

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Escuela de Posgrado

DOCTORADO EN EPIDEMIOLOGÍA

FACTORES ASOCIADOS AL ASEGURAMIENTO  
PÚBLICO DE GESTANTES EN LA  
DIRESA TACNA, 2014

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

M.Sc. PATRICIA VERÓNICA MONTALVO CHÁVEZ

Para optar el Grado Académico de:

DOCTORA EN EPIDEMIOLOGÍA

TACNA - PERÚ

2018


**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA**


**Escuela de Posgrado**

**DOCTORADO EN EPIDEMIOLOGÍA**

**FACTORES ASOCIADOS AL ASEGURAMIENTO PÚBLICO DE  
GESTANTES EN LA DIRESA TACNA, 2014**

Tesis sustentada y aprobada el 18 de enero del 2018; estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE :   
.....  
Dr. Edgar Hernán Tejada Vásquez

SECRETARIO :   
.....  
Dr. Jaime Edgar Miranda Benavente

MIEMBRO :   
.....  
Dra. Diana Huanco Apaza

ASESORA :   
.....  
Dra. Rina María Álvarez Becerra

## DEDICATORIA

*Para Alessandra, mi hijita... por ser el motor y el motivo de mi vida.*

*Para Alejandro y Leonor, que desde el cielo iluminan mi sendero... ¡promesa  
cumplida papito!*

## **AGRADECIMIENTO**

*A mis amados padres, quienes con mucho sacrificio labraron un presente y forjaron un futuro para sus hijos.*

*A mi asesora Dra. Rina Álvarez Becerra, por sus valiosas enseñanzas, dirección y aliento para seguir adelante.*

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
RESUMEN .....	xii
ABSTRACT .....	xiii
RESUMO .....	xiv
INTRODUCCIÓN .....	01
 <b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1 Descripción del problema .....	04
1.1.1. Antecedentes del problema.....	04
1.1.2 Problemática de la investigación .....	08
1.2 Formulación del problema .....	09
1.1.1. Problema General .....	09
1.1.1. Problema Específico .....	09
1.3. Justificación de la investigación .....	10
1.4. Alcances y limitaciones .....	12
1.5 Objetivos .....	13
1.5.1. Objetivo general .....	13

1.5.2. Objetivos específicos .....	13
1.6 Hipótesis .....	14
1.6.1. Hipótesis general .....	14
1.6.2. Hipótesis específicas .....	14

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes del estudio .....	16
2.2. Fundamentos teóricos .....	20
2.3. Definición de términos .....	20
2.3.1. Aseguramiento .....	20
2.3.2. Seguro integral de salud.....	21
2.3.3. Gestación .....	23
2.3.4. Atención prenatal reenfocada .....	24
2.3.5. Sistema de focalización de hogares .....	25
2.3.6. Mortalidad materna .....	26

## **CAPÍTULO III: MARCO FILOSOFICO .....**

27

## **CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO**

4.1. Tipo y diseño de la investigación .....	28
4.2. Población y muestra .....	29

4.3. Clasificación y Operacionalización de las variables .....	31
4.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	34
4.5. Procedimiento de análisis de datos .....	39

## **CAPÍTULO V RESULTADOS**

5.1. Características sociodemográficas de las gestantes .....	42
5.1.1. Cobertura de aseguramiento de gestantes .....	42
5.1.2. Factores sociales de la gestante .....	47
5.2. Características cognitivas del personal de salud y aseguramiento .....	75
5.3. Prueba de hipótesis .....	65

## **CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN**

DISCUSIÓN .....	69
CONCLUSIONES .....	74
RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	79
ANEXOS .....	86

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.-	Cobertura de Aseguramiento en Gestantes, en la Dirección Regional de Salud de Tacna, año 2014.....	43
Tabla 2.-	Cobertura de Aseguramiento en Gestantes, por establecimiento de salud de primer nivel, según adscripción en la Dirección Regional de Salud de Tacna, año 2014.....	45
Tabla 3.-	Factores sociales asociados al Aseguramiento en Gestantes, por establecimiento de salud de primer nivel, según adscripción en la Dirección Regional de Salud, 2014.....	47
Tabla 4.-	Grado de Instrucción asociados al Aseguramiento en Gestantes, por establecimiento de salud de primer nivel, según adscripción en la Dirección Regional de Salud, 2014.....	49
Tabla 5.-	Aseguramiento según grupo etario en la Dirección Regional de Salud, 2014.....	51
Tabla 6.-	Aseguramiento según estado civil en la Dirección Regional de Salud, 2014.....	53

Tabla 7.-	Oportunidad en el aseguramiento en la Dirección Regional de Salud, 2014 .....	55
Tabla 8.-	Aseguramiento asociado a factores de riesgo en las gestantes en la Dirección Regional de Salud, 2014 .....	57
Tabla 9.-	Nivel de aseguramiento relacionado al conocimiento de procesos en el personal de salud en la Dirección Regional de Salud, 2014 .....	59
Tabla 10.-	Número de veces en la que la gestante solicitó, el seguro integral de salud en la Dirección Regional de Salud, 2014 .....	62

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.-	Porcentaje de aseguramiento de gestantes en la DIRESA Tacna, 2104 .....	44
Figura 2.-	Grado de Instrucción en la gestante y aseguramiento en la DIRESA Tacna, 2104 .....	50
Figura 3.-	Aseguramiento según grupo etario en la DIRESA Tacna, 2104.....	52
Figura 4.-	Aseguramiento según estado civil en la DIRESA Tacna, 2104.....	54
Figura 5.-	Oportunidad en el aseguramiento en la DIRESA Tacna, 2104.....	56
Figura 6.-	Aseguramiento asociado al factor de riesgo en la gestante en la DIRESA Tacna, 2104 .....	58
Figura 7.-	Aseguramiento asociado al nivel de conocimiento de procesos de aseguramiento en el personal de salud en la DIRESA Tacna, 2104.....	61
Figura 8.-	Número de gestantes afiliadas y muertes maternas años: 2010-2014. DIRESA Tacna. ....	63

Figura 9.- Cobertura y tendencia en la afiliación de gestantes	
años: 2010-2014. DIRESA Tacna. ....	64

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar los factores asociados al aseguramiento público subsidiado de las gestantes en la DIRESA Tacna en el año 2014. Estudio de tipo analítico, comparativo, No experimental-prospectivo, representado por la aplicación de encuestas estructuradas a 346 gestantes. El 35,26 % de gestantes tenían aseguramiento público. Factores Demográficos: 53,47 % de 20 a 34 años, 17,63 % menor de 20 años. El 69,65 % es conviviente y 17,92 % solteras; grado de instrucción secundaria el 67,63 % y 20,81 % superior. Según la condición de aseguramiento 20,52 % del grupo etario 20 a 34 años, cuenta con seguro, versus 32,95 %, de gestantes no aseguradas. El 26,88 % de convivientes tienen seguro de salud ( $p < 0,05$ ). La cobertura de afiliación de gestantes al aseguramiento público fue baja. No existe relación entre el grado de instrucción de la gestante, los factores de riesgo y los factores económicos. El aseguramiento no es oportuno y se da en mayor proporción en el último trimestre de la gestación y el personal de salud responsable del aseguramiento desconoce los procesos del mismo.

**Palabras clave:** Aseguramiento en gestantes, Factores de riesgo en gestantes.

## ABSTRACT

The main objective of this study was to determine the factors associated with subsidized public insurance for pregnant women in the DIRESA Tacna in 2014. Analytical, comparative, non-experimental-prospective study, represented by the application of structured surveys to 346 pregnant women. 35.26% of pregnant women had public insurance. Demographic Factors: 53.47% from 20 to 34 years old, 17.63% younger than 20 years. 69.65% are cohabiting and 17.92% are single; secondary education grade 67.63% and 20.81% higher. According to the insurance condition, 20.52% of the group aged 20 to 34 years old, has insurance, versus 32.95%, of uninsured pregnant women. 26.88% of the cohabitants have health insurance ( $p < 0.05$ ). The coverage of pregnant women's affiliation to public insurance was low. There is no relationship between the degree of education of the pregnant woman, risk factors and economic factors. The insurance is not timely and occurs in greater proportion in the last trimester of pregnancy and the health personnel responsible for the insurance is unaware of its processes.

**Keywords:** Assurance in pregnant women, Risk factors in pregnant women.

## RESUMO

O estudo objetivo foi determinar os fatores associados ao seguro público subsidiado para mulheres grávidas no Tacna DIRESA em 2014. Estudo analítico, comparativo, não experimental-prospectivo, representado pela aplicação de levantamentos estruturados a 346 mulheres grávidas. 35,26% das mulheres grávidas tiveram seguro público. Fatores Demográficos: 53,47% dos 20 aos 34 anos, 17,63% menores de 20 anos. 69,65% estão em cobiça e 17,92% são solteiros; grau de ensino secundário 67,63% e 20,81% maior. De acordo com a condição do seguro, 20,52% do grupo de 20 a 34 anos de idade, tem seguro, contra 32,95%, de mulheres grávidas não seguradas. 26,88% dos coabitantes têm seguro de saúde ( $p < 0,05$ ). A cobertura da filiação das mulheres grávidas ao seguro público foi baixa. Não há relação entre o grau de educação da gestante, fatores de risco e fatores econômicos. O seguro não é oportuno e ocorre em maior proporção no último trimestre da gravidez e o pessoal de saúde responsável pelo seguro desconhece seus processos.

**Palavras-chave:** Garantia em mulheres grávidas, Fatores de risco em mulheres grávidas.

## **INTRODUCCIÓN**

En el Perú se viene trabajando para mejorar la situación sanitaria del país; dándole énfasis en la disminución de la mortalidad materna, como una meta clave de desarrollo; por lo cual el Ministerio de Salud, como órgano rector ha implementado diversas estrategias y programas de intervención como son: Plan de Emergencia para la Reducción de la Muerte Materna, Plan Nacional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal, Creación de Comités de Estudio de Mortalidad Materna y Perinatal, Plan de Contingencia para la Reducción de la Mortalidad Materna, Presupuesto por Resultados (Programa Materno Neonatal), entre otros. Estas estrategias buscan cumplir con las metas trazadas como país, en los principales compromisos internacionales, en materia de salud; como, por ejemplo: Los Objetivos de Desarrollo del Milenio del año 2000, en el que los miembros de las Naciones Unidas, incluida el Perú, se comprometen a reducir en tres cuartas partes las tasas de mortalidad derivada de la maternidad antes del año 2015 <sup>1</sup>.

Dentro del panorama nacional e internacional antes indicado, se debe mencionar que la hemorragia, como primera causa de muerte

materna prevenible, asociada al parto domiciliario, obliga a dirigir los esfuerzos a lograr el mayor porcentaje de partos institucionales, los cuales según el Informe de la Situación Materna en el Perú, año 2000-2012, el parto institucional a nivel nacional se incrementó de 57,9 % en el año 2000 a 85,8 % en el año 2005 (Endes 2012), cifra que indica que se ha mejorado el acceso a los servicios de salud con la implementación de estrategias como el mejoramiento de la capacidad resolutive, la adecuación cultural de los servicios de salud, las casas de espera materna y el Seguro Integral de Salud<sup>2</sup>. En este mismo informe, Del Carpio <sup>2</sup>, concluye que el incremento del acceso a los servicios de salud se ha debido al aseguramiento en salud, pero aún poblaciones excluidas, no tienen llegada o desconocen como afiliarse a este servicio.

En el marco regional, de la atención en salud de las gestantes en los establecimientos de salud del gobierno regional en Tacna, se puede evidenciar que es indispensable para lograr una atención prenatal reenfocada, la subvención de dichas prestaciones por una aseguradora o Institución de Administración de Fondos de Aseguramiento (IAFA), la que garantizará que la paciente reciba gratuitamente un Plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS). Dicho plan contiene actividades

preventivas promocionales y recuperativas, que logran una gestación sin complicaciones y un producto sano.

En la práctica regular de la atención materna se puede ver que muchas gestantes, pese a las normas de aseguramiento y protección para grupos priorizados (gestantes y recién nacidos), que el Estado brinda como ente rector y responsable de la salud de la población, no son aseguradas, y por lo tanto, no tienen la protección financiera que un seguro en salud les brinda.

Este estudio tiene como propósito determinar los principales factores asociados al aseguramiento público de las gestantes, el mismo que permitirá posteriormente planificar un plan de intervención en los establecimientos de salud, para lograr este aseguramiento, lo que garantizará la cobertura financiera de estas gestantes y derribar sus barreras económicas a su atención en salud.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.1.1. Antecedentes del problema**

En las últimas décadas, el proceso de aseguramiento en el campo de la salud ha tenido un despegue a nivel mundial , nacional y regional; es así que se han creado diversos modelos de aseguramiento, ya sean de financiamiento del estado, privado o de autofinanciamiento; todo con el fin de prever una situación de enfermedad coberturada por dicho seguro y minimizar el impacto económico en el asegurado o su grupo familiar; así como en un ámbito mayor a nivel social, pues la pobreza coyuntural por enfermedades de alto costo ha logrado un gran impacto en los indicadores económicos y sociales de un país; el Perú no está ajeno a esta situación, evaluándose los niveles de pobreza de la población mediante distintos sistemas, históricamente, se puede mencionar desde la aplicación de fichas de evaluación socioeconómicas, hasta la informatización de la información obtenida en los diferentes censos poblacionales recientes, asignándoles a cada grupo familiar categorías sociales y económicas, y ubicándolos en áreas de aseguramiento desde

contributivos hasta los íntegramente financiados por el estado; como es en los casos de pobreza extrema y pobreza.

