

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

ESCUELA DE POSTGRADO

**SECCION DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES**

Maestría en Gerencia Social



**“SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y CALIDAD
DE VIDA EN LA POBLACION BENEFICIARIA
PROVINCIA DE HUAMANGA 2006 – 2010”**

PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN GERENCIA SOCIAL

PRESENTADO POR:

PERCY HUARANCCA ARANGO

AYACUCHO – PERU

2015

DEDICATORIA

Con la humildad de mi corazón, dedico a Dios, que me dio la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa.

A mi esposa Chanita, por ser mi compañera perfecta, por su cariño, comprensión y por brindarme un cálido hogar.

A mis hijas Angelita y Milagritos, por ser los amores de mi vida, mi mayor inspiración, estímulo y por alegrar mis días.

A mi mamá Catalina, la mujer que me dio la vida, por su amor, sus consejos y a pesar de haberla perdido ha estado siempre cuidándome y guiándome desde el cielo.

A mi papá Félix, por su apoyo, consejos, comprensión, cariño y por ser mi mejor amigo.

A mis hermanos, Hilda, Margot, Maribel, Edwin y Victor, quienes me acompañaron a lo largo del camino, brindándome la fuerza necesaria para continuar y ayudándome en lo que fuera posible.

A mis tíos, primos, sobrinos, cuñados, abuelos y amigos en general, porque me brindaron su cariño, apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mi familia, por su inmenso amor, quienes por ellos soy lo que soy. Y enseñar que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr los objetivos.

A mis queridos padres: Félix y Catalina, porque con su inmenso amor me cuidaron y me brindaron la posibilidad de desarrollarme como profesional, formar mi carácter y transmitir principios morales.

Al Dr. Macedonio Pretell, mi asesor y amigo que en paz descansa en la gloria de nuestro señor.

Al Mag. Hermes Bermúdez Valqui, mi asesor y a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

Gracias a todos por ser un ejemplo de vida, de esfuerzo, respeto y amor.

ÍNDICE

DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	03
INDICE	04
RESUMEN	06
ABSTRACT	07
INTRODUCCIÓN	08

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción de la Realidad Problemática	11
1.2 Delimitación del Problema	15
1.2.1 Delimitación Espacial.	15
1.2.2 Delimitación Temporal.	15
1.2.3 Delimitación Cuantitativa.	15
1.2.4 Delimitación Social	16
1.3 Formulación del Problema	16
1.3.1 Problema General	16
1.3.2 Problemas Específicos	16
1.4 Objetivos de la Investigación.	17
1.4.1 Objetivo General.	17
1.4.2 Objetivos Específicos.	17
1.5 Hipótesis de la Investigación	17
1.5.1 Hipótesis General	17
1.5.2 Hipótesis Específicas	17
1.6 Definición de Variables y Dimensiones	18
1.7 Diseño de Investigación	18
1.7.1 Tipo de Investigación	18
1.7.2 Nivel de Investigación	18
1.7.3 Método de Investigación	19

1.7.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	19
1.8 Población y Muestra	19
1.9 Procesamiento de Datos	21
1.10 Justificación e Importancia de la Investigación	21
1.11 Limitaciones	22

CAPÍTULO II

MARCO TÉORICO

2.1 Antecedentes de la Investigación.	24
2.2 Reseña Histórica	34
2.3 Bases Teóricas	37
2.4 Marco Legal	45
2.5 Marco Conceptual	47
2.5.1 Definición de Términos Básicos	48

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Presentación.	51
3.2 Resultados e Interpretación de Datos	51

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Discusión	87
4.2 Acceso a Servicios de Salud (x_1), Bienestar Físico y Emocional (y_1)	87
4.3 Equidad a Servicios de Salud (x_2), Bienestar Social (y_2)	88
4.2 Aseguramiento en Salud (x_3), Calidad Condiciones de Vida (y_3)	89

CONCLUSIONES	91
--------------	----

RECOMENDACIONES	93
-----------------	----

BIBLIOGRAFÍA	95
--------------	----

ANEXOS	
--------	--

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “Seguro Integral de Salud y Calidad de Vida en la Población Beneficiaria de la Provincia de Huamanga”, tuvo como objetivo determinar la influencia que ejerce el Seguro Integral de Salud en la Calidad de Vida de los beneficiarios de la provincia de Huamanga.

La hipótesis que se formula es: El Seguro Integral de Salud influye significativamente en la Calidad de Vida de los asegurados de la provincia de Huamanga.

El tipo de investigación fue aplicada, el nivel y diseño de investigación fue descriptivo, correlacional y transversal.

El tamaño de muestra con que se trabajó fue de 383 asegurados adscritos a los establecimientos de salud de la provincia de Huamanga.

La recolección de datos se obtuvo a través de encuestas, utilizándose como instrumento el cuestionario.

Los resultados mostraron que la mayoría de los encuestados el 91.9% manifestaron que el Seguro Integral de Salud influyó de alguna manera para mejorar su Calidad de Vida. 37.9% (145) mencionaron que el SIS influyó bastante en mejorar su calidad de vida, 54% (207) influyó parcialmente en mejorar su calidad de vida y 8.1% (31) no influyó nada.

En conclusión, el Seguro Integral de Salud, si influyó favorablemente en mejorar la Calidad de Vida de los asegurados de la provincia de Huamanga.

ABSTRACT

The present work of investigation titled "Sure Integral of Health and Quality of Life in the Population Beneficiaries of the Province of Huamanga", had like aim determine the influence that exerts the Integral Insurance of Health in the Quality of Life of the beneficiaries of the province of Huamanga.

The hypothesis that formulates is: The Integral Insurance of Health influences significantly in the Quality of Life of the ensured of the province of Huamanga.

The type of investigation was applied, the level and design of investigation was descriptive, correlational and cross.

The size of sample with that worked was of 383 ensured ascribed to the establishments of health of the province of Huamanga.

Data collection was obtained through surveys, using as I notarise the questionnaire.

The results showed that the majority of the respondents 91.9% manifested that the Integral Insurance of Health influenced somehow to improve his Quality of Life. 37.9% (145) they mentioned that the SIS influenced enough in improving his quality of life, 54% (207) influenced partially in improving his quality of life and 8.1% (31) did not influence at all.

In concussion the Integral Insurance of Health if it influenced favorably in improving the Quality of Life of the ensured of the province of Huamanga.

INTRODUCCION

El derecho a la salud está íntimamente vinculado con el derecho a la vida, y la desprotección del mismo aumenta el riesgo de muerte, en tal sentido, es esencial para una nación defender la vida de sus habitantes brindándoles protección de su salud, porque ella constituye uno de los bienes más preciados en nuestra sociedad.

Al año 2006 solamente el 38.3% de la población peruana contaba con un seguro de salud, y el 61.7% de la población no tenía acceso a un seguro de salud, según el INEI y ENAHO 2006-2011.

El Estado Peruano con el afán de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, el año 2002 tomó la decisión de crear el acceso a los servicios de salud para la población más vulnerable, por medio del Seguro Integral de Salud (SIS), dirigido inicialmente a los menores de 17 años y a las gestantes, y que luego se incorporarían progresivamente grupos focalizados y los adultos pobres.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares – ENAHO, al primer trimestre del año 2009, el 60% de la población del país se encuentra afiliado a algún tipo de seguros de salud, constituyendo la mayor proporción 36.6% accede al Seguro Integral de Salud (SIS), 18% acceden al Seguro Social (ESSALUD) y 5.4% acceden a otros seguros que incluyen los seguros privado, sanidad de las fuerzas armadas y policiales, entre otros. El 40% de la población que no tiene ningún tipo de seguro debe recurrir total o parcialmente al gasto de su bolsillo para acceder a prestaciones de salud, encontrándose en este sector las mayores inequidades e injusticias en el acceso a la salud.

La gran mayoría de los asegurados del Seguro integral de Salud (SIS) provienen de las zonas rurales y urbanas marginales, de quintiles de mayor pobreza (quintil 1 y 2). Es obvio el impacto que el SIS está teniendo en la salud y la mortalidad de la población más vulnerable de nuestra región y país; en tal virtud, el SIS ha demostrado ser un buen camino de inclusión de la población pobre.

A nivel de la Provincia de Huamanga, según los Censos Nacionales del año 2007, cuenta con 221,390 habitantes que cobija en su mayoría a una población pobre y de extrema pobreza tal como lo señala el mapa de pobreza a nivel nacional, con incidencia de pobreza total de 129,452 habitantes e incidencia de pobreza extrema de 60,159 habitantes¹.

En tal sentido, la inserción de esta población es un componente esencial de toda estrategia de reducción de la pobreza por sus implicancias monetarias (reducción de gasto del bolsillo) y no monetarias (mejoras en la calidad de vida).

El objetivo de la presente investigación, es determinar la influencia que ejerce el Seguro Integral de Salud en la Calidad de Vida de sus asegurados, su entorno familiar y social; identificando el efecto inclusivo del SIS, que propicie que toda la población más vulnerable acceda al SIS y que les garantice, cuando lo requieran, una atención oportuna, equitativa y de calidad.

Las mejoras en el estado de la salud de nuestra población se reflejan no solo en un aumento de la calidad de vida y del bienestar individual, sino en el crecimiento y desarrollo de la sociedad; por ello el Seguro Integral de Salud propende a servicios de salud de mayor calidad y accesibilidad que se ajusten a las exigencias del sector más afectado por la desigualdad económica en la que se vive actualmente.

La presente tesis se estructura de la siguiente manera:

Capítulo I: Planteamiento Metodológico: Descripción de la realidad problemática; delimitación; problemas; objetivos; hipótesis; diseño: población y muestra; técnicas e instrumentos, justificación e importancia.

Capítulo II: Marco Teórico: Desarrolla antecedentes; bases teóricas y definición de términos básicos de la investigación.

Capítulo III: Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados: aborda la presentación; resultados e interpretación de datos.

¹ INEI Censo Nacional 2007- Encuesta Nacional de Hogares - Perú

Capítulo IV: Discusión de resultados.

Finalmente, la investigación presenta las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.- Descripción de la Realidad Problemática

En el contexto actual, las necesidades en salud son infinitas y los recursos son limitados para atender la demanda de estos servicios. La salud no se compra con dinero, con dinero se podrán comprar medicinas, pero no la salud. Todo programa de salud requiere de financiamiento, pero ello no basta para garantizar la salud de una colectividad, sino, el compromiso y trabajo articulado entre estado, instituciones y comunidad.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS)², la salud es algo más que la ausencia de enfermedad o invalidez, es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad. La mayoría de la población quiere vivir mejor, por ello se interesa cada vez más por la calidad de esta vida. Asimismo, la OMS define la Calidad de Vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

La reducción de las enfermedades física y mental, se podría resumir en la elevación de la calidad de vida de los personas; porque, la Calidad de Vida es un concepto más amplio e incluye no solo al

² Salinas Pedro, Editorial : SALUD, AMBIENTE Y CALIDAD DE LA VIDA

estado de salud sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud³.

En el Perú al iniciarse la década del 2000, la existencia de un limitado acceso a los servicios de salud debido a barreras económicas, ocasionó que 13'333,000 de peruanos en estado de pobreza y pobreza extrema se encontraban sin protección de salud por no contar con algún tipo de Seguro de Salud⁴.

Según los resultados de la encuesta Nacional de Hogares – ENAHO, al primer trimestre del año 2009, el 60% de la población del país se encuentra afiliado a algún tipo de seguros de salud, constituyendo la mayor proporción 36.6% accede al Seguro Integral de Salud (SIS), 18% acceden al Seguro Social (ESSALUD) y 5.4% acceden a otros seguros que incluyen los seguros privado, sanidad de las fuerzas armadas y policiales, entre otros. El 40% de la población que no tiene ningún tipo de seguro debe recurrir total o parcialmente al gasto de su bolsillo para acceder a prestaciones de salud, encontrándose en este sector las mayores inequidades e injusticias en el acceso a la salud.

Recordemos que uno de los indicadores más claros del desarrollo de una nación, es el estado de salud de su población; en ese contexto, surge la necesidad de que los gobernantes e instituciones involucradas con el sector, planteen reformas del sistema y se implementen políticas sanitarias que garanticen el acceso universal y equitativo de la población al sistema de salud.

Ayacucho, debe enfrentar los problemas de la pobreza y la desigualdad desde el punto de vista social, político y económico. Los indicadores recientes de la Enaho-2007⁵ dan cuenta de que, en la actualidad, 68,7% de la población vive en situación de pobreza, y 35,8% de ella está en situación de extrema pobreza. Merece

³ Yanguas L. José, Análisis de CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD

⁴ PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL, Seguro Integral de Salud

⁵ Perú, INEI Censo Nacional 2007- Encuesta Nacional de Hogares

señalarse que si bien las tasas de pobreza en general se han reducido en el período 2001-2007, el comportamiento ha sido marcadamente desigual en la velocidad de disminución entre las regiones; así, mientras que en Ayacucho la pobreza se redujo en 5,5%, en Lima la disminución fue de 41% y en el país se observó una contracción de 39%. Respecto a la pobreza extrema, la disminución en Ayacucho fue de 27%, mientras que en el país fue de 85%. Esta mayor aceleración del descenso en el promedio nacional evidencia la ampliación de las brechas

La pobreza no se define exclusivamente en términos económicos, también es mal nutrición, reducción de la esperanza de vida, falta de acceso a agua potable y condiciones de salubridad, enfermedades, etc.

Entre los problemas más resaltantes de la Salud y Calidad de Vida de nuestra región podemos mencionar:

- Ayacucho es una de las tres regiones más pobres del país, situación que afecta a 68,3% de la población, como lo confirman los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho) 2007 del INEI.
- La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que expresa con más fidelidad la inequidad y la exclusión social. Es un problema importante de salud pública, que afecta más a las mujeres rurales y de la sierra. No solo significa la muerte de cientos de mujeres cada año, sino que tiene como uno de sus efectos la mortalidad de los hijos de dichas mujeres⁶.
- El acceso a los servicios básicos tiene una influencia decisiva en el bienestar de la población, en especial, en las condiciones de salud de las personas.

La carencia de agua y saneamiento adecuado impacta en la transmisión de enfermedades, en los patrones de consumo y limpieza, en la contaminación ambiental, entre otros.

⁶ Li Suarez Dina, Ayacucho: Análisis de Situación en Población, Lima - Agosto 2009.

- La inequidad de género se hace evidente fundamentalmente en las zonas rurales.
- Otro de los problemas de la población regional es el insuficiente nivel educativo, cerca de la mitad de nuestra población se encuentra en condiciones limitadas de acceder a conocimientos que le permitan mejorar su nivel de vida
- Asimismo, el desarrollo económico tiene fuertes limitaciones, tales como la falta de financiamiento y el desconocimiento de técnicas y modalidades de comercialización.

El acceso a los servicios de salud también se diferencia por nivel de pobreza. Los pobres, mayormente, no acuden a un establecimiento de salud en busca de atención.

En referencia a la atención en salud, se aprecia que la cobertura de los seguros de salud apenas llega a menos de la mitad de la población. Los pobres que acceden al Seguro Integral de Salud (SIS) representan 37% y al de EsSalud, 2,7%; los no pobres están cubiertos mayormente por EsSalud (21%) y por otros seguros (3%). La proporción no cubierta por seguro de salud es mayor entre los no pobres⁷.

A nivel de la Provincia de Huamanga, según los Censos Nacionales del año 2007, cuenta con 221,390 habitantes, cobija en su mayoría a una población pobre y de extrema pobreza tal como lo señala el mapa de pobreza a nivel nacional, con incidencia de pobreza total de 129,452 habitantes e incidencia de pobreza extrema de 60,159 habitantes⁸.

A pesar de los avances logrados con la implementación del Seguro Integral de Salud en materia de aseguramiento público, aun queda parte de nuestra población sin seguro de salud. Parte de esta

⁷ Li Suarez Dina, Ayacucho: Análisis de Situación en Población, Lima - Agosto 2009

⁸ INEI Censo Nacional 2007- Encuesta Nacional de Hogares - Perú

población son personas en situación de pobreza y extrema pobreza que no han logrado acceder a este seguro. Esto constituye una de las mayores inequidades que hacen que el acceso a la salud no sea un derecho y que esté definido por la capacidad de pago de los usuarios.

Consideramos que el crecimiento económico no es suficiente para aliviar la pobreza de nuestro país, se necesitan acciones complementarias para mejorar la situación de los más pobres; establecer estrategias que permitan brindar atención de salud de calidad a la población más vulnerable, coadyuvando a mejorar la calidad de vida de nuestra población.

1.2. DELIMITACION DEL PROBLEMA

1.2.1 DELIMITACION ESPACIAL

La investigación está comprendida a los asegurados del Seguro Integral de Salud en los Establecimientos de Salud de la Provincia de Huamanga, Región Ayacucho.

1.2.2 DELIMITACION TEMPORAL

La investigación se inicia a partir del mes de Noviembre 2012 y concluirá hasta el mes de Julio 2013.

En la presente investigación se tomó como referencia datos del período 2006 al 2010

1.2.3 DELIMITACION CUANTITATIVA

El trabajo de investigación tuvo como análisis de estudio a la población beneficiaria del Seguro Integral de Salud: 167,120 asegurados, adscritos a 72 Establecimientos de Salud de la Provincia de Huamanga.

1.2.4 DELIMITACION SOCIAL

Nuestra región está saliendo de una profunda crisis económica y social debido a la violencia política y social que azotó por muchos años; la misma se manifiesta en una región que cobija en su mayoría a una población pobre y de extrema pobreza.

En ese contexto, el trabajo de investigación se desarrolló para proponer mecanismo que garanticen que los beneficios que ofrece el Seguro Integral de Salud lleguen adecuadamente a la población más pobre de nuestra región. Donde se desplieguen esfuerzos articulados entre el estado, instituciones y la población con el fin de garantizar el acceso, calidad y oportunidad en la atención de salud a los beneficiarios del Seguro Integral de Salud, y consiguientemente mejorar su calidad de vida.

1.3. FORMULACION DE PROBLEMAS

1.3.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cómo influye el Seguro Integral de Salud en la Calidad de Vida de sus Beneficiarios de la Provincia de Huamanga durante el período 2006-2010?

1.3.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ¿De qué manera el acceso a servicios de salud influye en el bienestar físico y emocional?
- ¿De qué modo influye la equidad de servicios de salud, en el bienestar social?
- ¿Cómo influye el aseguramiento en salud, en la calidad de las condiciones de vida?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia de Seguro Integral de Salud en la Calidad de Vida de los Beneficiarios de la Provincia de Huamanga en el periodo 2006 – 2010.

1.4.2 OBJETIVO ESPECIFICOS

- Analizar la influencia del acceso a servicios de salud en el bienestar físico y emocional.
- Evaluar la influencia del acceso equitativo a servicios de salud en el bienestar social.
- Establecer la influencia del aseguramiento en salud, en la calidad de las condiciones de vida de los usuarios.

1.5. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION

1.5.1. HIPOTESIS GENERAL

El Seguro Integral de Salud influye significativamente en la Calidad de Vida de los asegurados de la Provincia de Huamanga 2006-2010.

1.5.2. HIPOTESIS ESPECIFICO

- El acceso a los servicios de salud influye en el bienestar físico y emocional del asegurado
- A mayor equidad a los servicios de salud, entonces mayor bienestar social.
- El aseguramiento en salud influye en la calidad de las condiciones de vida de usuarios.

1.6. DEFINICION DE VARIABLES Y DIMENSIONES

VARIABLE INDEPENDIENTE SEGURO INTEGRAL DE SALUD	VARIABLE DEPENDIENTE CALIDAD DE VIDA
* Acceso a servicios de salud	* Bienestar físico y emocional
* Equidad a servicios de salud	* Bienestar social
* Aseguramiento en salud	* Calidad de las condiciones de vida

1.7. DISEÑO DE INVESTIGACION

1.7.1. Tipos de Investigación

La presente investigación fue de tipo aplicada, porque se accedió a teorías concernientes a cada una de las variables y dimensiones con el fin de determinar la influencia que ejerce el seguro Integral de Salud en la Calidad de Vida de los Asegurados.

1.7.2. Nivel de Investigación

El nivel de investigación fue descriptivo, correlacional y transversal, porque detallamos las características de influencia entre las variables y dimensiones.

Descriptivo.- Nos permitió identificar, clasificar, relacionar y delimitar el estudio y análisis del Seguro Integral de Salud y Calidad de Vida.

Correlacional.- Porque permitió establecer el grado de relación entre las variables como causa efecto.

Transversal.- Porque recolectamos datos de un solo momento y en un tiempo único.

1.7.3. Método de Investigación

Los métodos de investigación que nos permitió contrastar nuestras hipótesis, fueron los siguientes:

Inductivo.- Nos permitió establecer proposiciones de carácter general inferidas de la observación y el estudio analítico. Se

partió de la información primaria para comprender el problema.

Deductivo.- Se infirió conclusiones a partir de las teorías y los hechos del objeto de estudio. Se partió de un juicio general para obtener conclusiones en casos concretos.

Cuantitativo.- Presentamos datos, cuadros y gráficos estadísticos.

1.7.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Información Primaria:

Para la recopilación de datos utilizó la técnica de la encuesta, utilizándose como instrumento el cuestionario, dirigido a la población de 15 años a más, beneficiaria del SIS. La misma fue validada mediante prueba piloto aplicada en los establecimientos de salud de la provincia de Huamanga, relacionado a la materia de estudio.

Información Secundaria:

Análisis Documental:

Se utilizó como instrumento las fichas textuales y de resumen, recurriendo como fuentes a libros, revistas trabajos de investigación, internet y otros documentos relacionados a nuestras variables y dimensiones.

1.8. POBLACION Y MUESTRA

1.8.1 POBLACION

La población en estudio está definida por 167,120 Asegurados al Seguro Integral de Salud de la Provincia de Huamanga.

1.8.2 MUESTRA

Como la población lo constituyen 167,120 asegurados, el tipo de muestreo que se aplicará será el muestreo probabilístico simple o al azar.

Para determinar el tamaño de la muestra se usará la siguiente fórmula:

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

Donde:

n = Tamaño de la muestra = 383

Z = Nivel de confianza = 1.96

N = Población = 167120

P = Probabilidad de éxito = 0.50

Q = Probabilidad de no éxito = 0.50

E = Error muestral máximo = 0 05

$$n = \frac{1.96^{2*} 167120*0.50*0.5}{0.05^{2*} (167120-1) + 1.96^{2*}*0.50*0.5} = 383$$

Tamaño de la muestra es de 383 asegurados (de 15 años a más) pertenecientes al Seguro Integral de Salud de la Provincia de Huamanga.

