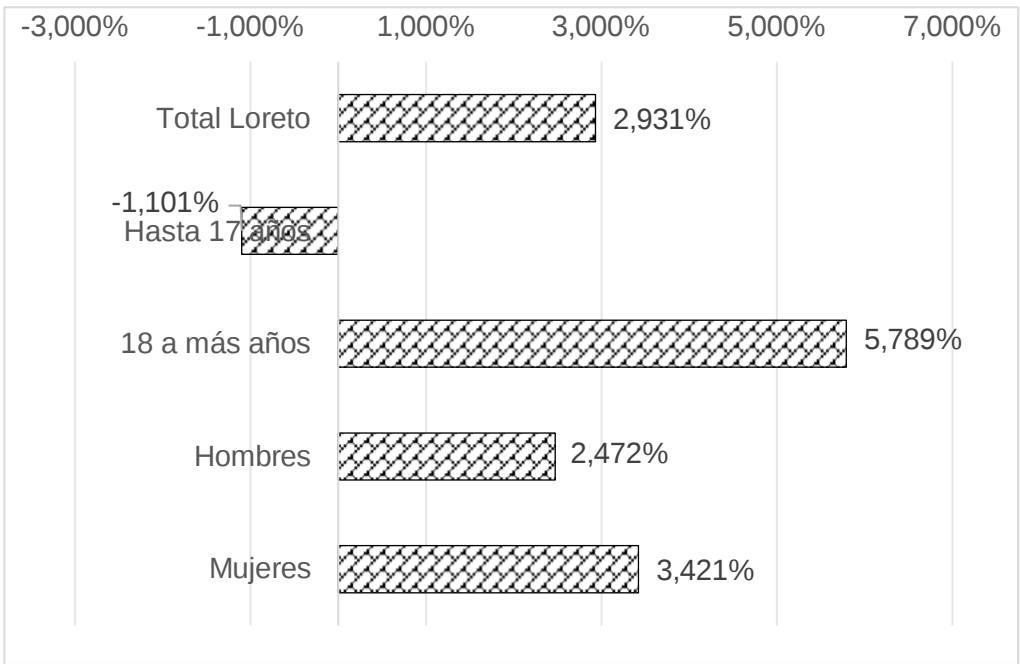


Fuente: Tabla 5

Elaboración: los autores

A continuación se tiene un perfil del comportamiento de la demanda poblacional, descrito en las variaciones en el periodo de tiempo señalado, en grupos de edades, es decreciente en el grupo de personas hasta 17 años, y ese dato será vital para el departamento de Loreto.

Gráfico 5
Perfil de la demanda poblacional, departamento de Loreto, variabilidad promedio anual, entre los años 2019 y 2023
(Porcentaje)



Fuente: Tabla varias

Elaboración: los autores

4.2 RESULTADOS DEL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS.

Similar al estudio de la demanda, se parte de determinar la información de Perú y luego de los territorios del interior (tres departamentos) con la características común, ubicación en la Amazonia.

Loreto es el departamento de Amazonia que tiene el mayor gasto público en salud individual, S/ 15 815 millones en el 2019 y S/ 30 895 millones en el 2023, lo que lleva a tener un mayor crecimiento en su tamaño de participación, del 2,793% en el año 2019 al 3,879% en el año 2023.

Tanto Perú, como contexto nacional, y los tres departamentos seleccionados presentan tendencia creciente en este periodo de tiempo, con diferentes intensidades. Observando la tasa de crecimiento promedio anual, Loreto tiene la más alta, 18,243%, mientras que San Martín creció menos (13,79%) y Ucayali fue mucho menor (3,517%).

Tabla 6
Tamaño del gasto público en salud individual, Perú y departamentos de Amazonia, comparativo años 2019 y 2023

	2019 (soles)	2023 (soles)	Variación del gasto (soles)	Variación del periodo	Variación promedio anual
Perú	566,158,927	796,499,627	230,340,700	40.68%	8.909%
San Martin	9,223,978	15,464,653	6,240,675	67.66%	13.790%
Ucayali	7,677,797	8,816,400	1,138,603	14.83%	3.517%
Loreto	15,815,295	30,895,996	15,080,701	95.36%	18.224%

Fuente: MEF Transparencia económica

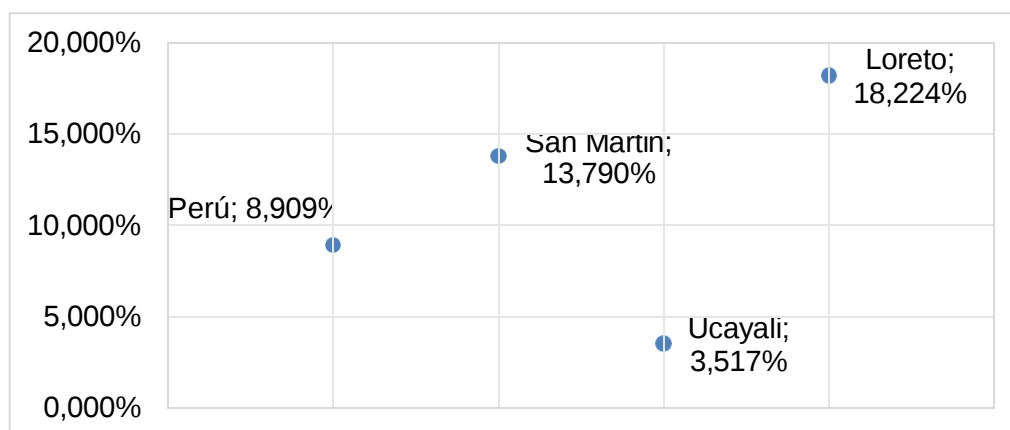
Leyenda: El gasto público corresponde a devengado
División Funcional 044

Elaboración: los autores

Gráfico 6

**Tasa de variación promedio anual del gasto público en salud individual, Perú
y departamentos de Amazonia, entre los años 2019 y 2023**

(Porcentaje)