Según Diego J<sup>3</sup>., a partir de la década de los ochenta se han venido realizando una serie de reformas a los Sistemas de Salud en casi todos los países de Latinoamérica. El propósito de dichas reformas ha estado orientado a generar un marco de política pública que permita alcanzar mejores condiciones de salud. En dicho marco se ha promovido la creación de Planes de Salud para la población que busque generar sentido de exigibilidad por parte de ella y tener claridad en un conjunto de intervenciones necesarias que cubran las principales enfermedades y dolencias de las personas dado un perfil epidemiológico. Frente al gasto público en salud, se ha buscado orientar los programas de forma eficaz y eficiente en función a costos, para así poder llegar a las poblaciones más vulnerables mediante acciones de bajo costo y alta eficacia, enfocándolo a programas de salud pública y servicios clínicos esenciales. En este contexto, los diferentes gobiernos a nivel mundial invierten recursos financieros para la producción de un conjunto de acciones de salud y servicios clínicos esenciales con el propósito de mejorar las condiciones de vida de las personas y tener un sistema de salud financiable.

Parodi, S.<sup>4</sup> en su estudio «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» del Grupo de Análisis para el Desarrollo- GRADE, afirma que la afiliación al Seguro Integral de Salud en gestantes, presenta la siguiente casuística: una considerable proporción ( 2/3 del total ), se encuentran afiliadas al SIS, que representa un 66,1 %, frente al 33,9 % de las no aseguradas. Asimismo, cuando se distribuye la muestra de acuerdo a quintiles de nivel socioeconómico (NSE) se constata que la afiliación sigue una notoria tendencia progresiva. Esto es, las mujeres de escasos recursos son las que en mayor proporción se han afiliado al programa, con una afiliación del 87,5 % en el Quintil 1 al 25,0 % en el Quintil 5.

De otro lado, la experiencia recabada en el campo laboral, evidencia que mayormente las gestantes sin un seguro de salud, presumiblemente por barreras económicas no acceden a las atenciones incluidas en la atención prenatal reenfocada, como el perfil de laboratorio en el primer trimestre, el cual es necesario para el diagnóstico de enfermedades como la anemia, diabetes *mellitus*, infección del tracto urinario, sífilis, síndrome de deficiencia adquirida (SIDA), entre otras. Cabe resaltar, que el diagnóstico oportuno de aquellas, permitirán tratar a la madre, antes de contaminar o afectar gravemente al producto.

Es importante además como trabajadores de salud, poder determinar los factores que determinen, que no se logren nuestros objetivos sanitarios como son el aseguramiento de las gestantes durante el primer trimestre y su control pre natal precoz y oportuno; un control pre natal precoz y oportuno permitirá lograr una gestación bien controlada, sin factores de riesgos asociados a la gestación, los cuales en su mayoría son prevenibles; dichas enfermedades prevenibles pueden dejar en el producto graves secuelas y hasta causar la muerte en la madre y el niño. El binomio madre niño deben de ser el grupo priorizado en acciones de salud preventivo- promocionales y recuperativas.

Las principales causas de muerte materna son prevenibles, por tanto, se deben derribar las barreras de acceso a prestaciones sanitarias en ésta etapa de vida, siendo el principal factor de falta de atenciones en salud, las barreras de acceso económicas, disminuyen al asegurar a la madre a un seguro de bajo costo o totalmente subsidiado por el estado, es más considerando el bajo nivel socio económico de la población en la algunas regiones de nuestro país y en algunas zonas de nuestra región.

Evidenciándose en la práctica diaria, que no todas las gestantes de Tacna tienen las mismas oportunidades al aseguramiento público subsidiado, ya sea por factores inherentes a la misma gestante, a su entorno inmediato,

a los establecimientos de salud o a los procesos de aseguramiento; en contraparte hay gestantes que tuvieron acceso al aseguramiento, logrando atenciones de salud, que garantizaron el correcto cuidado de la misma, logrando efectos positivos en los indicadores sanitarios. Por lo expuesto, es importante determinar estos factores a fin de poder intervenir en estos procesos, logrando finalmente, el aseguramiento eficiente de las gestantes de Tacna lo que conllevará a mejorar los indicadores sanitarios de la región.

### **1.1.2. Problemática de la Investigación**

El presente estudio no cuenta con estudios previos, que determinen una línea basal, no existen trabajos de investigación de ámbito regional y nacional que brinden el número de asegurados en estado de gestación, determinando su perfil epidemiológico; por lo que se desconoce las características socio económicas, relacionadas al nivel de aseguramiento, su concentración geográfica y nivel de aseguramiento por establecimiento de salud.

Es importante recalcar además que correlacionar los casos de acceso al aseguramiento, frente a la actitud del personal de salud responsable del proceso.

El no contar con estudios previos, no permite correlacionar la cobertura entre regiones y comparar las posibles causas del no aseguramiento o su aseguramiento tardío entre regiones.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son los factores asociados al aseguramiento público de gestantes en la DIRESA Tacna, en el 2014?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- a) ¿Cuál es la frecuencia o cobertura de aseguramiento público subsidiado en las gestantes, que acuden a los establecimientos de salud del MINSA?
- b) ¿Cuál es el número de gestantes afiliadas al seguro integral de salud, por establecimiento de salud?
- c) ¿Cuáles son los factores sociales y culturales, relacionados a la gestante, que están asociados a la afiliación a un seguro público subsidiado en la DIRESA Tacna?
- d) ¿Es el estado civil determinante para la afiliación de gestantes a un seguro público subsidiado en la DIRESA Tacna?

- e) ¿Es oportuna y precoz la afiliación a un seguro público subsidiado en la gestante en Tacna?
- f) ¿Están los factores de riesgo asociadas al aseguramiento público de gestantes en Tacna?
- g) ¿Cuáles son las causas de no aseguramiento público subsidiado en las gestantes en la DIRESA Tacna?

### **1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El problema se justifica debido a que la experiencia diaria demuestra que las gestantes llegan a etapas tardías de la gestación ( tercer trimestre) e incluso al momento mismo del parto; sin contar con un seguro de salud; esta situación, expone a la gestante y al nonato a un status de vulnerabilidad, debido a la falta del financiamiento garantizado de las atenciones en salud, acceso a prestaciones completas, incluyendo la medicación y de las actividades preventivas, como son: la administración gratuita de multimicronutrientes, indispensables para el correcto desarrollo neuronal e integral del feto, la prevención de la anemia en el binomio: madre niño, de la desnutrición infantil temprana; así como, parturientas con anemia y altas posibilidades de hemorragia intra parto, con desenlaces en muchos casos fatales.

El aseguramiento en los grupos vulnerables – gestantes es una política de salud priorizada en las agendas internacionales y por el estado peruano. Las gestantes deben de ser afiliadas a un seguro de salud, a fin de garantizar las atenciones preventivas y recuperativas que se requieren realizar en este período, a fin de lograr una gestación fisiológica, prevenir enfermedades concomitantes que vayan a complicar la salud materno perinatal o dejar graves secuelas en el producto, lo que afectaría su posterior desarrollo normal tanto físico como intelectualmente.

El problema es importante, porque los países miden su grado de desarrollo por indicadores sanitarios tales como, tasa de morbilidad materna neonatal y mortalidad materna e infantil. En tal sentido, en la Región la tasa de morbilidad y mortalidad materna perinatal ha ido creciendo año a año, llegando a quintuplicarse la razón de muerte materna en el último año; cifras nada óptimas respecto a los indicadores de otras regiones, las cuales integradas como país, demuestran una situación en la salud materno neonatal, nada privilegiada, ante las esferas internacionales.

Se debe considerar además, las responsabilidades y compromisos internacionales, asumidos como país, como son: Los Objetivos de

Desarrollo del Milenio, con su quinto objetivo que es mejorar la salud materna y en vigencia los considerados en los Objetivos de Desarrollo Sostenibles, que considera una vida sana para la población; lo que compromete como país a implementar políticas que garanticen el pleno acceso a los servicios de salud, continuidad en la atención en salud y al acceso a coberturas prestacionales financiadas en caso de emergencia (parto).<sup>i</sup>

#### **1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES**

El presente trabajo permitirá conocer los aspectos relacionados al aseguramiento de la población más vulnerable, la que “debería” contar con cobertura de salud garantizada, que son las gestantes de la provincia de Tacna, durante el año 2014; esta cobertura permitirá una evolución de un embarazo seguro, implementándose en esta delicada etapa, prestaciones de salud de carácter preventivo, las que permitirán disminuir las patologías, diagnosticarlas oportunamente para una intervención recuperativa eficiente; las mismas disminuirán las cifras de enfermedades y secuelas, relacionadas a periodo de gestación y al mismo nacimiento.

Permitirá determinar los valores reales de la cobertura del aseguramiento en esta población, en qué periodo gestacional se brinda,

las características socio económicas del grupo de estudio, si su afiliación a un sistema de aseguramiento (que el estado refiere garantizar) es de fácil acceso, oportuno y las razones del no acceso de ser el caso.

No se encontró grandes limitaciones al presente estudio, el considerar al 100 % de gestantes en las cuatro provincias del departamento, fue al principio, una opción en la investigación, pero considerando que las tres cuartas partes de la población de la región, se encuentra concentrada en Tacna provincia, me llevo a delimitar la aplicación del instrumento en los establecimientos de esta zona geográfica.

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. Objetivo general**

Determinar los factores asociados al aseguramiento público subsidiado de las gestantes en la DIRESA Tacna en el año 2014.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

- a) Determinar la cobertura o porcentaje de aseguramiento público de gestantes, que acuden a los establecimientos de salud del MINSA.

- b) Determinar las gestantes afiliadas en los establecimientos de salud, según su población de adscritas.
- c) Precisar algunos factores sociales, educativos y culturales en las gestantes que demandan la afiliación a un seguro público de salud.
- d) Asociar el factor estado civil con el aseguramiento público.
- e) Evaluar la oportunidad de la afiliación según trimestre de la gestación

## **1.6. HIPÓTESIS**

### **1.6.1. Hipótesis general**

Los factores asociados a la gestante y al proceso de aseguramiento, se asocian significativamente con el aseguramiento público de gestantes en la DIRESA Tacna.

### **1.6.2. Hipótesis específicas**

- a) La frecuencia de gestantes aseguradas, es mayor a las no aseguradas, en un seguro público subsidiado.
- b) Los factores económico y educativo de las gestantes se asocian significativamente con el aseguramiento público.
- c) El factor: estado civil de las gestantes se asocian significativamente con el aseguramiento público.

- d) El nivel de conocimiento del proceso de aseguramiento del personal de salud, responsable de éste proceso, se asocian significativamente con el aseguramiento público de las gestantes.
- e) La afiliación a un seguro de salud público subsidiado en las gestantes es oportuna y precoz, siendo en mayor porcentaje durante el primer trimestre.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

En el ámbito Internacional se tienen estudios previos sobre seguros, su operacionalización, así como sus efectos en la salud de la población en distintos países; como es el caso de México, que cuenta con un seguro popular<sup>5</sup>, donde se pueden afiliar: la mamá, papá, hijos menores de 18 años, hijos de 18 años y hasta 25 que continúen estudiando nivel medio superior, discapacitados sin importar su edad, los padres o suegros del titular, mayores de 60 años que vivan en el mismo domicilio. Inició sus actividades de afiliación: Para las familias que tengan al menos un hijo nacido después del 1 de diciembre de 2006 y para las familias que cuentan con una embarazada, el periodo de afiliación es permanente. Para el resto de la población hay afiliación abierta, en los módulos de afiliación y operación que están dentro de los hospitales y centros de salud. Sobre oportunidad en la captación de gestantes para las atenciones en salud, se tiene un estudio interesante sobre las “Características del Control Prenatal en las embarazadas adolescentes”<sup>6</sup>.

En Brasil<sup>7</sup>, en 1988, la mitad de la población carecía de cobertura sanitaria. Transcurridas dos décadas desde que estableció su Sistema Único de Salud (Sistema Único de Saúde), más del 75 % de los casi 190 millones de habitantes, que se estima tiene el país, dependen exclusivamente de él para su atención médica. El Programa de Salud de la Familia, que cubre a unos 97 millones de brasileños, es un componente clave del Sistema Único de Salud. Emplea a más de 30 000 equipos de profesionales sanitarios que trabajan de forma concertada para llegar a las comunidades pobres y aisladas del país.