1.9.- PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la base de datos y el análisis, recodificación de variables y la determinación de la estadística descriptiva e inferencial, se ha

utilizado el Software SPSS, en su versión 21, y los resultados son presentados en tablas y gráficos.

1.10. NÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Se realizará en función de los problemas planteados y las hipótesis formuladas para contrastarlas.

Para los datos en estudio, se aplica la técnica basada en panel de datos. Se utilizó el paquetes estadísticos: SPSS versión 21; se analizan relaciones entre las variable e indicadores, primero de manera univariada, es decir individualmente cada variable en relación al Seguro Integral de Salud y la Calidad de Vida, y luego de manera multivariada, es decir la relación entre los indicadores, relacionados con múltiples variables de interés.

Por otro lado se utilizan cuadros estadísticos (tablas de contingencia) que facilitan el análisis y la interpretación en función de las hipótesis formuladas, ya que en la investigación se relacionan dos variables cualitativas para así poder ver a más detalle el grado de asociación de las referidas variables.

1.10. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION

1.11.1 JUSTIFICACIÓN

Actualmente, la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental. La Calidad de Vida de una persona resulta de la interacción de múltiples factores como la salud física, salud mental, socioeconómicos, función social, etc.

Con la presente investigación, nuestra intensión es establecer la influencia que ejerce el Seguro Integral de Salud

en la calidad de vida de los beneficiarios de la provincia de Huamanga, considerando aspectos de equidad, calidad y acceso a la atención de salud.

Consideramos que el crecimiento económico no es suficiente para aliviar la pobreza de nuestro país, se necesitan acciones complementarias para mejorar la situación de los más pobres; establecer estrategias que permitan brindar atención de salud con equidad y calidad a la población más vulnerable, coadyuvando a mejorar la calidad de vida.

1.11.2 IMPORTANCIA

Debido a la escasez de recursos y a la débil capacidad institucional del sector público peruano, el financiamiento y la prestación de servicios de salud depende en gran parte de los gastos de bolsillo. Esto trae consecuencias de precariedad, ineficiencia e inequidad en el sistema, puesto que solo pueden acceder a los servicios de salud quienes pueden afrontar los costos, mientras que el grupo de población de bajos ingresos y alto riesgo queda excluido.

La presente investigación cobra importancia debido al impacto que tiene el nivel de salud de un país en su desarrollo, considerándose que el capital humano es el recurso más valioso con que cuenta cualquier país o región; en tal sentido, el trabajo propuesto busca que el poblador más pobre y vulnerable de nuestra región acceda equitativamente y con calidad a los servicios de salud para mejorar su nivel de vida, su calidad de vida y así pueda tener mejores opciones de desarrollo futuro.

1.11. LIMITACIONES

Para el proceso de investigación se perciben las siguientes limitaciones de orden:

- Falta de bibliotecas especializadas en la región, que cuente con material bibliográfico actualizado.
- Carencia de trabajos de investigaciones a nivel de maestría similares al tema de investigación.
- Escasez de material bibliográfico relacionado a las variables de la investigación.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES RELACIONADOS CON LA INVESTIGACION

Realizando las indagaciones pertinentes con relación a cada una de las variables de investigación encontramos los siguientes proyectos:

Investigación : “Calidad de Vida relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales”

Autor : LAURA SCHWARTZMANN

Tesis ubicado en : Concepción, 2003

Cuyas conclusiones son:

Se revisa la importancia del concepto de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) como un aporte fundamental en la evaluación de resultados en salud, al haberse tornado insuficiente las medidas tradicionales de morbi mortalidad y expectativa de vida. Se destaca la importancia de tomar en cuenta la percepción del paciente, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud así como en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. Se discuten los aspectos conceptuales del constructo "CVRS", sus alcances y sus limitaciones, así como su desarrollo histórico a partir de tres tradiciones básicas, la investigación del concepto de felicidad, en la psicología, la de indicadores sociales en la sociología y la investigación del estado de salud en las ciencias médicas. Se señala asimismo la relatividad histórico-cultural del concepto así como la variabilidad de las prioridades en distintos momentos de la vida. Se expone finalmente el marco conceptual desde el que trabajamos en el Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República Oriental del Uruguay así como un modelo conceptual, que debería valorarse empíricamente permitiendo el diseño científico de

intervenciones destinadas a promover el bienestar psicosocial, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Investigación : “Análisis de la prestación de servicios de Salud en el Municipio de Copacabana”

Autor : Municipalidad de Copacabana

Tesis ubicada en : Medellín, Colombia

Cuyas conclusiones son:

1. La población más pobre y vulnerable de Medellín que logra afiliarse al régimen subsidiado, mejora sustancialmente en la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud en comparación con los no afiliados.
2. La cobertura de afiliación al régimen subsidiado lograda por Medellín a la fecha, está muy por debajo de las metas establecidas por la Ley 100 de 1993, que establece una cobertura universal para el 2001.
3. La afiliación al régimen subsidiado por sí misma, no garantiza el acceso a los servicios de salud, pues siguen persistiendo otras barreras de inaccesibilidad como económica, ecológica, cultural, de información y administrativas.

Investigación : “Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las provincias”

Autor : Dra. Lucía Peirano Klein

Tesis ubicada en : Buenos Aires, Argentina

Cuyas conclusiones son:

La estrategia propuesta podrá ser viable políticamente en la medida que se establezca la participación y el consenso de los actores del sistema. Tendría que ser ejecutada como política de Estado a largo plazo, debiendo ser sustraída de las contingencias políticas circunstanciales para lograr su total ejecución.

La propuesta es factible técnicamente, pero sería indispensable el apoyo técnico extraprovincial dada la escasez de recursos humanos capacitados en la jurisdicción para llevar a cabo su diseño e implementación.

Hay que considerar que grandes variaciones económicas financieras, en el mercado de trabajo, en el perfil epidemiológico o en la composición de la población, entre otros factores exógenos, pueden complicar el desarrollo de la estrategia propuesta.

La estrategia que se propone está conformada por múltiples componentes, entre los cuales se destacan el reordenamiento del sistema, el fortalecimiento de las funciones de rectoría, regulación y control del Ministerio de Salud Provincial, la eficientización del sector público, la integración público- privada y la implementación de un Seguro Provincial de Salud.

Se parte de una línea de base con los indicadores enumerados en la metodología que se estima serán mejorados por la implementación de la estrategia propuesta, orientada hacia la mejora de la eficacia a través del desarrollo de políticas de salud intersectoriales, de garantizar la calidad de la atención médica y de producir un sistema que posibilite atención oportuna y suficiente. La equidad se mejorará con políticas tendientes a asignar recursos de acuerdo a las necesidades de salud de la población, a eficientizar el sector público, a reordenar el sistema de salud de manera de distribuir adecuadamente los recursos, a reducir las barreras de acceso y fundamentalmente a universalizar la cobertura explícita, de manera que los habitantes puedan ejercer su derecho y el Estado garantice los recursos para que se haga efectivo.

La equidad y la eficacia del sistema de salud con alcance universal son los propósitos últimos del sistema, aquellos que determinan su misión. Para poder ser cumplidos en la práctica es necesario enmarcarlos en el óptimo uso de los recursos disponibles. Es necesario prever que el sistema pueda seguir funcionando adecuadamente en el futuro, que sea sustentable, previendo variaciones en el gasto y en los ingresos. Eficientizar el sistema,

reassignando recursos para la optimización de su uso es un elemento fundamental en este proceso.

La implementación de un Seguro Provincial de Salud es una herramienta clave en la estrategia propuesta, pero no sería adecuada si no estuviera precedida por los demás componentes. El Seguro de Salud, una vez implementado, deberá presentar adaptaciones:

es necesario tener en cuenta que deben preverse en el futuro el remplazo paulatino de los fondos provenientes del trabajo por otros menos contra cíclicos. También hay que tener en cuenta que la previsibilidad de algunos eventos en el futuro podría afectar su asegurabilidad. El desarrollo del genoma humano también afectará las condiciones de asegurabilidad de algunos individuos por su propensión a sufrir determinadas patologías, debiendo ser protegidos por el Estado en razón de garantizar la equidad del derecho a la salud. A su vez las patologías propias de la senectud podrían ser cubiertas con un fondo específico de tipo previsional en razón de ser incrementales en relación a la edad y no un hecho fortuito que pueda ser asegurado.

Dra. Lucía Peirano Klein 100 “Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos.”

A pesar de las desgraciadas situaciones provocadas por la crisis argentina, ésta puede ser vista como el punto de partida para iniciar las reformas necesarias en el sistema de salud con el fin de lograr el alcance de sus principios, valores y propósitos.

La crisis del sistema de salud argentino tiene características propias y otras compartidas con otros países, por algunos fenómenos generalizados a nivel mundial, como el envejecimiento poblacional y la aparición de nuevas tecnologías. Sin embargo, debido a la condición federal del país y la diversidad de las características poblacionales y organizacionales de los sistemas provinciales de salud, así como las distintas necesidades, dificultades y preferencias

de cada jurisdicción en este terreno, hacen necesario que las reformas surjan desde las diferentes realidades provinciales, coordinadas por el Ministerio de Salud de la Nación. Los Estados provinciales, al manejar un universo más restringido que el nacional, están en condiciones de elaborar respuestas más adecuadas a la extraordinaria complejidad del problema del futuro del sistema de salud argentino. La diversidad de las provincias puede generar el desarrollo de un verdadero laboratorio de respuestas que podría permitir, a través de la coordinación del Consejo Federal de Salud, el progresivo diseño de la respuesta óptima a los problemas de salud de la realidad argentina.

Investigación : “Trabajo, ergonomía y calidad de vida.
Una aproximación conceptual e
integradora”

Autor : Joyce Esser Díaz, Nora Vásquez Antúnez

Tesis ubicada en : Universidad de Carabobo, Venezuela

Cuyas conclusiones son:

El trabajo representa además del acto creador el esfuerzo, y el cansancio que el individuo. Desde la subjetividad, se vive con sufrimiento o satisfacción dependiendo del resultado del obrar. La atmósfera afectiva del trabajo dependerá, entre otros, de las circunstancias ambientales, del tipo de trabajo, de la gratificación material e inmaterial recibida y de las perspectivas futuras que se puedan alcanzar. Asociada la actividad laboral con la calidad de vida, desde la autopercepción del sujeto, se evidencia placer, cuando el trabajo se siente como una necesidad vital, porque la obra es intrínsecamente gratificante y por ende la conciencia se une con el hacer y sufrimiento cuando la labor es producto de la enajenación. Se coincide con Alonso (1989), que las actitudes y motivaciones ante el trabajo no pueden ser más contrapuestas. El interés por el trabajo se halla en uno de los polos y la aversión en el otro. Atracción o rechazo se dan por las circunstancias materiales y humanas en las que el trabajo se desarrolla.

En el marco de la actividad productiva y la satisfacción por la misma, la ergonomía debe cumplir su función de dirigir la acomodación del ambiente laboral en tanto promoción de la salud y prevención de la enfermedad, promoviendo la simplificación y adecuación de las tareas, con miras a mejorar los canales para una buena comunicación, la reducción de la fatiga física y mental, disminución del estrés, minimización del riesgo; en fin, se podría resumir en la elevación de la calidad de vida de los trabajadores. En la perspectiva sistémica y con la superación de la tradición disciplinaria, la ergonomía debe ser el puente entre los saberes de la biología, fisiología, psicología, ingeniería, ecología con la finalidad de proteger al sujeto-trabajador y de esta manera obtener un óptimo sistema hombre-ambiente tarea, en el cual pueda mantenerse un adecuado balance entre el trabajador y las condiciones laborales.

Aunque el trabajo, es casi tan antiguo como la humanidad misma, el ámbito de la ergonomía y de la calidad de vida son relativamente recientes, pero a su vez bastante amplios. Son disciplina y conceptos emergentes en construcción y evolución, de carácter inter y quizá transdisciplinario por las múltiples redes de saberes que confluyen en uno y otro. Además son constructos cualitativos e ideográficos porque están relacionados con la subjetividad del individuo; con los sistemas sociales de convivencia constituidos desde la emoción del compromiso, que según Maturana (1997), es la que constituye el espacio de acciones de aceptación de un acuerdo en la realización de una tarea.

Investigación : “Calidad de Vida: Una perspectiva individual”

Autor : Daniela Palacios R., Cecilia Castro O.

Cuyas conclusiones son:

A lo largo del tiempo, el concepto de Calidad de Vida ha sido definido como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos

y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta, y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales, no obstante, se estarían omitiendo aspectos que intervienen directamente con la forma de interpretar o no las situaciones como positivas o no, es decir, aspectos que influyen la escala de valores y las expectativas de la personas: la cultura.

Adicionando a las concepciones anteriores el aspecto cultural, se propone el siguiente modelo de calidad de vida, considerando a priori que ya existe cobertura de ciertas necesidades básicas para la sobrevivencia del ser humano, ya que si ellas no se encuentran cubiertas no puede ascenderse o construir. Pues bien, Se concibe al ser humano inmerso dentro de sociedad enmarcada en un lugar determinado (físico e histórico) y una cultura que ha adquirido mediante socialización; ambos elementos regulan e incluso limitan - si bien no de forma terminante las concepciones de mundo del sujeto. Desde esta arista, el sujeto se ubica para evaluar más o menos conciente lo que le acontece y, sin duda, no es sencillo, puesto que aquel proceso se encuentra mediado por una cantidad de factores anexos a los globales antes mencionados, por nombrar algunos: el nivel evolutivo, la comparación con otros, su historia personal, el momento actual, las expectativas futuras, etc. Todo ello se conjuga y permiten que el sujeto a cada momento de la vida, la conciba de cierta forma, y la vivencie acorde a dicha evaluación. Por último, si bien se ha planteado calidad de vida desde una evaluación mediada por una multiplicidad de factores, no podemos obviar las características personales, el estado que se adiciona al resto de los factores antes mencionados complejizando más aun este proceso, desde aquí recatamos la subjetividad, esta forma de concebir el mundo tan particular como humanos existen en la Tierra, que a la vez está mediada por el proceso de socialización y la cultura en la cual se desenvuelve y lo regula.

Pues bien, la calidad de vida es una categoría multidimensional, presupone el reconocimiento de las dimensiones materiales, culturales, psicológicas y espirituales del hombre, combate el concepto de hombre unidimensional y uniforme y obliga a desplegar mucha creatividad para aprender la diversidad humana. Lo anterior se acopla a la perfección a la mayoría de las tendencias actuales quienes rechazan el concebir al humano como ser lineal, ello se considera obsoleto, ya que desde su misma corporalidad la complejidad el ser humano es indescriptible, por ello acercarse a los procesos desde una forma holística permite mayor comprensión de esta madeja de factores mutuamente influyentes; por ello el concepto de Calidad de Vida depende en gran parte de la concepción propia de mundo que tiene el sujeto en particular: la interpretación y valoración que le da a lo que tiene, vive y espera. En otras palabras y a modo de síntesis se recalca el valor de la interpretación que se realiza a los hechos y lo objetivo que se tiene en la vida, es decir, el valuarlo inmensurable de lo subjetivo: "los lentes con los que nos paramos y vemos el mundo".

Investigación : "Acceso a Servicios de Salud y Mortalidad Infantil en el Perú"

Autor : Ana Cecilia Dammert

Tesis ubicado en : GRADE, Perú

Cuyas conclusiones son:

El análisis del acceso a los servicios de salud, medido a través de la atención del parto con un profesional de salud, muestra que solo el 51% del total de partos en el Perú se realizan con la asistencia de un médico u obstetrix, siendo notables las diferencias entre las zonas rurales y urbanas, donde el 17% y el 79% de los partos respectivamente, tienen asistencia de un profesional de salud.

Investigación : "Avanzando hacia el aseguramiento universal: ¿Cómo lograr la protección en salud de personas de ingresos medios bajos

y bajos?”

Autor : Janice Seinfeld

Tesis ubicado en : Universidad del Pacífico

Cuyas conclusiones son:

- El SIS ha contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas en condición de pobreza, principalmente de los niños y las mujeres en edad de gestación. Sin embargo, aún falta asegurar a 9 millones de pobres y facilitar el acceso a servicios de aseguramiento a la población no pobre de medianos y bajos ingresos a través de seguros similares a SiSalud.
- Para estimar la disposición a pagar (DAP) y la demanda potencial de los usuarios potenciales no pobres por un sistema de seguros se usó información proveniente de una encuesta ad-hoc realizada a 400 hogares de Lima Metropolitana de niveles de ingreso medio bajo y bajo.
- En la encuesta, se consultó sobre las preferencias y disposiciones a pagar respecto a tres planes alternativos de seguros: Plan individual similar al ofrecido por SiSalud, Plan potestativo básico similar al ofrecido por EsSalud y Plan contributivo similar al ofrecido por un prestador privado

Investigación : “Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios”

Autor : Sandro Parodi

Tesis ubicada en : Grupo de Análisis para el Desarrollo, Perú

Cuyas conclusiones son:

Aunque la implementación del SIS para disminuir la barrera económica ha implicado un avance en la dirección correcta al incrementar el acceso promedio al parto 34 institucional, el no tomar en consideración la existencia de barreras no económicas dificulta el avance de su principal objetivo de incrementar el acceso a los servicios de salud a los más vulnerables. Como se mostró en la

Tabla 7, la proporción de mujeres que dieron a luz en su casa o con la partera, la opción más riesgosa, alcanza cerca del tercio de la población y sólo ha disminuido en 4% desde la implementación del SIS.

El modelo estimado ha mostrado como aspectos como el idioma, las relaciones de poder dentro del hogar y la geografía cobran particular relevancia en países como Perú y como estos factores dificultan el acceso a los servicios de salud de calidad. Así, las gestantes que tienen como lengua materna el quechua o el aymara tienen menos probabilidades de demandar parto institucional.

Investigación : “PRACTICA DEL TAI CHI SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD EN ASEGURADOS MAYORES DE 50 AÑOS DE LA RED ASISTENCIAL DE HUÁNUCO – ESSALUD 2008”

Autor : Mg. Bernardo Cristóbal Damaso Mata

Tesis ubicada en : Hospital Essalud Huánuco, Perú

Cuyas conclusiones son:

La practica del Tai Chi en los asegurados mayores de 50 años en la Red Asistencial de Huanuco EsSalud, ha demostrado una mejor calidad de vida relacionada a la salud (por la escala del Euro Qol – 5D) en el grupo que realiza esta actividad frente a los no practicantes.

La práctica del Tai Chi se ha asociado a la disminución de las caídas, disminución de la presión arterial sistólica, convivencia con familiares y disminución en el número de medicamentos.

Investigación : “Avanzando hacia el aseguramiento universal”

Autor : Seinfeld Janice

Tesis ubicado en : Universidad El Pacífico

Cuyas conclusiones son:

Las mejoras en el estado de la salud poblacional se reflejan no solo en un aumento de la calidad de vida y del bienestar individual, sino en el crecimiento y desarrollo de la sociedad. En términos económicos, los avances en materia sanitaria derivados de la medicina preventiva, de los programas de salud pública, de la educación, entre otros, aumentan los ahorros de la sociedad. Por un lado, estos avances reducen los costos de tratamiento médico que implica la medicina curativa y, por el otro, impactan sobre la productividad laboral y el crecimiento económico, pues aumentan la vida laboral de la población, reduce los días de trabajo perdidos por enfermedad y generan una mayor eficiencia en el desempeño de los trabajadores.

2.2. RESEÑA HISTORICA

A inicios de la década de los 80, en diversos países de América Latina se realizó un gran proyecto de diagnóstico del Sector Salud, denominado "Análisis del Sector Salud", con el objeto de orientar a los organismos de cooperación en el desarrollo de sus futuras acciones. En el Perú el estudio tomó el nombre de ANSA-PERÚ, participando en su ejecución el MINSA, IPSS, Universidad Cayetano Heredia, OPS, ESAN, USAID, BID⁹.

Los diagnósticos mostraron que en cada uno de los países se habían desarrollado las instituciones del sector de manera particular, sin un patrón común, pero en casi todos existían instituciones de Seguros de Salud, Ministerio de Salud con sus establecimientos, Beneficencia Pública y Sector Privado. Se concluyó que el desarrollo del sector en América Latina había sido caótico, a excepción de Uruguay, donde desde inicios del siglo XX se desarrollaron las Cooperativas Médicas bajo el sistema de seguros.

⁹ VERA LA TORRE, José Carlos, "Cobertura y financiamiento del Seguro Integral de Salud

Se llegó a la conclusión, que el mejor sistema para organizar el sector era separar en instituciones independientes, a quién decide la política, quiénes la financian y quiénes prestan el servicio, eliminando el monopolio de los servicios y financiamiento por parte de las instituciones del Estado.

En el sector Salud, el modelo por excelencia para implantar la economía social de mercado es el sistema de seguros, pues a través de sus mecanismos económicos, financieros y administrativos se logra una eficiente asignación de recursos y por tanto, mayor crecimiento. Además, se consigue que la población de escasos recursos, donde ella esté localizada, tenga acceso a los servicios de salud de manera gratuita, cuando así lo requiera.

En 1997, las autoridades del Ministerio de Salud pusieron en marcha un programa de subsidio a la demanda, denominado Seguro Escolar Gratuito (SEG)¹⁰, que debía cubrir a los escolares matriculados en escuelas públicas a escala nacional. Sin embargo, el mecanismo de focalización en función de las escuelas públicas tuvo importantes limitaciones, produciéndose considerable filtración, aunque una alta cobertura de ese grupo.

Asimismo, durante 1998 se creó otro programa de subsidio, denominado Seguro Materno Infantil, el que cubría a gestantes y niños menores de 5 años. Como estrategia piloto, se implementó en sólo 5 de regiones del país, ampliándose luego a 8 regiones durante el año 2000. De acuerdo a las evaluaciones efectuadas, tuvo menor filtración que el SEG, pero baja cobertura.

Ambos programas se fusionaron el año 2001, dando origen al Seguro Integral de Salud (SIS), previa conformación de una instancia transitoria denominada Unidad de Seguro Público. Una de las primeras acciones tomadas luego de la fusión fue la ampliación

¹⁰ SEGURO INTEGRAL DE SALUD: www.sis.gob.pe

del componente materno infantil a todas las regiones aun no cubiertas, incorporando de este modo a un grupo de gran magnitud y vulnerabilidad.

Otro de los cambios más importantes lo constituyó el cambio del mecanismo de adscripción territorial de los derechohabientes del componente escolar, que se basaba en la ubicación geográfica de la escuela donde estudiaban, a una adscripción basada en el lugar donde estaba ubicado su domicilio, el que muchas veces quedaba muy lejos de sus escuelas. Ello llevó a un reordenamiento importante de la demanda, lo que llevó a su vez a un reordenamiento paulatino de la oferta. El componente materno infantil mantuvo su adscripción domiciliaria.

