



UNAP



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y DE NEGOCIOS

ESCUELA PROFESIONAL DE CONTABILIDAD

TESIS

**“EL ACCESO AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON
LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN LORETO, AÑO 2019”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CONTADOR PÚBLICO**

PRESENTADO POR:

ALBERTO WILBER FLORES CHAVEZ

ASESOR:

CPC. JOSÉ RICARDO YOUNG GONZALES, Mg.

IQUITOS, PERÚ

2022



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y DE NEGOCIOS
FACEN
"COMITÉ CENTRAL DE GRADOS Y TÍTULOS"



ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS N°097-CCGyT-FACEN-UNAP-2022

En la ciudad de Iquitos, a los **06** días del mes de **setiembre** del año 2022, a horas: **05:00 p.m.** se dio inicio haciendo uso de la **plataforma Zoom** la sustentación pública de la Tesis titulada: "**EL ACCESO AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN LORETO, AÑO 2019**", autorizado mediante **Resolución Decanal N°1609-2022-FACEN-UNAP** presentado por el Bachiller en Ciencias Contables **ALBERTO WILBER FLORES CHAVEZ**, para optar el Título Profesional de **CONTADOR PÚBLICO** que otorga la UNAP de acuerdo a Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

El Jurado calificador y dictaminador está integrado por los siguientes profesionales:

CPC. ABELARDO LENER TUESTA CÁRDENAS, Dr.	(Presidente)
CPC. LLOID ALEX RODRIGUEZ ICOMENA, Mg.	(Miembro)
CPC. ROLAN RAMIREZ GOMEZ, Mg.	(Miembro)

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas: **ACEPTABLEMENTE**

El jurado después de las deliberaciones correspondientes, arribó a las siguientes conclusiones: La Sustentación Pública y la Tesis han sido: **APROBADAS** con la calificación **BUENA (15)**.

Estando el Bachiller apto para obtener el Título Profesional de Contador Público.

Siendo las **06:40 p.m.** del **06** de **setiembre** del 2022, se dio por concluido el acto académico.

CPC. ABELARDO LENER TUESTA CÁRDENAS, Dr.
Presidente

CPC. LLOID ALEX RODRIGUEZ ICOMENA, Mg.
Miembro

CPC. ROLAN RAMIREZ GOMEZ, Mg.
Miembro


CPC. JOSÉ RICARDO YOUNG GONZALES, Mg.
asesor

Somos la Universidad licenciada más importante de la Amazonia del Perú, rumbo a la acreditación

Calle Nanay N°352-356- Distrito de Iquitos – Maynas – Loreto
<http://www.unapiquitos.edu.pe> - e-mail: facen@unapiquitos.edu.pe
Teléfonos: #065-234364 /065-243644 - Decanatura: #065-224342 / 944670264




JURADO Y ASESOR



CPC. ABELARDO LENER TUESTA CÁRDENAS, Dr.
Presidente
MATRICULA N°10-0180



CPC. LLOID ALEX RODRIGUEZ ICOMENA, Mg.
Miembro
MATRICULA N°10-0869



CPC. ROLAN RAMIREZ GOMEZ, Mg.
Miembro
MATRICULA N° 10-966



CPC. JOSÉ RICARDO YOUNG GONZALES, Mg.
Asesor
MATRICULA N°10-0927

DEDICATORIA

Mi madre que me acompaña desde el cielo y a mi hija que tanto amo, quienes fueron mi motivación para dar este paso en mi vida.

AGRADECIMIENTO

Dios a mi padre, mi esposa y hermanos que siempre están conmigo cuando más los necesito.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
JURADO Y ASESOR	iii
DEDICATORIA	iv
ÍNDICE GENERAL	vi
INDICE DE TABLAS	viii
INDICE DE FIGURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	5
1.1 Antecedentes	5
1.2 Bases teóricas	9
1.3 Definición de términos básicos	13
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	16
2.1 Formulación de la hipótesis	16
2.2 Variables y definiciones operacionales	16
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	20
3.1 Diseño metodológico	20

3.2	Diseño muestral	21
3.3	Procedimientos de recolección de datos	22
3.4	Procesamiento y análisis de datos	23
3.5	Aspectos Éticos	24
	CAPÍTULO IV: RESULTADOS	25
	CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	44
	CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	46
	CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES	48
	CAPITULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN	50
	ANEXOS	
	01: Matriz de consistencia	
	02: Instrumento de recolección de datos	

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Estadísticas descriptivas de la variable ingreso mensual neto de acuerdo a las categorías de la variable Informalidad.	26
Tabla 2: Estadísticas descriptivas de la variable ingreso mensual neto de acuerdo a las categorías de la variable Sexo.	27
Tabla 3: Estadísticas descriptivas de la variable gasto anual de acuerdo a las categorías de la variable Informalidad.	29
Tabla 4: Estadísticas descriptivas de la variable gasto anual de acuerdo a las categorías de la variable Sexo.	30
Tabla 5: Estadísticas descriptivas de la variable horas de trabajo a la semana de acuerdo a las categorías de la variable Informalidad.	32
Tabla 6: Estadísticas descriptivas de la variable horas de trabajo a la semana de acuerdo a las categorías de la variable Sexo.	32
Tabla 7: Estadísticas descriptivas de la variable años de escolaridad de acuerdo a las categorías de la variable Informal.	34
Tabla 8: Estadísticas descriptivas de la variable años de escolaridad de acuerdo a las categorías de la variable Sexo	35
Tabla 9: Estadísticas descriptivas de la variable Seguro Integral de salud de acuerdo a las categorías de la variable Informalidad.	37
Tabla 10: Resultados del modelo Logit	39
Tabla 11: Efectos marginales del modelo Logit	39
Tabla 12: Matriz de Confusión	43

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Distribución de los ingresos mensuales netos de los individuos de la región de Loreto.	28
Figura 2: Distribución de los gastos anuales de los individuos de la región de Loreto.	31
Figura 3: Distribución de las horas de trabajo a la semana de los individuos del region de Loreto.	33
Figura 4: Gráfico de caja de la distribución de las horas de trabajo a la semana de los individuos del region de Loreto.	33
Figura 5: Gráfico de caja de la distibucion de años de escolaridad de los habitantes de los individuos del región de Loreto.	35
Figura6: Curva ROC del modelo Logit	43

RESUMEN

La presente investigación, titulada: “El acceso al seguro integral de salud y su relación con los factores socioeconómicos en Loreto 2019”, tiene como objetivo analizar el impacto de los factores socioeconómicos como el nivel de ingreso, el nivel de gasto, las horas de trabajo, el pertenecer al sector formal e informal, el ser pobre o no pobre, los años de educación y el sexo de los individuos en el acceso al seguro integral de salud de la Región de Loreto.

Actualmente el SIS se ha puesto a la cabeza en la obtención de determinados tipos de seguros, pasando del 14,9% en 2004 al 46,3% en 2016, y alcanzó el 81% del total de asegurados en 2020. En Loreto, tenemos una situación similar, según datos del INEI, la población con algún tipo de seguro médico era 25,8% en 2004 y 74,5% en 2019. Por lo que el propósito principal de este estudio es señalar qué factores socioeconómicos son los determinantes del acceso al seguro integral de salud en la región de Loreto, durante el 2019 y el impacto de cada una de estas variables en el acceso al SIS.

Esta investigación es de carácter causal cuantitativo no experimental, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) para la estimación de un modelo de variable dependiente binaria de agrupación de datos, específicamente un modelo Probit.

Palabras Clave: Seguro Integral de Salud, Factores Socioeconómicos, Salud, Cobertura universal.

ABSTRACT

The present investigation, entitled: "Access to comprehensive health insurance and its relationship with socioeconomic factors in Loreto 2019", aims to analyze the impact of socioeconomic factors such as income level, spending level, hours of work, belonging to the formal and informal sector, being poor or not poor, years of education and gender of individuals in access to comprehensive health insurance in the Loreto Region.

Currently, the SIS has taken the lead in obtaining certain types of insurance, going from 14.9% in 2004 to 46.3% in 2016, and reached 81% of the total number of insured in 2020. In Loreto, we have a similar situation, according to INEI data, the population with some type of medical insurance was 25.8% in 2004 and 74.5% in 2019. Therefore, the main purpose of this study is to point out which socioeconomic factors are the determinants of access to comprehensive health insurance in the Loreto region, during 2019 and the impact of each of these variables on access to the SIS.

This research is of a non-experimental quantitative causal nature, using data from the National Household Survey (ENAHU) for the estimation of a binary dependent variable model of data grouping, specifically a Probit model.

Keywords: Comprehensive Health Insurance, Socioeconomic Factors, Health, Universal coverage.

INTRODUCCIÓN

El Seguro Integral de Salud (SIS) es la Agencia de Fiscalización Pública (OPE) del Ministerio de Salud. Fue implementado en el gobierno del presidente Alejandro Toledo en 2002, su propósito es proteger la salud de los peruanos sin seguro médico, principalmente a grupos vulnerables que viven en pobreza y pobreza extrema. Este tipo de seguro se rige por la Ley Marco del Seguro Nacional de Salud promulgada en 2009 y forma parte de los objetivos de desarrollo del gobierno, (Wilson, Velásquez y Ponce, 2009). A nivel nacional, el acceso a los servicios médicos ha mejorado significativamente a lo largo de los años. En términos de cobertura, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 46,3% de la población recibió algún tipo de servicio médico en 2016. Seguro de salud: para 2023, este indicador aumentará al 97%, este es un gran paso adelante en términos de objetivos de gobernanza.

El SIS se ha puesto a la cabeza en la obtención de determinados tipos de seguros, pasando del 14,9% en 2004 al 46,3% en 2016, y alcanzó el 81% del total de asegurados en 2020. En Loreto, tenemos una situación similar, según datos del INEI, la población con algún tipo de seguro médico era 25,8% en 2004 y 74,5% en 2019.