Además de ofrecer atención primaria gratuita en el punto de servicio, principalmente a través del Programa de Salud de la Familia, el Sistema Único de Salud ofrece una amplia gama de servicios hospitalarios, entre ellos cirugía cardíaca, imagenología médica avanzada y diagnóstico de laboratorio. Además da apoyo a un robusto programa de vacunación, campañas de prevención, atención odontológica básica y una subvención del 90 % de muchos medicamentos esenciales.

En Bolivia, según el Informe de Progreso del Ministerio de Justicia, en el año 2002<sup>8</sup> las principales políticas de salud de los últimos años se han concentrado en la atención de mujeres y niños a través de sistemas

de aseguramiento público, con el propósito de reducir las elevadas tasas de mortalidad, morbilidad y prevención de riesgos de estos grupos. Para este propósito, se han implementado programas específicos para inmunización, prevención y atención de enfermedades endémicas (Principalmente chagas, malaria y tuberculosis), vigilancia epidemiológica, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y programas de ampliación de coberturas en el área rural dispersa, entre los más importantes. Asimismo, se ha planteado la necesidad de incorporar la medicina tradicional y efectuar la adecuación cultural de servicios sanitarios para promover mayor demanda (Ministerio de Salud y Deportes, 2005). La salud materna e infantil es uno de los problemas más importantes de salud pública por sus implicancias en el desarrollo del capital humano, por este motivo, considerando los altos niveles de mortalidad y morbilidad materna e infantil existentes en el país, el Estado ha implementado una política de aseguramiento médico gratuito para atender las necesidades de la población, particularmente de las mujeres embarazadas y de los niños y niñas menores de 5 años. Esta política se inició el año 1996, con el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) con 32 prestaciones para la población objetivo, que fue modificado en 1997 cambiando de denominación a Seguro Básico de Salud (SBS) ampliando prestaciones para toda la población (92 en total). En noviembre

de 2002, se promulgó la Ley N° 2426 de creación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que incluye aproximadamente 550 prestaciones, entre las que se destacan paquetes para la mujer embarazada, en edad fértil, neonatología, pediatría, odontología, imagenología y laboratorio.

En el ámbito nacional en el Perú se tienen estudios como los desarrollados por Sandro Parodi y GRADE, en los que se evalúan “Los efectos del Seguro Integra en la equidad de la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios de salud”, en la cual se da un claro panorama de sus efectos en la salud materna<sup>4</sup>. Además, en el Perú se cuenta con otros estudios como la Evaluación del efecto del Seguro Integral de Salud en los Indicadores de Salud Pública y Gasto de Bolsillo Periodo 2002-2009<sup>9</sup> y el desarrollado por la Defensoría del Pueblo “Informe de Salud sobre la equidad Atención de Salud para Los más Pobres<sup>10</sup>”. Sobre la oportunidad en el Control Prenatal, así como los problemas relacionados a su inicio tardío, en el Perú se cuenta con diversos estudios de investigación, como: Factores que limitan la cobertura de gestantes controladas afiliadas al seguro integral de salud<sup>11</sup>, Estudios sobre la Calidad del Control Prenatal<sup>12</sup> y Factores de Riesgo para el inicio tardío en el Control Prenatal, entre otros<sup>13</sup>.

Considerando que solo el 35 % tenía acceso a un seguro de salud, el 65 % restante acudía al MINSA, según estudio de Chaw <sup>14</sup> en su artículo de Aseguramiento Universal. Sobre el tema específico de aseguramiento público subsidiado en gestantes en nuestro país, este estudio sería inédito, pues no existen estudios previos del tema.

A nivel regional se tiene un estudio previo realizado por Montalvo, P & Galdos, O.<sup>15</sup> Sobre el efecto del aseguramiento público en los indicadores de materno infantiles de la región. En otras regiones como en Trujillo, se ve en el estudio realizado por Avalos, G<sup>16</sup>. donde se muestra que el 65,6 % de las gestantes cuentan con un seguro público como es el Seguro Integral de Salud.

## **2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

Para este estudio se cuenta con las normas referidas a aseguramiento en el Perú. Normas del Seguro Integral de Salud y sobre atención de la gestante.

## **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**2.3.1. Aseguramiento:** El aseguramiento en salud, dentro del marco de la protección social, es la estrategia o mecanismo estructurado y formal por

el cual una persona o familia es protegida o amparada de unos riesgos en salud específicos, a través de un plan de beneficios, que se encuentra financiado por una unidad de pago por capitación<sup>17</sup>.

El concepto de aseguramiento en salud implica, entonces, la gestión del riesgo en salud de los afiliados, lo cual puede definirse como la determinación de la probabilidad de ocurrencia de un hecho o daño, que es incierto, afecta la salud o requiere un servicio de salud y que en consecuencia puede vulnerar la economía familiar. Esta, puede incluso afectar seriamente la estabilidad económica de la célula familiar, comprometer los recursos destinados a la alimentación y a otras prioridades; además de llegar a perder los bienes como vivienda, por situaciones de enfermedad grave.

### **2.3.2. Seguro Integral de Salud:**

El Seguro Integral de Salud se creó por Ley N° 27657<sup>18</sup>, Ley del Ministerio de Salud, como Organismo Público descentralizado del Ministerio de Salud, calificado como Organismo Público Ejecutor mediante Decreto Supremo N° 034-2008-PCM<sup>19</sup>, cuya visión es ser la institución que integra y contribuye al Sistema de Aseguramiento Universal que garantice el ejercicio pleno del derecho a la salud<sup>10</sup>.

El Ministerio de Salud tiene dentro de la política nacional disminuir la mortalidad materna y perinatal, ante lo cual existe el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, aprobado mediante RM N°207-2009/MINSA<sup>20</sup>. Asimismo, el Seguro Integral de Salud tiene como objetivo estratégico “contribuir en la disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil y morbilidad materna neonatal, de igual manera, uno de los objetivos generales es “garantizar el financiamiento oportuno de las prestaciones de salud, con prioridad en el segmento materno e infantil” (Plan Estratégico 2009-2011, aprobado en el 2009 mediante Resolución Jefatural N° 202-2009/SIS<sup>21</sup>.

El SIS es la institución encargada de administrar los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud y otras que su plan de beneficios faculta a fin de coberturar riesgos en salud, según planes de beneficios o PEAS ( Plan Esencial de Aseguramiento en Salud) acorde a normatividad vigente<sup>10</sup>.

Entre sus principales funciones contempla:

- Establecer los derechos de extensión de la cobertura del seguro que se ofrezca a la población, acorde a sus planes de aseguramiento.

- Conducir el proceso de aseguramiento de la población que no tenga cobertura con otro plan de aseguramiento.
- Contratar los servicios de salud, públicos y privados a fin de garantizar la cobertura de los planes de salud garantizados.
- Ofertar y brindar servicios de cobertura de riesgos en salud a sus afiliados, en el marco del proceso de aseguramiento universal en salud.

Así mismo, en el ámbito sectorial, el SIS tiene como finalidad otorgar a la población sin otro seguro de salud, la posibilidad de acceder a prestaciones de salud, en el marco de la equidad y calidad, priorizando a las poblaciones vulnerables de pobreza y pobreza extrema; así como el materno infantil como de vulnerabilidad extrema.

### **2.3.3. Gestación (embarazo):**

El embarazo es un proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino; abarca desde el momento de la concepción (unión del óvulo y el espermatozoide) hasta el nacimiento. El embarazo tiene una duración de 280 días, aproximadamente, 40 semanas, 10 meses lunares o nueve meses y un tercio calendario.

El embarazo se inicia cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación. La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo adulto<sup>22</sup>.

#### **2.3.4 Atención prenatal reenfocada**

Es el conjunto de acciones de vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las 14 semanas de gestación, para brindar el paquete básico de intervención, que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado, así como el manejo adecuado de las complicaciones, con enfoque de género e interculturalidad; en el marco de los derechos Humanos<sup>23</sup>.

La atención prenatal reenfocada tendrá como producto una madre sana, que se recuperará rápidamente del parto y se incorporará a sus actividades regulares oportunamente, así mismo en el recién nacido, se obtendrá un producto con sus capacidades físicas e intelectuales intactas, para su normal desarrollo futuro.

### **2.3.5 Sistema de focalización de hogares (SISFOH):**

Es un instrumento fundamental para responder las necesidades de información social. Para ello, cuenta con un sistema de información sobre las características socioeconómicas de los hogares, llamado Padrón General de Hogares (PGH). En este contexto, la focalización es el acto por medio del cual se asignan los subsidios del Estado a las familias más pobres y vulnerables.

De acuerdo al numeral 12.2 del artículo 12° de la Ley 29626<sup>24</sup>, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2011, el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), tiene por finalidad administrar una base de datos socioeconómica única (Padrón General de Hogares) que permita priorizar la atención de los hogares y personas en situación de pobreza y pobreza extrema.

El SISFOH se encarga de dictar las normas técnicas, métodos y procedimientos que regulan la focalización de hogares, lo que incluye, progresivamente, mecanismos de actualización permanente de los padrones de potenciales usuarios de los programas sociales. Asimismo, en coordinación con los gobiernos locales, se recaba información respecto de potenciales usuarios, la cual es remitida al Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) para la respectiva clasificación socioeconómica<sup>25</sup>.

### **2.3.6 La mortalidad materna:**

Según la OMS, la muerte materna se define como la muerte una mujer durante la gestación, hasta 42 días luego de su finalización, independiente de su duración y lugar, debido a cualquier causa relacionada a la gestación, agravada por esta o por su forma de atención, pero no por causas accidentales o incidentales <sup>1</sup>.

Las principales causas de muerte materna están relacionadas a complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, teniendo entre los factores de riesgo asociados más fuertemente los de orden económico; problemática abordada en los lineamientos de política sectoriales del MINSA 2002-2012 del MINSA y contempladas por el SIS, como principal problemática. Así mismo, el Plan Concertado en Salud, como primer objetivo sanitario contempla, la lucha contra la mortalidad materna, realizando un abordaje multisectorial y agendándolo en todos los sectores. Se debe recordar además que el Perú se encuentra entre los países con mayor mortalidad materna de América Latina<sup>25</sup>.

Cabe resaltar que las poblaciones más afectadas por la muerte materna son aquellas de pobreza o pobreza extrema, de los territorios más pobres y excluidos del país.

### **CAPÍTULO III**

#### **MARCO FILOSÓFICO**

La persona humana es el fin supremo de la sociedad, lograr su bienestar debe ser un objetivo común; en salud lograr el bienestar de la gestante es prioritario, pues al ser un binomio madre niño, son dos seres en uno, dándole el valor de población priorizada, al mismo tiempo de catalogarse como “vulnerable” o de riesgo. Estas denominaciones en salud, tanto epidemiológicas como políticas, nos llevan a implementar mecanismos de protección ante la siniestralidad, a través de políticas públicas que además de garantizar su acceso a la salud, su continuidad de atención, usando la red de referencias y contrarreferencias entre los establecimientos de salud de nivel de complejidad diferentes o de diversas carteras de servicios; si no y además de protegerla de la pobreza por gasto de bolsillo ante la enfermedad.

Es así que en cumplimiento de los compromisos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio ( ODM) evaluados el año 2015 ó su continuidad a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles ( ODS) hacia el 2030; Perú implemento la política del aseguramiento público gratuito a todas las mujeres gestantes de nuestro país, nacidas o

no en el Perú, pero que radiquen en el país; asegurando así la prevención de patologías que pondrían en riesgo la salud tanto de madre como del no nato; discapacidad por enfermedades genéticas o congénitas; así como contribuir poderosamente a los indicadores epidemiológicos de la salud, disminuyendo las razones o tasas de morbilidad y mortalidad materna o perinatal.

Es así que la cultura de la prevención y el aseguramiento, de la mano al de la solidaridad; pues los recursos de los demás, entregados a través de impuestos, son el financiamiento para estas políticas.

## **CAPÍTULO IV**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **4.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **4.1.1. Tipo de investigación**

El presente estudio es de tipo analítico, comparativo, No Experimental-prospectivo, representado por la aplicación de encuestas a gestantes. Se evaluaron, además, los conocimientos del personal de salud que afilia y el equipamiento de los establecimientos de salud. Por la naturaleza del estudio, también se puede situarla como **exploratoria-descriptiva**. Por el tiempo: es un estudio de tipo sincrónica, pues se aplica en un periodo anual, solamente. Por la naturaleza de la información, se puede inferir que es cuantitativa.

##### **4.1.2. Diseño de la investigación**

Dado que el objetivo de la investigación fue determinar los factores asociados al aseguramiento público de gestantes, específicamente el efecto de variables sobre otra, el diseño de investigación que se seleccionó fue el No Experimental, pues no se intervino en grupos para su

comparación con unos de control, no se intervendrá aún; pues primero se busca determinar qué factores son determinantes en el aseguramiento.

