

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS

DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

**CONDICIONANTES BIOLÓGICOS, SOCIALES Y CULTURALES
QUE SE RELACIONAN CON LA AFILIACIÓN Y USO DEL SEGURO
INTEGRAL DE SALUD EN FAMILIAS DE LA ZONA VIII DEL
CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR - CAJAMARCA 2016**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: CIENCIAS ECONÓMICAS

Presentado por:

HERNÁN ROGER TANTA HUAMÁN

Asesora:

M.Cs. MARTHA ESTHER RODRÍGUEZ TEJADA

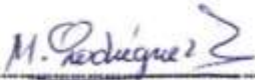
Cajamarca, Perú

2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
HERNÁN ROGER TANTA HUAMÁN
DNI: 26704496
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud.
Programa de Maestría en Ciencias, Mención: Salud Pública
2. Asesor(a): M.Cs. Martha Esther Rodríguez Tejada
3. Grado académico o título profesional
☐ Bachiller ☐ Título profesional ☐ Segunda especialidad
☒ Maestro ☐ Doctor
4. Tipo de Investigación:
☒ Tesis ☐ Trabajo de investigación ☐ Trabajo de suficiencia profesional
☐ Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
Condicionantes Biológicos, Sociales y Culturales que se relacionan con la Afiliación y
Uso del Seguro Integral de Salud en Familias de la Zona VIII del Centro de Salud Simón
Bolívar – Cajamarca, 2016
6. Fecha de evaluación: **22 de Setiembre 2024**
7. Software antiplagio: ☒ TURNITIN ☐ URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **15%**
9. Código Documento: oid: **3117:384124059**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
☒ **APROBADO** ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 01 de Octubre del 2024

<small>Firma y/o Sello Emisor Constancia</small>
 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> M. Cs. Martha Esther Rodríguez Tejada DNI: 26635075

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2024 by
HERNÁN ROGER TANTA HUAMÁN
Todos los derechos reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS


ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 10 am. horas del día 07 de agosto de dos mil veinticuatro, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. DOLORES EVANGELINA CHÁVEZ CABRERA**, **Dra. MARÍA ELENA BARDALES URTEAGA, M.Cs. DELIA ROSA YTURBE PAJARES**, y en calidad de Asesora la **M.Cs. MARTHA ESTHER RODRIGUEZ TEJADA**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de Marco Teórico de los Programas de Maestría y Doctorado, se dió inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **CONDICIONANTES BIOLÓGICOS, SOCIALES Y CULTURALES QUE SE RELACIONAN CON LA AFILIACIÓN Y USO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN FAMILIAS DE LA ZONA VIII DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR – CAJAMARCA 2016**; presentada por el **Bachiller en Enfermería, HERNÁN ROGER TANTA HUAMÁN**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó... aprobada con la calificación de Excelente (18) la mencionada Tesis; en tal virtud, el **Bachiller en Enfermería, HERNÁN ROGER TANTA HUAMÁN**, está apto para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 11:15 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
M.Cs. Martha Esther Rodríguez Tejada
Asesora


.....
Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera
Jurado Evaluador


.....
Dra. María Elena Bardales Urteaga
Jurado Evaluador


.....
M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A mis adorados padres, con amor, María Josefa y Segundo Juan.

A mis hijas, Fiorela, Janna e Iveth.

Y a mi esposa Araceli, fundamental en mi desarrollo profesional.

Hernán Roger

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarme sabiduría, salud, fortaleza y las fuerzas necesarias para seguir adelante, lograr las metas y bendecirme cada instante de mi vida.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, por acogerme y hacer posible tan anhelada meta.

A la Escuela de Posgrado y Facultad de Ciencias de la Salud, por su estímulo y enseñanza contribuyeron a realizar esta investigación.

A mi asesora y amiga, M. Cs. Martha Esther Rodríguez Tejada; quien, con su paciencia, sabiduría y calidad humana, alimentó en mi la confianza para continuar y compartir esta investigación. ¡Muchas gracias por su amistad y valioso tiempo!

Al comité científico de mi tesis por los aportes y sus valiosas sugerencias durante el desarrollo de la investigación.

El autor

INDICE

DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO I	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Formulación del problema.....	8
1.3 Justificación de la investigación:	8
1.4 Limitaciones:	9
1.5 Objetivos de la Investigación	9
1.5.1 Objetivo general:	9
1.5.2 Objetivos específicos:.....	10
CAPÍTULO II	11
MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 Antecedentes de la investigación.....	11
2.2 Marco Conceptual	15
2.2.1 Seguro integral de salud (SIS)	15
2.2.2 Plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS)	16
2.2.3 Afiliación al seguro integral de salud:	23
2.2.4 Factores sociales, económicos y culturales	27
2.3 Condicionantes biológicos, sociales y culturales.....	33
2.3.1 Condicionante biológico	33
2.3.2 Condicionante social	33
2.3.3 Condicionante Cultural	33
2.4 Definición de términos básicos	36
2.4.1 Seguro Integral de Salud	36
2.4.2 Afiliación	36
2.4.3 Uso del seguro integral de salud	37
2.4.4 Familia.....	37
2.4.5 Condicionante biológico	37
2.4.6 Condicionante social	37

2.4.7 Condicionante Cultural	38
2.4.8 Centro de Salud.....	38
CAPÍTULO III	39
PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS.....	39
3.1 Hipótesis de la Investigación.....	39
3.2 Variables:	39
3.3 Definición operacional de variables:.....	40
CAPÍTULO IV	43
MARCO METODOLÓGICO	43
4.1 Ámbito de estudio	43
4.2 Diseño y tipo de investigación.....	43
4.3 Método	44
4.4 Población, muestra y unidad de análisis	44
4.4.1 Población.....	44
4.4.2 Muestra	44
4.4.3 Selección de la muestra	45
4.5 Unidad de Análisis	46
4.6 Criterios de inclusión.....	46
CAPÍTULO V	54
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	54
CAPÍTULO VI.....	77
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	77
6.1 Conclusiones	77
6.2 Recomendaciones	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÉNDICES.....	85
1. Cuestionario	85
2. Consentimiento informado.....	90
3. Resultado de la Validez y Confiabilidad.....	92
4. ANEXOS.....	96

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1.	
Condicionantes biológicos de las familias de la Zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, 2016	54
Tabla 2.	
Condicionantes sociales de las familias del Sector VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, 2016	57
Tabla 3.	
Condicionantes culturales de las familias del Sector VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, 2016	59
Tabla 3.1	
Condicionantes culturales de las familias del Sector VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, 2016	62
Tabla 4.	
Porcentaje de Familias de la Zona VIII afiliadas al Seguro Integral de Salud. Centro de Salud Simón Bolívar, 2016	65
Tabla 5.	
Porcentaje de familias de la zona VIII que hace uso del seguro integral de salud. Centro de Salud Simón Bolívar, 2016	68
Tabla 6.	
Relación entre los Condicionantes Biológicos, Sociales y afiliación y uso del Seguro Integral de Salud en familias de la zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, 2016	71

Tabla 7.

Relación entre los condicionantes culturales y afiliación y uso del Seguro Integral de Salud en familias de la zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, 2016

74

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AUS	Aseguramiento universal de salud
CS	Centro de Salud
ESSALUD	Seguro social de salud
IAFAS	Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo no gubernamental
OPE	Organismo público ejecutor
PEAS	Plan esencial de aseguramiento en salud
PNP	Policía Nacional del Perú
SIS	Seguro integral de Salud
SISFOH	Sistema de focalización de hogares
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil

RESUMEN

Investigación cuyo objetivo general fue determinar y analizar la relación entre los condicionantes biológicos, sociales y culturales con la afiliación y el uso del seguro integral de salud en familias de la zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar. Estudio no experimental, transversal; descriptivo correlacional. En una muestra probabilística de 170 familias. Resultados: Condicionantes Biológicos, familias jóvenes entre 20 y 39 años (58,4%). Condicionantes sociales, predomina el estado civil conviviente (44,8%) y el 32,7% con grado de instrucción superior universitaria completa; 64,1% de familias con 4 a 6 miembros, en su mayoría con ocupación su casa y empleado (29,4%), católicos (88,7%). En los Condicionantes Culturales en relación al SIS la mayoría lo conoce (68,8%), la mitad indicó que es importante porque ayuda a personas de escasos recursos económicos, el 62,4% conoce sus beneficios, el 17,6% de familias tienen afiliados a 3 miembros. El 35,9% de familias se aseguraron por enfermedad. El 27,1% indicó demora en la atención y hacer cola y 48,8% reconoce como beneficios a la entrega de medicamentos y atención integral. 45,9% de las familias cuenta con afiliación, de ellas solo 42% hacen uso del mismo. Concluyendo que existe relación significativa entre los condicionantes biológicos de sexo con afiliación y uso del SIS ($p= 0.039$) y entre los condicionantes sociales y culturales con afiliación y uso del SIS. ($p= 0.000$).

Palabras claves: SIS, afiliación, uso, familia, condicionantes: biológicos, sociales, culturales.

ABSTRACT

Research whose general objective was to determine and analyze the relationship between biological, social and cultural conditions with the affiliation and use of comprehensive health insurance in families in zone VIII of the Simón Bolívar Health Center. Non-experimental, cross-sectional study; correlational descriptive. In a probabilistic sample of 170 families. Results: Biological Conditioning, young families between 20 and 39 years (58.4%). Social conditions, cohabiting marital status predominates (44.8%) and 32.7% with a complete university degree; 64.1% of families with 4 to 6 members, mostly with occupation of their home and employee (29.4%), Catholics (88.7%). In the Cultural Conditions in relation to the SIS, the majority know it (68.8%), half indicated that it is important because it helps people with limited economic resources, 62.4% know its benefits, 17.6% of families They have 3 members affiliated. 35.9% of families were insured for illness. 27.1% indicated delays in care and waiting in line and 48.8% recognized the delivery of medications and comprehensive care as benefits. 45.9% of families have membership, of which only 42% use it. Concluding that there is a significant relationship between the biological conditions of sex with affiliation and use of the SIS ($p= 0.039$) and between the social and cultural conditions with affiliation and use of the SIS. ($p= 0.000$).

Keywords: SIS, affiliation, use, family, conditions: biological, social, cultural

INTRODUCCIÓN

El Seguro integral de salud es una política pública que nace en el año 2002, tiene por finalidad incrementar el acceso de la población pobre y en extrema pobreza a los establecimientos de salud. Al 2016 la población afiliada al seguro integral de salud, según el artículo “Las Dificultades del SIS” del informe del Instituto Peruano de Economía en el Diario el Comercio, indica que era aproximadamente el 47%, existiendo aún brechas para lograr el aseguramiento universal por un principio de derechos (1).

No toda la población del país afiliada al SIS lo utiliza, debido a la demora en la atención y la percepción de mala calidad de los medicamentos, estando influenciados por condicionantes biológicos, sociales y culturales; por ello su importancia, pues tuvo como objetivo determinar y analizar la relación entre los condicionantes biológicos, sociales y culturales con la afiliación y el uso del seguro integral de salud en familias de la zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, Cajamarca 2016.

El presente trabajo se inicia de una inquietud en relación a la experiencia laboral y el hecho de ver cómo parte de la población no cuenta con su SIS y que a pesar de tenerlo no lo usa, el presente trabajo consta de 6 capítulos: En el primer capítulo se hace el planteamiento del problema, su formulación, justificar la investigación, limitaciones y objetivos; en el segundo capítulo se describe el marco teórico; en el capítulo tres se plantean las hipótesis y las variables; en el capítulo cuatro se describe el marco metodológico; en el capítulo cinco se presentan los resultados y la discusión de los mismos; por último, están las conclusiones y recomendaciones en el sexto capítulo.

CAPÍTULO I

1.1 Planteamiento del Problema

En el año 1997, se da inicio en el Perú, al aseguramiento de la población con el lanzamiento del Seguro Escolar Gratuito dirigido a la población escolar; luego en el año 1998, otro grupo poblacional como la madre gestante y el niño menor de 5 años puede acceder a un tipo de aseguramiento a través del Seguro Materno Infantil; el Estado peruano, ha logrado impulsar estos dos tipos de seguro, los mismos que en el año 2002 pasarían a dar lugar al Seguro Integral de Salud (SIS), una de las políticas públicas más importantes que quiere lograr que toda la población que no cuenta con un seguro de salud, cuente con el respaldo del SIS; y en el año 2009 se lanza el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) (2).

En la última década en algunos de los países de América Latina como: Guatemala, Jamaica, Costa Rica y México, están apostando por los seguros universales en salud, algunos de ellos apoyados todavía por Organizaciones No Gubernamentales (ONG), esto está permitiendo que se dé una mejora en el campo de la salud, pues contribuye en gran forma a mejorar la salud de la población y además a disminuir las brechas existentes entre los servicios de salud y la población; además están centrando su objetivo en la atención primaria; donde mejores frutos está dando es en México, pues se está atendiendo a gran parte de la población que no cuenta con un seguro de salud.(3)

En Sudamérica, países como Colombia, Argentina, Chile y Brasil han optado por la universalización de un seguro de salud para toda su población y en algunos casos para los que no cuentan con seguridad social, además de ello le dan mucho énfasis al trabajo en el primer nivel de atención, desarrollando acciones preventivas y promocionales en el ámbito familiar a través de visitas domiciliarias en pro de la salud de la comunidad (3).

Respecto al Seguro integral de Salud se señala, que el sistema de salud de Perú está compuesto por cinco subsistemas que brindan servicios de salud: a) El Ministerio de Salud (MINSA) que comprende al Seguro Integral de Salud (SIS) como un asegurador público con autonomía administrativa; b) El Seguro Social en Salud - EsSalud adscrito al Ministerio de Trabajo; c) Las Sanidades de Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército) adscrita al Ministerio de Defensa; d) La Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP) adscrita al Ministerio del Interior; y e) Las instituciones del sector privado: Entidades prestadoras de salud, aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil (OSC). (5)

El Estado ofrece servicios de salud para la población no asegurada, a través de los establecimientos de salud dirigidos por el MINSA. El SIS provee servicios a la población en situación de pobreza y pobreza extrema a través de la red de establecimientos del MINSA. Así también indica que, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales cubren a los miembros de dichas corporaciones y sus dependientes (5).

EsSalud brinda servicios a los trabajadores formales y sus dependientes, así como a trabajadores informales a través de los seguros potestativos. Los servicios de EsSalud pueden ser complementados a través de las entidades prestadoras de salud (EPS), pertenecientes al sector privado. En el sector privado lucrativo existen clínicas para personas con capacidad de pago; otra parte del mercado privado ofrece servicios de medicina prepagada (compañías de seguros, autoseguros y seguros de las clínicas) para una pequeña proporción de la población. En el sector privado no lucrativo, existen instituciones de beneficencia que atienden a todo tipo de población (5).

En la región Cajamarca, según el análisis situacional de salud del año 2013, se alcanzó una cobertura de afiliados al seguro integral de salud del 73,8%, del cual el departamento de Cajamarca aportaba con el 66,4% de pobladores que cuentan con este tipo de seguro de salud, por lo que se puede afirmar que existe gran parte de nuestra población que todavía no cuenta con algún tipo de seguro (6).

El Aseguramiento Universal en Salud (AUS) es aplicable a un conjunto de instituciones ligadas al proceso de aseguramiento universal en salud, entre ellas a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), las cuales son las encargadas de “ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados”, una de ellas es el Seguro Integral de Salud (SIS), el cual tiene como objetivo sectorial cuidar de la salud de la población más necesitada (grupos vulnerables), en situación de pobreza y extrema

pobreza, promoviendo el acceso a una atención con equidad y calidad, dándole prioridad a aquellos que no cuentan con un seguro de salud.

Es importante recordar que los servicios de salud son los responsables de la ejecución de las acciones de fomento, protección, recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas, cada servicio está bajo la responsabilidad de un director. Entre las funciones de los servicios de salud, están la supervisión, coordinación y control de los establecimientos y servicios del sistema, ubicados en su territorio, para el cumplimiento de las políticas, normas, programas y directivas, en general, emanadas del Ministerio de Salud; en el marco de la reforma de salud y con el único fin de mejorar el acceso a los servicios de salud, El 8 de abril del año 2009 se promulgó la Ley Marco de "Aseguramiento Universal en Salud".