Cabe señalar que el SIS cuenta con dos tipos de seguro, el "seguro gratuito", que está dirigido a los pobres y extremadamente pobres, se obtiene mediante evaluación socioeconómica (subsidio completo), y no hay límite de edad. acceso, y otro seguro de "menor costo", para este último, las personas con capacidad de pago limitada pueden afiliarse. El período de inscripción y

perpetuidad de este seguro es de 65 años. En este punto, es necesario señalar la definición de pobreza y pobreza extrema, establecida de la siguiente manera según el INEI, la pobreza se mide según el método monetario y el gasto se utiliza como indicador para medir el bienestar. Por lo tanto, para medir la pobreza debe existir un valor mínimo de canasta de alimentos y no alimentos. Este valor se denomina línea de pobreza, y su costo en 2017 es de S/ 338 por persona (para una familia de cuatro, el costo es la canasta es S/ 1,352).

Las personas cuyo gasto per cápita está por debajo de la línea de pobreza se consideran pobres, para el caso de los individuos extremadamente pobres el valor de su canasta de alimentos es inferior a S/ 183 per cápita (S/ 732 para una familia de cuatro personas). Desde una perspectiva nacional, la tasa de pobreza monetaria alcanzó 42,4% en 2007 y 20,2% en 2017, una disminución acumulada de 22,2 puntos porcentuales. Si bien es cierto que el acceso al seguro integral de salud, según las estadísticas se ha avanzado mucho, el sistema de salud del Perú aún está muy fragmentado, con una gran proporción de la población no cubierta y la cobertura real de las personas varía mucho.

El problema del seguro de salud, especialmente el seguro integral de salud, es su cobertura y la capacidad de lograr un abanico mayor, este es el objetivo final de cada país para lograr el seguro universal, y con él viene el problema del filtrado, porque es gratuito (subsidiado) el seguro tiene problemas con el acceso de los beneficiarios, es decir, una parte de la población no está totalmente focalizada. En este sentido, este estudio intenta

analizar los determinantes socioeconómicos de la obtención de un seguro integral de salud y su relación con la pobreza.

El propósito de este estudio es analizar y determinar la relación de los determinantes socioeconómicos y la obtención de un seguro integral de salud, en el departamento de Loreto, así como comprender cuáles son los principales determinantes de que los individuos se conviertan en beneficiarios de un seguro médico, en función de las características socioeconómicas.

La investigación es importante, porque entender su valor empírico, nos permitirá medir y cuantificar el problema y sobre esta base derivar recomendaciones y políticas departamentales, estas recomendaciones y políticas departamentales estarán dirigidas a la Dirección Regional de Salud y a las autoridades correspondientes para diseñar e implementar mejores políticas públicas que garanticen una mejor cobertura de salud en la región de Loreto.

En este sentido, es necesario estudiar los determinantes socioeconómicos del seguro integral de salud y determinar si existen oportunidades de mejora en este proceso. Lo último es darse cuenta de que los resultados de la investigación tienen impactos empíricos en términos de nivel de cobertura de salud e impacto económico, además nos ayudará a comprender si existe algún sesgo de selección cuando el beneficiario ingrese al hospital, además ayudará a mejorar la toma de decisiones de las autoridades correspondientes e informar a la comunidad académica el límite de los resultados de la investigación.

El propósito de este estudio es analizar y determinar la relación de los determinantes socioeconómicos y la obtención de un seguro integral de salud, en el departamento de Loreto, el propósito de este proyecto es comprender cuáles son los principales determinantes de que las familias se conviertan en beneficiarias de un seguro, en función de las características socioeconómicas.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

A nivel internacional, podemos citar el estudio Florez, Campo, Trochez y Peña (2015) quien desarrolló un trabajo de investigación no experimental de tipo cuantitativo y de diseño descriptivo, titulado “Barreras y determinantes del acceso a la prestación de servicios de salud para la comunidad afrocolombiana de Quilcace Cauca”. En este estudio propone cómo describir las barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud para los residentes de la comunidad afrocolombiana en la ciudad de Tambo.

Los métodos de investigación que desarrollaron son cuantitativos porque utilizan métodos estandarizados para comprender las barreras y determinantes del acceso a los servicios médicos en la comunidad afrocolombiana de la ciudad de Tambo, Quilcace Cauca. El estudio concluyó que, si bien el 100% de la población depende de regímenes de salud, las condiciones de vida de los afrocolombianos en la zona de Quilcace son muy inestables, manifestadas por la pobreza, la desigualdad y la debilidad del capital humano.

Otro estudio a nivel internacional es el de Daviña (2017), quien realizó una investigación no experimental de tipo cuantitativo y de diseño descriptivo, titulada “Determinantes de la salud percibida en España”. El objetivo de este estudio es analizar y simular los diferentes determinantes de la salud en los españoles de 16 años o más. Para ello se utilizó la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2016.

La conclusión del estudio es que la valoración de la percepción positiva de la salud depende no solo de las características físicas y biológicas del individuo, sino también de las características de morbilidad y restricción de actividad, estilo y hábitos de vida, así como de la salud del uso de los servicios. y consumo de drogas, y la sociedad y entorno geográfico. Todos estos factores que parecen explicar la percepción de salud positiva no son mutuamente excluyentes, por el contrario, están interrelacionados y representan la visión de salud de personas con diferentes características, que se encuentran inmersas en una sociedad con desigualdad y diferentes hábitos de vida.

En una investigación a nivel nacional, encontramos que Longaray (2017), publicó una investigación no experimental de tipo cuantitativo y de diseño causal titulada "Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a servicios de salud". Esta investigación se aplica a nivel nacional y tiene como objetivo principal determinar el impacto del seguro integral de salud en 2007 en el acceso a los servicios de salud de los dos quintiles más pobres del Perú.

El supuesto principal es que el seguro médico integral tiene un impacto positivo en el acceso de la población más pobre del Perú, el método utilizado es un modelo de datos de panel, que utiliza variables socioeconómicas; el estudio concluyó que el seguro integral de salud tiene un impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en todos los niveles socioeconómicos, especialmente en la población correspondiente a los dos quintiles más pobres. La probabilidad de que una persona obtenga servicios médicos es del 27,82%, pero si toda la

población forma parte del SIS, la probabilidad de recibir servicios médicos aumentará en un 19,93%.

A nivel nacional, también podemos citar Hernández (2014), quien desarrolló una investigación no experimental de tipo cuantitativo y de diseño causal en el trabajo titulado “Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: El caso del Seguro Integral de Salud”. Entre estos resultados, se observa que la investigación sobre los determinantes de la afiliación al SIS revela una peculiaridad, es decir, se reduce la posibilidad de determinar una relación con personas en situación de pobreza en 2013.

Por otro lado, el análisis socioeconómico del impacto en el acceso a la atención en la investigación en salud de las instituciones afiliadas al SIS puede identificar diferencias importantes en el acceso a los hospitales del Ministerio de Salud, lo cual es de gran importancia para promover las visitas de gente pobre. En la conclusión del autor, estas diferencias traerán riesgos para quienes padecen enfermedades y necesitan atención, ya que independientemente de su nivel socioeconómico, no podrán reunir las condiciones necesarias en equipos y personal para brindar la atención y el tratamiento necesarios. Además, si la capacidad operativa de los servicios de salud pública no aumenta con el aumento de la demanda, se agravará el problema de saturación de los servicios de salud en el Perú.

Otro estudio que atiende a nivel nacional es el de Arteta (2014), quien desarrolló una investigación no experimental de tipo cuantitativo y de diseño correlacional titulado “Análisis de la intervención del Seguro

Integral de Salud en la cobertura de atención sanitaria materna, entre la población de Departamentos de mayor pobreza de Perú, años 2002 a 2012.”, en este estudio, el propósito es analizar el seguro integral de salud de la población de las zonas más pobres del Perú, enfatizando las peculiaridades de la cobertura de salud materna en dos situaciones diferentes:

El primero, en el marco de la intervención del seguro integral de salud, y el segundo, antes de la implementación del SIS, y de esta manera evaluar las tendencias y comparaciones entre el análisis de los dos períodos para integrarlos con el método de financiamiento del SIS en la oferta materna. En los principales resultados de la encuesta el autor encontró que durante los diez años de intervención del SIS, es decir, de 2002 a 2012, no se logró la cobertura universal entre las gestantes y hubo aproximadamente un 95% de afiliación. Sin embargo, la mayor cobertura de seguros alcanzó a las mujeres embarazadas en situación de pobreza y pobreza extrema en su población objetivo, principalmente en Sierra Leona, Perú, mujeres embarazadas de Costa y de la Selva.

Otro estudio es el de Rivera (2019), quien desarrolló una investigación no experimental de tipo cuantitativo y de diseño correlacional, titulada “Acceso a la prestación de servicios de salud en la región Piura 2015”. En este estudio, el objetivo principal del autor es analizar los principales determinantes de la prestación de servicios de salud en Piura al 2015, los métodos básicos utilizados en la investigación se basan en métodos cuantitativos, diseño no experimental, nivel de interpretación y tipos de investigación aplicada de información

secundaria transversal. Se utilizan como fuente de datos a la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO).

El autor encuentra que las variables: ingreso del hogar, nivel de educación del jefe de hogar, edad, afiliación al seguro de salud y área de vivienda son estadísticamente significativas, además los resultados son muy útiles para explicar los factores que inciden en una mayor cobertura y eficiencia al brindar servicios médicos en la zona de Piura.

1.2 Bases teóricas

1.2.1 Barreras al acceso a la salud

Según Ruelas (2016), el acceso a la salud se define como el nivel en el que los individuos y grupos de individuos tienen la capacidad de obtener la atención requerida de los servicios de salud. De igual forma, señaló que en el modelo de cobertura universal es necesario considerar la calidad, la accesibilidad y la equidad. Destacar algunos conceptos, como la relación entre calidad y accesibilidad.

