



ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Efecto de riesgo de los determinantes sociales y la
accesibilidad a la atención de salud en el Perú en 2016.**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión Pública

AUTOR:

Br. José Carlos Mariños Anticona

ASESOR:

Dr. Genaro Siu Rojas

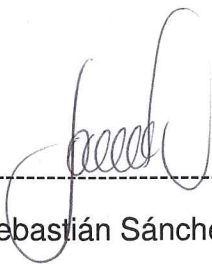
SECCIÓN:

Ciencias Empresariales

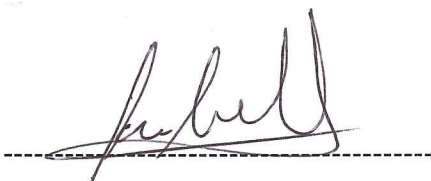
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Dirección: Planificación estratégica.

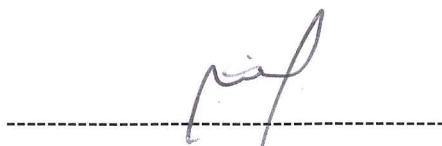
PERÚ – 2018.



Dr. Sebastián Sánchez Díaz
Presidente



Mg. Romell Poma Vivar
Secretaria



Dr. Genaro Siu Rojas
Vocal

Dedicatoria

Este trabajo de investigación está dedicado a mis adorados padres por su apoyo y comprensión permanente, toda la vida.

Agradecimiento

Agradezco de manera especial a las personas del Centro de Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud del Perú, por su apoyo para el presente logro.

Declaración jurada

Yo, José Carlos Mariños Anticona, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión Pública, de la Universidad Cesar Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulado “Efecto de riesgo de los determinantes sociales y la accesibilidad a la atención de salud en el Perú en 2016”, presentada para la obtención del grado académico de Magister en Gestión Pública, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por la normas de elaboración de trabajos académicos.

No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 18 de Diciembre del 2017



José Carlos Mariños Anticona
DNI 09608772

Presentación

Señores miembros del jurado:

Dando cumplimiento a las normas establecidas en el Reglamento de Grados y títulos de la sección de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo para optar el grado de Magister en Gestión Pública, presento el trabajo de investigación denominado: “Efecto de riesgo de los determinantes sociales y la accesibilidad a la atención de salud en el Perú en 2016”.

La presente investigación fue dividida en siete capítulos: El capítulo I, considero la introducción que contiene los antecedentes, fundamentación científica, justificación, problema, hipótesis y objetivos; el capítulo II, referido a las variables de estudio, la operacionalización de las variables, tipo y diseño de investigación, las técnicas e instrumentos; el capítulo III, lo conforma los resultados de la investigación; el capítulo IV, la discusión de los resultados; el capítulo V, las conclusiones de la investigación, el capítulo VI las recomendaciones y finalmente en el capítulo VII, las referencias bibliográficas y anexos.

Espero señores miembros del jurado que esta investigación se ajuste a las exigencias y expectativas establecidas por la universidad.

El autor.

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración jurada	v
Presentación	vi
Índice	vii
Lista de tablas y figuras	ix
<i>Lista de Tablas.</i>	<i>ix</i>
<i>Lista de figuras</i>	<i>xii</i>
Resumen	xiv
Abstract.	xv
I. Introducción.	16
1.1. <i>Problema.</i>	<i>78</i>
1.2. <i>Hipótesis.</i>	<i>82</i>
1.3. <i>Objetivos.</i>	<i>83</i>
II. Marco metodológico.	88
2.1. <i>Variables</i>	<i>89</i>
2.2. <i>Operacionalización de variables.</i>	<i>92</i>
2.3. <i>Metodología</i>	<i>101</i>
2.4. <i>Tipo y Diseño de Estudio.</i>	<i>101</i>
2.5. <i>Diseño de Investigación.</i>	<i>102</i>

2.6.	<i>Población, Muestra y Muestreo.</i>	104
2.7.	<i>Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.</i>	106
2.8.	<i>Métodos de análisis de datos</i>	107
2.9.	<i>Consideraciones Éticas.</i>	113
III.	Resultados.	111
3.1.	Características de los datos de estudio.	112
3.2.	Características de la población de estudio.	116
3.3.	Relación entre los determinantes sociales y el acceso a la atención institucional de salud, según la regresión multinivel binaria para muestras complejas.	137
3.4.	Validación de modelo multinivel mutile usando datos muestrales.	139
3.5.	Modelo de regresión logística multinivel múltiple para muestras complejas.	145
IV.	Discusión.	157
V.	Conclusiones.	164
VI.	Recomendaciones.	167
VII.	Referencias.	169
VIII.	Anexos.	169
	<i>Anexo A. Artículo científico.</i>	181
	<i>Anexo B. Matriz de consistência.</i>	203
	<i>Anexo C. Ficha Técnica. Encuesta ENAHO 2016.</i>	210

Lista de tablas y figuras

Lista de Tablas.

Tabla 1.	<i>Definiciones y dimensiones del acceso a la atención médica.</i>	58
Tabla 2.	<i>Dimensiones y variables de la variable X</i>	91
Tabla 3.	<i>Dimensiones y variables de la variable Y</i>	92
Tabla 4.	<i>Operacionalización de la Dimensión individual: Variable dependiente.</i>	93
Tabla 5.	<i>Operacionalización de la dimensión hogar: Variable dependiente.</i>	95
Tabla 6.	<i>Operacionalización de la dimensión ámbito geoeconómico del hogar: Variable dependiente.</i>	99
Tabla 7.	<i>Operacionalización de la Variable 2: accesibilidad a la atención de salud (variable independiente).</i>	101
Tabla 8.	<i>Clasificación de la variable dependiente, en relación del nivel jerárquico de la información.</i>	108
Tabla 9.	<i>Modelo de metadata de variables de la encuesta poblacional ENAHO 2016.</i>	109
Tabla 10.	<i>Características de la población de estudio según nivel jerárquico 1: Dimensión Individual, incluidas en el análisis. ENAHO 2016.</i>	113
Tabla 11.	<i>Características de la población de estudio según nivel</i>	114

*jerárquico2: dimensión hogar, incluidas en el análisis.
ENAH0 2016.*

- | | | |
|-----------|---|-----|
| Tabla 12. | <i>Características de la población de estudio según dimensión ámbito geoeconómico del hogar, incluidas en el análisis.
ENAH0 2016.</i> | 115 |
| Tabla 13. | <i>Relación de riesgo según odds ratio (OR), a partir de una regresión logística multinivel binaria entre las variables de estudio y el riesgo de no acceder a atención institucional de salud. ENAH0 2016.</i> | 138 |
| Tabla 14. | <i>Comparación de cada modelo de análisis en el paso 1 y 2 respecto al modelo en el paso 0 (modelo nulo).</i> | 140 |
| Tabla 15. | <i>Comparación de modelos en el paso 3 respecto al modelo en el paso 2.</i> | 143 |
| Tabla 16. | <i>Modelo de regresión logística multinivel múltiple para muestras complejas para identificar determinantes sociales de riesgo en el acceso a acceso a atención institucional de salud: dimensión 1 individual.</i> | 146 |
| Tabla 17. | <i>Modelo de regresión logística multinivel múltiple para muestras complejas para identificar determinantes sociales de riesgo en el acceso a acceso a atención institucional de salud: dimensión 2 hogar.</i> | 149 |
| Tabla 18. | <i>Modelo de regresión logística multinivel múltiple para muestras complejas para identificar determinantes sociales de riesgo en el acceso a acceso a atención institucional de</i> | 152 |

salud: dimensión 3 ámbitos geoeconómico del hogar,

Tabla 19. *Modelo de regresión logística multinivel múltiple para muestras complejas para identificar determinantes sociales de riesgo en el acceso a acceso a atención institucional de salud: Modelo integrado.*

157

Lista de figuras

<i>Figura 1.</i> Definición de acceso a la salud.	58
<i>Figura 2.</i> Determinantes estructurales: determinantes sociales de las desigualdades en salud.	62
<i>Figura 3.</i> Marco conceptual de acceso a la atención de la salud.	65
<i>Figura 4.</i> Marco conceptual para evaluar el acceso a los servicios de salud.	67
<i>Figura 5.</i> Un marco conceptual para el papel de la salud pública en el tratamiento de las disparidades en el acceso a los servicios de salud.	71
<i>Figura 6.</i> Marco conceptual para el estudio del acceso.	73
<i>Figura 7.</i> Un marco integrado y ampliado para el estudio del acceso a la atención de salud.	74
<i>Figura 8.</i> Perú: Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta en salud. Año: 2016.	80
<i>Figura 9.</i> Relación proporcional entre la dimensión individual y el acceso a la atención de salud.	121
<i>Figura 10.</i> Relación proporcional entre la dimensión hogar y el acceso a la atención de salud.	129
<i>Figura 11.</i> Relación proporcional entre la dimensión ámbito geográfico de la vivienda y el acceso a la atención de salud.	137
<i>Figura 12.</i> Determinantes riesgo de la dimensión 1 individual, que afectan el acceso a la atención institucional de salud.	147

- Figura 13.* Determinantes riesgo de la dimensión 2 hogar, que afectan el acceso a la atención institucional de salud. 150
- Figura 14.* Determinantes riesgo de la dimensión 3 ámbitos geoeconómico del hogar, que afectan el acceso a la atención institucional de salud. 153
- Figura 15.* Determinantes riesgo generado a partir de la integración de las 3 dimensiones de análisis que afectan el acceso a la atención de salud. 158

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo identificar determinantes sociales que tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016. Metodológicamente es una investigación básica, correlacional, no experimental cuantitativa, transversal y explicativo-predictiva; con diseño transeccional correlacional causal y de método hipotético deductivo.

Los datos son de la encuesta ENAHO (INEI). La muestra es de 38296 viviendas particulares. Tipo de muestreo probabilístico, de áreas, estratificado, multietápico e independiente por departamento. La técnica utilizada es encuesta, y el método entrevista. Todas las variables fueron dicotomizadas, se identificaron asociaciones usando análisis de contingencia, chi cuadrado, regresión logística multinivel binaria y múltiple para muestras complejas usando STATA 14.2.

Los resultados se resumen en un modelo constituido por determinantes del nivel individual, hogar y entorno geoeconómico del hogar como explicativos del riesgo de no acceder a atención institucional de salud. El perfil de riesgo identificado es: individuo con lengua materna quechua, aymara (OR=1.27) o lengua amazónicas (OR=1.51), migrante (OR=1.13); trabajador del hogar (OR=1.39), trabajador familiar no remunerado (OR=1.21), empleo informal (OR=1.37); su hogar localizado en la Costa norte rural (OR=1.43), Sierra norte rural (OR=1.61), Sierra centro rural (OR=1.69) o en Selva alta rural (OR=1.37); según su capacidad de gasto pertenece al quintil 1 (OR=1.30) y pobre según línea de pobreza (OR=1.69), asimismo padecer de una discapacidad (OR=1.51) o enfermedad crónica, (OR=1.10).

En conclusión, existe evidencia que el riesgo de no acceder a atención institucional de salud está asociado a determinantes de riesgo de vulnerabilidad e inequidad social.

Palabras claves: determinantes sociales, acceso, atención de salud.

Abstract.

The present research aims to identify social determinants that have a risk effect on access to institutional health care in Peru in 2016. Methodologically it is a basic, correlational, non-experimental, quantitative, transverse and explanatory-predictive research; with causal correlational transectional design and deductive hypothetical method.

The data are from the ENAHO (INEI) survey. The sample is 38296 private homes. Type of probabilistic sampling, of areas, stratified, multistage and independent by department. The technique used is survey, and the interview method. All variables were dichotomized, associations were identified using contingency analysis, chi-square, multi-level binary and multiple logistic regression for complex samples using STATA 14.2.

The results are summarized in a model constituted by determinants of the individual level, household and geoeconomic environment of the household as explanatory of the risk of not accessing institutional health care. The identified risk profile is: individual with Quechua mother tongue, Aymara (OR = 1.27) or Amazonian language (OR = 1.51), migrant (OR = 1.13); household worker (OR = 1.39), unpaid family worker (OR = 1.21), informal employment (OR = 1.37); (OR = 1.43), rural north (OR = 1.61), rural center (OR = 1.69) or rural highland (OR = 1.37); according to their capacity to spend belongs to quintile 1 (OR = 1.30) and poor according to poverty line (OR = 1.69), also suffering from a disability (OR = 1.51) or chronic disease, (OR = 1.10).

In conclusion, there is evidence that the risk of not accessing institutional health care is associated with risk determinants of vulnerability and social inequity.

Key words: social determinants, access, health care.

I. Introducción.

Antecedentes.

Al hacer una revisión sobre los antecedentes bibliográficos que aborden problemas problema o que reporten resultados similares a la presente tesis, se han encontrado los siguientes trabajos;

Antecedentes nacionales.

El “Instituto Nacional de Estadística e Informática” (INEI. Biblioteca, 2000), en el informe técnico “Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú”, usando la “Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO” en 1998,

El objetivo del estudio fue identificar como las variables económicas, sociales, demográficas de la población y de accesibilidad de la población en su interacción con la oferta de servicios de salud determinan el acceso y no acceso a los servicios de salud en el Perú.

Como metodología se planteó ¿Cómo encontrar cuáles son los determinantes o barreras que definen el acceso a los servicios de salud en el Perú?, ello dadas las disparidades que existen dentro de la población que reporta enfermedad o accidente en el país; una aproximación al problema es la aplicación de un Modelo estadístico que logre identificar las variables que aportan a favor o en contrario del acceso a los servicios de salud, dadas las características de la población y de las variables de tipo cuantitativo y cualitativo que

explicarían el acceso a estos servicios, se ha visto por conveniente utilizar un Modelo Logit.

Los resultados se muestran que según los modelos explicativos, reporta que “el ingreso per cápita, NBI2: hacinamiento, NBI3 sin servicios higiénicos, NBI4: con niños que no van a la escuela, tiempo de llegada a los servicios de salud y pobreza no extrema, ninguno actúa como factor de riesgo ($OR > 1$)”.

Así mismo Bardález del Águila, La salud en el Perú. (s.f), investigador del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), en el documento “*La salud en el Perú. Proyecto observatorio de la salud.*” haciendo referencia a la magnitud y las barreras del acceso a los servicios de salud, afirmó:

Sólo una cuarta parte de la población tiene un seguro de salud: 20.1% en ESSALUD (seguro público); 2% en seguros privados y 1.3% en la sanidad militar o policial; habiendo decaído la cobertura discretamente en la última década. Esto ocurre debido a la gran informalidad en el empleo y a la pobreza extendida, porque el aseguramiento depende de contribuciones en la planilla de pago de los trabajadores. A este problema hay que agregar que sólo el 57% de los asegurados en ESSALUD usa sus servicios de atención ambulatoria. Por su lado, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), de carácter privado y creadas en 1998 con la “modernización de la seguridad social”, tienen una cobertura insignificante (1.3%).

La distribución por prestador fue la siguiente: 27.9% en el Ministerio de Salud; 0.4% en otro servicio público; 25.1% en

ESSALUD; 3.8% en la sanidad militar y policial; 20.3% en el sector privado y 22.5% en las farmacias.

En relación al uso de los servicios de salud y sus barreras, según Cetrángolo, Bertranou, Casanova , & Casalí (2013) en el documento *“El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva”* publicado por ESSALUD, manifestó:

Del total de población que informó haber padecido algún problema crónico de salud en 2011, un 38,7% buscó atención, en tanto que de la población que manifestó haber tenido algún problema no crónico de salud la proporción que buscó atención asciende al 49,3%. Al analizar el lugar, donde las personas que buscaron atención realizaron la consulta médica, se observa que, en 2011, el 34,1% consultó en una farmacia o botica, el 33,3% fue a algún establecimiento público de salud (MINSA), el 15,1% acudió a establecimientos de salud del sector privado (clínicas y consultorios particulares) y el 13,9% asistió a establecimientos de EsSalud. El porcentaje restante acudió a establecimientos de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional del Perú o se trató de personas atendidas en sus domicilios.

El porcentaje total de personas con problemas de salud que ha procurado atención médica ha aumentado entre 2004 y 2011, pasando de 41,7% a 50,4%. Aquí se observa un incremento de las consultas particulares y en farmacias y boticas, mientras tanto, el

peso de las consultas y atenciones en los centros de salud del subsector público y de EsSalud ha disminuido (en términos relativos).

En relaciona las barreras en el acceso a los servicios de salud⁶¹ En 2011, del total de personas que no realizaron consultas sobre su salud, a pesar de haber padecido algún problema, el 40,5% consideró que no era necesario recibir atención. El 27,9% utilizó remedios caseros o se automedicó, el 15,3% mencionó que no acudió a la consulta porque el establecimiento quedaba lejos, porque no tenía confianza en los médicos o por la demora en la atención, y un 12,9% mencionó la falta de dinero como barrera de acceso al servicio de salud. Luego, el porcentaje restante se descompone en otras barreras que incluyen: la carencia de seguro, la falta de tiempo, el maltrato por parte del personal de salud, entre otros temas. Esta última categoría (Otros), que representaba un bajo porcentaje de barreras en el acceso en 2004, se ha más que duplicado desde entonces hasta el presente. Si se analiza con detenimiento el interior de esta categoría, los datos exponen que la falta de tiempo es la variable que más pondera (con un 18,0%), mientras solo un 2,4% de las personas que no consultaron lo hicieron por falta de seguro médico y un 1,5%, por el maltrato recibido del personal de salud (pp. 91-94).

Del total de personas que indican como barrera de acceso a los servicios de salud la falta de ingresos, un 60,1% se encuentra entre los dos quintiles de menores ingresos y un 43,1% en condición de

pobreza extrema o moderada. En el caso del resto de los impedimentos se observa una distribución más homogénea por quintil de ingreso, aunque las personas del primer quintil representan casi el 30,0% del total de los individuos que indican como barrera la distancia, la falta de confianza y la demora en la atención. En relación con 2004, puede indicarse que la falta de dinero ha perdido peso entre la población en condiciones de pobreza (pp. 96-97).

Antecedentes internacionales.

A nivel internacional, la búsqueda bibliográfica se concentró principalmente a nivel Latinoamericano, pues en mayor o menor grado, compartimos los mismos problemas sociales, culturales económicos y perfil de salud. A continuación se detalla algunos artículos sobre el tema:

En relación con la investigación, en un estudio sobre “*Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central.*”, específicamente en Guatemala, Honduras y Nicaragua, usando encuesta nacional de hogares reportaron:

El estudio tuvo como objetivo examinar los determinantes sociales que afectan la conducta de la población en relación con la búsqueda y obtención de medicamentos, y su relación con la exclusión de los servicios de salud para datos agregados de tres países de América Central: Guatemala, Honduras y Nicaragua.

Donde el diseño del estudio fue observacional descriptivo de corte transversal, mediante la aplicación de una encuesta de hogares. La muestra del estudio se seleccionó de acuerdo al método de conglomerados. Variables: en el conjunto de los tres países se encuestó un total de 2 779 hogares, se seleccionaron variables referentes a: hogares con jefe de hogar del sexo masculino (%), promedio de edad del jefe de hogar (años), etnia del jefe de hogar pertenece a grupo étnico originario (% hogares), etnia de la madre pertenece a grupo étnico originario (% hogares), hogares donde el idioma de la madre es español (%), jefe de hogar que sabe leer y escribir (%), nivel educativo del jefe de hogar (% hogares), número promedio de personas que viven en el hogar , número promedio de personas por habitación, viviendas con hacinamiento (≥ 3 personas por habitación) (%), nivel socioeconómico del hogar (% hogares), promedio (de) del ingreso per cápita (US\$), rango porcentual de hogares según dócil de ingreso (%), jefe de hogar con cobertura de seguro de salud (público y/o privado) (%), jefe de hogar con seguro de salud que cubre todos los medicamentos (%), hogares con establecimiento de salud del MINSA a menos de 30 min (%) y percepciones de los hogares sobre la oportunidad de uso del establecimiento de salud del sector público. Las variables de caracterización de hogares en función de los indicadores relativos al jefe del hogar, y otros aspectos del hogar según las categorías de exclusión de la atención de salud: a) características del jefe de hogar: sexo, sabe leer y escribir en español, nivel educativo, trabaja,

empleado (trabajo formal)a, seguro de salud, adulto mayor es jefe de hogar y b) características del hogar: nivel socioeconómico, número de personas por habitación ≥ 3 a, agua potable, baño propio, electricidad, ingreso máximo por hogar y madre del hogar pertenece a algún grupo étnico. Los datos fueron analizados con el programa SPSS® V.17, utilizando estadística descriptiva y análisis bivariado, multivariado y por componentes principales (ACP).

Se registró que aunque la mayoría de las personas pudo acceder a la atención en salud, la exclusión en salud (razón de probabilidades [RP] 4,10; intervalo de confianza de 95% [IC95%]) fue el principal determinante de la falta de acceso a los medicamentos. Las características de la vivienda (RP 0,747, IC95%), la formalidad del empleo del jefe(a) de hogar (RP 0,707, IC95%) y las condiciones socioeconómicas del hogar (RP 0,462, IC95%) fueron también importantes determinantes de la falta de acceso a los medicamentos.

Por lo tanto Los fenómenos de la falta de acceso a servicios de salud y a medicamentos no son independientes entre sí. Se corroboró que el sistema de salud, como determinante social intermediario de la salud, es un factor importante para la mejora del acceso a medicamentos. Las políticas públicas orientadas a alcanzar la cobertura universal deben contemplar esta relación para ser eficaces (Acuña , y otros, 2014), pp. 128)

Igualmente en el artículo "*Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000 - 2009.*", usando encuesta nacional de hogares, refieren:

En la investigación que tuvo como objetivo medir y explicar las desigualdades en salud y en la utilización de la atención sanitaria relacionadas con los ingresos en Chile durante el período 2000 - 2009, evaluar sus factores determinantes y las variaciones dentro del país.

Se usaron datos de las Encuestas de Caracterización Nacional Socio-económica de 2000, 2003 y 2009. La desigualdad en la utilización de la atención sanitaria relacionada con los ingresos se evaluó con los índices estandarizados de concentración para la probabilidad y el total de consultas de atención especializada, general, de urgencia, odontológica, de salud mental y hospitalaria. El estado de salud autoevaluado y las limitaciones físicas se usaron como mediciones indirectas de la necesidad de atención sanitaria. Se estandarizó por variables demográficas y de necesidad; se utilizó el método de descomposición para calcular la contribución de cada uno de los factores usados para calcular el índice de concentración, entre ellos la etnia, el estado de empleo, el seguro de salud y la región de residencia.

Registró como resultados, las personas en los quintiles de menores ingresos refirieron peor estado de salud y más limitaciones físicas que las de los quintiles superiores. Se encontraron desigualdades a favor de las personas de mayores ingresos para las

consultas especializadas y odontológicas, y una leve utilización mayor en este grupo de consultas generales y totales, aunque todas han disminuido en el tiempo. La atención en salas de emergencias y las hospitalizaciones se concentraron en los quintiles de menores ingresos y han aumentado en el tiempo. Los ingresos y tener mayor educación y seguro de salud privado contribuyen a la inequidad a favor de las personas de mayores ingresos respecto de las consultas odontológicas, generales, especializadas y totales, mientras la residencia urbana y la actividad económica contribuyen a la inequidad a favor de las personas de menores ingresos respecto de las consultas en salas de emergencias.

En resumen, los patrones de utilización de la atención sanitaria en Chile concuerdan con las políticas del país y van en la dirección esperada. La significativa desigualdad en el ingreso y en el uso de servicios odontológicos y especializados, que favorece a las personas de mayores ingresos, requiere la atención de las instancias normativas y merece investigaciones adicionales relacionadas con la calidad de estos servicios (Vásquez, Paraje, & Estay, Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000 - 2009., 2013), pp. 98).

Situación parecida se reporta en el artículo sobre "*Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile.*", usando encuesta nacional de hogares, reportaron:

Analizando la situación de salud de la población en las dos últimas décadas, Chile ha experimentado avances en el desarrollo económico y los indicadores de salud global. Sin embargo, persisten las desigualdades de género en relación, en particular, con el acceso a los servicios de salud y la financiación del seguro de salud.

El propósito del estudio fue examinar las desigualdades de género en el acceso a la atención de la salud en Chile.

Para el análisis de los datos, se obtuvieron a partir de la encuesta nacional seriada aplicada a la evaluación de políticas sociales (CASEN) realizada por el Ministerio de Planificación. Durante la encuesta se entrevistaron 45.379 y 48.107 viviendas en 1994 y en 1998, respectivamente. Las variables independientes (predictores) estudiadas fueron "sexo", "edad", "sistema previsional" y "posición socioeconómica" (quintil de ingresos). Las variables dependientes fueron: "percepción de enfermedad"; y "utilización de servicios de salud" (prestaciones) como medida de acceso a los servicios. Las encuestas CASEN 1994 y 1998 no preguntan por la "percepción del estado de salud" y se optó por la utilización de un "proxi" de esta variable con la pregunta CASEN: "¿Sufrió alguna enfermedad o accidente en los últimos tres meses?". Estas variables permiten analizar el nivel de equidad de acceso a la utilización de servicios y la interacción con las variables contextuales para las mujeres en Chile.

Los resultados del análisis indican que las mujeres utilizan los servicios de salud 1,5 veces más a menudo, sus salarios son 30%

más bajos en todos los estratos socioeconómicos. Además, en el sector privado de la salud, las mujeres pagan primas de seguro más altas que los hombres. Los hombres de menos de dos años de edad tienen 2,5 veces más consultas preventivas que las niñas. Esta diferencia, aunque de menor magnitud, también se observa en personas mayores de 60 años. Las mujeres de los quintiles de ingresos altos y los usuarios de los seguros privados de salud tienen un mejor acceso a las consultas preventivas, pero no a la atención especializada.

En conclusión el artículo recomienda una mejora en el acceso equitativo de las mujeres a la atención sanitaria y al financiamiento. Además, los sistemas de monitoreo para encuestar estos indicadores para las mujeres deberían mejorar su eficiencia (Vega M, Bedregal G, Jadue H, & Delgado B, 2003), pp. 669).

De igual modo en el artículo "*Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998 - 2008.*", en Brasil, usando encuesta nacional de hogares, manifestaron:

EL estudio tuvo como objeto analizar la evolución y los determinantes de las desigualdades relacionadas con los ingresos en el sistema de salud brasileño entre 1998 y 2008.

Se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Hogares de 1998, 2003 y 2008. La salud se midió según el estado de salud autoevaluado, las limitaciones físicas y las enfermedades crónicas. Las hospitalizaciones y las consultas médicas y odontológicas se

usaron como medición indirecta de la utilización de la atención sanitaria, y los Ingresos, raza/origen étnico, educación, años de educación, región geográfica, área de residencia, tipo de familia, actividad económica, seguro médico privado y tamaño del hogar para estimar el nivel socioeconómico o nivel de vida. Los índices de concentración para todas las variables dependientes se calcularon antes y después de su estandarización. Se empleó análisis de descomposición para identificar los principales determinantes de desigualdad en la utilización de la atención sanitaria.

Reportó, que en los tres períodos analizados, las personas con menor nivel socioeconómico informaron un peor estado de salud, mientras que las de mayor nivel informaron más enfermedades crónicas y tuvieron una mayor utilización de la atención sanitaria (servicios médicos y odontológicos). A pesar de esto, la desigualdad en la utilización de la atención sanitaria relacionada con los ingresos ha ido disminuyendo. El seguro de salud privado, la educación y los ingresos son los principales factores que contribuyen a las desigualdades identificadas.

Por lo tanto, las desigualdades en la utilización de los servicios médicos y odontológicos relacionadas con los ingresos han disminuido gradualmente en Brasil. Esta disminución se asoció con la aplicación en el país de políticas y programas que favorecen la equidad, como el Programa de Agentes de Salud Comunitarios y el Programa de Salud Familiar (Almeida, Mori Sarti, Fagundes Ferreira, Montoya Diaz, & Coelho Campino, 2013), pp. 90).

De igual manera en el artículo "*Gender and health inequalities among adolescents and adults in Brazil, 1998.*", no en población general, sino en cohortes de jóvenes y adultos, usando encuestas nacionales, refieren:

EL estudio tuvo como objeto evaluar la magnitud de las desigualdades de género con relación al estado de salud y la utilización de los servicios de salud en adolescentes y adultos en Brasil.

Tomó una muestra representativa compuesta por 217 248 personas de 15 a 64 años de edad a partir de la Encuesta Nacional de Muestras de Hogares (Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios, PNAD), realizada por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadísticas en 1998 con fondos del Ministerio de Salud. El estudio se concentró en tres variables de resultado (estado autoevaluado de salud, consultas médicas y hospitalizaciones (excepto para el parto)) y cinco variables de exposición (edad, sexo, origen étnico, ingresos y educación). Se utilizó la regresión logística incondicional y el análisis estratificado de Mantel-Haenszel. Se calcularon las razones de las tasas de prevalencia para cada estrato. Los intervalos de confianza se calcularon mediante la serie de Taylor, con un intervalo de confianza de 95% (IC95%).

Entre los resultados principales se reporta que las mujeres tuvieron una mayor probabilidad de considerar su salud regular o mala que los hombres (razón de posibilidades [odds ratio, OR] = 1,33; IC95%: 1,31 a 1,35). Las desigualdades según el sexo fueron

significativas para todas las edades y todos los niveles de ingresos del hogar y de educación, siempre desfavorables para las mujeres ($1,17 < OR < 1,44$). Las desigualdades de género con relación a las consultas médicas fueron mayores en personas con buena salud; presentaron una tendencia a disminuir a medida que aumentaban la edad, los ingresos y el nivel educacional; y siempre estuvieron a favor de las mujeres ($1,12 < OR < 2,06$). Las desigualdades de género en cuanto a las tasas de hospitalización disminuyeron con la edad, fluctuaron de acuerdo con los ingresos y el nivel educacional en cada grupo de edad y siempre estuvieron a favor de las mujeres ($1,16 < OR < 1,66$).

El estudio logró demostrar que las diferencias en cuanto al estado autoinformado de salud en hombres y mujeres aumentaron después de ajustar por las variables socioeconómicas, lo que indica que las mujeres más pobres enfrentan mayores diferencias relativas que los hombres. El impacto de los factores determinantes estructurales, como la educación y los ingresos, es considerablemente menor que los elementos teóricos sociales de género, aunque los primeros son predictores más importantes. Las mujeres utilizan los servicios de salud con mayor frecuencia que los hombres, lo que es coherente con sus mayores necesidades de atención sanitaria. No obstante, las tasas de consultas médicas muestran una relación inversa con respecto a las necesidades de atención sanitaria, lo que indica que no es equitativo el acceso a la atención ambulatoria, especialmente

a la atención preventiva (Barradas Barata, Furquim de Almeida, Valencia Montero, & Pereira da Silva, 2007), pp. 320).

Algo semejante ocurre con lo que reporta el artículo "*Maternal behavior and experience, care access, and agency as determinants of child diarrhea in Bolivia.*", usando encuesta nacional de hogares, reportaron:

En América Latina y el Caribe, Bolivia ocupa el tercer lugar en términos de la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años (57 por 1 000); 14,0% de estas muertes son atribuibles a cuadros de diarrea. Dado que la madre es quien tiene casi todo el control sobre el mundo que rodea al niño y es a través de ella que el niño lo experimenta, esta investigación procura entender las dimensiones maternas que pueden determinar la aparición de diarrea infantil.

Las variables de estudio se seleccionaron a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud efectuada en Bolivia en el año 2003 para elaborar índices representativos de tres dimensiones maternas empleando el análisis de componentes principales: el comportamiento y la experiencia, el acceso a la atención de salud y la capacidad de acción. Los tres índices se incluyeron en un modelo de regresión logística teniendo en cuenta la situación económica, el nivel de educación materna y el lugar de residencia.

La muestra final estuvo compuesta por 4 383 mujeres que tenían al menos un hijo menor de 5 años; 25,0% de las madres informaron que su hijo menor había presentado un episodio de diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta. La probabilidad de que los

niños presentaran un episodio de diarrea fue significativamente menor entre las madres que tienen gran capacidad de acción o una buena situación económica que entre aquellas cuya situación económica es mala o tienen escasa capacidad de acción, y significativamente mayor entre las mujeres que habían finalizado la escuela primaria que entre aquellas sin escolaridad.

En conclusión una mayor capacidad de acción de la madre tiene un efecto protector importante aun cuando se consideran otros factores. Mejorar la capacidad de acción materna podría impactar de manera positiva la salud infantil de Bolivia, de modo que las futuras investigaciones deberían proponerse comprender los factores que determinan los diferentes grados de capacidad de acción de la madre y la manera en que pueden mejorarse (Carusol, StephensonII, & Leon, 2010), pp. 423).

Adicionalmente en el artículo “*Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia.*”, usando encuesta nacional de hogares, manifestaron:

En un estudio que tuvo como objetivo analizar la equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia así como sus principales determinantes.

Para el análisis de datos, se construyen tablas de contingencia para variables de acceso a servicios de salud disponibles en la Encuesta de Calidad de Vida 2003, discriminando por tipo de afiliación a la seguridad social y nivel socioeconómico. Para identificar los determinantes del acceso a servicio de salud se

construye un modelo Logit cuyas variables explicativas son el estatus socioeconómico, edad, educación, género, ubicación urbano/rural, estado de salud autorreportado y tipo de afiliación a la seguridad social. Las variables incluidas en los modelos son: gasto total agregado (alto, medio y bajo), tipo de afiliación a la seguridad social (régimen contributivo, régimen subsidiado y ninguna afiliación), edad, sexo, ubicación geográfica (zona urbana y zona rural), educación (ninguna, primaria, bachillerato y superior), estado de salud autorreportado (malo o regular y bueno o muy bueno). En las estimaciones solo se trabaja con las personas mayores de 15 años para evitar el problema de sesgo que se presenta con la variable educación, debido a que los menores no han tenido la posibilidad de decidir hasta donde educarse y por lo tanto en esta cohorte no existe suficiente variación de esta variable explicativa para que sea de verdad un determinante. Las categorías de referencia para interpretar los valores de los Odds Ratio son ninguna educación, gasto bajo, ubicación rural, no afiliado, estado de salud malo o regular y sexo femenino. Se emplea la prueba de Hosmer y Lemeshow para probar la bondad del ajuste del modelo.

Los resultados muestran que ante la necesidad de buscar atención no se observan diferencias entre afiliados al régimen contributivo y subsidiado, pero sí entre éstos y los no afiliados. Las barreras financieras se constituyen en el principal obstáculo para no acceder a servicios de salud para los afiliados al régimen subsidiado y los no afiliados. Se evidencian inequidades entre afiliados y no

afiliados, en tanto los del régimen contributivo tienen mayores facilidades para continuar con la atención. Existe un sesgo positivo en el acceso a servicios de salud preventivos que favorece los de mejor situación económica.

La conclusión del artículo es que la educación, edad y tipo de afiliación a la seguridad social son los principales factores que inciden sobre el acceso a servicios curativos y preventivos. El género, estado de salud autorreportado y ubicación geográfica son factores adicionales para explicar el acceso a servicios preventivos, pero que no inciden en el acceso a servicios curativos (Mejía-Mejía, Sánchez-Gandur, & Tamayo-Ramírez, 2007), pp. 26).

Además en el artículo "*Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil.*", usando encuesta poblacional, refieren:

El estudio tuvo como objetivo analizar comparativamente la utilización de servicios de los distintos niveles asistenciales y sus determinantes, de dos sistemas de salud diferentes, Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y Sistema Único de Salud (SUS), en municipios de Colombia y Brasil.