Adicionalmente, al independizar a las escuelas públicas del proceso de adscripción, permitió que la cobertura se ampliase a todo niño menor de 18 años, sea escolar o no, en cuanto pudiese probar su condición de pobre o extremadamente pobre. Para distinguir dicha condición, se implementó un sistema de focalización mediante inscripción universal en distritos con más de 65% de familias pobres, mientras que en los distritos con porcentaje menor de pobres, se aplicó el Sistema de Identificación de Usuarios (SIU), que estima la capacidad de pago de cada inscrito.

Posteriormente el 29 de enero del 2002 se emite la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, la misma que crea el Seguro Integral de Salud como Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud, siendo posteriormente calificado como Organismo Público Ejecutor mediante Decreto Supremo N° 034-2008-PCM

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías

separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando esta establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados.

2.3. BASES TEORICAS

A) SEGURO DE SALUD

Dentro de la teoría referente al Seguro de Salud, se pueden encontrar distintos puntos de vista, relacionados básicamente al acceso a los servicios de salud, bienestar individual y desarrollo de la sociedad.

Según Jaramillo Baamante¹¹ : El seguro de salud, es un mecanismo que esta orientado a garantizar el acceso a los servicios de salud cuando estos son necesitados. En la literatura especializada de Manning (1987) concluye que los seguros alientan la demanda de servicios de salud.

Según el trabajo de Janice Seinfeld¹², Las mejoras en el estado de la salud poblacional se reflejan no solo en un aumento de la calidad de vida y del bienestar individual, sino en el crecimiento y desarrollo de la sociedad. En términos económicos, los avances en materia sanitaria derivados de la medicina preventiva, de los programas de salud pública, de la educación, entre otros, aumentan los ahorros de la sociedad. Por un lado, estos avances reducen los costos de tratamiento médico que implica la medicina curativa y, por el otro, impactan sobre la productividad laboral y el crecimiento económico, pues aumentan la vida laboral de la población, reducen los días de trabajo perdidos por enfermedad y generan una mayor eficiencia en el desempeño de los

¹¹ JARAMILLO BAANANTE Miguel, En su informe : La equidad del gasto público de salud – Perú

¹² SEINFELD Janice, Avanzando hacia el aseguramiento universal – Universidad El Pacifico, pag. 08

trabajadores (Schultz y Tansel, 1997; Mayer, 1999; Cortez, 2001).

Parodi Sandro¹³, En la actualidad, el SIS se ha convertido en la principal fuente de aseguramiento de la población peruana. Según datos oficiales, a mayo de 2005 cuenta con 8.7 millones de afiliaciones vigentes, compuestas mayormente por gestantes y niños menores a los 17 años, quienes en conjunto representan cerca del 30% del total de la población nacional.

De acuerdo a la publicación de ForoSalud¹⁴, el 58% de la población peruana no cuenta con un seguro de salud. Esto constituye una de las mayores inequidades que hacen que el acceso a la salud no sea un derecho y que esté definido por la capacidad de pago de los usuarios.

Según Dammert¹⁵, Una de las medidas más utilizadas para analizar el acceso a servicios de salud sobre la supervivencia infantil es la atención en el parto. A nivel mundial se considera a la atención en el parto como uno de los mecanismos más eficaces para reducir los índices de mortalidad infantil a través de la disminución de problemas no detectados a tiempo (UNICEF 1998, INEI 2000, Beltrán 2000).

Vera La Torre¹⁶, A inicios de la década de los 80, en diversos países de América Latina se realizó un gran proyecto de diagnóstico del Sector Salud, denominado "Análisis del Sector Salud", con el objeto de orientar a los organismos de cooperación en el desarrollo de sus futuras acciones. En el Perú el estudio tomó el nombre de ANSA-PERÚ, participando en su ejecución el

¹³ PARODI Sandro, Evaluando los efectos del SIS, Pag. 03

¹⁴ ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD, publicación – Perú

¹⁵ DAMMERT Ana Cecilia, Acceso a servicio de Salud y Mortalidad Infantil en Perú

¹⁶ VERA LA TORRE, José Carlos, "Cobertura y financiamiento del Seguro Integral de Salud

MINSA, IPSS, Universidad Cayetano Heredia, OPS, ESAN, USAID, BID.

En virtud a la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud¹⁷, el MINSA es el ente rector del Sector Salud, a quien le corresponde conducir, regular y promover la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana a través de la promoción, protección y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona desde su concepción hasta su muerte natural, ejerciendo la rectoría sectorial en el desarrollo de las políticas públicas de salud y en la articulación de los recursos y diversos actores públicos y privados, intra e intersectoriales, que puedan contribuir al logro de los objetivos de dichas políticas públicas de salud entre las cuales se encuentra como objetivo funcional el aseguramiento financiero de la salud pública y de la salud integral de todas las personas.

Como lo señala Rosanvallon¹⁸ : “Al pasar de la noción subjetiva de comportamiento y responsabilidad individual, a la noción objetiva de riesgo, el seguro invitaba a mirar lo social de manera diferente...El enfoque en términos de riesgo en efecto, remite en primer lugar a una dimensión probabilística estadística de lo social (el riesgo es calculable) que permite relegar a un segundo plano el juicio sobre los individuos... A diferencia de la asistencia social propia de los sistemas de protección precapitalistas, el seguro social representa la ejecución de un contrato en el cual los ciudadanos y el Estado están igualmente implicados. El seguro social funciona como una mano invisible que produce seguridad y solidaridad sin que intervenga la buena voluntad de los hombres. Por construcción el seguro atañe a las poblaciones: al hacer de cada uno la parte de un todo, hace así interdependiente a los individuos....” .

¹⁷ DIARIO EL PERUANO, Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud

¹⁸ ROSAVALLON P. La Nueva Cuestión Social. Buenos Aires

Según el Plan Estratégico del SIS¹⁹, La existencia de un limitado acceso a los servicios de salud debido a barreras económicas, ocasionó que 13.3 millones de Peruanos en estado de extrema pobreza y pobreza se encontraban sin protección de salud al iniciarse la década del 2000. Ello motivó la aplicación de medidas de políticas de salud individual y colectiva con carácter de prioridad.

De acuerdo a la Revista de Salud Pública de Bogotá²⁰, se analiza la actual forma de medir la cobertura de la seguridad social en Colombia y Latinoamérica, sin tener en cuenta los principios básicos de la seguridad social.

Según Cañon Lo²¹, Por seguridad social suele entenderse la existencia de diversos mecanismos de protección social frente a los riesgos que afectan a los individuos en una determinada sociedad, basados en el principio de solidaridad que debe existir entre los miembros de la misma, de modo que, con base en ella, todo individuo, por el solo hecho de pertenecer a una comunidad tiene derecho a estar protegido por la sociedad en que vive.

De acuerdo al INEI - Censos Nacionales del año 2007, la región de Ayacucho cuenta con 11 provincias, 111 distritos y una población de 612,489 habitantes, siendo Huamanga la provincia capital de la región.

A nivel de la Provincia de Huamanga cuenta con 221,390 habitantes, cobija en su mayoría a una población pobre y de extrema pobreza tal como lo señala el mapa de pobreza a nivel nacional, con incidencia de pobreza total de 129,452 habitantes e incidencia de pobreza extrema de 60,159 habitantes.

¹⁹ PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL, Seguro Integral de Salud, 27 diciembre 2006

²⁰ REVISTA SALUD PUBLICA, vol. 4 N° 02 Bogotá – mayo/agosto

²¹ CAÑON LO. Una Visión Integral de la Seguridad Social. Bogotá

La Constitución Política del Perú²², señala que la salud es un derecho elemental de la persona humana reconocida en los artículos 15° y 16° de la Constitución del año 1979, así como en los artículos 7°, 9° y 11° de la Constitución Política del Perú de 1993, señala textualmente: “Artículo 7°.- Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.”, “Artículo 9°.- El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”, “Artículo 11°.- El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud”.

La Ley N° 26842, Ley General de Salud, dispone que el Estado promueve el Aseguramiento Universal y Progresivo de la población para la protección de las contingencias que puedan afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatorio impuesto por el estado para que nadie quede desprotegido.

B. CALIDAD DE VIDA

Según la editora Fondo de Cultura Económica de España²³, la idea de “calidad de vida” es un concepto cardinal en la evaluación del nivel económico y social de un país, así como de sus políticas públicas y de su legislación social. Sin embargo, los indicadores comúnmente usados para medir el éxito económico, por ejemplo el ingreso per cápita, no dan sino una imagen imprecisa de la calidad de vida. Por eso surgió la necesidad de una investigación sistemática e interdisciplinaria del contenido, alcance y relevancia de este concepto. La presente colección de

²² CONSTITUCION POLITICA DEL PERU, Artículo 7°, 9° y 11°

²³ Fondo de Cultura Económica de España, 2002, Calidad de Vida – Pág. 588 – España

ensayos, firmados tanto por economistas como por filósofos, intenta llenar este vacío. Algunos textos se basan en la visión aristotélica clásica de florecimiento humano (human flourishing) para proponer reemplazar ingreso y utilidad por la idea de capacidad (capability). Otros se concentran en problemas metodológicos subyacentes, como es el relativismo cultural. Algunos autores se dedican más específicamente al estudio de la desigualdad entre hombres y mujeres y su posible corrección, a la determinación de las prioridades en las políticas de salud o a la promoción de los niveles de vida. En esta época en que la necesidad de pensar la economía de manera cualitativa adquiere cada día más relevancia, este libro constituye un aporte de gran trascendencia al entendimiento y el uso del concepto de calidad de vida.

Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana N.²⁴ El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos

²⁴ GOMEZ VELA María; SABEH Eliana- Calidad de Vida evolución del concepto. Salamanca.

indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998).

Según la Profesora Alba Emilce²⁵ : El concepto está directamente asociado al de bienestar, el cual ha sido objeto de una atención permanente en los temas de del desarrollo social, económico y cultural que busca un equilibrio entre la cantidad de seres humanos y los recursos disponibles y la protección del medio ambiente. Debe tener en cuenta al tomar decisiones los derechos del hombre y la sociedad a reclamar una vida digna con libertad, equidad y felicidad.

Este concepto tiene una interpretación muy diferente cuando lo emplean hombres cuyas necesidades vitales están satisfechas, como en el caso de quienes viven en los países ricos y altamente industrializados. Diferentes a los hombres cuya principal preocupación es como satisfacer sus necesidades básicas de: alimentación, vivienda, vestido, salud y educación.

Rosella Palomba²⁶ La definición de bienestar o calidad de vida muy pocas veces es dada.

Muchos autores piensan por ejemplo que no podemos hablar significativamente acerca de la calidad de vida en general, sino que tenemos que definir dominios específicos de la calidad de vida. También la población de referencia es relevante. A menudo el concepto de "bienestar" es usado como sinónimo de calidad de vida.

Parreño Alejandra²⁷: La calidad de vida de un individuo se determina a través de:

²⁵ GAVIRIA Alba E. – Calidad de Vida, Escenarios de la Salud Pública – Junio 2009

²⁶ ROSSELLA Palomba, Calidad de Vida: Conceptos y Medidas – Roma, Italia

²⁷ PARREÑO Alejandra, Ciencia para la Calidad de Vida: Conocim. aplicado al bienestar, B. Aires 2008.

- cuántas y cuáles son las necesidades que tiene o no satisfechas y en qué grado
- cuántas y cuáles de sus aspiraciones personales son factibles de ser realizadas.

GILDENBERGER²⁸ “la capacidad que posee el grupo social ocupante de satisfacer sus necesidades con los recursos disponibles en un espacio natural dado. Abarca los elementos necesarios para alcanzar una vida humana decente.”

Espinoza Oscar²⁹: La utilización del concepto calidad de vida permitirá valorar las condiciones de vida de las personas y comunidades, para poder estimar el grado de progreso alcanzado y seleccionar las formas de interacción humana y con el medio ambiente más adecuadas para acercarnos progresivamente a una existencia digna, saludable, libre, con equidad, moral y feliz.

Yanguas Lezaun José³⁰ La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que se nutre de tres elementos: salud, estado de salud y calidad de vida.

La Calidad de Vida es un concepto más amplio e incluye no solo al estado de salud sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud.

Artículo de Enciclopedia³¹ “La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. Según la OMS, la calidad de vida es “la percepción que

²⁸ GILDENBERGER, Carlos A – 2008, Desarrollo y Calidad de Vida”

²⁹ ESPINOZA Oscar – Enfoques, Teorías y nuevos rumbos del concepto Calidad de Vida, 2008

³⁰ YANGUAS LEZAUN José, Análisis de calidad de vida relacionada a salud

³¹ CALIDAD DE VIDA, Artículo de la Enciclopedia Libre Universal en Español

un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Alarcón D.³²: La satisfacción de las necesidades humanas, en último término lleva a una determinada *calidad de vida*. Blanco (1997), define a la calidad de vida como: "el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación en un periodo de observación"

Rueda Salvador: "Para analizar la calidad de vida de una sociedad se debe considerar imprescindible el establecimiento de un estándar colectivo, que únicamente es válido para el momento y contexto específico de su establecimiento"³³

2.4. MARCO LEGAL

La Constitución Política del Perú, señala que la salud es un derecho elemental de la persona humana reconocida en los artículos 15° y 16° de la Constitución del año 1979, así como en los artículos 7°, 9° y 11° de la Constitución Política del Perú de 1993, señala textualmente: "Artículo 7°.- Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa ...", "Artículo 9°.- El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud", "Artículo 11°.- El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud". Por lo

³² ALARCON D., Documentos de Trabajo del Indes: Medición de las Condiciones de Vida – BID 2001.

³³ RUEDA Salvador – Habilidad y Calidad de Vida – Enero 2008.

tanto, concluimos que esta garantizado la protección de la salud de las personas³⁴.

La Ley N° 26842, Ley General de Salud, dispone que el Estado promueve el Aseguramiento Universal y Progresivo de la población para la protección de las contingencias que puedan afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatorio impuesto por el estado para que nadie quede desprotegido³⁵.

En virtud a la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, el MINSA es el ente rector del Sector Salud, a quien le corresponde conducir, regular y promover la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana a través de la promoción, protección y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona desde su concepción hasta su muerte natural, ejerciendo la rectoría sectorial en el desarrollo de las políticas públicas de salud y en la articulación de los recursos y diversos actores públicos y privados, intra e intersectoriales, que puedan contribuir al logro de los objetivos de dichas políticas públicas de salud entre las cuales se encuentra como objetivo funcional el aseguramiento financiero de la salud pública y de la salud integral de todas las personas.

El artículo 33° de La precitada Ley, establece que el Seguro Integral de Salud – SIS, es un Organismo Público Descentralizado adscrito al Sector Salud, que tiene como misión administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual de conformidad con la política del Sector.

Que el artículo 4° del Decreto Supremo N° 010-2004-SA, establece como una de las acciones de política necesarias para el

³⁴ CONSTITUCION POLITICA DEL PERU, Articulo 7°, 9° y 11°

³⁵ DIARIO EL PERUANO, Ley N° 26842, Ley General de Salud, Lima

fortalecimiento del Aseguramiento Público en Salud, la implementación de una política de tarifas basada en costos, en la transparencia y en la capacidad de pago de los usuarios, para que puedan ejercer su derecho de libre elección y la fiscalización de su aplicación en los servicios de salud.

En ese sentido, el Seguro Integral de Salud – SIS está dirigido a las personas que carecen de un seguro de salud y que se encuentran en estado de pobreza y extrema pobreza, con la finalidad de que tengan acceso a las prestaciones de salud de calidad en los establecimientos de salud.

Mediante Decreto Supremo N° 004-2007/SA, se establecieron disposiciones para regular los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado de aseguramiento del Seguro Integral de Salud, siendo el Componente Subsidiado dirigido a la población de pobreza y pobreza extrema como beneficiarios del conjunto de prestaciones incluidas en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Preventivas y Recuperativas, con un subsidio del 100%.

En abril del 2009, se aprueba la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud - AUS (N° 29344), cuyo objetivo es garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud. Este proceso está orientado a lograr 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, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

2.5. MARCO CONCEPTUAL

“Una familia saludable es aquella que ha tomado la decisión de mejorar sus condiciones de vida, salud, educación, ingresos y logran

el bienestar y el desarrollo integral de todos sus miembros. La familia saludable es la base para que los hombres y mujeres trabajen sintiéndose parte de una sociedad que busca alcanzar el bienestar y el desarrollo sostenible para todos”³⁶.

En la actualidad, el Seguro Integral de Salud se ha convertido en la principal fuente de Aseguramiento en Salud de la población peruana. En ese contexto, el Aseguramiento Público es una forma de superar las barreras económicas y lograr que los pobres puedan acceder a los servicios de salud con calidad y oportunidad.

El acceso a los servicios de salud, ha sido usado históricamente como medida de una distribución justa, en parte porque es más fácil de medir y también de lograr avances en comparación con metas más ambiciosas como asegurar cierto nivel de bienestar en la población.

En tal efecto, la equidad en el acceso a los servicios de salud es pues, una meta más modesta y limitada que la equidad en salud. En el caso de nuestro país se justifica porque las desigualdades en términos de acceso a servicios de salud son muy grandes.

Es, en ese sentido, que el aseguramiento público es una forma de superar las barreras económicas y lograr que los pobres puedan acceder a los servicios de salud.

2.5.1 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

Salud: Estado del ser vivo que ejerce con normalidad todas sus funciones orgánicas

- De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es algo más que la ausencia de enfermedad o invalidez,

³⁶ OPS/OMS MUNICIPIOS SALUDABLES. Serie comunicación para la salud, N° 11 Washington. DC: OPS, 1997.

es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad.

- **Seguro Integral de Salud – SIS:** es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Sector Salud, que tiene como misión administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual de conformidad con la política del Sector. Orientado a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población objetivo.
- **Seguro de Salud:** es un mecanismo que está orientado a garantizar el acceso a los servicios de salud cuando estos son necesitados.
- **Acceso:** Posibilidad de llegar a algo o a alguien.
- **Acceso a servicios de salud:** Ha sido usado históricamente como medida de una distribución justa, en parte porque es más fácil de medir y también de lograr avances en comparación con metas más ambiciosas como asegurar cierto nivel de bienestar en la población.
- **Equidad:** La Equidad es un valor de connotación social que se deriva de lo entendido también como igualdad. Se trata de la constante búsqueda de la justicia social, la que asegura a todas las personas condiciones de vida y de trabajo dignas e igualitarias, sin hacer diferencias entre unos y otros a partir de la condición social, sexual o de género, entre otras
- **Equidad en el acceso:** eliminar las barreras económicas para acceder a un Seguro de Salud.
- **Aseguramiento Universal en Salud:** Es el reconocimiento del Estado Peruano al derecho a la salud que tienen todos los peruanos, desde su nacimiento hasta la muerte.
- **Bienestar:** Estado o situación del que tiene buena posición económica y una vida desahogada.
- **Bienestar Social:** Se le llama al conjunto de factores que participan en la calidad de vida de la persona y que hacen

137685

que su existencia posea todos aquellos elementos que dé lugar a la tranquilidad y satisfacción humana.

- **Calidad de Vida:** Es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida.

Calidad de Vida, es un concepto más amplio e incluye no solo al estado de salud sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, etc.

- **Estilo de vida:** Son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud.
- **Pobreza:** la pobreza se ha definido como la incapacidad de una familia de cubrir con su gasto familiar una canasta básica de subsistencia.

La pobreza no se define exclusivamente en términos económicos, también es mal nutrición, reducción de la esperanza de vida, falta de acceso a agua potable y condiciones de salubridad, enfermedades, etc.

CAPITULO III

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

3.1. PRESENTACION

En este capítulo presentamos el análisis de los resultados obtenidos de la investigación, a partir del cuestionario aplicado a la muestra (Anexo N° 01).

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS Statistics 20.00, procesador sistematizado computarizado que nos permitió obtener tablas y gráficos estadísticos.

Con la base de datos se realizaron análisis de tipo descriptivo, que consiste en la elaboración de tablas de contingencia, gráficos de barras, lo que permitió observar distribuciones de frecuencias en las variables.

La estructura de la descripción de resultados, presenta en primer lugar al conjunto de tablas resumen obtenido de cada pregunta del cuestionario, los cuales muestran los promedios obtenidos de cada una de las variables y dimensiones. Luego se presentan las gráficas de barras con el correspondiente análisis e interpretación.

3.2. RESULTADOS E INTERPRETACION DE DATOS

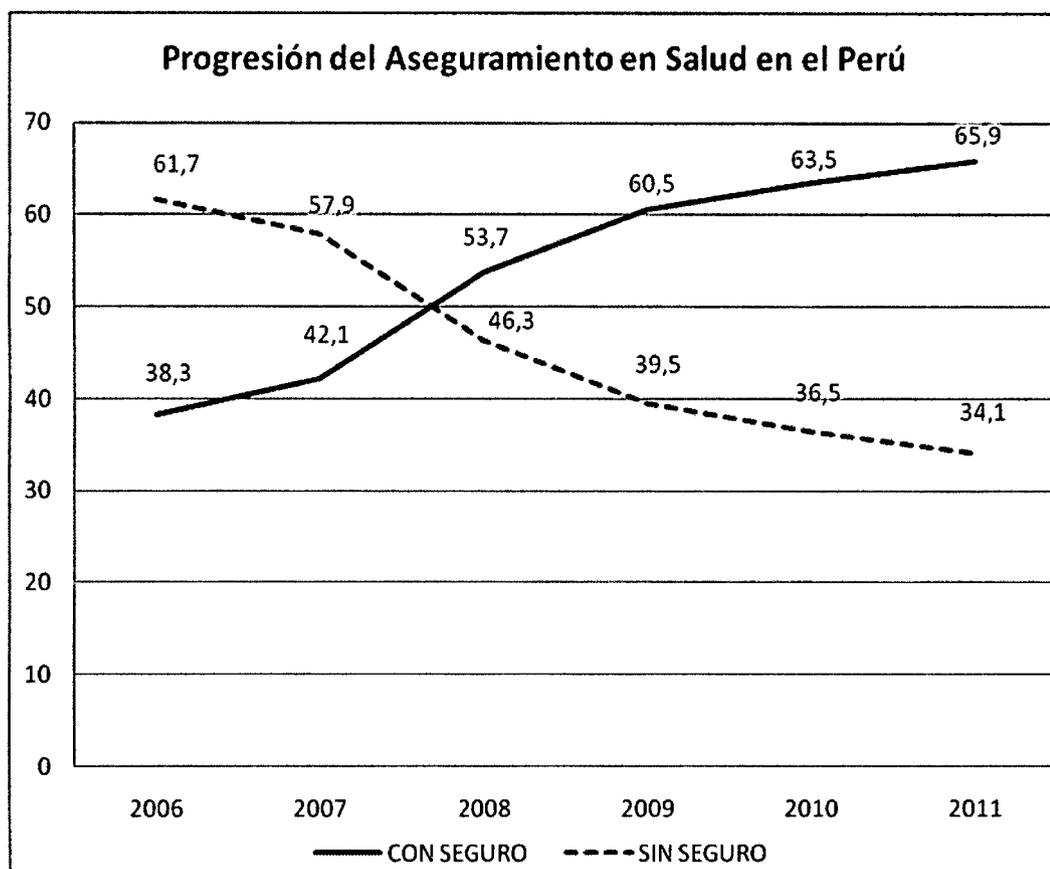
3.2.1. DATOS GENERALES:

Tabla N° 01
Progresión del Aseguramiento en Salud en el Perú
2006 – 2011

Población / Año	2006	2007	2008	2009	2010	2011

Fuente: INEI – ENAHO 2006 al 2011
Elaboración propia

Figura N° 01
Progresión del Aseguramiento en Salud en el Perú
2006 – 2011



Fuente: INEI – ENAHO 2006 al 2011
 Elaboración propia

Análisis e Interpretación:

De acuerdo a la tabla y figura N° 01, se puede apreciar la progresión del Aseguramiento en Salud en el Perú, donde el año 2006 solamente el 38.3% de la población peruana contaba con un seguro de salud, y el 61.7% de la población no tenía acceso a un seguro de salud.