Arteta (2014), cree que los requisitos para los servicios de salud están relacionados con la decisión del usuario, primero decide si busca estos servicios y luego elige el tipo de proveedor. Ambos están relacionados con los requisitos de salud, lo que permite determinar quién accede a los servicios de salud y quién enfrenta barreras de acceso.

Por su parte Florez, Campo, Trochez y Peña (2015), distinguieron tres niveles de visitas relacionadas con determinantes personales, organizacionales y sociales: Primero, el aspecto político se define como acciones planificadas y dirigidas por el estado para mejorar el acceso a

los servicios de salud. Muchos de los obstáculos que se presentan están relacionados con deficiencias institucionales en el sistema, las cuales son causadas por la falta de recursos, la asignación inadecuada de recursos, o el resultado de la definición del plan de beneficios y los procedimientos establecidos como parte de la lista de beneficios.

En segundo lugar, el acceso potencial, es decir, la interacción entre las características del sistema de salud y las características personales, los obstáculos resultantes se atribuyen al sistema de suministro o prestación de servicios.

Aparece en la entrada, después del contacto inicial y en la salida del sistema, al respecto Restrepo y Silva (2017), agregaron que las necesidades del agente y la capacidad de intervenir, y finalmente, los factores como la susceptibilidad. Los servicios de salud son un factor muy importante para satisfacer las necesidades de la población, promover la salud de primer nivel, promover la salud, prevenir enfermedades y mejorar la salud afectada por cualquier enfermedad, así como rehabilitar a las personas con secuelas y discapacidades, y constituye un factor importante en la mejora del bienestar de las personas, (Vargas y Vásquez, 2018).

En tercer lugar, la aceptabilidad de los servicios depende de la influencia de factores tales como factores sociales, cultura religiosa, creencias, normas y valores, trato y privacidad, y la percepción de intereses. Finalmente, tenemos una conexión con el servicio, que se entiende como la continuidad de la atención brindada de acuerdo con la

adaptabilidad del servicio de salud del paciente y la calidad de atención, (Tanahashi, 2006).

Según (Ballesteros, 2013), otro factor básico para el acceso a los trastornos de salud es la accesibilidad física, que se relaciona con la distancia, la conectividad, la presencia de vehículos y el tiempo de viaje; la organización de las visitas / administración está relacionada con los requisitos administrativos de atención, y cómo obtener tiempo y tiempo de servicio, y costos de transporte, gastos de bolsillo y gastos financieros relacionados con la pérdida de beneficios laborales.

1.2.2 Determinantes sociales de la salud

Según Avila (2016), Solar e Irving (2015), existen dos tipos de determinantes sociales de la salud, el primero es estructural, que genera desigualdad en salud, que incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones básicas, y el segundo es el llamado determinante intermedio, que se genera por influencias sociales y comunitarias y puede promover el apoyo a la salud. Los miembros de la comunidad están en desventaja, pero es posible que tampoco apoyen o tengan un impacto negativo.

1.2.3 Determinantes estructurales.

Por otro lado Solar y Irving (2015), los determinantes estructurales incluyen condiciones de trasfondo social, económico y político, así como gobernabilidad, políticas macroeconómicas, políticas sociales, políticas públicas, valores culturales y sociales, y gradientes que generan estatus

socioeconómico, como el género, la raza, la educación, la ocupación, los ingresos y otros factores de estratificación de la clase social, determina y regula la desigualdad social en salud de acuerdo con la situación socioeconómica del individuo, su familia y el entorno social. El trasfondo socioeconómico y político de la estratificación social puede determinar los posibles determinantes de la desigualdad social. Estos determinantes de la estratificación socioeconómica pueden describirse como factores sociales de inequidad en salud.

Como señaló Avila (2016), estos determinantes no solo determinan el desenlace de los grupos sociales, sino también su posición en la jerarquía de poder, prestigio y acceso a los recursos, y sus oportunidades de salud, estos estados socioeconómicos se transforman en exposiciones específicas del estado de salud individual que reflejan el estado social del individuo en el sistema jerárquico. Según su respectivo estatus social, las personas enfrentan diferentes exposiciones y vulnerabilidades, y estos factores ponen en riesgo su salud.

1.2.4 Pobreza y métodos de medición

La pobreza puede tener muchas definiciones y diferentes métodos, por ejemplo, Conconi y Viollaz (2017) y Sen (1999), que el método más completo para medir la pobreza es multidimensional, según este método, la pobreza no solo puede entenderse como la incapacidad de tener recursos monetarios para satisfacer la demanda, sino que priva a las personas de la capacidad de desarrollar su vida de la manera que más valoran. En este sentido, cree que la multidimensionalidad parte de

la idea de que debe analizarse desde la perspectiva de "la vida en pobreza y no solo desde la perspectiva de los bajos ingresos".

De manera similar, Sen señaló que hay dos tipos de pobreza, la pobreza de ingresos y la pobreza causada por la privación, y están interrelacionados. De esta forma, los ingresos se convertirán en creadores de capacidades y habilidades, y en una herramienta para eliminar la pobreza de ingresos.

1.3 Definición de términos básicos

Dirección Nacional de Supervisión Sanitaria: Organismo público técnico profesional adscrito al Ministerio de Salud con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera y responsable del registro, autorización, supervisión y gestión de las instituciones gestoras de fondos de seguros médicos, y la supervisión está dentro de su ámbito. de autoridad Instituciones que prestan servicios de salud en el país, (Abanto y Ramírez, 2021).

Proveedor de servicios de salud (IPRESS): institución que brinda atención médica, que puede ser pública, privada o mixta, (Aguado y Contreras, 2021).

Seguro Integral de Salud (SIS): Es la Agencia de Fiscalización Pública del Ministerio de Salud, cuyo propósito es proteger la salud de los peruanos sin seguro médico, dando prioridad a los grupos vulnerables en pobreza y pobreza extrema, (Rojas y Vásquez, 2019).

Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud): Institución pública descentralizada adscrita al Ministerio de Trabajo y Promoción Social.

Tiene como finalidad brindar prevención, promoción, subsidios de rehabilitación, rehabilitación y la economía correspondiente al sistema de salud previsional basado en cotizaciones y otros seguros de riesgo humano Beneficios y bienestar social, (Suárez, Pimentel y Dongo, 2018).

Seguros de Entidad Prestadora de Salud (EPS): Instituciones públicas o privadas, excepto el Seguro Social de Salud Peruano (EsSalud), cuyo único propósito es brindar servicios de salud, contar con infraestructura propia y/o de terceros, (Moreno, Concha y Fernández, 2018).

Seguro privado: Servicio que cubre y protege la salud y el bienestar de los empleados, puede ser obligatorio o voluntario, (Suárez, Pimentel y Dongo, 2018).

Seguro médico universitario: Beneficios que brinda la universidad a los estudiantes a través de una cobertura de seguro preestablecida, (Rojas y Vásquez, 2019).

Línea de pobreza: Es el valor monetario del gasto mensual per cápita de una familia en comparación con él para determinar si se encuentra en situación de pobreza, (Arias y Sucari, 2019).

Pobreza monetaria: Es la cuantificación de la pobreza que toma en cuenta la valoración del gasto del consumidor, es decir, no considera otras dimensiones no monetarias, como desnutrición, necesidades básicas insatisfechas y exclusión social, (Arias y Sucari, 2019).

El valor total de las canastas alimentarias y no alimentarias: es el valor de la canasta alimentaria más el valor de la parte no alimentaria. Consiste en el valor de los bienes y servicios que las personas necesitan

para cubrir las necesidades relacionadas con la ropa, el calzado y vivienda, instalaciones, sanidad, transporte, etc., (Arias y Sucari, 2019).

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de la hipótesis

2.1.1 Hipótesis general.

Los factores socioeconómicos tienen una relación directa con el acceso al seguro integral de salud en el departamento de Loreto, en el periodo 2021.

2.1.2 Hipótesis específicas.

1. El sector informal posee una relación directa con el acceso al seguro integral de salud en el departamento de Loreto, en el periodo 2021.
2. El nivel de educación posee una relación directa con el acceso al seguro integral de salud en el departamento de Loreto, en el periodo 2021.
3. El nivel de ingresos posee una relación directa con el acceso al seguro integral de salud en el departamento de Loreto, en el periodo 2021.

2.2 Variables y definiciones operacionales

➤ Variables.

- a) Acceso al Seguro Integral de Salud.
- b) Pobreza.
- c) Nivel de educación.
- d) Nivel de ingresos.

➤ **Definición conceptual.**

- a) Acceso al Seguro Integral de Salud: Acceso al seguro integral de salud, cuyo propósito es proteger la salud de los peruanos sin seguro médico, dando prioridad a los grupos vulnerables en pobreza y pobreza extrema.
- b) Pobreza: El individuo se clasifica monetariamente como pobre o no pobre
- c) Nivel de educación: mide los años totales de educación que posee cada individuo
- d) Nivel de ingresos: mide el ingreso mensual del individuo, está expresado en soles.

➤ **Definición operacional.**

- a) Variable dependiente (Y): Acceso al Seguro Integral de Salud.
- b) Variable independiente (X1): Pobreza.
- c) Variable independiente (X2): Nivel de educación.
- d) Variable independiente (X3): Nivel de ingresos.

➤ **Indicador.**

- a) Acceso al Seguro Integral de Salud.
- b) Pobreza monetaria.
- c) Años de educación.
- d) Ingreso mensual total

➤ **Índices (Ítem).**

- a) Acceso al Seguro Integral de Salud:
 - Está afiliado
 - No está afiliado

- b) Pobreza:
 - El individuo es pobre.
 - El individuo no es pobre.
- c) Nivel de educación:
 - Cantidad de años.
- d) Nivel de ingresos:
 - Monto en soles

➤ **Instrumento.**

El instrumento a utilizar es la Ficha de Registro de Datos, en la que se recopilaban datos relacionados al acceso al Seguro Integral de Salud y los factores socioeconómicos en la región de Loreto, correspondientes al periodo 2021.