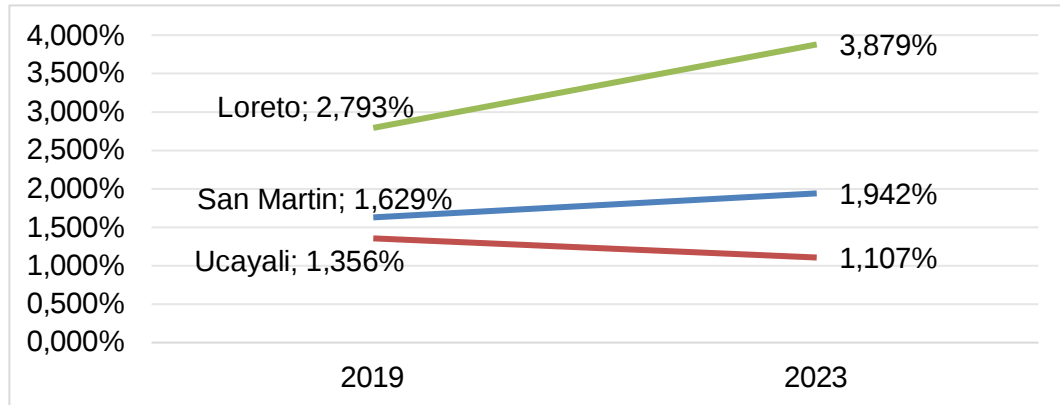


Fuente: Tabla 6

Elaboración: los autores

Gráfico 7

**Tamaño del gasto público en salud individual de los departamentos de
Amazonia respecto de Perú, comparativo años 2019 y 2023
(Porcentaje)**



Fuente: Tabla 6

Elaboración: MEF Transparencia económica

Una característica del gasto público son los grupos funcionales en el que se registrará el gasto devengado, y estos tienen concordancia con la forma como ocurren las enfermedades de la población, y por lo tanto los tipos de servicios de salud que debe ofrecer el Estado.

Esta observación detallada señala comportamientos creciente en los tres grupos, pero con diferentes intensidades. El grupo funcional de Servicios de diagnóstico y tratamiento, muestra el mayor crecimiento en el año 2023 respecto al año 2019, constituyendo 260,31% en el periodo de tiempo de variación; su tendencia obedecerá a las decisiones del nivel nacional, considerando que su principal fuente de financiamiento es recursos ordinarios.

Tabla 7
Tamaño del gasto público en salud individual, por grupo funcional,
departamento de Loreto, comparativo años 2019 y 2023

	2019 (soles)	2023 (soles)	Variación del gasto (soles)	Variación del periodo	Variación promedio anual
Gasto nominal					
Atención médica básica	6,908,850	11,421,392	4,512,542	65.32%	13.391%
Atención médica especializada	8,599,126	18,369,827	9,770,701	113.62%	20.896%
Servicios de diagnóstico y tratamiento	307,319	1,107,303	799,984	260.31%	37.775%
Participación					
Atención médica básica	43.685%	36.967%			
Atención médica especializada	54.372%	59.457%			
Servicios de diagnóstico y tratamiento	1.943%	3.584%			

Fuente: MEF Transparencia económica

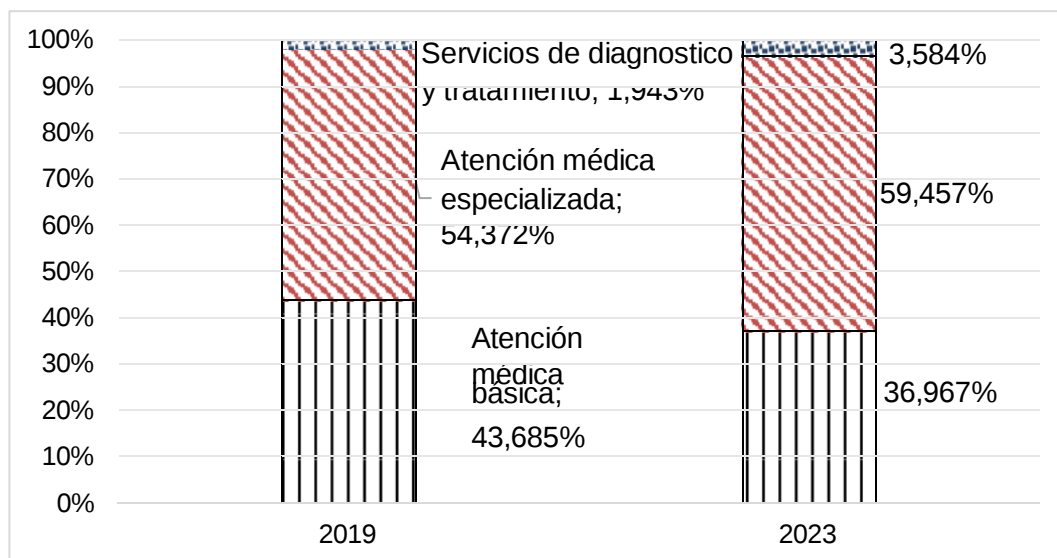
Leyenda: El gasto público corresponde a devengado
División Funcional 044

Elaboración: los autores

Gráfico 8

Participación del gasto público en salud individual, por grupo funcional, departamento de Loreto, comparativo años 2019 y 2023

(Porcentaje)



Fuente: Tabla 7

Elaboración: los autores

Otra característica del gasto público son las fuentes de financiamiento de donde vienen los recursos, y estos obedecen a políticas nacionales y a la capacidad de gestión de las autoridades regionales y locales.

Esta observación detallada señala comportamientos creciente en los tres caso, pero con diferentes intensidades. El grupo funcional de Servicios de diagnostico y tratamiento, muestra el mayor crecimiento en el año 2023 respecto al año 2019, constituyendo 260,31% en el periodo de tiempo de variación; su tendencia obedecerá a las decisiones del nivel nacional, considerando que su principal fuente de financiamiento es recursos ordinarios.