Wilson, L. (2009) indica que la Ley 29344 tiene como objeto establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento. La Ley se crea porque se necesita una política que genere reglas de gasto fiscal que permitan una inversión pública contra cíclica para que en épocas de escasez de recursos no se reduzca el subsidio público de salud. Además, la necesidad de incluir segmentos significativos de la población en los sistemas de seguridad social hace imprescindible avanzar hacia la universalidad de los beneficios.

También señala, que para la implementación del aseguramiento universal se necesitan las bases legales para ejercer la rectoría, implementar una instancia supervisora y reguladora, articular a los prestadores, y establecer los mecanismos de financiamiento y gestión del aseguramiento (5)

Chorny, M. (2015) por su parte señala, que con el aseguramiento se reduce o anula al gasto de los hogares en salud, es decir aquel gasto que se hace por fuera de la cobertura del sistema de seguridad social (gasto de bolsillo, copagos, etc.). La OMS en el año 2000 refiere que “Mientras mayor es la participación del gasto de los hogares en el total del gasto en salud, más excluyente e inequitativos son los sistemas de salud” (2).

Los Objetivos funcionales del SIS en el ámbito sectorial, son construir un sistema de aseguramiento público sostenible que financie servicios de calidad para la mejora del estado de salud de las personas a través de la disminución de la tasa de morbilidad y mortalidad, también promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza, además de implementar políticas que generen una cultura de aseguramiento en la población (10).

En el Perú no basta estar afiliado a un seguro para tener garantizado el acceso, ninguno de los seguros brinda atención a por lo menos la mitad de sus afiliados, lo que implica que, según el tipo de seguro, más de dos tercios

de la población con seguro de salud acaba pagando la consulta y los medicamentos (gasto de bolsillo) (10)

Esto podría estar relacionado con condicionantes biológicas, sociales y culturales para poder optar por el Seguro Integral de Salud y hacer uso del mismo. En la zona VIII de la jurisdicción del Centro de Salud Simón Bolívar, se observa que algunas de las personas que buscan atención prefieren pagar la consulta y no contar o hacer uso de su seguro de salud; asimismo; algunas familias son renuentes a recibir visitas domiciliarias; con lo que algunos problemas que aquejan la salud, podrían evitarse. De otro lado, la consulta externa ha crecido en el Centro de Salud por lo que la atención suele demorar y tienen que hacer largas colas para recibir la atención, lo que parte de la población probablemente no está dispuesta a realizarlo.

También se observa que muchas familias no cuentan con el seguro integral de la salud, población que cumple los requisitos para poder acceder a ese beneficio, y generalmente cuando están enfermos es cuando tratan de asegurarse, lo cual puede causar demoras para la atención de las personas. Así mismo, también se aprecia que la población tiene ideas equivocadas respecto al seguro integral de salud, debido probablemente a experiencias previas o desconocimiento, por lo que es importante estudiar las características demográficas, sociales y culturales de las familias del sector VIII para determinar si están aseguradas ala SIS y si hacen uso del mismo.

Por las visitas domiciliarias se tiene información que muchos no acuden al centro de salud debido a la gran afluencia de personas a consulta, siendo importante la demanda de la población por razones de salud o por acciones de prevención como el control de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, así como la vacunación de los mismos.

Así también, se aprecia una importante demanda de los servicios por parte de las familias al centro de salud, y una de las limitaciones es el insuficiente recurso humano para brindar atención inmediata y oportuna a la población, debiendo hacer colas y separar el turno por esta causa, lo cual genera incomodidad a las familias que requieren atención.

A pesar de lo realizado por el Estado peruano, todavía existe un desfase entre los recursos materiales (infraestructura, insumos, medicamentos, equipos y otros) con el recurso financiero y más aún con el recurso humano pues no son suficientes y originan que la desconfianza de la población en los servicios de salud aumente y se ve reflejada en que todavía existe un porcentaje de la población que no tiene un seguro de salud, no solo porque no cuenta con alguno de los requisitos, si no que la opinión que tiene del seguro integral de salud no es la mejor; esto influye de manera preponderante en que la población no se afilie al SIS y la que está afiliada no la use; es por ello que surge el deseo de investigar ¿Cuáles son los condicionantes biológicos, sociales y culturales que se relacionan con la afiliación y el uso del SIS?, por un sector de la población de Cajamarca). Los resultados del presente trabajo buscan contribuir en la toma de decisiones

por parte de las autoridades y en la población para acceder al derecho en salud y ejercer plenamente su ciudadanía.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los condicionantes biológicos, sociales y culturales con la afiliación y uso del seguro integral en las familias de la zona VIII de la jurisdicción del Centro de Salud Simón Bolívar Cajamarca 2016?

1.3 Justificación de la investigación:

La presente investigación, busca convertirse en herramienta de apoyo para direccionar a una adecuada toma de decisiones y además que proporcione a la población la información correcta sobre los beneficios que le brinda el contar con el Seguro Integral de Salud y que el estado a través de la ley marco de aseguramiento universal N° 29344, está buscando que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad; el mismo que busca mejorar el acceso hacia los servicios de salud.

Esta investigación fue motivada porque existen todavía muchas familias que no están afiliadas al SIS y otras que teniendo dicho seguro no hacen uso del mismo y eso impacta en la morbi-mortalidad de la población, también porque el SIS es una de las principales políticas públicas del Perú que busca mejorar

la salud de la población. Con los resultados del estudio se benefician los decisores, las autoridades y el personal de salud del establecimiento porque les permitirá implementar acciones pertinentes para mejorar la oferta de servicios y sobre todo lograr que el 100 por ciento de las familias en situación de pobreza accedan al seguro integral de salud por ser su derecho y se tomen las medidas correctivas, fortalezcan los logros que puedan evidenciarse y se promuevan estudios al respecto, que permita conocer de cerca la situación del SIS en la población en situación de pobreza.

Los resultados del estudio podrán generalizarse a otros sectores del ámbito del Centro de Salud Simón Bolívar, siempre que tengan las características similares a la población del presente estudio.

1.4 Limitaciones:

El periodo de recolección de la información fue de 4 meses, una de las limitaciones que se encontró es que algunas familias no disponían de tiempo para responder a la encuesta y se tenía que regresar para encuestarlos. No hubo otras limitaciones.

1.5 Objetivos de la Investigación

1.5.1 Objetivo general:

Determinar y analizar la relación entre los condicionantes biológicos, sociales y culturales con la afiliación y el uso del Seguro Integral de Salud en familias de la Zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca 2016.

1.5.2 Objetivos específicos:

- Identificar y describir algunos condicionantes biológicos, sociales y culturales de las familias de la zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, 2016
- Estimar y analizar el porcentaje de familias de la zona VIII del Centro de salud Simón Bolívar, afiliadas al Seguro Integral de Salud 2016
- Determinar y analizar el porcentaje de familias afiliadas al Seguro Integral de Salud de la zona VIII del Centro de salud Simón Bolívar, que hacen uso de dicho seguro, 2016

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

En Colombia a pesar de que nominalmente se trata de un modelo de aseguramiento, en este momento cerca de la mitad de la población es afiliada por medio de recursos públicos (régimen subsidiado) y parece haber una voluntad política fuerte del gobierno para que se eliminen las contribuciones obligatorias, principalmente las empresariales, y por ende, se estaría transitando hacia un financiamiento sustentado esencialmente por medio de impuestos generales, aunque se mantiene el esquema de seguros para la administración de los mismos y para la garantía de la provisión de los servicios, operando como sistema mixto (44).

En el Perú; el aseguramiento en salud, tuvo sus inicios en 1936 con la creación de la Caja Nacional del Seguro Social del Obrero en el gobierno del general Oscar R. Benavides. Posteriormente, se creó la Caja del Seguro Social del Empleado y ambas fueron fusionadas para crear el Instituto Peruano de Seguridad Social durante el gobierno del general Juan Velazco (11).

Jaramillo, M. (2004), en su documento sobre El Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI): Análisis de su incidencia e impacto sobre el acceso a los servicios de salud y sobre la equidad en el acceso,

realizado en el Perú, indica que los resultados tienen importantes implicancias para las políticas del novel Seguro Integral de Salud (SIS). En el caso del SMI, una tarea prioritaria, es la ampliación de la cobertura. Todavía es un programa de alcance muy limitado y que, por lo tanto, tiene mucho que avanzar para incorporar a sus potenciales beneficiarios. Las barreras culturales aún constituyen un fuerte obstáculo al acceso, que no han sido todavía abordadas de manera enérgica y sistemática. Otro problema que puede estar detrás de la baja cobertura es la accesibilidad geográfica, particularmente si consideramos que los departamentos más pobres tienen un territorio muy complicado. Bajo esta consideración, los centros de atención deberían ser incentivados para hacer trabajo en extramuros.

Destaca el autor, que un primer punto de la estrategia del ahora componente materno infantil del SIS para combatir el problema de la equidad en el acceso, entonces, es fomentar agresivamente la afiliación en los sectores más pobres de la población. Sin embargo, la afiliación no garantiza necesariamente una atención cuando se la necesita, menos aún una atención adecuada. El análisis del impacto de los seguros a partir de una función de demanda nos permite aproximarnos a sus efectos sobre el acceso a los servicios de salud, así como a la equidad, diferenciando a la población objetivo por niveles socioeconómicos. Los resultados aquí presentados indican que ambos, el SEG y el SMI, tuvieron un impacto positivo sobre el acceso a los servicios de salud, aunque es más fuerte el efecto en el caso del SEG (16% versus 8%). (7).

Hernández, A., (2013). Realizó una investigación sobre, “Determinantes de la Afiliación y Acceso a Servicios de Salud en el Perú: El Caso del Seguro Integral de Salud”, concluye que las características de poseer documento de identidad, el gasto per cápita y ser menor de edad, son las más relevantes para ser afiliados al SIS. En relación al acceso, se estimó que la afiliación al SIS tiene un efecto positivo en el acceso a los servicios de salud, especialmente para personas en situación de pobreza y para los residentes en la costa. Recomienda revisar la situación de las personas carentes de afiliación al SIS que se encuentran por debajo de la línea de pobreza, la oferta de servicios de salud en zonas geográficas alejadas y las actuales brechas en el acceso a los servicios hospitalarios (2).

Petrera, M. (2010) en el estudio “Seguro integral de salud y protección social en el Perú, realizado del 2004 al 2010”, concluye que: la expansión masiva de la cobertura del SIS, sin el aumento proporcional de su financiamiento, ni de la expansión de la oferta MINSA, han ido mermando su efecto protector en la población en pobreza cuando se comparan afiliados versus no afiliados, así como ha incrementado paulatinamente la vulneración del derecho al acceso hasta el 68% de afiliados SIS que no acceden en el 2010 (14).

Catacora, I. (2012), en la tesis “Estudio del servicio de salud materna en el hospital general del distrito de Jaén, brindado a través del seguro integral de salud. Análisis desde el enfoque intercultural durante los meses de marzo a setiembre de 2012”, la que tenía como objetivo analizar el proceso de atención del parto en el Hospital General de Jaén el cual es brindado a través

del SIS, concluye que como resultado: que no se aplica el enfoque intercultural en el proceso de atención del parto originando la insatisfacción de las gestantes respecto a la atención recibida, dando lugar a la creación de propuestas que permitan recuperar la credibilidad hacia los beneficios que otorga el SIS a las gestantes (15).

Longaray, C. (2010). En su investigación "Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud" concluye que el Seguro Integral de Salud tiene impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en todos los niveles socioeconómicos, especialmente en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres (I y II) y si toda la población estuviese afiliada al SIS, la probabilidad de acceso aumentaría en un 19,93%. Además, refiere que casi un tercio del total de personas que accedieron a algún servicio de salud (29,8%), se atendió usando la cobertura del seguro integral de salud. Por otro lado, del total de personas que usaron el SIS para atenderse, 38,6% pertenecía al quintil I y 32,4% al quintil II (16).

También concluye afirmando que: El principal proveedor de servicios de salud fue el Ministerio de Salud con 63,7% de los atendidos, seguido de EsSalud con 18,3%, el sector privado con el 16,6% y las Fuerzas Armadas/Policiales con el 1,3% de los que accedieron a un establecimiento de salud. La mayor parte de la población accedió a servicios de salud por percibir un malestar (48,1%); la segunda causa de atención fueron las enfermedades no crónicas (37,8%), la tercera causa fueron las

enfermedades crónicas (12,1%) y los accidentes constituyeron el 2% de la demanda de atención (16).

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Seguro integral de salud (SIS)

El Seguro integral de Salud, es un seguro de salud subvencionado por el Estado, para quienes viven en condiciones de pobreza y de vulnerabilidad, y que no tienen ningún seguro que cubra sus atenciones en establecimientos asistenciales. El SIS, como Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

Señala el autor que, de esta forma, está orientado a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de la población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas. Pero el SIS también busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil (5).

El Seguro integral de salud como parte del aseguramiento universal en salud brinda dos modalidades de aseguramiento según posibilidades:

- a) Seguro subsidiado o gratuito. - Está dirigido a individuos y familias en condición de pobreza y pobreza extrema que no cuentan con un seguro

de salud, sin límite de edad. La afiliación a este componente está sujeta a la calificación de pobreza que se efectúe a las familias con el Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH, mediante el llenado de la Ficha socioeconómica Única. Son requisitos para afiliarse: Ser ciudadano peruano y residir en el Perú, presentar el Documento de Nacional de Identidad (DNI), no Contar con ningún otro seguro de salud, estar registrado en el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) (17).

- b) Seguro semi - subsidiado o de costo mínimo. - Está dirigido a las familias o ciudadanas y ciudadanos peruanos que residan en territorio nacional, que carezcan de un seguro de salud, y que tengan alguna capacidad de pago. En relación a los requisitos para afiliarse a este tipo de seguro, prácticamente son los mismos; sólo, a diferencia del seguro subsidiado el usuario no es elegible por el SISFOH (17).