➤ **Tabla de operacionalización de las variables.**

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Acceso al Seguro Integral de Salud	Acceso al SIS, cuyo propósito es proteger la salud de los peruanos sin seguro médico, dando prioridad a los grupos vulnerables en pobreza y pobreza extrema.	Cualitativa	Acceso al Seguro Integral de Salud	Nominal	Está afiliado No está afiliado	0-1	Ficha de registro de datos
Pobreza	El individuo se clasifica monetariamente como pobre o no pobre	Cualitativa	pobreza	Nominal	La familia es pobre. La familia no es pobre.	0 - 1	Ficha de registro de datos
Nivel de educación	Mide los años totales de educación que posee cada individuo.	Cuantitativa	Años de educación	Razón	Cantidad de tiempo	-	Ficha de registro de datos
Ingreso total	Mide el ingreso mensual del individuo, está expresado en soles.	Cuantitativa	Ingreso mensual total	Razón	Cantidad monetaria.	-	Ficha de registro de datos

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

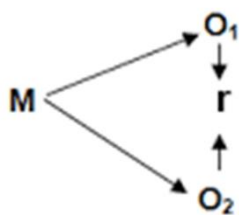
Cabe mencionar que esta investigación es una investigación no experimental; según Landeau (2017), cuando una encuesta implica una investigación que no requiere cambios deliberados en variables independientes, no es experimental, en otras palabras, las condiciones que ya existen se observan cuando ocurren en su forma natural y luego se analizan.

De acuerdo con sus características, es de relevancia correlacional, pues según Landeau (2017), se trata de comprender el concepto de variables con el fin de identificar aquellas relaciones que brindan información sobre el fenómeno en estudio, que a su vez es relevancia, porque trata de conocer el comportamiento de una variable dependiente a partir de la información de la variable independiente. Para ello, a través de métodos estadísticos estimaremos la relación correlacional de las variables.

De acuerdo a su naturaleza, es cuantitativo, porque se consideran datos numéricos en las variables estudiadas; debido a que los datos se recolectan y analizan a través de un proceso estadístico, se puede comprender mejor la realidad, (Landeau, 2017).

Desde la escala de tiempo, este es un estudio transversal, porque el estudio se basa en un cierto espacio de tiempo; especialmente este diseño recolecta datos en un momento; su propósito es describir variables e investigar su ocurrencia.

El esquema del diseño de la investigación es el siguiente:



Dónde:

M = Muestra de la investigación

O1 = Observación de la variable acceso al seguro integral de salud.

O2 = Observación de la variable factores socioeconómicos.

r = Correlación entre variables.

3.2 Diseño muestral

Población de estudio.

La población de estudio estará conformada por 883.510 individuos que pertenecen a la población pobre de Loreto, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática y sobre las cuales se evaluará la recaudación tributaria, así como su relación con los factores socioeconómicos, en el periodo 2019.

Tamaño de la muestra de estudio.

Las muestras fueron calculadas y obtenidas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) a través de la “encuesta nacional de hogares” (ENAHO). La muestra para la ENAHO fue diseñada con los requerimientos y objetivos establecidos por el INEI, y se implementa desde el año 1997. Esta muestra de la ENAHO recopilada por el INEI se categoriza como un tipo de muestra probabilística, de

áreas porque está definida en áreas geográficas, estratificada, multi-etápica en cuanto al proceso de selección e independiente en cada departamento de estudio. La muestra utilizada en el trabajo consta de 389 511 individuos de la región de Loreto entrevistados para la ENAHO, y por el INEI en el año 2019.

3.3 Procedimientos de recolección de datos

Procedimiento

- Se optarán por las variables del estudio para buscar y conseguir los datos estadísticos (referidos al acceso al seguro integral de salud y a los factores socioeconómicos) así como el periodo que contempla la investigación (2019).
- Se procederá a diseñar y elaborar la hoja de trabajo para registrar los datos a obtener, referidos al acceso al seguro integral de salud y a los factores socioeconómicos.
- Se seleccionará la base de datos de donde se conseguirán los datos estadísticos necesarios para el desarrollo de la investigación.
- Se procederá a revisar la base de datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI, para recopilar información de las variables que forman parte de la investigación.
- Con los datos obtenidos, se procederá a seleccionarlos de aquellos que no tiene mayor representación para la investigación, tomándose solamente los referentes al acceso al seguro integral de salud y a los factores socioeconómicos, correspondientes al periodo 2019.

Técnica.

Se utilizará la técnica denominada revisión de fuentes secundarias o también conocida como revisión documental, debido a que se trabajará con datos que provienen de fuentes de segunda mano conseguidos de la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI, correspondiente al periodo 2019.

Instrumento de recolección de datos.

Para la recolección de datos, se empleará la ficha de registro de datos, o también conocida como hoja de recolección de datos, donde serán registrados los datos estadísticos del acceso al seguro integral de salud y los factores socioeconómicos, correspondientes al periodo 2019.

3.4 Procesamiento y análisis de datos

- Luego de haber conseguido la información de acuerdo con el procedimiento descrito líneas arriba, se procederá a construir la base de datos para esta investigación.
- Acto seguido, se elaborarán las tablas con datos referidos al acceso al seguro integral de salud y los factores socioeconómicos. Para hacer lo descrito, la hoja de cálculo Excel para Windows será el instrumento a utilizar.
- Las tablas y gráficos serán hechos teniendo en cuenta los objetivos y las hipótesis de la investigación.
- Se aplicará un test estadístico conformado por el Coeficiente de Correlación (r) y el Coeficiente de Determinación (R^2).

- El Coeficiente de Correlación (r) será usado para demostrar si existe asociación entre las variables bienestar y la tecnología de la información y las comunicaciones.
- El Coeficiente de Determinación (R^2) mostrará si la variable independiente (acceso al seguro integral de salud) determina el comportamiento de la variable dependiente (factores socioeconómicos).
- Con las tablas, gráficos y test estadístico aplicado, se procederá a redactar el informe final de tesis que será presentado para la evaluación de las instancias correspondientes.
- Si el jurado o alguna instancia competente realizará alguna observación, se procederá a levantarla efectuando las correcciones del caso.

3.5 Aspectos Éticos

Una de las cosas que se tendrá muy presente durante todas las etapas de la presente investigación, es el aspecto ético. Para ello, se respetarán cuidadosamente todos los puntos estipulados en la conducta responsable en la investigación (CRI). Se darán todos los créditos a las investigaciones revisadas e incorporadas a este estudio, nombrándose correctamente a los autores y a las obras, con el reconocimiento expreso a los derechos de autor. Los datos estadísticos serán transcritos de la fuente sin sufrir alteración alguna, mostrando total responsabilidad en su tratamiento, así como mencionando la fuente de donde fueron obtenidos. Se evitaron posibles sesgos al momento de la toma de los datos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Análisis de variables

Se procedió a analizar las variables utilizadas en este trabajo de investigación.

La primera variable que examinaremos será nuestra variable de ingresos netos mensuales totales, a la que proporcionamos una descripción estadística al dividirla en personas que trabajan en el sector informal y hogares que no trabajan en el sector informal. Podemos ver que, en nuestra muestra, hay 3,996 personas trabajando en el sector formal, que es aproximadamente el 43.8% de nuestra muestra, y su ingreso promedio también es S/ 2019.37 Soles, el más bajo es 627, y la desviación estándar es S/ 1303.00 soles.

Por otro lado, hay 5,128 personas trabajando en el sector informal, alrededor del 56.2% de nuestra muestra, estas personas tienen un ingreso promedio de S/555.19 soles, un ingreso mínimo de 48 y una desviación estándar de S/634.00 soles.

Este análisis nos muestra una gran disparidad o brecha salarial entre quienes trabajan en el sector formal y quienes trabajan en el sector informal, ya que el salario mínimo en el sector formal es 13 veces el salario mínimo en el sector informal. También podemos ver que la dispersión en el sector informal es mucho mayor porque su desviación estándar es mucho mayor que el ingreso promedio de ese sector, lo que nos dice que el sector formal tiene un mayor grado de heterogeneidad o desigualdad de ingresos.

Al analizar las estadísticas descriptivas del ingreso neto total por género individual, vemos que 4151 individuos de la muestra son hombres y los 4973 restantes son mujeres, lo que representa aproximadamente el 41,5% de los individuos de la muestra.

Las mujeres ganan alrededor de S/ 122.05 menos que los hombres. También podemos observar que la brecha de ingresos de las mujeres es mayor que la de los hombres, lo cual se expresa mediante la desviación estándar, donde se puede observar que la dispersión del ingreso de los hombres es de S/1151.04 soles y la dispersión del ingreso de los hombres es de solo S/ 1270.23.

Tabla 1: Estadísticas descriptivas de la variable ingreso mensual neto de acuerdo con las categorías de la variable Informalidad.

-> Informalidad = formal

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Ingreso_to~1	3,996	2019.371	1303.006	627	8000

-> Informalidad = informal

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Ingreso_to~1	5,128	555.1918	634.4671	48	8000

Tabla 2: Estadísticas descriptivas de la variable ingreso mensual neto de acuerdo con las categorías de la variable Sexo.