Metodológicamente fue un estudio transversal basado en encuesta poblacional en dos municipios de Colombia (n = 2163) y dos de Brasil (n = 2155). Las variables de resultado son tres variables dicotómicas relativas a la utilización de los servicios del SGSSS en Colombia y del SUS en Brasil en los últimos 3 meses: (1)

consulta con el médico general o pediatra, (2) consulta con el especialista y (3) consulta a los servicios de urgencias. Siguiendo el modelo de Aday y Andersen²¹ se incluyeron las siguientes variables explicativas: (1) factores predisponentes: sexo, edad, nivel de estudios del cabeza de familia, y conocimiento del centro de salud y del hospital asignados (evaluadas mediante las preguntas "¿Cuál es su centro de salud o centro médico asignado?" y "¿Cuál es el hospital que tiene asignado?"); (2) factores que capacitan: ingresos mensuales del hogar, posesión de un seguro privado de salud, régimen de afiliación en Colombia y fuente regular de atención, que se consideró cuando la persona respondía afirmativamente a la pregunta "Cuando tiene una enfermedad, ¿acostumbra a ir al mismo servicio de salud?"; y (3) factores de necesidad: estado de salud percibido, evaluado mediante la pregunta "¿Cómo define su estado de salud? Muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo", y los resultados se agruparon como "bueno o muy bueno" y "menos de bueno" y presencia de enfermedad crónica. Otros factores analizados fueron el área de estudio y la utilización de otro nivel asistencial en el mismo periodo de tiempo.

Los resultados indican que los determinantes de la utilización varían según el nivel asistencial y el país. El sexo aparece únicamente asociado a la utilización de la atención primaria en Colombia, donde las mujeres hacen un mayor uso. La edad se comporta diferente según el nivel asistencial y el país: los menores tienen mayor posibilidad de uso de atención primaria y urgencias en

ambos países, y menor de atención especializada en Brasil. Tener más de 65 años de edad se asocia a un mayor uso de atención primaria en ambos países y un menor uso de atención especializada y urgencias en Brasil. En ambos países, conocer el centro de salud asignado se asocia a un mayor uso de los servicios de atención primaria, y conocer el hospital de referencia a un mayor uso de la atención especializada y urgencias. En Brasil es mayor la probabilidad de uso entre aquellos que identifican su centro de salud de referencia, si éste cuenta con el Programa de Salud de Familia. Padecer una enfermedad crónica se asocia a un mayor uso de atención primaria y especializada en Colombia, y además a las urgencias en Brasil. En Colombia, los afiliados al régimen contributivo utilizan más los servicios del SGSSS que los del subsidiado en atención primaria y especializada, o que los no asegurados en cualquier nivel; en Brasil, la población de baja renta y sin seguro privado hace un mayor uso del SUS en cualquier nivel de atención. En ambos países, conocer el centro de salud asignado y tener una fuente regular de atención incrementa el uso de la atención primaria y el conocimiento del hospital de referencia, el de especializada y urgencias.

Conclusiones del estudio: la influencia de los determinantes del uso difiere según el nivel de atención utilizado en ambos países, por lo que se subraya la necesidad de analizarlo desagregando por nivel asistencial (García-Subirats, y otros, 2014), pp. 480).

De la misma forma en el artículo “*Binational utilization and barriers to care among Mexican American border residents with diabetes.*”, usando una encuesta de hogares, reportaron:

La investigación tuvo como objetivo evaluar si las personas con diabetes que residen en la frontera mexicano-estadounidense (1) encuentran mayores barreras para obtener atención médica en los Estados Unidos de América que en México; y (2) acuden a México en busca de atención y medicación con mayor probabilidad que las personas no diabéticas que residen en la frontera.

Durante el estudio se realizó una encuesta aleatoria de hogares entre noviembre de 2009 y mayo de 2010. Los hogares fueron seleccionados mediante un diseño estratificado de muestreo probabilístico en dos etapas, seleccionando 50 estratos construidos a partir de datos de tratos censales electrónicos para la ciudad de El Paso.

Las características demográficas incluían la edad, el sexo y el lugar de nacimiento de cada participante, el número de años en los Estados Unidos, el ingreso anual aproximado del hogar y el estado del seguro, el ingreso del hogar; barreras financieras; dificultad para pagar la atención, no busca atención por condición económica, pospone o no solicita tratamiento por los costos; otras barreras: transporte, idioma, confusión acerca la gestión, dificultad para entender instrucciones médicas, trato irrespetuoso, y dificultad para obtener medicamentos en algún centros de salud de los EEUU y estado de salud: tienen diabetes.

Los resultados indican que las tasas de diabetes eran elevadas (15,4%). La mayor parte de las personas con diabetes (86%) notificaron comorbilidades. En comparación con los participantes no diabéticos, los afectados de diabetes experimentaban dificultades algo mayores para pagar US\$ 25 ($P = 0,002$) o US\$ 100 ($P = 0,016$) por recibir atención médica, y encontraban mayores barreras en materia de transporte e idioma ($P = 0,011$ y $0,014$, respectivamente) para ser atendidos en los Estados Unidos, aunque era más probable que contaran con una persona o lugar adonde acudir en busca de atención médica y para ser sometidos a tamizaje. Una cuarta parte de los participantes acudían a México en busca de atención o medicamentos. Una edad menor y el haber vivido en México se asociaban con la búsqueda de atención en México, pero no el padecer diabetes. La presencia de múltiples barreras financieras se asociaba independientemente con una probabilidad aproximadamente tres veces mayor de acudir a México en busca de atención médica o medicación. Las barreras idiomáticas se asociaban con la búsqueda de atención en México. La confusión acerca de los trámites para recibir atención médica y la percepción de no recibir siempre un trato respetuoso por parte de los proveedores de atención médica en los Estados Unidos se asociaban con la búsqueda de atención y medicación en México (odds ratio, 1,70 - 2,76).

En conclusión, la notificación de barreras modificables a la atención médica fue frecuente entre los participantes y algo más

frecuente entre (1) las personas con diabetes; y (2) los que buscaban ser atendidos en México. Sin embargo, estos fenómenos son estadísticamente independientes; no era más probable que las personas con diabetes utilizaran servicios en México. Ambos conjuntos de problemas (las barreras que deben afrontar las personas con diabetes, las barreras relacionadas con el uso de servicios en México) pueden coexistir, y proporcionan oportunidades para mejorar el acceso a la atención y el tratamiento de las enfermedades (D. de Heer H. , y otros, 2013), pp. 147).

También con en el artículo “*Acceso a la atención en salud en Colombia.*”, haciendo una revisión bibliográfica sistemática sobre determinantes sociales y acceso a los servicios de salud, refieren:

La revisión tuvo como objetivo, contribuir al conocimiento sobre el acceso a los servicios en Colombia tras la reforma del sistema de salud, exponiendo los principales resultados y vacíos en las investigaciones.

Como metodología se realizó una revisión sistemática de la bibliografía, a través de la búsqueda exhaustiva y análisis de artículos originales publicados entre 1994 y 2009. Se incluyeron 27 investigaciones cuantitativas y cualitativas que cumplían los criterios de selección. El análisis se enmarcó en los modelos teóricos de Aday y Andersen y Gold, que diferencian entre acceso potencial y realizado y consideran las características de la población, proveedores y aseguradoras que influyen en la utilización.

Entre los resultados reportados reportan, que los análisis explicativos de la utilización de los servicios de salud a partir de modelos de determinantes resultan escasos y parciales (limitados a áreas geográficas, patologías o colectivos específicos). Pocos estudios profundizan en factores de contexto políticas y características de proveedores y aseguradoras- o en la perspectiva de los actores sobre los factores que influyen en el acceso. Los estudios no parecen indicar un aumento del acceso realizado salvo en el régimen subsidiado- y, en cambio, señalan la existencia de importantes barreras relacionadas con factores poblacionales (aseguramiento, renta y educación) y características de los servicios (accesibilidad geográfica, organizativas y calidad). Algunos de los estudios revisados analizan la evolución del acceso realizado a los servicios de salud por tipo de afiliación. El indicador que se utiliza con más frecuencia es el porcentaje de población que acudió al médico después de presentar un problema de salud en el último mes. Los estudios basados en las Encuestas de Calidad de Vida de 1997 y 2003 reflejan una caída en el porcentaje de individuos que acudió al médico, del 77,1 % al 67,9 %. El análisis de las Encuestas Nacional de Hogares de 1994 y 2000 centra este descenso en el uso hospitalario. La caída en la utilización de servicios en este período se ha producido sobre todo entre los no asegurados, en aproximadamente 20 puntos porcentuales. En el régimen contributivo esta proporción decreció 8 puntos porcentuales, mientras que el porcentaje en el régimen subsidiado se incrementó

en cuatro puntos. De forma que un 49,7 % de los no asegurados con un problema de salud acudía a los servicios de salud, mientras que en el caso del contributivo es del 70 % y en el subsidiado del 74 %.

La conclusión de la revisión muestra limitaciones importantes en el análisis del acceso en Colombia que indican la necesidad de reorientar la evaluación hacia el acceso realizado, e incorporar variables de contexto y la perspectiva de los actores para comprender mejor el impacto de la reforma en el uso de servicios (Vargas-Lorenzo, Vázquez-Navarrete, & Mogollón-Pérez, 2010), pp. 701).

De igual modo en el artículo "*Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa.*", en Chile, también haciendo una revisión sistemática sobre barreras al acceso a los servicios de salud, reportaron:

EL grupo de estudio tuvo como objetivo determinar si las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de salud son transversales a distintas poblaciones, países y patologías, e identificar en qué etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia.

La metodología consistió en una revisión sistemática cualitativa de literatura publicada durante el período 2000-2010. Se consultaron seis fuentes internacionales: Fuente Académica, Medline en texto completo, Base de datos académica multidisciplinaria en texto completo (Academic Search Complete), PubMed, SciELO y LILACS.

Se aplicaron criterios de valoración científica del Programa CASPe y la declaración STROBE. En paralelo se revisó literatura gris.

Para el análisis se seleccionaron 19 de 1 160 resultados de la revisión de artículos científicos, y 8 de 12 documentos de la revisión de literatura gris. Se identificaron 230 barreras y 35 facilitadores en países con diferentes contextos y grados de desarrollo. Las 230 barreras se clasificaron acorde al modelo de Tanahashi: 25 corresponden a la dimensión disponibilidad, 67 a accesibilidad, 87 a aceptabilidad y 51 a contacto. La mayor proporción de barreras correspondió a la dimensión de aceptabilidad y de accesibilidad. Los elementos facilitadores identificados tienen relación con factores personales, relación entre prestadores y usuarios, apoyo social, información sobre la enfermedad y adaptación de los servicios al paciente.

Las 230 barreras se clasificaron siguiendo el modelo de Tanahashi: 87 (38%) correspondieron a la dimensión de aceptabilidad, 67 (29%) a accesibilidad, 51 (22%) a contacto y 25 (11%) a disponibilidad (figura 2). Considerando el total de las barreras identificadas, las barreras que aparecieron con mayor frecuencia fueron: costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes (8,7%), temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud (7,6%), desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito (6,1%) y estigma social, creencias y mitos (6,1%). Dado que el objetivo fue identificar barreras y facilitadores de acceso a la atención, y no la proporción de la población

mencionada, no se incorporó la dimensión “cobertura efectiva” del modelo de Tanahashi. En relación con los 35 elementos facilitadores identificados, destacaron: contar con redes de apoyo social (26%), el valor asignado a la atención de salud para reducir riesgos y complicaciones (14%), adaptación de los servicios al paciente y programas de manejo de la enfermedad (11%), comunicación médico-paciente y calidad de la relación entre ambos (9%), aceptación del diagnóstico (9%), contar con recordatorios para el tratamiento (9%) y confianza en los tratamientos (6%). Estos factores corresponden a 84% de los facilitadores

En conclusión la identificación de barreras y facilitadores se realiza mayoritariamente en personas que han contactado los sistemas sanitarios y en todas las etapas del proceso de acceso a la atención de salud. Se identificaron pocos estudios orientados a quienes no contactan los servicios. Las barreras y facilitadores identificados están socialmente determinados, y la mayoría son expresión de inequidades sociales que existen en los países y requieren una acción conjunta con otros sectores distintos de salud para ser reducidas o eliminadas (Hirmas Adauy, Angulo Poffald, Jasmen Sepúlveda, Aguilera Sanhueza, & Delgado Becerra, 2013), pp. 223).

Igualmente en el artículo “*Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes.*”, en un municipio de Brasil, usando una encuesta a nivel local, reportaron:

El estudio tuvo por objeto, analizar los factores determinantes del acceso de adolescentes gestantes a los servicios de atención primaria a la salud, anterior a la ocurrencia de la gestación.

Metodológicamente, se efectuó estudio transversal basado en referencial teórico. El acceso a servicios fue analizado en cinco dimensiones: geográfico, económico, administrativo, psicosocial y de información. Participaron 200 adolescentes primigestas (10 a 19 años) atendidas en una unidad básica de salud del municipio de Indaiatuba (Sureste de Brasil), en 2003. Se aplicó a las participantes en el momento de su primera consulta pre-natal un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas referentes al acceso al último servicio de salud utilizado, anterior a la gestación. Los datos fueron analizados por medio de la prueba de Chi cuadrado de Pearson o exacto de Fischer y por regresión logística múltiple, considerando las cinco dimensiones del acceso.

La evidencia muestra que, más de la mitad (63,7%) de las adolescentes utilizó algún servicio de salud para consulta ginecológica. Entre las que nunca consultaron un ginecólogo, las justificativas dadas fueron faltas de información (43,8%) o sentimiento de miedo o vergüenza (37,0%). La principal dificultad de acceso al servicio estuvo relacionada con barreras psicosociales, identificadas por 77,0% de las adolescentes.

Finalmente, el trabajo determina que entre las barreras de acceso al servicio de salud, fueron significativas solo las psicosociales. Son necesarias nuevas estrategias para facilitar el acceso al servicio de

salud a las adolescentes, incluyendo acciones que disminuyan las barreras de género y que se consideren sus características sociodemográficas y el vínculo con sus parejas. (Espejo Carvacho, Brito de Mello, Siani Morais, & Pinto e Silva, 2008), pp. 886).

Por otra parte en el artículo “*¿Existe equidad de acceso a los servicios de salud para el adulto mayor según zona de residencia (urbano/rural)?*.” sobre un estudio en un Cantón de Costa Rica, usando una encuesta a nivel local en ámbitos urbano y rural, manifestaron:

El objetivo de este trabajo fue ilustrar los usos de los diferentes servicios de salud disponibles para el adulto mayor, tanto formales como informales, y si existen diferencias en relación con zona urbana y rural.

El estudio se llevó a cabo en marco del Proyecto "Determinantes de un Envejecimiento Sano" (DES), realizado en una zona urbana (Cantón de Desamparados) y otra rural (Distrito Corralillo, Cantón Central de Cartago) con una muestra de 90 personas mayores de 55 años y más de cada zona estratificada por sexo, edad y funcionalidad. Se recolectó información sobre el uso de servicios en salud tanto formales como informales utilizando una encuesta domiciliar con cuestionario precodificado, considerando el uso de un servicio o visita a algún personal en salud, el haber consultado a éste una vez en el último año como mínimo. El análisis comparativo entre zonas y sexos, se realizó para las variables continuas por comparación de las medias con la prueba de t de student y las

variables categóricas con el chi-cuadrado corregido de Yates, con una $p < 0.5$ y un grado de confianza del 95%. La razón de desigualdad (Odds Ratio) se obtuvo con tabla de 2 x 2 con intervalos de confianza de confianza de 95%.

Los resultados del análisis de datos indican que la gran mayoría de las personas entrevistadas, tanto urbanas (93.2 %) como rurales (90.0%), afirmaron "tener un doctor o clínica" adonde consultar si se enfermaba o necesitaba un consejo sobre su salud. Un 92% se refiere a los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social. No hubo diferencias por sexo. El uso de los servicios de salud es, tanto formal como informal, mostró un comportamiento diferente según zona y tipo de personal de salud o servicio consultado. La visita al médico o a un centro de salud para chequeo médico regular fue diferente significativamente para zona urbana (57.5%) y rural (37.1%) ($\chi^2 = 7.34$, $p = 0.01$) y su razón de desigualdad fue de 2.29 (I.C 1.25-4.20) . Las personas en zona urbana se hospitalizaron más veces con una leve diferencia significativa en relación con la zona rural ($\chi^2 = 4.49$, $p = 0.04$); su razón de desigualdad fue de 2.84 (I.C:1.05-7.7). El promedio de hospitalización fue de 1.33 con una moda de 1, para aquellos que refirieron haberse internado en los últimos 12 meses. No se presentó diferencia significativa según zona. La consulta con el médico general fue alta en ambas zonas y por ambos sexos. No hubo diferencia estadística entre zonas ni sexo. El promedio de visitas al año por aquellos que consultaron fue de 3.5 + 2.97 por persona en total de entrevistados, con un mínimo

de una vez y un máximo de 12 por año. El promedio fue en zona de U: 3.54 + 2.9 y zona R: 3.38 + 2.9 ($t = .28$ $p = .78$), sin diferencia estadística. La visita al médico especialista fue importante y presentó diferencia significativa entre zonas y sexos. El número promedio de visitas fue de 2.65 + 2 en general y por zona fue de U: 2.75 + 1.9, R: 2: 46+ 2.1 ($t. 64$ y $p= .525$). En la zona urbana, la consulta con el especialista se realizó en consulta externa de hospital en un 32% y, en la zona rural, ésta fue en un 25% lo que muestra una diferencia significativa. El uso de este servicio médico fue igual en los hombres según la zona, pero en las mujeres se presentó diferencia significativa ($\chi^2= 4.00$ $p= 0.045$) y la razón de desigualdad de 2.58 (I.C 1.10 -6.0) a favor de la zona urbana. Como consulta especializada médica, en general no presentó diferencias significativas entre zona, ni por sexo. La frecuencia de consulta con otros tipos de personal en salud fue variable; sólo el farmacéutico y la enfermera comunitaria o rural presentaron diferencias significativas entre zona. Aunque la consulta con el optometrista entre zonas fue igual. La prevalencia del uso de anteojos fue mayor en la zona urbana, con una diferencia altamente significativa con la zona rural ($\chi^2=11.07$, $p= 0.001$); razón de desigualdad de 3.18 (I.C 1.58 - 6.39). Otro tipo de consultas formales no habituales fueron muy bajas: nutricionista (4.4%), fisioterapeuta (5.6%), terapeuta ocupacional (3.3%), terapeuta de lenguaje (5.6%), quiropráctico (3.3%), podólogo (4.4%), Psicólogo (5%), acupunturista (3.9%). Estas fueron realizadas casi netamente por personas de la zona

urbana; siendo la n tan pequeña que no se puede hacer comparaciones válidas entre zonas, ni por sexo. Lo mismo puede decirse de las consultas informales como al curandero (4.4%) y al naturista (3.3%).

En conclusión, la existencia de un servicio de salud cercano pareciera no garantizar la accesibilidad en el caso del adulto mayor. Si creemos en la equidad del derecho a la salud, se requiere investigar las razones de esta desventaja que presenta la zona rural en relación con el acceso a los servicios de salud y buscarle una pronta solución (Lacé Murray, 1999), pp. 57)

Simultáneamente en el artículo "*Morbidity, utilization of curative care and service entry point preferences in metropolitan Centro Habana, Cuba.*", usando una encuesta a nivel local, registraron:

El estudio tuvo como objeto evaluar la asociación entre la prevalencia de enfermedades crónicas y problemas agudos, y la utilización de servicios de salud, resaltan la importancia de los determinantes socioeconómicos en estos patrones de utilización.

Metodológicamente constituyó un estudio transversal con 408 familias en el Centro Habana, Cuba, se realizaron entrevistas domiciliarias entre abril y junio de 2010 para analizar los determinantes sociodemográficos de los problemas de salud aguda y crónica y el uso de los servicios de salud. Se utilizaron modelos bivariados y de regresión logística. 529 personas relataron la historia de la enfermedad crónica. Durante el mes anterior, 155 de ellas

relataron una exacerbación de la enfermedad crónica, y 50 tuvieron algún problema agudo, no relacionado con la enfermedad crónica. 107 personas -sin enfermedad crónica- informaron de problemas agudos.

Los resultados indican que ninguna variable sociodemográfica estuvo asociada a la utilización de los servicios o a la consulta con el médico de familia. Las personas con agudas y exacerbaciones de problemas crónicos realizaron las siguientes acciones: 27 pacientes no hicieron nada (10, 6,4% y 17, 11% respectivamente), 72 pacientes utilizaron automedicación (36, 22,9% y 36, 23,2%); 213 consultaron a un servicio de salud formal - médico de familia, policlínico u hospital (111, 70,7% y 102, 65,8%). En el grupo de edad inferior a 20 años, el 79,5% y el 64,7% utilizaron un servicio formal para un problema agudo y una exacerbación crónica, respectivamente. El grupo mayor de 64 años utilizó un servicio formal un poco más frecuentemente que los otros grupos de edad, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p = 0,11$ y $p = 0,43$ para el problema agudo y la exacerbación crónica, respectivamente). Específicamente para las enfermedades agudas, los pacientes con una enfermedad crónica subyacente recurren más a los servicios de salud formales (OR = 2,56; IC del 95%: 1,09-6,01). Después de controlar la confusión (por edad, sexo, educación, empleo y estado civil), el uso de servicios de salud formales para problemas de salud agudos sólo está influenciado por la existencia de una enfermedad crónica subyacente (OR = 2,03; IC del 95%:

0,91-4,52; Valor $p = 0,08$). En los adultos con una exacerbación de una enfermedad crónica, el uso de servicios de salud formales es menos frecuente en el grupo de personas casadas (OR = 0,44; IC del 95%: 0,22-0,91), pero después de controlar la confusión ninguna de estas características se mantuvo significativamente Asociado con el uso de servicios formales. Para los pacientes adultos, la opción para el médico de cabecera o el policlínico / hospital como punto de entrada para una exacerbación crónica se asocia con el género - los hombres fueron a visitar a un médico de familia cuatro veces menos que las mujeres (OR = 0,27 IC 95% 0,09-0,78) - y con el estado civil - las personas solteras / divorciadas / viudas visitan a un médico de familia tres veces más que las personas casadas (OR = 3,24; IC del 95%: 1,34-7,81). Esta asociación no era significativa más después de controlar por la confusión. Para los problemas agudos de salud en adultos, no existe asociación significativa entre el uso del médico de familia y las variables sociodemográficas estudiadas. Pese a que el médico de familia sea definido como la puerta de entrada al sistema de salud, esto ocurría en solamente un 54% de los pacientes que contactaron con los servicios de salud, por lo que se ve comprometido el papel del médico como consejero y punto de referencia principal sobre las cuestiones de salud de la población.

EL estudio determina que en importancia de las enfermedades crónicas destaca la necesidad de fortalecer el papel esencial del médico de familia. Nuevas políticas económicas en Cuba, con estímulos para la autonomía laboral y la iniciativa privada, podrán

aumentar la tensión sobre el sistema de salud exclusivamente público. No obstante, el sistema de salud cubano, ya mostró ser capaz de adaptarse a nuevos desafíos, y se espera que las premisas básicas de la política de salud cubana sean preservadas (Rodríguez A. , y otros, 2016), pp. s.f.).

Marco Teórico.

Para entender mejor el efecto de los determinantes sociales y la salud, lo primero que debemos conocer cuál es el concepto de salud, para la cual, La OMS define así: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. “La definición no ha sido modificada desde 1948” (OMS, Preguntas más frecuentes., pág. s.f.).

De igual manera como se define “determinantes sociales de la salud”; según la ONMS: “Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, poder y recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (OMS, "Determinantes sociales de la salud", pág. s.f.).

“Es conocido que las poblaciones con menores recursos y de mayor vulnerabilidad social, son los que padecen mayores tasas de morbilidad y mortalidad, la pregunta es ¿porque?, la “Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)” plantea: “la mayor

parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de enfermedades, sin incorporar intervenciones sobre *las causas de las causas*" (OMS, "Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud". Versión: Marcha de 2005, pág. s.f.), por ejemplo, intervenciones a reducir la falta de saneamiento básico, la desnutrición, el acceso a alimentos altamente calóricos, la educación, la pobreza, entre otros. Por lo que los problemas sanitarios, las inequidades y el acceso a la atención de salud han permanecido en el tiempo con cambios poco significativos, a pesar de los reiterados y permanentes discursos de la política en salud, en lograr mejorar el estado de salud de la población.

Asimismo la referida "Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud" (2007), en el documento "*Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos: Comisión sobre determinantes sociales de la salud, declaración provisional*", plantea:

"Que es bien conocido que poblaciones con bajos ingresos, insuficiente alimentación proteica, el no contar con agua potable en el domicilio, un deficiente sistema de saneamiento básico y falta de conocimientos y habilidades entre otras causas, concentran las mayores tasas de morbilidad y mortalidad, así como baja atención de salud en las poblaciones del gradiente socioeconómico más bajo. Entonces la pregunta a responder es "¿cuáles son las causas de las causas? Esto nos conduce a los factores determinantes sociales de

la salud y la equidad en la salud. Son el resultado de un sistema complejo que funciona en el ámbito local, nacional y mundial”.

Conocer cómo interactúan los determinantes sociales de la salud permite afirmar que “el lugar que ocupan las personas en la jerarquía social afecta las condiciones en que crecen, aprenden, viven, trabajan y envejecen; su vulnerabilidad a las enfermedades; y las consecuencias de la mala salud”. Aquellos elementos que condicionan cada etapa y que determinan con su presencia la mala salud, constituirían los determinantes de riesgo de la salud, en este caso, “los riesgos de salud incluyen eventos climáticos extremos, cambios en los patrones de las enfermedades infecciosas, la producción local de alimentos y los suministros de agua dulce, el deterioro de la vitalidad de los ecosistemas, y la pérdida del sustento”. (CDSS – OMS, 2007, pág. s.f.).

Así mismo, (Solar & Irwin, (2010), en el documento “*A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*”; afirma:

“Tres principales orientaciones teóricas invocadas por los actuales epidemiólogos sociales, que no son mutuamente excluyentes, pueden ser designadas de la siguiente manera: (a) enfoques psicosociales; (b) producción social de la enfermedad/economía política de la salud; y (c) teoría ecosocial y marcos de niveles múltiples relacionados.

En el primer caso determina que la mala salud de la población es debido a factores psicosociales y son producto de lo que opinan el

individuo de sí mismo en relación a otros individuos de mejor situación socioeconómica; en el segundo caso indica que la desigualdad en salud está determinado por la falta de inversión económica, falta o insuficiente infraestructura social, que a su vez determina la falta de inversión privada, lo que repercute en el nivel de ingresos de la población, que a su vez repercute en la calidad de vida de la población; y en el tercer caso afirma que el estudio de la distribución las enfermedades y las desigualdades sociales en salud, debe de integrar “factores sociales y biológicos y una perspectiva dinámica, histórica y ecológica para poder ser explicados” (pp.4-5).

Al mismo tiempo, (Álvarez, (2009), en el documento “*Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo.*”, plantea:

“El concepto de determinantes de riesgo, ha adquirido un significado dual refiriéndose por una parte a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y los grupos sociales y, por otra, a los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de esos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad; lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud.

La explicación del origen de las inequidades en salud entre los grupos sociales usualmente se fundamenta en tres perspectivas

teóricas. (a) La teoría psico-social. Propone que la autopercepción de las personas del lugar que ocupan en la jerarquía, en sociedades profundamente desiguales, causa serios daños a la salud. La discriminación sentida por aquellos ubicados en los lugares menos privilegiados de la estructura causa estrés y éste lleva a respuestas fisiológicas de larga duración que hacen a las personas susceptibles a las enfermedades. (b) La teoría de la producción social de la enfermedad, fundamentada en el materialismo- estructuralista, sostiene que el escaso ingreso de algunas personas y grupos sociales las lleva a la falta de recursos para superar los factores que afectan su salud y producen enfermedad. (c) La perspectiva ecosocial Esta perspectiva analiza cómo el contexto, no sólo el social, sino también el medio ambiente físico, interactúa con la biología y cómo los individuos “encarnan”, es decir, expresan en su cuerpo aspectos del contexto en que viven y trabajan. (d) La teoría del curso de la vida Esta teoría enfatiza que los determinantes sociales operan de manera diferenciada en las diferentes etapas de la vida de las personas: infancia, adolescencia y adultez, y pueden llegar a afectar la salud inmediatamente o en momentos posteriores. (d1) El estatus socioeconómico.

La mayoría de estudios sobre determinantes de la salud utilizan como indicadores de estatus socioeconómico el ingreso, el nivel educativo o la ocupación. (d2) El peso de los factores psicosociales. La cohesión social, la presencia de redes de apoyo, la participación social y política son bienes sociales cuya relación con el estado de

salud de las personas. (c) La estructura del sistema de salud”. (pp. 69-79).

Según (Levesque, Harris, & Russell, (2013), en el documento “*Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations.*”:

“El acceso a la atención de salud es fundamental en el desempeño de los sistemas de atención de la salud en todo el mundo. Etimológicamente, el acceso se define como una manera de acercarse, de alcanzar o de entrar en un lugar, como el derecho o la oportunidad de alcanzar, utilizar o visitar. En el ámbito de la salud, el acceso se define siempre como el acceso a un servicio, un proveedor o una institución, por lo que se define como la oportunidad o la facilidad con que los consumidores o las comunidades pueden utilizar los servicios adecuados en proporción a sus necesidades.

El acceso ha sido conceptualizado de muchas maneras. Si bien el término acceso a menudo se utiliza para describir los factores o características que influyen en el contacto inicial o el uso de los servicios, las opiniones difieren en cuanto a los aspectos incluidos en el acceso y si se debe poner más énfasis en describir las características de los proveedores o el proceso real de atención. La Tabla 1 resume las definiciones y dimensiones encontradas en la literatura.

Una definición de acceso como una oportunidad. Aquí, el acceso se define como la oportunidad de alcanzar y obtener los servicios de salud adecuados en situaciones de necesidad percibida de atención. El acceso se considera como resultado de la interfaz entre las características de las personas, los hogares, los entornos sociales y físicos y las características de los sistemas de salud, las organizaciones y los proveedores. Por lo tanto, los factores a considerar podrían referirse a las características de los sistemas y organizaciones de salud, a las características de la demanda de las poblaciones, ya los factores de proceso que describen las formas en que se realiza el acceso. Por lo tanto, consideramos el acceso como la posibilidad de identificar las necesidades sanitarias, buscar servicios de salud, acceder a los recursos sanitarios, obtener o utilizar los servicios de salud, y ofrecernos servicios adecuados a las necesidades de atención (Figura 1)” (pp. 1-9).



Figura 1. Definición de acceso a la salud.

Nota: Tomado de “Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations.” (Levesque, Harris, & Russell, (2013, pág. 4) .

Tabla 1.

Definiciones y dimensiones del acceso a la atención médica.

Autores	Definición	Dimensiones
Bashshur et al., 1971	“La accesibilidad como relación funcional entre la población y las instalaciones y recursos médicos y que refleja la existencia diferencial de obstáculos, impedimentos y dificultades, o de factores facilitadores para los beneficiarios de la atención sanitaria”	
Donabedian, 1973	“Accesibilidad que comprende el concepto de grado de ajuste entre recursos y poblaciones”	
Salkever, 1976	“Accesibilidad que combina atributos de los recursos y atributos de la población”	Accesibilidad financiera
Aday & Andersen, 1974	“Acceso como entrada en el sistema de salud”	Accesibilidad física
		Factores predisponentes
		Factores facilitadores
		Necesidad de atención
		médica
Penchansky & Thomas,		Accesibilidad
		Alojamiento

1981		Disponibilidad Aceptabilidad Financiero Hora Factores organizativos x
Dutton, 1986	“Utilización vista como el producto de las características de los pacientes más los atributos del proveedor y del sistema”	
Frenk, 1992	“El acceso como la capacidad de la población para buscar y obtener cuidado” “La accesibilidad es el grado de ajuste entre las características de los recursos de salud y los de la población dentro del proceso de búsqueda y obtención de atención”	
Margolis et al., 1995	“El uso oportuno de los servicios de salud personales para lograr los mejores resultados posibles”	Financiero Personal Estructural
Margolis et al., 1995	“El uso oportuno de los servicios de salud personales para lograr los mejores resultados posibles”.	Financiero Personal Estructural
Shengelia et al., 2003	“Cobertura: probabilidad de recibir una intervención de salud necesaria, condicionada a la necesidad de atención médica” “Utilización: cantidad de servicios y procedimientos de atención sanitaria utilizados”.	Acceso físico Disponibilidad de recursos Asequibilidad financiera Calidad de atención
Peters et al. 2008	“Se considera que el acceso incluye el uso real de los servicios. Se da un claro énfasis a considerar tanto los usuarios como las características de los servicios en la evaluación del acceso. Se identifica la noción de ajuste entre usuarios y servicios”.	Calidad Accesibilidad geográfica Disponibilidad Accesibilidad financiera Aceptabilidad de los servicios

Nota: tomado de “Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations” (Levesque, Harris, & Russell, (2013, pág. 3) .

Marco Conceptual.

De igual manera la “Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud” (2009), en el documento “*Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*”, afirma:

“Atención universal de salud. El acceso y la utilización de los servicios de atención de salud es esencial para gozar de buena

salud y alcanzar la equidad sanitaria. El sistema de atención de salud es en sí mismo un determinante social de la salud; influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influido por éstos. El género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico al que se pertenece y el lugar de residencia está íntimamente ligado al acceso de la población a los servicios de salud, la eficacia de éstos y a la experiencia que se tiene como paciente.

En particular, es fundamental reducir al mínimo el pago directo de los servicios de salud. En los países de ingresos bajos y medianos, las políticas que imponen al usuario el pago directo de los servicios de salud han tenido por consecuencia una reducción generalizada de su uso y el empeoramiento de los resultados sanitarios” (CSDH. WHO., 2009, págs. 1-3),

Existen numerosos marcos conceptuales sobre el tema, entre ellos tenemos: en relación con los determinantes sociales y el estado de salud, (Solar & Irwin, (2010), en el documento “*A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice)*”, presenta el marco conceptual predominante en el mundo, indica:

“El marco CSDH, resumido en la Figura 2, muestra cómo los mecanismos sociales, económicos y políticos dan lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas, según las cuales las poblaciones se estratifican de acuerdo con los ingresos, educación, ocupación, género, raza/etnia y otros factores; estas posiciones

socioeconómicas a su vez moldean determinantes específicos del estado de salud (determinantes intermedios) que reflejan el lugar de las personas dentro de las jerarquías sociales; en función de su estado social respectivo, las personas experimentan diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud. La enfermedad puede "retroalimentarse" en la posición social de un individuo dado, p. al comprometer las oportunidades de empleo y reducir los ingresos; ciertas enfermedades epidémicas también pueden "retroalimentarse" para afectar el funcionamiento de las instituciones sociales, económicas y políticas. El "contexto" se define ampliamente para incluir todos los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen jerarquías sociales, incluyendo: el mercado laboral; el sistema educativo, las instituciones políticas y otros valores culturales y sociales. Entre los factores contextuales que afectan más poderosamente la salud están el estado de bienestar y sus políticas redistributivas (o la ausencia de tales políticas). En el marco de la CSDH, los mecanismos estructurales son aquellos que generan estratificación y divisiones de clases sociales en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Los mecanismos estructurales están enraizados en las instituciones y procesos clave del contexto socioeconómico y político" (pp. 5-7).