2.2.2 Plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS)

El Perú ha definido este plan y consiste en una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo serán financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estén públicas, privadas o mixtas y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios (18)

Beneficios del Seguro Integral de Salud.- Los beneficios del Seguro integral de salud se han ido modificando desde su creación hasta la

fecha, con la única finalidad de atender la mayoría de enfermedades que se presentan en la población, sin dejar de lado el aspecto preventivo y promocional, pues se brindan atenciones también a población sana; por lo que se estableció en el año 2009 el listado de condiciones, intervenciones y prestaciones del PEAS, cuya provisión será dada en todos los Establecimientos de Salud públicos y privados en función a su nivel de complejidad, a saber: Población Sana.- Recién nacido sano, Niño sano, Adolescente sano, Adulto sano, Adulto mayor sano. (18)

La prestación de los servicios también está dirigido a la Condiciones Obstétricas.- Aborto incompleto sin complicaciones, aborto incompleto con complicaciones, embarazo, parto y puerperio normal, enfermedad del trofoblasto, hiperemesis gravídica, embarazo ectópico, óbito fetal, hemorragia de la segunda mitad del embarazo, diabetes gestacional, embarazo complicado por poli hidramnios, desproporción feto pélvica, gestación múltiple, embarazo prolongado, gestante mayor de 35 años, infección materna: VIH, enfermedad hipertensiva del embarazo, embarazo complicado por isoinmunización rh (-), retraso en el crecimiento intrauterino / oligohidramnios. (18)

En los casos de Embarazo complicado por riesgo de hipoxia fetal, se atiende: gestación complicada con embolia, amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, embarazo complicado por fracaso en la

inducción del parto / trabajo de parto prolongado / distocia de presentación / prolapso del cordón, desgarro perineal de grado iii o iv/ desgarro de cérvix, hemorragia post parto, retención de membranas, sepsis puerperal / infección puerperal, infección urinaria en embarazo, parto y puerperio, puerperio complicado por infección de la herida operatoria. (18)

Condiciones Ginecológicas. - Distopia genital, vulvovaginitis, enfermedad inflamatoria pélvica, enfermedades benignas de mama, menopausia. (18)

Condiciones pediátricas.- Condiciones que afectan al recién nacido: Neonato afectado por el parto, neonato afectado por condiciones maternas, neonato de bajo peso al nacer / prematuridad, infecciones neonatales, sepsis neonatal, trastornos metabólicos: hipoglicemia neonatal, hipocalcemia, hipomagnesemia, ictericia neonatal no fisiológica, asfixia del nacimiento, dificultad respiratoria en el recién nacido, convulsiones neonatales, hipotiroidismo congénito, incompatibilidad Rh/ABO en el recién nacido. (18)

Condiciones que afectan al menor de 10 años: Infección respiratoria aguda, crisis convulsiva, estado convulsivo, hidrocefalia congénita, enfermedades inmunoprevenibles, fiebre de origen desconocido (fod), en menores de 36 meses, paladar hendido, displasia congénita de

cadera, enfermedad diarreica, parasitosis, desnutrición, anemia nutricional. (18)

Condiciones neoplásicas (tumores). - Tumores del aparato genital femenino: cáncer de cuello uterino, miomatosis uterina, cáncer de mama. otros tumores: hipertrofia prostática, neoplasia de colon, neoplasia de estómago, neoplasia de próstata. (18)

Condiciones transmisibles Infecciones del aparato respiratorio. - Neumonía extrahospitalaria, tuberculosis pulmonar, tuberculosis extrapulmonar, tuberculosis con complicaciones, tuberculosis multirresistente. (18)

Infecciones del aparato genitourinario y de transmisión sexual. - Infección urinaria baja, infección urinaria alta, infección por VIH, enfermedades de transmisión sexual, sida. otras infecciones: malaria, bartonelosis, dengue clásico, dengue hemorrágico, tripanosomiasis, leishmaniasis, peste, fiebre amarilla, rabia, quiste hidatídico, lepra, infecciones cutáneas bacterianas, infestaciones de piel y anexos, micosis cutánea, absceso cutáneo, varicela, brucelosis, hepatitis, conjuntivitis, blefaritis, orzuelo y chalazión, caries, pulpitis, gingivitis. (18)

Condiciones no transmisibles. - Condiciones mentales: Esquizofrenia, ansiedad, depresión, alcoholismo. (18)

Condiciones crónicas y degenerativas. - Asma bronquial, hipertensión arterial, diabetes mellitus no complicada, hipertiroidismo e hipotiroidismo, hiperlipidemias/dislipidemias, obesidad, cataratas, trastornos de refracción, glaucoma, osteoporosis, osteoartritis, artritis reumatoidea, enfermedad de los discos vertebrales, enfermedad de Parkinson, epilepsia. (18)

Condiciones agudas.- Apendicitis aguda, gastritis aguda y úlcera péptica sin complicación, hemorragia digestiva aguda alta, colelitiasis, cuerpo extraño en aparato digestivo, obstrucción intestinal, síndrome de espalda dolorosa, heridas contusiones y traumatismos superficiales, lesión de partes blandas de miembro superior/ miembro inferior, fractura de columna y pelvis, fractura de extremidades, traumatismos múltiples severos, traumatismo intracraneal, desorden vascular cerebral isquémico, desorden vascular cerebral hemorrágico, lesiones asociadas a violencia intrafamiliar, litiasis urinaria, intoxicación por órgano-fosforados, cuerpo extraño en aparato respiratorio, insuficiencia respiratoria, quemaduras 1er, 2do y 3er grado, enfermedad isquémica del corazón. (18)

El SIS es la respuesta del Estado peruano a la necesidad de brindar atención de salud a quienes viven en situación de pobreza. En tal sentido se debe tomar en consideración, para dichas políticas, que el derecho a la salud es un estado indivisible y constitutivo de la persona, es decir, se trata de un estado consustancial, que implica tanto un

derecho de las personas a que se respete su salud como un deber del Estado de defenderla, protegerla y promoverla (28).

Tanto la pobreza como el concepto del derecho a la salud y las obligaciones que de éste devienen, son elementos de vital importancia para una política como la del SIS y suponen el marco conceptual y legal del cual, según consideramos, debe partir (28). Por ello, a continuación, se presentan algunas consideraciones al respecto:

Elementos esenciales del derecho a la salud. - El contenido de la salud, como derecho reconocido y protegido en normas internacionales y la Constitución Política del Perú, está conformado por elementos esenciales contenidos en documentos del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), y con ciertos principios orientadores de la política de salud, que constituyen la base del ordenamiento jurídico y deben estar presentes en toda política (28). Estos elementos son:

- a) Disponibilidad. - Se refiere al número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como centros de atención de la salud y programas bien implementados para posibilitar un adecuado funcionamiento y por ende una atención con calidad a los usuarios para satisfacer la demanda de necesidades de salud (28).

- b) Accesibilidad. - Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: No discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información (28).
- c) Aceptabilidad. - Con la idea de que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser culturalmente apropiados y respetuosos de la ética médica. Asimismo, el acceso a la información debe ser adoptado de manera restrictiva, situación que permitirá a los usuarios acceder a cualquier tipo de información (28).
- d) Calidad. - Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico, médico y de buena calidad. Ello demanda una adecuada capacitación a los profesionales de la salud y contar con el equipo indispensable para operar en el trabajo. Este es el elemento que garantiza la realización plena del derecho a la salud, por lo que es indispensable que se posean mecanismos de control, evaluación y seguimiento de los servicios y que ellos se vean retroalimentados por la opinión de los usuarios (28).

2.2.3 Afiliación al seguro integral de salud:

El Seguro Integral de Salud en el Perú, incrementó la intensidad de afiliación durante los años 2006 al 2009 que en promedio fue 26,98% comparadas con el promedio de crecimiento de las afiliaciones de los años 2003 a 2004 que fue del 5,85% (19).

La utilización de servicios de salud, es cada vez mayor, el número de pacientes atendidos se ha incrementado en todas las regiones del país, en el año 2009 y estas han sido financiadas por el SIS, en términos generales el 26,54% de la población nacional ha sido atendida por el SIS. En relación a las atenciones financiadas por el SIS, que el 2002 registró un total de 15'170,607 atenciones. Durante los siguientes años se observa una tendencia creciente, llegando en el 2009 a registrar 27'327,091 de atenciones. Este dato se correlaciona con la tendencia creciente del valor de producción bruto en soles, con lo cual inferimos que el SIS efectivamente ha aumentado su financiamiento en los últimos 5 años, lo que es más evidente desde el 2008 (19).

Los gastos en estos servicios en el periodo 1995 al 2005 han sido financiados principalmente con el gasto de bolsillo. No obstante, hacia la segunda mitad del decenio, se observa un incremento del financiamiento por parte del gobierno con recursos del tesoro público, de 25,2% a 30,7%, acompañado de una disminución del pago por los hogares de 45,8% a 34,2 (19).

En la última década ha habido un incremento en el acceso a los servicios de saneamiento básico, cambios en el estilo de vida de la población y mayor oferta de servicios de salud en el primer nivel de atención, reforzado por la implementación del Aseguramiento Universal en Salud, lo que ha permitido incrementar el acceso de la población de pobreza y pobreza extrema a los servicios de salud y mejorar los indicadores de salud como el de mortalidad infantil, mediante el control de infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas e inmunoprevenibles (19).

El aseguramiento en salud, ha sido importante, así desde el año 2007 hasta la fecha se evidenciaron una mejora en los indicadores de salud pública y una disminución del gasto de bolsillo, lo que coincide con la aprobación del D. S 004-2007-SA, en el que el plan de beneficios del seguro integral de salud aumenta y las exclusiones específicas disminuyen (19).

Revisando el indicador de cobertura de salud, en el año 2014, en el Perú la población pobre y no pobre que cuenta con seguro de salud aumentó en 3,7 puntos porcentuales. La población pobre pasó de 71,6% a 75,3% y la población no pobre de 63,5% a 67,2%, (21) esta información se la puede visualizar en los anexos (gráfico N°3).

Según el tipo de seguro de salud que tiene, la población pobre (extrema y no extrema) accede mayoritariamente al Seguro Integral

de Salud (SIS), así de cada 100 pobres extremos 80 tienen este seguro. En el caso de la población no pobre, el Seguro Integral de Salud cubre al 30,7% (21) todo esto también se lo observa en los anexos (Gráfico N° 04).

Al comparar los años 2013 y 2014, los pobres que cuentan con Seguro Integral de Salud se han incrementado en 3,2 puntos porcentuales y la población no pobre en 4,4 puntos porcentuales. En relación al seguro de EsSalud, el 29,6% de la población no pobre tiene este seguro, en el caso de los pobres, este seguro alcanza sólo al 7,5% (21). (Ver en anexos el cuadro N° 01)

Un gran número de distritos en las zonas altoandinas de las regiones de La Libertad y Cajamarca han desplazado a Apurímac y Huancavelica, entre las regiones identificadas durante décadas en la dramática escala de la mayor pobreza entre los más pobres del Perú, según el informe 2015 del INEI (25).

La misma fuente, a través de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza del 2002, indicó que los cinco departamentos de mayor pobreza total en el Perú eran Huancavelica (88,0%), Huánuco (78,9%), Apurímac (78,0%), Puno (78,0%) y Cajamarca (77,4%). En la condición de pobreza extrema figuraban los departamentos de Huancavelica (74,4%), Huánuco (61,9%), Cusco (51,3%), Cajamarca (50,8%) y Apurímac (47,4%) (25).

Entre los años 2011 y 2012; según información del INEI, 450,842 habitantes salieron y/o dejaron la condición de pobreza; por lo que la tasa de pobreza se redujo del 27,8% al 25,8% (25).

La tasa de pobreza, medida desde el enfoque multidimensional, ha pasado de 39,9% en 2011 a 36,6% en 2012. Esta reducción de 3,3% en la tasa de pobreza multidimensional significó que 773,733 habitantes dejaron de sufrir las mayores privaciones por falta de ingreso (25).

En el Perú, existen cerca de 5'967,205 personas que viven en las zonas rurales que requieren de la asistencia del Estado. Esta nueva reconfiguración geográfica de la pobreza sigue concentrándose en distritos y provincias andinos del norte. En el Perú existían 225 distritos con pobreza por encima del 80% en 2009. En la última medición de 2013, la cifra se redujo a 76 distritos, lo que fue considerado un gran avance (25).

“La diferencia en las dinámicas de pobreza entre regiones tienen más que ver con el menor crecimiento experimentado en la sierra norte, a diferencia de la sierra sur o la selva, y no tanto a diferencias en la política social, la que ha sido relativamente uniforme a lo largo de estas regiones”, comentó Javier Escobal, investigador principal de Grade (25).

Por otro lado, se señala que, en el Perú, la pobreza limita las oportunidades y el acceso a los servicios de salud. El estudio “Análisis y Tendencias en la Utilización de Servicios de Salud Perú 1985-2002” muestra que, en el año 2000, del total de personas con síntomas de enfermedad y necesidad de consulta que no lograron acceder a los servicios de salud, el 82% señala que la falta de recursos económicos constituye el principal motivo de la no consulta (26).

También, indica que no sólo existe una relación casi lineal y directa entre el nivel de ingreso de las personas y su utilización de servicios de salud, sino que la población pobre que accede a la consulta del MINSA lo hace mayormente en el primer nivel de atención, es decir, en postas y centros de salud, y en mucha menor medida en los niveles de mayor complejidad, es decir, hospitales de mayor nivel. Por otro lado, el nivel de pobreza en el Perú, en tanto factor que limita el acceso a los servicios de salud de una parte mayoritaria de la población, da origen a una significativa demanda reprimida oculta (26).

2.2.4 Factores sociales, económicos y culturales

Evidentemente el SIS ha sido una importante política pública, puesto que ha favorecido a la población, especialmente a la población pobre. Los hogares y las personas en situación de pobreza se diferencian de los hogares y personas no pobres respecto a varias dimensiones socioeconómicas claramente identificables. La caracterización de los pobres en Perú se construye a partir de la comparación de los hogares

y las personas pobres con los que no lo son, en áreas urbanas, rurales, regiones naturales y entre diferentes niveles de pobreza (17).

Como es de conocimiento, la pobreza incide en la edad. En la población infantil y adolescente, la incidencia de la pobreza es alta, pues la falta de recursos en los hogares pobres suele estar asociada con situaciones de riesgo específicas para esta población, tales como la desnutrición, el abandono escolar o la falta de acceso a servicios médicos. Estas circunstancias pueden afectar las oportunidades de niñas, niños y adolescentes para desarrollarse en el futuro, pues los efectos de la pobreza son difíciles de remontar, e incluso llegan a ser irreversibles (17)

Aunque las carencias descritas no son exclusivas de la población infantil y adolescente, es altamente probable que éstas no sólo los acompañen a lo largo de su vida, sino que sean un factor determinante para perpetuar la transmisión intergeneracional de la pobreza. (17)

En el año 2014, la pobreza afectó en el Perú al 33,6% de las niñas y los niños menores de cinco años de edad, al 34,2% de los que tienen de 5 a 9 años de edad, al 32,8% de los de 10 a 14 años y al 23,4% de los adolescentes de 15 a 19 años de edad. En el resto de los grupos etarios, la incidencia de la pobreza es menor al promedio nacional (21).

La pobreza en las niñas y niños, adolescentes y jóvenes del área rural del país es mayor, donde más del 50% de niñas/os menores de 15 años son pobres. En los otros grupos de edad, la incidencia de la pobreza fluctúa entre 34% y 49% aproximadamente. En cambio, en el área urbana en casi todos los grupos de edad, la pobreza está por debajo del promedio nacional, a excepción de los menores de 10 años, sin embargo, se observa que las niñas, niños y adolescentes aun estando por debajo del promedio, también son los más afectados (23% en los menores de 15 años) (21).

La pobreza se puede definir como la carencia de recursos para satisfacer las necesidades de una persona, o personas específicas, que no tengan la capacidad y oportunidad de producir esos recursos necesarios. En tal sentido, la pobreza se puede medir en función del ingreso de las familias, de su gasto o consumo tomando como referencia una canasta mínima o carencias o necesidades de aspectos tales como infraestructura, acceso a servicios, etc. es decir, se puede considerar que el concepto de pobreza alude a la insatisfacción de un conjunto de necesidades consideradas esenciales por un grupo social específico y que reflejan el estilo de vida de esta sociedad (14).

Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a cumplir en el 2015 es reducir a la mitad la extrema pobreza a nivel mundial a partir del nivel alcanzado en 1990, lo que significa que en el 2015 sólo el

10% de la población de los países en desarrollo vivirá con un dólar al día o menos, comparado con el 28% de 1990 (15). Para definir la pobreza se deben considerar dos categorías: puede ser relativa o absoluta. Cuando se habla de la pobreza relativa se debe circunscribirla a situaciones geográficas, ambientales, sociales, etc., pues en ella inciden varios factores significativos con los que se evalúan diferentes niveles y estándares, subdividiéndola en pobreza educativa, pobreza de servicios, pobreza de salud, etc.

En cambio, se estipula que en el ámbito de la pobreza absoluta se debe diferenciar a los pobres de los no pobres, estableciendo una canasta mínima, de consumo representativo de las necesidades de la sociedad que se pretende analizar (22).

Así también señala el autor, que esta metodología permite detectar la pobreza crítica y, dentro de ella, a la pobreza extrema. La línea de pobreza crítica se determina en base al costo total de la canasta de consumo, que incluye los gastos de alimentación, vivienda, salud, vestido y otros, mientras que la línea de pobreza extrema considera sólo los gastos de alimentación. Esta metodología utiliza el porcentaje de pobreza de una población, el cual indica qué proporción de los hogares tienen ingresos que están por debajo de la Línea de Pobreza.

Asimismo, afirma el autor que un hogar estará en condición de pobreza si sus ingresos no logran cubrir el costo de esta canasta

básica de consumo, y en pobreza crítica cuando no cubre su canasta básica alimentaria, necesaria para satisfacer los requerimientos calóricos y proteicos de los individuos que conforman un hogar (22).

Con relación a la pobreza señala, que los avances logrados en la reducción de la pobreza han sido notables en las últimas décadas. El mundo cumplió la meta del primer objetivo de desarrollo del milenio de disminuir a la mitad para 2015 la tasa de pobreza registrada en 1990, lográndolo en 2010, cinco años antes del plazo previsto. Pero pese a este logro, la cantidad de personas que viven en condiciones de pobreza extrema en el mundo sigue siendo inaceptablemente alta.