-> Sexo = hombre

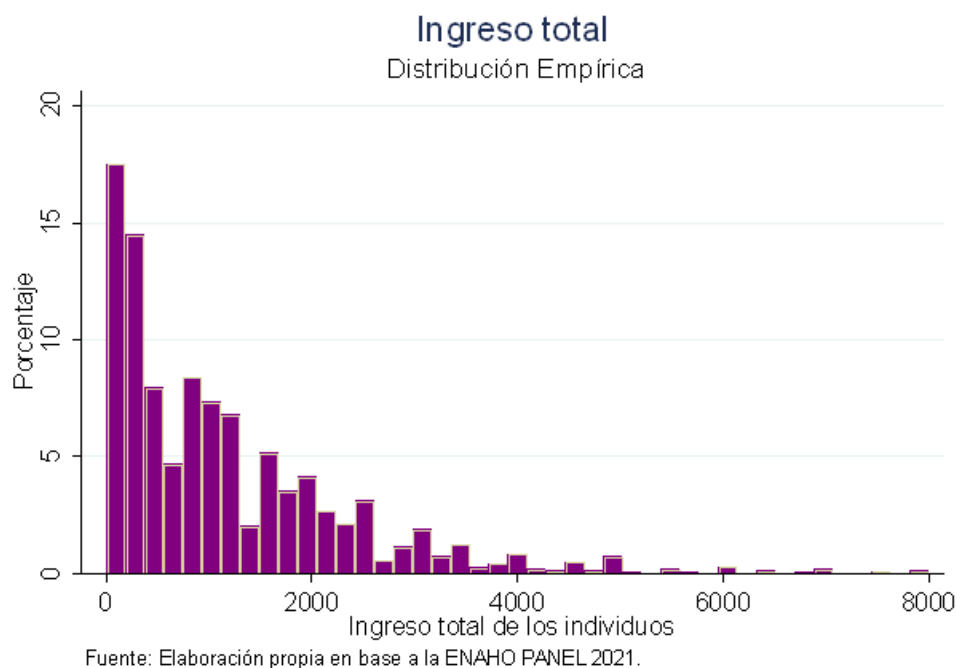
Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Ingreso_tot1	4,151	1247.409	1151.404	634	8000

-> Sexo = Mujer

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Ingreso_tot1	4,973	1124.914	1270.23	467	8000

Si observamos el histograma de los niveles de ingresos netos mensuales de las personas, podemos ver que alrededor del 80% de la muestra total gana entre S/ 122.00 y S/ 1800 soles, y menos del 3% gana más de S/ 122.00 soles S/ 6000 soles, lo que demuestra que la distribución del ingreso de los individuos en la región de Loreto es muy baja y existe una gran desigualdad, lo que respalda los hallazgos del Instituto Nacional. Estadísticas e Informática y el Banco Central de Reserva del Perú clasificaron a Loreto como una de las regiones más pobres del Perú.

Figura 1: Distribución de los ingresos mensuales netos de los individuos de la región de Loreto.



Continuando con el análisis de nuestras variables, pasamos al gasto neto mensual de los individuos, vemos que el gasto promedio total de los individuos del sector formal es de S/37414 soles y el gasto promedio total de los individuos del sector informal es de S/24446 soles, es decir, el individuo promedio gasta S/sector informal 12968 soles, además, podemos ver que el gasto en el sector informal está más disperso, ya que la desviación estándar de la distribución del ingreso es mayor en el sector informal en comparación con el gasto promedio.

También podemos observar que los gastos mínimos y máximos de los individuos en el sector formal e informal difieren considerablemente, de hecho, el gasto mínimo individual en el sector formal es S/ 2324 soles superior al gasto mínimo individual en el sector informal.

En términos de gasto máximo, el gasto anual más alto de los individuos del sector formal es 41692 soles superior al de los individuos del sector informal.

Al analizar las estadísticas descriptivas del gasto anual total de los individuos de la muestra, vemos que aproximadamente el 54.5% de la muestra (4973 personas) son mujeres y el 45.5% son hombres, y también podemos observar que el gasto promedio anual de los hombres es mayor que el de las mujeres El gasto anual fue S/2801 mayor, la diferencia fue pequeña, y no hubo diferencia significativa entre hombres y mujeres en cuanto a la dispersión del gasto.

Tabla 3: Estadísticas descriptivas de la variable gasto anual de acuerdo con las categorías de la variable Informalidad.

-> Informalidad = formal

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Gasto	3,996	37414.03	21994.05	2686.898	210777.9

-> Informalidad = informal

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Gasto	5,128	24446.67	16400.93	362.7214	169085.5

Tabla 4: Estadísticas descriptivas de la variable gasto anual de acuerdo con las categorías de la variable Sexo.

-> Sexo = hombre

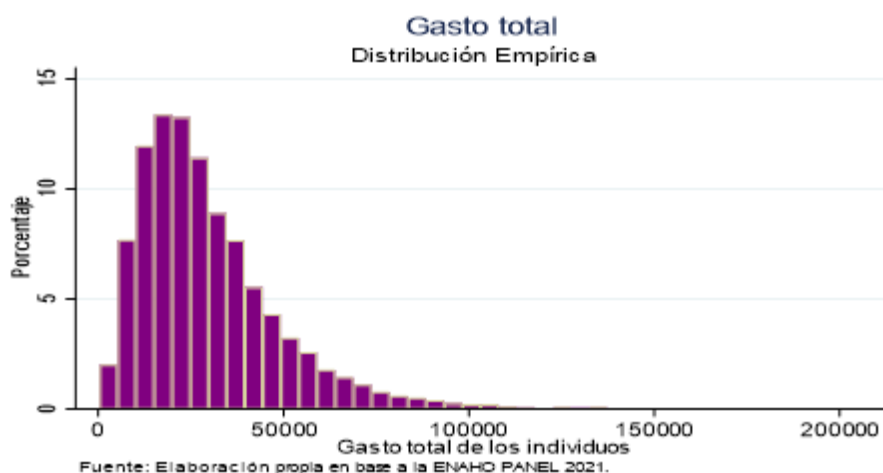
Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Gasto	4,151	31765.89	21136.97	611.4121	210777.9

-> Sexo = Mujer

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Gasto	4,973	28964.14	19265.88	362.7214	192823.9

Al analizar el histograma de los gastos anuales, vemos que posee un comportamiento muy similar a la distribución de ingresos, el histograma del nivel del gasto anual neto de los individuos, nos muestra que aproximadamente el 80% del total de la muestra se sitúa en gastos anuales bajos entre S/ 363.00 soles y S/ 40000 soles; y menos del 10% se sitúa en gastos mayores que S/ 50000 soles. Esto nos indica una gran desigualdad de los gastos anuales en nuestra muestra.

Figura 2: Distribución de los gastos anuales de los individuos de la región de Loreto.



En la variable promedio de horas de trabajo a la semana, podemos observar que los individuos pertenecientes al sector formal trabajan en promedio 42.6 horas a la semana y los pertenecientes al sector informal trabajan en promedio 39.6 horas a la semana, es decir, en el sector formal promedio a 39,6 horas por semana, las personas trabajaron en promedio 3 horas más por semana, observándose también diferencias de 17.4 y 18.6 horas por semana en los sectores formal e informal, respectivamente. Por otro lado, también podemos observar que los hombres trabajan una media de 38 horas a la semana, con una dispersión de datos de 17.6 horas, mientras que las mujeres trabajan una media de 42 horas a la semana, con una dispersión de datos de 18,2 horas.

Tabla 5: Estadísticas descriptivas de la variable horas de trabajo a la semana de acuerdo con las categorías de la variable Informalidad.

-> Informalidad = formal

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Horas_trab~o	3,996	42.59224	17.44894	0	98

-> Informalidad = informal

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Horas_trab~o	5,128	39.60897	18.55906	0	98

Tabla 6: Estadísticas descriptivas de la variable horas de trabajo a la semana de acuerdo con las categorías de la variable Sexo.

-> Sexo = hombre

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Horas_trab~o	4,151	38.05842	17.63752	0	98

-> Sexo = Mujer

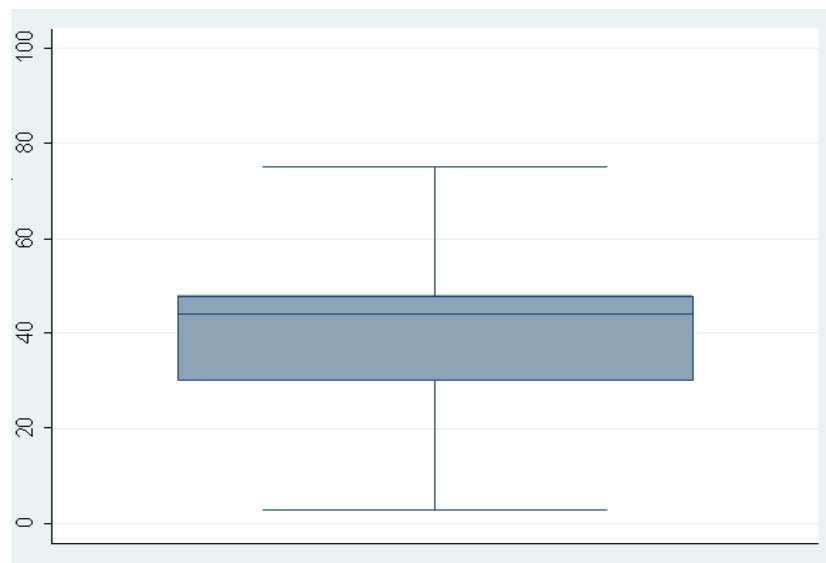
Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Horas_trab~o	4,973	42.94307	18.22125	0	98

El histograma de la variable horas de trabajo a la semana muestra una gran dispersión de los datos, a simple vista no tiene un patrón de distribución específico; sin embargo, si vemos el gráfico de caja, podemos apreciar que la mayor proporción de la distribución de las horas de trabajo se sitúa en el segundo cuartil, que corresponde entre 30 a 50 horas semanales de trabajo.

Figura 3: Distribución de las horas de trabajo a la semana de los individuos del región de Loreto.