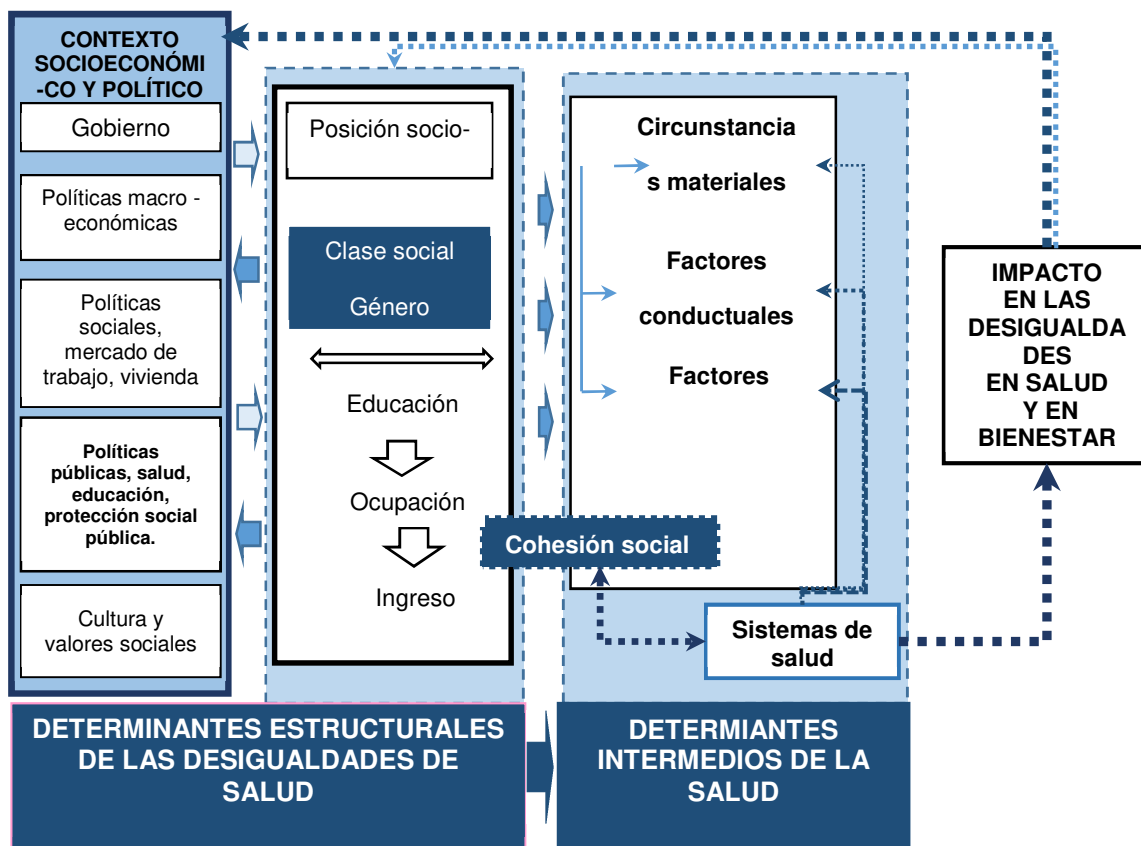


Figura 2. Determinantes estructurales: determinantes sociales de las desigualdades en salud.

Nota: Tomado de “A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice)” (Solar & Irwin, (2010, pág. 6).

Así mismo, (Levesque, Harris, & Russell, (2013), en el documento “*Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*”, muestra un modelo de marco conceptual que relaciona el acceso a la atención de salud y las barreras de la población y del sistema de salud, indica:

“Conceptualizamos cinco dimensiones de accesibilidad de servicios como se representa en la parte superior de la Figura 2: 1) Accesibilidad; 2) Aceptabilidad; 3) disponibilidad y alojamiento; 4) Asequibilidad; 5) Adecuación. Estas cinco dimensiones se relacionan con varias dimensiones propuestas.

Cinco habilidades correspondientes de personas interactúan con las dimensiones de accesibilidad para generar acceso. Como se muestra en la parte inferior de la Figura 3, estas dimensiones de habilidades incluyen: 1) Capacidad de percibir; 2) Capacidad de buscar; 3) Capacidad de alcanzar; 4) Capacidad de pago; 5) y habilidad para participar.

La accesibilidad se relaciona con el hecho de que las personas que enfrentan necesidades de salud realmente pueden identificar que existe algún tipo de servicio, que se puede llegar a él y que tiene un impacto en la salud del individuo. Complementariamente a esta noción de accesibilidad de los servicios, la noción de capacidad para percibir la necesidad de cuidado entre las poblaciones es crucial y está determinada por factores tales como la alfabetización en salud, el conocimiento sobre la salud y las creencias relacionadas con la salud y la enfermedad. La aceptabilidad se refiere a factores culturales y sociales que determinan la posibilidad de que las personas acepten los aspectos del servicio (por ejemplo, el sexo o grupo social de proveedores, las creencias asociadas a los sistemas de medicina) y la idoneidad juzgada para que las personas busquen atención.

La capacidad de buscar atención médica se relaciona con los conceptos de autonomía personal y la capacidad de elegir buscar atención, el conocimiento sobre las opciones de atención médica y los derechos individuales que determinarían la expresión de la intención de obtener atención médica. La disponibilidad constituye la existencia física de recursos de salud con capacidad suficiente para producir servicios. La capacidad de llegar a la atención médica se relaciona con la noción de movilidad personal y disponibilidad de transporte, flexibilidad ocupacional y conocimiento sobre los servicios de salud que permitirían que una persona llegue físicamente a los proveedores de servicios.

La asequibilidad refleja la capacidad económica de las personas para gastar recursos y tiempo para usar servicios apropiados. La capacidad de pagar por la atención de la salud es un concepto ampliamente utilizado en los servicios de salud y en la literatura sobre economía de la salud. La idoneidad indica el ajuste entre los servicios y las necesidades del cliente, su puntualidad, la cantidad de atención dedicada a evaluar los problemas de salud y determinar el tratamiento correcto y la calidad técnica e interpersonal de los servicios prestados.

La adecuación se relaciona con la idoneidad (qué servicios se brindan) y la calidad (la forma en que se brindan) de los servicios de salud y su naturaleza integrada y continua. Finalmente, la capacidad de involucrarse en la atención médica se relacionaría con la participación y la participación del cliente en las decisiones de

toma de decisiones y tratamiento, que a su vez está fuertemente determinada por la capacidad y la motivación para participar en la atención y se compromete a completarla. El acceso a la atención óptima en última instancia requiere que la persona se involucre completamente en la atención y esto se considera como una interacción con la naturaleza del servicio que realmente se ofrece y ofrece” (pp. 5-6)

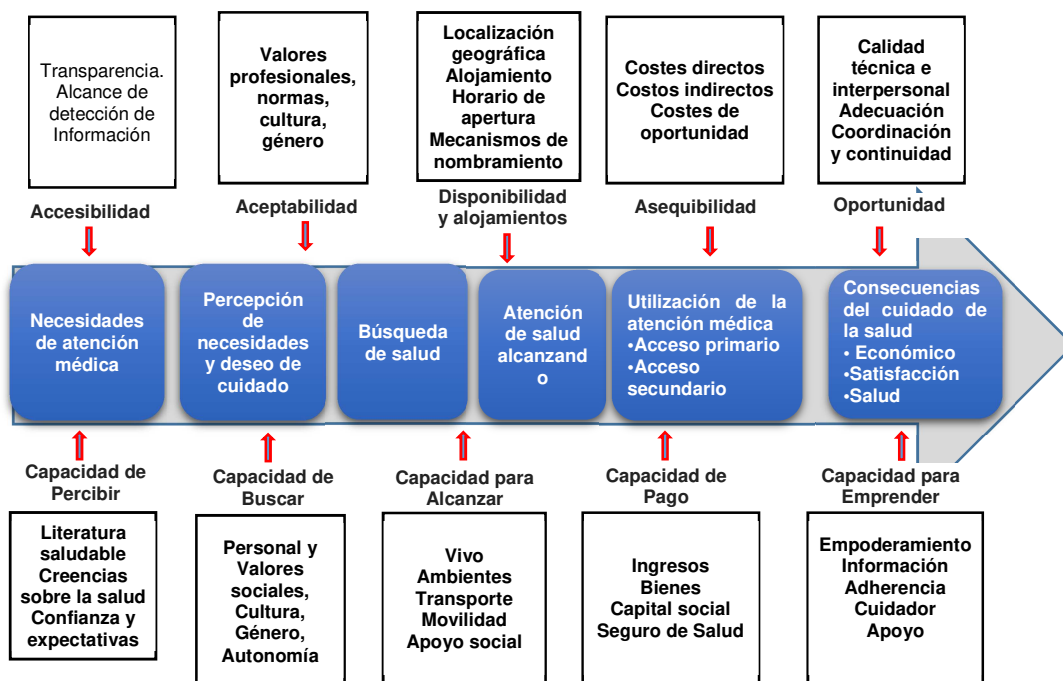


Figura 3 . Marco conceptual de acceso a la atención de la salud.

Nota: Tomado de "Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations." (Levesque, Harris, & Russell, (2013, pág. 5) .

Más aún, (Peters, y otros, (2008), en el documento “*Poverty and Access to Health Care in Developing Countries*” presenta un marco conceptual que relacione, determinantes de la pobreza y el acceso a la atención de salud,

“En este marco, se describen cuatro dimensiones principales de acceso, cada una con un elemento de oferta y demanda, e incluyen: (a) accesibilidad geográfica: la distancia física o el tiempo de viaje desde el punto de entrega del servicio hasta el usuario, (b) disponibilidad: tener disponible el tipo de atención adecuada para quienes la necesitan, como las horas de operación y los tiempos de espera que satisfacen las demandas de aquellos que utilizarían la atención, además de tener el tipo adecuado de proveedores de servicios y materiales, (c) accesibilidad financiera: la relación entre el precio de los servicios (en parte afectado por sus costos) y la disposición y capacidad de los usuarios para pagar esos servicios, además de estar protegidos de las consecuencias económicas de los costos de salud, (d) aceptabilidad: la coincidencia entre cuán receptivos son los proveedores de servicios de salud a las expectativas sociales y culturales de los usuarios individuales y las comunidades.

En la figura 4, la calidad de la atención se encuentra en el centro del círculo de las cuatro dimensiones del acceso a los servicios de salud, porque es un componente importante de cada dimensión y, en última instancia, está relacionada con la capacidad técnica de los servicios de salud para afectar la salud de las personas. A la

izquierda del círculo hay conjuntos de determinantes más distales del acceso a los servicios de salud, que se muestran a nivel político o macro ambiental, así como a nivel individual y de hogar” (pp. 161-171).

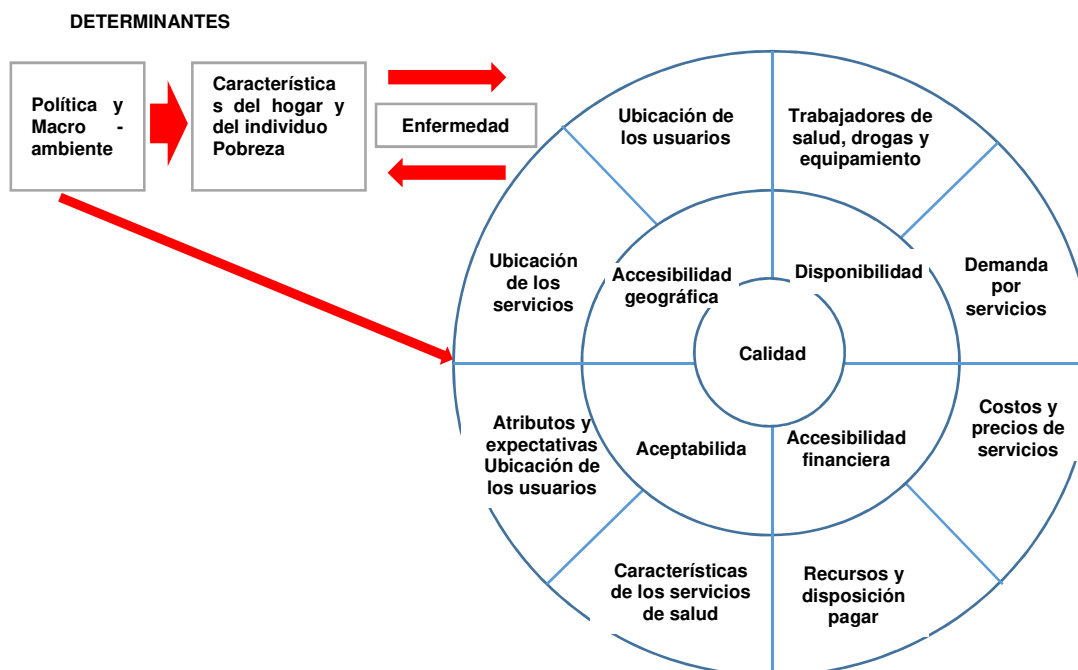


Figura 4, Marco conceptual para evaluar el acceso a los servicios de salud.

Nota: Tomado de “Poverty and Access to Health Care in Developing Countries.”

(Peters, y otros, (2008, pág. 162).

También, (Villar, (2007) en el documento “Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil.”, muestra un marco conceptual que relaciona los determinantes sociales de salud y la lucha por la equidad en salud, afirma:

El tema de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) evidentemente no es nuevo y menos aún en nuestra región. Referido genéricamente por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS) como "el conjunto de las condiciones sociales en las cuales la gente vive y trabaja", éstos han sido hechos explícitos y han sido atendidos en la historia de la humanidad desde la antigüedad por diversas culturas.

Los DSS estuvieron posteriormente a la base de los fundadores de la salud pública moderna. Ha sido sin duda Rudolf Virchow (1821-1902) quien analizo y escribió en su tiempo sobretodo la determinación social de la enfermedad y su relación también con la política. Más recientemente, la Constitución de la OMS, en 1946, reflejando lo más avanzado del pensamiento medico social que estuvo muy presente desde la sección de salud de la Liga de Las Naciones (que precedió a la creación de las NNUU), es la que consagro la definición de la salud como "un estado de pleno bienestar físico mental y social y no solo la ausencia de enfermedad" así como un derecho fundamental de los individuos (antecediéndose incluso en ese aspecto a la Declaración Universal de los Derechos Humanos). Dicha Constitución también hizo explicito dentro de las funciones de la OMS la colaboración con los estados miembros y los organismos especializados apropiados "para promover el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo y otros aspectos de la higiene del medio".

En la segunda mitad del siglo pasado la Conferencia Internacional de Alma Ata en 1978 consideró también como uno de los pilares básicos de la estrategia de la atención primaria de la salud a los DSS declarando "La necesidad de una estrategia integral de salud que no solo preste servicios de salud sino que también aborde las causas sociales, económicas y políticas subyacentes de la mala salud".

Elementos Conceptuales e Históricos. Irwin y Solar proponen a la CDSS un marco conceptual a partir de un enfoque holístico que da cuenta de la evolución histórica de los valores y la ideología así como de la evidencia científica interdisciplinaria en estos temas.

Estratificación social - mediada por el grado de cohesión o capital social- da paso a lo que serían los factores intermediarios (DSS) expresados en una (desigual) distribución de 3 tipos de factores. Estos factores determinan patrones de exposición y de vulnerabilidad diferenciados. Tendríamos entonces por un lado los factores de vivencias materiales en las áreas de vivienda, trabajo, alimentación, saneamiento etc.; por otro los factores psicosociales y conductuales; y por ultimo ciertamente los factores biológicos (que incluyen los genéticos). Un determinante importante en esta esfera intermedia serían los mismos sistemas de salud, los cuales, en este enfoque, devendrían en determinantes sociales en la medida que son el resultado de construcciones sociales muy vinculado a las políticas. La interacción de estos DSS influiría (próximamente) a explicar la salud y enfermedad de los individuos (pp. 7-13).

De igual modo, (Pitkin, Roan, & Ringel, (2011), en el artículo “*Understanding Disparities In Health Care Access—And Reducing Them—Through A Focus On Public Health*”, los autores

"Proponemos un marco para incorporar el papel de los programas y políticas de salud pública de manera más explícita en nuestra comprensión de las disparidades en el acceso a la atención médica (Figura 5). Este marco se basa en los modelos de acceso anteriores. Por ejemplo, incluye los bien conocidos factores de predisposición, habilitación y necesidad a nivel individual del marco de comportamiento descrito anteriormente. También incluye los factores del sistema de atención de la salud tan bien articulados en los marcos enfocados en la barrera.

Finalmente, se basa en el énfasis sobre la relación entre el acceso y los resultados de salud. Lo nuevo es que conceptualiza y elabora un rol explícito para el sistema de salud pública en la comprensión y reducción de las disparidades en el acceso a la atención médica. Además, enfatiza los múltiples caminos por los cuales la salud pública interviene en el acceso a la atención médica.

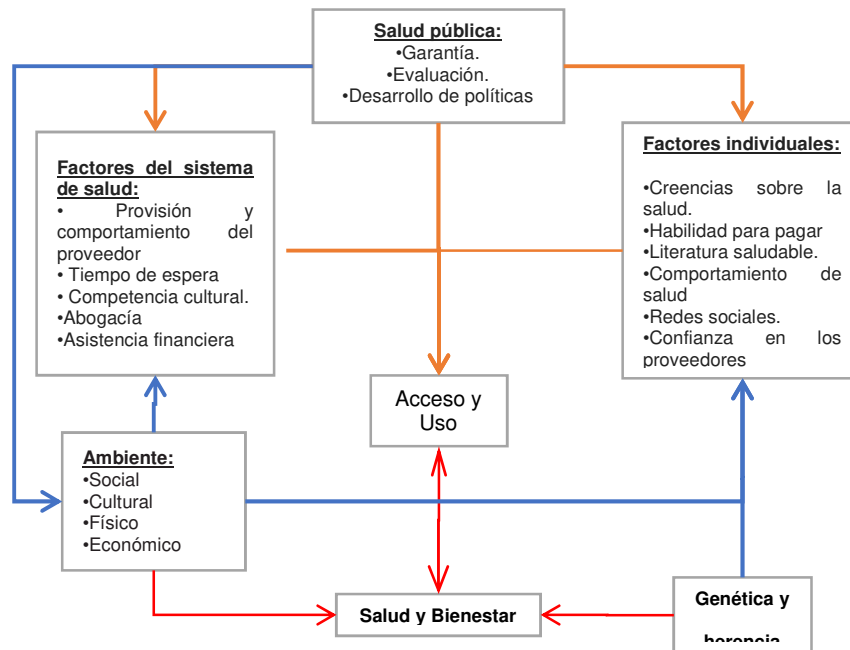


Figura 5. Un marco conceptual para el papel de la salud pública en el tratamiento de las disparidades en el acceso a los servicios de salud.

Nota: Tomado de “Understanding Disparities In Health Care Access—And Reducing Them—Through A Focus On Public Health” (Pitkin, Roan, & Ringel, (2011, pág. 1848) .

Otro modelo de marco conceptual es presentado por (Aday & Andersen, 1974) en el artículo “A Framework for the Study of Access to Medical Care” plantea

“un marco básico para el estudio del acceso puede conceptualizarse como el resultado de los objetivos de las políticas de salud a través de las características del sistema de salud y de las poblaciones en riesgo (insumos) para los resultados o productos: utilización efectiva de los servicios de salud y satisfacción del consumidor con estos El sistema de entrega se caracteriza por dos elementos principales:

recursos y organización. Los recursos son la mano de obra y el capital dedicados a la atención de la salud. Incluido sería el personal de salud, las estructuras en las que se proporciona la atención médica y la educación, y el equipo y los materiales utilizados en la prestación de servicios de salud. El componente de recursos incluye tanto el volumen como la distribución de recursos médicos en un área. La organización describe "lo que el sistema hace con sus recursos. Se refiere a la manera en que el personal médico y las instalaciones se coordinan y controlan en el proceso de prestación de servicios médicos". Los componentes de la organización son entrada y estructura. La entrada se refiere al proceso de ingreso al sistema (tiempo de viaje, tiempo de espera, etc.). (Andersen y otros llaman a este componente "acceso" y lo definen como el "medio a través del cual el paciente ingresa al sistema de atención médica y continúa el proceso de tratamiento".) La estructura, el segundo componente de la organización, se refiere a "las características del sistema que determina qué le sucede al paciente después de ingresar al sistema "(a quién ve, cómo es tratado). Las características del sistema de entrega son propiedades estructurales agregadas.

El sistema o una organización de entrega en particular es la unidad de análisis, en lugar del individuo. Los recursos y la organización del sistema, tal como se define aquí, incorporan las caracterizaciones del acceso como una propiedad del sistema que aparece en la literatura (Figura 6)."

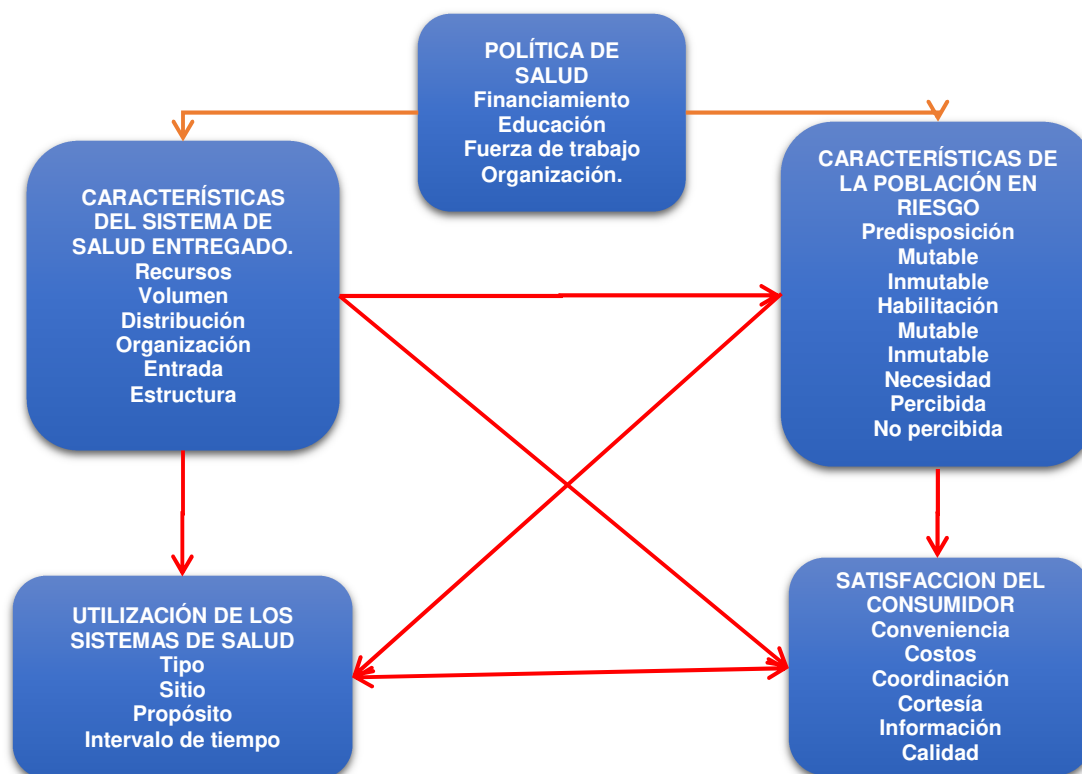


Figura 6. Marco conceptual para el estudio del acceso.

Nota: Tomado de “A Framework for the Study of Access to Medical Care” (Pitkin, Roan, & Ringel, (2011, pág. 2012) .

Asimismo, (De Maeseneer, Willems, De Sutter, Van de Geuchte, & Billings, (2007)”, en el documento “*Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network.*”, presenta un marco conceptual que

“el sistema de salud como determinante social de la salud: a nivel macro: mediante políticas públicas y procesos equitativos de asignación de recursos; a nivel meso (la comunidad): a través de la ejecución de la política descentralizada; a nivel micro: a través de

factores relacionados con la organización del sistema de salud. Aquí es donde los sistemas de atención primaria de salud pueden contribuir a la atención integral. La figura 8 muestra un modelo que ilustra los diferentes factores predisponentes, contextuales, facilitadores y limitantes, y también los factores psicosociales, tanto a nivel del individuo como del proveedor de atención médica” (pp. 2).

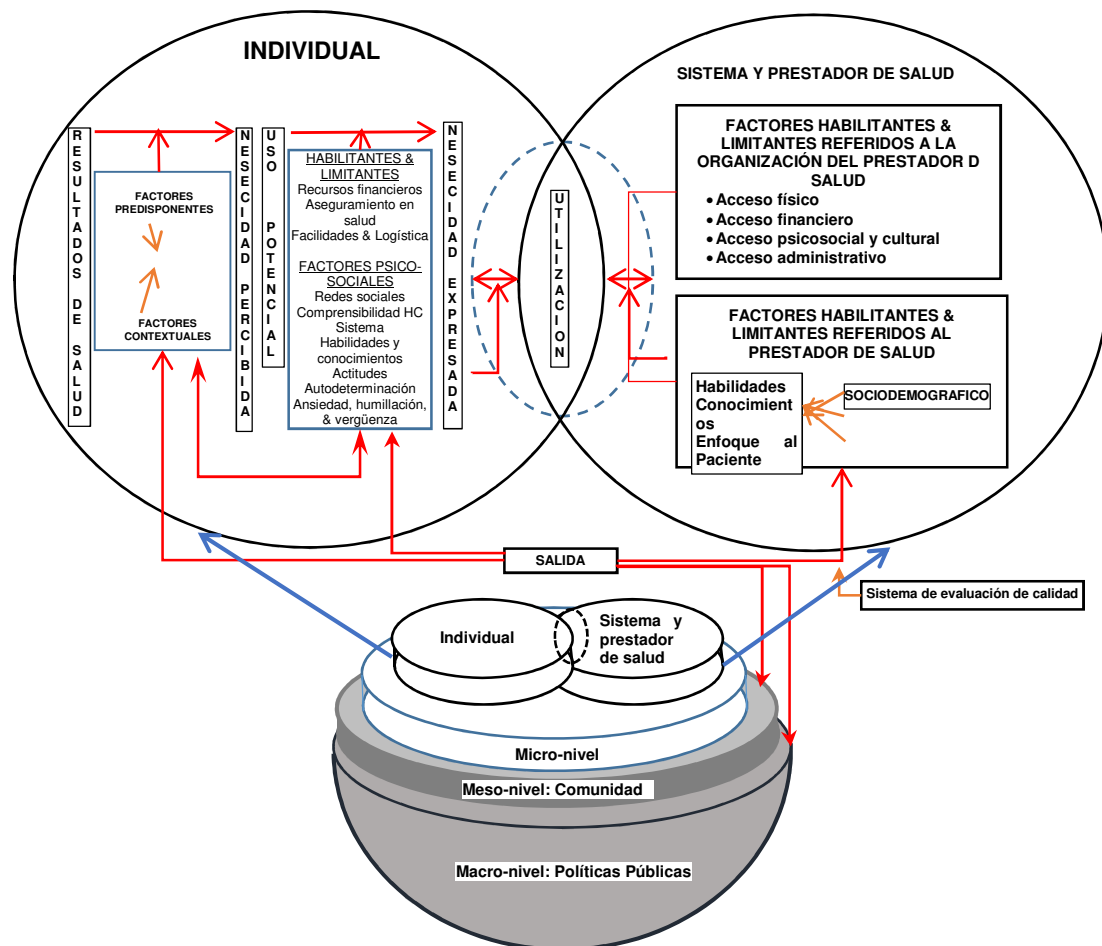


Figura 7. Un marco integrado y ampliado para el estudio del acceso a la atención de salud.

Nota: tomado de “Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network.” (De Maeseneer, Willems, De Sutter, Van de Geuchte, & Billings, (2007, pág. 12)

Justificación.

El desarrollo de la investigación propuesta tiene como justificación:

(a) Justificación práctica, las conclusiones de la investigación, así como el desarrollo metodológico y resultados contribuyen como evidencia para la toma de decisiones, de igual manera en la priorización de estrategias de intervención con impacto, contribuye en la construcción de planes estratégicos y planes operativos que tengan como objetivo incrementar la accesibilidad a atención institucional de salud;

(b) Justificación económica, la identificación de aquellos determinantes sociales que tienen más impacto en el riesgo de no acceder a atención de salud, nos permitiría priorizar intervenciones costo efectivo, que ayuden a revertir esta tendencia, focalizando la inversión en recursos humanos, monetarios y de infraestructura de manera racional y con mayor impacto social en la población.

(c) Justificación social, el Ministerio de Salud (PESEM-MINSA, 2016), en el documento “*Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021*”, en relación al acceso a la atención institucional de salud, planeta

Como Visión y objetivo estratégico: “Al 2021, el acceso al cuidado y la atención integral en salud individual y colectiva de las personas serán universales, independientes de su condición socioeconómica y de su ubicación geográfica, con enfoque de género, de derechos en salud y de interculturalidad. Asimismo, el cuidado y la atención pública en salud serán integrales, solidarios, equitativos, oportunos, con gratuidad en el punto de entrega, de calidad, de fácil acceso y adecuados a las características del ciclo de vida de la población” (pp.19).

Como Objetivo estratégico priorizado: “Mejorar la salud de la población. Teniendo como Sustento legal: En cumplimiento de la política nacional desarrollada en el Plan de desarrollo Nacional del 2012 - 2021, bajo la concepción estratégica del Desarrollo Humano Sostenible basado en derechos, cuyo objetivo nacional es garantizar la dignidad de las personas y pleno ejercicio de los derechos humanos” (pp. 23).

La concepción de la salud no solo como un derecho social, sino como un derecho humano, planteado como un derecho humano, plantea “el derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas” (OMS, Salud y Derechos Humanos, 2015, pág. s.f.).

(d) Justificación legal, la Constitución Política del Perú (Perú, 1993), reconoce la salud como un derecho, así como el deber del estado a facilitar el acceso de la población a los servicios de salud tal como se describe en los artículos 7, 9 y 11: Artículo 7 “todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa, artículo”, 9 “el estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud” y el artículo 11 “el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento”. Por lo que contribuye en el mandato de la Constitución del Perú.

Por lo tanto, el presente trabajo de investigación, pretende contribuir con sus resultados como evidencia que oriente la política de gestión sectorial en la toma de decisiones basado en evidencias, a partir de la identificación, priorización y focalización de los planes, proyectos, programas sectoriales tomando en cuenta los determinantes sociales; con la finalidad de reducir la elevada brecha de atención institucional de salud en el Perú, que persiste actualmente.

Asimismo a partir de la identificación de las barreras individuales, del hogar y del entorno geoeconómico de los hogares se contribuiría como evidencia en el propósito de reducir las inequidades sociales en la población en general.

1.1. Problema.

Según INEI (2016) en el informe técnico “*Condiciones de Vida en el Perú. Octubre-noviembre-diciembre 2016.*” reportó “De cada 100 personas que identifican problemas de salud, en términos generales: 17 acudieron por consulta de salud a farmacias o boticas, 16 a un establecimiento del Ministerio de Salud (MINSA), 7 a clínica o consultorio particular y 6 en algún establecimiento de ESSALUD, entre los de mayor demanda. Agrupando las cifras, de cada 100 personas que tienen problemas de salud: 29 buscan atención de salud en un establecimiento institucional (establecimientos del MINSA, ESSALUD, FFAA y/o Policía Nacional y Particulares); 18 reciben atención de salud informal (farmacia o botica, se automedican o auto recetan u otro tipo de atención informal para curarse); y 52 simplemente no buscan atención de salud (probablemente por múltiples motivos o una combinación de ellos). Lo cual implica que 70 de cada 100 (17+53), son las personas que tienen una necesidad de atención de salud y que no acceden a un establecimiento de salud formal por atención de salud (Figura 1.). Por su tasa de crecimiento, en relación al año 2015, la consulta en establecimientos MINSA se incrementó apenas en 0,3%, la consulta en farmacia/botica en 1.1% y ESSALUD se ha reducido en 0.8%, entre los de mayor crecimiento. Históricamente, el acceso de la población con problemas de salud, a un prestador de salud, en los últimos 5 años de cobertura, la accesibilidad a cualquier prestador de salud, creció solo 3.3%. Desagregado según prestador de salud, el acceso a establecimientos del MINSA, creció (14.6 en 2011 – 16.2 en 2016) en 1.6%, a farmacias y boticas (15.0 en 2011 – 17.1 en 2016) en 2.1% y a ESSALUD (6.0 en 2011 – 6.1 en 2016) en 0.1%, principalmente” (pp. 30).

Asimismo, tomando en cuenta el crecimiento de la cobertura de atención del MINSA, en los últimos 5 años, fue de 1.3% (fuente: elaboración propia); resulta insignificante, para una “inversión en Infraestructura entre 2011 a junio 2016 de 7,038 millones de soles”, según el “*Reporte Gerencial del Ministerio de Salud 2011 – 2016*”, donde se reporta que invirtió en “468 establecimientos: (a) 168 establecimientos de Salud construidos y equipados entre nuevos, remodelaciones o ampliaciones; (b) 35 establecimientos de Salud por culminar 2016-2017 y (c) 265 Establecimientos de Salud en marcha” (MINSA, 2016, pág. 100).

Haciendo cuentas con las cifras planteadas se necesitaría 5 mil millones 400 mil soles aproximadamente cada año para lograr incrementar en 1% la cobertura de atención de salud del MINSA, por cada 5 años. Los datos implicarían, que no es la construcción de infraestructura, paradigma actual, que no solo le mita al sector salud, sino a otros sectores como educación, entre otros, la estrategia que permitiría incrementar el acceso a atención médica de Salud y reducir la brecha de accesibilidad (70%); sino que existe la probabilidad de que sean otros factores como los determinantes sociales los que están condicionando la accesibilidad a establecimientos del MINSA, de la población con un problema de salud identificado.

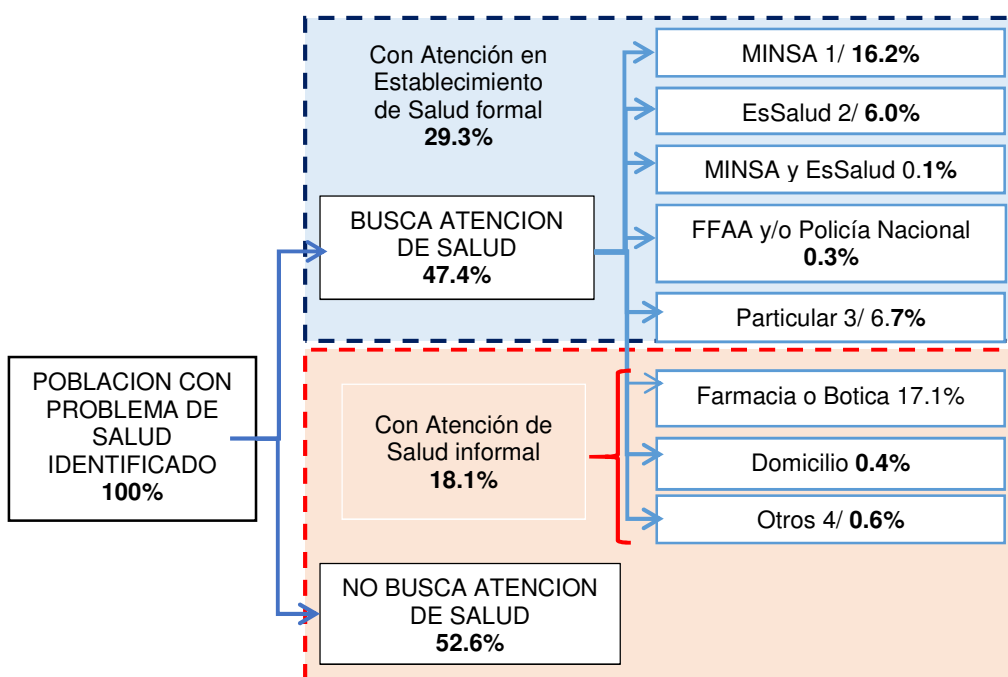


Figura 8. Perú: Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta en salud. Año: 2016.

Ante la evidencia en la investigación se plantea como preguntas a resolver, para incrementar el acceso a atención institucional de salud:

Problema General

¿Qué determinantes sociales tienen efecto de riesgo en el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016?

Problemas Específicos

Problema específico 1:

¿Qué determinantes sociales del nivel individual tienen efecto de riesgo en el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016?

Problema específico 2:

¿Qué determinantes sociales del nivel hogar tienen efecto de riesgo en el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016?

Problema específico 3. :

¿Qué determinantes sociales del ámbito geoeconómico del hogar tienen efecto de riesgo en el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016?

1.2. Hipótesis.

Hipótesis general.

Los determinantes sociales tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú.

Hipótesis específicas

Hipótesis específica1:

Los determinantes sociales del nivel individual tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú.

Hipótesis específica2:

Los determinantes sociales del nivel hogar tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú.

Hipótesis específica3:

Los determinantes sociales del ámbito geoeconómico del hogar tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú.

1.3. Objetivos.

Objetivo general.

Identificar determinantes sociales que tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016.

Objetivos específicos

Objetivo específico 1:

Identificar determinantes sociales a nivel individual que tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016.