Tabla 8

Tamaño del gasto público en salud individual, por fuente de financiamiento, departamento de Loreto, comparativo años 2019 y 2023

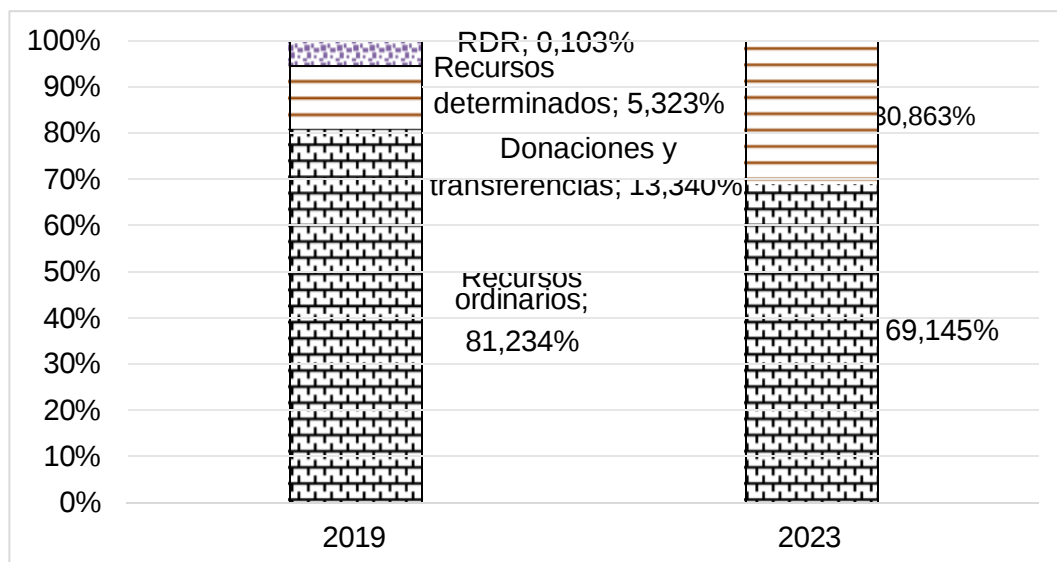
	2019 (soles)	2023 (soles)	Variación del gasto	Variación del periodo	Variación promedio anual
Gasto nominal					
Recursos ordinarios	12,847,383	21,363,143	8,515,760	66.28%	13.557%
RDR	16,341	0	-16,341	-100.00%	
Donaciones y transferencias	2,109,780	9,535,378	7,425,598	351.96%	45.806%
Recursos determinados	841,791	0	-841,791	-100.00%	
Participación					
Recursos ordinarios	81.234%	69.145%			
RDR	0.103%	0.000%			
Donaciones y transferencias	13.340%	30.863%			
Recursos determinados	5.323%	0.000%			

Fuente: MEF Transparencia económica

Leyenda: El gasto público corresponde a devengado
División Funcional 044

Elaboración: los autores

Gráfico 9
Participación del gasto público en salud individual, por fuente
financiamiento, departamento de Loreto, comparativo años 2019 y 2023
(Porcentaje)



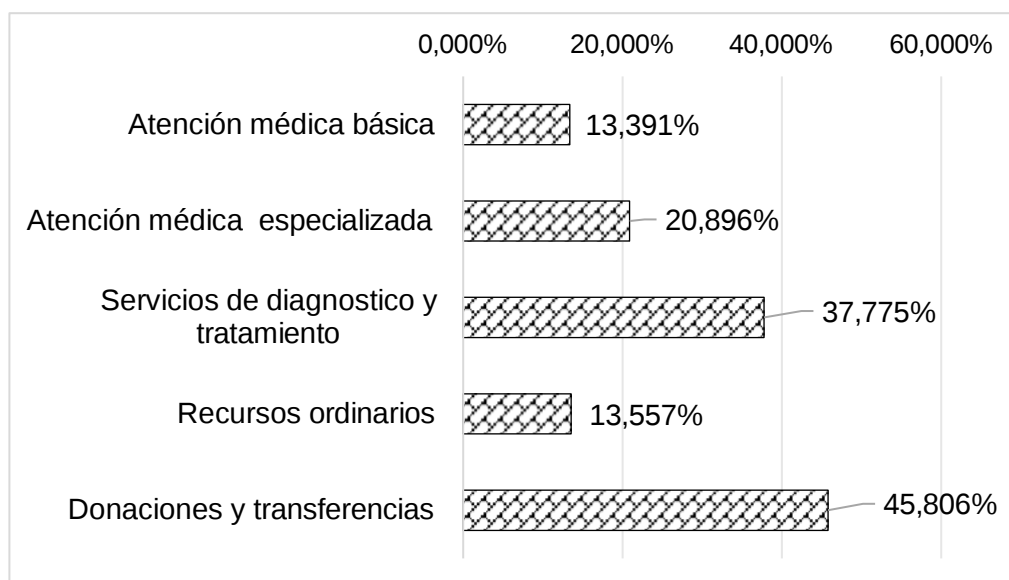
Fuente: Tabla 8

Elaboración: los autores

Gráfico 10

Perfil del financiamiento del gasto público en salud individual, departamento de Loreto, variabilidad en el periodo 2019 y 2023

(Porcentaje)



Fuente: Tabla varias

Elaboración: los autores

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Prueba de Hipótesis General

Existe relación en las variaciones de la demanda poblacional y en el financiamiento del sistema de referencias y contrarreferencia de la salud individual en el departamento Loreto, periodo 2019 – 2023.

1. La base de datos es:

Tabla 9
Base de datos de la prueba de hipótesis general
(porcentaje)

	Demanda poblacional		Financiamiento del gasto
Hasta 17 años	-1.101%	Atención médica básica	13.391%
18 a más años	5.789%	Atención médica especializada	20.896%
Hombres	2.472%	Servicios diagnost. y tratamiento	37.775%
Mujeres	3.421%	Recursos ordinarios	13.557%
		Donaciones y transferencias	45.806%
	2.646%	Promedio	26.285%
	2.861%	Desviación estándar	14.751%