Figura 4: Gráfico de caja de la distribución de las horas de trabajo a la semana de los individuos de la región de Loreto.



Posteriormente analizamos la variable años de educación, la estadística descriptiva mostró que el promedio de años de educación de los individuos que trabajan en el sector formal fue de 13.5 años con una desviación estándar de 3 años, por otro lado, también observamos que los años de educación en sectores individuales El número de años de educación es de 10 años, discretamente 3,8 años. Por otro lado, podemos observar que el promedio de años de escolaridad es de 11.9 horas para los hombres y 11.3 horas para las mujeres, presentando una dispersión o desviación estándar de 4 y 3 horas, respectivamente.

Tabla 7: Estadísticas descriptivas de la variable años de escolaridad de acuerdo con las categorías de la variable Informal.

-> Informalidad = formal

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Educacion	3,996	13.58199	3.1919	0	18

-> Informalidad = informal

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Educacion	5,128	10.0712	3.891183	0	18

Tabla 8: Estadísticas descriptivas de la variable años de escolaridad de acuerdo con las categorías de la variable Sexo

-> Sexo = hombre

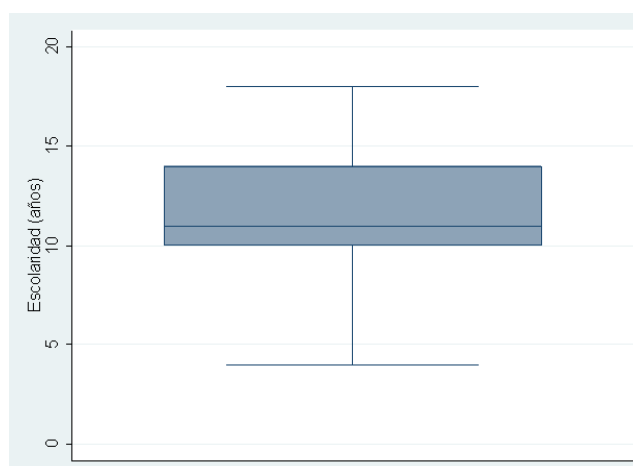
Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Educacion	4,151	11.95021	4.250641	0	18

-> Sexo = Mujer

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Educacion	4,973	11.36707	3.794991	0	18

Al ver la gráfica de caja nos da más información, la mayor proporción de la población se sitúa en el tercer cuartil, entre 10 y 15 años de escolaridad o educación; esto nos muestra que, de acuerdo a nuestra muestra, la población de la ciudad de Loreto no muestra una gran diferencia en cuanto a educación por parte de las mujeres y los hombres, lo cual corresponde con las estadísticas oficiales del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Figura 5: Gráfico de caja de la distribución de años de escolaridad de los habitantes de los individuos de la región de Loreto.



Finalmente, analizaremos la variable de acceso al Seguro Integral de Salud, que será categorizada de acuerdo a los ingresos, para ello, proporcionaremos las descripciones estadísticas relevantes. Podemos ver que, en nuestra muestra, hay 2 920 personas que están aseguradas al SIS, que es aproximadamente el 32% de nuestra muestra, y su ingreso promedio es de S/ 2219.13 soles, el más bajo es S/ 137 soles, y la desviación estándar es S/ 1037 soles.

Por otro lado, hay 6 204 personas que no están incluidas aseguradas, lo que representa alrededor del 68% de nuestra muestra, estas personas tienen un ingreso promedio de S/ 1587.11 soles y un ingreso mínimo de S/ 48, además muestra una desviación estándar de S/816.12 soles.

Este análisis nos muestra una gran disparidad o brecha salarial entre quienes están inscritos en el SIS y quienes no poseen ningún seguro, ya que el salario mínimo en de los individuos que están asegurados al SIS 3 veces mayor al salario mínimo de los individuos que no están asegurados en ningún seguro. También podemos ver que la dispersión de los individuos que están asegurados en el SIS es mucho mayor porque su desviación estándar es mucho mayor que el ingreso promedio de los que no están asegurados, lo que nos dice que los individuos que no están asegurados, tienen un mayor grado de heterogeneidad o desigualdad de ingresos.

Tabla 9: Estadísticas descriptivas de la variable Seguro Integral de salud de acuerdo con las categorías de la variable Informalidad.

-> SIS = Asegurado SIS

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Ingreso_tot1	2,920	2219.13	1037.006	137	8000

-> SIS = No Asegurado

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Ingreso_tot1	6,204	1698.12	816.12	48	8000

4.2 Modelo econométrico.

4.2.1 Modelo de regresión logística:

Para responder a nuestras hipótesis y dada la naturaleza de nuestras variables usaremos un modelo Logit, la cual especificaremos de la siguiente manera:

$$\begin{aligned}
 P(SIS) = & F(\beta_0 + \beta_1(\text{Ingreso}) + \beta_2(\text{Gasto}) + \\
 & \beta_3(\text{Pobreza}) + \beta_4(\text{Informalidad}) + \\
 & + \beta_5(\text{años de educacion}) + \beta_6(\text{Sexo}) + u_{i,t})
 \end{aligned}
 \tag{1}$$

Donde:

- F es la forma funcional de la distribución de nuestro modelo, que en este caso es una distribución logística.
- $P(SIS)$: representa la probabilidad de que un esté este asegurado en el Seguro Integral de Salud.
- β_0 es el intercepto u ordenada de origen del modelo.

- $\beta_i, i = (1, 2, 3, 4, 5, 6)$ Son los parámetros de las variables independientes miden la relación lineal de la variable independiente con la dependiente.
- **Ingreso** Es nuestra variable independiente, mide el ingreso neto mensual, está expresado en soles.
- **Gasto** Es una de nuestras variables independientes, mide el gasto anual, está expresado en soles.
- **Pobreza** Esta variable mide las horas de trabajo semanal de los individuos.
- **Informalidad** Esta variable indica si el individuo pertenece o no al sector informal.
- **Años de educación** Es otra de nuestras variables independientes, y mide los años de educación que posee cada individuo.
- **Sexo** Esta variable indica si el sexo del individuo
- **u** es el termino de error o perturbación del modelo, engloba todos los factores que afectan a la variable dependiente pero que no se encuentran especificadas en el modelo.

Al estimar el modelo obtenemos el siguiente resultado:

Tabla 10: Resultados del modelo Logit

```
. logit SIS Informalidad Ingreso Gasto Pobreza Educacion Sexo
```

```
Iteration 0: log likelihood = -4649.2407
Iteration 1: log likelihood = -2722.4404
Iteration 2: log likelihood = -2708.479
Iteration 3: log likelihood = -2634.9935
Iteration 4: log likelihood = -2630.8691
Iteration 5: log likelihood = -2630.8168
Iteration 6: log likelihood = -2630.8167
```

```
Logistic regression      Number of obs   =      9,124
                        LR chi2(7)                 =     4036.85
                        Prob > chi2                  =      0.0000
Log likelihood = -2630.8167 Pseudo R2              =      0.4341
```

Inclusion	Coef.	Std. Err.	z	P> z
Informalidad	-22.983612	2.161703	-7.36	0.000
Ingreso	-3.9364826	.3000922	-3.47	0.000
Gasto	-9.394621	.0020232	-13.05	0.000
Educacion	-3.173843	.0020232	-4.29	0.000
Pobreza	8.2384713	.2020232	4.10	0.000
Sexo	-2.1871983	.0727038	-1.87	0.049
_cons	8.710576	.4666125	18.67	0.000

Tabla 11: Efectos marginales del modelo Logit

```
. margins, dydx(*)
```

```
Average marginal effects      Number of obs = 9,124
Model VCE      : OIM
```

```
Expression      : Pr(Inclusion), predict()
dy/dx w.r.t.    : Informalidad Ingreso_total Gasto Horas_trabajo Sexo
```

	Delta-method			
	dy/dx	Std. Err.	z	P> z
Informalidad	-.2219474	.0249610	-8.21	0.000
Ingreso	-.0000319	.0000031	-3.86	0.000
Gasto	-.0000091	.0000001	-14.26	0.000
Educacion	-.0281648	.0001755	-4.29	0.000
Pobreza	.077193	.0000254	-1.97	0.049
Sexo	-.0267143	.0001755	-4.29	0.000

Al estimar el modelo Logit, encontramos que todas las variables son estadísticamente significativas y el modelo posee un buen ajuste con los datos; sin embargo, estos resultados no pueden interpretarse como variaciones porcentuales o efectos hacia la variable dependiente, para ello es necesario calcular los efectos marginales del modelo Logit.

Al interpretar los resultados de los efectos marginales de nuestro modelo, podemos observar que el coeficiente de la variable “Informalidad” es de -0.22194 y que resulta ser significativo incluso a un 99% de confianza, esto nos indica que los individuos que no pertenecen al sector informal, tienen un 22.26% menos de probabilidad de no tener seguro de salud o no estar afiliados al, por otro lado, el coeficiente de la variable “Ingreso” es de -3.1E-05, lo cual nos indica que un incremento del ingreso total neto mensual de S/ 1000 soles disminuye la probabilidad de que un individuo de la región Loreto, no tenga seguro de salud o no este asegurado en el SIS en un 3.1%, manteniendo el resto de factores constantes.

De igual manera el coeficiente de la variable “Gasto” es de -9.1E-06, esto nos indica que, si el individuo en promedio incrementa en su gasto anual en S/ 10,000 soles, la probabilidad de que no esté asegurado o no pertenezca al SIS disminuye en aproximadamente 9.1%, manteniendo el resto de factores constantes. Continuando con el análisis de los resultados, observamos que el coeficiente de la variable “Educación” es de -0.281, este resultado nos muestra que, si un individuo incrementa 1 año su educación, la probabilidad de que no posea seguro de salud o no esté vinculado al SIS disminuye en 2.8%, sin cambiar ningún otro factor del modelo. De manera similar los resultados nos muestran un coeficiente de la variable “Pobreza” de 0.771, lo

cual nos indica que si el individuo es pobre tendrá un 7% más de probabilidad de no estar asegurado, manteniendo el resto de factores constantes.