#### 4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

- **Población**

La población de gestantes esperada estadísticamente, en la Región Tacna es de 5 723 gestantes, según el INEI<sup>27</sup>, de las cuales 693 se espera sean aseguradas de Es Salud, quedando sin aseguramiento 5 030 gestantes de las que se trabajó con una muestra de 346 gestantes, las mismas que acuden al establecimiento de salud, para acceder a un seguro.

- **Muestra**

Se utilizó la ecuación de *Cochran* para estimar el tamaño de la muestra para poblaciones finitas y variables cualitativas

$$i. \quad n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{\varepsilon^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

$Z$  : Valor crítico de la distribución normal estándar 95 %

$p$  : Probabilidad de éxito 0,5

$q$  : Probabilidad de fracaso 0,5

$N$  : Población

$\varepsilon$  : Error permitido

Considerando un nivel de confianza del 95 % y un nivel de significancia del 5 % ( $\alpha=0,05$ ), se tiene: 367 gestantes, quedando finalmente en 346 gestantes efectivas en el estudio.

*Proporción esperada de pérdidas = 15 %*

*Muestra ajustada a las pérdidas: 367 gestantes*

• **Tipo de muestreo:** Probabilístico, aleatorio estratificado con afijación proporcional.

Para determinar la muestra por establecimiento de salud, se debe considerar el muestreo estratificado.

El tamaño de los estratos se determinó mediante el factor de

afijación,  $f_h = \frac{n}{N}$ , donde  $n$  es el tamaño de muestra y  $N$ , la población. Así,

se tiene:  $f_h = 0,068$

N : 5030 gestantes

n : 346 gestantes.

f :  $n/N = 0,068$

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	POBLACIÓN (N)	KSH	MUESTRA ( N )
C.S. METROPOLITANO	281	0,068	19
C.S. LA NATIVIDAD	127	0,068	9
C.S. BOLOGNESI	247	0,068	17
C.S. LEONCIO PRADO	245	0,068	17
C.S. AUGUSTO B. LEGUÍA	247	0,068	17
C.S. ALTO DE LA ALIANZA	276	0,068	19
C.S. LA ESPERANZA	224	0,068	16
C.S. CIUDAD NUEVA	417	0,068	29
P.S. CONO NORTE	159	0,068	11
P.S. INTIORKO	147	0,068	10
C.S. POCOLLAY	343	0,068	23
C.S. SAN FRANCISCO	1,033	0,068	70
P.S. LAS BEGONIAS	248	0,068	17
P.S. 5 DE NOVIEMBRE	303	0,068	21
P.S. VISTA ALEGRE	341	0,068	24
P.S. VIÑANI	392	0,068	27
<b>TOTAL</b>	<b>5030</b>		<b>346</b>

Se consideró los establecimientos de salud públicos de la Red de Salud Tacna de la Dirección Regional de Salud Tacna, de la localidad de Tacna, pues cuentan con la mayor concentración de gestantes esperadas. Se excluyó a los establecimientos rurales y a los puestos de salud urbanos como son: P.S. Hábitat, P.S. Ramón Copaja y P.S. Jesús María, por su bajo número de gestantes esperadas.

#### **4.3. CLASIFICACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

##### **4.3.1. Clasificación de las variables**

- **Variable independiente:** Factores

Por la función que cumple en la hipótesis: independiente

Por su naturaleza: activa

Por el método de estudio: cuantitativa

- **Variable dependiente:** Aseguramiento público

Por la función que cumplen en la hipótesis: dependiente

Por su naturaleza: pasiva

Por el método de estudio: cuantitativo

#### **4.3.2. Operacionalización de las variables**

- Criterios de inclusión: todas las gestantes que acudan a los establecimientos de salud del primer nivel de la Dirección Regional de Salud Tacna, a solicitar un seguro público.
- Criterios de exclusión: Gestantes que acudan a solicitar su aseguramiento público, que:
  - ✓ No deseen participar en el estudio.
  - ✓ Que se encuentren en estado de emergencia.
  - ✓ Gestante con discapacidad mental que no le permita contestar la encuesta.
- Unidad de Análisis: Se contaría con tres unidades de análisis:
  - ✓ Gestantes
  - ✓ Trabajadores de salud, responsables de la afiliación.

<b>Variables</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicador</b>	<b>Unidad/ Categorías</b>	<b>Escala</b>
<b><i>V. Independiente</i></b>				
Social	Edad	Grupo etario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 20 años.</li> <li>• 20-34 años</li> <li>• 35 a + años</li> </ul>	Ordinal
	Estado civil	Condición civil o conyugal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Divorciada</li> <li>• Conviviente</li> </ul>	Nominal
Educativo	Educación escolarizada y no escolarizada	Años de estudio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeta</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> </ul>	Ordinal
<b><i>Variable dependiente</i></b>				
Aseguramiento	Afiliación seguro	Afiliación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No afiliada</li> <li>• Afiliada</li> </ul>	Nominal
<b><i>Factores intervinientes</i></b>				
Oportunidad en la afiliación	Edad Gestacional	Semanas de gestación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1er Trimestre</li> <li>• 2do Trimestre</li> <li>• 3er Trimestre</li> </ul>	Ordinal, Razón intervalo
	Intentos para asegurarse	Veces que solicita el seguro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 vez</li> <li>• 2-3 veces</li> <li>• Más de 3 veces</li> </ul>	Ordinal
Factores asociados	Factores de Riesgo Asociados	Posibilidad de daño relacionado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin Riesgo</li> <li>• Enf. Hipertensiva del Embarazo</li> <li>• Hemorragia</li> <li>• Feto valioso</li> <li>• TBC</li> <li>• Otra Emergencia o urgencia</li> </ul>	Nominal
Servicio de Salud	Personal de Salud	Conocimiento del proceso de aseguramiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce</li> <li>• Desconoce</li> </ul>	Nominal

#### **4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

##### **4.4.1. Instrumentos de recolección de datos**

###### **4.4.1.1. Proceso de construcción de los instrumentos**

Sin duda, que la elaboración y validación de los instrumentos es fundamental, pues contribuye a la validez interna y externa de los resultados del estudio. En tal sentido, debido a que no se contaba con un cuestionario validado para recoger la información sobre los factores asociados al aseguramiento público subsidiado en gestantes y los conocimientos y actitudes del personal de salud, responsable de la afiliación en los establecimientos de salud, del primer Nivel en la Red de Servicios de Salud, fue necesario construirlos, basándose en la teoría sobre la variable. Posteriormente, se impuso el rigor metodológico para la construcción, validación y fiabilidad.

El proceso seguido para la construcción de los instrumentos, básicamente se concretó en los siguientes pasos:

- a. Se elaboró un plan previo, para describir el rasgo, actitud o contenido a medir (revisión de bibliografía).
- b. Se preparó el instrumento: i) Redacción de los reactivos y de las respuestas, los que debían ser estructuradas o cerradas ii) Preparación de las claves y/o valoración.
- c. Se determinó la forma de aplicación, la cual debía ser por escrito.

d. Para el presente trabajo, se usó como instrumento de recolección de datos, una encuesta aplicada a las gestantes y una lista de cotejo, de los procesos de aseguramiento.

En la encuesta aplicada a las gestantes, determinada por la muestra, se ha considerado, los principales rasgos sociales, económicos y culturales de la gestante, con el fin de lograr su caracterización epidemiológica, respecto a su aseguramiento; ya que estos datos nos permitirán además inferir la correlación de variables y su probable influencia, como son: la edad en la oportunidad de aseguramiento, nivel educativo, respecto al control pre natal precoz, etc. Entre los cuales se tiene:

- **Edad:** Considerando grupos etarios y factores de riesgo, se consideró que van desde los:
  - ✓ **Menores de 20 años:** determinando que se trata de adolescentes embarazadas.
  - ✓ **20-34 años:** etapa de vida joven.
  - ✓ **35 años a más:** etapa de vida adulto.

- **Estado civil:** el estado civil, por razones de soporte emocional, situación civil, posibilidad de contar con el seguro del cónyuge, etc.
- **Aseguramiento:** Se incluyó, si cuenta con otro seguro de salud; pues como sabemos el SIS, es exclusivo para población que no cuente con seguro de salud. Infiriendo la razón de no acceso al SIS en algunos casos.
- **Nivel educativo:** El nivel educativo ha sido considerado en la encuesta, a fin de relacionarlo con la cultura de prevención y aseguramiento, así como de la oportunidad en la búsqueda de atenciones preventivas.
- **Factor de riesgo agregado:** Se consideraron epidemiológicamente, las patologías más frecuentes en la gestación, en nuestra región a través de los últimos años, a fin de determinar si al momento de la misma la paciente contaba con cobertura de salud financiada por el estado o no.
- **Intentos de aseguramiento:** Esta determinará el grado de acceso al aseguramiento, su grado de dificultad; la cual brindará información valiosa, a fin de mejorar los procesos de aseguramiento regional.

#### **4.4.1.2. Proceso de validación de los instrumentos:**

- a. Se eligieron cinco expertos del tema del medio regional.
- b. Se les remitió el cuestionario, los mismos que dieron sus aportes validando los mismos.

#### **4.4.1.3. Proceso de aplicación de los instrumentos:**

- a. Se entrenaron profesionales obstetras para la aplicación de las encuestas para los diversos establecimientos de salud de primer nivel del Gobierno Regional de Tacna.
- b. Se distribuyeron a cada encuestadora, el número de encuestas según el muestreo del estudio.
- c. Se aplicaron las encuestas en las gestantes y las listas de chequeo, en los establecimientos de salud.

#### **4.4.1.4. Procesamiento de los instrumentos:**

- a. Se procesó la información vaciando a una data SPSS, de la cual se obtuvo la parte estadística programada.
- b. Se analizaron los resultados y de los *ítems*: i) Factores asociados a las gestantes ii) Conocimiento y características del personal responsable del aseguramiento en los establecimientos de salud iii)

Lista de chequeo en el equipamiento en las unidades de aseguramiento de los establecimientos de salud, del primer nivel de la Dirección Regional de Salud de Tacna.

- c. Se realizó un análisis complementario en función de la pertinencia de los instrumentos respecto a los objetivos de la investigación.
- d. Se valoró la extensión final de cada instrumento, los que se presentarían en dos carillas impresas, con un encabezado. Asimismo, se consideró consignar la garantía de confidencialidad. En el primer apartado se consignó los datos demográficos como edad, sexo y estado civil.

#### **4.4.1.5. Test de conocimientos sobre afiliación**

**a) El test de conocimientos y características del personal de salud:**

Está compuesto de 8 *ítems* y está diseñado para ser aplicado por el investigador.

- b) Lista de cotejo del equipamiento:** Compuesto por 6 ítems, en los que se considera el equipo informático, su velocidad de procesador, conectividad, etc.

## **4.5. PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

El procesamiento de los datos se automatizó con la utilización del software estadístico SPSS versión 18. Para el análisis univariado se utilizó tablas de frecuencias y para el análisis de bivariado se utilizó tablas de contingencia. Para el contraste de la hipótesis se recurrió a la prueba estadística de Chi cuadrado y T de Student para muestras independientes para distribuciones normales y U de Mann Whitney para distribuciones que no siguen una distribución normal<sup>28</sup>.

**4.5.1. Instrumento de recolección de datos:** Detallado en punto anterior.

**4.5.2. Técnica, método y procedimiento de recolección de datos:**

### **4.5.2.1. Método**

Se recurrió al método científico para el desarrollo *in extenso* de la investigación; el método hipotético deductivo ya que se parte de ocho hipótesis básicas y se deduce luego sus consecuencias y el método de la encuesta para la recolección de datos<sup>29</sup>.

### **4.5.2.2. Técnica**

Las técnicas utilizadas fueron las siguientes:

- **Técnica documental:** revisión documental para recopilar información sobre las bases teóricas del estudio del fenómeno.
  
- **Técnicas de campo:**
  - a) **Entrevista:** como técnica destinada a “obtener datos de las gestantes inmersas en el fenómeno en estudio. Para ello, se les realiza una encuesta y se anotan las respuestas en el cuestionario.” El listado se denomina cuestionario<sup>30</sup>.
  
  - b) **Lista de Cotejo o check list,** técnica en la que se registra o coteja características en el personal de salud y el equipamiento, usado en el aseguramiento de la gestante.

#### **4.5.2.3. Procedimiento**

- a. Se eligió las muestras por población de gestantes al año de estudio, estratificando por establecimiento de salud, según su población adscrita de gestantes.
  
- b. Se aplicó la encuesta al número de gestantes, según la muestra determinada por establecimiento de salud.
  
- c. Se procedió a evaluar, analizar y comparar a los grupos de gestantes aseguradas y no aseguradas.

- d. Se realizaron las comparaciones de los resultados en cuanto a las características inherentes a la gestante y su entorno.
- e. Se procedió a evaluar, analizar y comparar los resultados de las características del personal de salud responsable de la afiliación y del equipamiento en las unidades de seguros, en los establecimientos de salud.

## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS**

#### **5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES**

Este capítulo tiene como finalidad presentar el proceso que conduce a la demostración de la hipótesis; luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados.

##### **5.1.1. Cobertura de aseguramiento en gestantes**

**Tabla 1**

*Cobertura de aseguramiento en gestantes Diresa Tacna, 2014*

<b>ASEGURAMIENTO</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
NO ASEGURADA	224	64,74
ASEGURADA	122	35,26
Total	346	100,00

Fuente: Encuesta estudio.

### **Interpretación**

Según se observa en la tabla 1 y la Figura 1 que solo el 35,26 % de las gestantes tienen un seguro de salud, estando el otro 64,74 % sin un seguro de salud público, lo cual determina que 1 de cada 3 gestantes, estaría protegida por un seguro de salud y con prestaciones de salud garantizadas gratuitamente.

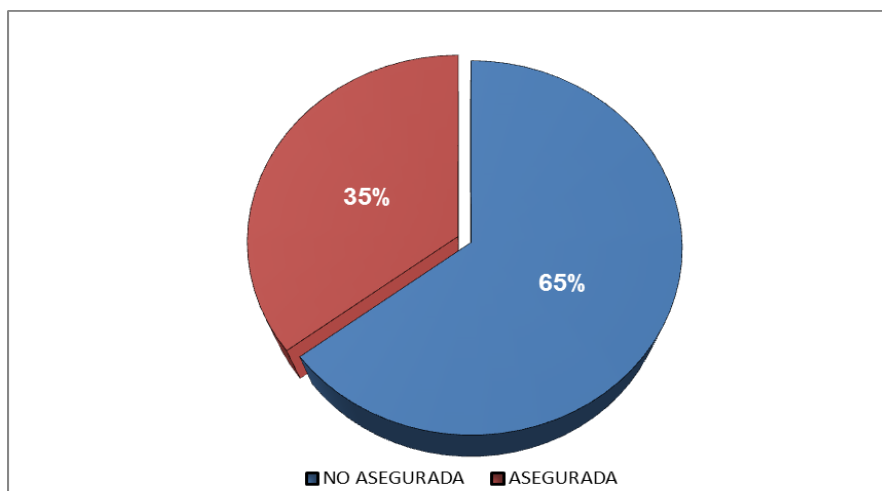


Figura 1: Porcentaje de Gestantes aseguradas en un seguro de salud, en la DIRESA Tacna, 2014.

Fuente: Encuesta estudio.

**Tabla 2**

*Cobertura de aseguramiento en gestantes por establecimiento de salud en la Diresa Tacna año 2014*

FACTOR DE RIESGO	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
SAN FRANCISCO	8	11,43	62	88,57	70	20,23
CIUDAD NUEVA	17	60,71	11	39,29	28	8,09
VIÑANI	1	3,70	26	96,30	27	7,80
VISTA ALEGRE	4	16,67	20	83,33	24	6,94
POCOLLAY	11	47,83	12	52,17	23	6,65
5 DE NOVIEMBRE	0	0,00	21	100,00	21	6,07
METROPOLITANO	2	10,53	17	89,47	19	5,49
ALTO DEL ALIANZA	17	89,47	2	10,53	19	5,49
BEGONIAS	7	38,89	11	61,11	18	5,20
BOLOGNESI	12	70,59	5	29,41	17	4,91
LEONCIO PRADO	14	82,35	3	17,65	17	4,91
LEGUIA	13	76,47	4	23,53	17	4,91
ESPERANZA	16	100,00	0	0,00	16	4,62
CONO NORTE	0	0,00	11	100,00	11	3,18
INTIORKO	0	0,00	10	100,00	10	2,89
NATIVIDAD	0	0,00	9	100,00	9	2,60
TOTAL	122	468,30	224	531,70	346	100,00

Fuente: Encuesta estudio.

## **Interpretación**

Según se observa en el tabla 2 se puede apreciar que 4 Establecimientos de Salud no afiliaron a las gestantes que solicitaron atención que son: C.S. La Natividad y los P.S. Cono Norte, Intiorko y 5 de Noviembre, y con el 96,30 % el P.S. Viñani.

Se evidencia, además, que el C.S. San Francisco, a pesar de la cantidad de gestantes adscritas a su jurisdicción tiene una baja cobertura de aseguradas. El C.S. La Esperanza afilió a la totalidad de las gestantes, seguido por el C.S. Alto de la Alianza (89,47 %) y el C.S. Leoncio Prado (82,35 %).

### 5.1.2. Factores sociales de las gestantes

**Tabla 3**

*Factores sociales de la gestante Diresa Tacna, 2014*

FACTORES SOCIALES	TOTAL	
	N°	%
<b>EDAD</b>		
Menor de 20 años	61	17,63
20-34 años	185	53,47
35 a mas	100	28,90
<b>TOTAL</b>	<b>346</b>	<b>100,00</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltera	62	17,92
Casada	42	12,14
Divorciada	1	0,29
Conviviente	241	69,65
<b>TOTAL</b>	<b>346</b>	<b>100,00</b>
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Analfabeta	1	0,29
Primaria	39	11,27
Secundaria	234	67,6
Superior	72	20,81
<b>TOTAL</b>	<b>346</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Encuesta estudio.

## **Interpretación**

Según se observa en el tabla 3, el 17,63 % de gestantes se encuentran comprendidos entre las edades de 12 y 19 años, como la más joven del grupo, el 53,47 % de las gestantes están entre los 20-34 años, la diferencia con el 28,9 % son mayores a 35 años, teniendo como rango de 13 a 43 años de edad, la Media 25,9 años, la Mediana 25 años, la Moda 19 años.

Según el Estado Civil, el 69,65 % son Convivientes o Unión Libre, 17,92 % Solteras y Casadas el 12,14 %.

De acuerdo al Grado de Instrucción, el 67,63 % tienen instrucción secundaria, 20,81 % educación superior y 0,29 % son analfabetas.

**Tabla 4**

*Aseguramiento según grado de instrucción Diresa Tacna, 2014*

GRADO DE INSTRUCCIÓN	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeta	1	0,29	0	0,00	1	0,003
Primaria	14	4,05	25	7,23	39	10,63
Secundaria	83	23,99	151	43,64	234	63,76
Superior	24	6,94	48	13,87	72	19,62
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>34,97</b>	<b>224</b>	<b>64,74</b>	<b>346</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Encuesta Estudio Prueba = $\chi^2$

### Interpretación

Según se observa en el tabla 4 y la Figura 2 se puede ver que el grupo predominante es el de gestantes con nivel secundario con un 67,8 %, seguida del 19,62 % de gestantes con nivel superior, manteniendo en cada grupo de gestantes la relación de una gestante asegurada, frente a dos no aseguradas, contraria a nuestra hipótesis de que a mayor grado de instrucción el porcentaje de aseguradas sería mayor. Con la prueba estadística de *Chi cuadrado* de Pearson se obtiene que la probabilidad de obtener un valor 1,965, con 3 grados de libertad es  $p = 0,58$ . Por lo tanto, el valor no es estadísticamente significativo, pues es mayor que 0,05.

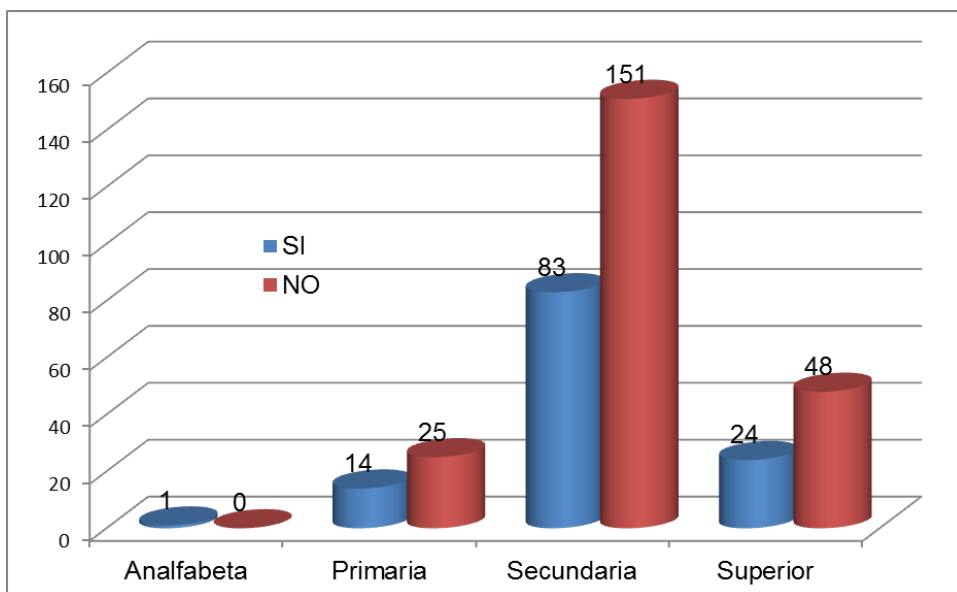


Figura 2: Aseguramiento de gestantes según grado de instrucción, Diresa Tacna, 2014.

Fuente: Encuesta estudio

**Tabla 5**

*Aseguramiento según grupo etario en la Diresa Tacna 2014*

GRUPO ETAREO	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
12-19 años	21	6,07	40	11,56	61	17,63
20-34 años	71	20,52	114	32,95	185	53,47
35 a mas	30	8,67	70	20,23	100	28,90
TOTAL	122	33,51	244	66,49	346	100,00

Fuente: Encuesta estudio. Prueba  $X^2=2,019$   $p = 0,3645$ .  $>0,05$

### **Interpretación**

Según se observa en el Tabla 5 y la Figura 3 se puede evidenciar que solo el 20,52 % de gestantes del grupo etario 20 a 34 años, cuenta con seguro, frente a un 32,95 %, de gestantes no aseguradas. Con la prueba estadística de *Chi cuadrado* de Pearson obtenemos que la probabilidad de obtener un valor 2,019 o mayor con 2 grados de libertad es  $p = 0,3645$ . Por tanto, el valor no es estadísticamente significativo, pues es mayor que 0,05.

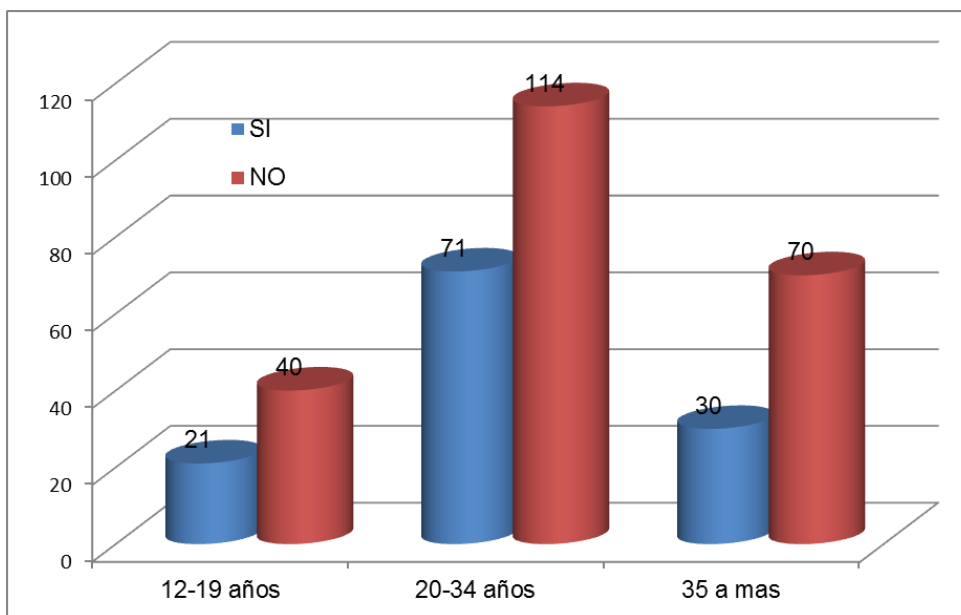


Figura 3: Número de gestantes aseguradas según grupo etario en la Diresa Tacna, 2014

Fuente: Encuesta estudio.

**Tabla 6***Aseguramiento según estado civil en la Diresa Tacna 2014*

ESTADO CIVIL	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	15	4,34	47	13,58	62	17,92
Casada	13	3,76	29	8,38	42	12,14
Divorciada	1	0,29	0	0,00	1	0,29
Conviviente	93	26,88	148	42,77	241	69,65
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>35,26</b>	<b>224</b>	<b>64,74</b>	<b>346</b>	<b>100,00</b>

Prueba X<sup>2</sup> Fuente: Encuesta estudio.**Interpretación**

Según se observa en la tabla 06 y la Figura 4 respecto al estado civil, se evidencia que casi las dos terceras partes de las gestantes con el 69,65 % son convivientes, seguidas del grupo de las solteras con 17,92 % y la diferencia con el 12,14 % en el grupo de las casadas, de este 69,65 % de gestantes que son convivientes, solo el 26,88 % cuentan con un seguro de salud en una relación de una asegurada por dos no aseguradas. Así mismo, se evidencia que del grupo de gestantes casadas, con la estabilidad social que conlleva un matrimonio, solo el 3,76 % cuenta con un seguro de salud. Según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2=6,671$ ) se muestra que el aseguramiento y el estado civil, presentó asociación estadística significativa ( $P<0,05$ ). Así mismo, se observa que las gestantes solteras sufren 2,2 mayor riesgo de no asegurarse respecto a la casadas ( $OR_{soltera/casada}=2,2$ ).