Sin embargo, al año 2011 se observa una evolución en la cobertura de aseguramiento en salud, donde el 65.9% de la población del país ya se encuentra afiliada a algún seguro de salud, mientras que un 34.1% no accede a ningún tipo de seguro de salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2008, el financiamiento del sector Salud en nuestro país es significativamente menor que el de otros países, respecto al PBI. El año 2007 el financiamiento nacional en salud fue del 4.3% de PBI, por debajo del 7% promedio de América Latina.

De acuerdo al Presupuesto Nacional, la inversión pública en salud se ha incrementado de manera significativa: el año 2009 fue S/. 4,664 millones equivalente a 6.4%, el año 2010 S/. 6,406 millones 7.8% y 2011 S/. 7,700 millones.

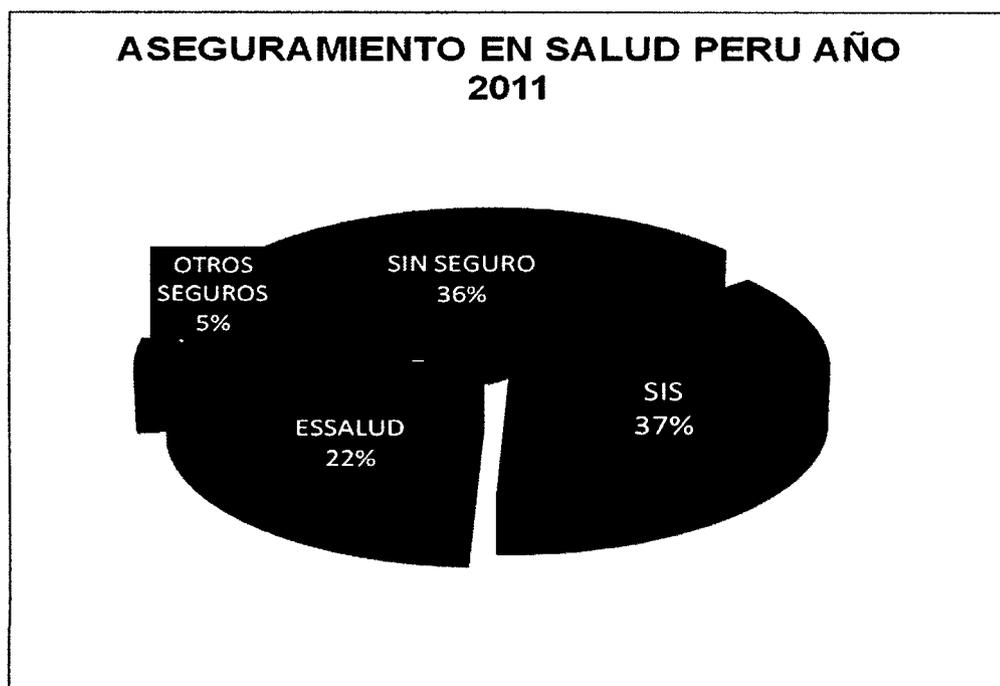
No obstante, haberse incrementado el Presupuesto Nacional para el sector salud, sin embargo, el financiamiento respecto al PBI para el año 2011 según datos estadísticos de la OMS fue de 4.8%, continúa por debajo del promedio de América Latina.

Tabla N° 02
Población afiliada por tipo de Seguros de Salud y
Población sin Seguro de Salud – 2011

Cobertura Seguros	Porcentaje (%)
OTROS SEGUROS	5
SIN SEGUROS	30
TOTAL	100

Fuente: INEI – ENAHO 2006 al 2011 (II Trimestre)
 Elaboración propia

Figura N° 02
Población afiliada por tipo de Seguros de Salud y
Población sin Seguro de Salud - 2011



Fuente: INEI – ENAHO 2006 al 2011 (II Trimestre)
Elaboración propia

Análisis e Interpretación:

Conforme la tabla y figura N° 02, se observa la Población afiliada por tipos de Seguros de Salud y Población sin Seguro de Salud.

Según los datos, el 64% de la población peruana accede a un seguro de salud público o privado. De esa cifra, el mayor porcentaje el 37% posee el Seguro Integral de Salud (SIS), donde los peruanos en situación de pobreza o pobreza extrema tienen acceso gratuito a los servicios del Ministerio de Salud.

Seguidamente el 22% de la población peruana posee el Seguro Social Estatal de ESSALUD, al que la mayoría de los trabajadores dependientes tienen acceso.

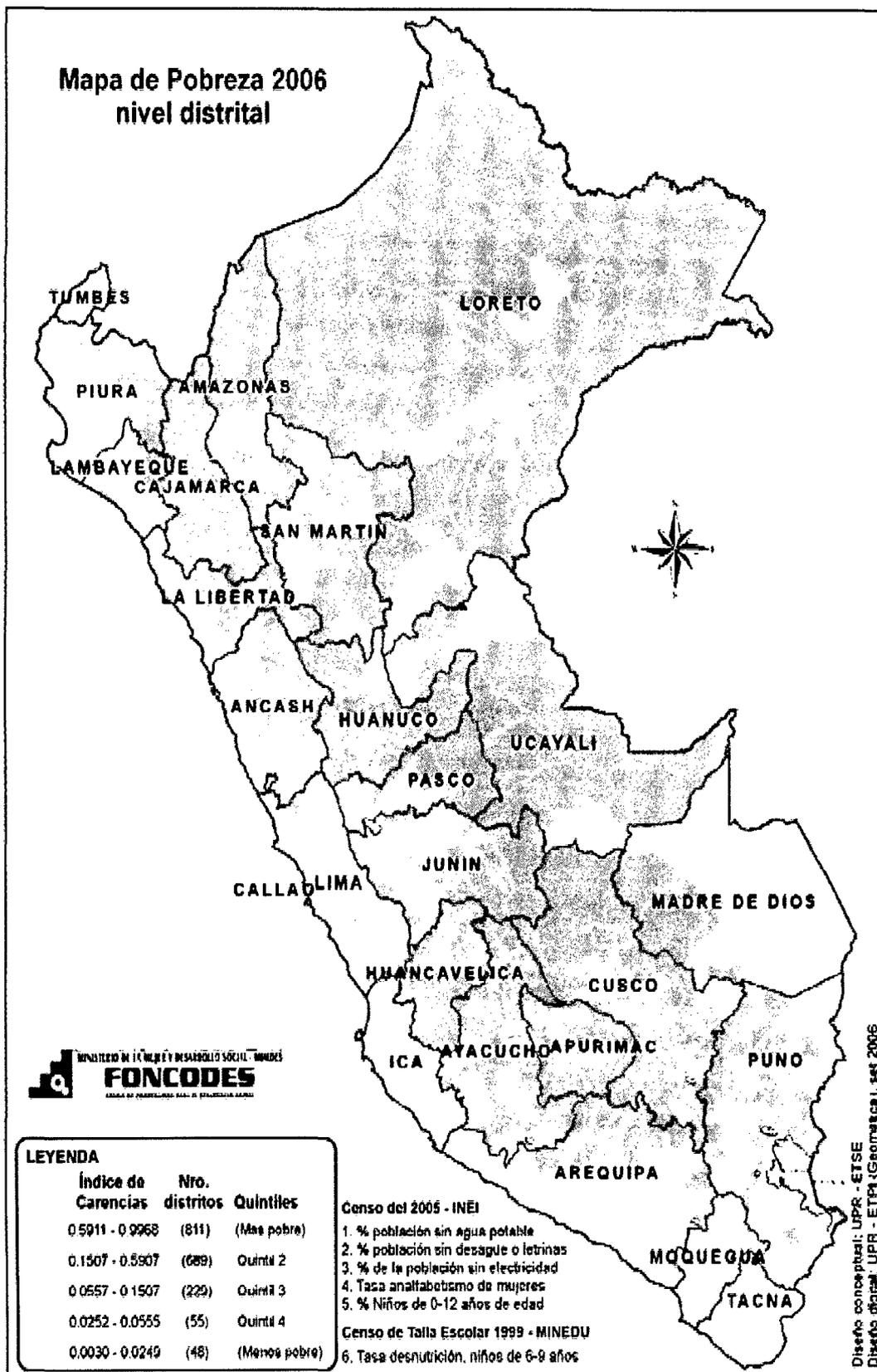
Otros seguros, que incluye al seguro privado, seguro de las fuerzas armadas y policiales, seguro universitario, etc. Accede el 5% de la población.

Tabla N° 03
QUINTILES DE POBREZA

Distribución de la población según quintil Foncodes 2006

Departamento	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Temporal por limites	Total general
AMAZONAS	132.802	171.120	48.064	23.939			375.925
ANCASH	271.043	242.977	205.624	343.815			1.063.459
APURIMAC	213.722	139.243	51.225				404.190
AREQUIPA	28.772	178.095	117.385	421.568	406.483		1.152.303
AYACUCHO	328.264	183.971	116.334				628.569
CAJAMARCA	804.687	383.866	199.256				1.387.809
CALLAO			277.895	41.863	557.119		876.877
CUSCO	506.553	268.282	228.636	108.798	59.134		1.171.403
HUANCAVELICA	377.850	76.947					454.797
HUANUCO	486.404	77.039	198.780				762.223
ICA	3.143	39.061	407.343	137.196	125.189		711.932
JUNIN	210.175	564.703	168.467	258.901		23.228	1.225.474
LA LIBERTAD	377.260	190.663	470.869	227.578	350.680		1.617.050
LAMBAYEQUE	79.440	287.475	321.050	422.665	2.238		1.112.868
LIMA	18.793	294.263	1.263.015	3.228.431	3.640.709		8.445.211
LORETO	360.452	372.257	159.023				891.732
MADRE DE DIOS	10.886	38.455	60.214				109.555
MOQUEGUA		23.512	14.654	55.934	67.433		161.533
PASCO	65.108	179.783	35.558				280.449
PIURA	444.257	525.882	433.327	272.849			1.676.315
PUNO	334.215	579.633	354.593				1.268.441
SAN MARTIN	139.052	373.186	120.600	27.675	68.295		728.808
TACNA		9.395	24.009	121.096	134.281		288.781
TUMBES		32.307	167.999				200.306
UCAYALI	93.513	131.423	207.223				432.159
Total general	5.286.391	5.363.538	5.651.143	5.692.308	5.411.561	23.228	27.428.169

Fuente: INEI-FONCODES 2006



Análisis e Interpretación:

Conforme la tabla N° 03, se observa la Población de nuestro país según quintil Foncodes 2006, donde un distrito de quintil 1 presenta mayores carencias que un distrito de quintil 5, pero esto no significa que en el distrito de quintil 5 no haya pobreza individual. Entonces un distrito de quintil 1 y 2 contienen a los ámbitos geográficos más pobres, el quintil 3 a los medianamente pobres y los quintiles 4 y 5 los menos pobres.

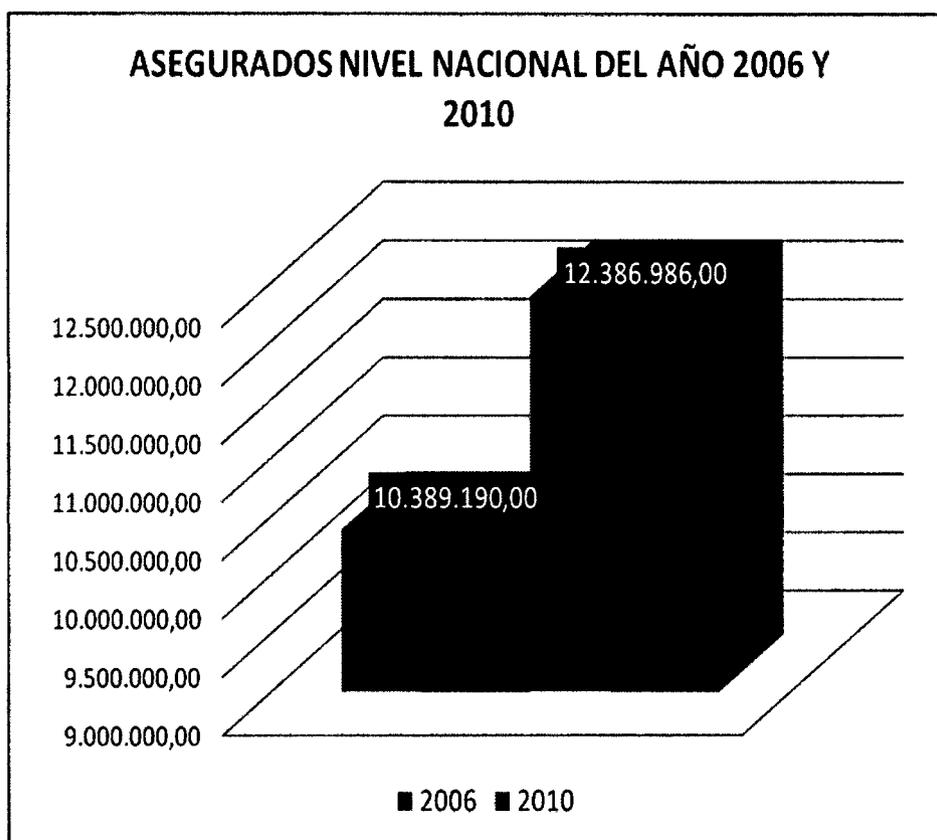
Esta identificación geográfica, permite a las instituciones determinar en donde es necesario invertir mayores recursos, para contribuir con la reducción de la pobreza y mejorar la calidad de vida. Cabe manifestar, que para poder focalizar las intervenciones y subvenciones de los programas y proyectos sociales en zonas de mayor pobreza se ha determinado mediante un estudio el índice de carencia (en base a ruralidad, agua, desagüe, electricidad, % mujeres analfabetas, % niños 0-12 años, Tasa desnutrición, índice de desarrollo humano) de cada uno de 1835 distritos a nivel nacional.

Tabla N° 04
SIS: ASEGURADOS a nivel Nacional
año 2006 y 2010

AÑO	ASEGURADOS
2006	
2010	

Fuente: Base de Datos SIS Central

Figura N° 04



Fuente: Base de Datos SIS Central

Análisis e Interpretación:

De acuerdo a la tabla y figura N° 04, se observa que el Seguro Integral de Salud ha evolucionado progresivamente en la cobertura de aseguramiento a nivel nacional, debido básicamente porque el SIS ha ampliado sus planes de beneficios y las prestaciones de salud.

El año 2002 mediante el D.S. N° 003-2002-SA, se incorporó como prioridad las prestaciones de salud agrupadas en Planes: Plan A, niños de 0 a 4 años; Plan B, niños y adolescentes de 5 a 17 años y Plan C, gestantes. Estos planes se conformaron a partir del Seguro Materno Infantil (SMI) y el Seguro Escolar Gratuito (SEG) que previamente se encontraban en operatividad.

Luego el año 2006 se amplía las prestaciones de SIS incorporando los planes de beneficios D, para adultos en situación de emergencia y Plan E para adultos focalizados.

Posteriormente el año 2007 se amplía los beneficios del SIS a toda la población pobre y que no cuente con otro seguro, dejando sin efecto los planes de beneficios.

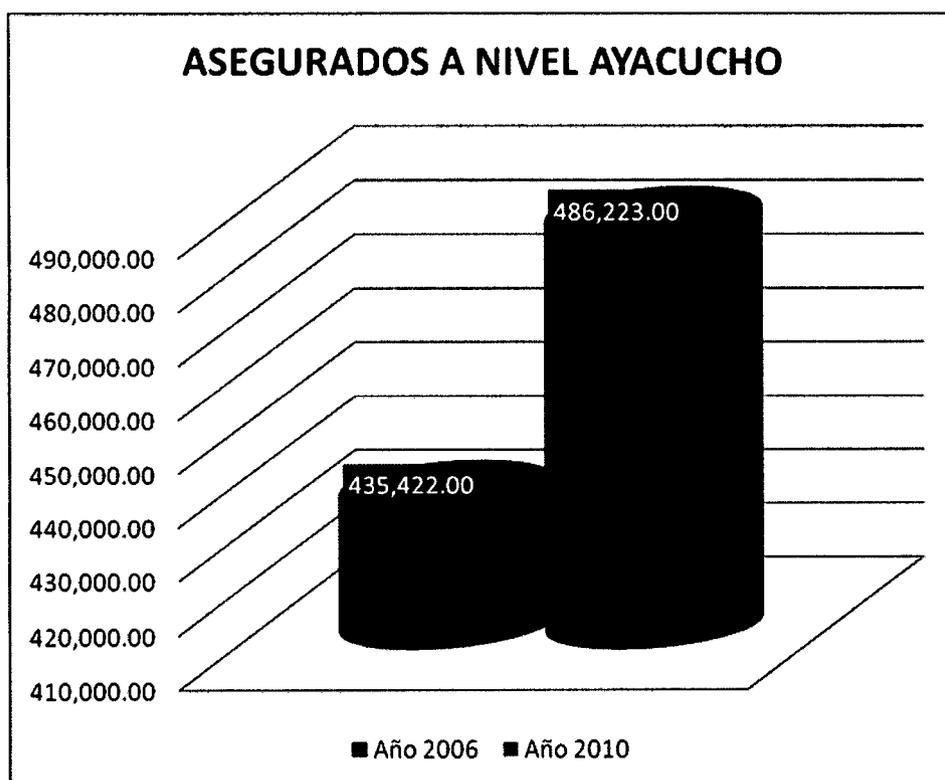
Cabe resaltar que el incremento en las afiliaciones se dio en mayor porcentaje en zonas rurales del país.

Tabla N° 05
SIS: ASEGURADOS a nivel región Ayacucho - 2006 y 2010

PERIODO	ASEGURADOS

Fuente: Base de Datos SIS Central

Figura N° 05
Asegurados al nivel Ayacucho



Fuente: Base de Datos SIS Central

Análisis e Interpretación:

Conforme la tabla y figura N° 05, a nivel de nuestra región de Ayacucho se observa también que el Seguro Integral de Salud ha evolucionado progresivamente en la cobertura de aseguramiento, debido básicamente

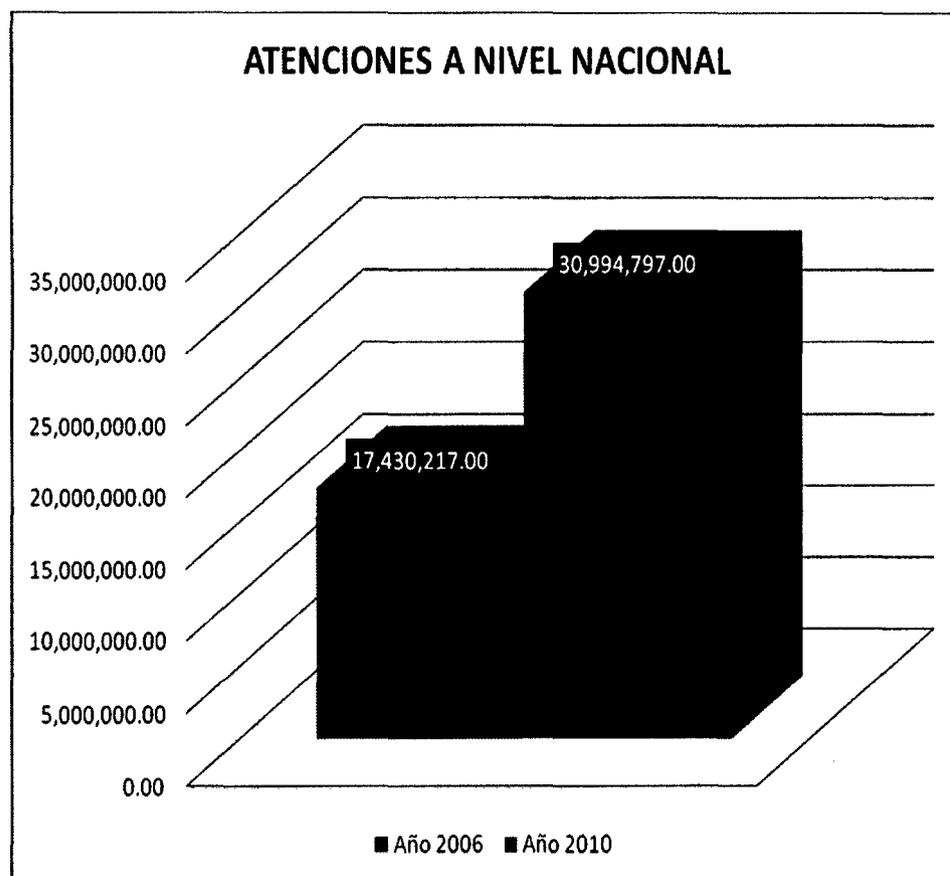
porque el SIS ha ampliado sus planes de beneficios y las prestaciones de salud.

Tabla N° 06
SIS: ATENCIONES a nivel Nacional
año 2006 y 2010

PERIODO	ATENCIONES

Fuente: Base de Datos SIS Central

Figura N° 06
Atenciones a nivel Nacional



Fuente: Base de Datos SIS Central

Análisis e Interpretación:

Según la tabla y figura N° 06, se aprecia que las atenciones de salud a nivel nacional se incrementaron de 17 millones a 30 millones del año 2006 a 2010.