Finalmente, el coeficiente de la variable "Sexo" es de -0.02671, esto nos muestra que los hombres tienen un 2.6% menos de probabilidad de estar asegurados sin tener en cuenta ningún otro factor del modelo, es decir los hombres están en promedio menos asegurados a algún sistema de salud en un 1.2% más que las mujeres.

4.2.2 Pruebas de validación del modelo:

Continuando con el análisis de nuestro modelo, procedemos a realizar las diversas pruebas para modelos de regresión no lineales, para de poder validar y corroborar la correcta estimación de nuestro modelo y determinar que los resultados no se deban a una regresión o relación espuria; nos muestra el porcentaje de predicción correctamente realizada.

La matriz de confusión es una técnica para resumir el rendimiento de un modelo no lineal que trata de estimar probabilidades, la precisión de clasificación del modelo por sí sola puede ser engañosa si tiene un número desigual de observaciones en cada clase, como es el caso de nuestros datos estimados.

Al estimar la matriz de confusión del modelo, podemos observar que nuestro modelo predijo 880 casos de estar asegurados al SIS inclusión financiera cuando en realidad los individuos estaban asegurados al SIS, y predijo 24 casos de estar asegurados al SIS cuando los individuos en realidad no estaban asegurados al SIS; por otro lado, nuestro modelo predijo 7214 casos en los que los individuos no estaban asegurados correctamente y

predijo 1006 casos en los que los individuos no estaban asegurados cuando en realidad si estaban asegurados.

El coeficiente de sensibilidad hace referencia que el porcentaje correctamente predicho de individuos que están asegurados al SIS, y el coeficiente de especificidad, hace referencia al porcentaje correctamente predicho de los individuos que no estaban asegurados.

Finalmente, la medida general de calidad de estimación de nuestro modelo es el “porcentaje correctamente clasificado”, que es de un 88.7%; de acuerdo a (Wooldridge, 2015), si dicho porcentaje es mayor que 75%, entonces el modelo es correcto y no presenta errores de especificación; este resultado nos indica que, de cada 100 casos de estar asegurados financieramente, el modelo predice correctamente 88 de dichos casos.

Finalmente, analizamos nuestra Curva ROC, esta nos muestra los valores de sensibilidad frente a 1 – especificidad a medida que el valor del punto de corte se mueve de 0 a 1. Un modelo con alta sensibilidad y alta especificidad tendrá una curva ROC que abraza la esquina superior izquierda del gráfico, esta sería lo ideal, y un modelo con baja sensibilidad y baja especificidad tendrá una curva cercana a la línea diagonal de 45 grados.

Lo ideal sería tener una curva muy cercana a la esquina superior izquierda, pues el área de la curva indica la eficiencia del modelo, es decir mientras más cercano a 1 sea el área de la curva el modelo es mucho mejor y mientras más cercano a cero el modelo es menos eficiente. Como podemos ver el área de nuestra curva ROC es de 89%, lo que indica una gran eficiencia de nuestro modelo y por lo tanto las estimaciones presentada en la sección de resultados es correcta.

Tabla 12: Matriz de Confusión

Logistic model for violencia

Classified	True		Total
	D	~D	
+	880	24	904
-	1006	7214	8220
Total	1886	7238	9124

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .5$

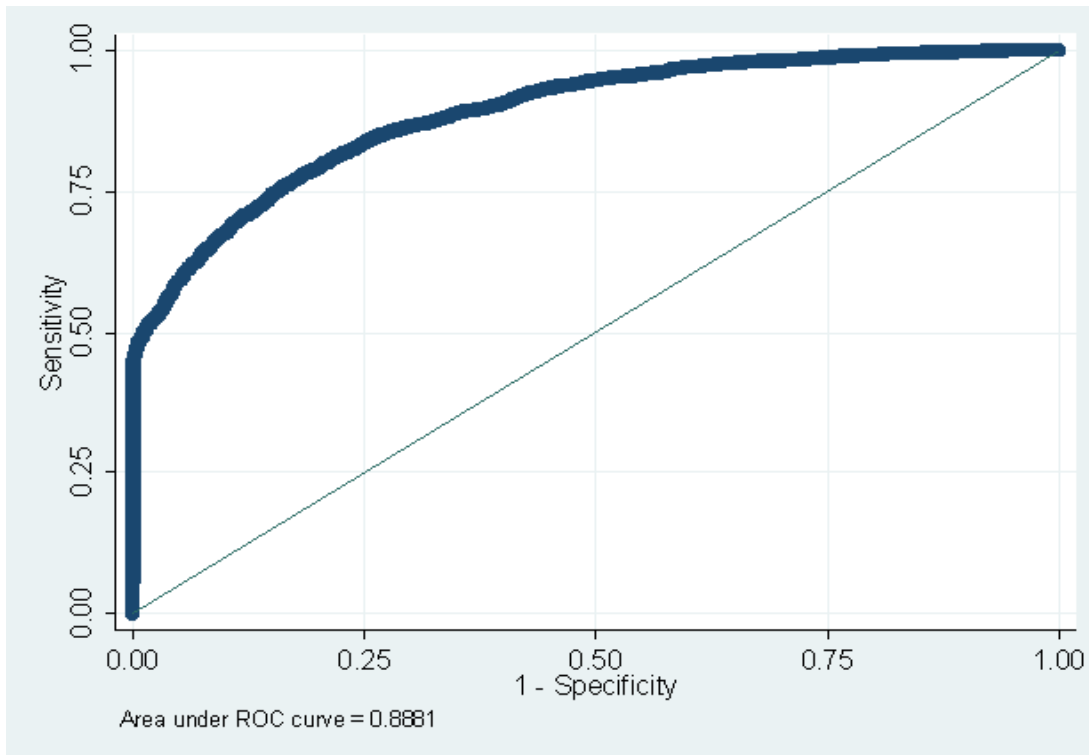
True D defined as violencia != 0

Sensitivity	$\Pr(+ D)$	46.66%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	99.67%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	97.35%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	87.76%

False + rate for true ~D	$\Pr(+ \sim D)$	0.33%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	53.34%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	2.65%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	12.24%

Correctly classified		88.71%
----------------------	--	--------

Figura 6: Curva ROC del modelo Logit



CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Uno de nuestros resultados más llamativos es que la variable ingreso tiene un impacto en la probabilidad de que un individuo este afiliado al SIS o no este afiliado a ningún seguro de salud, ya que cada S/ 1000 de ingresos adicionales de las personas, disminuye en 22 puntos porcentuales la probabilidad de el individuo no tenga seguro de salud y de igual manera en cuanto al gasto, por cada incremento del gasto total en S/ 10000 soles, disminuye la probabilidad de que una persona no esté asegurada en el SIS o en ningún seguro de salud en 9.1 puntos porcentuales; dicho en otras palabras, una incremento del ingreso y gasto de los individuos en S/ 1000 y S/ 10000 incrementa la probabilidad de que los individuos estén afiliados al SIS.

En cuando a la variable Educación, los resultados muestran que, si un individuo incrementa 1 año su educación, la probabilidad de que esté vinculado al SIS incrementa en 2.8%, sin cambiar ningún otro factor del modelo. De manera similar si el individuo es pobre tendrá un 7% más de probabilidad de no estar asegurado, manteniendo el resto de factores constantes.

De manera similar los resultados nos muestran que, si un individuo pertenece al sector informal, este tendrá un 22% menos de probabilidad de estar asegurado; y si el individuo pertenece al sector formal, este tendrá un 22% más de probabilidad de estar afiliado al SIS.

Finalmente, el coeficiente de la variable Sexo esto muestra que los hombres tienen un 2.6% menos de probabilidad de estar asegurados sin tener en cuenta ningún otro factor del modelo, es decir los hombres están en

promedio menos asegurados a algún sistema de salud en un 1.2% más que las mujeres.

Todos estos resultados corroboran tanto nuestra hipótesis general como las específicas, y además muestran concordancia teórica y empírica con los estudios analizados en la sección de antecedentes.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Los determinantes del acceso al seguro integral de salud en la región de Loreto en el periodo 2019 fueron trabajar en el sector formal, el nivel de ingresos, el nivel de gasto, las horas de trabajo, los años de educación, el nivel de pobreza y el sexo de los individuos. Podemos concluir que, para las variables de ingreso y el gasto, tienen un aumento significativo al tener una mayor probabilidad de estar afiliados al seguro de salud (o de manera equivalente, una menor probabilidad de no estar asegurados), mientras que una disminución significa lo contrario. Por otro lado, la variable educación muestra que tener más educación es un determinante para tener mayor probabilidad de estar asegurado en el seguro integral de salud. En cuanto a la variable de género y pobreza ser mujer y no ser pobre aumenta la probabilidad de que una persona este afiliado al SIS.

De manera más específica, el ingreso tiene un impacto en la probabilidad de que un individuo este afiliado al SIS o no este afiliado a ningún seguro de salud, ya que cada S/ 1000 de ingresos adicionales de las personas, disminuye en 22 puntos porcentuales la probabilidad de el individuo no tenga seguro de salud y de igual manera en cuanto al gasto, por cada incremento del gasto total en S/ 10000 soles, disminuye la probabilidad de que una persona no esté asegurada en el SIS o en ningún seguro de salud en 9.1 puntos porcentuales; dicho en otras palabras, una incremento del ingreso y gasto de los individuos en S/ 1000 y S/ 10000 incrementa la probabilidad de que los individuos estén afiliados al SIS.