Objetivo específico 2:

Identificar determinantes sociales a nivel de hogar que tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016.

Objetivo específico 3:

Los determinantes sociales del ámbito geoeconómico del hogar tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú.

II. Marco metodológico.

2.1. Variables

Variable dependiente: Determinantes sociales

En relación a la identificación de las variables y sus dimensiones de los determinantes sociales, Mikkonen & Raphael, (2010) en el libro "*Social Determinants of Health: The Canadian Facts.*" para Canadá, identifica 14 determinantes sociales que tienen impacto en la salud y que explican porque una población es más saludable que otra: "status aborigen, discapacidad, primeros años de vida, educación, empleo y condiciones de trabajo, inseguridad alimentaria, servicios de salud, género, vivienda, distribución de ingresos y renta, raza, exclusión social o Pobreza, red de seguridad social; y desempleo y seguridad en el empleo".

Educación. "Las personas con educación superior tienden a ser más sanas que aquellas con menor nivel educativo. El nivel de educación está altamente correlacionado con el nivel de ingresos, la seguridad en el empleo y las condiciones de trabajo" (Mikkonen & Raphael, 2010, pág. 15). Empleo y condiciones de trabajo. "Las personas que ya son más vulnerables a los pobres resultados de salud debido a su menor ingreso y educación son también las que más probabilidades de experimentar condiciones de trabajo adversas" (Mikkonen & Raphael, 2010, pág. 20).

Vivienda. "La mala calidad y la falta de vivienda son amenazas claras para la salud. La vivienda es una necesidad absoluta para vivir una vida sana. Vivir en

viviendas inseguras, inasequibles o inseguras aumenta el riesgo de muchos problemas de salud” (Mikkonen & Raphael, 2010, pág. 29). Exclusión social. “Las poblaciones socialmente excluidas tienen más probabilidades de estar desempleados y ganar salarios más bajos, menos acceso a los servicios de salud, sociales, y educativos. Los grupos excluidos tienen poca influencia sobre las decisiones tomadas por los gobiernos y otras instituciones” (Mikkonen & Raphael, 2010, pág. 32).

Servicios de salud. “Los servicios sanitarios de alta calidad son un determinante social y un derecho humano básico. El objetivo principal de un sistema universal de atención de salud es proteger la salud de los ciudadanos y distribuir los costos en toda la sociedad” (Mikkonen & Raphael, 2010, pág. 38). Población aborígen. “En Canadá son 1,2 millones y constituyen el 3,8% de la población. La salud de los pueblos aborígenes está ligada a su historia de la colonización. El resultado ha sido determinantes sociales negativos y resultados adversos para la salud” (Mikkonen & Raphael, 2010, pág. 41).

Género. “Las mujeres experimentan más determinantes sociales negativos de la salud que los hombres. Tienen menos probabilidades de estar trabajando a tiempo completo. Están empleadas en ocupaciones de menor remuneración y experimentan más discriminación en el lugar de trabajo que los hombres” (Mikkonen & Raphael, 2010, pág. 44). Discapacidad. “Demasiado a menudo la discapacidad se ve en términos médicos más que sociales. La cuestión principal es si la sociedad está dispuesta a proporcionar a las personas con

discapacidades los apoyos y oportunidades necesarios para participar en la vida canadiense” (Mikkonen & Raphael, 2010, pág. 50).

Para desarrollar la presente investigación se seleccionará las siguientes variables y dimensiones:

Tabla 2.

Dimensiones y variables de la variable X

Variable X	Dimensión	Variables
Determinantes sociales	1. Dimensión individual	1.1 Género
		1.2 Discapacidad
		1.3 Educación
		1.4 Población nativa
	2. Dimensión hogar	2.1 Vivienda.
		2.2 Distribución de ingresos y renta.
		2.3 Empleo y condiciones de trabajo
		2.4 Servicios de salud.
	3. Dimensión ámbito geoeconómico del hogar.	3.1 Ámbito geográfico de la vivienda.
3.1 Exclusión social o Pobreza.		

Variable Independiente: Acceso a los servicios de salud institucional.

La Organización Mundial de Salud, planeta en su portal web publica la nota descriptiva N°323 "*Salud y derechos humanos*" el paradigma actual de atención de salud, se basa en “un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios” (OMS, Salud y Derechos Humanos, 2015). En este marco “la accesibilidad, consiste en que los

establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: (a) no discriminación; (b) accesibilidad física. (c) accesibilidad económica (asequibilidad) y (d) acceso a la información” (OMS, Salud y Derechos Humanos, 2015),

Para el desarrollo de la investigación, se seleccionaran las siguientes variables y dimensiones:

Tabla 3.

Dimensiones y variables de la variable Y

Variable Y	Dimensiones*	Indicadores
Acceso a la atención de salud	Dimensión 1: No discriminación; Dimensión 2: Acceso a la información. Dimensión 3: Accesibilidad física; Dimensión 4: Accesibilidad económica (asequibilidad);	Población con problema de Salud que accede a atención institucional de salud

2.2. Operacionalización de variables.

Tabla 4.

Operacionalización de la Dimensión individual: Variable dependiente.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Género	<p>“Sexo, se refiere a unas diferencias biológicamente determinadas con carácter universal entre los hombres y las mujeres”.</p> <p>“Genero, se refiere a unas diferencias sociales y relaciones entre los hombres y las mujeres aprendidos, cambiantes con el tiempo y que presentan una gran variabilidad entre las diversas cultural y aun dentro una misma cultura” (Mercado laboral, INEI, 2000).</p> <p>Hombres y mujeres menores de 11 años en el marco de etapas de vida del Ministerio de Salud del Perú.</p> <p>Hombres y mujeres entre los 12 a 17 años en el marco de etapas de vida del Ministerio de Salud del Perú.</p> <p>Hombres y mujeres entre los 17 a 29 años en el marco de etapas de vida del Ministerio de Salud del Perú.</p> <p>Hombres y mujeres entre los 30 a 59 años en el marco de etapas de vida del Ministerio de Salud del Perú.</p> <p>Hombres y mujeres mayores de 60 años en el marco de etapas de vida del Ministerio de Salud del Perú.</p> <p>Mujeres reconocidas en el hogar como jefe de hogar, entre los 12 a 17 años.</p> <p>Mujeres reconocidas en el hogar como jefe de hogar, entre los 18 a 29 años.</p> <p>Migración.- “Desde el punto de vista demográfico, se define como el ámbito de residencia de un lugar denominado “origen”, hacia otro lugar llamado “destino” en el que permanece durante un período de tiempo determinado llamado intervalo de migración” (INEI, 2014).</p>		Sexo	1 Masculino, 0 Femenino
		Sexo del Jefe de hogar (mayor de 12 años)	1 Jefe de hogar masculino, 0 Jefe de hogar femenino	
		Niños (< de 11 años)	1 Niños (< 11 años), 0 Demás grupos etarios	
		Adolescentes (12 a 17 años)	1 Adolescentes (12 a 17 años), 0 Demás grupos etarios	
		Joven (18 a 29 años)	1 Joven (18 a 29 años), 0 Demás grupos etarios	
		Adulto (30 a 59 años)	1 adulto30_59a, 0 Demás grupos etarios	
		Adulto mayor (60 a mas)	1 Adulto (30 a 59 años), 0 Demás grupos etarios	
		Mujer jefe de hogar adolescente	1 Mujer jefe de hogar adolescente, 0 Mujer jefe de hogar de otros grupos etarios	
Mujer jefe de hogar joven	1 Mujer jefe de hogar joven, 0 Mujer jefe de hogar de otros grupos etarios			
Migración (departamento de nacimiento es diferente al departamento de residencia)	1 Migrante, 0 No migrante			
Discapacidad	<p>Discapacidad.- “Tal como se define en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Incapacidades y Minusvalías publicadas por la Organización Mundial de la Salud, una discapacidad es cualquier restricción o impedimento del funcionamiento de una actividad, ocasionados por una deficiencia, en la forma o dentro del ámbito considerado normal para el humano. Se define una</p>	<p>Persona con discapacidad. “Es aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás (Art. 2° de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad)” (Discapacidad, 2014).</p> <p>“Es cuando la persona no puede o no realiza las actividades como se espera para su edad; es decir, pueden presentarse</p>	Al menos 1 discapacidad	1 Al menos 1 discapacidad, 0 Sin discapacidad
			Discapacidad para moverse o caminar	1 Discapacidad para moverse o caminar,

deficiencia como una pérdida o anomalía psicológica, fisiológica o anatómica de estructura o función” (INEI, 2014).	<p>problemas para usar los brazos, manos (agarrar), para usar piernas, pies (caminar), hablar, comer, valerse por sí mismo, estudiar, trabajar o cumplir su rol familiar” (Discapacidad, 2014).</p> <p>“Es la limitación sensorial que tiene una persona a consecuencia de la carencia o disfunción del órgano de la visión que le restringe en forma total o parcial la percepción de la luz e imágenes y le impide desarrollar sus actividades cotidianas o habituales en la forma y la cantidad que se espera para su edad” (Discapacidad, 2014).</p> <p>“Es la limitación que tiene una persona para desarrollar actividades cotidianas o habituales en la forma y la cantidad que se espera para su edad, se da a consecuencia de la carencia o disfunción de las cuerdas vocales, laringe o parálisis cerebral, entre otras puede ocasionar la pérdida del habla o la voz. Es de carácter orgánico o psicológico” (Discapacidad, 2014).</p> <p>“Es la limitación sensorial que tiene una persona para desarrollar actividades cotidianas o habituales en la forma y la cantidad que se espera para su edad, a consecuencia de la carencia o disfunción de un órgano de la audición que le restringe en forma total o parcial la detección y discriminación de los sonidos, su localización y diferenciación del habla de otros sonidos” (Discapacidad, 2014).</p> <p>“Es la limitación de carácter orgánico o psicológico, que tiene una persona en la forma y la cantidad que se espera para su edad, para desarrollar actividades de índole intelectual (cognitivo), es decir, la dificultad que tiene para la captación, retención, comprensión, análisis y transmisión de ideas a consecuencia de una anomalía de estructura o función, a nivel cerebral o psicológico. Ejemplo: síndrome de down, retardo mental, etc” (Discapacidad, 2014).</p> <p>“Se utiliza la palabra “relacionarse” porque los trastornos mentales se ejemplifican, se notan cuando la persona entra en contacto con otros y cuando su conducta es diferente a lo que normalmente se espera, por eso es que el condicionante clave es relacionarse, estar en contacto de uno a uno, de 1 a 2, de 1 a multitud, sea este un ambiente conocido, como la familia, sea medianamente informal o totalmente desconocido; porque una persona puede desempeñarse muy bien con su familia con sus conocidos, pero si no puede relacionarse con personas desconocidas o extrañas, hay una gran discapacidad, porque nadie conoce a todas las personas, es decir si la persona no puede hablar con un desconocido, ni salir de su casa por temor o desconfianza intensa, ya hay problemas” (Discapacidad, 2014).</p>	0 Con otra discapacidad	
	Discapacidad visual	1 Discapacidad visual, 0 Con otra discapacidad	
	Discapacidad para comunicarse	1 Discapacidad para comunicarse, 0 Con otra discapacidad	
	Discapacidad auditiva	1 Discapacidad auditiva, 0 Con otra discapacidad	
	Discapacidad para aprender	1 Discapacidad para aprender, 0 Con otra discapacidad	
	Discapacidad para relacionarse	1 Discapacidad para relacionarse, 0 Con otra discapacidad	
Educación	Nivel de educación alcanzados.- “Es un indicador del conocimiento y aprendizaje logrado por la población de	Máximo nivel educativo alcanzado	1 Primaria incompleta o menos,

	15 y más años de edad, en las etapas educativas del sistema, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de los educandos. Los niveles educativos son: inicial, primaria, secundaria y superior (universitaria y no universitaria" (INEI, 2014).	primaria incompleta o menos (Sin Nivel, Inicial o Primaria incompleta)	0 Otro nivel educativo
	"Número de estudiantes de un determinado rango de edad, por nivel educativo alcanzado: primaria incompleta o menos, primaria, secundaria, superior no universitaria, superior universitaria, o postgrado" (INEI, 2014).	Máximo nivel educativo alcanzado Primaria Completa (Primaria completa o Secundaria incompleta)	1 Primaria Completa, 0 Otro nivel educativo
		Jefe de hogar con primaria incompleta o menos (Sin Nivel, Inicial o Primaria incompleta)	1 Jefe de hogar con primaria incompleta o menos, 0 Jefe de hogar con otro nivel educativo
		Jefe de hogar con Primaria Completa (Primaria completa o Secundaria incompleta)	1 Jefe de hogar con Primaria Completa, 0 Jefe de hogar con otro nivel educativo
Población autóctona	"Lengua materna.- Es la primera lengua o idioma que aprende una persona. Generalmente un niño aprende lo fundamental de su idioma materno de su familia. Lengua nativa.- Comprende a la población que tiene como lengua materna: el quechua, aymara y otro tipo de lengua" (INEI, 2014).	Lenguas andinas: Quechua y Aymara Lenguas amazónicas "Lengua Nativa "	1 "Quechua y Aymara" 0 "Otros" 1 "Lenguas amazónicas" 0 "Otros" 1 "Lengua Nativa " 0 "Otros"

Tabla 5.

Operacionalización de la dimensión hogar: Variable dependiente.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Vivienda	Acceso al abastecimiento de agua potable.- "Porcentaje de la población que tiene acceso razonable a un suministro de agua apta para el consumo, que comprende aguas superficiales depuradas, o aguas no depuradas pero no contaminadas, como las procedentes de manantiales, pozos sanitarios y pozos perforados protegidos" (INEI, 2014).		Sin acceso a agua de servicio publico	1 Sin acceso a agua de servicio público, 0 Con acceso a agua de servicio publico
	Acceso a servicio de saneamiento.- "Porcentaje de la población que tiene acceso razonable a medios sanitarios para la eliminación de excrementos y desechos, inclusive letrinas exteriores y estercoleros" (INEI, 2014).		Sin acceso a desagüe de servicio publico	1 Sin acceso a desagüe de servicio público, 0 Con acceso a desagüe de servicio publico

	<p>Material predominante en las paredes exteriores.- "Es el material que predomina en la construcción de las paredes que forman el perímetro o contorno de la vivienda excluyendo los cercos o muros que la rodean". En: Manual del encuestador ENAHO 2018.</p> <p>Material predominante en los pisos.-"Se refiere al material que cubre la mayor parte de los pisos de las habitaciones de la vivienda (mayor extensión)". En: Manual del encuestador ENAHO 2018.</p>	<p>"Clasificación: i) Material noble: Se considera al ladrillo o bloque de cemento, piedra o sillar con cal o cemento. ii) Material semi-noble: Se considera al Adobe, tapia, Quincha (caña con barro), Piedra con barro, Madera, Estera."</p> <p>Clasificación:" i) Material de primera: Se considera al Parquet o Madera Pulida, Láminas Asfálticas, Vinílicos o Similares, Losetas, Terrazos o Similares. ii) Material de segunda: Se considera a la Madera (entablado), Cemento, Tierra. iii) Otro material: Se considera a Se considera a la Piedra, Mármol, etc."</p>	<p>Paredes de material no firme</p> <p>Pisos de material no firme o material de segunda</p>	<p>1 Paredes de material no firme, 0 Paredes de material firme o noble</p> <p>1 Pisos de material no firme, 0 Pisos de material firme o de primera</p>
<p>Distribución de ingresos y renta</p>	<p>"Material predominante en los techos.- Se refiere al material que cubre la mayor parte de los techos de las habitaciones de las viviendas". En: Manual del encuestador ENAHO 2018.</p> <p>"Es el gasto que se obtiene dividiendo el gasto total de los hogares deflactado a precios de Lima Metropolitana entre el total de miembros del hogar" (INEI, 2014).</p>	<p>Clasificación: " Material de primera: Se considera al Concreto armado, Madera, Tejas, Planchas de calamina, fibra de cemento o similares. Material de segunda: Se considera a la Caña o estera con torta de barro, Estera, Paja, hojas de palmera. Otro Material: Se considera al Cartón, Latas, Plásticos, etc."</p> <p>"Para el año 2016, el gasto real promedio per cápita mensual fue de 712 soles" (Fuente: elaboración propia).</p> <p>"En el año 2016, el gasto real promedio per cápita mensual en alimentos fue de 291.44 soles". (Fuente: elaboración propia).</p> <p>"En el año 2016, el gasto real promedio per cápita mensual en alimentos dentro del hogar fue de 193.66 soles" (Fuente: elaboración propia).</p> <p>"En el año 2016, el gasto real promedio per cápita mensual en alimentos fuera del hogar fue de 97.77 soles". (Fuente: elaboración propia).</p> <p>"En el año 2016, el gasto real promedio per cápita mensual en vestido y calzado fue de 30.33 soles" (Fuente: elaboración propia).</p> <p>"En el año 2016, el gasto real promedio per cápita mensual en vivienda y combustible fue de 133.03</p>	<p>Techos de material no firme</p> <p>Gasto real per cápita mensual (GRPCM)</p> <p>GRPCM en alimentos</p> <p>GRPCM en alimentos dentro del hogar</p> <p>GRPCM en alimentos fuera del hogar</p> <p>GRPCM en vestido y calzado</p> <p>GRPCM en alquiler de vivienda y combustible</p>	<p>1 Techos de material no firme, 0 Techos de material firme o material de primera</p> <p>1 Hogar con GRPCM por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM igual o más que el promedio nacional 1 Hogar con GRPCM en alimentos por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM en alimentos igual o más que el promedio nacional 1 Hogar con GRPCM en alimentos dentro del hogar por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM en alimentos dentro del hogar por debajo del promedio nacional 1 Hogar con GRPCM en alimentos fuera del hogar por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM en alimentos fuera del hogar por debajo del promedio nacional 1 Hogar con GRPCM en vestido y calzado por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM en vestido y calzado igual o más que el promedio nacional 1 Hogar con GRPCM en alquiler de vivienda y combustible por debajo del promedio nacional,</p>

soles” (Fuente: elaboración propia).

“En el año 2016, el gasto real promedio per cápita mensual en muebles y enseres fue de 29.976 soles” (Fuente: elaboración propia).

“En el año 2016, el gasto real promedio per cápita mensual en cuidados de la salud fue de 58.54 soles” (Fuente: elaboración propia).

“En el año 2016, el gasto real promedio per cápita mensual en transportes y comunicaciones fue de 78.88 soles” (Fuente: elaboración propia).

“En el año 2016, el gasto real promedio per cápita mensual en esparcimiento diversión y cultura fue de 59.43 soles” (Fuente: elaboración propia).

“En el año 2016, el gasto real promedio per cápita mensual en bienes y servicios fue de 30.71 soles” (Fuente: elaboración propia).

“En el año 2016, Ingreso real per cápita mensual (IRPCM) fue de 947.32 soles” (Fuente: elaboración propia).

“En el año 2016, Gasto real per cápita mensual (GRPCM) de bolsillo en salud fue de 29.58 soles” (Fuente: elaboración propia).

GRPCM en muebles y enseres

GRPCM en cuidados de la salud

Gasto real per cápita mensual (GRPCM) en transportes y comunicaciones

Gasto real per cápita mensual (GRPCM) en esparcimiento diversión y cultura

Gasto real per cápita mensual (GRPCM) en otros gastos en bienes y servicios

Ingreso real per cápita mensual (IRPCM)

Gasto real per cápita mensual (GRPCM) de bolsillo en salud

0 Hogar con GRPCM en alquiler de vivienda y combustible igual o más que el promedio nacional

1 Hogar con GRPCM en muebles y enseres por debajo del promedio nacional,

0 Hogar con GRPCM en muebles y enseres igual o más que el nacional

1 Hogar con GRPCM en cuidados en salud por debajo del promedio nacional,

0 Hogar con GRPCM en cuidados en salud igual o más que el promedio nacional

1 Hogar con GRPCM en transporte y comunicación por debajo del promedio nacional,

0 Hogar con GRPCM en transporte y comunicación igual o más que el promedio nacional

1 Hogar con GRPCM en esparcimiento, diversión y cultura por debajo del promedio nacional,

0 Hogar con GRPCM en esparcimiento, diversión y cultura igual o más que el promedio nacional

1 Hogar con GRPCM en bienes y servicios por debajo del promedio nacional,

0 Hogar con GRPCM en bienes y servicios igual o más que el promedio nacional

1 Hogar con IRPCM por debajo del promedio nacional,

0 Hogar con IRPCM igual o más que el promedio nacional

1 Hogar con GRPCM de bolsillo en salud por debajo del promedio nacional,

0 Hogar con GRPCM de bolsillo en salud igual o más que el promedio nacional

Empleo y condiciones de trabajo

PEA ocupada.- “Está constituida por las personas que durante el período de referencia de la encuesta, estuvieron realizando una actividad para la producción de bienes y servicios. En caso de los trabajadores con remuneración, basta que trabajen por lo menos una hora a la semana para ser considerados ocupados, y en el caso de los trabajadores familiares no remunerados este requisito es de por lo menos 15 horas a la semana” (INEI, 2014).

Empleo informal.- “El empleo informal está referido al total de empleos que cumplen las siguientes condiciones, según la categoría de ocupación del trabajador: i). Los patronos y cuenta propia cuya unidad productiva pertenece al sector informal. ii). Los asalariados sin seguridad social financiada por su empleador. iii). Los trabajadores familiares no remunerados, independientemente de la naturaleza “formal” o “informal” de la unidad productiva donde labora” (INEI, 2014).

Trabajador dependiente o asalariado.- “Es la persona que trabaja para un empleador público o privado, percibiendo por su labor una remuneración o ingreso” (INEI, 2014).

Empleado. “Trabajador que desempeña una ocupación predominantemente intelectual, percibiendo por su labor un sueldo o comisión, y comprende: Directores, gerentes, funcionarios y administradores; Proprietarios. Profesionales. Trabajadores de oficina y

Población económicamente activa ocupada

Empleo informal

Ocupación empleador

Ocupación empleado privado

Ocupación empleado

1 Población Económicamente Activa Ocupada,
0 Población Económicamente Activa Ocupada

1 Empleo informal,
0 Empleo formal

1 Ocupación empleador,
0 Otras categorías ocupacionales

1 Ocupación empleado privado,
0 Otras categorías ocupacionales

1 Ocupación empleado público,

	<p>otros" (INEI, 2014).</p> <p>Obreros. "Personas que desempeñan una ocupación predominantemente manual percibiendo por su labor un salario, comprenden: técnicos de mando intermedio, trabajadores calificados y no calificados" (INEI, 2014).</p> <p>Trabajador independiente. "Es el que conduce o explota su propia empresa o negocio, o ejerce por su cuenta una profesión u oficio" (INEI, 2014).</p> <p>Trabajador familiar no remunerado. "Es la persona que trabaja o ayuda en una empresa o negocio que conduce un miembro de su familia, sin recibir pago alguno por su trabajo" (INEI, 2014).</p> <p>Trabajador del hogar. "Persona que presta servicio doméstico en una vivienda particular ajena, recibiendo una remuneración mensual por sus servicios" (INEI, 2014).</p> <p>Asegurado. "Persona potencialmente beneficiaria de las prestaciones que otorga el régimen de Seguro Social (cotizantes o dependientes de éste), que adquiere derecho a recibir estas prestaciones en la medida que llena los requisitos correspondientes" (INEI, 2014).</p>	<p>publico</p> <p>Ocupación obrero privado</p> <p>Ocupación obrero publico</p> <p>Ocupación independientes</p> <p>Ocupación trabajador familiar no remunerado</p> <p>Ocupación trabajador del hogar</p> <p>Cuenta con al menos 1 seguro de salud</p>	<p>0 Otras categorías ocupacionales</p> <p>1 Ocupación obrero privado, 0 Otras categorías ocupacionales</p> <p>1 Ocupación obrero público, 0 Otras categorías ocupacionales</p> <p>1 Ocupación independientes, 0 Otras categorías ocupacionales</p> <p>1 Ocupación trabajador familiar no remunerado, 0 Otras categorías ocupacionales</p> <p>1 Ocupación trabajador del hogar, 0 Otras categorías ocupacionales</p> <p>1 Cuenta con al menos 1 seguro de salud, 0 Sin seguro de salud</p>
Estado y servicios de salud	<p>Seguro Integral de Salud (SIS). "población pobre coberturada por los planes de beneficios del SIS; con lo que se define la población objetivo a ser atendida" (INEI, 2014).</p> <p>Enfermedad crónica.- "En medicina se denomina enfermedad crónica a aquellas enfermedades de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica. En general incluyen enfermedades cardiovasculares, neoplásicas sin tratamiento curativo, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades osteoarticulares invalidantes, diabetes mellitas y otras muchas" (INEI, 2014).</p>	<p>Afiliado solo al SIS</p> <p>Problema de salud crónico</p>	<p>1 Afiliado solo al SIS, 0 Afiliado a otros seguros de salud</p> <p>1 Enfermedad crónica. 0 NO crónica</p>

Tabla 6.

Operacionalización de la dimensión ámbito geoeconómico del hogar: Variable dependiente.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Ámbito geográfico de la vivienda	Población rural.- "Para fines censales se considera a la población que habita en un centro poblado rural. Población urbana.- Para fines censales, se considera a la población que habita en un centro poblado urbano". En: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1268/Glosario.pdf Vivienda localizada en la Costa norte urbana:" distritos de la costa norte urbanos de los departamentos de Tumbes, Piura, Cajamarca, Lambayeque y La Libertad" (Fuente: elaboración propia). Vivienda localizada en la Costa norte rural:" distritos de la costa norte rural los departamentos de Tumbes, Piura, Cajamarca, Lambayeque y La Libertad" (Fuente: elaboración propia). Vivienda localizada en la Costa central urbana: "distritos de la costa central urbana de los departamentos de Ancash, Ica, Lima (excluye a Lima Metropolitana)" (Fuente: elaboración propia). Vivienda localizada en la Costa central rural: "distritos de la costa central rural de los departamentos de Ancash, Ica, Lima (excluye a Lima Metropolitana)" (Fuente: elaboración propia). Vivienda localizada en la Costa sur urbana: "distritos de la costa sur urbana de los departamentos de Arequipa, Moquegua y Tacna" (Fuente: elaboración propia). Vivienda localizada en la Costa sur rural: distritos de la costa sur rural de los departamentos de Arequipa, Moquegua y Tacna (Fuente: elaboración propia). Vivienda localizada en la Sierra norte urbana: "distritos de la sierra norte urbana de los departamentos de Cajamarca, Amazonas, Piura, Lambayeque y la Libertad" (Fuente: elaboración propia). Vivienda localizada en la Sierra norte rural: "distritos de la sierra norte rural de los departamentos de Cajamarca, Amazonas, Piura, Lambayeque y la Libertad" (Fuente: elaboración propia). Vivienda localizada en la Sierra centro urbana: "distritos de la sierra centro urbana de los departamentos de Ancash, Ayacucho, Pasco, Huánuco, Huancavelica, Lima y Junín" (Fuente: elaboración propia). Vivienda localizada en la Sierra centro rural: "distritos de la sierra centro rural de los departamentos de Ancash, Ayacucho, Pasco, Huánuco, Huancavelica, Lima y Junín" (Fuente: elaboración propia). Vivienda localizada en la Sierra sur: "distritos de la sierra sur urbana de los departamentos de Cuzco, Apurímac, Arequipa, Moquegua, Tacna y Puno" (Fuente: elaboración propia). Vivienda localizada en la Sierra sur: distritos de la sierra sur rural de los departamentos de Cuzco, Apurímac, Arequipa, Moquegua, Tacna y Puno" (Fuente: elaboración propia). Vivienda localizada en la Selva alta: "distritos de la selva alta urbana de los departamentos de Cajamarca; Cuzco, Amazonas, Ayacucho, Pasco, San Martín, Huánuco, Junín" (Fuente: elaboración propia). Vivienda localizada en la Selva alta: "distritos de la selva alta rural de los departamentos de Cajamarca; Cuzco, Amazonas, Ayacucho, Pasco, San Martín, Huánuco, Junín" (Fuente: elaboración propia). Vivienda localizada en la Selva baja: "distritos de la selva baja urbana de los departamentos de Ucayali, Loreto, Madre de Dios" (Fuente: elaboración propia). Vivienda localizada en la Selva baja: "distritos de la selva baja rural de los departamentos de Ucayali, Loreto, Madre de Dios" (Fuente: elaboración propia). Vivienda localizada en la ciudad de Lima Metropolitana: "distritos de las ciudades de Lima Metropolitana y del Callao"		área rural	1 área rural, 0 área urbana
		Costa norte urbana	1 Costa norte urbana, 0 Otras áreas	
		Costa norte rural	1 Costa norte rural, 0 Otras áreas	
		Costa centro urbana	1 Costa centro urbana, 0 Otras áreas	
		Costa norte rural	1 Costa norte rural, 0 Otras áreas	
		Costa sur urbana	1 Costa sur urbana, 0 Otras áreas	
		Costa sur rural	1 Costa sur rural, 0 Otras áreas	
		Sierra norte urbana	1 Sierra norte urbana, 0 Otras áreas	
		Sierra norte rural	1 Sierra norte rural, 0 Otras áreas	
		Sierra centro urbana	1 Sierra centro urbana, 0 Otras áreas	
		Sierra centro rural	1 Sierra centro rural, 0 Otras áreas	
		Sierra sur urbana	1 Sierra sur urbana, 0 Otras áreas	
		Sierra sur rural	1 Sierra sur rural, 0 Otras áreas	
		Selva alta urbana	1 Selva alta urbana, 0 Otras áreas	
		Selva alta rural	1 Selva alta rural, 0 Otras áreas	
		Selva baja urbana	1 Selva baja urbana, 0 Otras áreas	
		Selva baja rural	1 Selva baja rural, 0 Otras áreas	
Lima Metropolitana	1 Lima Metropolitana,			

(Fuente: elaboración propia).		0 Otras áreas		
Exclusión social o Pobreza	<p>“Un quintil es la quinta parte de los hogares ordenados de menor a mayor en función al ingreso real promedio per cápita” (Fuente: elaboración propia).</p> <p>“Los 2 primeros quintiles constituyen los hogares con menor capacidad de ingreso a nivel nacional” (Fuente: elaboración propia).</p>	<p>“El quintil 1 representa al 20% de los hogares con el menor ingreso real promedio per cápita de 5 grupos” (Fuente: elaboración propia).</p> <p>“El quintil 2 representa a un 20% de los hogares con el segundo menor ingreso real promedio per cápita de 5 grupos” (Fuente: elaboración propia).</p> <p>“El quintil 1 y 2 representan al 40% de los hogares con el menor ingreso real promedio per cápita” (Fuente: elaboración propia).</p>	<p>Quintil 1 del ingreso real promedio per cápita mensual (IRPPM)</p> <p>Quintil 2 del ingreso real promedio per cápita mensual</p> <p>Quintil 1 y 2 del ingreso real promedio per cápita mensual</p>	<p>1 Quintil 1 IRPPM, 0 Demás quintiles IRPPM</p> <p>1 Quintil 2 IRPPM, 0 Demás quintiles IRPPM</p> <p>1 Quintil 1 y 2 IRPPM, 0 Demás quintiles GRPPM</p>
	<p>“Un quintil es la quinta parte de los hogares ordenados de menor a mayor en función al gasto real promedio per cápita. Los 2 primeros quintiles constituyen los hogares con menor capacidad de gasto a nivel nacional” (Fuente: elaboración propia).</p>	<p>“El quintil 1 representa al 20% de los hogares con el menor GRPPC de 5 grupos” (Fuente: elaboración propia).</p> <p>“El quintil 2 representa a un 20% de los hogares con el segundo GRPPC de 5 grupos” (Fuente: elaboración propia).</p> <p>“El quintil 1 y 2 representan al 40% de los hogares con el menor GRPPC” (Fuente: elaboración propia).</p>	<p>Quintil 1 del gasto real promedio per cápita mensual (GRPPM)</p> <p>Quintil 2 del gasto real promedio per cápita mensual</p> <p>Quintil 1 y 2 del gasto real promedio per cápita mensual</p>	<p>1 Quintil 1 GRPPM, 0 Demás quintiles GRPPM</p> <p>1 Quintil 2 GRPPM, 0 Demás quintiles GRPPM</p> <p>1 Quintil 1 y 2 GRPPM, 0 Demás quintiles GRPPM</p>
	<p>Hogares en viviendas con características físicas inadecuadas. “El indicador hogares en viviendas con características físicas inadecuadas alude al material predominante en las paredes y pisos, así como al tipo de vivienda. Hogares que residen en viviendas cuyo material predominante en las paredes exteriores fuera de estera, hogares cuyas viviendas tuvieran piso de tierra y paredes exteriores de quincha, piedra con barro, madera u otros materiales y hogares que habitan en viviendas improvisadas (de cartón, lata, ladrillos y adobes superpuestos, etc.)” En: http://censos.inei.gob.pe/Censos2007/Pobreza/docs/Glosario_Indicadores.pdf</p>		Vivienda inadecuada (Necesidad básica insatisfecha NBI 1)	<p>1 Vivienda inadecuada, 0 Vivienda adecuada</p>
	<p>Hogares en viviendas con hacinamiento. “Otro indicador que define el acceso a una vivienda adecuada se refiere a la existencia o no de hacinamiento, es decir la densidad de ocupación de los espacios de la vivienda. El hacinamiento resulta de relacionar el número de personas con el número total de habitaciones que tiene la vivienda, sin contar el baño, cocina ni pasadizo. Se determina que hay hacinamiento cuando residen más de 3 personas por habitación” En: http://censos.inei.gob.pe/Censos2007/Pobreza/docs/Glosario_Indicadores.pdf</p>		NBI Vivienda con hacinamiento (Necesidad básica insatisfecha NBI 2)	<p>1 Vivienda con hacinamiento, 0 Vivienda sin hacinamiento</p>
	<p>Hogares en viviendas sin desagüe de ningún tipo. “El indicador hogares en viviendas sin desagüe de ningún tipo, considera que el mínimo necesario está asociado con la disponibilidad de un sanitario; en tal sentido comprende a los hogares que no disponen de servicio higiénico por red de tubería o pozo ciego” En: http://censos.inei.gob.pe/Censos2007/Pobreza/docs/Glosario_Indicadores.pdf</p>		NBI 3 Hogares con vivienda sin servicios higiénicos (Necesidad básica insatisfecha NBI 3)	<p>1 Hogares con vivienda sin servicios higiénicos, 0 Vivienda con servicios higiénicos</p>
	<p>Hogares con niños que no asisten a la escuela. “La inasistencia a la escuela de niños en edad escolar, representa una privación crítica que activa mecanismos de reproducción de pobreza y marginalidad. El indicador representa el número y porcentaje de hogares en los que al menos un niño de 6 a 11 años de edad no asiste a la escuela” En: http://censos.inei.gob.pe/Censos2007/Pobreza/docs/Glosario_Indicadores.pdf</p>		NBI 4 Hogares con niños que no asisten a la escuela (Necesidad básica insatisfecha NBI 4)	<p>1 Hogares con niños que no asisten a la escuela, 0 Todos los niños asisten a la escuela</p>
	<p>Hogares con alta dependencia económica. El indicador representa en cierta forma, una probabilidad de insuficiencia de ingresos para cubrir las necesidades, en la medida en que relaciona el nivel educativo del jefe de hogar y la carga económica determinada por el tamaño familiar, es decir el número de dependientes del hogar. En cuanto al nivel educativo del jefe del hogar, se fijó como nivel crítico de educación, que el jefe de hogar cuente con primaria incompleta. Para el nivel de dependencia, se consideró como perceptor de ingresos a los ocupados, incluidos los familiares no remunerados y a los hogares sin ningún miembro ocupado y se estableció como crítica la presencia de más de tres personas por ocupado</p>		NBI 5 Hogares con alta dependencia económica (Necesidad básica insatisfecha NBI 5)	<p>1 Hogares con alta dependencia económica, 0 Hogares con baja dependencia económica</p>

En: http://censos.inei.gob.pe/Censos2007/Pobreza/docs/Glosario_Indicadores.pdf

HOGARES Y POBLACIÓN CON AL MENOS UNA NBI Es el porcentaje de hogares o población con al menos 1 necesidad básica insatisfecha (de las 5 consideradas), no con todas. Dentro de una canasta con 5 necesidades básicas, el carecer de al menos una de ellas determina al hogar o la población en condición de pobreza.