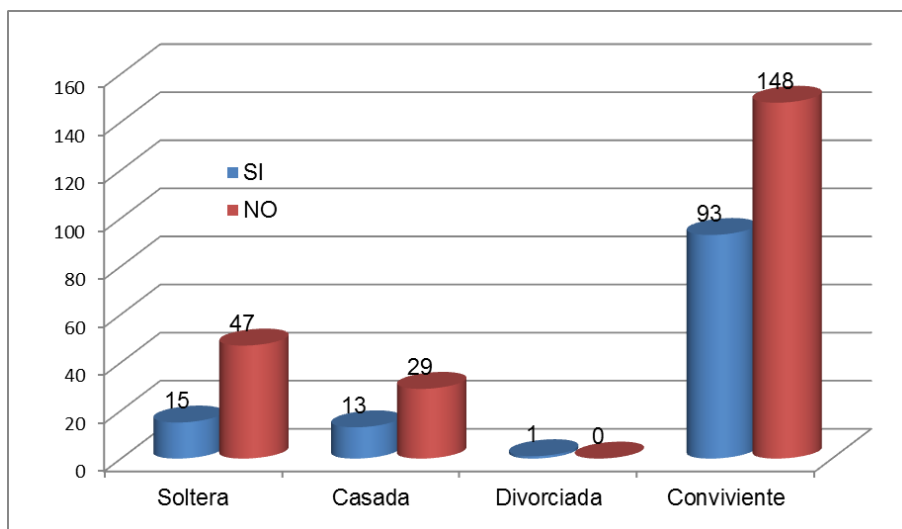


Figura 4: Aseguramiento de gestantes según estado civil en la Diresa Tacna, 2014.

Fuente: Encuesta estudio.

**Tabla 7***Aseguramiento según edad gestacional en la Diresa Tacna, 2014*

<b>EDAD GESTACIONAL</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
1 A 12 SEMANAS	15	<b>4,34</b>	37	<b>10,69</b>	52	<b>15,03</b>
13 A 28 SEMANAS	41	<b>11,85</b>	71	<b>20,52</b>	112	<b>32,37</b>
29 A 43 SEMANAS	66	<b>19,08</b>	116	<b>33,53</b>	182	<b>52,60</b>
<b>TOTAL</b>	122	35,26	224	64,74	346	100,00

Fuente: Encuesta Estudio Prueba = $\chi^2$  1,1065 p = 0,5751**Interpretación**

Según se observa en el tabla 07 y la Figura 5 se puede ver que el grupo predominante en los controles es en el último trimestre con más de la mitad de las gestantes asistentes; así mismo, se evidencia que solo el 15,03 % de gestantes del total, cursan el primer trimestre de gestación; siendo lo óptimo. Sobre la oportunidad en el aseguramiento, se evidencia que la brecha de aseguramiento se acorta a mayor edad gestacional, lo que evidencia el interés, por un seguro de salud, solo para el parto; perdiendo así la oportunidad en el aseguramiento, el cual debe de ser precoz: durante el primer trimestre de gestación. Con la prueba estadística de *Chi cuadrado* de Pearson obtenemos que la probabilidad de obtener un valor 1,1065 con 2 grados de libertad es p = 0,5751. Por tanto, el valor es no estadísticamente significativo.

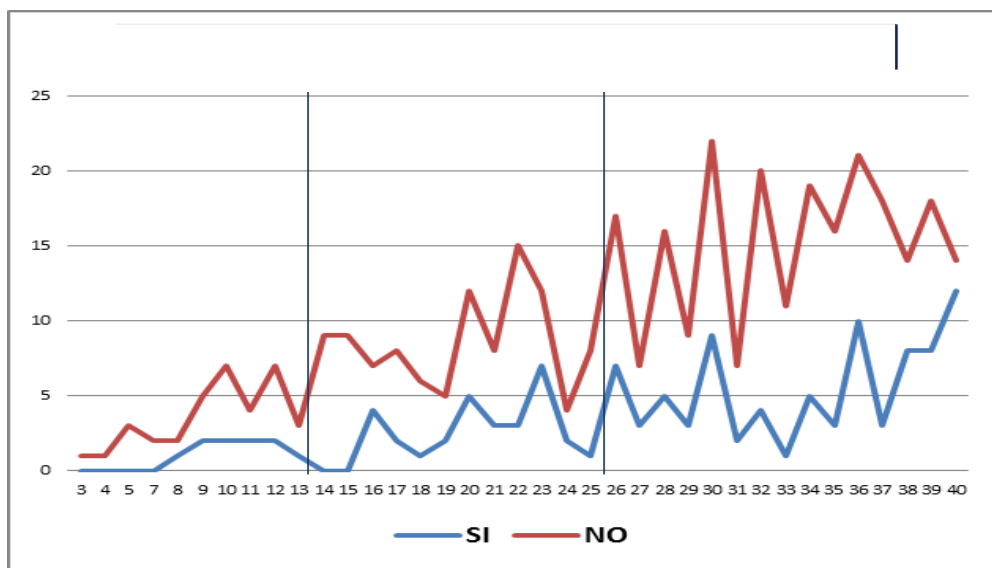


Figura 5: Aseguramiento de gestantes según edad gestacional en la Región Tacna año 2014.

Fuente: Encuesta estudio

**Tabla 8***Aseguramiento y factor de riesgo gestacional en la Diresa Tacna 2014*

FACTOR DE RIESGO	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SIN RIESGO	109	<b>31,50</b>	193	<b>55,78</b>	302	<b>87,28</b>
HIPERTENSION	2	<b>0,58</b>	1	<b>0,29</b>	3	<b>0,87</b>
HEMORRAGIA	7	<b>2,02</b>	8	<b>2,31</b>	15	<b>4,34</b>
FETO VALIOSO	2	<b>0,58</b>	7	<b>2,02</b>	9	<b>2,60</b>
TUBERCULOSIS	1	<b>0,29</b>	1	<b>0,29</b>	2	<b>0,58</b>
OTRA EMERGENCIA	1	<b>0,29</b>	14	<b>4,05</b>	15	<b>4,34</b>
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>35,26</b>	<b>224</b>	<b>64,74</b>	<b>346</b>	<b>100,00</b>

Prueba= $\chi^2$ 

Fuente: Encuesta estudio

**Interpretación**

Según se observa en el tabla 08 y la Figura 6, el 87,28 % de gestantes cursan la gestación sin un factor de riesgo gestacional agregado, se ve además que la relación no asegurada sin riesgo es de dos a una asegurada, mientras en el grupo con riesgo agregado esta relación es de casi tres sin seguro, frente a una sola con seguro. Según la prueba estadística Chi Cuadrado, se puede evidenciar que no hay relación significativa estadística.

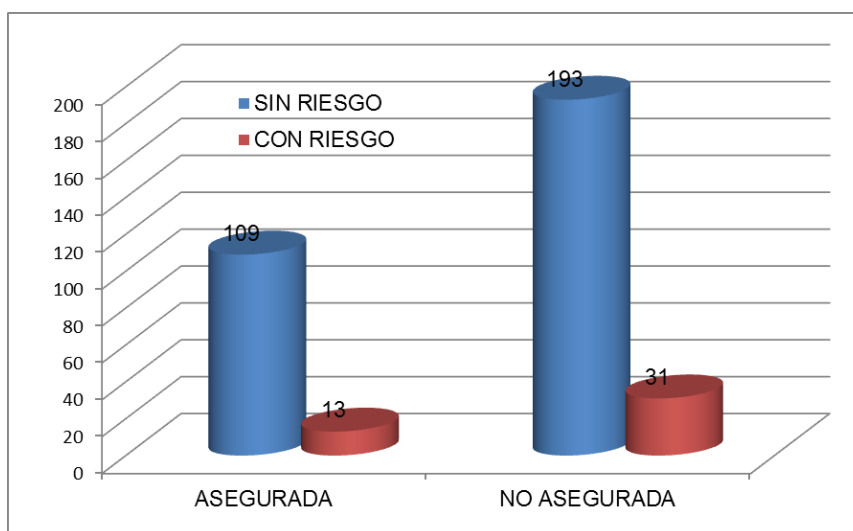


Figura 6: Aseguramiento de gestantes y su relación con factores de riesgo en la Diresa Tacna, 2014.

Fuente: Encuesta estudio

## 5.2. CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS DEL PERSONAL DE SALUD RESPONSABLE DEL PROCESO DE ASEGURAMIENTO.

**Tabla 9**

*Nivel de aseguramiento relacionado al conocimiento de los procesos de aseguramiento del personal de salud en la DIRESA Tacna 2014*

<b>ASEGURAMIENTO</b>	<b>DESCONOCE</b>	<b>CONOCE</b>	<b>Total</b>
NO ASEGURADA	198	26	224
ASEGURADA	6	116	122
<b>TOTAL</b>	<b>204</b>	<b>142</b>	<b>346</b>

Fuente: Encuesta estudio Prueba= $\chi^2$   $P < 0,05$ ), siendo  $P = 0,0000$ , donde  $OR = 147,23$ .

### Interpretación

Según se observa en el tabla 09 y la Figura 7, el 58,95 % del personal de salud responsable el aseguramiento, desconoce el proceso, teniendo el 41,05 % del personal que conoce este proceso; esto relacionado al aseguramiento; se encuentra que el 88 % de gestantes sin acceso al seguro gratuito, fueron atendidas por personal que desconocía este proceso, frente al 95 % de gestantes aseguradas, atendidas por personal que conoce este proceso, demostrando una fuerte vinculación; la cual es corroborada por la prueba estadística de Chi cuadrado de Pearson

que demostró una asociación estadística significativa ( $P < 0,05$ ), siendo  $P = 0,0000$ , donde  $OR = 147,23$ .

**FIGURA 7**

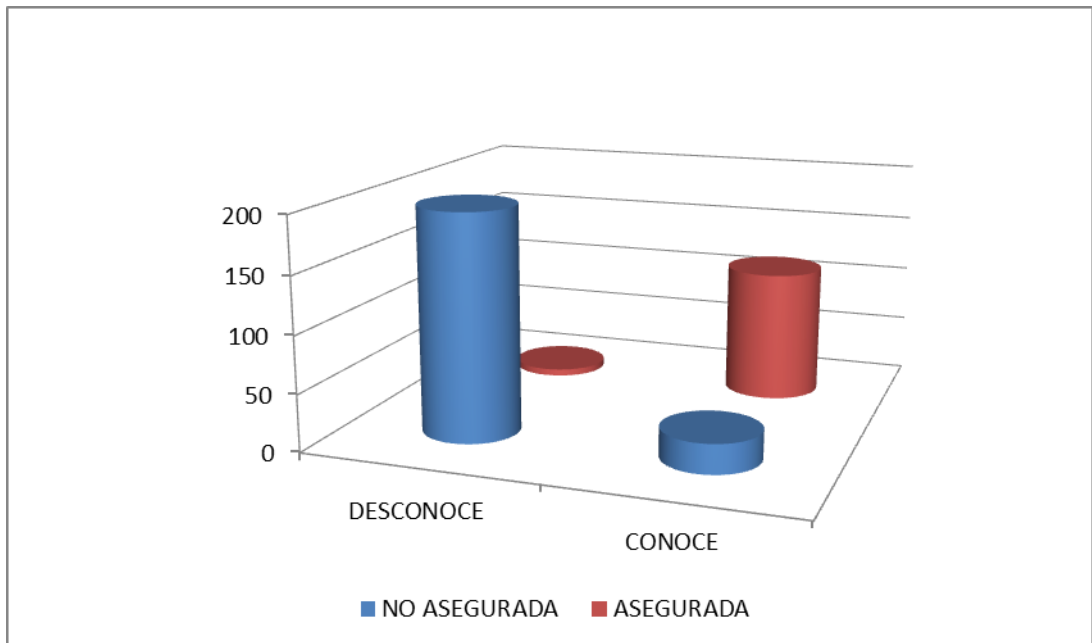


Figura 7: Aseguramiento de gestantes y su relación con el nivel de conocimiento de los procesos de aseguramiento en el personal de salud responsable del proceso en la Región Tacna año 2014.