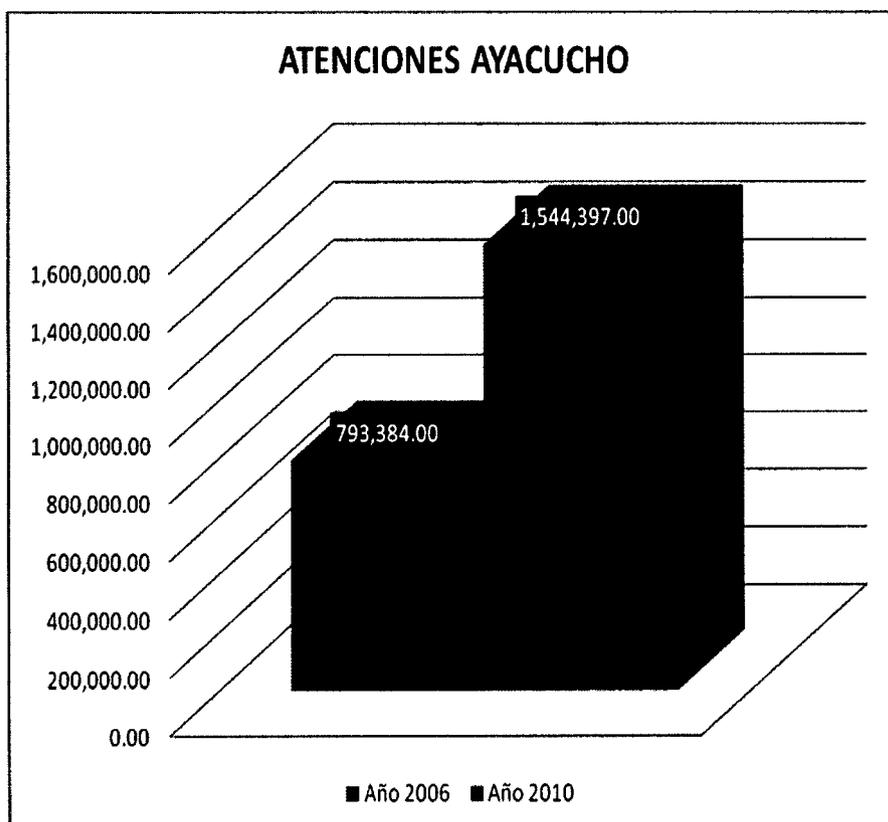
Este incremento de la cobertura de atenciones se debe a que el Seguro Integral de Salud ha ampliado progresivamente las prestaciones de salud, sus intervenciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación; a su vez ha reducido las exclusiones.

Tabla N° 07
SIS: ATENCIONES a nivel de la región Ayacucho
año 2006 y 2010

PERIODO	ATENCIONES

Fuente: Base de Datos SIS Central

Figura N° 07
Atenciones a nivel región Ayacucho



Fuente: Base de Datos SIS Central

Análisis e Interpretación:

De acuerdo a la tabla y figura N° 07, se aprecia que las atenciones de salud a nivel de la región Ayacucho se incrementaron de 793, 384 a 1'544,397 en comparación del año 2006 a 2010.

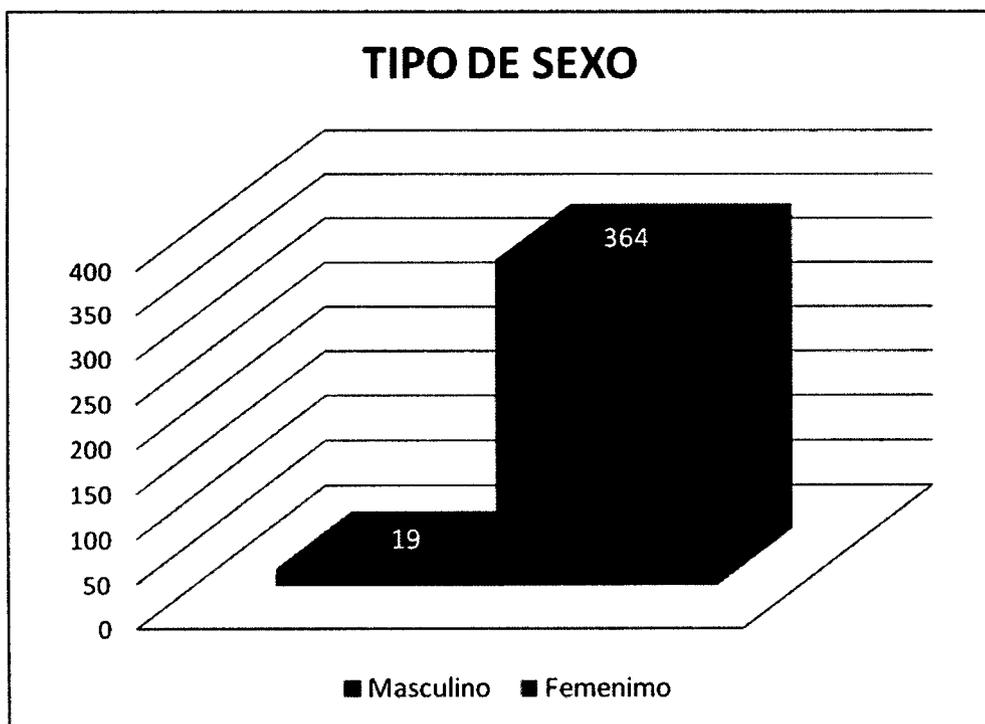
Este incremento de la cobertura de atenciones se debe a que el Seguro Integral de Salud ha ampliado progresivamente las prestaciones de salud en las intervenciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación; a su vez ha reducido las exclusiones.

Tabla N° 08
SEXO

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Total	383	100,0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia

Figura N° 08
Sexo



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

De la tabla y figura N° 08 se desprende que del total de 383 encuestados, 19 son de sexo masculino que representa el 5%; mientras que 362 son de sexo femenino que representa el 95% restante.

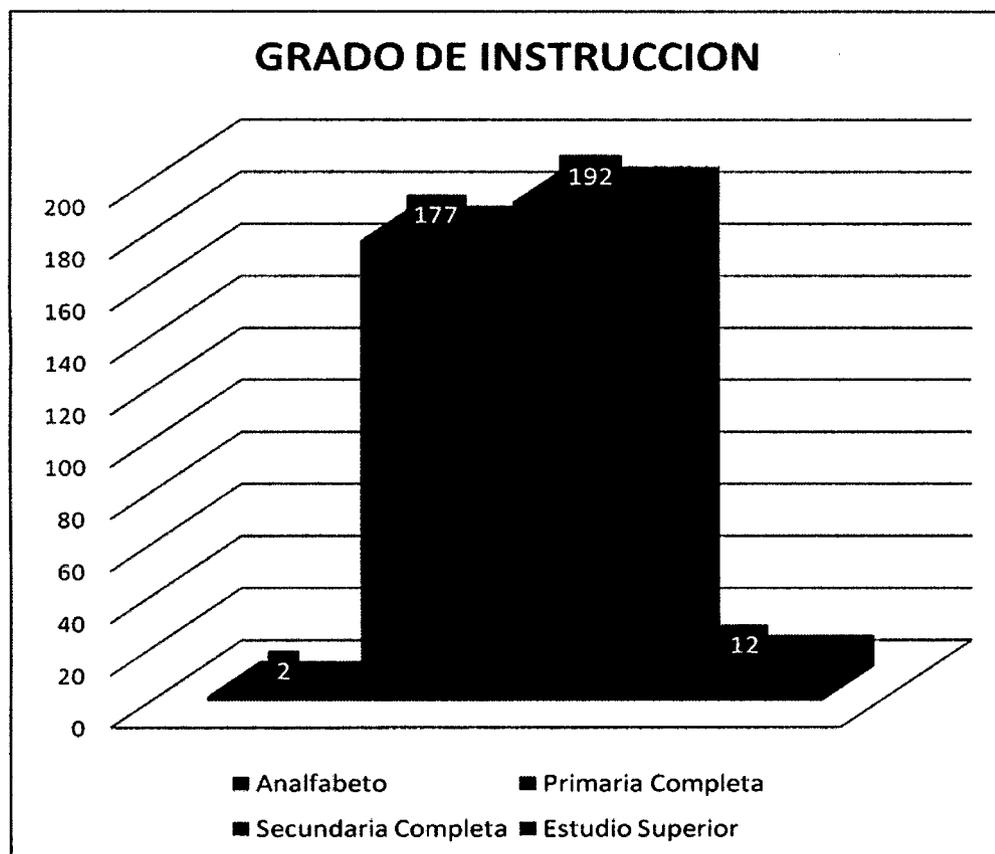
La cultura de nuestra región se pone de manifiesto, donde las mujeres cumplen el rol de los quehaceres del hogar, cuidado de sus hijos, entre ellas de acudir a los Establecimientos de Salud en compañía de sus hijos para sus controles respectivos, mientras que los varones están en el trabajo generalmente.

Tabla N° 09
GRADO DE INSTRUCCION

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Incompleta	1	0,3
Primaria Completa	1	0,3
Secundaria Incompleta	1	0,3
Secundaria Completa	194	50,4
Superior	175	45,3
Total	383	100,0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Figura N° 09
Grado de Instrucción



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

La tabla y figura revelan la distribución del grado de instrucción del total de 383 encuestas, en la cual 02 son analfabetos, 177 con estudios de primaria completa, 192 con estudios de secundaria completa y 12 con estudio superior.

Cabe manifestar, que el Seguro Integral de Salud tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos, promoviendo la equidad en el acceso de la población no asegurada a prestaciones de salud, dándole prioridad a las poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

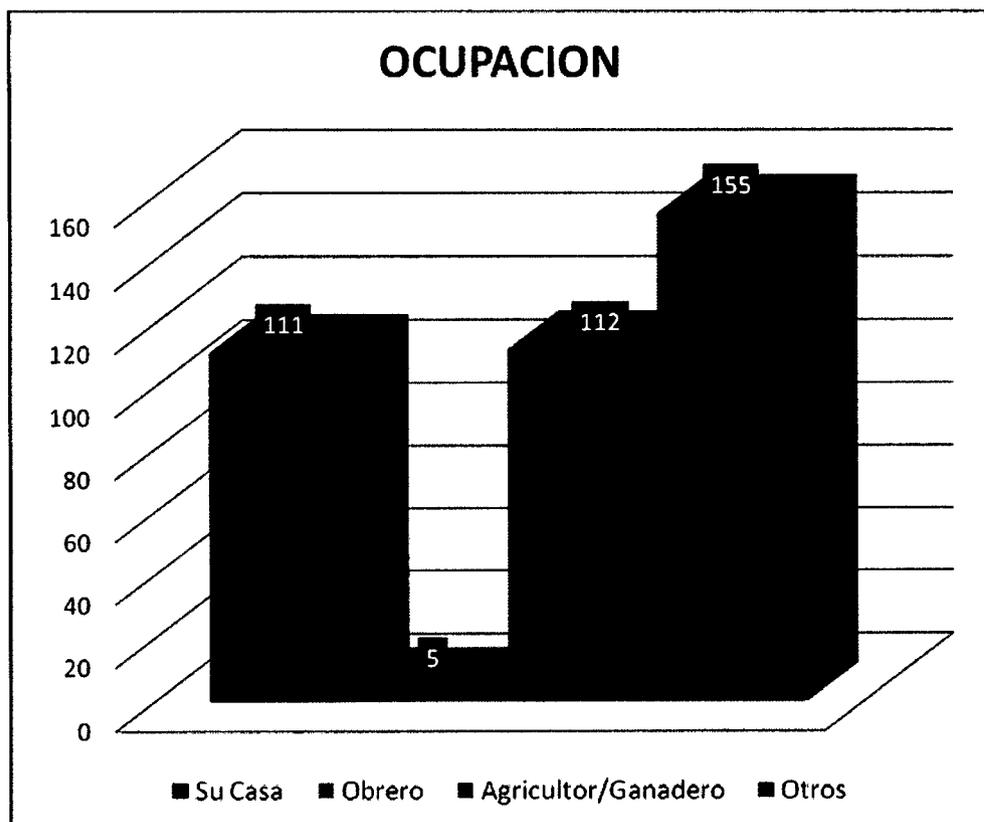
Como el trabajo se realizó en la provincia de Huamanga, la mayor población asegurada lo constituyen el nivel de instrucción primaria completa y secundaria completa equivalentes a 96.3%.

**Tabla N° 10
OCUPACION**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Su Casa	111	28,98
Obrero	5	1,30
Agricultor/Ganadero	112	29,24
Otros	155	40,48
Total	383	100,0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

**Figura N° 10
Ocupación**



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

De la tabla y del gráfico N° 10 se observa la distribución de la ocupación de los encuestados, donde 111 se dedica a las labores de su casa, 05 son

obreros, 12 se dedica a las labores de campo (agricultura y ganadería) y 155 que es el mayor porcentaje se dedica a otras labores.

Cabe manifestar que otros labores, está constituido por el negocio ambulatorio, servicios diversos temporales como lavandería, empleadas de hogar, peones, etc.

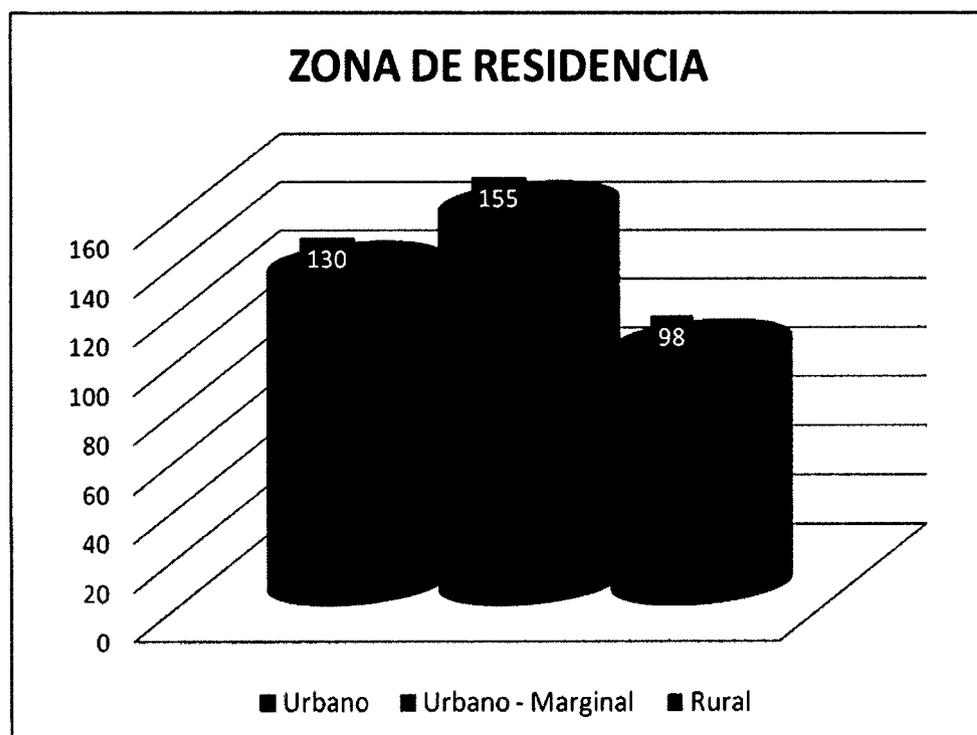
La investigación se realizó en la provincia de Huamanga, la misma cuenta con zonas rurales, urbanas y urbano-marginales; zonas donde se ubican nuestros asegurados SIS.

Tabla N° 11
ZONA DE RESIDENCIA

Zona de Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	98	25,6
Urbano	130	34,2
Urbano - Marginal	155	40,2
Total	383	100,0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Figura N° 11
Zona de Residencia



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

Conforme muestra la tabla y el gráfico N° 11 se observa que del total de la población encuestada, 130 manifestaron que viven en la zona urbana, 155 dijeron vivir en la zona urbano-marginal y 98 encuestados en la zona rural.

La investigación se desarrolló en la provincia de Huamanga, la misma cuenta con zonas rurales, urbanas y urbano-marginales; zonas donde se ubican nuestros asegurados SIS. Por ello la mayor población encuestada tiene como residencia la zona urbano y urbano-marginal que representan el 74.4% de la población total encuestada.

En ese sentido, el gráfico no refleja necesariamente la distribución de zona de residencia a nivel de nuestra región.

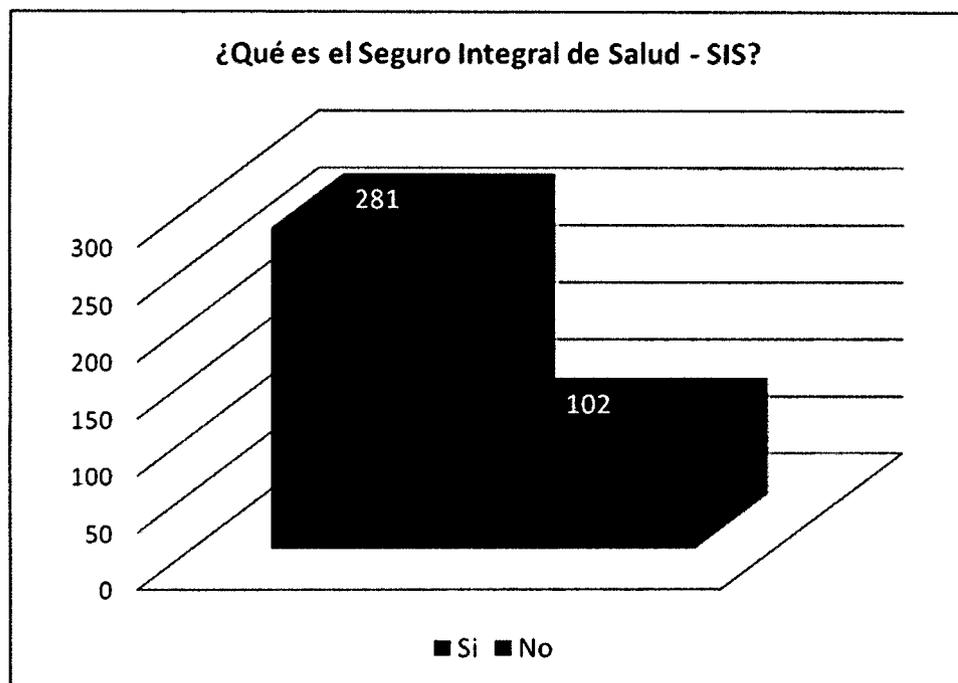
3.2.2. SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Tabla N° 12
Percepción del Asegurado sobre conocimiento del
Seguro Integral de Salud (SIS)

Conoce el SIS	Frecuencia	Porcentaje
T o t a l	383	100.0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Figura N° 12
Conocimiento del SIS



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

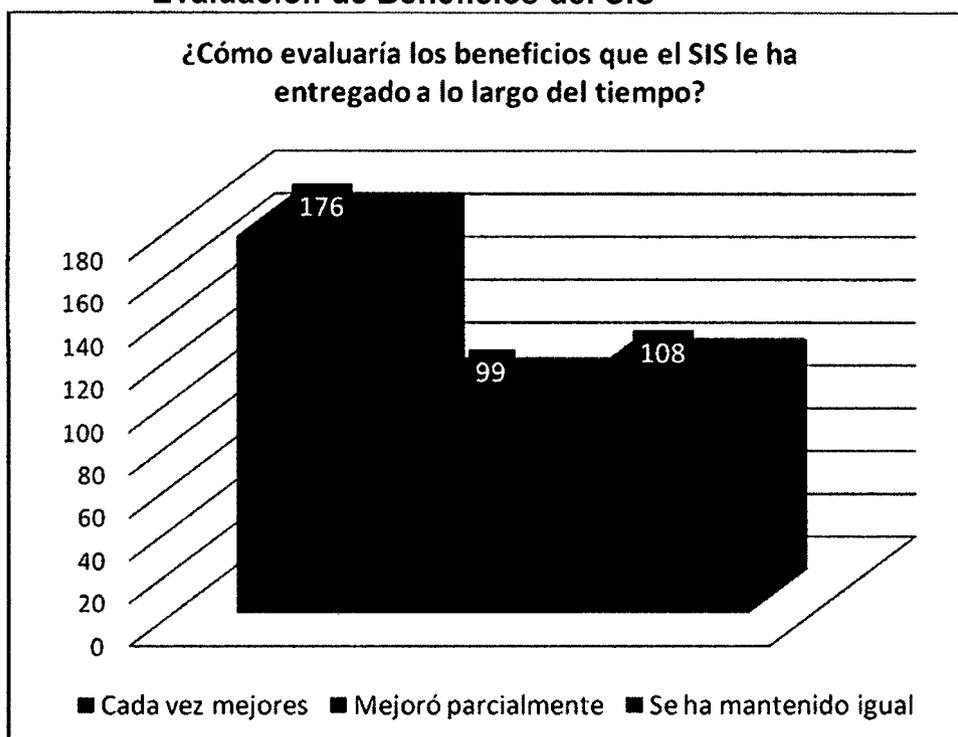
Según la tabla y el gráfico N° 12 podemos inferir que del total de la población encuestada, el mayor porcentaje manifiesta que conoce sobre el Seguro Integral de Salud, donde 281 manifestaron conocer lo que es el SIS, equivalente a 73.4%, y 102 encuestados dicen no conocer lo que es el SIS, que representa a 26.6%.

Tabla N° 13
Percepción del asegurado sobre los beneficios del Seguro Integral de Salud - SIS

Beneficios del SIS	Frecuencia	Porcentaje
Se ha mantenido igual	108	28.2
Total	383	100.0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Figura N° 13
Evaluación de Beneficios del SIS



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

La tabla y el gráfico N° 13, muestra sobre la evaluación que realizan los asegurados sobre los beneficios del SIS a lo largo del tiempo; revelando que del total de encuestados 176 manifiestan que los beneficios del SIS con cada vez mejores, 99 que mejoró parcialmente y 108 que los beneficios se han mantenido igual.