Destaca que, de acuerdo con las últimas estimaciones, el 12,7 % de la población mundial vivía con menos de US\$1,90 al día en 2011, cifra inferior al 37 % de 1990 y al 44 % de 1981. Esto significa que 896 millones de personas subsistían con menos de US\$1,90 al día en 2012, en comparación con 1950 millones en 1990 y 1990 millones en 1981 (23).

Afirma, asimismo que el progreso ha sido más lento en las líneas de pobreza más altas. En total, 2200 millones de personas sobrevivían con menos de US\$3,10 al día en 2011, que es la línea de pobreza promedio de los países en desarrollo y otro indicador común de profundas carencias. Se trata de una reducción marginal con respecto a los 2590 millones registrados en 1981 (23).

Es importante señalar que la cultura es un aspecto fundamental para que la población acceda a los servicios de salud, no obstante contar con un seguro de salud. Así Knauft, B. (1996). En el contexto de una Promoción de la Salud progresista, señala que está de acuerdo en que la cultura deje de ser vista negativamente como un factor de riesgo o un subterfugio ideológico.

Indica que, se busca que la relación cultura-salud adquiriera una fuerza crítica y de intervención que, siguiendo propuestas como el humanismo crítico de Knauft, se oriente a dos tareas fundamentales: Documentar y valorar la riqueza de la diversidad de las prácticas y saberes culturales en el campo de la salud y la enfermedad y exponer, desenmascarar, analizar y criticar las prácticas de dominación y las inequidades en la determinación de los perfiles epidemiológicos y en las intervenciones que realizan los diferentes actores de los diversos sistemas de salud (27).

Es importante considerar que mantener la salud de la población en condiciones adecuadas no sólo es competencia del Ministerio de Salud, sino también de los demás sectores, pues también tienen influencia en las condiciones sanitarias de la población (educación, provisión de agua, entre otros), por lo que se requiere que el Estado en su conjunto formule políticas integrales que busquen lograr poblaciones saludables con enfoque de derecho, que garanticen el pleno ejercicio a la salud (14).

2.3 Condicionantes biológicos, sociales y culturales.

2.3.1 Condicionante biológico

Cuando se toma los términos por separado; condicionante es algo que determina, que condiciona y al manejar el significado del término biológico, tenemos que hace referencia a la herencia genética de las personas, también conocida como “programación biológica” o “capital de salud”. Se refiere a los condicionantes que un individuo recibe de sus padres al nacer (30).

2.3.2 Condicionante social

Según la OMS, los condicionantes sociales son “las circunstancias en las que nace una persona, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, circunstancias que son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas” (20).

2.3.3 Condicionante Cultural

El conjunto de creencias, valores, normas, ideas y conductas de los grupos sociales más desfavorecidos, como origen de las desigualdades en el estado de salud de los mismos. Se la designa también como "cultura de la pobreza" (los pobres tienen preferencia por conductas no saludables, estilos de vida insanos). Desde las

ciencias de la conducta se ha considerado que el comportamiento individual y los estilos de vida personales elegidos libremente constituyen una de las principales determinantes de la salud, y de las diferencias entre los individuos y entre los grupos integrantes de la sociedad. Es importante diferenciar entre dos conceptos complementarios e interdependientes: Sociedad y Cultura. (43)

La sociedad es el conjunto de relaciones sociales que se dan en un hábitat y **la cultura** es lo que da forma y envuelve a esa sociedad.

En una cultura, se pueden mover diferentes criterios, dentro de cada contexto social pueden ser importante unos valores más que otros. La adaptación a la cultura y a los valores de una determinada sociedad dependerá de las circunstancias socioeconómicas y personales de cada individuo o grupo social. (43)

La cultura es un constructo social, y por lo tanto también cambian los hábitos que se constituyen como pautas culturales y socialmente aceptadas. Los comportamientos más o menos saludables adquieren diferente dimensión en función de la trascendencia social que tengan en un momento determinado. La educación para la salud es fundamental en las sociedades para: (43)

- Modificar conductas no saludables.
- Promocionar conductas saludables.
- Provocar procesos de cambio social.

Los estilos de vida no pueden obviarse a la hora de tomar decisiones sobre la salud de la población. La propia percepción del paciente sobre su salud debe tenerse en cuenta. Es el componente subjetivo de la salud. (43)

La relación cultura - salud es compleja y constituye todo un reto para las sociedades: cómo entendemos la salud desde las diferentes culturas que conviven en un territorio, cómo entendemos la enfermedad, qué valor se les da a las conductas saludables, qué significan para nosotros los riesgos para la salud, etc. (43)

Son el conjunto de condiciones presentes en el proceso de desarrollo cultural de los individuos, grupos, colectivos, comunidades, naciones, países, que influyen positiva o negativamente en el desarrollo cultural. (31)

Los científicos e investigadores de la medicina pocas veces pusieron interés en observar la influencia del medio sobre la conducta de los individuos en aquellas épocas. Nadie se preocupaba del creciente desarrollo industrial, la urbanización acelerada sin una infraestructura sanitaria adecuada; todo al margen del estudio de sus consecuencias para la salud de las personas. No es hasta aproximadamente en 1713 que en Italia Bernardo Ramazini estudia la relación entre las condiciones sociales y la salud de la población. (32)

Asimismo, a partir de entonces se comenzaron a tomar una serie de medidas de carácter gubernamental para la protección de la salud de los individuos, así como controlar algunos factores y a establecer la relación entre estos y las enfermedades. (32)

Esto obliga a enfocar la salud de las personas no sólo desde posiciones biológicas, sino considerando las características sociales y culturales.

2.4 Definición de términos básicos

2.4.1 Seguro Integral de Salud

Es un Organismo Público Ejecutor (OPE) del Ministerio de Salud, que tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud Prioriza aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. (33).

2.4.2 Afiliación

Inscripción de una persona como miembro de un partido, un sindicato u otra asociación; es el procedimiento a través del cual una persona tramita su afiliación; en este caso, al seguro integral de salud, es decir cumple con la normatividad exigida (33).

2.4.3 Uso del seguro integral de salud

La palabra uso deriva del latín “usus” que alude al resultado del acto de usar, que es servirse y disfrutar de alguna cosa o practicar algo de modo habitual, que cuando es generalizado se convierte en moda (30)

2.4.4 Familia

Se define a la familia como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se supone duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, en el cual existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. La familia, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado (34).

2.4.5 Condicionante biológico

Hace referencia a la herencia genética de las personas, también conocida como “programación biológica” o “capital de salud”. Se refiere a los condicionantes que un individuo recibe de sus padres al nacer (30).

2.4.6 Condicionante social

Son “las circunstancias en las que nace una persona, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, circunstancias que

son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas” (36).

2.4.7 Condicionante Cultural

Son el conjunto de condiciones presentes en el proceso de desarrollo cultural de los individuos, grupos, colectivos, comunidades, naciones, países, que influyen positiva o negativamente en el desarrollo cultural. (31)

2.4.8 Centro de Salud

Son aquellas instituciones de salud donde se ofrece atención integral de salud, con activa participación de la comunidad a través de acciones preventivas y recuperativas de mediana complejidad, brindando atención en Salud del Niño, de la Mujer y del Adulto (35).

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis de la Investigación

Hi. Los condicionantes biológicos, sociales y culturales se relacionan significativamente con la afiliación y el uso del Seguro Integral de Salud en familias residentes de la zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, Cajamarca.

Ho. Los condicionantes biológicos, sociales y culturales no se relacionan significativamente con la afiliación y el uso del Seguro Integral de Salud en familias residentes de la zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, Cajamarca.

3.2 Variables:

Variable 1. Condicionantes biológicos, sociales y culturales.

Variable 2: Afiliación y uso del seguro integral de salud.

3.3 Definición operacional de variables:

TÍTULO: Condicionantes biológicos, sociales y culturales que se relacionan con la afiliación y uso del seguro integral de salud en familias de la zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar - Cajamarca 2016					
Hipótesis	Variables	Definición conceptual de las variables/categorías	Definición operacional de las variables		
			Dimensiones	Indicadores/ cualidades	Fuente o instrumento de recolección de datos
Los condicionantes biológicos, sociales y culturales se relacionan significativamente con la afiliación y el uso del Seguro Integral de Salud en familias residentes de la zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, Cajamarca.	Condicionantes Biológicos	Del sustantivo “biología” y del sufijo “ico” que indica cualidad o relativo de; en este caso se refiere a las características propias de cada individuo (30).	Edad:	15-19 años 20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60 a más	Cuestionario validado y confiable.
	Condicionantes sociales	Es aquello que repercute de forma directa en toda la sociedad. (36).	Sexo:	Femenino Masculino	
			Estado civil	Casado Soltero Divorciado Viudo Conviviente	
			Grado de instrucción	Analfabeto Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior Técnica incompleta Superior Técnica completa Superior universitaria incompleta Superior universitaria completa	

			Número miembros de la familia	Hasta 3 miembros De 4 a 6 miembros De 7 a más	
			Ocupación de los padres	Empleado Obrero eventual Independiente Su casa Estudiante Profesional Agricultor Comerciante	
			Religión	Católico No católico	
	Condicionantes culturales	Es todo complejo que incluye el conocimiento, el arte, las creencias, la ley, la moral, las costumbres y todos los hábitos y habilidades adquiridos por el hombre no sólo en la familia, sino también al ser parte de una sociedad como miembro que es (36).	Conocimiento de Importancia del seguro.	Tiene conocimiento adecuado de importancia del SIS. No tiene conocimiento del SIS.	
			Conocimiento de Beneficios del seguro.	Ayuda a las personas de escasos recursos económicos. Brinda atención integral. Bueno para atenderse en el hospital y CS. No aplica	
			Número de miembros afiliados.	Uno Dos Tres Cuatro Toda la familia ESSALUD Sanidad Ninguno	

			<p>Razones por la que está asegurado.</p> <p>Razones por la que no se ha asegurado.</p> <p>Calificación de la atención en el centro de salud.</p> <p>Beneficios del SIS</p>	<p>Vive en situación de pobreza. Estuvo enfermo. Tiene alguna enfermedad. No aplica</p> <p>Desconoce el SIS Demora la atención Ninguna. No aplica</p> <p>Es rápida la atención. Demoran mucho y hay que hacer colas desde muy temprano. Nos tratan bien Nos gritan y llaman la atención. No aplica.</p> <p>Es gratuito y hacen exámenes de laboratorio en forma gratuita. Nos dan medicamentos gratis y atención integral. El personal siempre nos visita a nuestras casas. No conoce.</p>	
	Afiliación y uso del SIS	Acción y efecto de ingresar miembros a una aseguradora que presta servicios de salud, para ejercer derechos y obtener beneficios, y acto de usar, que es servirse y disfrutar de alguna cosa o practicar algo de modo habitual (30).	Afiliación y utilidad	<p>Está afiliada y hace uso del seguro integral de salud</p> <p>Está afiliada y no hace uso del seguro integral de salud.</p> <p>No está afiliada al seguro integral de salud.</p>	

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1 Ámbito de estudio

El presente trabajo de investigación se desarrolló en el Distrito de Cajamarca; específicamente en la zona VIII del área de jurisdicción del Centro de Salud Simón Bolívar. El C.S. Simón Bolívar es un establecimiento del primer nivel de atención, categorizado como I-4 y que actualmente está funcionando en la Av. Mario Urteaga N° 500, donde anteriormente estaba ubicado el Hospital Regional de Cajamarca; en este nivel de atención se garantiza a las personas una atención integral de calidad desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y la recuperación de la salud, a la población asegurada y no asegurada durante las 24 horas del día.

4.2 Diseño y tipo de investigación

El presente estudio corresponde a un diseño no experimental, de corte transversal de tipo descriptiva, correlacional.

Es no experimental, porque no se han manipulado las variables, sino que se estudiaron las mismas tal como se dieron en su contexto natural. Transversal porque los datos se recolectaron en un momento determinado

Es descriptivo porque detalla los hechos o fenómenos tal como se presentaron en la población de estudio y correlacional porque se ha establecido la relación estadística entre la variable 1 (Condicionantes biológicos, sociales y culturales) y la variable 2 (afiliación y uso del seguro integral de salud).

4.3 Método

El método que se ha utilizado es el hipotético-deductivo, este método tiene varios pasos esenciales: se ha partido de la observación del fenómeno a estudiar, luego la creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, y deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos.

4.4 Población, muestra y unidad de análisis

4.4.1 Población

Está constituida por las familias de la zona VIII área de jurisdicción del Centro de Salud Simón Bolívar. El centro de salud tiene aproximadamente 6 700 familias asignadas por el INEI 2016. La zona VIII tiene en promedio 260 familias que constituye la población de estudio.

4.4.2 Muestra

La muestra está constituida por 168 familias.

Cálculo del tamaño muestral: La muestra lo constituyeron las familias de la Zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar.

Para determinar la muestra se ha utilizado la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{E^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

N= Población o universo = 260 familias

Z= Coeficiente de confiabilidad al 95% = 1.96

P= Proporción de la población que tiene la característica de estudio=
0.5

Q= Proporción de la población que no tiene la característica de
estudio= 0.5

E= Error permisible = 0.045

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) 260}{(0.045)^2 (260-1) + Z^2 (0.5) (0.5)} = 168.16$$

$$n = 168$$

4.4.3 Selección de la muestra

La muestra fue probabilística, es decir todas las familias tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionadas. Se seleccionó al azar y para ello se realizó un croquis de la zona VIII, para delimitar la zona. Para determinar la muestra se utilizó la selección sistemática de elementos muestrales, para lo cual se determinó un intervalo que es el resultado del tamaño de la población y el tamaño de la muestra.

K= Intervalo, N= población, n= muestra; donde $K = N/n$; reemplazando

$K = 260/168 = 1.5$ La muestra fue recolectada dejando una familia

4.5 Unidad de Análisis

Cada familia residente en la zona VIII de la jurisdicción del Centro de Salud Simón Bolívar.

4.6 Criterios de inclusión

Se consideraron como criterios de inclusión los siguientes:

- Familias que tengan como residencia habitual la zona VIII y pertenezcan al ámbito de intervención del Centro de Salud Simón Bolívar.
- Familias que estén o no afiliadas al SIS.
- Familias que deseen participar voluntariamente en el estudio y firmen el consentimiento informado.

4.7 Criterios de exclusión

Se consideraron como criterios de exclusión los siguientes:

- Familias que eventualmente se encuentren de visita en la zona y no sea su residencia habitual.

4.8 Técnicas e instrumentos de recopilación de información

Se ha utilizado la entrevista estructurada, que es en esencia una conversación planeada, en la que se plantearon las preguntas a las familias de la muestra con la finalidad de obtener información específica. Esta entrevista se realizó personalmente. También se utilizó el análisis

documental en la que se recabó información descriptiva sobre antecedentes del estudio y marco conceptual relacionado a las variables de estudio.

El trabajo de investigación se realizó en varias etapas:

Primero: Para realizar el presente trabajo de investigación se realizaron coordinaciones con el jefe del Centro de Salud y el alcalde vecinal de la Zona VIII de la jurisdicción del Centro de Salud Simón Bolívar a quienes se les explicó los objetivos y la metodología del trabajo de investigación, obteniendo la autorización respectiva.

Segundo: Las familias que participaron en el estudio fueron informadas de los objetivos del mismo y firmaron el consentimiento informado, para su participación voluntaria. (Apéndice 2)

4.9 Técnica

Se utilizó como técnica la entrevista para aplicar el cuestionario a las familias y recolectar la información pertinente.

4.10 Cuestionario

El cuestionario para determinar la relación entre los condicionantes biológicos, sociales y culturales y la afiliación y uso del seguro integral de salud; consta de 18 preguntas, las cuales son cerradas, con dos o más alternativas de respuestas. Las preguntas fueron codificadas para facilitar la

digitación. Está dividido en 5 secciones: La primera de datos generales (3 preguntas), la segunda de condicionantes biológicos (2 preguntas), la tercera condicionante sociales (3 preguntas), la cuarta, condicionantes culturales (9 preguntas) y la quinta relacionada a la afiliación y uso del SIS (1 pregunta).

Para determinar la validez y confiabilidad del cuestionario se sometió al juicio de dos expertos en el tema del seguro integral de salud, para la evaluación de la pertinencia y claridad y redacción de los ítems del cuestionario, Para ello se les envió el título, problema, objetivos, hipótesis y operacionalización de las variables y la ficha de evaluación de juicio de expertos. No teniendo sugerencias.