EN: http://censos.inei.gob.pe/Censos2007/Pobreza/docs/Glosario_Indicadores.pdf

Hogares y población con dos o más NBI. “Es el porcentaje de población con dos o más necesidades básicas insatisfechas. Representa una medida de intensidad de la pobreza bajo el enfoque de necesidades básicas insatisfechas o NBI. Dentro de una canasta con 5 necesidades básicas, el carecer de 2 ó 3 ó 4 ó 5 necesidades básicas es parte de esta” En: http://censos.inei.gob.pe/Censos2007/Pobreza/docs/Glosario_Indicadores.pdf

“La medición monetaria utiliza el gasto como indicador de bienestar, el cual está compuesto por las compras, el autoconsumo, el autosuministro, los pagos en especies, las transferencias de otros hogares y las donaciones públicas. Para el año 2016, el 20,7% de la población del país, que equivale en cifras absolutas a 6 millones 518 mil personas, se encontraban en situación de pobreza, es decir, tenían un nivel de gasto inferior al costo de la canasta básica de consumo compuesto por alimentos y no alimentos”. En: https://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/pobreza2016.pdf

“Son pobres monetarios a las personas que residen en hogares cuyo gasto per cápita es insuficiente para adquirir una canasta básica de alimentos y no alimentos (vivienda, vestido, educación, salud, transporte, etc.). S/. 328 soles per cápita mensual” En: https://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/pobreza2016.pdf

“Son pobres extremos aquellas personas que integran hogares cuyos gastos per cápita están por debajo del costo de la canasta básica de alimentos. S/. 176 soles mensuales” En: https://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/pobreza2016.pdf

Pobreza (Pobreza estructural, NBI)	1 Con 1 NBI, 0 Sin NBI
Pobreza extremo (Pobreza estructural, NBI)	1 Con 2 NBIs, 0 Con máximo 1 NBI
Pobre (Hogares con gasto promedio debajo de la línea de pobreza)	1 Pobre (Pobreza monetaria), 0 No pobre
Extremo pobre (Hogares con gasto promedio debajo la línea de canasta básica alimentaria)	1 Extremo pobre (Pobreza monetaria), 0 Pobre y No pobre

Tabla 7.

Operacionalización de la Variable 2: accesibilidad a la atención de salud (variable independiente).

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Atención institucional de salud	“Población con un problema de salud (sea crónico o agudo) percibido y que acude a un establecimiento de salud (sea público, privado o ESSALUD) y es atendido por personal de salud” (Fuente: elaboración propia).		Población con problemas de salud con atención institucional de salud	1 Población con un problema de salud y atención institucional 0 Población con un problema de salud y Sin atención de salud o atención informal

2.3. Metodología

La presente investigación se caracteriza por ser hipotético deductivo. “El método deductivo se enmarca en la denominada lógica racional y consiste en: partiendo de unas premisas generales, llegar a inferir enunciados particulares” (Lafuente Ibáñez & Marín Egoscozábal, 2008).

2.4. Tipo y Diseño de Estudio.

Asimismo según su tipo, la presente investigación se caracteriza:

- a) Según la finalidad: Investigación pura o básica. “Busca el conocimiento por el conocimiento mismo, en ampliar y profundizar cada vez nuestro saber de la realidad y, su propósito será el de obtener generalizaciones cada vez mayores (hipótesis, leyes, teorías)” (Cazau, 2006, pág. 18).
- b) Según su Carácter: Correlacional. “Los estudios correlacionales tienen como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables. La utilidad principal es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas” (Cortés & Iglesias León, 2004, pág. 18) ,
- c) Según su naturaleza: investigación no experimental cuantitativa. “Se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Se observa fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 149).

“La investigación no experimental es la que no manipula deliberadamente las variables a estudiar. En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes” (Cortés & Iglesias León, 2004, pág. 27).

- d) Según el alcance temporal: investigación transeccional o transversal, “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 151).

“La Investigación transversal, recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Cortés & Iglesias León, 2004, pág. 27).

- e) Según la orientación que asume investigación explicativo-predictiva, “no solo mide variables, sino que, pretendemos entender el comportamiento, determinar y cuantificar las relaciones entre variables. Tratamos de conocer la estructura y los factores que influyen en una variable, con el objetivo último de establecer predicciones sobre la misma (Lafuente Ibáñez & Marín Egoscozábal, 2008).

2.5. Diseño de Investigación.

La investigación propuesta tienen un diseños transeccionales correlacionales-causales; el modelo está fundamentado en Hernández *et al.* (2010), en relación a

los transaccionales correlacionales, “estos diseños describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. Por tanto, pueden limitarse a establecer relaciones entre variables sin precisar sentido de causalidad o pretender analizar relaciones causales” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 154); en relación a los diseños correlacionales causales afirma “los estudios transeccionales causales nos brindan la oportunidad de predecir el comportamiento de una o más variables a partir de otras, una vez que se establece la causalidad. A estas últimas se les denomina variables predictores. Tales diseños requieren de análisis multivariados” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 167).

Se conoce que los estudio correlacionales no son los adecuados para identificar causalidad, porque en la mayoría de los casos solo identifican asociación entre variables que no implica causalidad, en cambio en los estudios experimentales si se estudia la causalidad. De esto nace la pregunta en cuanto a establecer relaciones causales ¿cuál es la diferencia entre los diseños correlacionales causales y los diseños experimentales?, “en los diseños transeccionales correlacionales-causales, las causas y los efectos ya ocurrieron en la realidad (estaban dados y manifestados) o están ocurriendo durante el desarrollo del estudio, y quien investiga los observa y reporta. En cambio, en los diseños experimentales y cuasi experimentales se provoca intencionalmente al menos una causa y se analizan sus efectos o consecuencias” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 155).

Otra definición sobre el tema, “en los diseños correlacionales se mide el grado de relación entre dos o más variables que intervienen en el estudio para luego medir y analizar esas correlaciones y evaluar sus resultados” (Cortés & Iglesias León, 2004, pág. 21).

2.6. Población, Muestra y Muestreo.

Para el desarrollo del estudio se usara, las características descritas en el documento técnico “ficha técnica de la encuesta de hogares ENAHO del año 2016” (Microdatos. INEI, 2016) (Ver: Anexo 3).

Población.

La población de estudio está definida como el conjunto de todas las viviendas particulares y sus ocupantes residentes en el área urbana y rural del país. La encuesta ENAHO, se realiza en el ámbito nacional, en el área urbana y rural, en los 24 departamentos del país y en la Provincia Constitucional del Callao (Microdatos. INEI, 2016, págs. 1, 3).

“La población total sería de 31 millones 151 mil 643 habitantes estimados” (INEI. SIRTOD., 2016).

Muestra.

“El tamaño anual de la muestra 2016 es de 38296 viviendas particulares, correspondiendo 24658 viviendas al área urbana y 13638 viviendas al área rural. La muestra de conglomerados en el ámbito nacional es de 5606, correspondiendo 3901 conglomerados al área urbana y 1705 conglomerados al área rural. Con respecto al tamaño de la muestra panel es de 1747 conglomerados mientras que el tamaño de la muestra no panel es de 3 859 conglomerados” (Microdatos. INEI, 2016, pág. 4).

“El nivel de inferencia de la muestra Integrada: Anual es: (a) Nacional: Urbano Nacional y Rural Nacional; (b) 24 departamentos, cada uno como dominio de estudio: Costa Urbana, Costa Rural, Sierra Urbana, Sierra Rural, Selva Urbana, Selva Rural, Área Metropolitana de Lima y Callao” (Microdatos. INEI, 2016, pág. 5 y 6).

Muestreo

“La muestra es del tipo probabilística, de áreas, estratificada, multietápica e independiente en cada departamento de estudio. El nivel de confianza de los resultados muestrales, es del 95%” (Microdatos. INEI, 2016, pág. 3).

“El marco muestral para la selección de la muestra lo constituye la información estadística proveniente de los censos de población y

vivienda y material cartográfico actualizado para tal fin” (Microdatos. INEI, 2016, pág. 4).

2.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

a. Técnicas

“La técnica de recolección de datos es la Encuesta, denominada Encuesta ENAHO” (Microdatos. INEI, 2016, pág. 7).

“El método de entrevista: Directa utilizando equipos móviles para captura de datos (PDA)” (Microdatos. INEI, 2016, pág. 7).

b. Instrumentos.

“Para el desarrollo del estudio se usaron los módulos características de la vivienda y del hogar, características de los miembros del hogar, educación, salud, empleo e Ingreso y sumaria de la encuesta ENAHOI 2016” (Microdatos. INEI, 2016)

Tipo de Encuesta: “Encuesta de Derecho, es decir, la población de estudio estará constituida por todos los residentes habituales del hogar” (Microdatos. INEI, 2016, pág. 7).

Validación y Confiabilidad del Instrumento. “La encuesta ENAHO es una encuesta de validez internacional, y de uso general, para la identificación de calidad de vida, pobreza, educación, empleo, entre otras, por el Gobierno del Perú y sus diversos órganos oficiales. El

nivel de confianza de los resultados muestrales, es del 95%” (Microdatos. INEI, 2016, pág. 4).

2.8. Métodos de análisis de datos

A. Procedimientos de Recolección de Datos.

- a. Los datos serán descargados del repositorio de encuestas del INEI, que son de libre disponibilidad y acceso público, sección condiciones de vida ENAHO, metodología actualizada, año 2016 y periodo anual.
- b. Se seleccionaran las tablas de los módulos: “Características de la Vivienda y del Hogar, características de los Miembros del Hogar, Educación, Salud, Empleo e Ingresos y, Sumarias” (Microdatos. INEI, 2016).
- c. Se descargarán, las tablas de cada módulo seleccionado en formato dta que corresponde al programa STATA.
- d. Se procede a recodificar y dicotómizar las variables de estudio, tanto dependientes como independientes, para la construcción de indicadores de estudio. En el proceso de las variables en 1 y 0, se toma en cuenta que 1 es el evento de interés a analizar y 0 el evento complementario. Los valores nulos de cada indicador se mantendrán durante la recodificación, para no generar modelos espurios durante el análisis.
- e. Todos los indicadores por modulo serán integrados en una sola tabla analítica de trabajo final, lo cual permitirá utilizar todas las variables

disponibles en la construcción del modelo estadístico, objeto de este análisis.

B. Análisis de Datos.

Para el desarrollo de la investigación las variables se clasifican y organizan en niveles, donde el nivel jerárquico 1 correspondería a información correspondiente al individuo miembro del hogar y que tienen variabilidad dentro de un hogar. El nivel jerárquico 2, corresponde a información referente al hogar que habita una vivienda, que reside en un ámbito geográfico y que se interrelaciona con otros hogares a través de características sociales, económicas culturales, etc., como se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8.

Clasificación de la variable dependiente, en relación del nivel jerárquico de la información.

Nivel jerárquico	Dimensiones	VARIABLES
Nivel jerárquico 1:	1. Dimensión Individual	1.1 Género 1.2 Discapacidad 1.3 Educación 1.4 Población autóctona
Nivel jerárquico 2:	1. Dimensión Hogar	2.1 Vivienda. 2.2 Distribución de ingresos y renta. 2.3 Empleo y condiciones de trabajo 2.4 Estado y servicios de salud.
	2. Dimensión ámbito geoeconómico del hogar.	3.1 Ámbito geográfico de la vivienda. 3.1 Exclusión social o Pobreza.

Paso 1: Creación de variables dicotómicas: a partir de las variables dependientes e independientes. La información de la encuesta

ENAH0 2016, viene en formato SAV o DBF, después de descargar las tablas hay que convertirlas en formato DTA, para que pueden ser recodificadas en variables dicotómicas. El Metadata de cada variable sin procesar se muestra en la Tabla 9.

Tabla 9.

Modelo de metadata de variables de la encuesta poblacional ENAH0 2016.

Código	Etiqueta	Categorías.
p300a	¿Cuál es el idioma o Lengua materna que aprendió en su niñez?	1 "Quechua"
		2 "Aymara"
		3 "Lenguas Amazónicas"
		4 "Castellano"
		5 "Lengua extranjera"
		6 "Es sordo mudo"

El procedimiento de recodificación de la información cruda en variables dicotómicas, se detalla en el ejemplo propuesto a continuación. El procedimiento debe de repetirse de manera específica para todos los indicadores propuestos a ser evaluados en la investigación.

a. Modelo de código de recodificación de la variable:

```

generat leng_mat=1 if p300a==1

replace leng_mat=2 if p300a==2
replace leng_mat=3 if p300a==3
replace leng_mat=4 if p300a==4
replace leng_mat=5 if p300a==6
replace leng_mat=5 if p300a==7
replace leng_mat=6 if p300a==8
replace leng_mat=. if p300a==.
label define leng_mat 1 "Quechua" 2 "Aymara" 3 "Lenguas
Amazónicas" 4 "Castellano" 5 "Lengua extranjera" 6 "Es sordo
mudo"
label values leng_mat leng_mat
label variable leng_mat "Lengua materna que aprendio en su
niñez"

```

b. Construcción de variable dicotómica de estudio: acceso a Agua Potable.

```

generat xleng_mat1=0 if p300a>=3
replace xleng_mat1=1 if p300a==1 | p300a==2
label define xleng_mat1 1 "Quechua y Aymara" 0 "Otros"
label values xleng_mat1 xleng_mat1
label variable xleng_mat1 "Lenguas andinas: Quechua y Aymara"

generat xleng_mat2=0 if p300a<=2 | p300a>=4
replace xleng_mat2=1 if p300a==3
label define xleng_mat2 1 "Lenguas amazonicas" 0 "Otros"
label values xleng_mat2 xleng_mat2
label variable xleng_mat2 "Lenguas amazonicas"

```

Paso 2. Análisis descriptivo.

En primer lugar se realiza un análisis descriptivo de las características de cada subvariable de estudio (Índices de tendencia central y distribución de frecuencias).

Paso 3. Análisis de comparación de proporciones.

Se realiza una comparación de las características entre las poblaciones que acceden a atención de salud y los que no acceden

mediante el test χ^2 para la comparación de proporciones para muestras independientes.

Paso 4. Análisis de regresiones multinivel binaria para muestras complejas.

Se construyen modelos de regresión logística multinivel binaria para identificar características de la población asociados al riesgo de no acceder a atención institucional de salud. Para la selección de las variables de los modelos multivariados finales se comprueban efectos de interacción y confusión y se eliminan las que sin ser confundidoras introducían inestabilidad en el modelo.

Paso 5. Análisis de regresiones multinivel múltiple aplicado a la muestra.

Se construyen modelos de regresión logística multinivel múltiple, con la finalidad de validar el mejor modelo explicativo que prueben las hipótesis de estudio. Cada dimensión se analizara de manera individual para comprobar las hipótesis específicas, comparándose contra el modelo nulo inicialmente y luego entre sí, hasta obtener un modelo final. El procedimiento consta de tres fases y sigue el siguiente desarrollo (Sommet & Morselli, 2017).:

Fase 1. Detección de diferencias en los dos niveles: nivel 1 (individual), nivel 2 (hogar).

Paso 0. Modelo nulo de 2 niveles. Sin variables predictoras.

Fase 2. Introducción de predictores de nivel 1 (Individual) en el modelo de dos niveles.

Paso 1. Modelo intercepto aleatorio con el predictores de la dimensión individual como efecto fijo.

Fase 3. Introducción de predictores del nivel 2 (hogar) en el modelo de dos niveles

Paso 2. Modelo intercepto aleatorio con el predictores de la dimensión hogar como efecto fijo.

Paso 2. Modelo intercepto aleatorio con el predictores de la dimensión 3 ámbitos geoeconómico del hogar como efecto fijo.

Paso 3. Modelo de intercepto aleatorio con los predictores de la dimensión individual como efectos fijos y el predictores de nivel 2 dimensión hogar y dimensión ámbitos geoeconómico del hogar.

Paso 3. Para la selección de los modelos multinivel múltiple finales se realizan comparaciones de modelos por medio del likelihood-ratio test (2 LL). El modelo final será aquel que tenga mejor valoración explicativa, del riesgo de no acceder a atención institucional de salud.

Paso 4. Análisis de regresiones multinivel múltiple para muestras complejas. Inicialmente antes de realizar los procedimientos, se programa los pesos muestrales de la encuesta ENAHO 2016. .Las fases descritos en el paso anterior se replican en este paso, a diferencia del paso previo, los resultados son inferenciables a la población del Perú durante el 2016.

Para cuantificar el efecto de riesgo se usa el Odds Ratio (OR), se seleccionaran aquellos que tengan intervalos de confianza (IC) al 95% de seguridad y un nivel de significación estadística de 0,05. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico STATA 14.

Si el OR no es significativamente diferente de 1 (o, de manera equivalente, B no es significativamente diferente de 0). En la práctica, esto indica que las probabilidades de que ocurra un evento se multiplican por uno cuando la variable de predicción aumenta en una unidad (es decir, las probabilidades siguen siendo las mismas). En tal situación, no puede rechazar H_0 . Si el OR es significativamente diferente de 1 (o, de manera equivalente, B es significativamente diferente de 0). Si el $OR > 1$, cuanto mayor sea la variable de predicción, mayores serán las probabilidades de que ocurra el evento (un efecto de riesgo). Por el contrario, si $OR < 1$, cuanto mayor sea la variable de predicción, menores serán las probabilidades de que ocurra el evento (un efecto negativo). En tal situación, rechaza H_0 (Sommet & Morselli, 2017).

2.9. Consideraciones Éticas.

No aplica. La información de ENAHO, es de acceso público (vía web) y de libre disponibilidad.

III. Resultados.

3.1. Características de los datos de estudio.

Son 90 indicadores o sub-variables seleccionados de la información de la “Encuesta Nacional de Hogares” ENAHO del 2016, para analizar el efecto de los determinantes sociales sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú.

La variable dependiente: determinantes sociales se dividió en 2 niveles y 3 dimensiones. Según el nivel jerárquico de la información, se identifica: a nivel individual, información correspondientes a características que identifica a cada individuo del hogar encuestado (Dimensión individual) y a nivel de hogar, con información que caracteriza al hogar y a todos los miembros de un hogar en general (Dimensión hogar y el ámbito geoeconómico del hogar)

En el nivel jerárquico 1: dimensión Individual (26 sub-variables), se seleccionaron 10 sub-variables de la variable género, 7 sub-variables de la variable discapacidad, 5 sub-variables de la variable educación y 4 sub-variables de la variable población autóctona. El detalle de cada sub-variable de la dimensión individual se describe en la tabla 10.

Tabla 10.

Características de la población de estudio según nivel jerárquico 1: Dimensión Individual, incluidas en el análisis. ENAHO 2016.

variables	Sub- variables	Observaciones	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Género	Sexo	130,526	0.49	0.50	0	1
	Sexo del Jefe de hogar (mayor de 12 años)	46,200	0.67	0.47	0	1
	Niños (< de 11 años)	130,526	0.22	0.41	0	1
	Adolescentes (12 a 17 años)	130,526	0.12	0.32	0	1
	Joven (18 a 29 años)	130,526	0.17	0.38	0	1
	Adulto (30 a 59 años)	130,526	0.35	0.48	0	1
	Adulto mayor (60 a mas)	130,526	0.14	0.35	0	1
	Mujer jefe de hogar adolescente	15,455	0.03	0.18	0	1
	Mujer jefe de hogar adulto mayor	15,455	0.32	0.47	0	1
Migración	130,175	0.20	0.40	0	1	
Discapacidad	Al menos 1 discapacidad	130,320	0.04	0.20	0	1
	Discapacidad para moverse o caminar	130,320	0.02	0.14	0	1
	Discapacidad visual	130,320	0.01	0.10	0	1
	Discapacidad para comunicarse	130,320	0.01	0.08	0	1
	Discapacidad auditiva	130,320	0.01	0.10	0	1
	Discapacidad para aprender	130,320	0.01	0.10	0	1
	Discapacidad para relacionarse	130,320	0.01	0.08	0	1
Educación	Máximo nivel educativo alcanzado primaria incompleta o menos	13,589	0.10	0.29	0	1
	Máximo nivel educativo alcanzado Primaria Completa	13,589	0.22	0.41	0	1
	Máximo nivel educativo alcanzado Secundaria Completa	13,589	0.43	0.49	0	1
	Jefe de hogar con primaria incompleta o menos	12,603	0.02	0.16	0	1
	Jefe de hogar con Primaria Completa	8,967	0.11	0.32	0	1
Población autóctona	Jefe de hogar con Secundaria Completa	7,433	0.17	0.38	0	1
	Lenguas andinas: Quechua y Aymara	124,442	0.02	0.15	0	1
	Lenguas amazónicas	124,442	0.96	0.18	0	1
	Lengua Nativas	25,311	0.17	0.38	0	1

En el nivel jerárquico 2, tiene 2 dimensiones: de la dimensión hogar (31 sub-variables), se seleccionaron 5 sub-variables de la variable hogar, 13 sub-variables de la variable distribución de ingresos, 10 sub-variables de la variable empleo y condiciones de trabajo, y 3 sub-variables de la variable Estado y servicios de salud. El detalle de cada sub-variable de la dimensión hogar se describe en la tabla 11.

Tabla 11.

Características de la población de estudio según nivel jerárquico2: dimensión hogar, incluidas en el análisis. ENAHO 2016.

variables	Sub- variables	Observaciones	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Vivienda	Sin acceso a agua de servicio publico	131,026	0.16	0.36	0	1
	Sin acceso a desagüe de servicio publico	116,989	0.12	0.32	0	1
	Paredes de material no firme	124,516	0.53	0.50	0	1
	Pisos de material no firme	129,602	0.42	0.49	0	1
	Techos de material no firme	129,602	0.09	0.29	0	1
Distribución de ingresos y renta	Gasto real per cápita mensual (GRPCM)	131,026	0.67	0.47	0	1
	Gasto real per cápita mensual (GRPCM) en alimentos	131,026	0.60	0.49	0	1
	Gasto real per cápita mensual en alimentos dentro del hogar	131,026	0.57	0.49	0	1
	Gasto real per cápita mensual en alimentos fuera del hogar	131,026	0.66	0.47	0	1
	Gasto real per cápita mensual en vestido y calzado	131,026	0.64	0.48	0	1
	Gasto real per cápita mensual en alquiler de vivienda y combustible	131,026	0.74	0.44	0	1
	Gasto real per cápita mensual en muebles y enseres	131,026	0.73	0.44	0	1
	Gasto real per cápita mensual en transportes y comunicaciones	131,026	0.69	0.46	0	1
	Gasto real per cápita mensual en esparcimiento diversión y cultura	131,026	0.77	0.42	0	1
	Gasto real per cápita mensual en otros gastos en bienes y servicios	131,026	0.70	0.46	0	1
	Ingreso real per cápita mensual (IRPCM)	131,026	0.70	0.46	0	1
	Gasto real per cápita mensual en salud	131,026	0.74	0.44	0	1
	Gasto real per cápita mensual de bolsillo en salud	131,026	0.75	0.43	0	1
	Empleo y condiciones de trabajo	Población económicamente activa ocupada	68,745	0.97	0.17	0
Empleo informal		66,619	0.23	0.42	0	1
Ocupación empleador		66,619	0.04	0.20	0	1
Ocupación empleado privado		66,619	0.12	0.33	0	1
Ocupación empleado publico		66,619	0.08	0.27	0	1
Ocupación obrero privado		66,619	0.18	0.38	0	1
Ocupación obrero publico		66,619	0.02	0.12	0	1
Ocupación independientes		66,619	0.41	0.49	0	1
Ocupación trabajador familiar no remunerado		66,619	0.14	0.34	0	1
Ocupación trabajador del hogar	66,619	0.02	0.13	0	1	
Estado y servicios de salud	Cuenta con al menos 1 seguro de salud	130,320	0.77	0.42	0	1
	Afiliado solo al SIS	130,320	0.51	0.50	0	1
	Problema de salud crónico	130,320	0.36	0.48	0	1

De la dimensión ámbito geoeconómico del hogar (33 sub-variables), se seleccionaron 18 sub-variables de la variable ámbito geográfico de la vivienda, y

15 sub-variables de la variable exclusión social o pobreza. El detalle de cada sub-variable de la dimensión hogar se describe en la tabla 12.

Tabla 12.

Características de la población de estudio según dimensión ámbito geoeconómico del hogar, incluidas en el análisis. ENAHO 2016.

VARIABLES	Sub-variables	Observaciones	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Ámbito geográfico de la vivienda	área rural	131,026	0.36	0.48	0	1
	Costa norte urbana	131,026	0.11	0.32	0	1
	Costa norte rural	131,026	0.03	0.17	0	1
	Costa centro urbana	131,026	0.08	0.28	0	1
	Costa norte rural	131,026	0.01	0.11	0	1
	Costa sur urbana	131,026	0.07	0.26	0	1
	Costa sur rural	131,026	0.01	0.08	0	1
	Sierra norte urbana	131,026	0.03	0.17	0	1
	Sierra norte rural	131,026	0.04	0.21	0	1
	Sierra centro urbana	131,026	0.07	0.25	0	1
	Sierra centro rural	131,026	0.10	0.30	0	1
	Sierra sur urbana	131,026	0.06	0.23	0	1
	Sierra sur rural	131,026	0.06	0.24	0	1
	Selva alta urbana	131,026	0.04	0.20	0	1
	Selva alta rural	131,026	0.06	0.24	0	1
	Selva baja urbana	131,026	0.06	0.25	0	1
	Selva baja rural	131,026	0.04	0.20	0	1
	Lima Metropolitana	125,755	0.12	0.33	0	1
Exclusión social o Pobreza	Quintil 1 del ingreso real promedio per cápita mensual (IRPPM)	131,026	0.17	0.38	0	1
	Quintil 2 del ingreso real promedio per cápita mensual	131,026	0.20	0.40	0	1
	Quintil 1 y 2 del ingreso real promedio per cápita mensual	131,026	0.37	0.48	0	1
	Quintil 1 del gasto real promedio per cápita mensual (GRPPM)	131,026	0.18	0.38	0	1
	Quintil 2 del gasto real promedio per cápita mensual	131,026	0.21	0.41	0	1
	Quintil 1 y 2 del gasto real promedio per cápita mensual	131,026	0.39	0.49	0	1
	NBI 1 Vivienda inadecuada	131,010	0.08	0.28	0	1
	NBI 2 Vivienda con hacinamiento	131,010	0.09	0.28	0	1
	NBI 3 Hogares con vivienda sin servicios higiénicos	131,026	0.11	0.31	0	1
	NBI 4 Hogares con niños que no asisten a la escuela	131,026	0.01	0.09	0	1
	NBI 5 Hogares con alta dependencia económica	131,026	0.01	0.11	0	1
	Pobreza (Pobreza estructural, NBI)	131,026	0.23	0.42	0	1
	Pobreza extremo (Pobreza estructural, NBI)	107,852	0.07	0.25	0	1
	Pobre (Hogares con gasto promedio debajo de la línea de pobreza)	131,026	0.77	0.42	0	1
	Extremo pobre (debajo la línea de canasta básica alimentaria)	131,026	0.18	0.38	0	1

Todas las sub-variables son dicotómicas, de manera general con valores 0 para ausencia de efecto.

3.2. Características de la población de estudio.

Relación entre la dimensión individual y el acceso a la atención institucional de salud.

Al analizar la relación entre la variable Género y el acceso a la atención institucional de salud (figura 9), entre las sub-variables que resultaron significativas, se observa:

- La proporción del indicador masculino (n=40.984) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (26.3% vs 73.7%), con una diferencia puntual de esta proporción de -47.4%. Existe asociación entre la sub-variable sexo de la variable género con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 3427301 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador jefe de hogar masculino (n=22.736) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es cerca de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (23.9% vs 76.1%), con una diferencia puntual de esta proporción de -52.2%. Existe asociación entre la sub-variable sexo del jefe de hogar (mayor de 12 años) de la variable género con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 2387712 (p asociado 0,000).

- La proporción del indicador niños (< 11 años) (n=15.554) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo menos que la mitad que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (44.4% vs 55.6%), con una diferencia puntual de esta proporción de -11.2%. Existe asociación entre la sub-variable niños (< de 11 años) de la variable género con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 19570806 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador adolescentes (12 a 17 años) (n=8.369) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo menos de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (24.4% vs 75.6%), con una diferencia puntual de esta proporción de -51.2%. Existe asociación entre la sub-variable adolescentes (12 a 17 años) de la variable género con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 1067569 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador Joven (18 a 29 años) (n=13.516) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la quinta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (21% vs 79%), con una diferencia puntual de esta proporción de -58%. Existe asociación entre la sub-variable Joven (18 a 29 años) de la variable Género con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 5682805 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador adulto (30 a 59 años) (n=34.436) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (25.7% vs 74.3%), con una diferencia puntual de esta proporción de -48.6%. Existe asociación entre la

sub-variable Adulto (30 a 59 años) de la variable género con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 3738733 (p asociado 0,000).

- La proporción del indicador adulto mayor (60 a mas) (n=16.702) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la tercera parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (33.1% vs 66.9%), con una diferencia puntual de esta proporción de - 33.8%. Existe asociación entre la sub-variable adulto mayor (60 a mas) de la variable género con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 1417664 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador mujer jefe de hogar adolescente (n=316) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la quinta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (21.6% vs 78.4%), con una diferencia puntual de esta proporción de - 56.8%. Existe asociación entre la sub-variable mujer jefe de hogar adolescente de la variable Género con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 124809 (p asociado 0,002).
- La proporción del indicador mujer jefe de hogar adulto (n=6.046) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo menos de la quinta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (29.3% vs 70.7%), con una diferencia puntual de esta proporción de - 41.4%. Existe asociación entre la sub-variable mujer jefe de hogar adulto de la variable Género con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 254162 (p asociado 0,000).

- La proporción del indicador mujer jefe de hogar adulto mayor (n=4.705) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la tercera parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (35.7% vs 64.3%), con una diferencia puntual de esta proporción de -28.6%. Existe asociación entre la sub-variable mujer jefe de hogar adulto mayor de la variable Género con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 613038 (p asociado 0,000).

Al analizar la relación entre la variable Discapacidad y el acceso a la atención institucional de salud (figura 9), entre las sub-variables que resultaron significativas, se observa:

- La proporción del indicador al menos 1 discapacidad (n=5.042) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la tercera parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (31% vs 69%), con una diferencia puntual de esta proporción de -38%. Existe asociación entre la sub-variable al menos 1 discapacidad de la variable discapacidad con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 72611 (p asociado 0,046).
- La proporción del indicador discapacidad para moverse o caminar (n=2.383) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la tercera parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (33.7% vs 66.3%), con una diferencia puntual de esta proporción de -32.6%. Existe asociación entre la sub-variable Discapacidad para moverse o caminar de la variable Discapacidad con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 218738 (p asociado 0,001).

Al analizar la relación entre la variable Educación y el acceso a la atención institucional de salud (figura 9), entre las sub-variables que resultaron significativas, se observa:

- La proporción del indicador primaria completa (n=1.929) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (26.6% vs 73.4%), con una diferencia puntual de esta proporción de -46.8%. Existe asociación entre la sub-variable máximo nivel educativo alcanzado primaria completa de la variable educación con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 117393 (p asociado 0,010).
- La proporción del indicador secundaria completa (n=3.674) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la quinta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (21.4% vs 78.6%), con una diferencia puntual de esta proporción de -57.2%. Existe asociación entre la sub-variable máximo nivel educativo alcanzado secundaria completa de la variable educación con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 164462 (p asociado 0,003).
- La proporción del indicador jefe de hogar con secundaria completa (n=1.098) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo menos de la quinta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (18% vs 82%), con una diferencia puntual de esta proporción de -64%. Existe asociación entre la sub-variable jefe de hogar con secundaria

completa de la variable educación con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 258386 (p asociado 0,000).

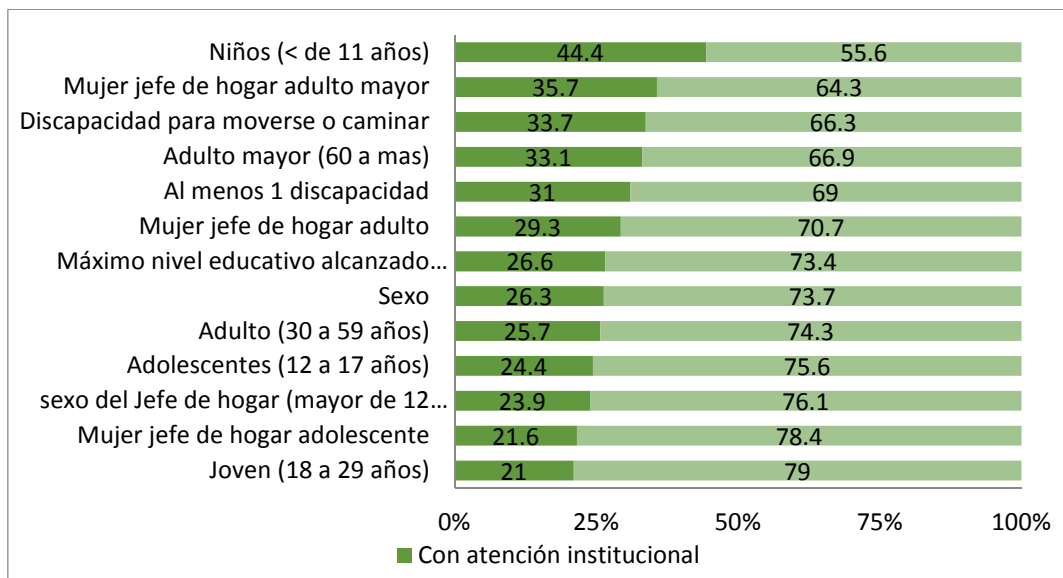


Figura 9. Relación proporcional entre la dimensión individual y el acceso a la atención de salud.

Relación entre la dimensión hogar y el acceso a la atención institucional de salud.

Al analizar la relación entre la variable vivienda y el acceso a la atención institucional de salud (figura 10), entre las sub-variables que resultaron significativas, se observa:

- La proporción del indicador Paredes de material no firme (n=44.394) en el grupo "con acceso a atención institucional de salud" es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud"

(29.4% vs 70.6%), con una diferencia puntual de esta proporción de -41.2%. Existe asociación entre la sub-variable Paredes de material no firme de la variable vivienda con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 0,9431 (p asociado 0,469).

Al analizar la relación entre la variable distribución de ingresos y renta con el acceso a la atención institucional de salud, entre las sub-variables que resultaron significativas, se observa:

- La proporción del indicador hogar con GRPCM por debajo del promedio nacional (n=56.981) en el grupo "con acceso a atención institucional de salud" es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (28.2% vs 71.8%), con una diferencia puntual de esta proporción de -43.6%. Existe asociación entre la sub-variable gasto real per cápita mensual (GRPCM) de la variable distribución de ingresos y renta con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 933413 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador hogar con GRPCM en alimentos por debajo del promedio nacional (n=51.144) en el grupo "con acceso a atención institucional de salud" es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (29% vs 71%), con una diferencia puntual de esta proporción de -42%. Existe asociación entre la sub-variable gasto real per cápita mensual (GRPCM) en alimentos de la variable distribución de ingresos y renta con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 80733 (p asociado 0,040).