2. Planteamiento de la hipótesis

$$H_0 : U_1 = U_2$$

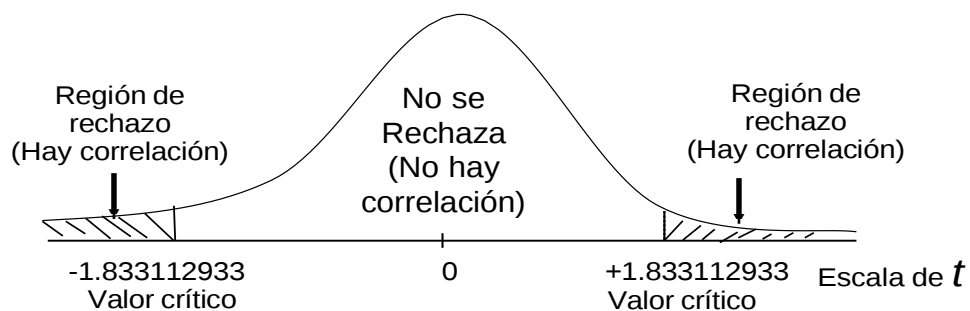
$$H_1 : U_1 \neq U_2$$

3. Se realiza el cálculo estadístico

Tabla 10
Cálculo estadístico

N (cantidad observaciones)	9
Número de muestra	2
Grados de libertad	7
Nivel de significancia	0.10
Cantidad de colas	2
Valor crítico de t	1.833112933
Combinar varianzas	0.012784775

4. Cálculo de la prueba t



$$t = \frac{\text{Promedio muestra } n_1 - \text{Promedio muestra } n_2}{\sqrt{\text{Combinar variancias} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} = \text{Valor calculado}$$

$$t = \frac{2.646\% - 26.285\%}{\sqrt{0.011288966 \left(\frac{1}{4} + \frac{1}{5} \right)}} = -3.116614947$$

El valor calculado de t queda en el área de rechazo, no hay relación en las variaciones de la demanda poblacional y en el financiamiento del sistema de referencias y contrarreferencia de la salud individual.

Prueba de la primera Hipótesis Específica

Existe relación en las estructuras de financiamiento por grupo funcional del sistema de referencias y contrarreferencia de la salud individual en el departamento Loreto, comparativo años 2019 y 2023.

1. La base de datos es:

Tabla 11
Base de datos de prueba de la hipótesis específica
(millones de soles)

Grupo funcional	Devengado	
	Año 2019	Año 2023
Atención médica básica	6.91	11.42
Atención médica especializada	8.60	18.37
Servicios de diagnóstico y tratamiento	0.31	1.11
Promedio	5.271765	10.299507
Desviación estándar	4.381615	8.685773

2. Planteamiento de la hipótesis

$$H_0 : U_1 = U_2$$

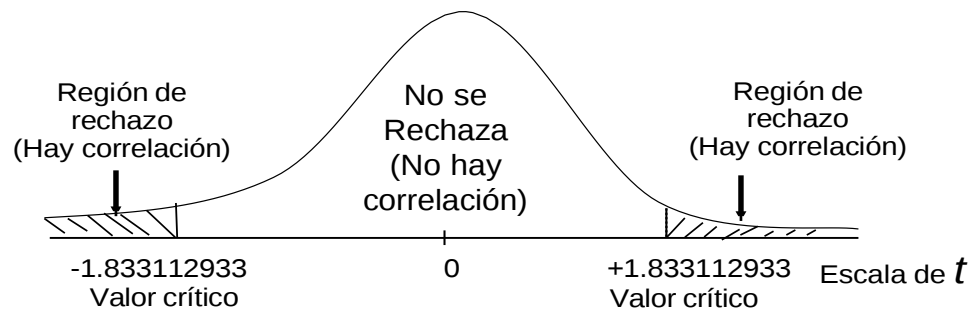
$$H_1 : U_1 \neq U_2$$

3. Se realiza el cálculo estadístico

Tabla 12
Cálculo estadístico

N (cantidad observaciones)	6
Número de muestra	2
Grados de libertad	4
Nivel de significancia	0.1
Cantidad de colas	2
Valor crítico de t	1.833112933
Combinar varianzas	47.32060196

4. Cálculo de la prueba t



$$t = \frac{\text{Promedio muestra } n_1 - \text{Promedio muestra } n_2}{\sqrt{\text{Combinar variancias} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} = \text{Valor calculado}$$

$$t = \frac{5.271765 - 10.299507}{\sqrt{47.32060196 \left(\frac{1}{3} + \frac{1}{3} \right)}} = -0.89514525$$

El valor calculado de t queda en el área de aceptación, si hay relación en las estructuras de financiamiento por grupo funcional del sistema de referencias y contrarreferencia de la salud individual, se mantiene la estructura de participación de cada grupo funcional en el tiempo.

Prueba de la segunda Hipótesis Específica

Existe relación en las estructuras de financiación por fuente de financiamiento del sistema de referencias y contrarreferencia de la salud individual en el departamento Loreto, comparativo años 2019 y 2023.

1. La base de datos es:

Tabla 13

**Base de datos de prueba de la hipótesis específica
(millones de soles)**

Fuente de financiamiento	Devengado	
	Año 2019	Año 2023
Recursos ordinarios	12.85	21.36
RDR	0.02	0.00
Donaciones y transferencias	2.11	9.54
Recursos determinados	0.84	0.00
Promedio	3.953824	7.724630
Desviación estándar	5.991227	10.142775

2. Planteamiento de la hipótesis

$$H_0 : U_1 = U_2$$

$$H_1 : U_1 \neq U_2$$

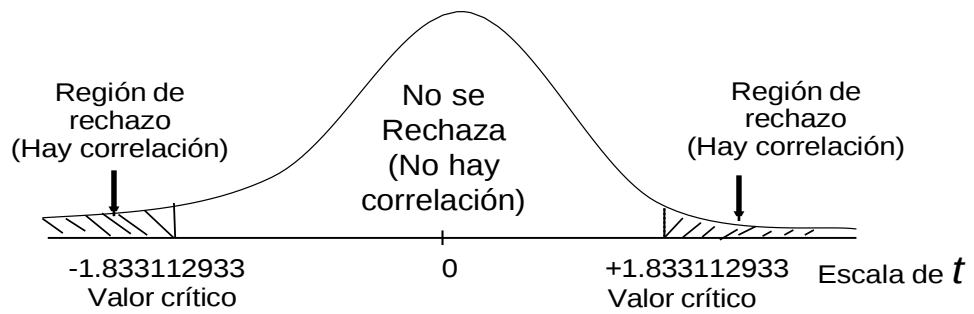
3. Se realiza el cálculo estadístico

Tabla 14

Cálculo estadístico

N (cantidad observaciones)	8
Número de muestra	2
Grados de libertad	6
Nivel de significancia	0.1
Cantidad de colas	2
Valor crítico de t	1.833112933
Combinar varianzas	69.3853457