4.11 Validez y confiabilidad del instrumento

Para determinar la confiabilidad del instrumento se realizó la prueba piloto y luego se aplicó el coeficiente de confiabilidad de Kuder y Richardson – KR20, obteniendo el valor de 0.82, lo que evidencia la confiabilidad del cuestionario.

4.12 Prueba piloto:

Con la finalidad de lograr que el cuestionario esté adaptado al mundo cultural de las familias en estudio, se realizó la prueba piloto en 20 unidades de análisis en la misma población de estudio; las familias que participaron en el piloto se las excluyó y no fueron parte de la muestra.

Al aplicar la prueba estadística KR 20, se encontró un valor de 0.82 lo que significa que el cuestionario es fiable (Ver apéndice 3).

4.13 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

Se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 21 en la que se registraron los datos de las variables en estudio. Se realizó la revisión de la calidad de la digitación de los datos.

Se ha realizado el análisis univariado y bivariado, utilizando el marco teórico y los antecedentes sobre el tema.

Para determinar la relación entre la variable 1 (Condicionantes biológicos, sociales y culturales) con la variable 2 (afiliación y uso del SIS) se utilizó la prueba de Chi Cuadrado, teniendo en cuenta que si el valor de P es menor a 0.05, entonces se acepta la hipótesis de investigación y si el valor de P es mayor de 0.05 se rechaza la misma.

Los resultados son presentados en tablas estadísticas simples (frecuencia y porcentaje) y de doble entrada o de asociación.

4.14 Aspectos Éticos de la Investigación

La investigación científica, es un proceso social donde entran en juego actores, recursos y activas interacciones entre las personas. Por ello, se informó la confidencialidad de la recolección de datos de las familias. La información que se brindó a las familias para participar voluntariamente en el estudio fue entregada en un lenguaje y forma sencilla que fue

comprensible para ellos. Cada familia firmó el consentimiento informado, donde se consignó los objetivos del estudio de investigación, indicándoles además que se podían retirar en cualquier momento si así lo consideraban pertinente. Se ha tomado en cuenta, el principio de autonomía, de Beneficencia, de no maleficencia y de respeto.

4.15 Matriz de consistencia metodología

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
PROBLEMA PRINCIPAL: ¿Cuáles son los condicionantes biológicos, sociales y culturales que se relacionan con la afiliación y el uso del SIS?, por un sector de la población de Cajamarca.	<p>GENERAL</p> <p>Determinar y analizar la relación entre los condicionantes biológicos, sociales y culturales con la afiliación y el uso del Seguro Integral de Salud en familias de la Zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca 2016</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>Identificar y describir algunos condicionantes biológicos, sociales y culturales de las familias de la zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, 2016</p> <p>Determinar el porcentaje de familias de la zona VIII del CS Simón Bolívar, afiliadas al seguro integral de salud.</p>	<p>GENERAL</p> <p>Los condicionantes biológicos, sociales y culturales se relacionan significativamente con la afiliación y el uso del Seguro Integral de Salud en familias residentes de la zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, Cajamarca.</p>	<p>INDEPENDIENTE</p> <p>Condicionantes biológicos, sociales y culturales:</p>	<p>Edad:</p> <p>Sexo:</p> <p>Estado Civil:</p> <p>Grado de instrucción:</p> <p>Número de miembros de la familia:</p> <p>Ocupación de los padres:</p>	<p>15-19 años 20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60 a más</p> <p>Femenino Masculino</p> <p>Casado Soltero Divorciado Viudo Conviviente</p> <p>Analfabeto Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Sup. Téc. Incompleta Sup. Téc. Completa Sup. Univ. Incompleta Sup. Univ. Completa</p> <p>Hasta 3 De 4 a 6 De 7 a más</p> <p>Empleado Obrero eventual</p>	<p>Corresponde a una investigación no experimental, de corte transversal, descriptiva y correlacional.</p>	<p>Población: Constituida por 260 familias de la zona VIII.</p> <p>Muestra: Constituida por 168 familias de la zona VIII.</p>

	Determinar el porcentaje de familias afiliadas al SIS de la zona VIII del CS Simón Bolívar, que hacen uso del seguro integral, 2016.			Religión:	Independiente Su casa Estudiante Profesional Agricultor Comerciante Católico No católico		
				Conocimiento de importancia del seguro:	Tiene conocimiento adecuado de importancia del SIS. No tiene conocimiento del SIS.		
				Conocimientos de beneficios del seguro:	Ayuda a las personas de escasos recursos económicos. Brinda atención integral. Bueno para atenderse en el hospital y CS. No aplica		
				Número de miembros afiliados:	Uno Dos Tres Cuatro Toda la familia ESSALUD Sanidad Ninguno		
				Razones por las que está asegurado	Vive en situación de pobreza. Estuvo enfermo.		

				<p>Razones por las que no está asegurado.</p> <p>Calificación de la atención en el centro de salud.</p> <p>Beneficios del SIS:</p>	<p>Tiene alguna enfermedad. No aplica</p> <p>Desconoce el SIS Demora la atención Ninguna. No aplica</p> <p>Es rápida la atención. Demoran mucho y hay que hacer colas desde muy temprano. Nos tratan bien Nos gritan y llaman la atención. No aplica.</p> <p>Es gratuito y hacen exámenes de laboratorio en forma gratuita. Nos dan medicamentos gratis y atención integral. El personal siempre nos visita a nuestras casas. No conoce.</p>		
			DEPENDIENTE: Afiliación y uso del SIS	Afiliación y utilidad	<p>Está afiliada y hace uso del seguro integral de salud.</p> <p>Está afiliada y no hace uso del seguro integral de salud.</p> <p>No está afiliada al seguro integral de salud.</p>		

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los resultados de los condicionantes sociodemográficos y culturales de la afiliación y uso al seguro integral de salud, realizado en una muestra de 168 familias pertenecientes a la zona VIII del ámbito del Centro de Salud Simón Bolívar.

Tabla 1. Condicionantes biológicos de las familias de la Zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, 2016

Condicionantes biológicos	N°	Porcentaje
Edad del entrevistado		
15 a 19 años	10	6,0
20 a 29 años	45	26,8
30 a 39 años	53	31,5
40 a 49 años	29	17,3
50 a 59 años	19	11,3
60 a más años	12	7,1
Sexo		
Femenino	129	76,8
Masculino	39	23,2
Total	168	100,0

En la tabla 1, se observa, que la mayoría (31,5%) de los entrevistados tiene entre 30 y 39 años de edad, siguiendo en importancia los de 20 a 29 años, que en total hacen un 26,8%, lo que indica que en un mayor

porcentaje la población es joven, el 6,0% tiene entre 15 y 19 años de edad y el 7,1% los de 60 a más años de edad. Predominan los de sexo femenino siendo el 76,8%. Estas edades son indistintas para el SIS, puesto que esta atención de salud a toda la población que cumple los requisitos para ser afiliado, es importante señalar que no toda la población encuestada se encuentra afiliadas al SIS.

El aseguramiento universal en salud (AUS) es una política de Estado financiada con garantía de su permanencia en el tiempo y es el derecho de todos los peruanos y residentes en el país (extranjeros), tener un seguro de salud que les permita acceder a un conjunto amplio de atenciones de salud, para ello existen instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, entre las cuales podemos mencionar: El Seguro Integral de Salud, ESSALUD, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidades de la Policía Nacional del Perú y las Fuerzas Armadas, entidades prestadoras de salud, compañías de seguros privados de salud, entidades de salud que ofrecen servicios de salud prepagadas, autoseguros y fondos de salud, otras modalidades de aseguramiento públicos, privados o mixtos, distintas a las señaladas anteriormente; según se manifiesta en la ley N° 29344 (18)

Con relación a la edad, una de las características del aseguramiento universal es que sea progresivo; y esto se refiere a que todos; en algún momento gozarán de este beneficio, se presentan ciertas dificultades pues existen algunas circunstancias en que el sistema no permite la afiliación de las personas, pero estas se están tratando de corregir, hoy en día las municipalidades están inmersas en el proceso de afiliación a

este tipo de seguro, por otro lado se tiene como prioridad la afiliación temporal de los recién nacidos, niños menores de 5 años y las gestantes sin ninguna condición; mientras que los demás grupos pasan por un proceso mayor para conseguir la afiliación, incluido los extranjeros; pero debidamente regulado. (18)

Según el INEI en el año 2015 informa que, en la población infantil y adolescente, la incidencia de la pobreza es alta, pues la falta de recursos en los hogares pobres suele estar asociada con situaciones de riesgo específicas para esta población, tales como la desnutrición, el abandono escolar o la falta de acceso a servicios médicos. Estas circunstancias pueden afectar las oportunidades de niños, niñas y adolescentes para desarrollarse en el futuro, pues los efectos de la pobreza son difíciles de remontar, e incluso llegan a ser irreversibles. (37)

Aunque las carencias descritas no son exclusivas de la población infantil y adolescente, es altamente probable que éstas no sólo los acompañen a lo largo de su vida, sino que sean un factor determinante para perpetuar la transmisión intergeneracional de la pobreza (37). Por ello, es que el SIS no discrimina la edad, todas las personas en situación de pobreza tienen derecho a tener el SIS. (37)

Tabla 2. Condicionantes sociales de las familias de la Zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, 2016

Condicionantes sociales	Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil		
Casado	51	30,4
Conviviente	75	44,6
Divorciada	2	1,2
Soltero	36	21,4
Viudo	4	2,4
Nivel de instrucción		
Analfabeto	5	3,0
Primaria Completa	6	3,6
Primaria Incompleta	4	2,4
Secundaria Completa	39	23,2
Secundaria Incompleta	20	11,9
Superior Técnica Completa	12	7,1
Superior Técnica Incompleta	6	3,6
Superior Universitaria Completa	55	32,7
Superior Universitaria Incompleta	21	12,5
Número de miembros de familia		
Hasta 3	57	33,9
4 a 6	108	64,3
7 a +	3	1,8
Ocupación		
Comerciante	6	3,6
Empleado	50	29,8
Estudiante	24	14,3
Independiente	9	5,4
Obrero eventual	5	3,0
Profesional	24	14,3
Su casa	50	29,8
Religión		
Católica	149	88,7
No católica	19	11,3
Total	168	100,0

En la tabla 2, se observa que el 44,6% de los encuestados tienen estado civil conviviente, el 30,4% son casados, solteros el 21,4%. El 45,20% de

la población en estudio tiene grado de instrucción superior universitaria, esto debido a que viven en la ciudad y probablemente tienen mejores oportunidades para estudiar, le sigue en importancia los de secundaria completa (23,2%), el 3% es analfabeto. Como se aprecia en esta zona de influencia del Centro de Salud Simón Bolívar, su población tiene un importante nivel de instrucción.

Con relación al número de miembros de su familia, El 64,3% tiene 4 a 6 miembros en su familia, el 33,9% hasta 3 miembros y el 1,8% tiene de 7 a más miembros, este último porcentaje si bien es el más bajo, no es menos importante pues estas familias con este número elevado número de integrantes puede ayudar a explicar la situación de pobreza de esta población.

Respecto a la ocupación predomina su casa y empleado con el 29,8% cada uno, el 14,3% son estudiantes, el 14,3% profesionales. El 88,7% tienen por religión la católica. Este resultado es importante tenerlo en cuenta debido a que de alguna manera puede explicar la afiliación al SIS, por ejemplo, los estudiantes generalmente dependen de sus padres o familiares y por lo tanto requieren de un seguro gratuito para atender su salud.

Tabla 3. Condicionantes culturales de las familias de la Zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, 2016

Condicionantes culturales	Frecuencia	Porcentaje
Conoce importancia del SIS		
Si	117	69,6
No	51	30,4
Cuál es la importancia del SIS		
Ayuda a las personas de escasos recursos económicos	85	50,6
Brinda atención integral	20	11,9
Bueno para atenderse en el hospital y Centro de Salud	12	7,1
No refiere	51	30,4
Conoce beneficios del SIS		
Si	106	63,1
No	62	36,9
Número de miembros de la familia afiliados		
Uno	2	1,2
Dos	4	2,4
Tres	30	17,9
Cuatro	17	10,1
Todos	25	14,9
Ninguno	90	53,6
Razón por la que está asegurado		
Estuvo enfermo	62	36,9
Vive en situación de pobreza	8	4,8
Tiene alguna enfermedad	8	4,8
No afiliado al SIS	90	53,6
Razón por la que no está asegurado		
Demora la atención	9	5,4
Desconoce el SIS	2	1,2
Ninguna	79	47,0
Tiene SIS	78	46,4
Total	168	100,0

En la tabla 3, se puede observar, que la mayoría de los entrevistados (69,6%), conoce la importancia del SIS, y la mitad de las familias afirmó que el SIS es importante porque ayuda a las personas de escasos recursos económicos, el 7,1 % indicó que el SIS “es bueno para atenderse en el hospital”. El 63,1% de las familias indicó conocer los beneficios del SIS, sin embargo y a pesar de vivir en zona urbana y aledaña al Centro de Salud el 36,9% de las familias no conoce los beneficios del SIS, este resultado podría deberse a que no esté afiliada al SIS; no obstante tener necesidad del mismo, no existe el interés porque probablemente no ha tenido la necesidad de recibir atención más especializada, asociada a la edad y el ingreso económico; también se puede deber a un concepto equivocado de este tipo de seguro y la falta de información.

Respecto al número de miembros de la familia que están afiliados al SIS es importante destacar que el 53,6% de las familias encuestadas no están aseguradas al SIS, de ellas aproximadamente el 80%, es porque en algún momento estuvieron afiliadas a ESSALUD. En el 17,9% están afiliados 3 miembros de la familia, 14,9% todos los miembros de la familia. Este porcentaje es bastante bajo, debido a que involucra a todos los miembros de la familia. El personal del centro de salud, debe analizar la situación de las familias para lograr que todos los miembros de las familias tengan la oportunidad de acceder a un seguro integral de salud.

Al consultar la razón por la que está asegurado, el 36,9% de las familias indicaron que se afiliaron porque estuvieron enfermos; mientras que otros respondieron porque tiene alguna enfermedad que representa el 4,8% y otros porque viven en situación de pobreza con el mismo porcentaje. El

porcentaje faltante debido a que fueron familias que no estuvieron afiliadas, no ingresan en el análisis, pero como representa un porcentaje importante; se hace notar, para actuar e incrementar el número de afiliados a este tipo de seguro.

Así también cuando se les preguntó a las familias por qué razón no está asegurado, el 5,4% indicó que es porque demora la atención en el centro de salud, el 47% indicó que ninguna razón, y 1,2% porque desconocía del SIS.

Tabla 3.1 Condicionantes culturales de las familias de la Zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, 2016

Condicionantes culturales	Frecuencia	Porcentaje
Calificación de atención en el Centro de Salud		
Demoran mucho y hay que hacer colas	46	27,4
Es rápida	23	13,7
Gritan y llaman la atención	20	11,9
Nos tratan bien	30	17,9
No acude	49	29,2
Beneficios del SIS		
Es gratuito y hacen examen de laboratorio	35	20,8
Nos dan medicamentos y atención integral	77	45,8
El personal de salud siempre nos visita a nuestras casas	10	6,0
No conoce	46	27,4
Total	168	100,0

En la tabla 3,1, se aprecia con relación a la calificación que las familias dan a la atención en el Centro de Salud Simón Bolívar, un gran porcentaje (27,4%) indicó que demoran mucho y hay que hacer colas, el 17,9% expresó que en el Centro de salud los tratan bien, son amables, sin embargo, el 11,9% de las familias indicaron que el personal les grita y llama la atención. Esta es una situación que se debería cambiar, pero existen diversos motivos por los que las familias se quejan de una mala atención, pues como es un establecimiento que está en un lugar estratégico tiene una gran demanda por lo que los materiales, equipos y medicamentos son insuficientes para tratar de brindar una adecuada atención a la población, pero ello y ningún otro motivo debe generar que se le dé un mal trato al paciente que acude por atención al Centro de

Salud, probablemente requiera mejor organización para que la gente no descalifique la labor realizada por el personal de salud.