En cuando a la variable Educación, los resultados muestran que, si un individuo incrementa 1 año su educación, la probabilidad de que esté

vinculado al SIS incrementa en 2.8%, sin cambiar ningún otro factor del modelo. De manera similar si el individuo es pobre tendrá un 7% más de probabilidad de no estar asegurado, manteniendo el resto de factores constantes.

De manera similar los resultados nos muestran que, si un individuo pertenece al sector informal, este tendrá un 22% menos de probabilidad de estar asegurado; y si el individuo pertenece al sector formal, este tendrá un 22% más de probabilidad de estar afiliado al SIS.

Finalmente, el coeficiente de la variable Sexo esto muestra que los hombres tienen un 2.6% menos de probabilidad de estar asegurados sin tener en cuenta ningún otro factor del modelo, es decir los hombres están en promedio menos asegurados a algún sistema de salud en un 1.2% más que las mujeres.

Esto no solo corrobora nuestra hipótesis general y específicas, si no que nos indica que, si la persona tiene menos ingresos económicos, menos capacidad de gasto, labora en el sector informal y por consiguiente se encuentra en el sector pobre, este tiene menos probabilidad de estar afiliado al seguro de salud, dado que las dificultades económicas, sectoriales y sociales hace que le sea más difícil acceder al seguro de salud. Por otro lado, si un individuo tiene menos años de educación esto también disminuye la probabilidad de que este afiliado al SIS, dado que cuenta con menos información, esta menos capacitado y estas condiciones pueden afectar el acceso al seguro de salud.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

Se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Es necesario pasar de un concepto de cobertura a través de un esquema básico de seguro de salud a un concepto de cobertura universal para proteger a los más pobres.
2. Existe una necesidad urgente de actualizar el sistema de cobertura, ya que se elaboró en 2012 y debe reajustarse para responder a las condiciones demográficas cambiantes, así como por el perfil social, epidemiológico y geográfico.
3. El estado debe asegurar que los puestos de atención primaria de salud cuenten con el personal y equipamiento adecuados, asegurando que haya al menos un médico general, una enfermera y un técnico de salud y, cuando sea posible, ambulancias. En cada puesto, para evitar que los beneficiarios del SIS tengan que ir al hospital (a veces lejos de su lugar de origen) por enfermedades simples o primarias (gripe, cólicos, náuseas, condiciones crónicas controladas, etc.).
4. Se debe incrementar el presupuesto asignado por el Estado al MINSA para que el SIS pueda atender efectivamente a sus asegurados, ya que actualmente no existe presupuesto suficiente para el presupuesto general y los recursos de recaudación directa.

5. Simplificar el proceso de atención eliminando la cobertura por enfermedad, especialmente los programas de subsidio para los más pobres.
6. Implementar mecanismos ágiles de delegación de excepciones en los convenios de cuidados cuando se justifique. Estas anomalías luego deben revisarse para confirmar si están relacionadas, pero no afectan al paciente.
7. Asegurar la interconexión de todos los establecimientos de salud del MINSA para permitir las evaluaciones de los responsables de auditoría interna y de la Administración de Prestaciones de Salud (GREP) para controlar el buen uso de los recursos presupuestarios asignados al SIS, realizar los controles correspondientes mediante evaluaciones virtuales o electrónicas.
8. Mejorar el proceso de control de afiliación al SIS para que este seguro realmente se dirija a los más pobres, ya que actualmente hay algunas personas que no son pobres, pero se benefician del SIS.

CAPITULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN

Abanto Paiba, A. P., & Ramírez Montero, N. Y. (2021). Nivel de afectación de los pobladores aledaños al relleno sanitario del distrito de Sullana, provincia de Sullana, departamento de Piura, Perú 2021.

Aguado, A. G., Palza, S. E., Sobrado, J. M. L., & Contreras, M. A. H. (2021). Reordenamiento de la oferta de servicios de salud para la atención de recién nacidos en Lima Metropolitana en las IPRESS del Ministerio de Salud, 2015-2019. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(3), 681-683.

Arias, L., & Sucari, H. (2019). Efecto de la educación sobre la pobreza monetaria en las regiones del Perú. *Revista Innova Educación*, 1(1), 97-109.

Arteta, Y. (2014). Análisis de la intervención del Seguro Integral de Salud en la cobertura de atención sanitaria materna, entre la población de Departamentos de mayor pobreza de Perú, años 2002 a 2012. Universidad Del País del Vasco.

Avila, M. (2016). Determinantes de la salud en la persona adulta en el caserío Miraflores-La Huaca-Paita, 2013. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

Ballesteros, M. (2013). Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. In X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Conconi, A., & Viollaz, M. (2017). Pobreza, desigualdad y desarrollo: Discusión desde el enfoque de la capacidad. Madrid: BBVA Open Pinguin Randon House, Grupo Editorial.

Daviña, P. (2017). Determinantes de la salud percibida en España. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Florez, S., Campo, C., Trochez, M., & Peña, C. (2015). Barreras y determinantes del acceso a la prestación de servicios de salud para la comunidad afrocolombiana de Quilcace Cauca, . Universidad EAN.

Grillo-Rojas, P., & Vásquez, A. (2019). Evaluación del mecanismo de pago capitado en el Seguro Integral de Salud del Perú. Revista de la Facultad de Medicina Humana, 19(3), 11-18.

Hernández, A. (2014). Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: El caso del Seguro Integral de Salud. Universidad de Chile.

Landeau, R. (2007). Elaboración de trabajos de investigación (Vol. 69). Editorial Alfa.

Longaray, C. (2017). Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a servicios de salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Restrepo, J., & Silva, A. (2017). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín. Colombia: Editorial Rev Gerern.

Rivera, C. (2019). Acceso a la prestación de servicios de salud en la región Piura 2015. Universidad Nacional de Piura.

Ruelas, E. (2016). La calidad del sistema de salud en un modelo universal. Hacia un sistema de salud con calidad, rectoría, financiamiento y provisión de servicios universales de salud. Universidad Nacional Autónoma de México.

Timaná, R., Alva-Díaz, C., Suárez, V., Pimentel, P., & Dongo, V. (2018). Características y calidad de las guías de práctica clínica en el Seguro Social de Salud del Perú. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 44(8), 549-556.

Sen, A. (1999). *Development as freedom*. . Oxford: Oxford University Press.

Solar, O., & Irving, A. (2015). *Conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social determinants of health discussion. Ginebra: Editorial WHO.

Soto Moreno, A., Vidal Pagador, M. M., Vildoso Concha, E., & Zapata Fernández, D. C. (2018). *Planeamiento estratégico para las entidades prestadoras de salud en el Perú*.

Tanahashi, T. (2006). Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ. Bulletin of the World Health Organization*.

Vargas, I., & Vásquez, M. (2018). Acceso a la Atención en Salud en Colombia. *Revista de salud Pública*. 701-712.

Wilson, L., Velásquez, A., & Ponce, C. (2009). *La ley marco de aseguramiento universal en salud Pública*. Universidad Cayetano Heredia.

ANEXOS

01: Matriz de consistencia

Título de la investigación	Problema de investigación	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Tipo de diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento	Instrumento de recolección
"EL ACCESO AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN LORETO, 2021".	<p>General</p> <p>¿Cuál es la relación entre el acceso al seguro integral de salud y los factores socioeconómicos en el departamento de Loreto, durante el periodo 2021?</p>	<p>General</p> <p>Determinar la relación entre el acceso al seguro integral de salud y los factores socioeconómicos en el departamento de Loreto, durante el periodo 2021.</p>	<p>General</p> <p>Los factores socioeconómicos tienen una relación directa con el acceso al seguro integral de salud en el departamento de Loreto, en el periodo 2021.</p>	<p>Tipo de investigación.</p> <p>Cuantitativa por su naturaleza, y Correlacional por su nivel de explicación.</p>	<p>Población.</p> <p>883.510 Individuos.</p>	Ficha de registro de datos.
	<p>Específicos</p> <p>1. ¿Cuál es la relación entre el acceso al seguro integral de salud y pertenecer al sector informal en el departamento de Loreto, durante el periodo 2021?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación entre el acceso al seguro integral de salud y el nivel de educación en el departamento de Loreto, durante el periodo 2021?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación entre el acceso al seguro integral de salud y el nivel de ingresos en el departamento de Loreto, durante el periodo 2021?</p>	<p>Específicos</p> <p>1. Determinar la relación entre el acceso al seguro integral de salud y pertenecer al sector informal en el departamento de Loreto, durante el periodo 2021.</p> <p>2. Determinar la relación entre el acceso al seguro integral de salud y el nivel de educación en el departamento de Loreto, durante el periodo 2021.</p> <p>3. Determinar la relación entre el acceso al seguro integral de salud y el nivel de ingresos en el departamento de Loreto, durante el periodo 2021.</p>	<p>Específicas</p> <p>1. El sector informal posee una relación directa con el acceso al seguro integral de salud en el departamento de Loreto, en el periodo 2021.</p> <p>2. El nivel de educación posee una relación directa con el acceso al seguro integral de salud en el departamento de Loreto, en el periodo 2019.</p> <p>3. El nivel de ingresos posee una relación directa con el acceso al seguro integral de salud en el departamento de Loreto, en el periodo 2021.</p>	<p>Diseño de investigación.</p> <p>No Experimental.</p>	<p>Procesamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La información recopilada será procesada con la hoja de cálculo Excel. ➤ Se calculará el Coeficiente de Correlación (r) bivariado. ➤ Se calculará el Coeficiente de Determinación (R²). ➤ Se elaborará el Informe Final de Tesis para su sustentación. 	

02: Instrumento de recolección de datos

Hoja de Registro de Datos			
EL ACCESO AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN LORETO, 2021			
Variables	Media	Varianza	Desviación estándar
Acceso al Seguro Integral de Salud			
Pobreza			
Nivel de educación			
Ingreso total			
Acceso al Seguro Integral de Salud			
Pobreza			
Nivel de educación			
Ingreso total			