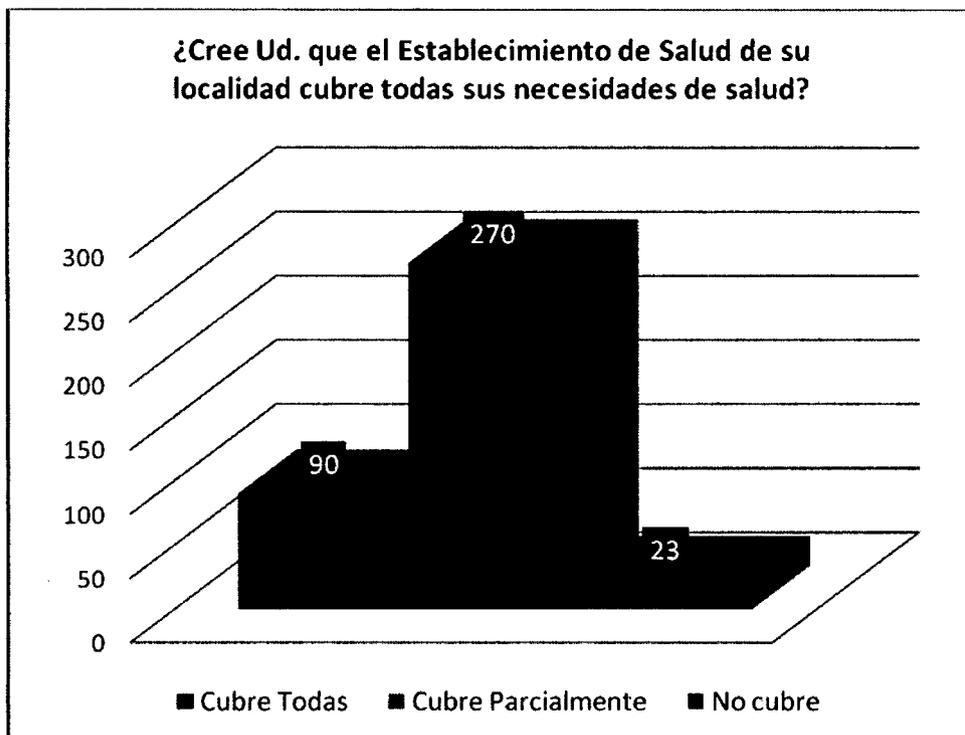
Tabla N° 14

Percepción del asegurado: todas sus necesidades de salud son cubiertas por el establecimiento de salud.

El EE.SS.	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	176	51.1
Siempre	108	31.1
Total	383	100.0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Figura N° 14
EE.SS cubre todas sus necesidades de salud



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
 Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

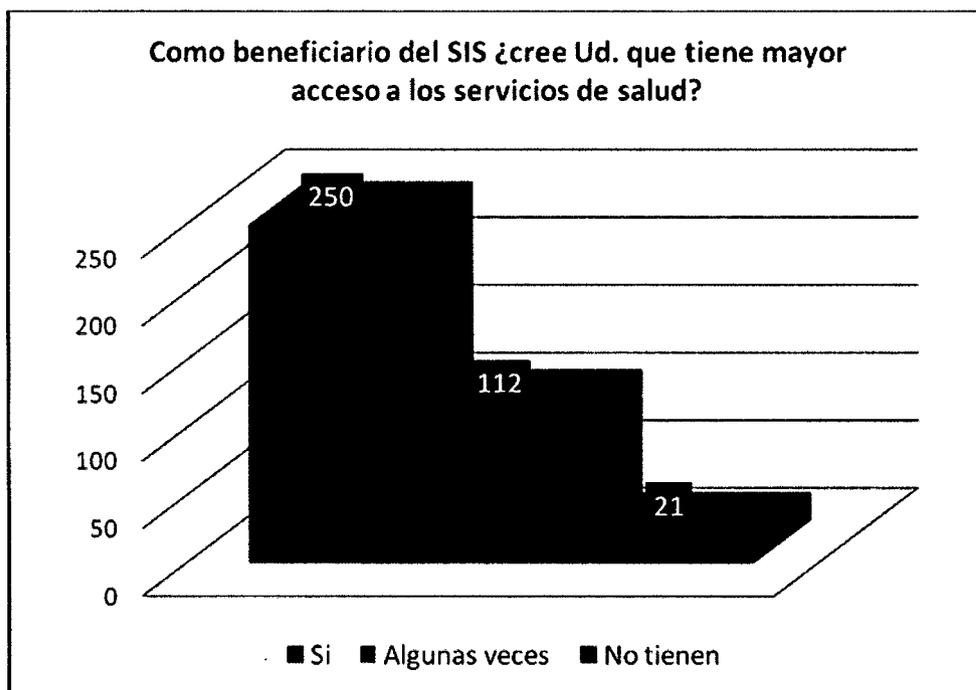
Según la tabla y el gráfico N° 14 se observa que del total de encuestados, 90 manifiestan que el establecimiento de salud de su localidad cubre todas sus necesidades de salud, 270 expresan que son cubiertas parcialmente y 23 mencionan que el Establecimiento de Salud no cubre todas sus necesidades de salud.

Tabla N° 15
Percepción del asegurado SIS, sobre acceso a los servicios de salud

Acceso a salud	Frecuencia	Porcentaje
NO tiene	23	5.9
Total	383	100.0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
 Elaboración Propia.

Figura N° 15



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

De acuerdo a la tabla y el gráfico N° 15 observamos que la mayoría de los encuestados expresan que tienen mayor acceso a los servicios de salud en su calidad de beneficiarios del SIS. En un número de 250 encuestados manifiestan que tienen mayor acceso a los servicios de salud que equivale a 65.3%. Mientras que 112 dicen algunas veces y 21 encuestados mencionaron no tener mayor acceso.

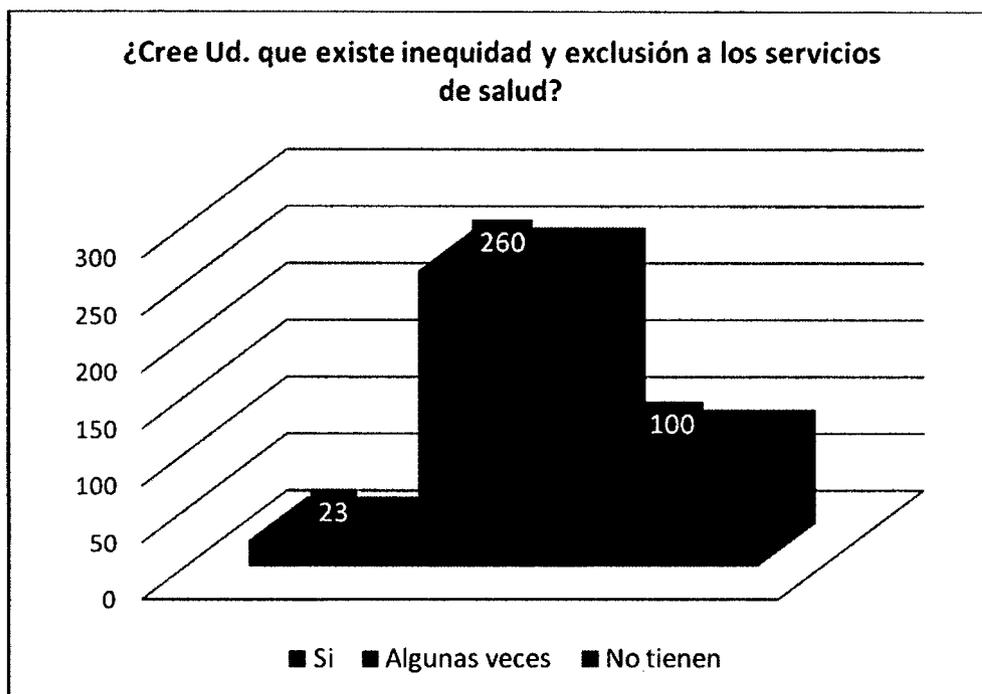
Tabla N° 16

Percepción del asegurado, sobre inequidad y exclusión en los servicios de salud.

Existe inequidad	Frecuencia	Porcentaje
Si	136	28.1
No	247	63.7
Total	383	100.0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Figura N° 16



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

Según la tabla y el gráfico N° 16 se observa que del total de encuestados, 23 declaran que existe inequidad y exclusión en los servicios de salud, 260 dicen que existe algunas veces y 100 mencionan que no existe inequidad y exclusión.

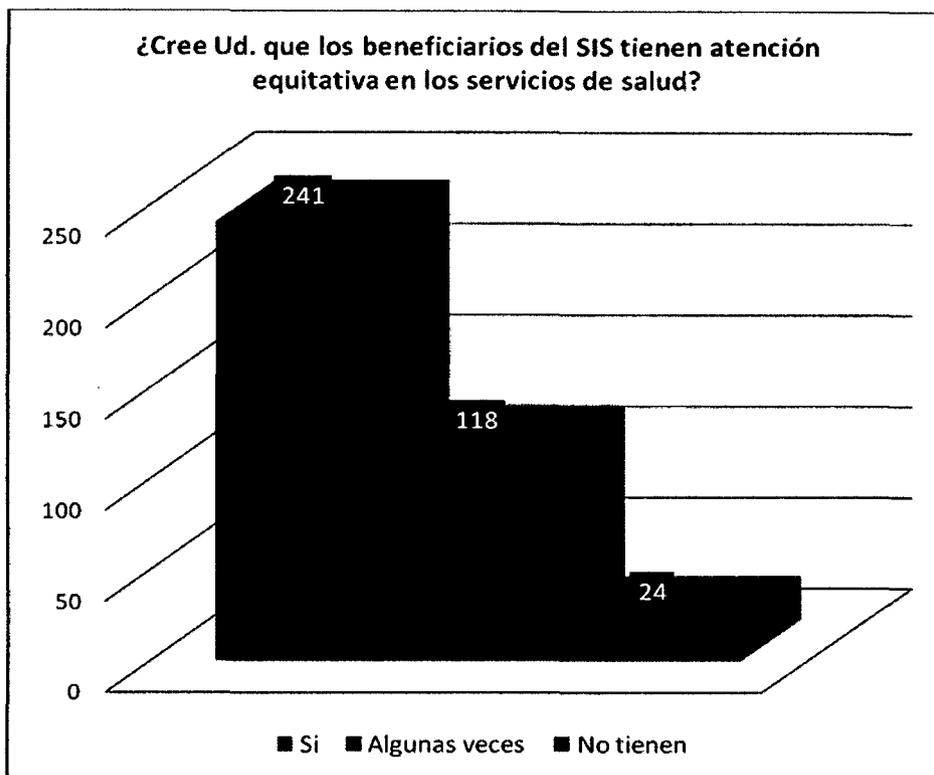
Tabla N° 17

Percepción del asegurado, sobre atención equitativa en los servicios de salud

Atención equitativa	Frecuencia	Porcentaje
No tienen	24	6.2
Total	383	100.0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Figura N° 17



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

La tabla y el gráfico N° 17 nos muestra que 241 encuestados manifiesta que los beneficiarios del SIS sí tienen atención equitativa en los servicios de salud, siendo el mayor porcentaje 62.9%, mientras que 118 declaran que la atención equitativa es en algunas ocasiones, y 24 dicen que no existe atención equitativa.

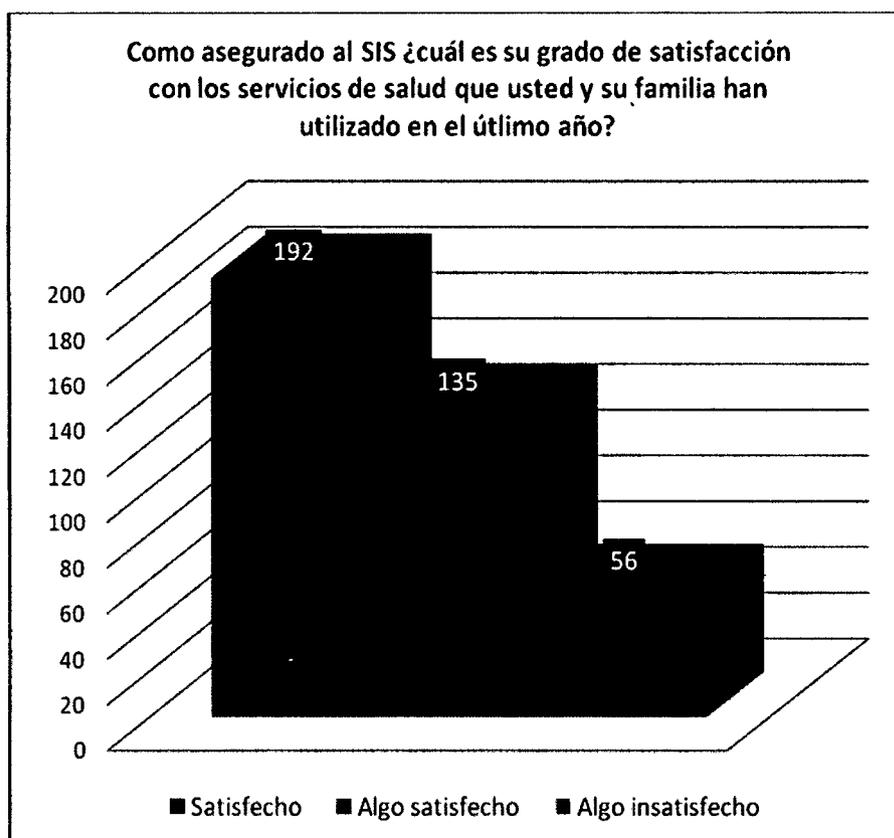
Tabla N° 18

Percepción del asegurado sobre grado de satisfacción con los servicios de salud utilizado en el último año

Grado de satisfacción	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfecho	10	2.6
Satisfecho	100	26.0
Algo insatisfecho	268	69.4
Total	383	100.0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Figura N° 18



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

Conforme la tabla y el gráfico N° 18 se aprecia que del total de encuestados, 192 manifiestan que está satisfechos con los servicios de salud utilizados durante el último año, 135 dicen estar algo satisfechos y 56 mencionan estar algo insatisfechos.

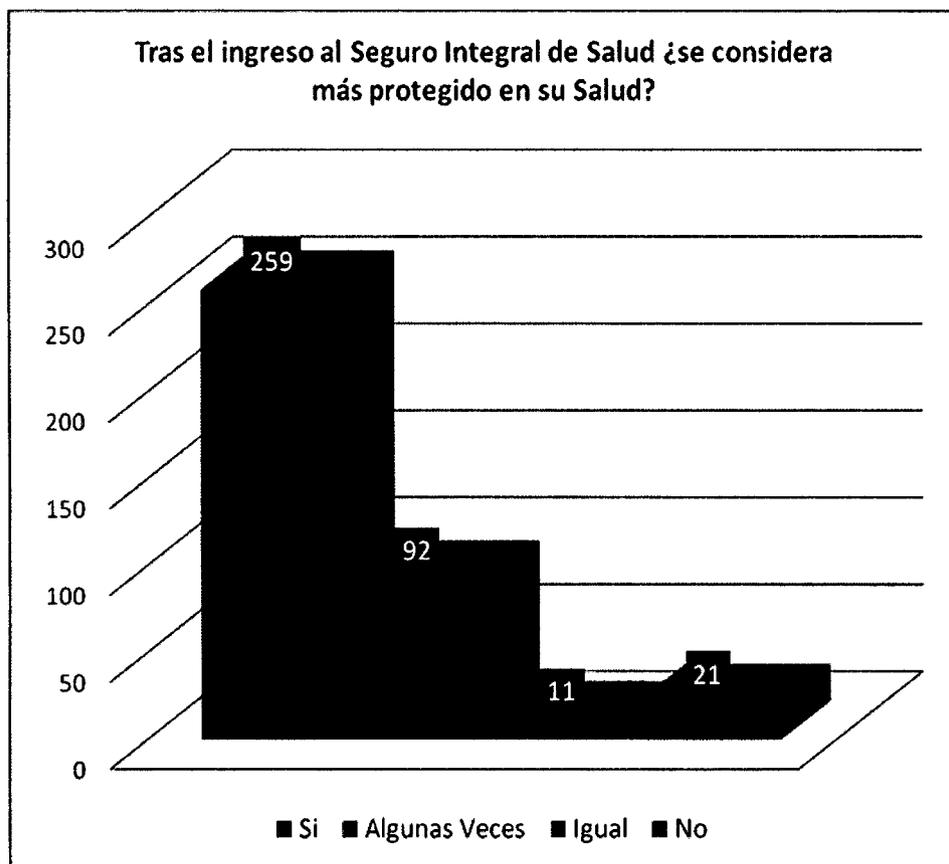
Tabla N° 19

Percepción del Asegurado, si se considera más protegido en su salud

Se siente protegido	Frecuencia	Porcentaje
Si	327	85.4
No	56	14.6
Total	383	100.0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Figura N° 19



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

De acuerdo a la tabla y el gráfico N° 19, se desprende que la gran mayoría de expresa que sí se considera más protegido en su salud en su calidad de asegurado del SIS, 259 encuestados mencionaron que se sienten más protegidos en su salud, equivalente al 67.6%, mientras que 92 dicen que algunas veces se consideran mas protegidos, 11 mencionan estar igual y 21 que no se considera más protegido en su salud.

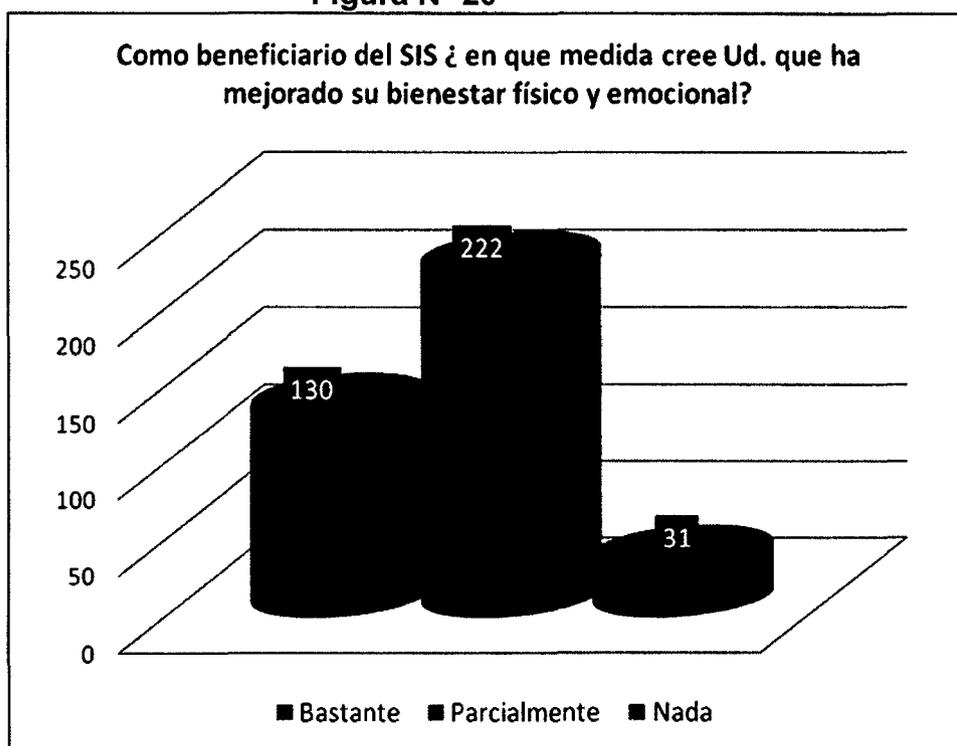
3.2.3. CALIDAD DE VIDA

Tabla N° 20
Percepción del asegurado, sobre mejoría de su bienestar físico y emocional

Mejoró su bienestar	Frecuencia	Porcentaje
Bastante	130	34.0
Parcialmente	222	57.9
Nada	31	8.1
Total	383	100.0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
 Elaboración Propia.

Figura N° 20



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
 Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

Según la tabla y el gráfico N° 20 se observa que la gran mayoría de asegurados (91.9%) expresan que el SIS ha mejorado su bienestar físico y emocional.

Del total de encuestados, 130 manifiestan que ha mejorado bastante su bienestar físico y emocional, 222 dicen que parcialmente y 31 percibe que en nada ha mejorado su bienestar físico y emocional.

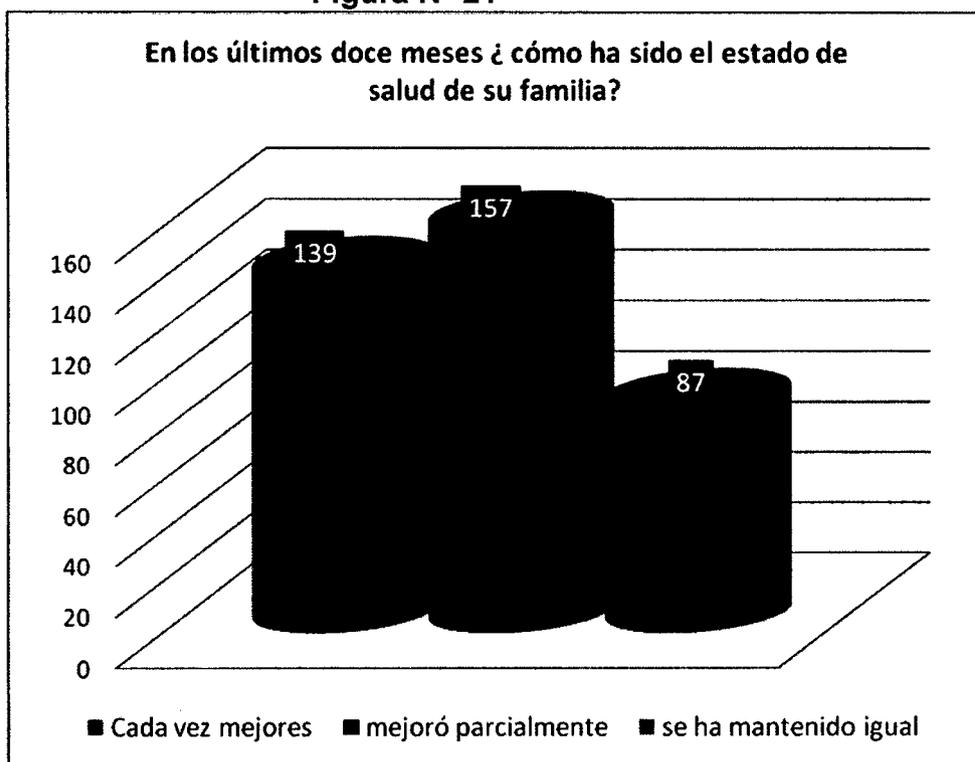
Tabla N° 21

Percepción del asegurado, sobre su estado de salud en el último año

Estado de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Cada vez mejores	130	34.0
mejoró parcialmente	222	57.7
se ha mantenido igual	31	7.9
Total	383	100.0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Figura N° 21



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

Conforme la tabla y el gráfico N° 21 podemos observar que 139 encuestados mencionaron estar cada vez mejor en su estado de salud en

el último año, 157 expresaron que mejoró parcialmente y 87 que se ha mantenido igual.

Del total, el 77.3% manifestaron que en el último año ha mejorado de alguna manera su estado de salud.