De otro lado, la consulta externa ha crecido en el Centro de Salud y el personal no es suficiente por lo que la atención suele demorar y se tienen que hacer colas para recibir la misma y la población por lo general no está dispuesta a esperar para ser atendida

Con relación a los beneficios del SIS, la mayoría el 45,8% indicó que el SIS los beneficia bastante porque les dan medicamentos y atención integral, es gratuito y hacen exámenes de laboratorio el 20,8%, el 6% indicó que un beneficio es que el personal de salud siempre los visita a sus casas. Como puede apreciarse la mayoría de las familias expresaron la gratuidad de la atención en toda su dimensión, atención integral, exámenes auxiliares y medicamentos que es la esencia del seguro integral de salud, es la evidencia clara de cómo el SIS ha contribuido a disminuir la brecha económica para que la población pueda acceder a los servicios de salud.

Estos resultados son similares a lo encontrado por Longaray, C. (2010). en su trabajo de investigación “Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud” quien concluye que el Seguro Integral de Salud tiene impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en todos los niveles socioeconómicos. Además, refiere que casi un tercio del total de personas que accedieron a algún servicio de salud (29,8%), se atendió usando la cobertura del seguro integral de salud. Por otro lado, del total

de personas que usaron el SIS para atenderse, 38,6% pertenecía al quintil I y 32,4% al quintil II (16).

A este respecto la Defensoría del Pueblo, afirma que, el SIS es la respuesta del Estado peruano a la necesidad de brindar atención de salud a quienes viven en situación de pobreza. En tal sentido se debe tomar en consideración, para dichas políticas, que el derecho a la salud es un estado indivisible y constitutivo de la persona, es decir, se trata de un estado consustancial, que implica tanto un derecho de las personas a que se respete su salud como un deber del Estado de defenderla, protegerla y promoverla (28).

Tabla 4. Porcentaje de Familias de la Zona VIII afiliadas al Seguro Integral de Salud. Centro de Salud Simón Bolívar, 2016

Familias afiliadas al Seguro de salud	Frecuencia	Porcentaje
Seguro Integral de Salud - SIS	78	46,4
No afiliados	29	17,3
No (tenía EsSalud)	61	36,3
Total	168	100,0

En la tabla 4, se observa que el 46,4% de la población de la zona VIII del centro de salud Simón Bolívar está afiliada al SIS. El 36,3% tenía otro seguro y el 17,3% no está asegurado. Este es un porcentaje importante de no afiliados, más aún cuando la situación de pobreza es la constante en esta población. Lo que podría deberse a que la población no le da importancia a estos aspectos de aseguramiento en salud sino hasta cuando sufren alguna enfermedad.

Como se aprecia en la tabla, se ha encontrado familias no afiliadas que anteriormente tenían EsSalud, al respecto Velásquez, A. (2008) señala, que el sistema de salud de Perú está compuesto por cinco subsistemas que brindan servicios de salud: a) El Ministerio de Salud (MINSA) que comprende al Seguro Integral de Salud (SIS) como un asegurador público con autonomía administrativa; b) El Seguro Social en Salud - EsSalud adscrito al Ministerio de Trabajo; c) Las Sanidades de Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército) adscrita al Ministerio de Defensa; d) La Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP) adscrita al Ministerio del

Interior; y e) Las instituciones del sector privado: Entidades prestadoras de salud, aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil (OSC).

Indica también que el Estado peruano ofrece servicios de salud para la población no asegurada, a través de los establecimientos de las regiones. El SIS provee servicios a la población en situación de pobreza y pobreza extrema a través de la red de establecimientos del MINSA. Las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales cubren a los miembros de dichas corporaciones y sus dependientes. EsSalud brinda servicios a los trabajadores formales y sus dependientes, así como a trabajadores informales a través de los seguros potestativos. Los servicios de EsSalud pueden ser complementados a través de las entidades prestadoras de salud (EPS), pertenecientes al sector privado (10).

Destaca también el autor que, en el sector privado lucrativo existen clínicas para personas con capacidad de pago quienes hacen pagos e incrementa el gasto de bolsillo; otra parte del mercado privado ofrece servicios de medicina prepagada (compañías de seguros, autoseguros y seguros de las clínicas) para una pequeña proporción de la población. En el sector privado no lucrativo, existen instituciones de beneficencia que atienden a todo tipo de población (10). Este tipo de seguro no se encontró en la zona VIII del ámbito del Centro de Salud Simón Bolívar.

Los resultados encontrados en la investigación son semejantes con los de Longaray C. (2010), quien realizó un estudio sobre Impacto del Seguro integral de Salud en el acceso a servicios de salud correspondientes a los

dos quintiles más pobres de Perú (Q1 y Q2), durante el año 2007, y encontró que de la población total encuestada, solo el 41,8% cuentan con algún tipo de seguro que cubra su necesidad de atención sanitaria, mientras que el otro 58,2% no posee cobertura por ningún sistema de aseguramiento. En todos los quintiles socioeconómicos, excepto en el quintil 5, es mayor la proporción de población sin cobertura de seguro (57,8% - 66,8%). La proporción de población que cuenta con cobertura de algún seguro de salud en Q1 (42,2%) es mayor que en Q2, Q3 y Q4 inclusive (16).

Así también el MINSA (2009) señala, que en el estudio que realizaron, observaron que la población está consciente que el establecimiento de salud no permite la afiliación, ni la atención, ante la falta de un documento de identidad como el documento nacional de identidad (DNI), convirtiéndose en uno de los motivos importantes de inasistencia a los servicios del Ministerio de Salud (MINSA), esto podría ser uno de los factores para que el 15,9% de la población en estudio no esté afiliada. (38).

Tabla 5. Porcentaje de familias de la zona VIII afiliada que hace uso del seguro integral de salud. Centro de Salud Simón Bolívar, 2016

Uso del seguro integral de salud	Frecuencia	Porcentaje
Afiliado y hace uso	72	42,9
Afiliado y no hace uso	6	3,6
No afiliado	90	53,6
Total	168	100,0

Se puede observar en la tabla 5, que el 42,9% de las familias afiliadas al SIS hace uso del mismo, de los afiliados el 3,6% no hace uso del mismo. Este resultado podría deberse a que estas pocas familias no han tenido todavía necesidad de hacer uso del SIS, no están informados o no han tomado interés. El 53,6% de no afiliados corresponde a las familias que en algún momento contó con otro tipo de seguro y no se encuentran afiliados al seguro integral de salud.

Al respecto, y según el análisis situacional de salud del año 2013 de la región Cajamarca, (6) se alcanzó una cobertura de afiliados al seguro integral de salud del 73,8%, de la cual Cajamarca aportaba con el 66,4% de pobladores que cuentan con este tipo de seguro de salud, por lo que se puede afirmar que existe gran parte de la población que todavía no cuenta con este tipo de seguro. Esta es una situación que gradualmente se va resolviendo, en la zona urbana es más complicada la afiliación del SIS, pues la tenencia de casas etc., hace que las familias y personas no sean elegibles para afiliarse al SIS gratuito.

Así, Jaramillo, M. (2004). Indica que, a pesar de los esfuerzos realizados por el Estado peruano, todavía existe un porcentaje de la población que no tiene un seguro de salud, no solo porque no cuenta con alguno de los requisitos, si no que la opinión que tiene del seguro integral de salud no es la mejor; esto influye de manera preponderante en que la población no se afilie al SIS.

Los Objetivos funcionales del SIS en el ámbito sectorial, indica el Ministerio de Salud / Consorcio de Investigación Económica y Social (2008), que referente al sistema de aseguramiento público sostenible y el financiamiento de servicios de calidad para la mejora del estado de salud de las personas, también promueve el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza, además de implementar políticas que generen una cultura de aseguramiento en la población (10).

También Ortiz, P. (2011), Una observación pertinente, indica que en Perú no basta estar afiliado a un seguro para tener garantizado el acceso, ninguno de los seguros brinda atención a por lo menos la mitad de sus afiliados, lo que implica que, según el tipo de seguro, más de dos tercios de la población con seguro de salud acaba pagando la consulta y los medicamentos incrementando el «gasto de bolsillo» (19). Esto podría estar pasando con la población que está asegurada al SIS y no hace uso del mismo.

Es importante destacar que el aseguramiento universal fue declarado como prioridad nacional desde el año 2002 en el Acuerdo Nacional suscrito por representantes de las organizaciones políticas, religiosas, sociedad civil y gobierno (Acuerdo Nacional. Políticas de Estado. Lima 2002). En la décimo tercera política de Estado denominada “Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social” se compromete a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas en las que se concentra la pobreza y en las poblaciones más vulnerables (13).

Asimismo, este acuerdo se compromete a promover el acceso universal a la seguridad social y fortalecer un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes, consolidando un modelo de aseguramiento universal, sostenible, equitativo y solidario sobre la base de EsSalud, el SIS y la participación del sector privado (13).

Tabla 6. Relación entre los Condicionantes biológicos y sociales con afiliación y uso al Seguro Integral de Salud en familias de la zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, 2016

Condicionantes sociales	Afiliación y uso del Seguro Integral de Salud						Total	
	Afiliado al SIS y hace uso		Afiliado al SIS y no hace uso		No afiliado		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Sexo								
P= 0,033								
Femenino	62	86,1	5	83,3	62	68,9	129	76,8
Masculino	10	13,9	1	16,7	28	31,1	39	23,2
Estado Civil								
P=0,000								
Casado	5	6,9	1	16,7	45	50,0	51	30,0
Conviviente	49	68,1	3	50,0	23	25,6	75	44,1
Divorciada	0	0,0	0	0,0	2	2,2	2	1,2
Soltero	16	22,2	2	33,3	18	20,0	36	21,4
Viudo	2	2,8	0	0,0	2	2,2	4	2,4
Grado de instrucción								
P=0,000								
Analfabeto	4	5,6	1	16,7	0	0,0	5	3,0
Primaria completa	4	5,6	1	16,7	1	1,1	6	3,6
Primaria incompleta	3	4,2	0	0,0	1	1,1	4	2,4
Secundaria completa	24	33,3	0	0,0	15	16,7	39	23,2
Secundaria incompleta	18	25,0	1	16,7	1	1,1	20	11,9
Superior técnica completa	6	8,3	0	0,0	6	6,7	12	7,1
Superior técnica incompleta	3	4,2	1	16,7	2	2,2	6	3,6
Superior universitaria completa	1	1,4	1	16,7	53	58,9	55	32,7
Superior universitaria incompleta	9	12,5	1	16,7	11	12,2	21	12,5
Número de miembros de la familia								
P=0,048								
Hasta 3	26	36,1	3	50,0	28	31,1	57	33,9
De 4 a 6	45	62,5	2	33,3	61	67,8	108	64,3
7 a más	1	1,4	1	16,7	1	1,1	3	1,8
Ocupación								
P=0,000								
Comerciante	3	4,2	1	16,7	2	2,2	6	3,6
Empleado	14	19,4	1	16,7	35	38,9	50	29,8
Estudiante	13	18,1	1	16,7	10	11,1	24	14,3
Independiente	2	2,8	1	16,7	6	6,7	9	5,4
Obrero eventual	4	5,6	0	0,0	1	1,1	5	3,0
Profesional	1	1,4	0	0,0	23	25,6	24	14,3
Su casa	35	48,6	2	33,3	13	14,4	50	29,8
Total	72	42.8	6	3.6	90	53.6	50	100

Los resultados de la tabla 6, son semejantes a los de Carbonel, M., Consoli, M., Peraldo M, (2018) que en el estudio: Utilización de servicios odontológicos según la afiliación de seguro de salud encontraron que quienes tienen seguro de salud fue más común en mujeres (39). Al establecer la relación entre estas variables se encontró que existe relación estadística entre el sexo y la afiliación y uso del SIS en las familias de la Zona VIII del centro de salud Simón Bolívar. ($p=0.033$)

Respecto a las familias que están afiliadas y hacen uso del SIS se encontró que el 68,1% es conviviente, 22,2% soltero y 6,9% casado. Al establecer la relación entre el estado civil y la afiliación y uso o no del SIS se encontró que existe relación significativa ($p=0.000$).

Según los resultados, se encontró que existe relación estadística entre el número de miembros de la familia y la afiliación y uso del SIS ($p=0.048$)

Se encontró relación entre la ocupación y la afiliación y uso del SIS, ($p=0.000$).

Como se sabe el SIS está dirigido a la población pobre, al respecto Longaray, C. (2007) en su investigación "Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud" concluye que el Seguro Integral de Salud tiene impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en todos los niveles socioeconómicos, especialmente en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres (I y II) y si toda la población estuviese afiliada al SIS, la probabilidad de acceso aumentaría en un 19,93% (16).

Además, indica que casi un tercio del total de personas que accedieron a algún servicio de salud (29,8%), se atendió usando la cobertura del seguro integral de salud. Por otro lado, del total de personas que usaron el SIS para atenderse, 38,6% pertenecía al quintil I y 32,4% al quintil II. El principal proveedor de servicios de salud fue el Ministerio de Salud con 63,7% de los atendidos.

Tanto la pobreza como el concepto del derecho a la salud y las obligaciones que de éste devienen, son elementos de vital importancia para una política como la del SIS y suponen el marco conceptual y legal. (28). Es imprescindible que estas políticas públicas como las del SIS sean diseñadas y ejecutadas en un marco de derechos, a partir de las cuales se cumpla con las obligaciones que los Estados han asumido a nivel internacional. En un esfuerzo por llevar ello a cabo. El SIS es la respuesta del Estado peruano a la necesidad de brindar atención de salud a quienes viven en situación de pobreza. En tal sentido se debe tomar en consideración, para dichas políticas, que el derecho a la salud es un estado indivisible y constitutivo de la persona. Es decir, se trata de un estado consustancial, que implica tanto un derecho de las personas a que se respete su salud como un deber del Estado de defenderla, protegerla y promoverla (28).

Tabla 7. Relación entre los condicionantes culturales con afiliación y uso del Seguro Integral de Salud en familias de la zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar, 2016

Condicionantes culturales	Afiliación y uso del Seguro Integral de Salud						Total	
	Afiliado al SIS y hace uso		Afiliado al SIS y no hace uso		No afiliado		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Conoce SIS								
P=0,000								
Si	62	86,1	5	83,3	50	55,6	117	69,6
No	10	13,9	1	16,7	40	44,4	51	30,4
Conoce Importancia del SIS								
P=0,000								
Ayuda a las personas de escasos recursos económicos	46	63,9	3	50,0	36	40,0	85	50,6
Brinda atención integral	7	9,7	1	16,7	12	13,3	20	11,9
Es bueno para atenderse en el hospital y el centro de salud	9	12,5	1	16,7	2	2,1	12	7,1
No conoce	10	13,9	1	16,7	40	44,4	51	30,4
Número de miembros de la familia afiliados								
P=0,000								
Uno	2	2,8	0	0,0	0	0,0	2	1,2
Dos	3	4,2	1	16,7	0	0,0	4	2,4
Tres	27	37,5	3	50,0	0	0,0	30	17,9
Cuatro	16	22,2	1	16,7	0	0,0	17	10,1
Todos	24	33,3	1	16,7	0	0,0	25	14,9
Ninguno	0	0,0	0	0,0	90	100,0	90	53,6
Razón por la que está asegurado								
P= 0,000								
Estuvo enfermo	57	79,2	5	83,3	0	0,0	62	36,9
Tiene alguna enfermedad	7	9,7	1	16,7	0	0,0	6	4,0
Vive en situación de pobreza	8	11,1	0	0,0	0	0,0	8	4,8
Ninguna	0	0,0	0	0,0	90	100,0	90	53,6
Razón por la que no está asegurado								
P=0,000								
Demora la atención	0	0,0	0	0,0	9	10,0	9	5,4
Desconoce el SIS	0	0,0	0	0,0	2	2,2	2	1,2
Ninguna razón	0	0,0	0	0,0	79	87,8	79	47,0
Tiene SIS	72	100,0	6	100,0	0,0	0,0	78	46,4
Total	72	42,8	6	3,6	90	53,6	168	100

Al establecer la relación entre la variable conocimiento del SIS y afiliación y uso del SIS se encontró que existe relación, ($p= 0.000$); asimismo, entre conocimiento de la importancia del SIS ($p= 0.000$); y número de miembros de la familia ($p=0.000$)

Estos resultados son semejantes a lo encontrado por Longaray C. (2010), quien realizó un estudio sobre Impacto del Seguro integral de Salud en el acceso a servicios de salud correspondientes a los dos quintiles más pobres de Perú (Q1 y Q2), durante el año 2007, encontrando que la mayor parte de la población accedió a servicios de salud por percibir un malestar (48,1%); la segunda causa de atención fueron las enfermedades no crónicas (37,8%), la tercera causa fueron las enfermedades crónicas (12,1%) y los accidentes constituyeron el 2% de la demanda de atención.