4. Cálculo de la prueba t



$$t = \frac{\text{Promedio muestra } n_1 - \text{Promedio muestra } n_2}{\sqrt{\text{Combinar variancias} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} = \text{Valor calculado}$$

$$t = \frac{3.953824 - 7.724630}{\sqrt{69.3853457 \left(\frac{1}{4} + \frac{1}{4} \right)}} = -0.640199553$$

El valor calculado de t queda en el área de aceptación, si hay relación en las estructuras de financiación por fuente de financiamiento del sistema de referencias y contrarreferencia de la salud individual, se mantiene la estructura de participación de cada fuente en el tiempo.

5.2 CONCLUSIONES

1. Respecto al objetivo general

Loreto es el departamento de Amazonia con mayor población, supera el millón de habitantes, pero está perdiendo en tamaño de participación en el contexto nacional, 3,370% en el año 2019 y 3,362% en el 2023, explicado por la baja tasa de crecimiento promedio anual, 0,725%. Por edad biológica de las personas, el grupo hasta 17 años muestra una reducción, -1,101% entre estos dos años, y el grupo de 18 a más años (mayores de edad) creció a una tasa promedio anual de 1,417%. Por sexo biológico, los grupos de hombres y mujeres muestran reducido crecimiento, con tasa promedio anual, 0,612% y 0,844% respectivamente. Por el lado del financiamiento del gasto público en salud individual, el comportamiento fue distinto, ha ocurrido alto crecimiento, S/ 15,815 millones en el 2019 a S/ 309,895 millones en el 2019, situación impacta en su mayor tamaño de participación en el contexto nacional, del 2,793% en el año 2019 al 3,879% en el año 2023.

2. Respecto al primer objetivo específico.

Sobre las estructura de financiamiento del gasto público de la salud individual, por grupo funcional (concordancia con la ocurrencia de las enfermedades de la población), los tres grupos presentan crecimiento en términos monetarios y ello hace que se mantenga esta estructura; y la tendencia de los años siguientes obedecerá a las decisiones del nivel nacional, considerando que su principal fuente de financiamiento es recursos ordinarios. El que recibió más recursos fue el de Atención médica especializada, S/ 9 770 millones de más. En términos de variación porcentual en el periodo de tiempo, el de mayor crecimiento fue el de Servicios de diagnostico y tratamiento, 260,31%.

3. Respecto al primer objetivo específico.

Sobre la estructura de financiación del gasto público de la salud individual, por fuente de financiamiento (obedecen a políticas nacionales y a la capacidad de gestión de las autoridades regionales y locales) solo dos de ellas presentan crecimiento en términos monetarios y la otras dos, que eran reducidas, desaparecen. En términos monetarios, el de mayor crecimiento fue el de Recursos ordinarios.

Sobre las variaciones porcentuales, el de mayor crecimiento en el fue el de Donaciones y transferencias, 351,96%.

5.3 RECOMENDACIONES

1. Considerando la reducción de la población del grupo hasta 17 años, quien forma parte del crecimiento poblacional y con el cual se proyectan las tendencias para los años siguientes, Loreto puede perder importancia en la asignación de los recursos desde el gobierno central, caso de Recursos ordinarios, por lo que es importante profundizar en las causas que están llevando a este hecho, uno de ellos es la migración de los jóvenes hacia otros territorios del país o del extranjero. La presencia fuerte de la mujer en la estructura poblacional, lleva a recomendar acciones de salud, como es la contratación de profesionales de salud especializadas en problemas de salud de ellas.
2. Considerando que la salud individual está constituida por grupos que obedecen a la cadena de valor de la salud, se recomienda la formulación de proyectos de inversión en equipamiento para realizar los servicios de diagnóstico en las diferentes unidades de gestión de salud del departamento de Loreto, porque se necesita información para que el médico pueda dar las recetas apropiadas a los pacientes.
3. Considerando que la estructura de financiación del gasto público de la salud individual, está concentrada en dos fuentes, y con mayor intensidad en recursos ordinarios, y que el otorgamiento en esta fuente obedece a las políticas nacionales y a la capacidad de gestión de las autoridades regionales y locales, se recomienda desarrollar una base de datos con información al detalle de todos los problemas, especialmente vinculados a gastos corrientes, y con énfasis a remuneraciones del personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cárdenas Urrelo, Rosa Pryscilia. 2018. *Sistema de referencia y contrarreferencia en el manejo de las emergencias obstétricas en el Hospital Rural de Lamas, año 2018*. [Tesis para título de segunda especialidad en: emergencias y alto riesgo obstétrico, Universidad de San Martín de Porres, Perú]
<https://hdl.handle.net/20.500.12727/6863>
- Cáceres Torres, Cristian. 2020. Comparación de financiamiento hospitalario entre mecanismos de pago prospectivo en un problema de salud de un hospital de urgencia de la región metropolitana. [Tesis para grado de magister en salud pública, Universidad de Chile]
https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/181039/Tesis_CristianC%C3%A1ceresT..pdf
- De La Guardia Gutiérrez, Mario Alberto, & Ruvalcaba Ledezma, Jesús Carlos. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. Epub 29 de junio de 2020.
<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- ESAN. 2017. *El financiamiento de la salud en el Perú*. En: Conexionesan, 10 de abril de 2017.
<https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/>
- Gutiérrez, César, Romaní Romaní, Franco, Wong, Paolo, & Del Carmen Sara, José. (2018). Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79(1), 65-70.
<https://doi.org/10.15381/anales.v79i1.14595>
- Huaco Salas, Carlos Guillermo. 2021. *Sistema de referencia y contrarreferencia en el departamento de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Propuesta para su mejoramiento*. [Tesis para grado de magíster en Políticas y planificación en salud, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú]
- Llanos Zavalaga, Luis Fernando, Orellana Vásquez, Alberth Teófilo, & Aguado Taquire, Henry Francisco. (2021). Evaluación inicial del Sistema de Referencia y Contrarreferencia ambulatoria en la DIRIS Lima Norte, desde los centros materno infantiles. *Revista Médica Herediana*, 32(2), 91-102.
<https://dx.doi.org/10.20453/rmh.v32i2.3982>
- Ley 26842, año 1997. *Ley general de salud, título preliminar. Derechos, deberes y responsabilidades*.