Fuente: Encuesta estudio

**Tabla 10**

*Número de veces que la gestante solicitó el seguro integral de salud,  
Diresa Tacna - 2014*

SEGURO	FRECUENCIA DE SOLICITUD							
	UNA VEZ		2 A 3 VECES		4 VECES A MAS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>SI</b>	183	81,70	34	15,18	7	3,13	224	100,00
<b>NO</b>	94	77,05	26	21,31	2	1,64	122	100,00
<b>TOTAL</b>	277	80,06	60	17,34	9	2,60	346	100,00

Fuente: Encuesta estudio

### **Interpretación**

Según se observa en la tabla 10, el 80,06 % de las gestantes solicitaron el seguro por primera vez, teniendo el restante 19,94 %, de las gestantes que lo solicitaron entre dos a más veces. De las 277 gestantes que solicitaron por primera vez el aseguramiento público, el 183 (66,06 %) logró su propósito.

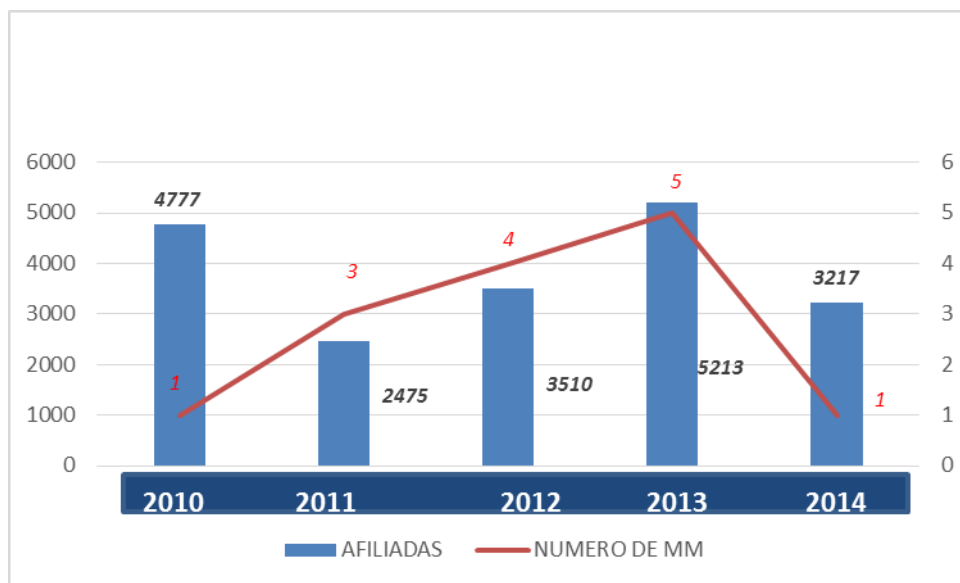


Figura 8: Número de gestantes afiliadas y muertes maternas del 2010 al 2014-DIRESA Tacna.

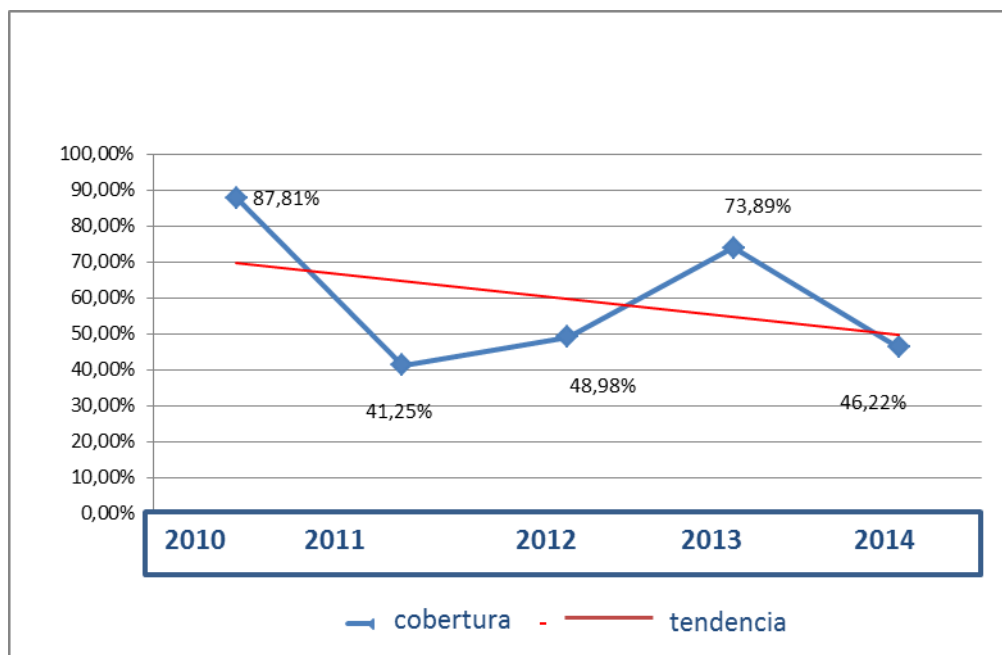


Figura 9: Cobertura y tendencia en el aseguramiento de gestantes Diresa Tacna, 2010-2014

## **5.3. PRUEBA DE HIPÓTESIS**

### **5.3.1. Primera hipótesis específica**

**H1: El porcentaje de gestantes aseguradas en un seguro subsidiado de salud, es mayor a las gestantes no aseguradas**

Al revisar los resultados, se observa que, las gestantes sin seguro de salud subsidiado por el estado son en mayor proporción a las que cuentan con seguro; la relación entre gestantes aseguradas y no aseguradas en una asegurada por dos no aseguradas, aceptándose la Hipótesis alterna.

**H<sub>0</sub>:** El porcentaje de gestantes no aseguradas es mayor al de las aseguradas.

**H<sub>1</sub>:** El porcentaje de gestantes aseguradas es mayor al de no aseguradas

### **5.3.2. Segunda hipótesis específica**

**H2: Los factores económicos y culturales se asocian significativamente en el aseguramiento de las gestantes en un seguro subsidiado de salud.**

Al revisar los resultados, vemos que no hay relación estadística significativa entre los factores sociales (edad), económicos (grado de pobreza) y culturales (grado de instrucción) aceptándose la Hipótesis nula

**H<sub>0</sub>:** Los factores sociales, económicos y culturales no se asocian significativamente al aseguramiento público de gestantes.

**H<sub>1</sub>:** Los factores sociales, económicos y culturales se asocian significativamente al aseguramiento público de gestantes.

### **5.3.3. Tercera hipótesis específica**

**H<sub>3</sub>: Los factores sociales: estado civil se asocian significativamente en el aseguramiento de las gestantes en un seguro subsidiado de salud.**

Al revisar los resultados, se encuentra una relación estadística significativa entre los factores sociales: estado civil y aseguramiento en salud de las gestantes, encontrándose que hay una fuerte asociación de producirse el evento de no aseguramiento en grupos de gestantes solas; por cuanto se comprueba la Hipótesis<sup>1</sup>, descartándose la hipótesis alterna.

**H<sub>0</sub>:** Los factores sociales: estado civil, no se asocian significativamente al aseguramiento público de gestantes.

**H<sub>1</sub>:** Los factores sociales: estado civil, se asocian significativamente al aseguramiento público de gestantes.

#### **5.3.4. Cuarta hipótesis específica**

**H<sub>4</sub>:** El grado de conocimiento del proceso de aseguramiento en personal de salud, responsable en este proceso, tiene relación al aseguramiento público de gestantes en un seguro de salud.

Al revisar los resultados, se encuentra una relación estadística significativa entre el grado de conocimiento del proceso de aseguramiento en el personal de salud y el aseguramiento en salud de las gestantes, encontrándose que hay una fuerte asociación de producirse el evento de no aseguramiento en grupos de gestantes atendidas por personal de salud, que desconocía este proceso por cuanto se comprueba la Hipótesis<sub>1</sub>, descartándose la nula.

**H<sub>0</sub>:** El nivel de conocimiento del proceso de aseguramiento del personal de salud, no se asocian significativamente al aseguramiento público de gestantes.

**H<sub>1</sub>:** El nivel de conocimiento del proceso de aseguramiento del personal de salud, se asocian significativamente al aseguramiento público de gestantes.

## **CAPÍTULO VI**

### **DISCUSIÓN**

Basados en los resultados, se encuentra que antes del estudio se tenía la percepción que la cobertura de aseguramiento en gestantes era alta; más si no se tiene valores basales regionales, considerados en estudios previos similares, por la falta de los mismos a nivel regional o nacional, que brinde información, tal como: el grado de acceso de las gestantes a los servicios de salud subvencionados por el estado, el perfil socioeconómico de las gestantes que acuden a los diferentes establecimientos de salud solicitando un seguro, el conocimiento del personal de salud responsable de aseguramiento de los procesos inherentes al mismo; concluimos en que la cobertura de aseguramiento es baja.

En el presente estudio, como en el de Vargas<sup>31</sup>, se encuentra que las principales barreras de acceso al aseguramiento se dan por la información que maneja y brinda el personal de salud, que atiende al paciente, pese al derecho que le asiste al paciente. Al igual que lo concluido en el estudio del INS de Colombia<sup>32</sup>, en el presente estudio, se ve que las barreras de acceso económico por falta de un seguro que

cobertura las prestaciones en salud, afecta la oportunidad de atención en la gestante; quien, óptimamente debería lograr su aseguramiento en el primer trimestre de gestación.

Los resultados de aseguramiento en gestantes son similares entre el presente estudio y los encontrados por Saavedra B<sup>33</sup> en el cual evalúan si el aseguramiento público mejora el acceso a los servicios de salud; se puede ver que del 61,4 % de gestantes sin seguro de salud público en el año 2000, se redujo al 30,4 % en el año 2012 en la país de México, se observa que en el presente estudio, las coberturas de gestantes aseguradas son del 35,26 % en nuestra región en el año 2013.

Es importante también resaltar que los resultados de este estudio, difieren a los obtenidos por Parodi<sup>4</sup>, en el cual se determina que el 66,8 % de las gestantes del Perú durante el año 2005, se encuentran aseguradas en el Seguro Integral de Salud; siendo dos tercios de la población con cobertura, sin embargo, en el presente estudio, se tiene los dos tercios de la población sin cobertura de aseguramiento subsidiado por el Estado.

También se puede evaluar entre las causas de no aseguramiento de las gestantes, las diferencias encontradas con el estudio de Catacora<sup>34</sup>

que determina que las causas para que las gestantes no se aseguren en el Seguro Integral de Salud están la percepción de no cobertura financiera en casi un 50 % de la muestra, a diferencia del presente estudio, en el cual se ve que todas las gestantes solicitaron acceder al SIS, por primera vez el 80,01 % y de dos a más oportunidades el 19,99 %.

Así mismo, los resultados de este estudio tienen coincidencias, de los encontrados, en la “Evaluación del efecto del SIS en los indicadores de salud pública”<sup>9</sup>, respecto al nivel de cobertura creciente en los años del 2006 al 2009, del 15,4 al 33,8 % de la población nacional, ya que se puede comprobar que el aseguramiento del grupo de gestantes llega al 35,26 %, siendo cifras similares. Por otra parte, difieren en el aspecto de la relación entre el financiamiento atendido por el SIS y su efecto en la disminución de la muerte materna; en cifras nacionales se puede ver que disminuyeron de 596 a 469 muertes maternas, en los años 2005 al 2009, en nuestra región las muertes maternas en el último quinquenio previo al presente estudio, se han incrementado de 2 muertes en el 2009 a 5 muertes maternas en el 2013.

En los resultados obtenidos, de una población de gestantes mayoritaria, sin seguro de salud subsidiado por el Estado, se puede inferir

que el estado no está cumpliendo con los objetivos de la Ley N° 29344<sup>28</sup> “Ley de Aseguramiento en Salud”, donde se considera garantizar el pleno derecho de toda la población a la seguridad social del país; priorizando a los grupos vulnerables y de riesgo social; en este tenor, el MINSA como órgano rector y los Gobiernos Regionales; como órganos ejecutores, no están cumpliendo sus roles a cabalidad.

Los resultados de este estudio no concuerdan con el Estudio de Janice Seinfeld & otros<sup>27</sup>, en el cual las causas de no afiliación de la población, en zonas pobres (no se considera en el estudio a Tacna), son la falta del documento de identidad por parte del solicitante y falta de infraestructura en los servicios de salud; pues en el presente estudio, se encontró la condición civil de la gestante y el conocimiento del proceso del personal de salud “asegurador”, como factores influyentes en el proceso, donde mayoritariamente no gozan de este beneficio.

En el presente estudio, se trabajó aplicando fichas o encuestas tanto a gestantes, como al personal de salud responsable del aseguramiento en cada establecimiento de salud, lográndose determinar que el principal problema en el aseguramiento de las gestantes es la atención tardía del CPN, la no elegibilidad SISFOH, su trámite tardío de

aseguramiento, la misma que determinan una gran población de gestantes no aseguradas, las cuales serán potenciales muertes maternas y futuras muertes perinatales del producto, de presentarse patologías concomitantes durante la gestación y de requerir madre o recién nacido tratamientos de alto costo.

## **CONCLUSIONES**

### **Primera**

Los factores estado civil y desconocimiento de los procesos pertinentes se asocian con el aseguramiento público subsidiado en las gestantes de la DIRESA Tacna en el 2014.