(16)

Al establecer la relación entre razones de la afiliación y la afiliación y el uso se encontró relación estadística, ($p=0.000$). También se encontró relación entre razones por las que no está asegurado y la afiliación y uso del SIS, $p=0.000$

Es importante tener en cuenta estos resultados, pues en comparación con los del Censo 2017 existe relación; pues, del total de la población censada, el 24,5% no tenía un seguro de salud; es decir, no estaba asegurada y se constituye en un grupo poblacional vulnerable que afrontaría situaciones de riesgo para el cuidado de su salud. Asimismo, refiere que 6 millones 187 mil 559 personas censadas en el área urbana carecen de seguro de salud, lo que puede estar atribuido a diversos

factores históricos, económicos, culturales, políticos y biológicos que le impide aprovechar oportunidades de desarrollo humano y las posibilidades de acceder a un servicio de salud a menor o cero costos. Es importante tener en cuenta que existe población de 15 y más años de edad que no sabe leer ni escribir, población de 60 y más años de edad, población de 14 y más años que según condición de ocupación son trabajadores independientes, trabajadoras del hogar, madres de 15 y más años de edad y población con alguna discapacidad (40). Todo ello genera influencia en tener o no la oportunidad de contar con un seguro de salud.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Las Familias jóvenes, entre 30 y 39 años, la mayoría de las entrevistadas fueron de sexo femenino, predomina el estado civil conviviente, el grado de instrucción superior universitaria completa, familias con 4 a 6 miembros, como ocupación su casa y empleado, la mayoría son católicos.

La mayoría conoce el SIS; la mitad de las familias indicó que el SIS es importante porque ayuda a las personas de escasos recursos económicos, conocen beneficios del SIS; pero todavía existe población sin afiliar.

Menos de la mitad de las familias de la Zona VIII del Centro de Salud Simón Bolívar se encuentran afiliadas al SIS y de estas aproximadamente la mitad hace uso del mismo.

Existe una relación estadística entre la afiliación y el uso del seguro integral de salud con las condicionantes Biológicas (sexo $p=0.033$) y una relación estadística significativa con los condicionantes culturales investigados $p=0,000$ y también con los sociales en donde solo el condicionante relacionado al número de miembros de la familia afiliados arroja un $p=0.048$.

Con estos resultados, se acepta la hipótesis de investigación.

6.2 Recomendaciones

Al sector salud y especialmente al Centro de Salud Simón Bolívar, en su área de comunicación, mejorar los mensajes que se emiten a la población, pues a más de 15 años de haber iniciado el SIS, todavía hay población que no tiene conocimiento pleno de este seguro.

A la Dirección Regional de Salud, debe promover estudios al respecto para plantear mejoras teniendo en cuenta aspectos desde lo administrativo hasta el operativo y desde la capacitación del personal hasta la implementación de los diferentes servicios en cada nivel de atención, para hacer realidad el derecho a la salud de la población.

Al personal del Centro de Salud de Simón Bolívar tener en cuenta los resultados del presente estudio, los que deben permitir en los decisores la implementación de estrategias educativas, organizativas etc., que permita a la población mejorar su conocimiento y acceso para disminuir la inequidad en salud.

A los decisores y personal del Centro de salud Simón Bolívar, promover espacios de reflexión para la toma de decisiones y mejorar la calidad de atención, dada la demanda que desborda la capacidad operativa del servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El Comercio, Informe del Instituto Peruano de Economía “Las dificultades del SIS”, Lima 22 de enero del 2018, página 23.
2. Hernández, A. Determinantes de la Afiliación y Acceso a Servicios de Salud en el Perú: El Caso del Seguro Integral de Salud. Perú 2015.
3. Madies, C. Aseguramiento y cobertura: Dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. Rev. Panamericana de Salud Pública. 2000; 8(1/2):33-42.
4. Klingen, N “Crecen los seguros de salud universales en América Latina”, Estados Unidos, 2013 Disponible en: <http://www.fao.org/in-action/agronoticias/detail/es/c/511495/>
5. Wilson, L. “La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: Análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación” Revista Perú Medicina Experimental y Salud Pública v.26 n.2: 207-217 Lima, 2009
6. DIRESA, Análisis Situacional de Salud de la Región Cajamarca 2013, Cajamarca, mayo 2014.
7. Jaramillo, M. El Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil: “Análisis de su incidencia e impacto sobre el acceso a los servicios de salud y sobre la equidad en el acceso. Lima, 2004
8. Ministerio De Salud, Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico/ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Secretaría Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC -- Lima: Ministerio de Salud; 2011.

9. Liane, R. Modelo de atención integral en salud: “Hacia un cambio de modelo” [Internet]. 2011 [citado el 30 de junio de 2017]; 3(2011): 1-6. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/352572135/Lectura-Basica-1-Modulo-3-2011>
10. Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 1995-2005 / Ministerio de Salud. Oficina General de Planeamiento y Presupuesto / Consorcio de Investigación Económica y Social. Observatorio de la Salud. —Lima: Ministerio de Salud, 2008
11. De Habich, M. Informe sobre el proceso de aseguramiento universal en el Perú, Lima 2014.
12. Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002 – 2012 y principios fundamentales para el plan estratégico sectorial del quinquenio agosto 2001 – julio 2006. Lima - Perú 2002.
13. Ministerio de Salud, Perú: Acuerdo Nacional. Políticas de Estado. Lima 2002.
14. Petrera, M. Seguro Integral de Salud y protección social en el Perú 2004-2010. Tesis doctoral, Universidad Cayetano Heredia, Perú. 2012
15. Catacora, I. Estudio del Servicio de Salud Materna en el Hospital General del distrito de Jaén, brindado a través del Seguro Integral de Salud. Análisis desde el enfoque intercultural durante los meses de marzo a setiembre de 2012, [Tesis]. Jaén, Cajamarca Perú 2012.
16. Longaray, C. Impacto del seguro integral de salud en el acceso a los servicios de salud. Tesis Maestría, Lima, 2010

17. Carranza Ugarte, L. Ministerio de Economía y Finanzas de Perú. Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH “Resultados del Empadronamiento de Hogares en 25 Ciudades del País”. Lima, 2007.
18. Congreso de la República. Ley N° 29344: Ley marco de aseguramiento universal en salud. Lima, 2009
19. Seguro Integral de Salud: Gerencia de Operaciones “Evaluación del Efecto del Seguro Integral de Salud en los Indicadores de Salud Pública y Gasto de Bolsillo” Periodo 2002-2009. Perú, 2011.
20. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000.
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Perfil de la pobreza por dominios geográficos, 2004-2014, Lima, agosto 2015.
22. De Riutort, M. Universidad Católica Andrés Bello. Temas de Coyuntura: La pobreza en el trienio 1999-2001. Venezuela, junio 2002
23. Grupo Banco Mundial. Latinoamérica Indígena en el Siglo XXI. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2015
24. Feres, J. El método de las Necesidades Básica Insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina. México, 2011.
25. Diario UNO. La pobreza se desplaza a La Libertad y Cajamarca. Economía. [Internet]. 2016 [citado el 2 de enero del 2016]; P (Economía). Disponible en: <https://diariouno.pe/la-pobreza-se-desplaza-a-la-libertad-y-cajamarca/>
26. Ministerio de Salud–Organización Panamericana de la Salud. Análisis y Tendencias en la Utilización de Servicios de Salud. Perú 1985-2002.

- Lima, septiembre del 2003. Citado en: OPS/OMS. Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2000. Noviembre, 2003.
27. Knauff, B. Genealogies for the present in cultural anthropology. New York: Routledge; 1996.
28. Merino, B. Defensoría del pueblo, Informe Defensorial N° 120 “Atención de Salud para los más pobres: El Seguro Integral de Salud”, Perú 2007.
29. Pérez, J. Definición de promoción de la salud Publicado: 2011. Actualizado: 2012.
30. Lexus Editores, Diccionario Enciclopédico COLOR, Edición 2005, Barcelona, 2005.
31. García, E. Factores Condicionantes de la cultura: Febrero 2014 – <https://es.slideshare.net/eribertogarciazamora/condicionantes-de-la-cultura>.
32. Lima, M. La correlación de lo biológico y lo social en el hombre como principio metodológico de las ciencias médicas. AMC vol.5 supl.1. Camagüey. 2001. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552001000700008
33. Seguro Integral de Salud: 10 años financiando la salud de los peruanos Periodo 2002-2012. Perú, 2014.
34. Rubinstein, A. Medicina familiar y práctica ambulatoria. 2da ed.-Buenos Aires: Medica Paramericana, 2006.
35. Perú, Ministerio de Salud. Normas sobre niveles de complejidad de servicios de los establecimientos del primer y segundo nivel de atención. Lima- Perú, Julio- 2000.

36. Linares, N. La equidad en salud: Propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva en Medicina social Volumen 3 N 3, septiembre 2008.
37. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2014, PERÚ 2015.
38. Ministerio de Salud, Fortaleciendo el seguro integral en zonas de pobreza. 2009. Lima Perú. disponible en:
http://www.sis.gob.pe/Portal/publicaciones/SIS-Fortaleciendo-el-SIS_zonas_pobreza.pdf.
39. Carbonel, M. Utilización de Servicios Odontológicos según la Afiliación de Seguro de Salud. Perú (2018). Disponible en:
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3739/Utilizacion_CarbonelChacaltana_Michelle.pdf?sequence=1&isAllowed
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2307/longaray_cc.pdf;jsessionid=11CFAD903728C5BB5CBEB395877A36B3?sequence=1
40. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Población sin seguro de salud. Lima, noviembre 2018.
41. Portocarrero, M. “Apurímac: hacia el aseguramiento público en salud La implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac 2007 – 2010”. Disponible en: [file:///C:/Users/DELL/Downloads/PORTOCARRERO_GRADOS_AUGUSTO_MARTIN_APURIMAC%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/PORTOCARRERO_GRADOS_AUGUSTO_MARTIN_APURIMAC%20(2).pdf), acceso 11 de abril del 2019

42. Gutiérrez, C. Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud; Un reto para la reforma de salud en el Perú, 2018 <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v79n1/a12v79n1.pdf>, acceso 11 de abril 2019.
43. Nicanor Aniorte Hernández. Formación de postgrado (Master y Doctorado) en ciencias de la Enfermería. Lugar de publicación: Editor; 28 de octubre 2020. Disponible en: <http://www.aniorte-nic.net/feedback.htm>.
44. Holzmann R, Jorgensen S. Manejo social del riesgo: Un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Documento de trabajo 0006 sobre protección social. Bogotá DC: Ministerio de Protección Social de la República de Colombia; 2000.

APÉNDICES

1. Cuestionario

Para determinar los condicionantes biológicos y socio culturales de la afiliación y uso del seguro integral de salud en la zona VIII del ámbito de intervención del Centro de Salud Simón Bolívar.

INDICACIONES: Para la aplicación del presente cuestionario, es necesario tener en cuenta que las familias residan habitualmente en la zona de intervención, que estén o no afiliadas al SIS y sobre todo que participen voluntariamente, caso contrario no considerar.

I. ASPECTOS GENERALES

1. Área de ubicación en la zona VIII.....
2. Fecha de aplicación de la encuesta.....
3. Código de la encuesta:.....

II. CONDICIONANTES BIOLÓGICOS

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene?.....edad

<input type="checkbox"/> De 15 a 19 años	<input type="checkbox"/> De 40 a 49 años
<input type="checkbox"/> De 20 a 29 años	<input type="checkbox"/> De 50 a 59 años
<input type="checkbox"/> De 30 a 39 años	<input type="checkbox"/> De 60 a más años
2. Sexo:

<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
------------------------------------	-----------------------------------

III. CONDICIONANTES SOCIALES

1. Su estado civil es:

☐ Casada (o)

☐ Viuda (o)

☐ Soltera (o)

☐ Divorciada (o)

☐ Conviviente

2. Hasta qué año ha estudiado: año de estudios

☐ Analfabeto

☐ Superior técnica incompleta

☐ Primaria incompleta

☐ Superior técnica completa

☐ Primaria completa

☐ Superior universitaria incompleta

☐ Secundaria incompleta

☐ Superior universitaria completa

☐ Secundaria completa

3. ¿Cuántos miembros de su familia son:

☐ Hasta 3 miembros

☐ De 7 a más miembros

☐ De 4 a 6 miembros

4. ¿Cuál es su ocupación?

☐ Empleado

☐ Agricultor

☐ Obrero eventual

☐ Comerciante

☐ Independiente

☐ Otro: especificar.....

☐ Su casa

5. ¿Es usted?

☐ Católica

☐ No católica

IV. CONDICIONANTES CULTURALES

1. ¿Usted tiene conocimiento sobre la importancia del SIS?

☐ Si

☐ No

Si la respuesta es sí, preguntar:Cuál es la importancia.

☐ Ayuda a las personas de escasos recursos económicos

☐ Brinda atención integral

☐ Bueno para atenderse en el hospital y Centro de Salud

☐ No aplica

2. ¿Conoce los beneficios del SIS?

☐ Conoce los beneficios del
SIS

☐ No conoce los beneficios del
SIS

3. ¿Cuántos miembros de su familia están afiliados al SIS?

☐ Uno

☐ Cuatro

☐ Dos

☐ Toda la familia

☐ Tres

☐ Otro, especificar:.....

4. Cuál es la razón por la que está asegurado

- ☐ Vive en situación de pobreza
- ☐ Estuvo enfermo
- ☐ Tiene alguna enfermedad
- ☐ No aplica

5. ¿Cuál es la razón por la que no está asegurado?

- ☐ No conoce bien lo relacionado al SIS
- ☐ Demora la atención
- ☐ Ninguna
- ☐ No aplica

6. En su opinión cómo calificaría la atención en el centro de salud:

- ☐ Es rápida la atención
- ☐ Demoran mucho y hay que hacer colas desde muy temprano
- ☐ Nos tratan bien
- ☐ Nos gritan y llaman la atención
- ☐ No aplica

7. ¿Usted sabe en qué le beneficia el seguro integral de salud?

- ☐ Es gratuito y nos hacen exámenes de laboratorio y los que necesitamos en forma gratuita
- ☐ Nos dan medicamentos gratis y atención integral
- ☐ No aplica
- ☐ El personal siempre nos visitan a nuestras casas

V. AFILIACIÓN Y USO DEL SIS

1. Usted está:

- ☐ Afiliada y hace uso del seguro integral de salud
- ☐ Está afiliada y no hace uso del seguro integral de salud
- ☐ No está afiliada al seguro integral de salud

2. Consentimiento informado

Aplicado a las familias de la zona VIII del Centro de Salud Simón

Bolívar, 2016

- 1. Título de la Investigación:** La investigación se denomina:
Condicionantes biológicos, sociales y culturales que se relacionan con la afiliación y uso del seguro integral de salud en familias de la zona VIII del centro de salud simón bolívar - Cajamarca 2016
- 2. Objetivo de la investigación:** Establecer la relación entre los condicionantes biológicos y socioculturales con la afiliación y el uso del seguro integral de salud.
- 3. Selección de participantes:** Por sorteo de las cuadras, seleccionamos las familias que van a participar que le llamamos muestra y todas las familias que participen no darán sus nombres porque la encuesta es anónima. Usted podría salir seleccionada.
- 4. Participación Voluntaria:** En el estudio de investigación la participación de las familias tiene que ser voluntaria. No se necesita que de su nombre solo de respuesta a las preguntas que se le haga.
- 5. Procedimiento** Llegaremos a su casa si sale seleccionada para aplicarle la encuesta que es anónima.

6. Duración de aplicación del cuestionario: Máximo 20 minutos

7. Riesgos: Ninguno

8. Beneficios: Si no está afiliada al SIS y reúne las condiciones se le podrá afiliar para que haga uso de él.

9. Confidencialidad: La encuesta es anónima, la información que se recoja no se la brindará a nadie, además nadie sabrá de su participación.