Ley 27657, año 2002. Ley del Ministerio de Salud, de la organización sistémica, objetivos funcionales y estructura general.

Ley 29344, año 2009. *Ley marco del aseguramiento universal en salud, Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.*

Mayta Coronel, Miriam Janet. 2019. *Gestión hospitalaria y el sistema de referencia-contrarreferencia en el Hospital II Angamos-EsSalud 2018.* [Tesis para grado de maestra en gestión pública, Universidad César Vallejo, Perú].
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/29115>

Ministerio de Salud – MINSA. 2010. *Documento Técnico Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales. “Referencia y Contrarreferencia de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Módulo 5”.*

Ministerio de Salud – MINSA. 2024. Repositorio Único Nacional de Información en Salud – REUNIS.
<https://www.minsa.gob.pe/reunis/?op=3&niv=10&tbl=1>

Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Informe Final. Ginebra: OMS/OPS; 2008. Disponible en:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

Organismo de Cooperación y Desarrollo económico- OCDE 2017. *Manual de Frascati 2015 guía para la recopilación y presentación de información sobre la investigación y el desarrollo experimental*
https://www.oecd.org/es/publications/manual-de-frascati-2015_9789264310681-es.html

Parra Moscoso, Miguel Salomón. 2017. *Propuesta de un modelo de gestión pública de referencia - contrareferencia para optimizar la calidad de servicio al paciente en una microred hospitalaria de Lima ciudad 2017.* [Tesis para grado de maestro en gestión pública, Universidad de San Martín de Porres, Perú].
<https://hdl.handle.net/20.500.12727/4156>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD. 2023. Objetivos de Desarrollo Sostenido, ODS 3, salud y bienestar.
<https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals/salud-bienestar>

Resolución Ministerial N° 155-2001-SA/DM. Aprueban documento denominado ""Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".

Resolución Ministerial N° 573-2003-SA/DM. Reglamentos de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Red de Salud.

Resolución Ministerial N° 616-2003-SA/DM. Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.

Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA. Aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V01: ""Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".

Santelices Cuevas, Emilio. 2019. *Evaluación de la eficiencia técnica de hospitales públicos de Chile*. [Tesis para grado de doctor en salud pública, Universidad de Chile].
http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/594/Tesis_Emilio%20Santelices%20.pdf?sequence=1

Taype-Huamaní, Waldo, Miranda-Soler, Delcio, Castro-Coronado, Lino, & Amado-Tineo, José. (2020). Saturación y hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital urbano. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 216-221.
<https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2709>

Veintemilla Villacorta, Luis Felipe; Pinasco Montenegro, Nary. 2022. *Financiamiento público del Seguro Integral de Salud, calidad del gasto público en la región Loreto, periodo 2018 – 2020*. [Tesis para grado de magister en gestión, mención finanzas públicas, Universidad Científica del Perú].

Zapana Pineda, Raynelda. 2017. *Análisis de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia en el Centro de Atención Primaria Cap III Metropolitano Puno Essalud. 2015*. [Tesis para título de especialista en promoción de la salud y terapia familiar, Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, Perú].
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2152>

ANEXO N° 01: Matriz de Consistencia

TÍTULO: Demanda poblacional y financiamiento del sistema de referencia y contrarreferencia de salud en el departamento de Loreto, periodo 2019 – 2023
Autores: Johnny Danilo Paredes Meder

Robertho Luty Ártica Navarro

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Indicadores			Metodología
Problema general ¿Cuál es la relación en las variaciones de la demanda poblacional y en el financiamiento del sistema de referencias y contrarreferencia de la salud individual en el departamento Loreto, periodo 2019 – 2023? Problemas específicos ¿Cuál es la relación en las estructuras de	Objetivo general Estudiar la relación entre las variaciones de la demanda poblacional y en el financiamiento del sistema de referencias y contrarreferencia de la salud individual en el departamento Loreto, periodo 2019 – 2023 Objetivos específicos Determinar la relación en las estructuras de financiamiento por grupo funcional del sistema de	Hipótesis general Existe relación entre las variaciones en la demanda poblacional de salud y en el financiamiento del sistema de referencias y contrarreferencia de la salud individual en el departamento Loreto, periodo 2019 – 2023. Hipótesis derivadas Existe relación en las estructuras de financiamiento por grupo funcional del sistema de	Variable Independiente (X): Demanda poblacional de salud	X1. Segmentos de la demanda por edades			Nivel investigación Aplicada, concluye en adquirir nuevos conocimientos en la disciplina economía y negocios. Tipo investigación Relacional, análisis de datos de hechos históricos, vinculación entre ellos y relaciones en contexto particular Diseño investigación Define sector económico y serie histórica (retrospectiva, hechos ocurridos); frecuencia (transversal, una sola vez); y propósito (decisiones a tomar) Población Series de datos de hechos históricos; periodo de tiempo Muestra
				X	Grupos a atender por edades		
				X 1.1	Población nominal		
				X 1.2	Participación		
				X 1.3			
				X2. Segmentos de la demanda por sexo			
				X 2.1	Grupos a atender por sexo		
				X 2.2	Población nominal		
				X 2.3	Participación		