- La proporción del indicador hogar con GRPCM en alimentos dentro del hogar por debajo del promedio nacional (n=48.566) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (28.5% vs 71.5%), con una diferencia puntual de esta proporción de -43%. Existe asociación entre la sub-variable gasto real per cápita mensual (GRPCM) en alimentos dentro del hogar de la variable distribución de ingresos y renta con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 352548 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador hogar con GRPCM en alimentos fuera del hogar por debajo del promedio nacional (n=58.200) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (29.9% vs 70.1%), con una diferencia puntual de esta proporción de -40.2%. Existe asociación entre la sub-variable gasto real per cápita mensual (GRPCM) en alimentos fuera del hogar de la variable distribución de ingresos y renta con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 192207 (p asociado 0,002).
- La proporción del indicador hogar con GRPCM en vestido y calzado por debajo del promedio nacional (n=55.829) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (29% vs 71%), con una diferencia puntual de esta proporción de -42%. Existe asociación entre la sub-variable gasto real per cápita mensual (GRPCM) en vestido y calzado de la variable Distribución de ingresos y renta con la variable acceso a

- atención formal de salud, con un chi cuadrado de 88315 (p asociado 0,029).
- La proporción del indicador hogar con GRPCM en alquiler de vivienda y combustible por debajo del promedio nacional (n=64.592) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (29% vs 71%), con una diferencia puntual de esta proporción de -42%. Existe asociación entre la sub-variable gasto real per cápita mensual (GRPCM) en alquiler de vivienda y combustible de la variable distribución de ingresos y renta con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 86102 (p asociado 0,042).
 - La proporción del indicador hogar con GRPCM en muebles y enseres por debajo del promedio nacional (n=63.437) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (29.1% vs 70.9%), con una diferencia puntual de esta proporción de -41.8%. Existe asociación entre la sub-variable gasto real per cápita mensual (GRPCM) en muebles y enseres de la variable distribución de ingresos y renta con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 86115 (p asociado 0,030).
 - La proporción del indicador hogar con GRPCM en cuidados de la salud por debajo del promedio nacional (n=61.771) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (23.7% vs 76.3%), con una diferencia puntual de esta proporción de -52.6%. Existe asociación entre la

sub-variable gasto real per cápita mensual (GRPCM) en cuidados de la salud de la variable distribución de ingresos y renta con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 28225934 (p asociado 0,000).

- La proporción del indicador hogar con IRPCM por debajo del promedio nacional (n=60.691) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (28.8% vs 71.2%), con una diferencia puntual de esta proporción de -42.4%. Existe asociación entre la sub-variable ingreso real per cápita mensual (IRPCM) de la variable distribución de ingresos y renta con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 252584 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador hogar con GRPCM en salud por debajo del promedio nacional (n=61.771) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (23.7% vs 76.3%), con una diferencia puntual de esta proporción de -52.6%. Existe asociación entre la sub-variable gasto real per cápita mensual (GRPCM) en salud de la variable distribución de ingresos y renta con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 28225934 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador hogar con GRPCM de bolsillo en salud por debajo del promedio nacional (n=63.918) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (26.3% vs 73.7%), con una diferencia puntual de esta proporción de -47.4%. Existe asociación entre la

sub-variable gasto real per cápita mensual (GRPCM) de bolsillo en salud de la variable distribución de ingresos y renta con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 9341404 (p asociado 0,000).

Al analizar la relación entre la variable distribución de empleo y condiciones de trabajo con el acceso a la atención institucional de salud (figura 10), entre las sub-variables que resultaron significativas, se observa:

- La proporción del indicador población económicamente activa desocupada (n=48.668) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (25.1% vs 74.9%), con una diferencia puntual de esta proporción de -49.8%. Existe asociación entre la sub-variable población económicamente activa ocupada de la variable empleo y condiciones de trabajo con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 209230 (p asociado 0,003).
- La proporción del indicador empleo informal (n=10.798) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (27.9% vs 72.1%), con una diferencia puntual de esta proporción de -44.2%. Existe asociación entre la sub-variable empleo informal de la variable empleo y condiciones de trabajo con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 722090 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador ocupación empleado público (n=3.932) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la

cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (30.3% vs 69.7%), con una diferencia puntual de esta proporción de -39.4%. Existe asociación entre la sub-variable ocupación empleado público de la variable empleo y condiciones de trabajo con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 561864 (p asociado 0,000).

- La proporción del indicador ocupación obrero privado (n=7.839) en el grupo "con acceso a atención institucional de salud" es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (22% vs 78%), con una diferencia puntual de esta proporción de -56%. Existe asociación entre la sub-variable ocupación obrero privado de la variable empleo y condiciones de trabajo con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 515149 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador ocupación trabajador familiar no remunerado (n=6.448) en el grupo "con acceso a atención institucional de salud" es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (27.5% vs 72.5%), con una diferencia puntual de esta proporción de -45%. Existe asociación entre la sub-variable ocupación trabajador familiar no remunerado de la variable empleo y condiciones de trabajo con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 182435 (p asociado 0,000).

Al analizar la relación entre la variable distribución de estado y servicios de salud con el acceso a la atención institucional de salud (figura 10), entre las sub-variables que resultaron significativas, se observa:

- La proporción del indicador Cuenta con al menos 1 seguro de salud (n=69.434) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (33.3% vs 66.7%), con una diferencia puntual de esta proporción de -33.4%. Existe asociación entre la sub-variable Cuenta con al menos 1 seguro de salud de la variable Servicios de salud con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 22447119 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador Afiliado solo al SIS (n=45.381) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (33% vs 67%), con una diferencia puntual de esta proporción de -34%. Existe asociación entre la subvariable Afiliado solo al SIS de la variable Servicios de salud con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 5113895 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador Enfermedad crónica (n=46.414) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (27.8% vs 72.2%), con una diferencia puntual de esta proporción de -44.4%. Existe asociación entre la subvariable Problema de salud crónico de la variable Servicios de salud con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 1218536 (p asociado 0,000).

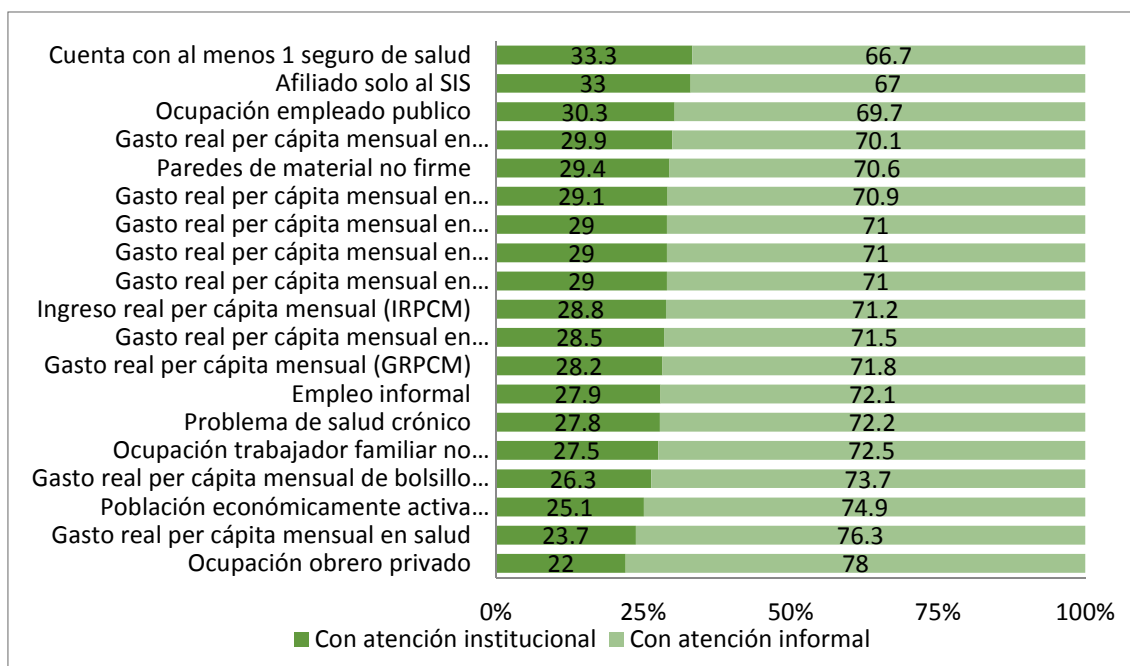


Figura 10. Relación proporcional entre la dimensión hogar y el acceso a la atención de salud.

Relación entre la dimensión hogar y el acceso a la atención institucional de salud.

Al analizar la relación entre la variable distribución de ámbito geográfico de la vivienda con el acceso a la atención institucional de salud (figura 11), entre las sub-variables que resultaron significativas, se observa:

- La proporción del indicador Área rural (n=30.670) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (32.1% vs 67.9%), con una diferencia puntual de esta proporción de -35.8%. Existe asociación entre la sub-variable área rural de la variable geográfica con la variable acceso a

atención formal de salud, con un chi cuadrado de 961833 (p asociado 0,000).

- La proporción del indicador Costa norte urbana (n=9.949) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (26.9% vs 73.1%), con una diferencia puntual de esta proporción de -46.2%. Existe asociación entre la subvariable Costa norte urbana de la variable geográfica con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 392066 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador Costa norte rural (n=1.253) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (34.5% vs 65.5%), con una diferencia puntual de esta proporción de -31%. Existe asociación entre la subvariable Costa norte rural de la variable geográfica con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 72971 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador Costa sur urbana (n=6.263) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (26% vs 74%), con una diferencia puntual de esta proporción de -48%. Existe asociación entre la subvariable Costa sur urbana de la variable geográfica con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 87690 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador Sierra norte urbana (n=2.621) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte

que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (26.6% vs 73.4%), con una diferencia puntual de esta proporción de -46.8%. Existe asociación entre la subvariable Sierra norte urbana de la variable geográfica con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 58598 (p asociado 0,008).

- La proporción del indicador Sierra norte rural (n=3.668) en el grupo "con acceso a atención institucional de salud" es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (31% vs 69%), con una diferencia puntual de esta proporción de -38%. Existe asociación entre la subvariable Sierra norte rural de la variable geográfica con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 50939 (p asociado 0,033).
- La proporción del indicador Sierra centro rural (n=8.577) en el grupo "con acceso a atención institucional de salud" es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (36.3% vs 63.7%), con una diferencia puntual de esta proporción de -27.4%. Existe asociación entre la subvariable Sierra centro rural de la variable geográfica con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 1378226 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador Sierra sur urbana (n=5.247) en el grupo "con acceso a atención institucional de salud" es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (24.5% vs 75.5%), con una diferencia puntual de esta proporción de -51%. Existe asociación entre la subvariable Sierra sur urbana de la variable Geográfica

con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 1034216 (p asociado 0,000).

- La proporción del indicador Sierra sur rural (n=6.051) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (27.6% vs 72.4%), con una diferencia puntual de esta proporción de -44.8%. Existe asociación entre la subvariable Sierra sur rural de la variable geográfica con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 74735 (p asociado 0,005).
- La proporción del indicador Selva alta urbana (n=4.033) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (26.3% vs 73.7%), con una diferencia puntual de esta proporción de -47.4%. Existe asociación entre la subvariable Selva alta urbana de la variable geográfica con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 172157 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador Selva alta rural (n=5.372) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (33.4% vs 66.6%), con una diferencia puntual de esta proporción de -33.2%. Existe asociación entre la subvariable Selva alta rural de la variable geográfica con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 242647 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador Selva baja urbana (n=5.622) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte

que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (25.8% vs 74.2%), con una diferencia puntual de esta proporción de -48.4%. Existe asociación entre la subvariable Selva baja urbana de la variable geográfica con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 214364 (p asociado 0,000).

- La proporción del indicador Selva baja rural (n=2.811) en el grupo "con acceso a atención institucional de salud" es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (34.3% vs 65.7%), con una diferencia puntual de esta proporción de -31.4%. Existe asociación entre la subvariable Selva baja rural de la variable geográfica con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 128857 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador Lima Metropolitana (n=9.971) en el grupo "con acceso a atención institucional de salud" es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (31.2% vs 68.8%), con una diferencia puntual de esta proporción de -37.6%. Existe asociación entre la subvariable Lima Metropolitana de la variable geográfica con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 661253 (p asociado 0,000).

Al analizar la relación entre la variable distribución de ámbito geográfico de la vivienda con el acceso a la atención institucional de salud (figura 11), entre las sub-variables que resultaron significativas, se observa:

- La proporción del indicador quintil 1 GRPPM (n=13.778) en el grupo "con acceso a atención institucional de salud" es algo más de la cuarta parte

que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (28.3% vs 71.7%), con una diferencia puntual de esta proporción de -43.4%. Existe asociación entre la sub-variable quintil 1 del gasto real promedio per cápita mensual (GRPPM) de la variable exclusión social o pobreza con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 66239 (p asociado 0,020).

- La proporción del indicador quintil 2 GRPPM (n=18.229) en el grupo "con acceso a atención institucional de salud" es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (27.3% vs 72.7%), con una diferencia puntual de esta proporción de -45.4%. Existe asociación entre la sub-variable quintil 2 del gasto real promedio per cápita mensual de la variable exclusión social o pobreza con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 407732 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador quintil 1 y 2 GRPPM (n=32.007) en el grupo "con acceso a atención institucional de salud" es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (27.7% vs 72.3%), con una diferencia puntual de esta proporción de -44.6%. Existe asociación entre la sub-variable quintil 1 y 2 del gasto real promedio per cápita mensual de la variable exclusión social o pobreza con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 523910 (p asociado 0,000).
- La proporción del indicador vivienda inadecuada (n=7.043) en el grupo "con acceso a atención institucional de salud" es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (27.6% vs

- 72.4%), con una diferencia puntual de esta proporción de -44.8%. Existe asociación entre la subvariable Vivienda inadecuada (necesidad básica insatisfecha NBI 1) de la variable exclusión social o pobreza con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 86552 (p asociado 0,013).
- La proporción del indicador hogares con niños que no asisten a la escuela (n=680) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (22.5% vs 77.5%), con una diferencia puntual de esta proporción de -55%. Existe asociación entre la sub-variable NBI 4 hogares con niños que no asisten a la escuela (necesidad básica insatisfecha NBI 4) de la variable exclusión social o pobreza con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 147199 (p asociado 0,003).
 - La proporción del indicador Con 1 NBI (n=19.506) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (28.7% vs 71.3%), con una diferencia puntual de esta proporción de -42.6%. Existe asociación entre la sub-variable pobreza (pobreza estructural. NBI) de la variable exclusión social o pobreza con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 33870 (p asociado 0,000).
 - La proporción del indicador pobre (pobreza monetaria) (n=70.788) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (30% vs 70%), con una diferencia puntual de esta proporción de -40%. Existe asociación entre la sub-variable pobre (hogares con gasto promedio

debajo de la línea de pobreza) de la variable exclusión social o pobreza con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 708629 (p asociado 0,000).

- La proporción del indicador extremo pobre (pobreza monetaria) (n=14.326) en el grupo “con acceso a atención institucional de salud” es algo más de la cuarta parte que en el grupo "sin acceso o atención informal de salud" (26.7% vs 73.3%), con una diferencia puntual de esta proporción de -46.6%. Existe asociación entre la sub-variable extremo pobre (hogares con gasto promedio debajo la línea de canasta básica alimentaria) de la variable exclusión social o Pobreza con la variable acceso a atención formal de salud, con un chi cuadrado de 534356 (p asociado 0,000).

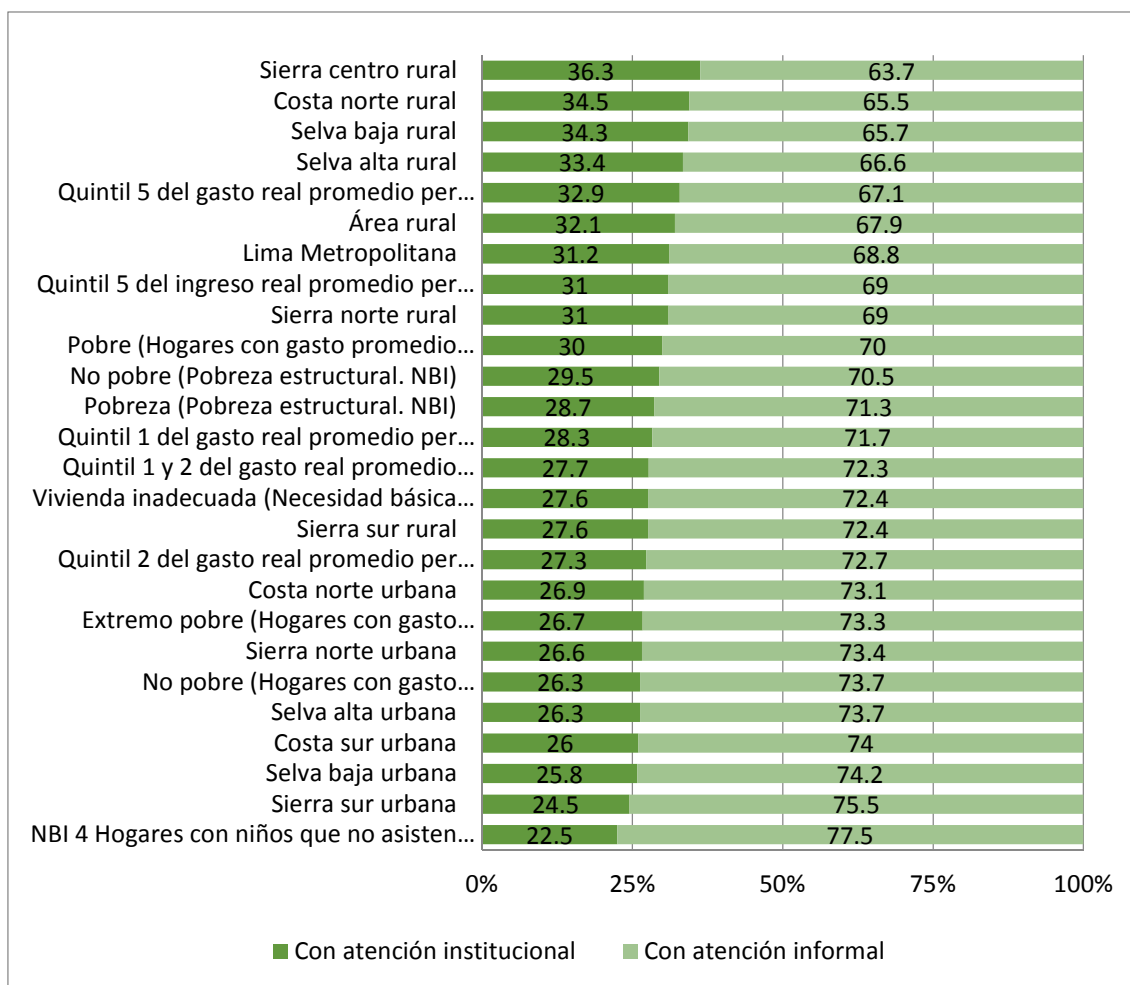


Figura 11. Relación proporcional entre la dimensión ámbito geográfico de la vivienda y el acceso a la atención de salud.

3.3. Relación entre los determinantes sociales y el acceso a la atención institucional de salud, según la regresión multinivel binaria para muestras complejas.

Del análisis binario se seleccionaron solo aquellas relaciones que tuvieran odd-ratio (OR) mayor que 1 y significativos ($p < 0.05$) (tabla 13). Como regla general todos los indicadores están por debajo de 2, es decir ninguno tienen una relación

de riesgo yaro al 100% (entre 29% y 62% de riesgo adicional) de no acceder a atención institucional de salud. Asimismo todas las variables analizadas tuvieron indicadores de riesgo (OR>1). Entre las características que destacan del listado tenemos, que la población adulto mayor (de 60 años a más) con un OR 1.62, ser mujer jefe de hogar y adulto mayor (de 60 a más años) con un OR 1.41, tener un hogar en la Sierra centro rural con un OR 1.51, tener discapacidad para moverse o caminar con un 1.49

Tabla 13.

Relación de riesgo según odds ratio (OR), a partir de una regresión logística multinivel binaria entre las variables de estudio y el riesgo de no acceder a atención institucional de salud. ENAHO 2016.

Variable	Indicadores	OR	Desviación estándar	Constante	Desviación estándar
Género	Adulto mayor (60 a mas)	1.623***	(0.0498)	0.274***	(0.00581)
	Mujer jefe de hogar adulto mayor	1.408***	(0.0840)	0.361***	(0.0202)
	Migración (departamento de nacimiento es diferente al departamento de residencia)	1.245***	(0.0409)	0.290***	(0.00596)
Discapacidad	Al menos 1 discapacidad	1.294***	(0.0655)	0.304***	(0.00590)
	Discapacidad para moverse o caminar	1.486***	(0.106)	0.305***	(0.00586)
	Discapacidad visual	1.227**	(0.118)	0.308***	(0.00589)
	Discapacidad auditiva	1.230**	(0.114)	0.309***	(0.00587)
Educación	Máximo nivel educativo alcanzado Primaria Completa (Primaria completa o Secundaria incompleta)	1.281***	(0.117)	0.260***	(0.0211)
Distribución de ingresos y renta	Gasto real per cápita mensual (GRPCM) en esparcimiento diversión y cultura	1.092**	(0.0377)	0.290***	(0.00968)
Empleo y condiciones de trabajo	Población económicamente activa ocupada	1.354***	(0.130)	0.210***	(0.0204)
	Empleo informal	1.241***	(0.0487)	0.268***	(0.00696)
	Ocupación trabajador familiar no remunerado	1.182***	(0.0531)	0.279***	(0.00694)
Servicios de salud	Problema de salud crónico	1.173***	-0.0343	0.280***	-0.00758
Geográfica	área rural	1.218***	(0.0381)	0.296***	(0.00651)
	Costa norte rural	1.270**	(0.118)	0.309***	(0.00587)
	Sierra centro rural	1.508***	(0.0700)	0.302***	(0.00594)
	Selva alta rural	1.211***	(0.0787)	0.308***	(0.00592)
	Lima Metropolitana	1.168***	(0.0454)	0.295***	(0.00556)
Exclusión social o Pobreza	Pobre (Hogares con gasto promedio debajo de la línea de pobreza)	1.289***	(0.0501)	0.251***	(0.00934)

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

3.4. Validación de modelo multinivel mutile usando datos muestrales.

- a) Fase 1. Detección de diferencias en los dos niveles: nivel 1 (individual), nivel 2 (hogar).

Paso 0. Modelo nulo de 2 niveles. Este modelo sólo incluye la constante, se registra la variable dependiente en el nivel 1 y se modela los coeficientes de nivel 1 como aleatorios en el nivel 2 de la jerarquía. El nivel 2 fue estadísticamente significativo, lo que indica que existen diferencias en el promedio de la variable dependiente entre los hogares ($\sigma^2_{u0} = 0.92 [0.03]$). El CCI tuvo un valor de 88,58, lo que indica que el 88.6% de la varianza total o promedio de acceso a la atención institucional de salud se atribuye a las diferencias entre los hogares, mostrando que es apropiado realizar el análisis multinivel. Este modelo representa el modelo nulo de partida en el modelado multinivel.

- b) Fase 2. Introducción de predictores de nivel 1 (Individual) en el modelo de dos niveles.

Paso 1. Modelo intercepto aleatorio con el predictores de la dimensión individual como efecto fijo. Las variables población autóctona (sub-variables población que tienen como lengua materna alguna lengua amazónica y población que hablan Quechua y Aymara) y discapacidad (sub-variable población con alguna discapacidad) resultaron ser predictores estadísticamente significativo ($p < .005$), por lo que se incluyó en el modelo analítico (modelo 2).

El valor del intercepto fue de -1.10, lo que indica la media del acceso de atención institucional de salud para los individuos que tenían un valor medio en satisfacción vital. La reducción de -2LL entre este modelo respecto al modelo nulo es de 6,231.97 puntos, siendo estadísticamente significativa ($p < .001$). La inclusión de este predictor de nivel 1 en el modelo redujo la varianza no explicada en este nivel un 92.1%. En la Tabla 2 se muestran los resultados de la comparación entre los modelos multinivel del paso 0 y el paso 1.

La comprobación de la significación de los demás sub-variables de la dimensión individual, como predictores en un modelo de efectos aleatorios, así como la interacción entre ellos, no resultaron significativos en ningún caso, por lo que se ha omitido en la descripción de resultados (tabla 14).

Tabla 14.

Comparación de cada modelo de análisis en el paso 1 y 2 respecto al modelo en el paso 0 (modelo nulo)

Relaciones de análisis	-2LL	Cambio -2LL	P< 0.005	CCI	Varianza
Modelo 1: Modelo nulo	106674.40	-	-	88,58	92.1
Moldeo 2: Dimensión individual	100442.43	6231.97	0.000	84,92	76.95
Modelo 3: Dimensión hogar	54709.56	51964.84	0.0000	48,26	89.39
Modelo 4: Dimensión ámbito geoeconómico del hogar.	106408.67	265.73	0.0000	88,58	89.39
Modelo 5: Modelo integrado	54857.931	51816.47	0.0000	48,67	73.73

c) Fase 3. Introducción de predictores del nivel 2 (hogar) en el modelo de dos niveles

Paso 2. Modelo intercepto aleatorio con el predictores de la dimensión hogar como efecto fijo. Las variables empleo y condiciones de trabajo (población que tienen como ocupación ser trabajador del hogar y ocupación ser trabajador del hogar), estado y servicios de salud (población que padecen de alguna enfermedad crónica) y vivienda (hogares con viviendas con piso de material no firme) resultaron ser predictores estadísticamente significativo ($p < .005$), por lo que se incluyó en el modelo analítico (modelo 3).

El valor del intercepto fue de -1.47, lo que indica la media del acceso de atención institucional de salud para los individuos que tenían un valor medio en satisfacción vital. La reducción de -2LL entre este modelo 3 respecto al modelo nulo es de 51,964.84 puntos, siendo estadísticamente significativa ($p < .001$). La inclusión de estos predictores de nivel 2 en el modelo redujo la varianza no explicada en este nivel un 76.95%. En la Tabla 2 se muestran los resultados de la comparación entre los modelos multinivel del paso 0 y el paso 2.

Paso 2. Modelo intercepto aleatorio con el predictores de la dimensión 3 ámbitos geoeconómico del hogar como efecto fijo. Las variables ámbito geográfico de la vivienda (viviendas localizadas en la Costa norte rural, en la Sierra norte rural, en la Sierra centro rural y en la Selva alta rural) y

exclusión social o pobreza (hogares pobres según modelo de pobreza monetaria y hogares que pertenecen al quintil 1 del gasto real promedio per cápita mensual) resultaron ser predictores estadísticamente significativo ($p < .005$), por lo que se incluyó en el modelo analítico (modelo 3).

El valor del intercepto fue de -1.29, lo que indica la media del acceso de atención institucional de salud para los individuos que tenían un valor medio en satisfacción vital. La reducción de -2LL entre este modelo 4 respecto al modelo nulo es de 265.73 puntos, siendo estadísticamente significativa ($p < .001$). La inclusión de estos predictores de nivel 2 en el modelo redujo la varianza no explicada en este nivel un 89.39%. En la Tabla 2 se muestran los resultados de la comparación entre los modelos multinivel del paso 0 y el paso 1. 2 y 3.

Paso 3. Modelo de intercepto aleatorio con los predictores de la dimensión individual como efectos fijos y el predictores de nivel 2 dimensión hogar y dimensión ámbitos geoeconómico del hogar. Para este modelo se incluyeron solo la sub-variables de las dimensiones individual, hogar y ámbitos geoeconómico del hogar que resultaron ser predictores significativos ($p < .005$), para evaluar si en conjunto tienen efecto en el acceso a la atención institucional de salud. La reducción de -2LL entre este modelo respecto al modelo nulo fue de 51816.47 puntos, y resultó estadísticamente significativa ($p < .05$).

Tabla 15.

Comparación de modelos en el paso 3 respecto al modelo en el paso 2.

Relaciones de análisis	-2LL	Significación (p)
modelo2 modelo3	45732.87	0.0000
modelo2 modelo4	-5966.24	1.0000
modelo2 modelo5	45584.50	0.0000
modelo3 modelo4	-51699.11	1.0000
modelo3 modelo5	-148.37	1.0000
modelo4 modelo5	51550.74	0.0000

El valor del intercepto fue de -1.906832, lo que indica la media del acceso de atención institucional de salud para los individuos que tenían un valor medio en satisfacción vital.

La reducción de -2LL entre este modelo 5 respecto al modelo nulo es de 51,964.84 puntos, la reducción con respecto al modelo 2 es de 45584.50, con relación al modelo 4 es de 51550.74, todos estadísticamente significativa ($p < .005$). La reducción con respecto al modelo 3 no es significativa como se muestra en la Tabla 2.), Los resultados indican que se debe rechazar la hipótesis de que los dimensiones 1, 2, 3 y modelo integrado tengan efecto en el acceso a atención institucional de salud.

Al analizar os los ICC entre modelos, en el modelo nulo el CCI valía 88.55. Al añadir las variables de la dimensión 1, el valor del CCI bajo a 84.92; esto quiere decir esto es decir que una mínima parte de las diferencias observadas entre os hogares son explicadas por las diferencias entre las variables del nivel individual. Cuando se agregó las

variables de la dimensión 2, el valor del CCI bajo a 48,26; esto quiere decir esto es decir que una gran parte de las diferencias observadas entre os hogares son explicadas por las diferencias entre las variables del nivel hogar. Al añadir las variables de la dimensión 3, el valor del CCI bajo a 88,58; esto quiere decir esto es decir que una mínima parte de las diferencias observadas entre os hogares son explicadas por las diferencias entre las variables del nivel entorno geoeconómico del hogar. Al agregar las variables del modelo integrado, el valor del CCI bajo a 48,67; esto quiere decir esto es decir que una mínima parte de las diferencias observadas entre os hogares son explicadas por las diferencias entre las variables del nivel entorno geoeconómico del hogar.

Por lo descrito los modelos 1 y el modelo 3 integrado son descartados como modelos explicativos definitivos, pues la variabilidad que explica aquellos modelos en relación al modelo nulo es prácticamente nula o muy limitada. En tal sentido el modelo 2 y el modelo integrado son los que mayor valor explicativo tienen, más del 40 % de las diferencias son explicadas por estos modelo; aunque entre ellos exista mínima diferencia, el investigador ha decidido escoger el modelo integrado como modelo final, debido a que el efecto de los determinantes es multicausal, y tienen más plausibilidad biológica que la interrelación de determinantes en diferentes niveles este más próximo a la realidad (tabla 15).

3.5. Modelo de regresión logística multinivel múltiple para muestras complejas.

a) Modelo 1: de intercepto aleatorio con el predictor dimensión individual como efecto fijo.

En la tabla 16 se muestra el modelo estadístico original, vemos los odds ratios (OR), sus errores estándar, la estadística z, los valores p asociados y el intervalo de confianza del 95% de los odds ratios. En la Figura 12, se muestra los coeficientes y los odds ratios de riesgo de cada determinante significativo, así como la amplitud según sus intervalos de confianza.

A partir de los determinantes seleccionados, todos significativos y un OR mayor que 1, se infiere:

- Con respecto a la Lenguas amazónicas, la población que tienen como lengua materna alguna lengua amazónica, tienen en promedio 1.43 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población que hablan otras lenguas (subvariable `xleng_mat2`, OR= 1.43; p = 0.005, IC95% 1.16 - 1.83).
- Con respecto a la Discapacidad, la población con al menos 1 discapacidad tienen 1.26 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población que no tienen alguna discapacidad (subvariable `discapacidad`, OR= 1.26; p = 0.000, IC95% 1.14 - 1.39).

- Con respecto a las lenguas andinas: Quechua y Aymara, la población que tienen como lengua materna Quechua y Aymara, tienen 1.24 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población con otras lenguas que se registran en el Perú (subvariable `xleng_mat1`, OR= 1.24; $p = 0.000$, IC95% 1.16 - 1.33).
- Con respecto a la migración como determinante de riesgo, la población migrante, es decir que nacieron en un lugar diferente al lugar de residencia, a nivel regional, tienen 1.24 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población que nacieron y residen en la misma región (subvariable `migrac`, OR= 1.24; $p = 0.000$, IC95% 1.16 - 1.32).

Tabla 16.

Modelo de regresión logística multinivel múltiple para muestras complejas para identificar determinantes sociales de riesgo en el acceso a atención institucional de salud: dimensión 1 individual.

Survey: Mixed-effects logistic regression

Number of strata	=	8	Number of obs	=	68,771
Number of PSUs	=	5,603	Population size	=	16,845,424
			Design df	=	5,595
			F(4, 5592)	=	27.19
			Prob > F	=	0.0000

	Odds Ratio	Linearized Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
<code>xatc_instit1</code>						
<code>xleng_mat2</code>	1.429468	.1806513	2.83	0.005	1.115781	1.831342
<code>discapacidad</code>	1.257533	.0641291	4.49	0.000	1.137895	1.38975
<code>xleng_mat1</code>	1.239541	.0432173	6.16	0.000	1.157648	1.327226
<code>migrac</code>	1.236562	.0409135	6.42	0.000	1.158901	1.319427
<code>_cons</code>	.2723817	.0062281	-56.88	0.000	.2604418	.284869
<code>nivel_hogar</code>						
<code>var(_cons)</code>	.7386909	.0530999			.6415965	.8504789

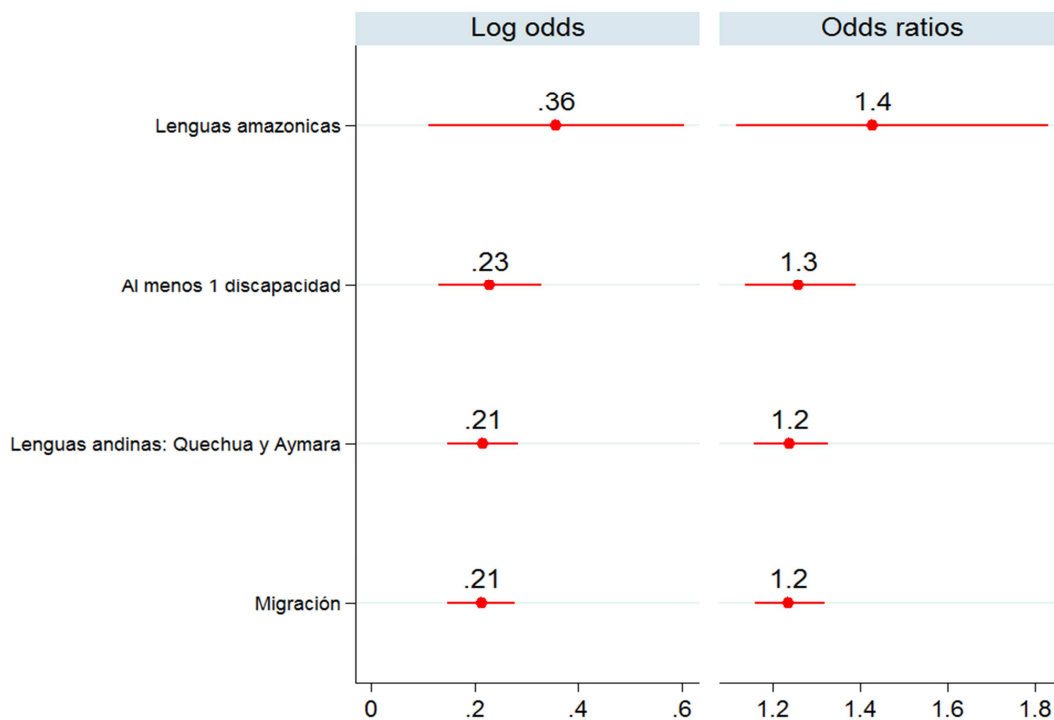


Figura 12. Determinantes riesgo de la dimensión 1 individual, que afectan el acceso a la atención institucional de salud.

- b) Modelo 2: de intercepto aleatorio con el predictor dimensión hogar como efecto fijo.

En la tabla 17 se muestra el modelo estadístico original, vemos los odds ratios (OR), sus errores estándar, la estadística z, los valores p asociados y el intervalo de confianza del 95% de los odds ratios. En la Figura 13, se muestra los coeficientes y los odds ratios de riesgo de cada determinante significativo, así como la amplitud según sus intervalos de confianza.