10. Compartiendo los resultados: Como responsable de la investigación asumo la responsabilidad de socializar con ustedes los resultados de la investigación en una reunión convocada por el Centro de Salud Simón Bolívar.

11. Aceptación de participación en estudio:

Yo:.....ha
biendo sido informado (a) sobre la importancia de la investigación, de los
objetivos y procedimientos que se llevarán a cabo en la investigación, que
la información que se brinde será tratada con absoluta confidencialidad.
Además he leído y entendido el contenido del consentimiento informado
en su integralidad; por tanto, mi participación en la investigación es
completamente libre y voluntaria y para constancia firmo el presente.

DNI _____ Firma _____

Lugar, día/mes/año_____

3. Resultado de la Validez y Confiabilidad

KR-20 = Coeficiente de Confiabilidad (Kuder y Richardson)

Fórmula:

$$KR - 20 = \left(\frac{k}{k-1}\right) * \left(1 - \frac{\sum p.q}{V_t}\right)$$

Dónde:

k = Número de ítems que contiene el instrumento.

Vt: Varianza total de la prueba.

Sp.q = Sumatoria de la varianza individual de los ítems.

p = TRC / N; Total respuesta correcta entre número de sujetos

q = 1 – p

<http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n33/art12.pdf>

Usado para el cuestionario: Determinar la relación entre los condicionantes biológicos, sociales y culturales con la afiliación y uso del seguro integral de salud en la zona VIII del ámbito de intervención del Centro de Salud Simón Bolívar.

KR-20 = 0.82 el cual indica que el instrumento es bueno

Rango de valores y su calificación

Valores coeficiente KR 20	Modalidad
0.9 hasta 1	Excelente
0.8	Bueno
0.7	Aceptable
0.6	Cuestionable
0.5	Pobre
< 0.5	Inaceptable

Fuente: Estadística multivariable

<https://dialnet.unirioja.es/ descarga/articulo/2292993. Pdf>

2. Definición operacional de las variables

Definición operacional de las variables/categorías			
Variables	Dimensiones	Indicadores	Fuente o instrumento de recolección de datos
Condicionantes biológicos	Edad	15 – 19 años 20 – 29 años 30 – 39 años 40 – 49 años 50 – 59 años 60 a más años	Encuesta
	Sexo	Masculino Femenino	Encuesta
Condicionantes sociales	Estado Civil	Soltero Conviviente Casado Divorciado Viudo	Encuesta
	Grado de instrucción	Analfabeto Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior Técnica Completa Superior Técnica Incompleta Superior Universitaria Completa Superior Universitaria Incompleta	Encuesta
	Religión	Católica No católica	Encuesta
	Número de miembros de la familia	Hasta 3 4 - 6 7 a más	Encuesta
	Ocupación de los padres	Su casa Agricultor Comerciante	Encuesta

		Empleado Estudiante Independiente Obrero eventual Profesional	
Condicionantes culturales	Conocimiento de importancia del seguro.	Si No	Encuesta
	Cuál es la importancia del SIS.	Ayuda a las personas de escasos recursos económicos Brinda atención integral Bueno para atenderse en el hospital y Centro de Salud No aplica	Encuesta
	Conocimiento de beneficios del seguro.	Si No	Encuesta
	Número de miembros de la familia afiliados.	Uno Dos Tres Cuatro Toda la familia Ninguno ESSALUD Sanidad	Encuesta
	Razones por las que está asegurado.	Estuvo enfermo Vive en situación de pobreza Tiene alguna enfermedad No aplica	Encuesta
	Razones por la que no está asegurado.	Demora la atención Desconoce el SIS Ninguna No aplica	Encuesta
	Calificación de la atención en el Centro de salud Simón Bolívar	Demoran mucho y hay que hacer colas Es rápida Gritan y llaman la atención Nos tratan bien No aplica	Encuesta

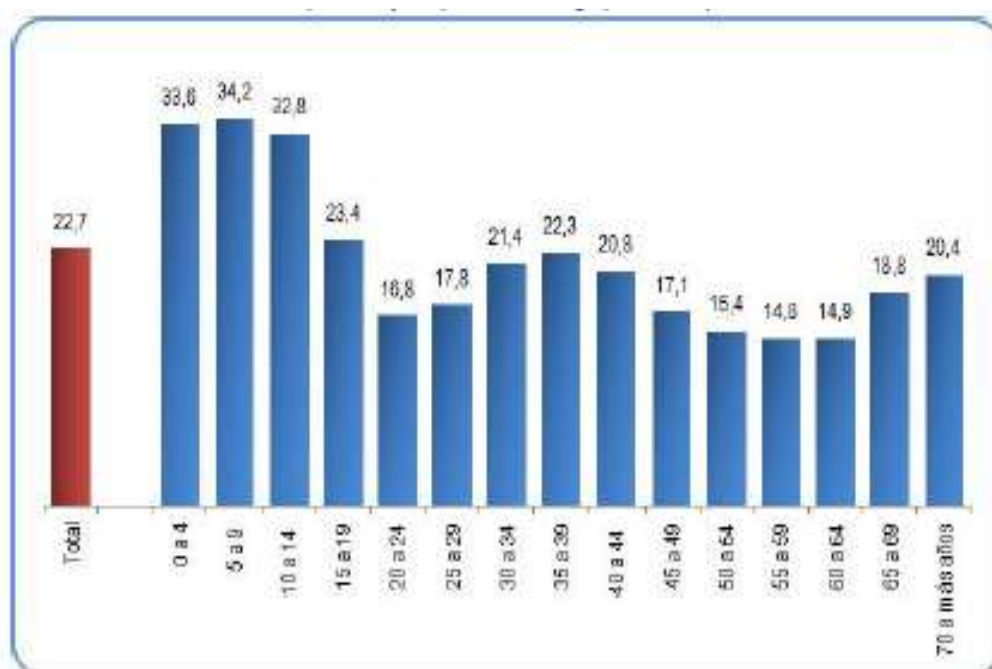
	Beneficios del seguro integral de salud	Es gratuito y hacen examen de laboratorio Nos dan medicamentos gratis y atención integral El personal de salud siempre nos visita a nuestras casas No aplica	Encuesta
Afiliadas a un seguro de salud	Afiliadas a un seguro de salud	Seguro Integral de Salud No están afiliados ESSALUD Sanidad	Encuesta
Afiliación y uso del Seguro Integral de Salud	Está afiliada y hace uso del seguro integral de salud	Si	Encuesta
	Está afiliada y no hace uso del seguro integral de salud.	Si	Encuesta
	No está afiliada al seguro integral de salud.	Si	Encuesta

4. ANEXOS

Gráfico N 01

Perú: Incidencia de la pobreza por grupos de edad, 2014

(Porcentaje respecto de cada grupo de edad)



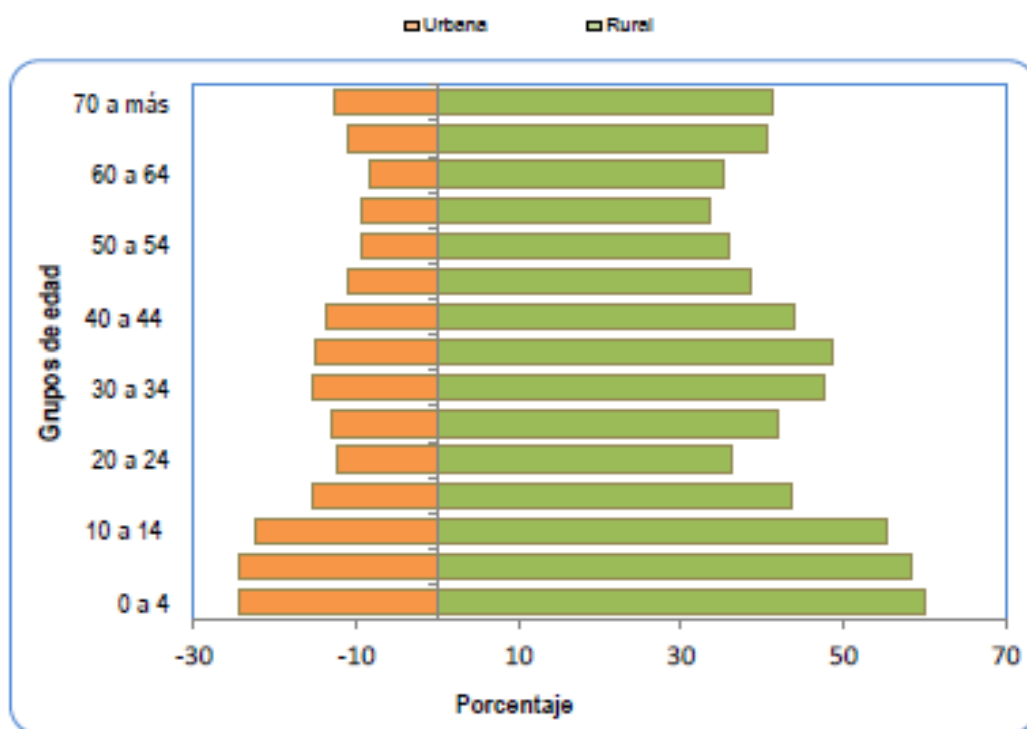
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares 2014.

Gráfico N° 02

Perú: Incidencia de la pobreza por grupos de edad,

Según área de residencia, 2014

(Porcentaje respecto de cada grupo de edad)

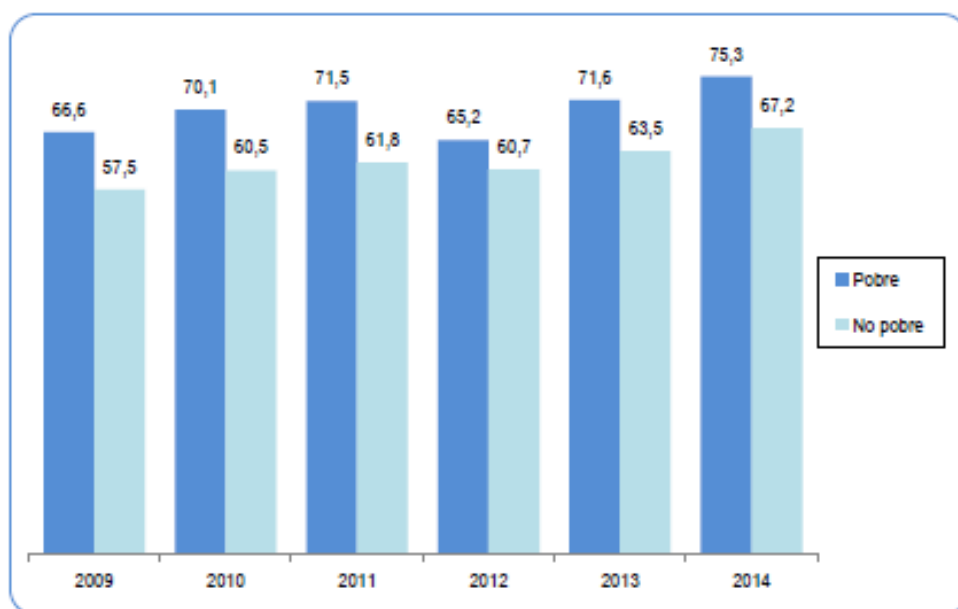


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares 2014.

Gráfico N° 03

Perú: Población con seguro de salud

Según condición de pobreza, 2009 – 2014

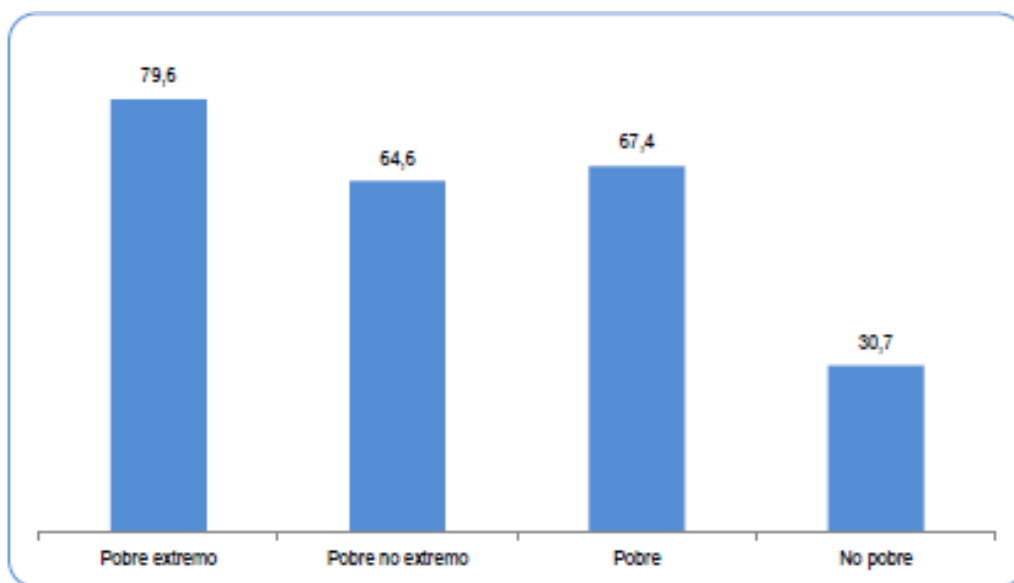


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares 2009-2014.

Gráfico N° 04

Perú: Población con seguro integral de salud

Según condición de pobreza, 2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares 2014.

Cuadro N° 01

Perú: Tenencia de seguro de salud

Según condición de pobreza y tipo de seguro, 2009 -2014

(Porcentaje respecto del total de población)

Tipo de seguro de salud / Condición de pobreza	Años						Diferencia (en puntos porcentuales)	
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014/2013	2014/2009
Pobre								
Con seguro de salud	66,6	70,1	71,5	65,2	71,6	75,3	3,7	8,7
Únicamente SIS	60,2	63,7	64,3	58,2	64,2	67,4	3,2	7,2
Únicamente EsSalud	5,7	5,8	6,5	6,6	7,0	7,5	0,5	1,8
Con SIS y EsSalud	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,2
Con otros seguros de salud 1/	0,5	0,4	0,6	0,5	0,5	0,4	-0,1	-0,1
Sin seguro de salud	33,4	29,9	28,5	34,8	28,4	24,7	-3,7	-8,7
Pobre extremo								
Con seguro de salud	74,8	80,9	82,0	75,0	78,7	80,6	1,9	5,8
Únicamente SIS	73,9	79,9	79,7	73,4	77,6	79,6	2,0	5,7
Únicamente EsSalud	0,7	0,9	2,1	1,5	0,9	0,9	0,0	0,2
Con SIS y EsSalud	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	-0,1	0,0
Con otros seguros de salud 1/	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Sin seguro de salud	25,2	19,1	18,0	25,0	21,3	19,4	-1,9	-5,8
Pobre no extremo								
Con seguro de salud	63,3	66,5	68,4	62,3	69,8	74,1	4,3	10,8
Únicamente SIS	54,8	58,4	59,8	53,5	60,9	64,6	3,7	9,8
Únicamente EsSalud	7,6	7,4	7,8	8,2	8,4	9,0	0,6	1,4
Con SIS y EsSalud	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,2
Con otros seguros de salud 1/	0,6	0,5	0,8	0,6	0,5	0,4	-0,1	-0,2
Sin seguro de salud	36,7	33,5	31,6	37,7	30,2	25,9	-4,3	-10,8
No pobre								
Con seguro de salud	57,5	60,5	61,8	60,7	63,5	67,2	3,7	9,7
Únicamente SIS	20,4	24,2	25,2	22,0	26,3	30,7	4,4	10,3
Únicamente EsSalud	29,0	28,7	29,0	30,6	29,8	29,6	-0,2	0,6
Con SIS y EsSalud	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,2
Con otros seguros de salud 1/	7,9	7,5	7,4	8,0	7,4	6,9	-0,5	-1,0
Sin seguro de salud	42,5	39,5	38,2	39,3	36,5	32,8	-3,7	-9,7

1/ Comprende seguro privado de salud, seguro de las FFAA. y Policiales, seguro universitario, seguro escolar privado, etc.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Nacional de Hogares, 2009 - 2014.