financiamiento por grupo funcional del sistema de referencias y contrarreferencia de la salud individual en el departamento Loreto, comparativos años 2019y 2023? ¿Cuál es la relación en las estructuras de financiación por fuente de financiamiento del sistema de referencias y contrarreferencia de la salud individual en el departamento Loreto, comparativos años 2019 – 2023?	referencias y contrarreferencia de la salud individual en el departamento Loreto, comparativos años 2019 y 2023 Describir la relación en las estructuras de financiación por fuente de financiamiento del sistema de referencias y contrarreferencia de la salud individual en el departamento Loreto, comparativos años 2019 – 2023.	referencias y contrarreferencia de la salud individual en el departamento Loreto, comparativo años 2019 – 2023 Existe relación en las estructuras de financiación por fuente de financiamiento del sistema de referencias y contrarreferencia de la salud individual en el departamento Loreto, comparativos años 2019 – 2023.	Variable Dependiente (Y): Financiamien- to del sistema de referencia y contrarreferen- cia	<table><tr><td colspan="2">Y1. Grupo funcional</td></tr><tr><td>Y 1.1</td><td>Tipo de grupo funcional</td></tr><tr><td>Y 1.2</td><td>Gasto nominal</td></tr><tr><td>Y 1.3</td><td>Participación</td></tr><tr><td colspan="2">Y2. Fuente de financiamiento</td></tr><tr><td>Y 2.1</td><td>Tipo de fuente</td></tr><tr><td>Y 2.2</td><td>Gasto nominal</td></tr><tr><td>Y 2.3</td><td>Participación</td></tr></table>	Y1. Grupo funcional		Y 1.1	Tipo de grupo funcional	Y 1.2	Gasto nominal	Y 1.3	Participación	Y2. Fuente de financiamiento		Y 2.1	Tipo de fuente	Y 2.2	Gasto nominal	Y 2.3	Participación	Dos hechos históricos, y periodo de tiempo 2019-2023 Técnica recolección datos Revisión histórica Instrumento recolección datos Hoja estructura de costos Procesamiento de la Información Identifica sector económico. Selecciona hechos históricos Selecciona años del periodo Elabora instrumento recolectar Aplica instrumento recolección Organiza datos, describe y tendencia Analiza e interpreta información. Discusión, conclusiones y recomendaciones. Elabora informe de tesis Análisis de la Información Base de datos en Excel
Y1. Grupo funcional																					
Y 1.1	Tipo de grupo funcional																				
Y 1.2	Gasto nominal																				
Y 1.3	Participación																				
Y2. Fuente de financiamiento																					
Y 2.1	Tipo de fuente																				
Y 2.2	Gasto nominal																				
Y 2.3	Participación																				

Anexo 2
Instrumento de recolección de datos

**Tamaño del gasto público en salud individual y dinámica, por destino,
departamento de Loreto, comparativo años 2019 y 2023**

	2019 (soles)	2023 (soles)	Variación población	Variación del periodo
Atención médica básica				
Personal y obligaciones sociales	3,155,254	2,061,788	-1,093,466	-34.66%
Bienes y servicios	1,968,345	9,236,541	7,268,196	369.25%
Donaciones y transferencias	1,129,165	123,062	-1,006,103	-89.10%
Adquisición de activos no financieros	656,086	0	-656,086	-100.00%
Atención médica especializada				
Personal y obligaciones sociales	4,105,015	7,385,050	3,280,035	79.90%
Bienes y servicios	2,804,570	1,533,039	-1,271,531	-45.34%
Donaciones y transferencias	1,435,132	9,451,738	8,016,606	558.60%
Adquisición de activos no financieros	254,410	0	0	0
Servicios de diagnost. y tratamiento				
Personal y obligaciones sociales	164,419	900,169	735,750	447.48%
Bienes y servicios	142,900	207,134	64,234	44.95%
Donaciones y transferencias	0	0	0	0
Adquisición de activos no financieros	0	0	0	0

Fuente: MEF Transparencia económica

Leyenda: El gasto público corresponde a devengado
División Funcional 044

Elaboración: los autores

Anexo No. 2

Tamaño del gasto público en salud individual y dinámica, por nivel de gobierno, departamento de Loreto, comparativo años 2019 y 2023

	2019 (soles)	2023 (soles)	Variación población	Variación del periodo
Atencion medica basica				
Gobierno nacional	1,129,165	123,062	-1,006,103	-89.10%
Gobiernos regionales	5,229,405	11,298,330	6,068,925	116.05%
Gobiernos locales	550,280	0	-550,280	-100.00%
Atencion medica especializada				
Gobierno nacional	1,435,132	9,451,738	8,016,606	558.60%
Gobiernos regionales	7,163,994	8,918,089	1,754,095	24.48%
Gobiernos locales	0	0	0	
Servicios de diagnostico y tratamiento				
Gobierno nacional	0	0	0	
Gobiernos regionales	307,319	1,107,303	799,984	260.31%
Gobiernos locales	0	0	0	

Fuente: MEF Transparencia económica

Leyenda: El gasto público corresponde a devengado
División Funcional 044

Elaboración: los autores

SOLICITUD DE DICTAMEN DE JURADO

INFORME FINAL DE TESIS

GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN

SEÑOR (a) DIRECTOR (a) DE LA ESCUELA DE POSGRADO DE LA
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ

Dra. DELIA PEREA VIUDA DE ÁREVALO.

JOHNNY DANILO PAREDES MEDER
ROBERTHO LUTTY ARTICA NAVARRO

Me dirijo a usted para solicitar el dictamen del jurado del informe final de tesis titulado:

DEMANDA POBLACIONAL Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE SALUD EN EL
DEPARTAMENTO DE LORETO, PERIODO 2019 - 2023

Para lo cual adjunto a la presente:

- ✓ Boleta de pago
- ✓ Tres (4) copias de anteproyecto de tesis: ☐
- ✓ Tres (4) copias de informe de tesis: ☒

Por tanto, pido a Ud. Acceder a mi solicitud por ser de justicia.