A partir de los determinantes seleccionados, todos significativos y un OR mayor que 1, se infiere:

- Con respecto a la variable empleo y condiciones de trabajo según sus categorías, la población que tienen como ocupación ser trabajador del hogar, tienen 1.35 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella que tienen otras categorías ocupacionales (Subvariable ocup_8, OR= 1.35; $p = 0.014$, IC95% 1.06 - 1.71).
- Con respecto a la variable empleo y condiciones de trabajo, la población que tiene empleo informal, tiene 1.33 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquellos que tienen empleo formal (Subvariable ocup_8, OR= 1.33; $p = 0.000$, IC95% 1.23 - 1.45).
- Con respecto a la variable empleo y condiciones de trabajo según sus categorías, la grupo poblacional que tienen empleo informal, tienen 1.27 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella que tienen empleo formal (Subvariable ocup_7, OR= 1.27; $p = 0.000$, IC95% 1.16 - 1.39).
- Con respecto a la variable características de los pisos de la vivienda, los hogares con viviendas con piso de material no firme, tienen 1.14 veces más probabilidad que aquellos hogares que residen en viviendas con material no firme (Subvariable acce4, OR= 1.14; $p = 0.001$, IC95% 1.05 - 1.22).
- Con respecto a aquella población que padecen de alguna enfermedad crónica, tienen 1.13 veces más probabilidad de no acceder a una atención

institucional de salud que aquella población que padecen de algún evento de salud agudo (subvariable crónico, OR= 1.13; p = 0.000, IC95% 1.06 - 1.21).

Tabla 17.

Modelo de regresión logística multinivel múltiple para muestras complejas para identificar determinantes sociales de riesgo en el acceso a acceso a atención institucional de salud: dimensión 2 hogar.

Survey: Mixed-effects logistic regression

Number of strata	=	8	Number of obs	=	48,256
Number of PSUs	=	5,591	Population size	=	11,467,376
			Design df	=	5,583
			F(5, 5579)	=	16.25
			Prob > F	=	0.0000

xatc_instit1	Linearized		t	P> t	[95% Conf. Interval]	
	Odds Ratio	Std. Err.				
ocup_8	1.351082	.1654083	2.46	0.014	1.062795	1.717568
emp_informal	1.333927	.0574548	6.69	0.000	1.225918	1.451453
ocup_7	1.26711	.0578701	5.18	0.000	1.158592	1.385791
acce4	1.136512	.0431519	3.37	0.001	1.054989	1.224334
cronico	1.132536	.0398318	3.54	0.000	1.057081	1.213376
_cons	.2253291	.0094773	-35.43	0.000	.2074952	.2446957
nivel_hogar						
var(_cons)	.75628	.0778413			.6180908	.9253646

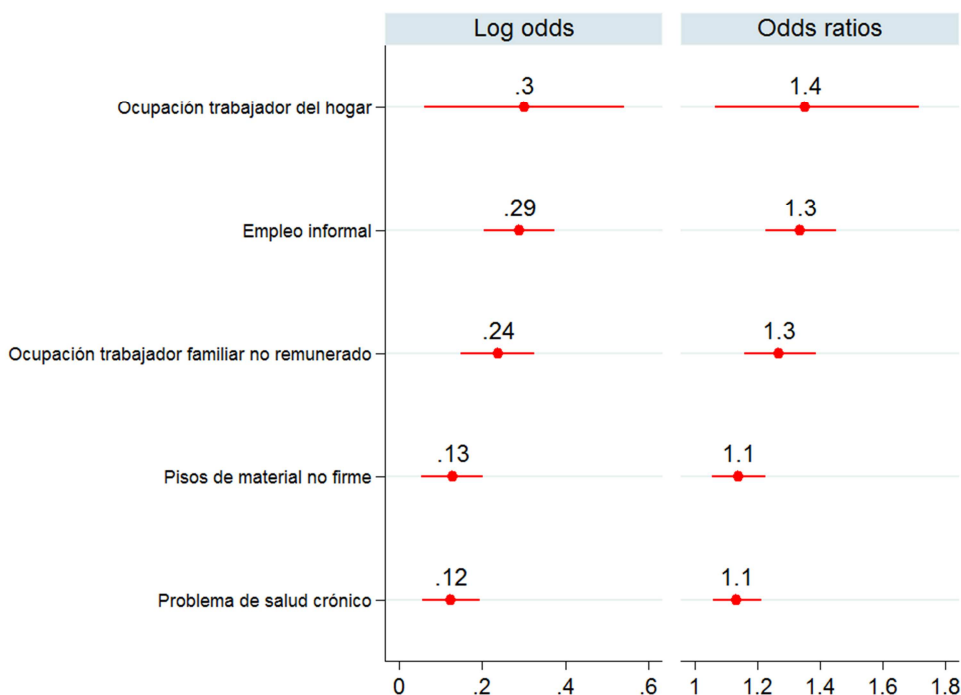


Figura 13. Determinantes riesgo de la dimensión 2 hogar, que afectan el acceso a la atención institucional de salud.

- c) Modelo 3: de intercepto aleatorio con el predictor dimensión 3 ámbitos geoeconómico del hogar, como efecto fijo.

En la tabla 18 se muestra el modelo estadístico original, vemos los odds ratios (OR), sus errores estándar, la estadística z, los valores p asociados y el intervalo de confianza del 95% de los odds ratios. En la Figura 14, se muestra los coeficientes y los odds ratios de riesgo de cada determinante significativo, así como la amplitud según sus intervalos de confianza. A partir de los determinantes seleccionados, todos significativos y un OR mayor que 1, se infiere:

- Con respecto a la variable lugar geográfico de ubicación de la vivienda, los hogares con viviendas en la Sierra centro rural, tienen 1.63 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población que reside en otros ámbitos geográficos (subvariable xdominio310, OR= 1.63; $p = 0.000$, IC95% 1.49 - 1.79).
- Con respecto a la variable pobreza monetaria, los hogares pobres (hogares con gasto promedio debajo de la línea de pobreza), tienen 1.56 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población no pobre (subvariable xpob_mon1, OR= 1.56; $p = 0.000$, IC95% 1.37 - 1.77).
- Con respecto a la variable lugar geográfico de ubicación de la vivienda, los hogares con viviendas en la Costa norte rural, tienen 1.30 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población que reside en otros ámbitos geográficos (subvariable xdominio34, OR= 1.30; $p = 0.005$, IC95% 1.08 - 1.57).
- Con respecto a la variable lugar geográfico de ubicación de la vivienda, los hogares con viviendas en la Selva alta rural, tienen 1.29 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población que reside en otros ámbitos geográficos (Subvariable xdominio314, OR= 1.29; $p = 0.000$, IC95% 1.13 - 1.46).
- Con respecto a la variable lugar geográfico de ubicación de la vivienda, los hogares con viviendas en la Sierra norte rural, tienen 1.29 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población que reside en otros ámbitos geográficos (Subvariable xdominio38, OR= 1.29; $p = 0.000$, IC95% 1.13 - 1.46)

- Con respecto a la variable pobreza monetaria, los hogares que pertenecen al quintil 1 del gasto real promedio per cápita mensual (20% de la población con los más bajos ingresos), tienen 1.18 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población con mayores ingresos (Subvariable q1_gpgru0, OR= 1.18; p = 0.018, IC95% 1.02 - 1.35).

Tabla 18.

Modelo de regresión logística multinivel múltiple para muestras complejas para identificar determinantes sociales de riesgo en el acceso a acceso a atención institucional de salud: dimensión 3 ámbitos geoeconómico del hogar,

Number of strata	=	8	Number of obs	=	68,927
Number of PSUs	=	5,603	Population size	=	16,888,100
			Design df	=	5,595
			F(6, 5590)	=	29.21
			Prob > F	=	0.0000

xatc_instit1	Linearized					[95% Conf. Interval]	
	Odds Ratio	Std. Err.	t	P> t			
xdominio310	1.634337	.0784075	10.24	0.000	1.487634	1.795506	
xpob_mon1	1.559468	.1004668	6.90	0.000	1.374444	1.7694	
xdominio34	1.301916	.1231087	2.79	0.005	1.081624	1.567075	
xdominio314	1.286535	.0849871	3.81	0.000	1.130265	1.464412	
xdominio38	1.276823	.0946581	3.30	0.001	1.104111	1.476552	
q1_gpgru0	1.180571	.0827405	2.37	0.018	1.029017	1.354446	
_cons	.1998591	.0129808	-24.79	0.000	.1759652	.2269975	
nivel_hogar							
var(_cons)	.6996234	.0516044			.6054328	.8084679	

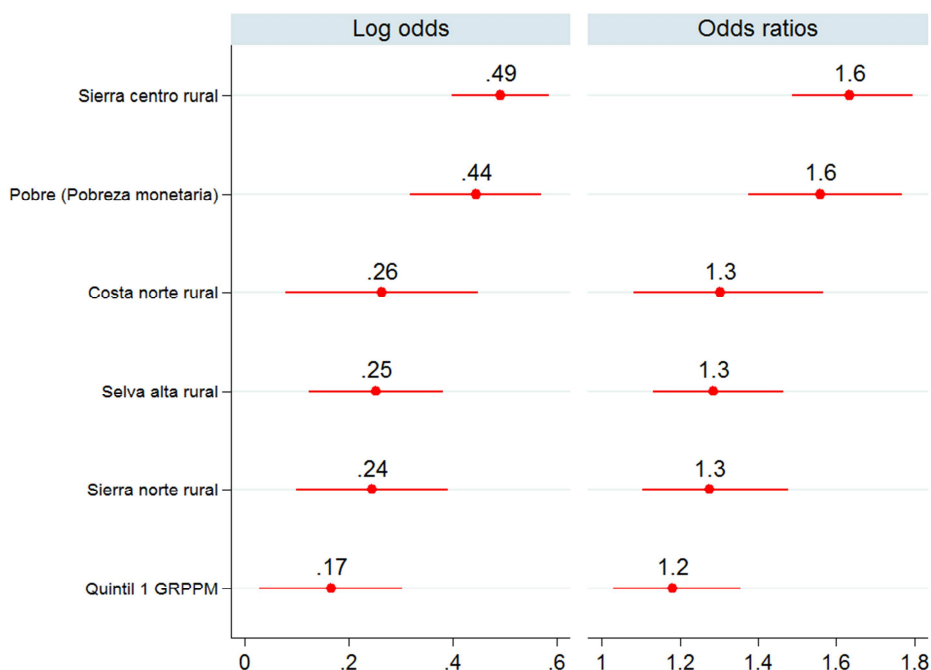


Figura 14. Determinantes riesgo de la dimensión 3 ámbitos geoeconómico del hogar, que afectan el acceso a la atención institucional de salud.

- d) Modelo 4: de intercepto aleatorio con el predictor producto de la integración de las 3 dimensiones de análisis, como efecto fijo.

En la tabla 19 se muestra el modelo estadístico original, vemos los odds ratios (OR), sus errores estándar, la estadística z, los valores p asociados y el intervalo de confianza del 95% de los odds ratios. En la Figura 15, se muestra los coeficientes y los odds ratios de riesgo de cada determinante significativo, así como la amplitud según sus intervalos de confianza.

- Con respecto a la Lenguas amazónicas, la población que tienen como lengua materna alguna lengua amazónica, tienen 1.51 veces más

probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población que hablan otras lenguas (subvariable `xleng_mat2`, OR= 1.51; $p = 0.002$, IC95% 1.16 - 1.97).

- Con respecto a la Discapacidad, la población con al menos 1 discapacidad tienen 1.51 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población que no tienen alguna discapacidad (subvariable `discapacidad`, OR= 1.51; $p = 0.002$, IC95% 1.09 - 1.50).
- Con respecto a las lenguas andinas: Quechua y Aymara, la población que tienen como lengua materna Quechua y Aymara, tienen 1.27 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población con otras lenguas que se registran en el Perú (subvariable `xleng_mat1`, OR= 1.27; $p = 0.000$, IC95% 1.17 - 1.38).
- Con respecto a la migración como determinante de riesgo, la población migrante, es decir que nacieron en un lugar diferente al lugar de residencia, a nivel regional, tienen 1.13 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población que nacieron y residen en la misma región (subvariable `migrac`, OR= 1.13; $p = 0.003$, IC95% 1.04 - 1.22).
- Con respecto a la variable empleo y condiciones de trabajo según sus categorías, la población que tienen como ocupación ser trabajador del hogar, tienen 1.39 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella que tienen otras categorías ocupacionales (Subvariable `ocup_8`, OR= 1.39; $p = 0.007$, IC95% 1.09 - 1.76).

- Con respecto a la variable empleo y condiciones de trabajo, la población que tiene empleo informal, tiene 1.37 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquellos que tienen empleo formal (Subvariable emp_informal, OR= 1.37; p = 0.000, IC95% 1.26 - 1.49).
- Con respecto a la variable empleo y condiciones de trabajo según sus categorías, la población que tienen como condición laboral ser trabajador familiar no remunerado, tienen 1.21 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella que tienen otras categorías ocupacionales (Subvariable ocup_7, OR= 1.21; p = 0.000, IC95% 1.10 - 1.32).
- Con respecto a aquella población que padecen de alguna enfermedad crónica, tienen 1.10 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población que padecen de algún evento de salud agudo (subvariable crónico, OR= 1.10; p = 0.006, IC95% 1.03 - 1.18).
- Con respecto a la variable lugar geográfico de ubicación de la vivienda, los hogares con viviendas en la Sierra centro rural, tienen 1.69 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población que reside en otros ámbitos geográficos (subvariable xdominio310, OR= 1.69; p = 0.000, IC95% 1.52 - 1.89).
- Con respecto a la variable pobreza monetaria, los hogares pobres (hogares con gasto promedio debajo de la línea de pobreza), tienen 1.69 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de

salud que aquella población no pobre (subvariable xpob_mon1, OR= 1.69; $p = 0.000$, IC95% 1.44 - 1.97).

- Con respecto a la variable lugar geográfico de ubicación de la vivienda, los hogares con viviendas en la Sierra norte rural, tienen 1.61 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población que reside en otros ámbitos geográficos (Subvariable xdominio38, OR= 1.61; $p = 0.001$, IC95% 1.36 - 1.89)
- Con respecto a la variable lugar geográfico de ubicación de la vivienda, los hogares con viviendas en la Costa norte rural, tienen 1.43 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población que reside en otros ámbitos geográficos (subvariable xdominio34, OR= 1.43; $p = 0.002$, IC95% 1.14 - 1.79).
- Con respecto a la variable lugar geográfico de ubicación de la vivienda, los hogares con viviendas en la Selva alta rural, tienen 1.37 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población que reside en otros ámbitos geográficos (Subvariable xdominio314, OR= 1.37; $p = 0.000$, IC95% 1.18 - 1.58).
- Con respecto a la variable pobreza monetaria, los hogares que pertenecen al quintil 1 del gasto real promedio per cápita mensual (20% de la población con los más bajos ingresos), tienen 1.30 veces más probabilidad de no acceder a una atención institucional de salud que aquella población con mayores ingresos (Subvariable q1_gpgru0, OR= 1.30; $p = 0.002$, IC95% 1.10 - 1.64).

Tabla 19.

Modelo de regresión logística multinivel múltiple para muestras complejas para identificar determinantes sociales de riesgo en el acceso a acceso a atención institucional de salud: Modelo integrado.

Survey: Mixed-effects logistic regression

Number of strata	=	8	Number of obs	=	48,579
			Number of PSUs	=	5,590
			Population size	=	11,564,032
			Design df	=	5,582
			F(14, 5569)	=	20.88
			Prob > F	=	0.0000

xatc_instit1	Linearized		t	P> t	[95% Conf. Interval]	
	Odds Ratio	Std. Err.				
xleng_mat2	1.512734	.2026387	3.09	0.002	1.163363	1.967027
discapacidad	1.282028	.1042532	3.06	0.002	1.093109	1.503596
xleng_mat1	1.270096	.0548522	5.54	0.000	1.16699	1.38231
migrac	1.12927	.046656	2.94	0.003	1.041412	1.22454
ocup_8	1.389174	.1692362	2.70	0.007	1.094049	1.763912
emp_informal	1.37375	.0586595	7.44	0.000	1.263436	1.493696
ocup_7	1.209355	.055755	4.12	0.000	1.104847	1.323748
cronico	1.101643	.0385581	2.77	0.006	1.028589	1.179885
xdominio310	1.690741	.094437	9.40	0.000	1.515383	1.88639
xpob_mon1	1.688057	.1339732	6.60	0.000	1.444829	1.97223
xdominio34	1.427681	.1648638	3.08	0.002	1.138455	1.790385
xdominio314	1.365993	.1006134	4.23	0.000	1.18233	1.578185
xdominio38	1.607156	.1367415	5.58	0.000	1.360253	1.898875
ql_gpgru0	1.301594	.1107853	3.10	0.002	1.101564	1.537947
_cons	.1252461	.0108553	-23.97	0.000	.1056752	.1484416
nivel_hogar						
var(_cons)	.7310125	.0770189			.5945979	.8987236

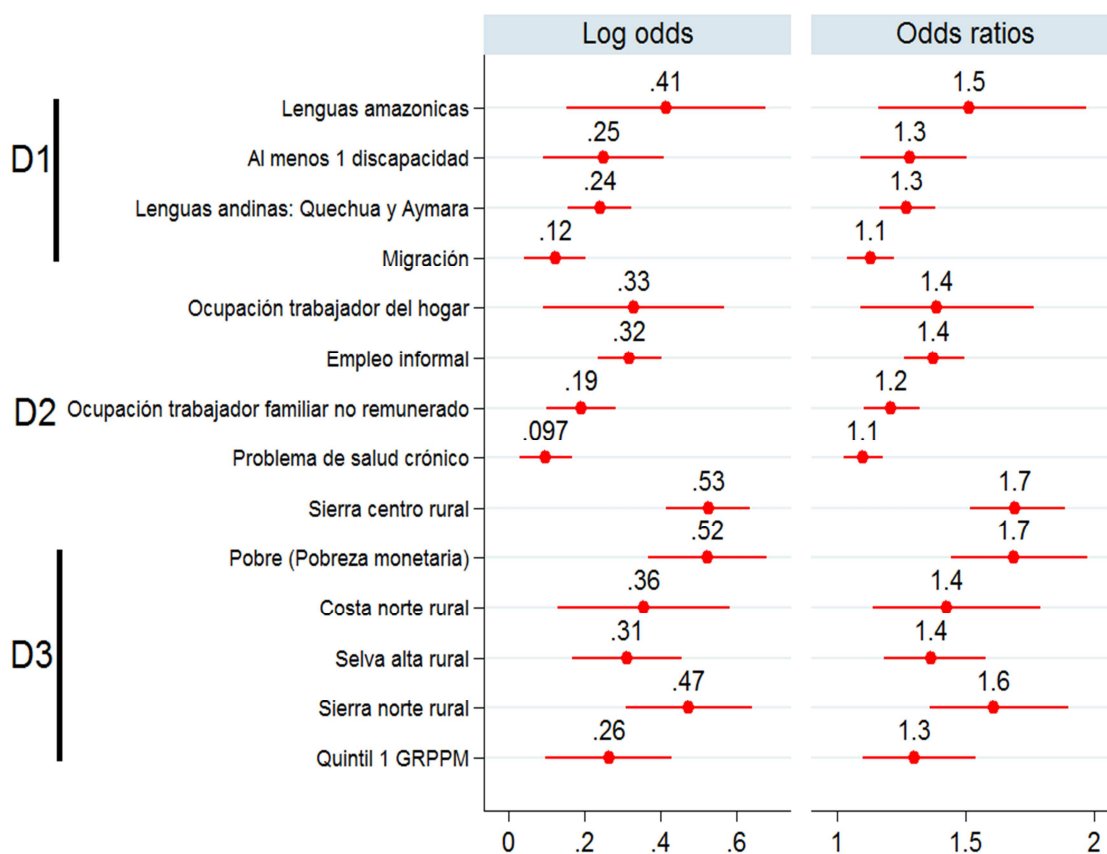


Figura 15. Determinantes riesgo generado a partir de la integración de las 3 dimensiones de análisis que afectan el acceso a la atención de salud.

IV. Discusión.

En la dimensión individual la población que más accede a atención institucional de salud, son los niños (44.4%), mujer jefe de hogar adulto mayor principalmente(35.7%) principalmente; en contraste los población joven (21.6%) y mujeres jefe de hogar adolescente (21%), con una diferencia proporcional de más del doble entre los que más acceden y los que menos acceden, distinguiéndose un patrón predominante entre la población con más vulnerabilidad , los que más acceden y los de menor vulnerabilidad los que menos acceden. En la dimensión hogar, se observa que aquellas familias que cuentan con un seguro de salud al menos 1 de manera inespecífica (33.3%) o solo SIS (33%) y los que tienen un empleo formal por ser empleados públicos (30.3%) son los que más acceden a la atención institucional de salud y asimismo, son los de menor vulnerabilidad social. El contraste lo constituye los obreros privados (probablemente los más informales) con un 225 y aquellos que tienen un nivel de gasto por debajo de la media en salud (23.7%), es decir población extremadamente vulnerables debido a lo precario de su empleo y por su baja inversión económica en salud que de por si se convierte en una barrera económica son los que menos acceden a atención institucional de salud. La brecha de acceso entre los que más acceden y los que menos acceden es del 33.4%.

En relación al ámbito geográfico de la vivienda, las poblaciones que residen en la sierra centro (35.5%⁹, costa norte (34.5%) y en la selva baja todos del ámbito rural, son los que más acceden a atención institucional de salud. En contraste aquellos hogares con niños que no asisten a la escuela (22.6%) y los hogares que residen en la sierra sur (24.5%) y selva baja (25.8%) del ámbito

urbano son los que menos acceden a atención institucional de salud. La brecha de acceso entre los que más acceden y los que menos acceden es del 38%.

En líneas generales, todas las subvariable analizadas muestran proporciones de acceso a atención institucional de salud, muy inferiores a los que no acceden a atención de salud o tienen atención informal. El problema es de gravedad si tomamos en cuenta que ambos grupos tienen problemas de salud identificados, es decir tienen una necesidad sentida de atención para recuperar su salud. La cuestión no se reduce en acceder o no acceder, sino en que si el problema de salud es agudo corre el peligro de complicarse y evolucionar a morbilidades más difícil de tratar y por ende más costo económico para el hogar, y sus repercusiones en el plano laboral. Si el problema es una morbilidad crónica, la falta de atención oportuna no solo repercute en complicaciones asociadas, sino también en la discapacidad en algunos casos o la reducción de los años de vida saludable.

A la pregunta si los determinantes de la dimensión individual tienen efecto de riesgo en el acceso a la atención institucional de salud? la respuesta indudable es sí, y tienen el siguiente perfil de riesgo es un individuo que tiene como lengua materna quechua, aymara o lengua amazónicas y migrante. Resultando más que obvio a la raíz de los resultados, que estamos hablando de que el riesgo aumenta si uno no la persona no habla Castellano, muy a pesar de los esfuerzos que desarrolla el Ministerio de Salud en promover la multiculturalidad y el respeto por la cultura de la población local, entre los profesionales de la salud; aun el 2016, sigue prevaleciendo como una población con alta vulnerabilidad y exclusión

social. La condición de migrante como condición de riesgo, es probable que también este asociado a la cultura y lengua materna del migrante. Otros determinantes como la edad, ser mujer en condición de jefe de hogar y el nivel educativo individual, que intuitivamente, después de hacer el análisis de descriptivo y la regresión bivariada, se podría atribuir a priori alguna relación de riesgo, pues son descartados al construir el modelo multivariado; lo cual indica que no son explicativos actualmente, del porque la población no acude a un establecimiento de salud buscando atención para sus males.

De igual manera, a la pregunta los determinantes de la dimensión hogar, tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud?, la respuesta definitiva es si, y tienen el siguiente perfil de riesgo, es un hogar cuyos personas tienen como condición laboral, ser trabajador del hogar o trabajador familiar no remunerado o tener un empleo informal, según su estado de salud, padecer de una enfermedad crónica y vivir en una casa con piso predominantemente de material rustico o tierra. Es decir son hogares que no tienen un ingreso fijo y permanente, lo cual repercute en la decisión de ir o no ir a un establecimiento de salud por atención médica, un hogar con personas con enfermedades crónicas es vulnerable por sí mismo, debido a que son problemas de salud que demandan atención medica de manera permanente y muy costosas pues son por naturaleza incurables, su desatención implica para el hogar mayor gasto y por ende mayor pobreza; de igual manera una vivienda con un piso rustico o de tierra estamos hablando de viviendas localizadas en el ámbito rural o periurbano y asociados a la pobreza. En general el modelo nos indica bajos ingresos del hogar por la falta de empleo lo cual hace que no tengan posibilidad

de buscar atención médica por no poder cubrir los costos de atención y medicamentos, y eso se expresaría en hogares con enfermedades crónicas y viviendas en condiciones rústicas. Otras variables como no tener un seguro de salud, el nivel de gasto por debajo del promedio nacional, el nivel de ingreso por debajo de promedio nacional, no estuvieron asociados como razones explicativas del riesgo de no acceder a atención institucional de salud.

Asimismo, a la pregunta si los determinantes de la dimensión ámbito geoeconómico de la vivienda tienen efecto de riesgo en el acceso a la atención institucional de salud?, la respuesta otra vez es si y tienen el siguiente perfil de riesgo: en un hogar se encuentre localizado en la Costa norte rural, Sierra norte rural, Sierra centro rural o en Selva alta rural; y según su capacidad de gasto pertenecer al quintil 1 de gastos más bajo y estar en la categoría de pobre según línea de pobreza (los más pobres de los pobres). De igual manera, a los modelos previos se esperaba otras determinantes tuvieran preponderancia como factores de riesgo como es el caso de residir en la zona sur, tradicionalmente los más pobres del Perú; la pobreza según necesidades básicas insatisfechas que hasta el año 2007 era usados como patrón para medir pobreza.

Y finalmente un modelo que un modelo que integre los determinantes sociales de las 3 dimensiones, como explicativos del riesgo de no acceder a atención de salud institucional, nos indica que tiene el siguiente perfil de riesgo: es, un individuo que tiene como lengua materna quechua, aymara o lengua amazónicas y migrante; según su condición laboral, ser trabajador del hogar o trabajador familiar no remunerado o tener un empleo informal, según su estado de

salud, padecer de una enfermedad crónica; que su hogar se encuentre localizado en la Costa norte rural, Sierra norte rural, Sierra centro rural o en Selva alta rural; y según su capacidad de gasto pertenecer al quintil 1 de gastos más bajo y estar en la categoría de pobre según línea de pobreza (los más pobres de los pobres). Determinantes como discapacidad e individuos con enfermedades crónicas, también constituyen determinantes de riesgo asociados al estado de salud y que tienen alto impacto en la economía familiar. El caso de viviendas con piso rustico o de tierra presente en los modelos individuales por dimensiones, no aparecen en el modelo integrado. De manera general podemos afirmar que en el acceso a atención institucional de salud está fuertemente asociado a las inequidades sociales donde hablar idiomas diferentes del castellano, tener un empleo informal o no tener remuneración, vivir en la parte norte, centro y selva alta rural y ser de los más de los pobres constituye la población de mayor vulnerabilidad social probablemente por su perfil la que acumula mayor morbilidad por falta de atención y tratamiento a sus problemas de salud identificados.

Un estudio similar realizado por el “Instituto Nacional de Estadística e Informática” (INEI. Biblioteca, 2000), usando la “Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO” en 1998, a nivel nacional reporta que “el ingreso per cápita, NBI2: hacinamiento, NBI3 sin servicios higiénicos, NBI4: con niños que no van a la escuela, tiempo de llegada a los servicios de salud y pobreza no extrema, ninguno actúa como factor de riesgo ($OR > 1$)”; Otros estudios corroboran en alguna medida los resultados reportados en el presente estudio, así tenemos a (Acuña, Mendoza, Martins, L, & Azeredo, (2014), atribuye a “las características de la vivienda, la formalidad del empleo del jefe(a) de hogar y las condiciones

socioeconómicas del hogar como importantes determinantes de la falta de acceso a atención de salud y los medicamentos”; Igualmente (Vásquez, Paraje, & Estay, Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000 - 2009., (2013), atribuye a “los ingresos y tener mayor educación y seguro de salud privado, la residencia urbana y la actividad económica contribuyen a la inequidad en la atención de salud a favor de las personas de menores ingresos”; (Almeida, Mori, Fagundes, Montoya, & Coelho, (2013) identifica que “el seguro de salud privado, la educación y los ingresos son los principales factores que contribuyen a las desigualdades identificadas en el acceso a atención de salud”; de igual manera (Barradas, Furquim, Montero, & Pereira, (2007), afirma que “el impacto de los factores determinantes estructurales, como la educación y los ingresos, es considerablemente menor que los elementos teóricos sociales de género, aunque los primeros son predictores más importantes”; (Rodríguez A. , y otros, (2016), evidencian que los “resultados indican que ninguna variable sociodemográfica estuvo asociada a la utilización de los servicios o a la consulta con el médico de familia”.

Resultados contrapuestos a los reportados por el presente estudio son reportados por (Mejía, Sánchez, & Tamayo, (2007), que afirma que “las barreras financieras, constituye el principal obstáculo para no acceder a servicios de salud. Asimismo, la educación, edad y tipo de afiliación a la seguridad social son los principales factores que inciden sobre el acceso a servicios curativos y preventivos”; (Espejo, Brito, Siani, & Pinto, (2008), reporta que “entre las barreras de acceso al servicio de salud, fueron significativas solo las psicosociales”.

V. Conclusiones.

Desde una perspectiva de barrera geográfica, los hogares que residen en la Costa norte rural, Sierra norte rural, Sierra centro rural o en Selva alta rural son los que mayor riesgo tienen de no buscar atención institucional de salud a pesar de tener un problema de salud identificado.

Se evidencia que aquella población que tiene como lengua materna quechua, aymara o lengua amazónicas y migrante; según su condición laboral registran mayor probabilidad de no acceder a atención institucional de salud más que aquellos que hablan castellano, constituye una barrera cultural; la condición de migrante como determinante de riesgo se asocia a esta barrera.

Ser pobre según pobreza monetaria y pertenecer al quintil más bajo de capacidad de gasto contribuye de manera directa como barrera económica al acceso a atención institucional. Otros determinantes que contribuyen con la barrera económica es el acceso al empleo que genere ingresos suficientes, hogares que no cuentan con ingresos por su categoría de empleo no remunerado o informal

Los hogares que tienen integrantes que padecen de una enfermedad crónica o padecer de alguna discapacidad se vuelven más vulnerables socialmente, se registra dentro del perfil de riesgo de no acceder a atención institucional de salud.

Determinantes como género, educación, condiciones de vivienda, acceso a servicios de saneamiento básico, etc., no resultaron ser determinantes de riesgo,

a pesar de ser recurrentes en los modelos teóricos sobre determinantes de acceso a atención de salud.

La conclusión general es que existe evidencia que el riesgo de no acceder a atención institucional de salud está asociado a la vulnerabilidad social y a las inequidades sociales.

VI. Recomendaciones.

Existe la necesidad imperiosa de hacer estados de inequidades del acceso a la atención de salud. Asimismo hacer estudios de identificación de determinantes de riesgo a un nivel de menor jerarquía geográfica, ya sea nivel regional o nivel macroregional, para poder identificar patrones de riesgo propios de la realidad de cada área geográfica.

Las autoridades de salud deberían de tomar en cuenta los resultados y conclusiones de la presente tesis en el momento de planificar y establecer políticas de salud que estén relacionados con incrementar la cobertura de atención institucional de salud o cuando se pretenda reducir las inequidades en salud.

VII. Referencias.

- Acuña , C., Marina, N., Mendoza, A., Martins, I., Vera Lucía, L., & Azeredo, T. (2014). Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(2), 128-135. Recuperado de www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000200007&lang=pt
- Aday, L., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 3(9), 208–220. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
- Almeida, G., Mori, F., Fagundes, F., Montoya, M., & Coelho, A. (2013). Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998 - 2008. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), 90-97. Recuperado de www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000200003&lang=pt
- Álvarez, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 8(17), 69-79. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a05.pdf>
- Arriaza, b. M. (2006). *Guía Práctica de Análisis de Datos*. Instituto de Investigación y Formación Agraria y Pesquera. Córdoba: ideagonal Diseño Grafico.

- Bardález del Águila, C. (s.f). *La salud en el Perú. Proyecto observatorio de la salud.* (C. d. (CIES)., Editor) Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf>
- Barradas, R., Furquim, M., Montero, C., & Pereira, Z. (2007). Gender and health inequalities among adolescents and adults in Brazil, 1998. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(5), 320-327. Recuperado de www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000400008&lang=pt
- Carusol, B., StephensonII, R., & Leon, J. (2010). Maternal behavior and experience, care access, and agency as determinants of child diarrhea in Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública.*, 28(6), 429-439. Recuperado de www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010001200004&lang=pt
- Cazau, P. (2006). *Introducción a la investigación en ciencias sociales* (Tercera edición ed.). Buenos aires.
- CDC. (2016). *Task 2c: How to Use Stata Code to Perform Logistic Regression.* Recuperado de <https://www.cdc.gov/nchs/tutorials/NHANES/NHANESAnalyses/LogisticRegression/Task2c.htm>
- CDSS – OMS. (2007). *Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos: Comisión sobre determinantes sociales de la salud, declaración provisional.* Ginebra: Ginebra : Organización mundial de la salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69671/1/interim_statement_spa.pdf

- Cetrángolo, O., Bertranou, F., Casanova, L., & Casalí, P. (2013). *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Lima: OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos. Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf
- Cortés, M. E., & Iglesias León, M. (2004). *Generalidades sobre Metodología de la Investigación* (Primera edición ed.). México: Universidad Autónoma del Carmen.
- CSDH. WHO. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Organización Mundial de la Salud. WHO/IER/CSDH/08.1. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf
- D. de Heer, H., Salinas, J., Lapeyrouse, L., Heyman, J., Morera, O., & Balcazar, H. (2013). Binational utilization and barriers to care among Mexican American border residents with diabetes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(3), 147-154. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000900001&lang=pt
- De Maeseneer, J., Willems, S., De Sutter, A., Van de Geuchte, M., & Billings, M. (2007). Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. Recuperado de

http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf?ua=1

Discapacidad, I. (2014). *Primera Encuesta Nacional Especializada sobre DISCAPACIDAD 2012*. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima.

Espejo, I., Brito, M., Siani, S., & Pinto, J. (2008). Factores asociados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 886-894. Recuperado de www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500014&lang=pt

García, I., Vargas, I., Mogollón, S., De Paepe, P., Rejane, M., Unger, J., & Vázquez, M. (2014). Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. *Gaceta Sanitaria*, 28(6), 480-488. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014000600008&lang=pt

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta edición ed.). México D.F.: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. De C.V.

Hirmas, M., Angulo, L., Jasmen, A., Aguilera, X., & Delgado, I. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*, 33(3), 223-229. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9196/a09v33n3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- INEI. (2014). *Compendio Estadístico Provincia Constitucional del Callao 2014*. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1268/Glosario.pdf
- INEI. Biblioteca. (2000). *Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú*. Recuperado de <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/indice.htm>
- INEI. Informe Técnico. (2016.). *Condiciones de Vida en el Perú. Octubre-Noviembre-Diciembre 2015*. Recuperado de INFORME TÉCNICO. No 1.: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-n02_condiciones-vida_octnovdic15.pdf
- INEI. SIRTOD. (2016). *Sistema de información regional para la toma de decisiones*.
- Laclé, A. (1999). ¿Existe equidad de acceso a los servicios de salud para el adulto mayor según zona de residencia (urbano/rural)?. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 8(15), 57-63. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14291999000200006&lang=pt
- Lafuente Ibáñez, C., & Marín Egoscóabal, A. (2008). Metodologías de la investigación en las ciencias sociales: Fases, fuentes y selección de técnicas. *Revista Escuela de Administración de Negocios*(64), 5-18.
- Levesque, J., Harris, M., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9.