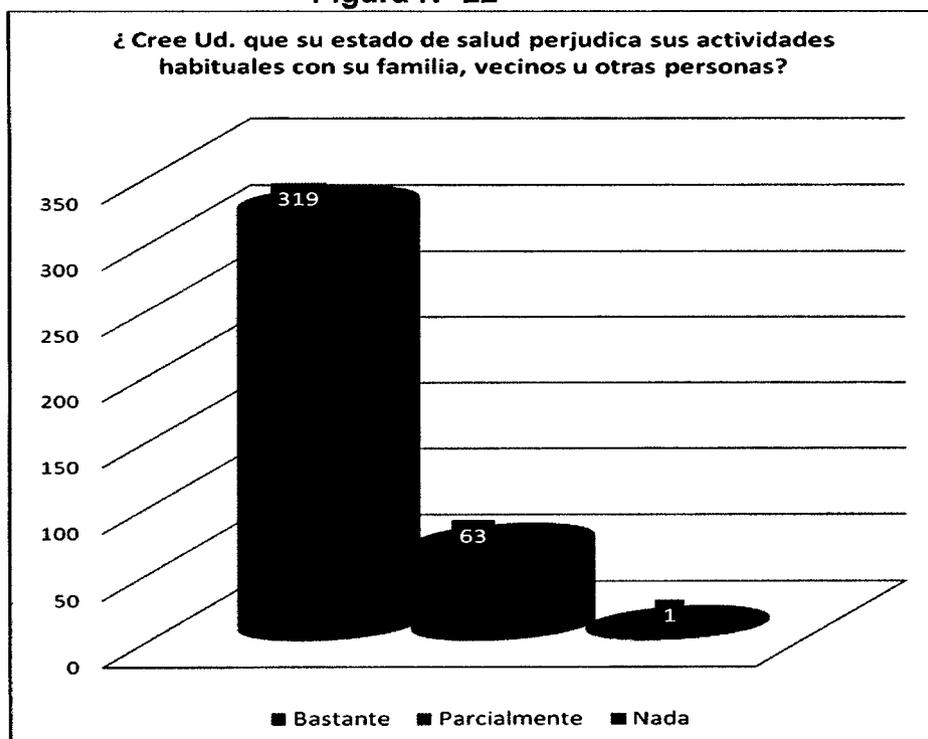
Tabla N° 22

Percepción del asegurado, su salud perjudica sus actividades habituales

Su salud perjudica sus actividades	Frecuencia	Porcentaje
Bastante	319	83.3%
Parcialmente	63	16.4%
Nada	1	0.3%
Total	383	100.0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Figura N° 22



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

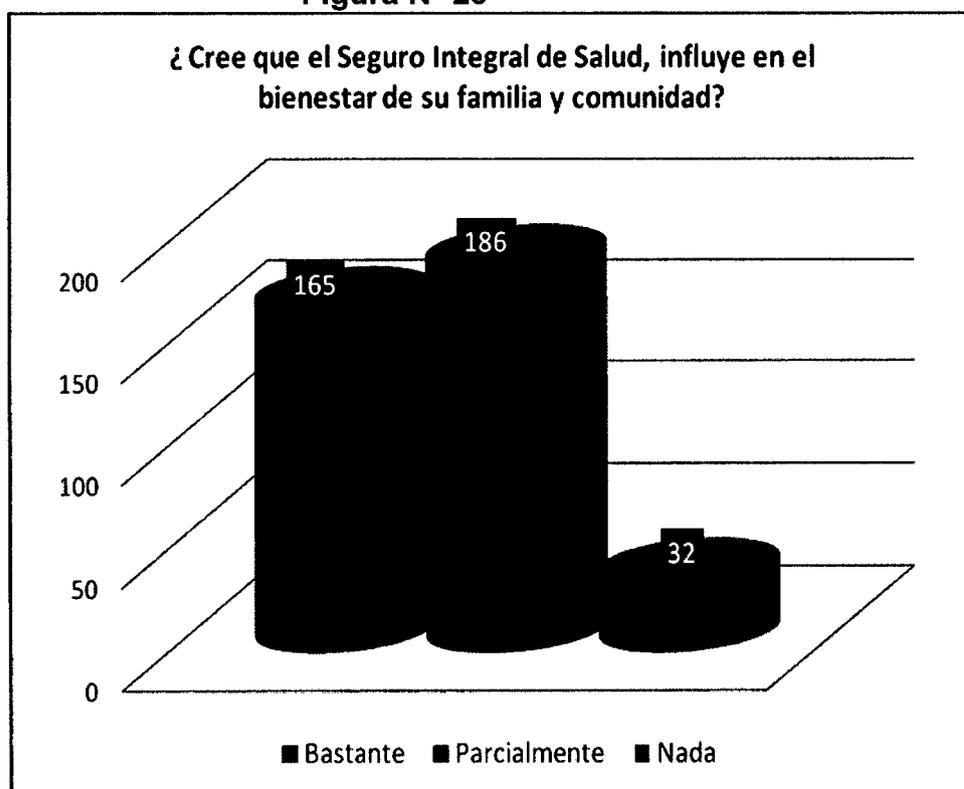
La tabla y el gráfico N° 22 muestra que la gran mayoría el 99.7% de los encuestados manifestaron que su estado de salud perjudica sus actividades habituales en su entorno familiar y la sociedad. Del total de encuestados, 319 expresaron que su estado de salud perjudica sus actividades habituales, 63 dijeron que perjudica parcialmente y 1 que no perjudica sus actividades.

Tabla N° 23
Percepción del asegurado, el SIS influye en el bienestar de su familia y comunidad

Influye en su bienestar	Frecuencia	Porcentaje
Bastante	186	48.6%
Parcialmente	165	43.0%
Nada	32	8.4%
Total	383	100.0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
 Elaboración Propia.

Figura N° 23



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
 Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

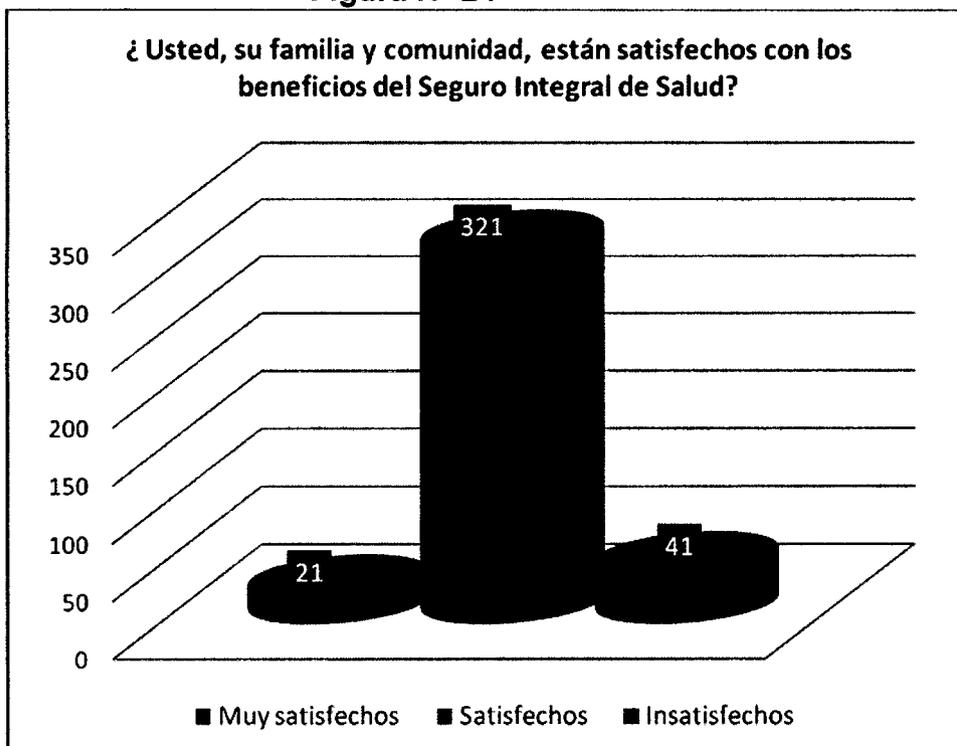
De igual manera, de acuerdo a la tabla y el gráfico N° 23 nos muestra la percepción de los asegurados sobre la influencia que ejerce el Seguro Integral de Salud (SIS) en el bienestar de su familia y comunidad, donde gran mayoría del total de encuestados el 91.7% mencionaron que el Seguro Integral de Salud influye en el bienestar de su familia y comunidad. Se vislumbra que del total de encuestados 165 mencionan que el SIS influye bastante, 186 dice que parcialmente y 32 que no influye en nada.

Tabla N° 24
Percepción del asegurado, sobre nivel de satisfacción de los beneficios del SIS

Nivel de satisfacción	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfechos	21	5.5
Satisfechos	321	83.7
Insatisfechos	41	10.7
Total	383	100.0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
 Elaboración Propia.

Figura N° 24



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
 Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

Conforme la tabla y el gráfico N° 24 podemos deducir que la gran mayoría de encuestados el 89.3% están satisfechos con los beneficios que les brinda el Seguro integral de Salud.

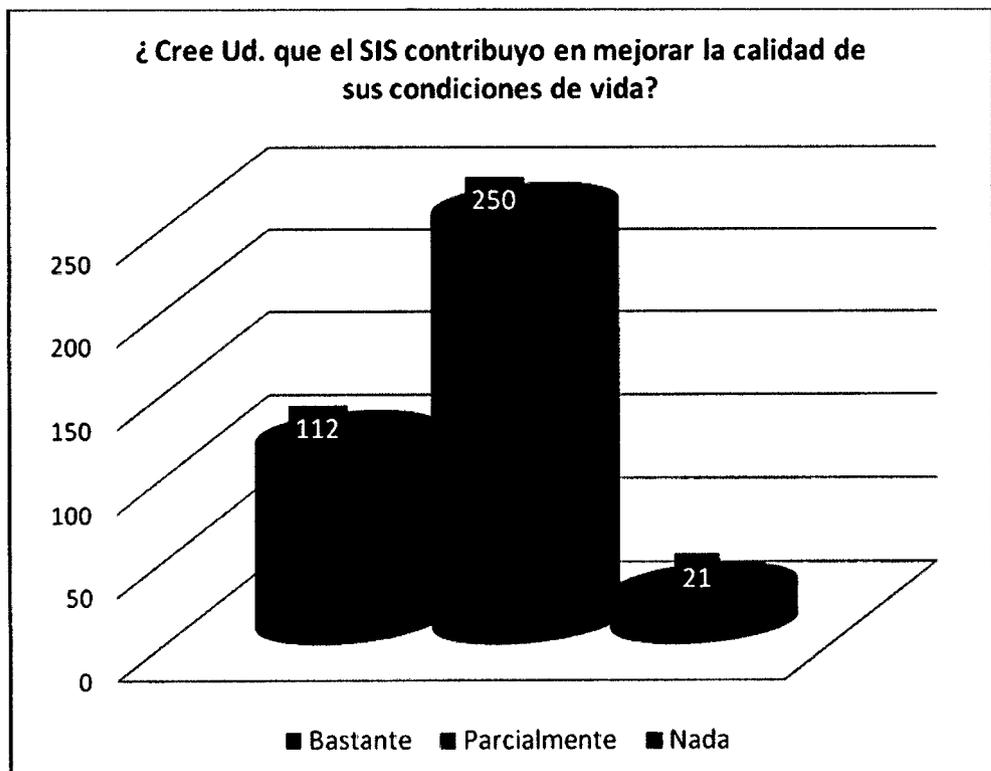
Del total de encuestados, 21 manifestaron estar muy satisfechos con los beneficios del SIS, 321 dicen estar satisfechos y 41 están insatisfechos.

Tabla N° 25
Percepción del asegurado, sobre mejoría de calidad de sus condiciones de vida

Mejora de calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Bastante	112	29.3
Parcialmente	250	64.8
Nada	21	5.4
Total	383	100.0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
 Elaboración Propia.

Figura N° 25



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
 Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

Según la tabla y el gráfico N° 25 podemos percibir que la gran mayoría el 94.5% de los encuestados manifestaron que el Seguro Integral de Salud, sí contribuyó en mejorar la calidad de sus condiciones de vida.

Donde del total de los encuestados, 112 dijeron que el SIS contribuyó bastante en mejorar la calidad de sus condiciones de vida, 250 mencionaron que contribuyó parcialmente y 21 que no contribuyó en nada.

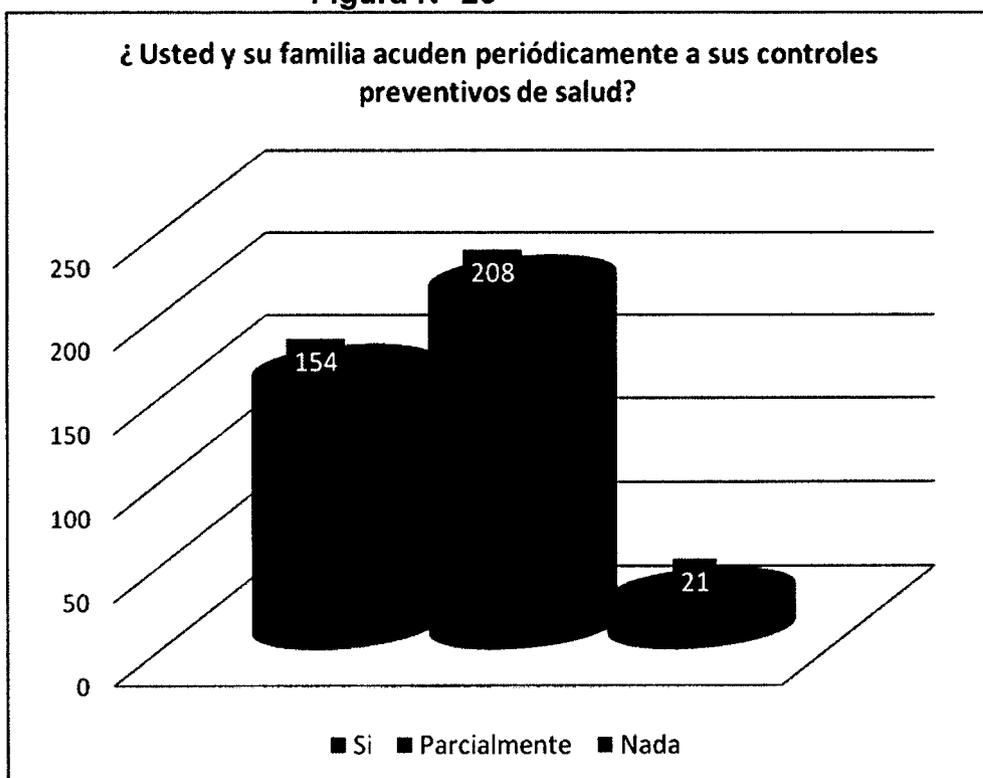
Tabla N° 26

Acuden periódicamente a sus controles preventivos

Control periódico	Frecuencia	Porcentaje
Total	383	100.0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Figura N° 26



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

De acuerdo a la tabla y el gráfico N° 26 podemos contemplar que del total de encuestados, el 94.5% mencionaron que de alguna manera acuden a los establecimientos de salud a realizar sus controles preventivos.

Se observa que 154 encuestados manifiestan que acuden periódicamente a sus controles preventivos de salud, 208 acuden parcialmente y 21 no acuden.

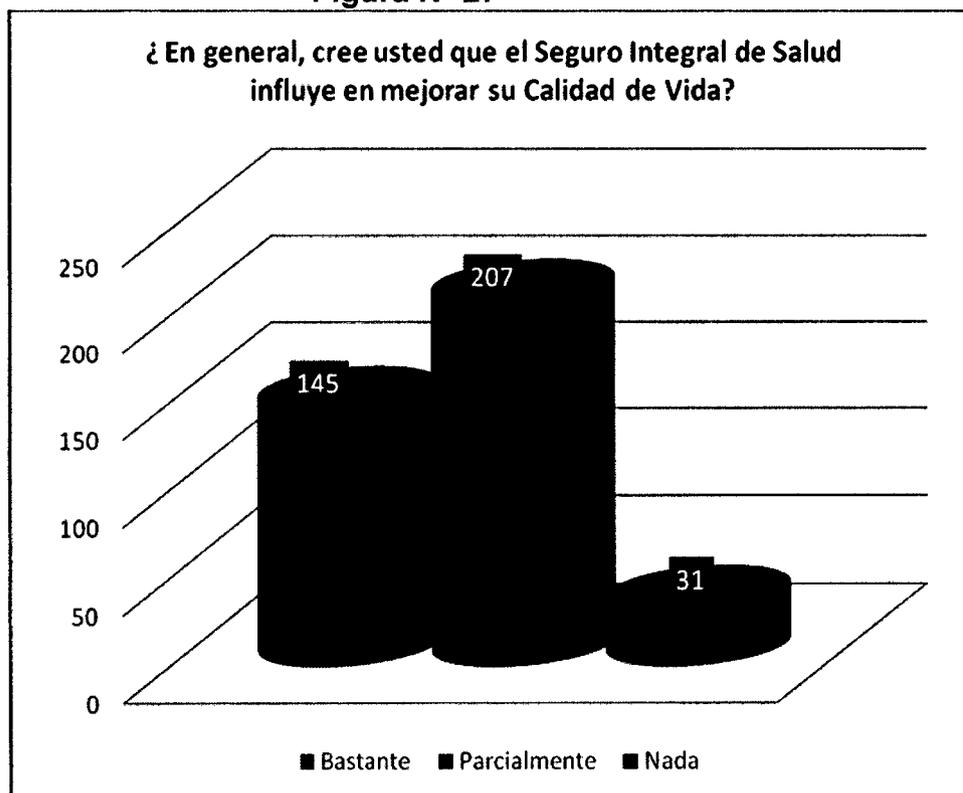
Tabla N° 27

Percepción del asegurado, el SIS influye en su calidad de vida

Influye en su calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Bastante	145	37.6%
Parcialmente	207	53.8%
Nada	31	7.9%
Total	383	100.0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Figura N° 27



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

Conforme la tabla y el gráfico N° 27 podemos observar que del total de encuestados, 145 mencionan que el Seguro Integral de Salud influyó bastante en mejorar su calidad de vida, 207 dicen que influyó parcialmente y 31 que no influyó en nada.

Como se aprecia, del un total de 383 que representa el 100% de encuestados, solamente el 8.1% respondió que el SIS no influyó en mejorar su calidad de vida, mientras que el 91.9% manifestaron que el Seguro Integral de Salud sí influyó de alguna manera en mejorar su calidad de vida.

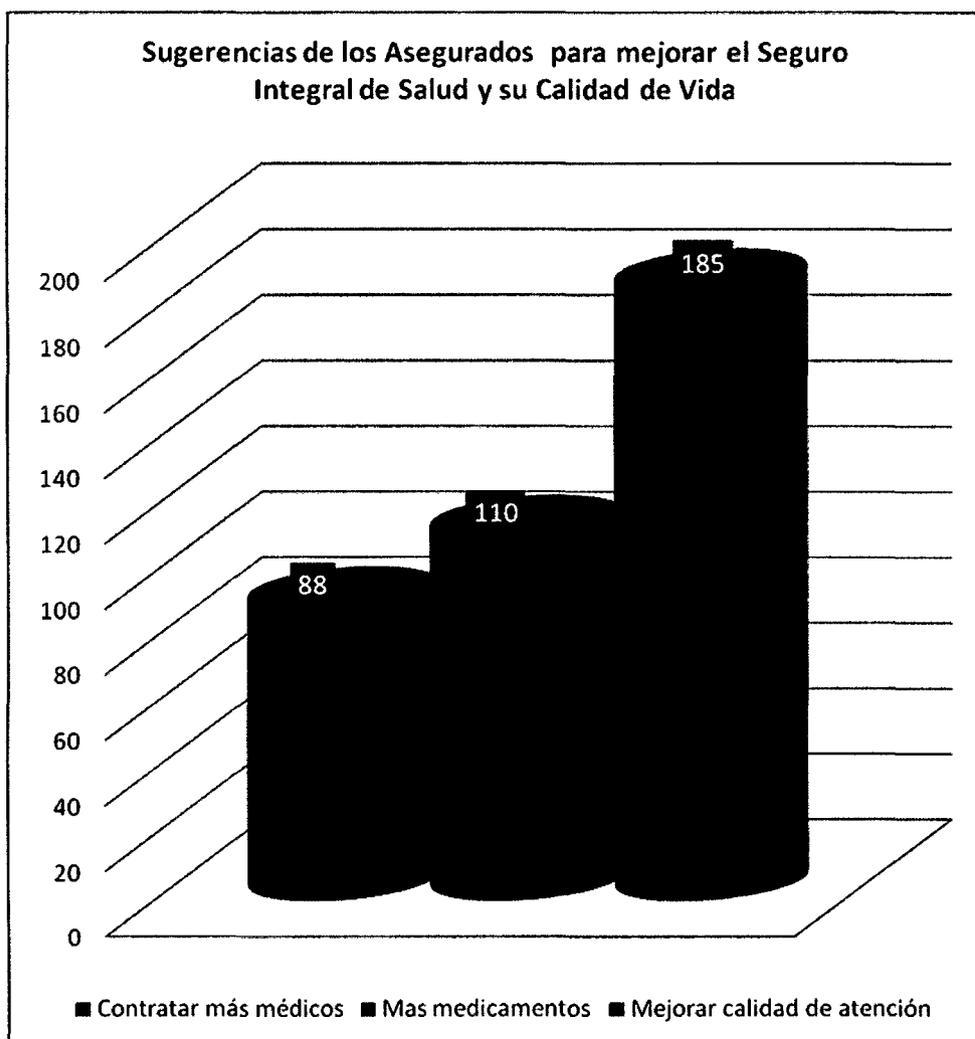
Tabla N° 28

Sugerencias de los asegurados para mejorar el Seguro Integral de Salud y su Calidad de Vida

Sugerencias	Frecuencia	Porcentaje
Mejorar calidad de atención	383	100,0
Total	383	100,0

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Figura N° 28



Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

Análisis e Interpretación:

Conforme la tabla y el gráfico N° 28, podemos observar las sugerencias vertidas por los encuestados para mejorar el Seguro Integral de Salud y a su vez mejorar su Calidad de Vida.

Se objetiva el predominio de Mejorar la Calidad de Atención de parte del personal de los establecimientos de salud, básicamente de los médicos, enfermeras, obstétricas. Mencionan que los usuarios valoran la acogida, la amabilidad, el trato humano durante el proceso de atención. El cual constituye 185 encuestados que equivale el 48.3%.

En número de 185 encuestados sugieren que las farmacias de los establecimientos de salud deberían estar debidamente abastecidas de medicamentos e insumos, toda vez que a falta de ello no se les

proporciona la totalidad de lo indicado por el médico tratante, y en algunos casos tienen que comprar en farmacias particulares.

Luego 88 encuestados afirmaron que se debe contratar más médicos fundamentalmente, a falta de ello, el tiempo de espera prolongada y el tiempo corto de consulta, constituyen el principal motivo que producen una mala percepción de la calidad de atención.