San Juan Bautista, 30 de junio de 2025



Johnny Danilo Paredes Meder



Robertho Luty Artica Navarro

**CARTA DE ACEPTACIÓN DE ASESORAMIENTO DE
TESIS
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER EN
ADMINISTRACIÓN**

Yo, Mgr. JORGE PÉREZ SANTILLÁN, docente de la Facultad de NEGOCIOS de la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ, identificado con D.N.I. N° 05288915, expreso que he asesorado a:

JOHNNY DANILO PAREDES MEDER
ROBERTHO LUTTY ARTICA NAVARRO

Cuyo título es:

DEMANDA POBLACIONAL Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LORETO, PERIODO 2019 - 2023

San Juan Bautista, 30 de junio de 2025



Mgr. Jorge Pérez Santillán
DNI 05288915
DOCENTE UCP – FACULTAD DE NEGOCIOS

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INFORME FINAL DE TESIS

ESCUELA DE POSGRADO

TÍTULO: DEMANDA POBLACIONAL Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LORETO, PERIODO 2019 - 2023

AUTORES:

JOHNNY DANILO PAREDES MEDER
ROBERTHO LUTTY ARTICA NAVARRO

N°	Items	Valor	Puntos
I.	DATOS GENERALES		
1	La carátula, Índice de contenido y Datos Generales están redactados de acuerdo a la Estructura de la Universidad?	2	
2	El Anteproyecto está relacionado con el área y línea de investigación de la Maestría?	3	
3	Especifica los colaboradores institucionales y personales?	1	
4	Explicita la fecha de inicio y término del estudio?	1	
	Sub Total	07	
	PLAN DE INVESTIGACIÓN		
	Título		
1	El título presenta la (s) variable (s), el término relacional (excepto descriptivos). Dimensión espacial, social y temporal?	4	
	Sub Total	04	
II.	MARCO TEORICO REFERENCIAL		
1	Los antecedentes incluyen estudios relacionados con la investigación propuesta a nivel internacional, nacional y regional?	4	
2	Los antecedentes presentan una revisión selectiva de estudios relacionados a la (s) variable (s)	2	
3	El marco teórico expone, analiza, compara e interpreta, mostrando puntos de vista sobre las teorías, concepciones, perspectivas teóricas que se consideran válidas para el correcto encuadre del estudio?	2	
4	El marco teórico está elaborado en función de las variables. Dimensiones e indicadores en forma lógica y coherente?	3	
5	En el marco teórico, se aprecia con claridad la vinculación entre las teorías vigentes y el problema de la investigación?	3	
6	El marco teórico está actualizado?	2	
7	El marco conceptual sigue un procedimiento lógico y en orden alfabético?	2	
8	El marco conceptual enfoca y establece sobre qué base se asientan los problemas y temas de investigación?	2	
9	El marco conceptual precisa los términos que permiten una comprensión de la teoría que sustenta el tema y problema de investigación?	2	
10	Los términos que aparecen en el tema de investigación, en la formulación del problema y la exposición del marco teórico están definidos conceptualmente?	2	
	Sub Total	24	
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		
1	Expone la problemática general o contexto en el cual se desenvuelve el hecho o fenómeno a investigar, presentando en lo posible una caracterización de la problemática?	3	
2	Presenta el problema específico indicando el diagnóstico, el pronóstico y la propuesta?	3	
3	El problema general y los problemas específicos, están redactados en preguntas e incluyen la(s) variable(s), dimensión espacial y temporal?	3	
	Sub Total	09	
	OBJETIVOS		
1	El objetivo general expresa el logro terminal a alcanzar en el estudio?	3	
2	Los objetivos específicos expresan operaciones concretas de cómo va a realizarse el propósito expuesto?	2	
3	Se visualiza la desagregación del objetivo general en objetivos específicos?	3	
4	Los objetivos están redactados con un verbo, contenido y condición?	3	
	Sub Total	11	
	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN		
1	Responde al porqué y al para qué de la investigación?	5	
	Sub Total	05	
	HIPOTESIS		

Nº	Items	Valor	Puntos
1	La hipótesis responde tentativamente a los problemas de investigación	2	
2	La hipótesis establece una relación entre dos o más variables para explicar y si es posible, predecir probabilísticamente las propiedades y conexiones internas de los fenómenos o las causas y consecuencias de un determinado problema	2	
Sub Total		04	
VARIABLES			
1	Se identifican las variables que son medibles y observables?	2	
2	Presenta una definición conceptual de las variables?	2	
3	Presenta una definición operacional de las variables y están definidas cuantitativa o cualitativamente?	2	
Sub Total		06	
IV. METODOLOGÍA			
1	Está presente el tipo de investigación?	2	
2	El diseño de Investigación como plan, estrategia o procedimiento; permite obtener los datos, su procesamiento, análisis e interpretación con el objetivo de dar respuesta a los problemas planteados?	2	
3	La población se relaciona directamente con el campo de estudio?	2	
4	Se indica el tipo de muestra y la técnica de muestreo?	2	
5	Presenta la(s) técnica(s) que se empleará(n) en la recolección de datos de acuerdo a las variables en estudio?	2	
6	Presenta lo(s) instrumento(s) que se empleará(n) en la recolección de datos de acuerdo a las variables en estudio?	2	
7	Muestra la forma de cómo será sometido a prueba de validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos, antes de su aplicación?	2	
8	Plantea los procedimientos de recolección de datos relacionadas a las actividades dentro del cronograma?	2	
9	Plantea los procesos de procesamiento de la información?	2	
10	Plantea el estadístico descriptivo o inferencial a utilizar en las variables en estudio para el análisis de la información?	2	
Sub Total		20	
V ASPECTO ADMINISTRATIVO			
1	En el cronograma están planteadas las actividades de acuerdo a los procedimientos de recolección de datos y temporalizadas hasta la sustentación y defensa de la tesis	2	
2	El presupuesto es coherente con la magnitud del proyecto, indica la fuente de financiamiento y está distribuido de acuerdo al clasificador de gastos vigente	2	
Sub Total		04	
VI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS			
1	Las referencias bibliográficas están presentadas de acuerdo al estilo correspondiente a su Facultad?	2	
Sub Total		02	
ANEXOS			
1	La matriz de consistencia presenta problema, objetivos, hipótesis, variables, indicadores y metodología.	2	
2	Presenta los instrumentos de recolección de datos para la(s) variable(s)	2	
Sub Total		04	
PUNTAJE TOTAL		100	

Escala Valorativa para la calificación final

Nombre del Presidente del Jurado

FIRMA

Nombre del miembro del Jurado

FIRMA

Nombre del miembro del Jurado

FIRMA

Valoración	Puntaje
Aprobado	55 - 100
Desaprobado	0 - 54