### **Segunda**

Los establecimientos de salud tienen bajas coberturas de afiliación de las gestantes adscritas a su jurisdicción, principalmente los establecimientos de salud 5 de noviembre, Cono Norte, Intiorko y Natividad con 100 %, de no afiliación y el C.S. San Francisco con un 88,57% de no afiliación.

### **Tercera**

No existe relación estadísticamente significativa, entre el nivel educativo de la gestante, con el aseguramiento público en salud, teniendo el 67,63 % del total de gestantes con o sin acceso al aseguramiento con secundaria completa ( $P > 0,05$ ).

#### **Cuarta**

No existe relación estadísticamente significativa entre los factores económicos y el aseguramiento público en salud de las gestantes ( $P > 0,05$ ).

#### **Quinta**

Existe relación significativa entre el estado civil de la gestante y el aseguramiento público en salud en los establecimientos de salud de la Región Tacna ( $P < 0,05$ ).

#### **Sexta**

No existe relación significativa entre los factores de riesgo en el embarazo y el aseguramiento público de la gestante ( $P > 0,05$ ).

#### **Séptima**

Existe una relación significativa entre el desconocimiento de los procesos de aseguramiento por parte del personal con el aseguramiento público en salud en los establecimientos de salud de la Región Tacna ( $P < 0,05$ ).

#### **Octava**

El aseguramiento público de la gestante no es oportuno, en razón a que se da mayormente en el último trimestre de la gestación (52,60 %).

## **RECOMENDACIONES**

### **Primera**

Se recomienda a las autoridades de salud de la DIRESA Tacna, implementar campañas, entre otras estrategias, de aseguramiento dirigido a gestantes.

### **Segunda**

Se sugiere a las autoridades de salud, implementar un sistema de capacitación y evaluación constante para el personal de salud responsable de los procesos de aseguramiento de la población.

### **Tercera**

A las autoridades de la DIRESA Tacna, se sugiere la realización de campañas de aseguramiento masivas sectorizadas, cíclica, que permita captar gestantes oportunamente.

### **Cuarta**

A los directivos y personal responsable del aseguramiento público subsidiado de la DIRESA Tacna, se sugiere aplicar las normas de aseguramiento recientes con la afiliación masiva en la población blanco ,

independientemente de su evaluación socio económica y categorización de pobreza; debiendo considerarse el Padrón General de Hogares, para los fines de aseguramiento.

#### **Quinta**

Al personal profesional de saludo, se recomienda iniciar investigación de carácter científico y operativo sobre el aseguramiento público, atención prenatal oportuna y precoz, indicadores sanitarios sobre aseguramiento, etc.

#### **Sexta**

Que los resultados del presente estudio sean sustrato para la toma de decisiones que implementen mayores estrategias de aseguramiento en la región.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud del Perú. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015. Lima, Perú, 2009.
2. Del Carpio Ancaya L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30(3): 461-4.
3. Misas, Juan Diego. Una Aproximación Teórica Práctica Para El Costeo De Cánita En Paquetes De Salud. Universidad del Rosario- Facultad de Economía, Colombia, 2013. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4844/79803024-2013.pdf?sequence=3>
4. Parodi, S. 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. Grupo de Análisis para el Desarrollo- GRADE. Economía y Sociedad 66, CIES, diciembre 2007. Ps 30-36. Tomado de: <http://old.cies.org.pe/files/ES/bol66/04-parodi.pdf2004>

5. Laurell, Asa Cristina. Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2013. E-Book. ISBN 978-987-1891-70-2.
6. Ferreira, B. Características del Control Prenatal en las Embarazadas Adolescentes. Montevideo –Uruguay. 2006 Informe de Salud sobre la equidad Atención de Salud para Los más Pobres.
7. Becerril Montekio, Víctor, Medina, Guadalupe, Aquino, Rosana, Sistema de salud de Brasil. Salud Pública de México [en línea] 2011, 53 (Sin mes). Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619779008>> ISSN 0036-3634.
8. Gobierno de la República de Bolivia, Ministerio de Justicia- BOLIVIA, Informe de Progreso: Un mundo apropiado para los niños 2002-2006 realizado por el Gobierno de la República Pluricultural de Bolivia. La Paz Bolivia, 2007. Disponible en: [https://www.unicef.org/worldfitforchildren/files/Bolivia\\_WFFC5\\_Report.pdf](https://www.unicef.org/worldfitforchildren/files/Bolivia_WFFC5_Report.pdf)
9. Seguro Integral de Salud (S.I.S.). Evaluación del efecto del Seguro Integral de Salud en los indicadores de salud pública y gasto de bolsillo periodo 2002-2009. Gerencia de operaciones, 2011. Disponible en:

[http://www.sis.gob.pe/Portal/publicaciones/Consolidado\\_Informe\\_2002-2009\\_07\\_02\\_2011.pdf](http://www.sis.gob.pe/Portal/publicaciones/Consolidado_Informe_2002-2009_07_02_2011.pdf)

10. Defensoría del Pueblo. Atención de Salud para los más pobres. Informe N° 120. Primera Edición. Lima –Perú, mayo de 2007. Disponible en: <http://www.defensoria.gob.pe/informes-publicaciones.php>
11. Santos, S. Factores que limitan la cobertura de gestantes controladas afiliadas al seguro integral de salud, en el Centro de Salud Sesquicentenario Callao – Perú 2014. TESIS para optar el grado de MAGISTER EN SERVICIOS DE SALUD. Universidad Cesar Vallejo Callao-Perú. 2005. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/6610>
12. Munares, F. Estudio sobre la calidad del Control Pre Natal en establecimientos de salud del primer nivel. Lima. TESIS para optar el grado de MAGISTER EN SALUD PÚBLICA. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. 2005. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1771/1/Munares\\_go%281%29.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1771/1/Munares_go%281%29.pdf)
13. Navarro, J. Factores de Riesgo para el inicio tardío en la atención pre natal en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Centro

- de Salud Leonor Saavedra. Enero a marzo 2013. Lima. 2013. para optar el grado de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayo de San Marcos, Lima-Perú. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4194>
14. Chaw I. Aseguramiento Universal Perú año 2012. Lima Perú, 2013. Disponible en: <http://slideplayer.es/slide/1106292/>
15. Montalvo P, Galdos O. El efecto del Seguro Integral de Salud, sobre los Indicadores Materno Perinatales en Tacna, en los años 2002 al 2004. 2005.
16. Avalos GI. Nivel de satisfacción de la Atención prenatal Y su relación con la condición de aseguramiento en gestantes del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2012. Cientifi-k 1(1), 2013. pp 36-44. Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/CIENTIFI-K/article/view/344/232>
17. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud. Normas Legales Peruanas. 2002. Disponible en <http://diariooficial.elperuano.pe/>
18. Decreto Supremo N° 034-2008. Normas Legales Peruanas. 2008. Disponible en <http://diariooficial.elperuano.pe/>
19. Resolución Ministerial 207-2009 MINSa. Normas Legales Peruanas. 2009.
20. Resolución Jefatural 202-2009 SIS. Seguro Integral de Salud. 2009.

21. Organización Mundial de la Salud. Gestación. 2012.
22. Resolución Ministerial 827-2013 MINSA, Norma Técnica para la Atención Integral de la Gestante. Normas Legales Peruanas.2009. Su modificatoria: R.M.159-2014-MINSA.
23. Ley N° 29626, Ley del Presupuesto Público. Normas Legales Peruanas. 2011. Disponible en <http://diariooficial.elperuano.pe/>
24. Decreto Supremo N° 183-2010-EF. Normas Legales Peruanas. 2008. Disponible en <http://diariooficial.elperuano.pe/>
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Estado de la Población Peruana. Perú, 2014.
26. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia.
27. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13 (27): 242-265.
28. Seinfeld, Janice & Fortalecimiento del Rol Rector de la SUNASA. 2014
29. Ley N° 29344, Ley de Aseguramiento Universal, publicado en el Diario El Peruano el 06 de noviembre del 2014. Disponible en <http://diariooficial.elperuano.pe/>
30. Sadler, A. y col. Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la prevención del Embarazo Adolescente. Ministerio de Salud de Chile. 2011. DOI: 10.13140/RG.2.1.3968.6889. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/281101099\\_Estudio\\_Barreras\\_de\\_Acceso\\_a\\_los\\_Servicios\\_de\\_Salud\\_para\\_la\\_Prevenccion\\_del\\_Embarazo\\_Adolescente\\_en\\_Chile](https://www.researchgate.net/publication/281101099_Estudio_Barreras_de_Acceso_a_los_Servicios_de_Salud_para_la_Prevenccion_del_Embarazo_Adolescente_en_Chile)

31. Herrera, J y Cozzubo, A. Pobreza, desigualdad y Políticas Sociales Balance 2011-2016. PUCP. Lima 2014. Disponible en: [http://cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/balance\\_y\\_agenda\\_javier\\_herrerayac\\_0.pdf](http://cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/balance_y_agenda_javier_herrerayac_0.pdf)
32. Vargas, I. Barreras en el Acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. Bellaterra 2009. Tesis para optar el grado de doctor Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en : [https://books.google.com.pe/books?id=trzDgkuTp4sC&pg=PA253&lpg=PA253&dq=barreras+de+acceso+a+la+atención+-ingrid+vargas+lorenzo&source=bl&ots=Z\\_cbhV](https://books.google.com.pe/books?id=trzDgkuTp4sC&pg=PA253&lpg=PA253&dq=barreras+de+acceso+a+la+atención+-ingrid+vargas+lorenzo&source=bl&ots=Z_cbhV)
33. Instituto Nacional de Colombia, Factores que afectan el acceso y la utilización de servicios de atención prenatal estudio cualitativo en veinte departamentos. Colombia 2011-.2012. Disponible en :<http://sinergiasong.org/cajasdeherramientas/prenatal/vinculos/ref9-Barreras-de-Acceso.pdf>
34. Saavedra, B. ¿El aseguramiento Público en salud, mejora la cobertura de los servicios?, México, 2012. Tomado de:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342016000500561](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000500561)

35. Catacora, I. Estudio de Servicio de salud materna en el hospital General de Jaén, brindado a través del Seguro Integral de Salud, análisis desde el enfoque intercultural año 2012. Para optar el grado de Magister en Gerencia Social. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Tomado de:

[http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5907/CATACORA\\_ISABEL\\_PASTOR\\_SONIA\\_ESTUDIO\\_JAEN.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5907/CATACORA_ISABEL_PASTOR_SONIA_ESTUDIO_JAEN.pdf?sequence=1)

36. D.L. 1164-2013. "Decreto Legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado." Publicado el 10 de diciembre del 2013. Ministerio de Salud del Perú.

Disponible en:

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1164.pdf>

# **ANEXOS**

**“Factores Asociados al Aseguramiento Público de  
Gestantes en Tacna 2014”**

EESS:

CÓDIGO:

**FACTORES**

1. Edad:
  - a. 13-19 años ( )
  - b. 20-29 años ( )
  - c. 30 a + años ( )
2. Edad Gestacional:
  - a. 1-13 semanas, 1er trimestre ( )
  - b. 14-28 semanas, 2do trimestre ( )
  - c. 29 a más 3er Trimestre ( )
3. Estado civil:
  - a. Soltera ( )
  - b. Casada ( )
  - c. Divorciada ( )
  - d. Conviviente ( )
4. Nivel educativo
  - a. Analfabeta ( )
  - b. Primaria ( )
  - c. Secundaria ( )
  - d. Superior ( )
5. Factor de Riesgo agregado
  - a. enfermedad hipertensiva del embarazo ( )
  - b. hemorragias en el embarazo ( )
  - c. feto valioso ( )
  - d. PAT: paciente afectado de tuberculosis ( )
  - e. emergencia o urgencia ( )
  - f. Otra emergencia ( )

**ASEGURAMIENTO**

6. Cuenta con otro seguro de salud
  - a. ( ) no
  - b. ( ) si , indique cual ( )

7. Numero de intentos de aseguramiento
- a. Primera vez que lo solicita ( )
  - b. Dos a tres veces ( )
  - c. Más de tres veces ( )

### TEST

#### **PERSONAL DE SALUD:**

Conoce el proceso de aseguramiento

- a. Requisitos de afiliación: solo DNI ( )
- b. Maneja correctamente el SISFOH ( )
- c. Maneja correctamente el SIASIS ( )

Conoce

- SI ( ) cumple con tres ítems
- NO ( ) cumple con dos ítems o menos

<sup>1</sup> Las cifras de muerte materna en nuestra región se llegaron a quintuplicar, durante el año 2017.

---

<sup>i</sup> El estado evaluando la importancia de la afiliación en gestantes, dicta el D.L.1164-2013, Publicado el 20 de diciembre de 2014, en el cual se decreta la afiliación automática al SIS a gestantes que no cuenten con otro seguro de salud; la pre citada norma, entra en vigencia el 01 de enero de 2015<sup>35</sup>.