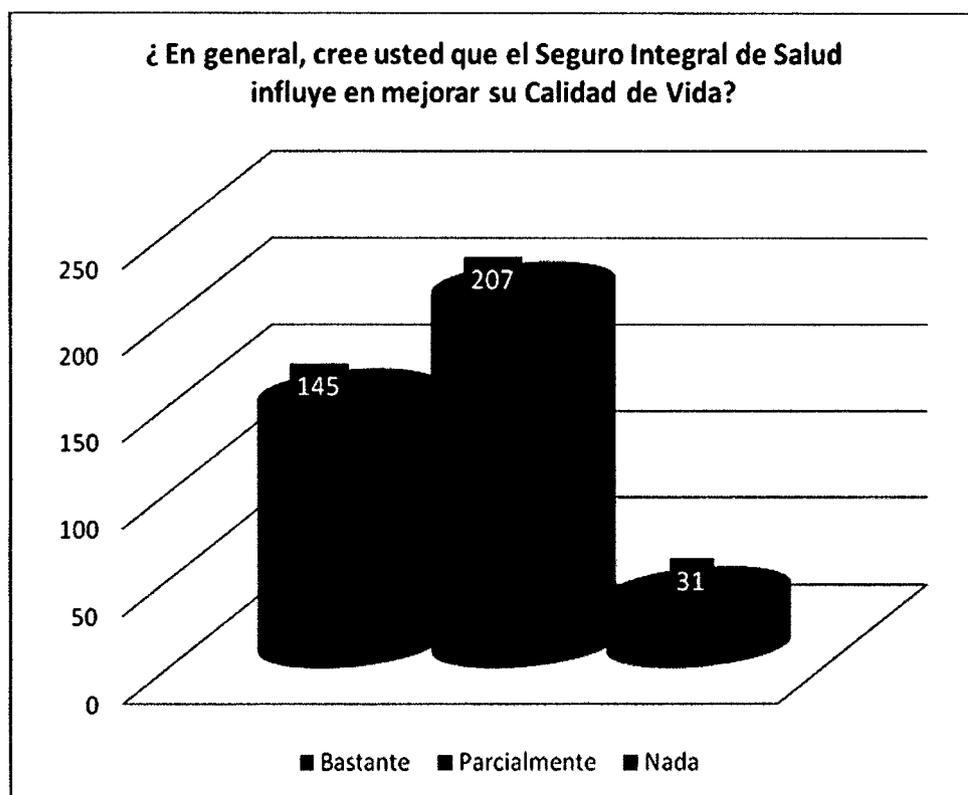
CAPITULO IV CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

4.1. Seguro Integral de Salud (X_1) y Calidad de Vida (Y_1)

De acuerdo a los resultados del análisis de la percepción de los asegurados al SIS, nos permite afirmar que el Seguro Integral de Salud influye significativamente en la Calidad de Vida de los Asegurados de la provincia de Huamanga.

Conforme se aprecia en la figura N° 29, el 91.9% de los asegurados manifestaron que el Seguro Integral de Salud sí influyó favorablemente en su Calidad de Vida.

Figura N° 29



4.2. Acceso a Servicios de Salud (x_1), Bienestar Físico y Emocional (y_1).

Conforme la investigación, existen suficientes evidencias estadísticas para afirmar que a mayor Acceso a Servicios de Salud de asegurados al SIS, genera mayor Bienestar Físico y Emocional.

Del análisis de los resultados de la relación de variables Acceso a Servicios de Salud y Bienestar Físico y Emocional, mediante el uso del programa estadístico SPSS, permite deducir que existe relación directa entre ellas.

A mayor Acceso a Servicios de Salud, mejor Bienestar Físico y Emocional, existe una relación lógica positiva.

Como se puede apreciar en la tabla N° 29, existe suficientes evidencias estadísticas para afirmar que existe relación directa entre Acceso a Servicios de Salud y Bienestar Físico y Emocional.

Tabla N° 29
Relación: Acceso a Servicios de Salud y
Bienestar Físico y Emocional

CRITERIOS				TOTAL		
¿Como beneficiario del SIS ¿cree Ud. que tiene mayor acceso a los servicios de salud?	Si	127	123	0	250	
		Algunas veces	3	99	10	112
			No tiene	0	0	21
TOTAL					383	

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

El 91.90% (250 más 112) de asegurados manifestaron tienen mayor acceso a los servicios de salud; al mismo tiempo el 94.4% (130 más 222) de dichos asegurados mencionaron que ha mejorado su bienestar físico y emocional.

127 asegurados manifestaron que tienen mayor acceso a servicios de salud, y a su vez que ha mejorado bastante su bienestar físico y emocional.

123 asegurados mencionaron que tienen mayor acceso a servicios de salud, y que ha mejorado parcialmente su bienestar físico y emocional.

4.3. Equidad a Servicios de Salud (x₂), Bienestar Social (y₂)

En cuanto a la relación de equidad a servicios de salud y bienestar social, los resultados presentados en la siguiente tabla, nos permite determinar que existe relación entre ellas.

A mayor Equidad a Servicios de Salud, mayor Bienestar Social, entonces hay una relación lógica positiva.

Conforme la tabla, se aprecia que el 93.7% (241 más 118) de asegurados manifestaron que tienen atención equitativa en los servicios de salud, y el 91.6% (165 más 186) dijeron que el Seguro Integral de Salud influye en su bienestar, de su familia y comunidad.

Tabla N° 30
Relación: Equidad a Servicios de Salud y
Bienestar Social

CRITERIOS				TOTAL
	Si	Algunas veces	No tener	
¿Cree Ud. que los beneficiarios de SIS tienen atención equitativa en los servicios de salud?	148	93	0	241
	16	92	10	118
	1	1	22	24
TOTAL				383

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

148 asegurados expresaron que tienen atención equitativa en los servicios de salud, a la vez que el SIS influyó bastante en el bienestar de su familia y comunidad.

93 asegurados dijeron que tienen atención equitativa en los servicios de salud, y al mismo tiempo que el SIS influyó parcialmente en el bienestar de su familia y comunidad.

4.4. Aseguramiento en Salud (x₃), Calidad de Condiciones de Vida (y₃).

En relación al Aseguramiento en Salud y Calidad de de las Condiciones de Vida, existe suficientes evidencias estadísticas para afirmar que existe relación directa entre Aseguramiento en Salud y Calidad de las Condiciones de Vida.

Como se puede apreciar los resultados en la siguiente tabla, permite determinar que existe relación entre ellas.

A mayor Aseguramiento en Salud, mejor Calidad de las Condiciones de Vida, hay una relación lógica positiva.

Tabla N° 31
Relación: Aseguramiento en Salud y
Calidad de las Condiciones de Vida

CRITERIOS					TOTAL
¿Después de ingresar al Seguro Integral de Salud, se considera más protegido en su Salud?	Si	112	147	0	259
	Algunas veces	0	92	0	92
	Igual	0	11	0	11
	No	0	0	21	21
TOTAL					383

Fuente: Encuesta de opinión a los asegurados al SIS de la provincia de Huamanga-2012
Elaboración Propia.

El 91.6% (259 más 92) de asegurados expresaron que se consideran más protegidos en su salud, y el 94.5% (112 más 250) asegurados mencionaron que el SIS contribuyó a mejorar la calidad de sus condiciones de vida.

112 asegurados manifestaron que se sienten más protegidos en su salud, al mismo tiempo, que el SIS contribuyó bastante en mejorar la calidad de sus condiciones de vida.

147 asegurados manifestaron que se sienten más protegidos en su salud, a su vez, que el SIS contribuyó parcialmente en mejorar la calidad de sus condiciones de vida.

Modestamente considero que el presente trabajo de investigación podría servir como un punto de partida para futuras investigaciones, que profundicen en la importancia de mejorar la Calidad de Vida de los asegurados al Seguro Integral de Salud; toda vez que el SIS está orientado a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de la población más vulnerable, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos de la investigación, podemos concluir en los siguientes:

1. El Seguro Integral de Salud influyó favorablemente en la Calidad de Vida de los Asegurados de la provincia de Huamanga.
De acuerdo a los resultados obtenidos, la gran mayoría de los asegurados al SIS, el 91.9% manifestaron que el Seguro Integral de Salud sí influyó significativamente en mejorar su Calidad de Vida (figura N° 29).
2. El Acceso a los Servicios de Salud influye en el Bienestar Físico y Emocional del Asegurado.
El 91.90% de asegurados al SIS, manifestaron que tienen mayor acceso a los servicios de salud; al mismo tiempo el 94.4% mencionaron que ha mejorado su bienestar físico y emocional (tabla N° 29). Entonces, existe una relación lógica positiva, a mayor Acceso a Servicios de Salud, mejor Bienestar Físico y Emocional.
3. A mayor Equidad en los Servicios de Salud, genera mayor Bienestar Social.
El 93.7% de asegurados al SIS manifestaron que tienen atención equitativa en los servicios de salud, a su vez el 91.6% dijeron que el Seguro Integral de Salud influye en su bienestar, de su familia y comunidad (tabla N° 30).
Entonces, hay una relación lógica positiva, a mayor Equidad en los Servicios de Salud, mayor Bienestar Social.
4. El Aseguramiento en Salud influye favorablemente en la Calidad de las Condiciones de Vida de los asegurados.
El 91.6% de asegurados al SIS expresaron que se consideran más protegidos en su salud, asimismo, el 94.5% de asegurados

mencionaron que el SIS contribuyó a mejorar la calidad de sus condiciones de vida (tabla N° 31).

Existe una relación lógica positiva, a mayor Aseguramiento en Salud, mejora la Calidad de las Condiciones de Vida de los asegurados.

RECOMENDACIONES

1. El Sector Salud y las instituciones involucradas de todo nivel, deberán desarrollar acciones necesarias a fin de trabajar el tema de la reforma del sector salud y solicitar el incremento progresivo del presupuesto; considerando que el gasto público en salud en nuestro país es reducido y está por debajo de otros países, por lo que es necesario incrementarlo debido al crecimiento económico que se ha venido dando en los últimos años.

Para el año 2011 el financiamiento para el sector salud respecto al PBI fue del 4.8%, por debajo del 7% promedio de América Latina.

Si bien el Seguro Integral de Salud influye favorablemente en la Calidad de Vida de sus asegurados, es imperiosa la necesidad de disminuir la brecha existente de la población excluida pobre sin seguro, propiciando el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud.

2. A efectos de consolidar el acceso a servicios de salud de todos los peruanos y en particular de la población más vulnerable de nuestra región, es importante que el Ministerio de Salud por medio de la Dirección de Salud Ayacucho y las instituciones locales involucradas, tengan la capacidad de identificar los grupos de población más vulnerables, entre ellas la población indígena o aquellos que viven alejados de los establecimientos de salud.

Implementar un sistema descentralizado de monitoreo (equipos itinerantes de salud) que busque acercarse a dicha población dispersa y no esperar que ellos se acerquen.

Asimismo, generar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las poblaciones más vulnerables. Promoviendo la

participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

3. El Gobierno Regional Ayacucho asuma el liderazgo, a través del establecimiento de políticas y normatividad regional, para garantizar que la cobertura de las prestaciones de salud financiadas por el SIS se brinden de manera oportuna, equitativa y de calidad en los establecimientos de salud. Deberá realizar reuniones permanentes con la Dirección Regional de Salud, para fomentar acciones de sensibilización y cambio de actitud del personal de salud, de tal forma propicie una atención en condiciones de igualdad de oportunidades y acceso equitativo de los asegurados al SIS, básicamente de las poblaciones indígenas y alto andinas. Generando una actitud de cordialidad, amabilidad en el personal de salud hacia el asegurado, creando una mentalidad de servicios con calidad, desde el uso de un lenguaje óptimo para cada paciente de acuerdo a su nivel sociocultural, lo cual repercutirá en su bienestar.
4. El Seguro Integral de Salud en coordinación con las instituciones involucradas, deberá implementar estrategias para mejorar e incrementar la cobertura del aseguramiento en el SIS de toda la población pobre y extremadamente pobre, y a la construcción de un aseguramiento universal sostenible con carácter de profunda reforma social hacia una sociedad más justa y equitativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALARCON D., Documentos de Trabajo del INDES: Medición de las Condiciones de Vida – Banco Interamericano de Desarrollo, 2008.
2. CAÑON HJ. LO, Una Visión Integral de la seguridad Social - Bogotá: Ediciones Proa Ltda.
3. DAMMERT, A.C. – Acceso a los Servicios de Salud y Mortalidad Infantil en el Perú.
4. ESPINOZA O. – Enfoques, Teorías y nuevos rumbos del concepto de Calidad de Vida, 2008.
5. GAVIRIA M.A.E., – Calidad de Vida, escenarios de la Salud Pública, Junio 2009.
6. GILDENBERGER, C.A. – Desarrollo y Calidad de Vida, 2008
7. GOMEZ VELA, Maria; SABEH Eliana N.- Calidad de Vida evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica – Inst. Universitario de Integración, Salamanca
8. INEI Censo Nacional 2007- Encuesta Nacional de Hogares, Perú 2007.
9. JARAMILLO BAANANTE M. - en su informe La Equidad en el Gasto Público de Salud – Perú, setiembre 2003
10. LI SUAREZ D. AYACUCHO: Análisis de situación en la población, Lima - Agosto 2009.
11. PARODI S. – Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud.
12. PARREÑO A., Ciencia para la Calidad de Vida: Conocimiento aplicado al bienestar, Buenos Aires 2008.
13. ROSAVALLON P. – La nueva cuestión social - Buenos Aires: Editorial Manantial; 1975.
14. ROSSELLA P., Calidad de Vida: Conceptos y Medidas – Roma, Italia.
15. SALINAS, P.J., Editorial : Salud, Ambiente y Calidad de Vida
16. SEINFELD J. – Avanzando hacia el aseguramiento universal – Universidad El Pacífico.
17. VERA LA TORRE, J.C. - “Cobertura y financiamiento del Seguro Integral de Salud”, 2003

18. YANGUAS LEZAUN J. – Análisis de calidad de vida relacionada con la Salud – Primera edición, 2004.
19. SCHWARTZMANN L., Calidad de vida relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales, Concepción, 2003.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA:

20. DECRETO SUPREMO N° 004-2007-SA, que estableció el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatorio para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS.
21. DECRETO SUPREMO N° 009-2002-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.
22. Ley N° 26842, Ley General de Salud, Lima Perú
23. Ley N° 27657, LEY DEL MINISTERIO DE SALUD, que crea el Seguro integral de Salud como Organismo Público Descentralizado (OPD) del MINSA.
24. Ley N° 27812, Ley que determina las fuentes de financiamiento del Seguro Integral de Salud.
25. PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL – Seguro Integral de Salud del 27 diciembre 2006.
26. RESOLUCION MINISTERIAL N° 725-2005/MINSA, que aprueba las Tarifas del Seguro Integral de Salud y sus definiciones operacionales.
27. RESOLUCION MINISTERIAL N° 422-2007/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 112-2007/MINSA/SIS-V.0.1 “Directiva Administrativa que regula el proceso de pago para las Prestaciones del Seguro Integral de Salud”
28. RESOLUCION MINISTERIAL N° 226-2011/MINSA, que sustituye el Anexo 01 “Tarifario del Seguro Integral de Salud” y Anexo 02 “Definiciones Operacionales”.
29. REVISTA DE SALUD PUBLICA, vol. 4 N° 02 Bogotá – mayo/agosto 2002.

ANEXOS

**ANEXO N° 01
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TEMA : SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACION BENEFICIARIA
PROVINCIA DE HUAMANGA 2006-2010**

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p align="center">PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Cómo influye el Seguro Integral de Salud en la calidad de vida de los Beneficiarios de la Provincia de Huamanga durante el periodo: 2006-2010?</p> <p align="center">PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>1.- ¿De que manera influye el acceso a servicios de salud en el bienestar físico y emocional?</p> <p>2.- ¿ De que modo influye la equidad a los servicios de salud en el bienestar social?</p> <p>3.- ¿Cómo influye el aseguramiento en salud, en la calidad de las condiciones de vida?</p>	<p align="center">OBJETIVO PRINCIPAL</p> <p>Determinar la influencia del Seguro Integral de Salud en la calidad de vida de los Beneficiarios de la Provincia de Huamanga en el periodo 2006 – 2010</p> <p align="center">OBJETIVOS SECUNDARIOS</p> <p>1.- Analizar la influencia del acceso a servicios de salud en el bienestar físico y emocional</p> <p>2.- Evaluar la influencia del acceso equitativo a servicios de salud en el bienestar social</p> <p>3.- Establecer la influencia del aseguramiento en salud en la calidad de vida de los usuarios</p>	<p align="center">HIPOTESIS PRINCIPAL</p> <p>El Seguro Integral de Salud influye significativamente en la calidad de vida de los asegurados de la Provincia de Huamanga 2006-2010</p> <p align="center">HIPOTESIS SECUNDARIOS</p> <p>1.- El acceso a los servicios de salud influye en el bienestar físico y emocional del asegurado.</p> <p>2.- A mayor equidad a los servicios de salud, entonces mayor bienestar social</p> <p>3.- El aseguramiento en salud influyen en la calidad de las condiciones de vida de los usuarios.</p>	<p align="center">INDEPENDIENTE (X)</p> <p align="center">SEGURO INTEGRAL DE SALUD</p> <p>DIMENSIONES</p> <p>x1: Acceso a servicios de salud x2 : Equidad a servicios de salud x3 : Aseguramiento en salud</p> <p align="center">DEPENDIENTE (Y)</p> <p align="center">CALIDAD DE VIDA</p> <p>DIMENSIONES</p> <p>y1 : Bienestar físico y emocional y2 : Bienestar social y3 : Calidad de las condiciones de vida</p>	<p align="center">METODOLOGIA</p> <p>TIPO DE INVESTIGACION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicada <p>NIVEL DE INVESTIGACION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descriptivo - Correlacional - Transversal <p>METODO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inductivo - Deductivo - Estadístico <p>POBLACION</p> <p>Población asegurada al SIS de la Provincia de Huamanga.</p> <p>MUESTRA</p> <p>Parte representativa de asegurados SIS de Huamanga</p> <p>TECNICAS</p> <p>Encuestas</p> <p>INSTRUMENTOS</p> <p>El Cuestionario</p>

ANEXO N° 02
FORMATO DE ENCUESTAS

Cuestionario

Buenos días, soy alumno de la Maestría de Ciencias Económicas y Administrativas, mención Gerencia Social, y estoy realizando una encuesta sobre "SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN BENEFICIARIOS DE LA PROVINCIA DE HUAMANGA", con el objetivo de determinar la influencia del Seguro Integral de Salud en la Calidad de Vida de los beneficiarios.

Le pido su colaboración contestando con sinceridad las preguntas. Sus respuestas con completamente anónimas.

DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO

A. Tipo de sexo: 1. Masculino () 2. Femenino ()

B. Grado de instrucción: 1. Analfabeto () 2. Primaria Completa ()
3. Secundaria Completa () 4. Estudio Superior ()

C. Ocupación: 1. Su Casa () 2. Estudiante () 3. Obrero ()
4. Agricultor / Ganadero. () 5. Otros ()

D. Zona de residencia: 1. Urbano () 2. Urbano – Marginal () 3.
Rural ()

1.- ¿Sabe qué es el Seguro Integral de Salud – SIS?

Si ()

No ()

Explique su respuesta.....
.....

2.- ¿Cómo evaluaría los beneficios que el SIS le ha entregado a lo largo del tiempo?

a) Cada vez mejores ()

b) Mejoró parcialmente ()

c) Se ha mantenido igual ()

d) Otros ()

3.- ¿Cree Ud. que el Establecimiento de Salud de su localidad cubre todas sus necesidades de salud?

- a) Cubre todas ()
- b) Cubre parcialmente ()
- c) No cubre ()
- d) Otros ()

4.- Como beneficiario del SIS ¿cree Ud. que tiene mayor acceso a los servicios de salud?

- a) Si ()
- b) Algunas veces ()
- c) No tienen ()
- e) Otros ()

5.- ¿Cree usted que existe inequidad y exclusión a los servicios de salud?

- a) Si ()
- b) Algunas veces ()
- c) No ()
- e) Otros ()

6.- ¿Cree Ud. que los beneficiarios del SIS tienen atención equitativa en los servicios de salud?

- a) Si ()
- b) Algunas veces ()
- c) No tienen ()
- e) Otros ()

7.- Como asegurado al SIS ¿cuál es su grado de satisfacción con los servicios de salud que usted y su familia han utilizado en el último año?

- a) Satisfecho ()
- b) Algo satisfecho ()
- c) Algo insatisfecho ()
- d) Otros ()

Explique su respuesta.....

8.- Tras el ingreso al Seguro Integral de Salud, ¿se considera más protegido en su Salud?

- a) Si ()

- b) Algunas veces ()
- c) Igual ()
- d) No ()

9.- Como beneficiario del SIS ¿en qué medida cree Ud. que ha mejorado su bienestar físico y emocional?

- a) Bastante ()
- b) Parcialmente ()
- c) Nada ()
- d) Otros ()

Explique su respuesta.....

10.- En los últimos doce meses ¿cómo ha sido el estado de salud de su familia?

- a) Cada vez mejores ()
- b) Mejoró parcialmente ()
- c) Se ha mantenido igual ()
- d) Otros ()

11.- ¿Cree Ud. que su estado de salud perjudica sus actividades habituales con su familia, vecinos u otras personas?

- a) Bastante ()
- b) Parcialmente ()
- c) Nada ()
- d) Otros ()

Explique su respuesta.....

12.- ¿Cree que el Seguro Integral de Salud, influye en el bienestar de su familia y comunidad?

- a) Bastante ()
- b) Parcialmente ()
- c) Nada ()
- d) Otros ()

Explique su respuesta.....

13.- ¿Usted, su familia y comunidad, están satisfechos con los beneficios del Seguro Integral de Salud?

- a) Muy satisfechos ()



- b) Satisfechos ()
- c) Insatisfechos ()
- d) Otros ()

14.- ¿Cree Ud. que el SIS contribuyó en mejorar la calidad de sus condiciones de vida?

- a) Bastante ()
- b) Parcialmente ()
- c) Nada ()
- d) Otros ()

Explique su respuesta.....

15.- ¿Usted y su familia acuden periódicamente a sus controles preventivos de salud?

- a) Si ()
- b) Parcialmente ()
- c) Nada ()
- d) Otros ()

16.- ¿En general, cree usted que el Seguro Integral de Salud influye en su Calidad de Vida?

- a) Bastante ()
- b) Parcialmente ()
- c) Nada ()
- d) Otros ()

Explique su respuesta.....

17.- ¿Que recomendaría usted para mejorar el SIS y la Calidad de Vida de sus Asegurados?

Explique su respuesta.....

.....
.....

MUCHAS GRACIAS...