- Recuperado de <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>
- Mejía, A., Sánchez, A., & Tamayo, J. (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 9(1), 26-38.
- Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000100004&lang=pt
- Mercado laboral, INEI. (2000). *Perú: mercado laboral urbano y género. ENAHO 1999*. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima.
- Microdatos. INEI. (2016). *Base de Datos*. (INEI, Editor) Recuperado de Ficha técnica. Consulta por encuestas.: <http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>
- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management.
- MINSA. (2016). *Reporte Gerencial del Ministerio de Salud 2011 - 2016*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3590.pdf>
- OMS. (s.f.). "*Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*". Versión: *Marcha de 2005*. Recuperado de Sección Preguntas frecuentes. Organización Mundial de la Salud.: http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/
- OMS. (s.f.). "*Determinantes sociales de la salud*". Recuperado de Organización Mundial de la Salud.: http://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS. (2015). *Salud y Derechos Humanos*. Recuperado de Nota descriptiva N°323.: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- OMS. (s.f.). *Preguntas más frecuentes*. Recuperado de Organización Mundial de la Salud.: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

- Perú, C. d. (1993). *Constitución Política del Perú*. Recuperado de Archivo Digital de la Legislación del Perú.:Recuperado de <http://www.leyes.congreso.gob.pe/constituciones.aspx>
- PESEM-MINSA. (2016). Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021. *Resoluson Ministerial N° 367-2016/MINSA*. Lima, Perú.
- Peters, D., Garg, A., Bloom, G., Walker, D., Brieger, W., & Rahman, H. (2008). Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 161–171.
- Pitkin, K., Roan, C., & Ringel, J. (2011). Understanding Disparities In Health Care Access - And Reducing Them - Through A Focus On Public Health. *HEALTH AFFAIRS*, 9(3), 1844–1851. doi:doi: 10.1377/hlthaff.2011.0644
- Pitkin, K., Roan, C., & Ringel, J. (2011). Understanding Disparities In Health Care Access—And Reducing Them—Through A Focus On Public Health. *Health Aff*, 30(10), 1844-1851. Recuperado de <http://content.healthaffairs.org/content/30/10/1844.abstract>
- Postgrado, U. E. (2014). *Lineas de investigacion*. Trujillo: UCV.
- Rodríguez, A., Díaz, A., Balcindes, S., García, R., De Vos, P., & Van, P. (2016). Morbidity, utilization of curative care and service entry point preferences in metropolitan Centro Habana, Cuba. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(10). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001005011&lang=pt
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2*

- (*Policy and Practice*). Geneva.: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf
- Sommet, N., & Morselli, D. (2017). Keep Calm and Learn Multilevel Logistic Modeling: A Simplified Three-Step Procedure Using Stata, R, Mplus, and SPSS. *International Review of Social Psychology*, 30(1), 203–218.
- Supo, J. (2014). *Seminarios de Investigación Científica: Sinopsis del Libro y Carpeta de Aprendizaje*. Arequipa, Perú: Bioestadístico EIRL.
- Vargas, I., Vázquez, M., & Mogollón, A. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 701-712. Recuperado de www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500001&lang=pt
- Vargas-Lorenzo, I., Vázquez-Navarrete, M., & Mogollón-Pérez, A. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 701-712. Recuperado de www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500001&lang=pt
- Vásquez, F., Paraje, G., & Estay, M. (2013). Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000 - 2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), 98-106. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000200004&lang=pt
- Vega, J., Bedregal, P., Jadue, L., & Delgado, I. (2003). Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Revista médica de Chile*, 131(6), 669-678. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000600012&script=sci_arttext

Villar, E. (2007). Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil. *Saude soc*, 16(3), 7-13.

VIII. Anexos.

Anexo A. Artículo científico.

TÍTULO

Efecto de riesgo de los determinantes sociales y la accesibilidad a la atención de salud en el Perú en 2016.

AUTOR (A, ES, AS)

José Carlos Mariños Anticona,
jcmariños@gmail.com,
Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del
Ministerio de Salud del Perú.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo identificar determinantes sociales que tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016. Metodológicamente es una investigación básica, correlacional, no experimental cuantitativa, transversal y explicativo-predictiva; con diseño transeccional correlacional causal y de método hipotético deductivo.

Los datos son de la encuesta ENAHO (INEI). La muestra es de 38296 viviendas particulares. Tipo de muestreo probabilístico, de áreas, estratificado, multietápico e independiente por departamento. La técnica utilizada es encuesta, y el método entrevista. Todas las variables fueron dicotomizadas, se identificaron asociaciones usando análisis de contingencia, chi cuadrado, regresión logística multinivel binaria y múltiple para muestras complejas usando STATA 14.2.

Los resultados se resumen en un modelo constituido por determinantes del nivel individual, hogar y entorno geoeconómico del hogar como explicativos del riesgo de no acceder a atención institucional de salud. El perfil de riesgo identificado es: individuo con lengua materna quechua, aymara (OR=1.27) o lengua amazónicas (OR=1.51), migrante (OR=1.13); trabajador del hogar (OR=1.39), trabajador familiar no remunerado (OR=1.21), empleo informal (OR=1.37); su hogar localizado en la Costa norte rural (OR=1.43), Sierra norte rural (OR=1.61), Sierra centro rural (OR=1.69) o en Selva alta rural (OR=1.37); según su capacidad de gasto pertenece al quintil 1 (OR=1.30) y pobre según línea de pobreza (OR=1.69), asimismo padecer de una discapacidad (OR=1.51) o enfermedad crónica, (OR=1.10).

En conclusión, existe evidencia que el riesgo de no acceder a atención institucional de salud está asociado a determinantes de riesgo de vulnerabilidad e inequidad social.

PALABRAS CLAVE

Determinantes sociales, acceso, atención de salud.

ABSTRACT

The present research aims to identify social determinants that have a risk effect on access to institutional health care in Peru in 2016. Methodologically it is a basic, correlational, non-experimental, quantitative, transverse and explanatory-predictive research; with causal correlational transectional design and deductive hypothetical method.

The data are from the ENAHO (INEI) survey. The sample is 38296 private homes. Type of probabilistic sampling, of areas, stratified, multistage and independent by department. The technique used is survey, and the interview method. All variables were dichotomized, associations were identified using contingency analysis, chi-square, multi-level binary and multiple logistic regression for complex samples using STATA 14.2.

The results are summarized in a model constituted by determinants of the individual level, household and geoeconomic environment of the household as explanatory of the risk of not accessing institutional health care. The identified risk profile is: individual with Quechua mother tongue, Aymara (OR = 1.27) or Amazonian language (OR = 1.51), migrant (OR = 1.13); household worker (OR = 1.39), unpaid family worker (OR = 1.21), informal employment (OR = 1.37); (OR = 1.43), rural north (OR = 1.61), rural center (OR = 1.69) or rural highland (OR = 1.37); according to their capacity to spend belongs to quintile 1 (OR = 1.30) and poor according to poverty line (OR = 1.69), also suffering from a disability (OR = 1.51) or chronic disease, (OR = 1.10).

In conclusion, there is evidence that the risk of not accessing institutional health care is associated with risk determinants of vulnerability and social inequity.

KEYWORDS

social determinants, access, health care.

INTRODUCCIÓN

En relaciona los antecedentes nacionales, el "Instituto Nacional de Estadística e Informática" (INEI. Biblioteca, 2000), solo tiene un estudio sobre los "Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú", realizado hace 17 años. Otros trabajos son de Bardález del Águila, (s.f), investigador del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), en el documento "La salud en el Perú. Proyecto observatorio de la salud." haciendo referencia a la magnitud y las barreras del acceso a los servicios de salud; y en relación al uso de los servicios de salud y sus barreras, según Cetrángolo, Bertranou, Casanova , & Casalí, (2013), en el documento "El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva" publicado por ESSALUD,

A nivel internacional, la búsqueda bibliográfica se concentró principalmente a nivel Latinoamericano, pues en mayor o menor grado, compartimos los mismos problemas sociales, culturales económicos y perfil de salud. Acuña, Mendoza,

Martins, L, & Azeredo, (2014), en un estudio sobre "Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central.", específicamente en Guatemala, Honduras y Nicaragua, usando encuesta de hogares de igual manera Vásquez, Paraje, & Estay, (2013), en Chile, entre el 2000 - 2009.", en un estudio, sobre "Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000 - 2009."; Situación parecida reporta Vega, Bedregal, Jadue, & Delgado, (2003), en el artículo sobre "Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile.", usando encuesta de hogares, Almeida, Mori, Fagundes, Montoya, & Coelho, (2013), en el artículo "Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998 - 2008.", en Brasil, usando encuesta de hogares, Barradas, Furquim, Montero, & Pereira, (2007), en el artículo "Gender and health inequalities among adolescents and adults in Brazil, 1998.", no en población general, sino en cohortes de jóvenes y adultos, usando encuestas nacionales; Carusol, Stephenson, & Leon, (2010), en el artículo "Maternal behavior and experience, care access, and agency as determinants of child diarrhea in Bolivia.", usando encuesta de hogares; Mejía, Sánchez, & Tamayo, (2007), en el artículo "Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia.", usando encuesta de hogares; García, y otros, (2014), en el artículo "Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil.", usando encuesta poblacional, D. de Heer, Salinas, Lapeyrouse, Heyman, Morera, & Balcazar, (2013), usando una encuesta de hogares, en el artículo "Binational utilization and barriers to care among Mexican American border residents with diabetes.", usando una encuesta de hogares; Vargas, Vázquez, & Mogollón, (2010), en el artículo "Acceso a la atención en salud en Colombia.", haciendo una revisión bibliográfica sistemática sobre determinantes sociales y acceso a los servicios de salud.; Hirmas, Angulo, Jasmen, Aguilera, & Delgado, (2013), en el artículo "Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa.", en Chile; Espejo, Brito, Siani, & Pinto, (2008), en el artículo "Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes.", en un municipio de Brasil, usando una encuesta a nivel local; (Laclé, (1999), en el artículo "¿Existe equidad de acceso a los servicios de salud para el adulto mayor según zona de residencia (urbano/rural)?."; Rodríguez, Díaz, Balcindes, García, De Vos, & Van, (2016), en el artículo "Morbidity, utilization of curative care and service entry point preferences in metropolitan Centro Habana, Cuba.", usando una encuesta a nivel local,

Asimismo numerosos modelos teóricos sobre el tema, entre los más importantes el modelo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2007), en el documento "Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos: Comisión sobre determinantes sociales de la salud, declaración provisional"; lo publicado por Solar & Irwin, (2010), en el documento "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health"; Álvarez, (2009), en el documento "Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo."; Levesque, Harris, & Russell, (2013), en el documento "Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations.", Otro modelo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2009), en el documento "Subsanar las

desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud"; Solar & Irwin , (2010), en el documento "A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice)"; Levesque, Harris, & Russell, (2013), en el documento "Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations"; Más aún, Peters, Garg, Bloom, Walker, Brieger, & Rahman, (2008), en el documento "Poverty and Access to Health Care in Developing Countries"; (Villar, (2007) en el documento "Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil."; Pitkin, Roan, & Ringel, (2011) en el documento "Understanding Disparities In Health Care Access-And Reducing Them-Through A Focus On Public Health", Ann & Andersen, (1974) , en el documento "A Framework for the Study of Access to Medical Care"; De Maeseneer, Willems, De Sutter, Van de Geuchte, & Billings, (2007)", en el documento "Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network", respectivamente.

En el Perú, la situación del acceso a atención institucional de salud se refleja en el documento publicado por el INEI (2016) en el informe técnico "*Condiciones de Vida en el Perú. Octubre-noviembre-diciembre 2016.*" reportó

De cada 100 personas que identifican problemas de salud, en términos generales: 17 acudieron por consulta de salud a farmacias o boticas, 16 a un establecimiento del Ministerio de Salud (MINSA), 7 a clínica o consultorio particular y 6 en algún establecimiento de EsSalud, entre los de mayor demanda. Agrupando las cifras, de cada 100 personas que tienen problemas de salud: 29 buscan atención de salud en un establecimiento institucional (establecimientos del MINSA, EsSalud, FFAA y/o Policía Nacional y Particulares); 18 reciben atención de salud informal (farmacia o botica, se automedican o auto recetan u otro tipo de atención informal para curarse); y 52 simplemente no buscan atención de salud (probablemente por múltiples motivos o una combinación de ellos). Lo cual implica que 70 de cada 100 (17+53), son las personas que tienen una necesidad de atención de salud y que no acceden a un establecimiento de salud formal por atención de salud. Por su tasa de crecimiento, en relación al año 2015, la consulta en establecimientos MINSA se incrementó apenas en 0,3%, la consulta en farmacia/botica en 1.1% y EsSalud se ha reducido en 0.8%, entre los de mayor crecimiento. Históricamente, el acceso de la población con problemas de salud, a un prestador de salud, en los últimos 5 años de cobertura, la accesibilidad a cualquier prestador de salud, creció solo 3.3%. Desagregado según prestador de salud, el acceso a establecimientos del MINSA, creció (14.6 en 2011 – 16.2 en 2016) en 1.6%, a farmacias y boticas (15.0 en 2011 – 17.1 en 2016) en 2.1% y a EsSalud (6.0 en 2011 – 6.1 en 2016) en 0.1%, principalmente (pp. 30).

Ante la problemática presentada, el presente estudio tiene como objetivo identificar determinantes sociales que tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016. Con los resultados se pretende contribuir a orientar la política de gestión sectorial a partir de la identificación, priorización y focalización de los planes, proyectos, programas sectoriales tomando en cuenta los determinantes sociales con la finalidad de contribuir a la reducción de la brecha de atención institucional de salud en el Perú. Asimismo a partir de la identificación de las barreras individuales, del hogar y del entorno geoeconómico de los hogares se contribuiría como evidencia en el propósito de reducir las inequidades sociales en la población en general.

METODOLOGÍA

Para el presente estudio se usa, los datos de la encuesta de hogares ENAHO del año 2016 (Ver: Anexo 3), (Microdatos. INEI, 2016). El ENAHO, se realiza en el ámbito nacional, en el área urbana y rural (Microdatos. INEI, 2016, págs. 1, 3). El tamaño anual de la muestra 2016 es de 38296 viviendas particulares, correspondiendo 24658 viviendas al área urbana y 13638 viviendas al área rural. La muestra es del tipo probabilística, de áreas, estratificada, multietápica e independiente en cada departamento de estudio. La técnica de recolección de datos es la Encuesta, denominada Encuesta ENAHO y el, el método de entrevista: Directa utilizando equipos móviles para captura de datos (PDA) (p. 7) (Microdatos. INEI, 2016). El Instrumento es la encuesta ENAHO, tienen en total 356 preguntas y 324 ítems.

Para el desarrollo de la investigación las variables se clasifican y organizan en niveles, donde el nivel jerárquico 1 correspondería a información correspondiente al individuo miembro del hogar y que tienen variabilidad dentro de un hogar. El nivel jerárquico 2, corresponde a información referente al hogar que habita una vivienda, que reside en un ámbito geográfico y que se interrelaciona con otros hogares a través de características sociales, económicas culturales, etc., como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 20. Clasificación de la variable dependiente, en relación del nivel jerárquico de la información.

Nivel jerárquico	Dimensiones	VARIABLES
Nivel jerárquico 1:	1. Dimensión Individual	1.1 Género 1.2 Discapacidad 1.3 Educación 1.4 Población autóctona
Nivel jerárquico 2:	1. Dimensión Hogar	2.1 Vivienda. 2.2 Distribución de ingresos y renta. 2.3 Empleo y condiciones de trabajo 2.4 Estado y servicios de salud.
	2. Dimensión ámbito geoeconómico del hogar.	3.1 Ámbito geográfico de la vivienda. 3.1 Exclusión social o Pobreza.

El procedimiento para contrastar las hipótesis siguió la siguiente ruta:

- a. Paso 1: Creación de variables dicotómicas: a partir de las variables dependientes e independientes. La información de la encuesta ENAHO 2016, viene en formato SAV o DBF, después de descargar las tablas hay que convertirlas en formato DTA, para que pueden ser recodificadas en variables dicotómicas. El Metadata de cada variable sin procesar se muestra en la Tabla 9.
- b. Paso 2. Análisis descriptivo.
- c. Paso 3. Análisis de comparación de proporciones.
- d. Paso 4. Análisis de regresiones multinivel binaria para muestras complejas.
 - i. Paso 5. Análisis de regresiones multinivel múltiple aplicado a la muestra.
 - ii. Paso 6. Análisis de regresiones multinivel múltiple para muestras complejas .Para cuantificar el efecto de riesgo se usa el Odds Ratio (OR), se seleccionaran aquellos que tengan intervalos de confianza (IC) al 95% de seguridad y se consideró un nivel de significación estadística de 0,05. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico STATA 12.

RESULTADOS

Son 90 indicadores o sub-variables seleccionados de la información de la “Encuesta Nacional de Hogares” ENAHO del 2016, para analizar el efecto de los determinantes sociales sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú. La variable dependiente: determinantes sociales se dividió en 2 niveles y 3 dimensiones. Según el nivel jerárquico de la información, se identifica: a nivel individual, información correspondientes a características que identifica a cada individuo del hogar encuestado (Dimensión individual) y a nivel de hogar, con información que caracteriza al hogar y a todos los miembros de un hogar en general (Dimensión hogar y el ámbito geoeconómico del hogar).

El análisis de la relación entre las variables género, discapacidad educación y el acceso a la atención institucional de salud (figura 1), entre las sub-variables que resultaron significativas.

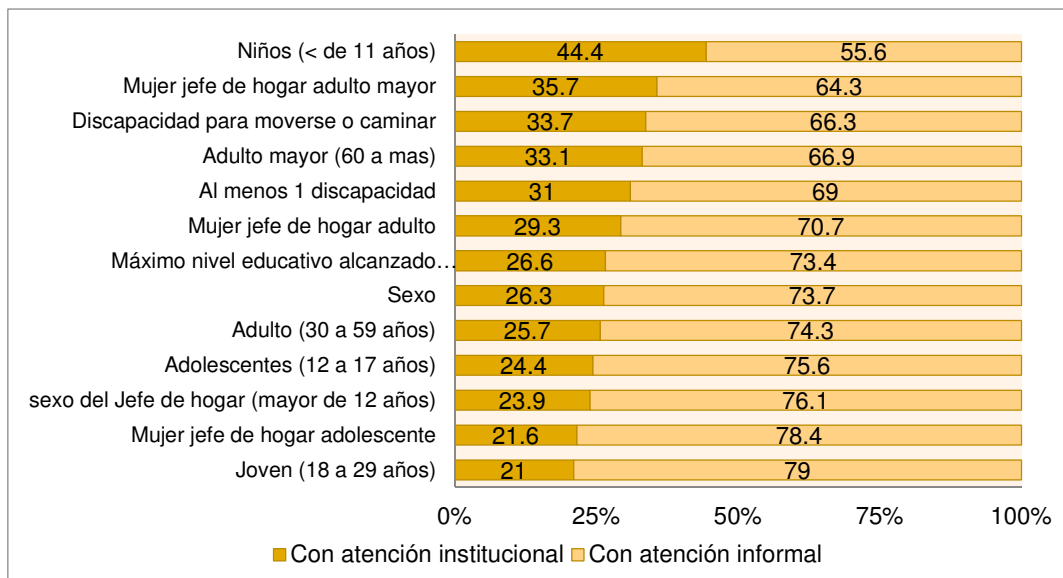


Figura 16. Relación proporcional entre la dimensión individual y el acceso a la atención de salud.

El análisis de la relación entre las variables vivienda, distribución de empleo y condiciones de trabajo; distribución de estado y servicios de salud; y el acceso a la atención institucional de salud (figura 2), entre las sub-variables que resultaron significativas.

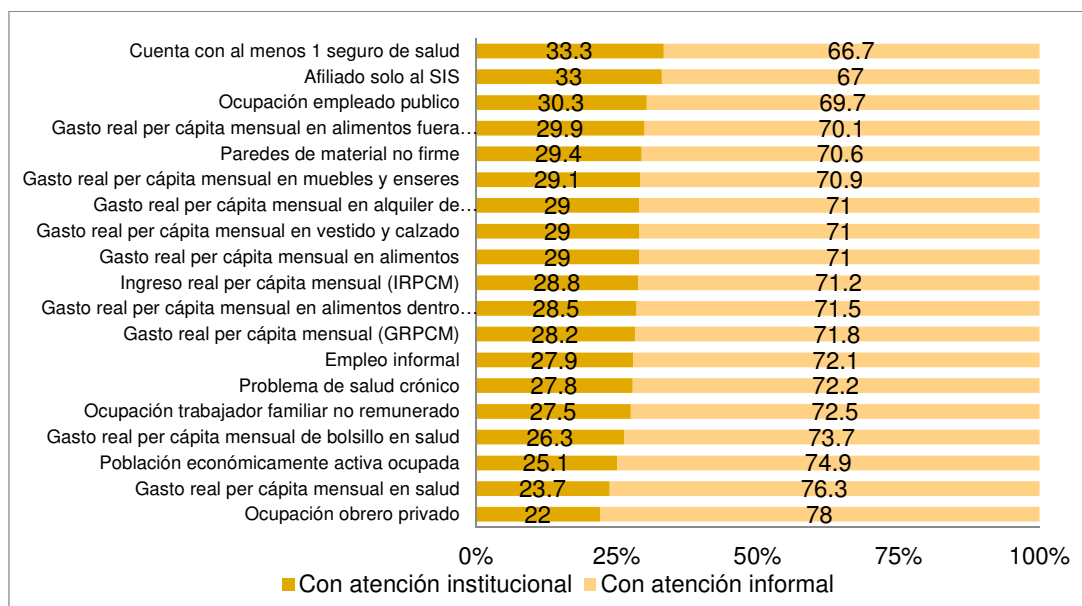


Figura 17. Relación proporcional entre la dimensión hogar y el acceso a la atención de salud.

El análisis de la relación entre las variables distribución de ámbito geográfico de la vivienda, exclusión social o pobreza y el acceso a la atención institucional de salud (figura 3), entre las sub-variables que resultaron significativas.

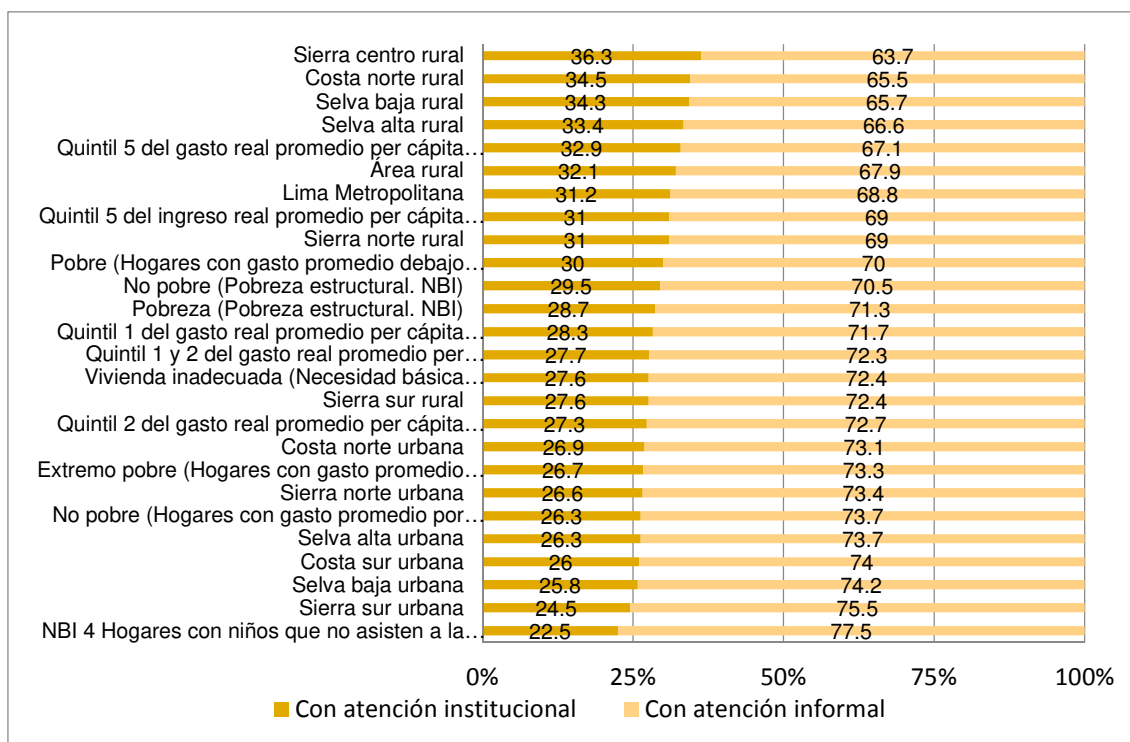


Figura 18. Relación proporcional entre la dimensión ámbito geográfico de la vivienda y el acceso a la atención de salud.

En relación entre los determinantes sociales y el acceso a la atención institucional de salud, según la regresión multinivel binaria para muestras complejas. Del análisis binario se seleccionaron solo aquellas relaciones que tuvieran odd-ratio (OR) mayor que 1 y significativos ($p < 0.05$) (tabla 2). Como regla general todos los indicadores están por debajo de 2, es decir ninguno tienen una relación de riesgo yaro al 100% (entre 29% y 62% de riesgo adicional) de no acceder a atención institucional de salud. Asimismo todas las variables analizadas tuvieron indicadores de riesgo ($OR > 1$).

Entre las características que destacan del listado tenemos, que la población adulto mayor (de 60 años a más) con un OR 1.62, ser mujer jefe de hogar y adulto mayor (de 60 a más años) con un OR 1.41, tener un hogar en la Sierra centro rural con un OR 1.51, tener discapacidad para moverse o caminar con un 1.49

Tabla 21. *Relación de riesgo según odds ratio (OR), a partir de una regresión logística multinivel binaria entre las variables de estudio y el riesgo de no acceder a atención institucional de salud. ENAHO 2016.*

Variable	Indicadores	OR	Desviación estándar	Constante	Desviación estándar
Género	Adulto mayor (60 a mas)	1.623***	(0.0498)	0.274***	(0.00581)
	Mujer jefe de hogar adulto mayor	1.408***	(0.0840)	0.361***	(0.0202)
	Migración (departamento de nacimiento es diferente al departamento de residencia)	1.245***	(0.0409)	0.290***	(0.00596)
Discapacidad	Al menos 1 discapacidad	1.294***	(0.0655)	0.304***	(0.00590)
	Discapacidad para moverse o caminar	1.486***	(0.106)	0.305***	(0.00586)
	Discapacidad visual	1.227**	(0.118)	0.308***	(0.00589)
	Discapacidad auditiva	1.230**	(0.114)	0.309***	(0.00587)
Educación	Máximo nivel educativo alcanzado				
	Primaria Completa (Primaria completa o Secundaria incompleta)	1.281***	(0.117)	0.260***	(0.0211)
Distribución de ingresos y renta	Gasto real per cápita mensual (GRPCM) en esparcimiento y cultura	1.092**	(0.0377)	0.290***	(0.00968)
Empleo y condiciones de trabajo	Población económicamente activa ocupada	1.354***	(0.130)	0.210***	(0.0204)
	Empleo informal	1.241***	(0.0487)	0.268***	(0.00696)
	Ocupación trabajador familiar no remunerado	1.182***	(0.0531)	0.279***	(0.00694)
Servicios de salud	Problema de salud crónico	1.173***	-0.0343	0.280***	-0.00758
Geográfica	área rural	1.218***	(0.0381)	0.296***	(0.00651)
	Costa norte rural	1.270**	(0.118)	0.309***	(0.00587)
	Sierra centro rural	1.508***	(0.0700)	0.302***	(0.00594)
	Selva alta rural	1.211***	(0.0787)	0.308***	(0.00592)
	Lima Metropolitana	1.168***	(0.0454)	0.295***	(0.00556)
Exclusión social o Pobreza	Pobre (Hogares con gasto promedio debajo de la línea de pobreza)	1.289***	(0.0501)	0.251***	(0.00934)

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Probando las hipótesis de trabajo:

e) Modelo 1: de intercepto aleatorio con el predictor dimensión individual como efecto fijo. En la Figura 4, se muestra los coeficientes y los odds ratios de riesgo de cada determinante significativo, así como la amplitud según sus intervalos de confianza.

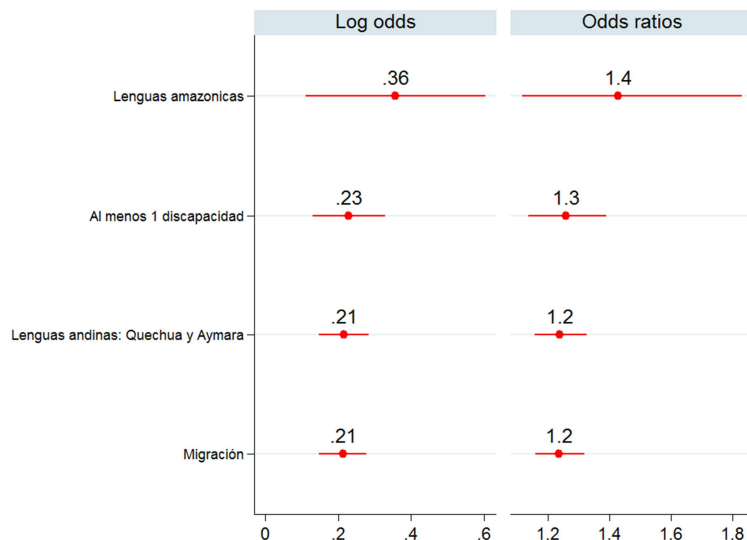


Figura 19. Determinantes riesgo de la dimensión 1 individual, que afectan el acceso a la atención institucional de salud.

f) Modelo 2: de intercepto aleatorio con el predictor dimensión hogar como efecto fijo. En la Figura 5, se muestra los coeficientes y los odds ratios de riesgo de cada determinante significativo, así como la amplitud según sus intervalos de confianza.

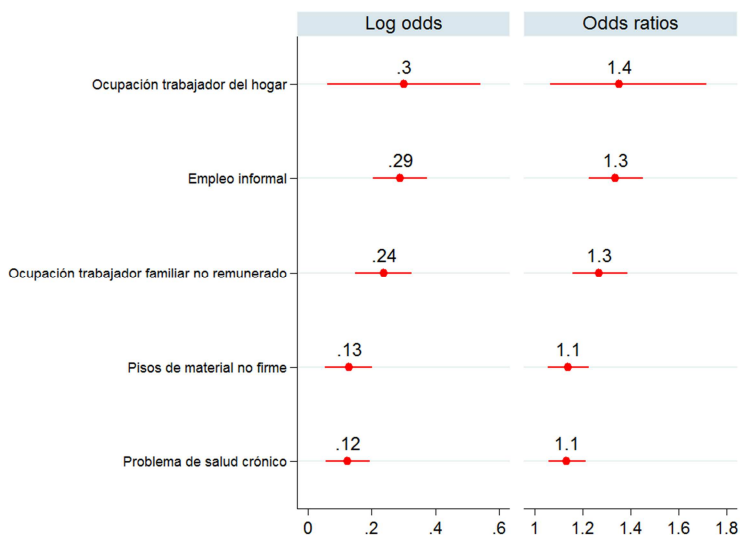


Figura 20. Determinantes riesgo de la dimensión 2 hogar, que afectan el acceso a la atención institucional de salud.

g) Modelo 3: de intercepto aleatorio con el predictor dimensión 3 ámbitos geoeconómico del hogar, como efecto fijo. En la Figura 6, se muestra los

coeficientes y los odds ratios de riesgo de cada determinante significativo, así como la amplitud según sus intervalos de confianza.

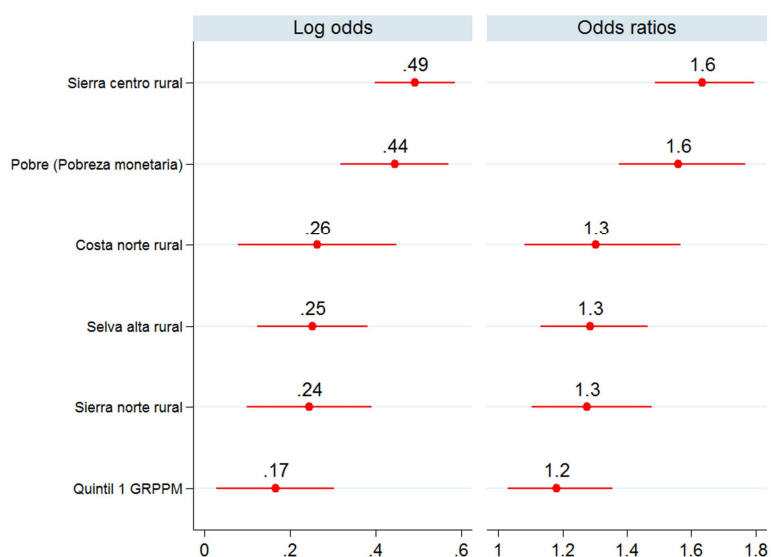


Figura 21. Determinantes riesgo de la dimensión 3 ámbitos geoeconómico del hogar, que afectan el acceso a la atención institucional de salud.

h) Modelo 4: de intercepto aleatorio con el predictor producto de la integración de las 3 dimensiones de análisis, como efecto fijo. En la Figura 7, se muestra los coeficientes y los odds ratios de riesgo de cada determinante significativo, así como la amplitud según sus intervalos de confianza.

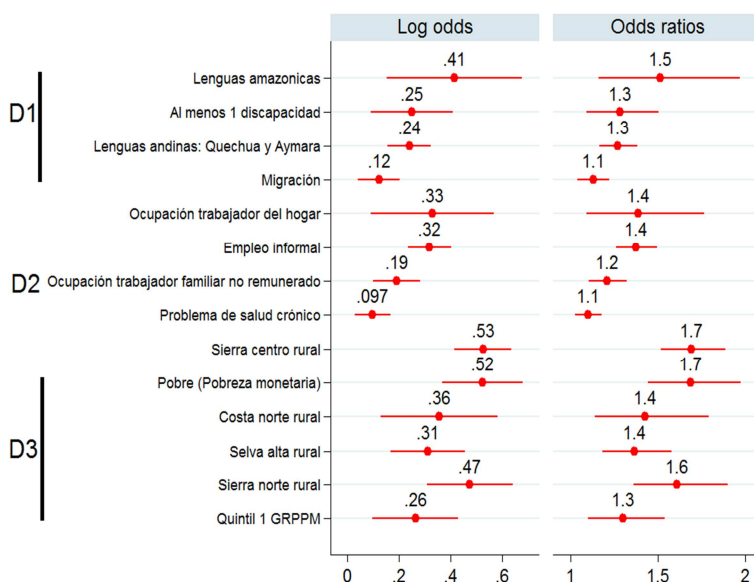


Figura 22. Determinantes riesgo generado a partir de la integración de las 3 dimensiones de análisis que afectan el acceso a la atención de salud.

DISCUSIÓN

En la dimensión individual la población que más accede a atención institucional de salud, son los niños (44.4%), mujer jefe de hogar adulto mayor principalmente (35.7%) principalmente; en contraste los población joven (21.6%) y mujeres jefe de hogar adolescente (21%), con una diferencia proporcional de más del doble entre los que más acceden y los que menos acceden, distinguiéndose un patrón predominante entre la población con más vulnerabilidad, los que más acceden y los de menor vulnerabilidad los que menos acceden.

En la dimensión hogar, se observa que aquellas familias que cuentan con un seguro de salud al menos 1 de manera inespecífica (33.3%) o solo SIS (33%) y los que tienen un empleo formal por ser empleados públicos (30.3%) son los que más acceden a la atención institucional de salud y asimismo, son los de menor vulnerabilidad social. El contraste lo constituye los obreros privados (probablemente los más informales) con un 22.5% y aquellos que tienen un nivel de gasto por debajo de la media en salud (23.7%), es decir población extremadamente vulnerables debido a lo precario de su empleo y por su baja inversión económica en salud que de por sí se convierte en una barrera económica son los que menos acceden a atención institucional de salud. La brecha de acceso entre los que más acceden y los que menos acceden es del 33.4%.

En relación al ámbito geográfico de la vivienda, las poblaciones que residen en la sierra centro (35.5%), costa norte (34.5%) y en la selva baja todos del ámbito rural, son los que más acceden a atención institucional de salud. En contraste aquellos hogares con niños que no asisten a la escuela (22.6%) y los hogares que residen en la sierra sur (24.5%) y selva baja (25.8%) del ámbito urbano son los que menos acceden a atención institucional de salud. La brecha de acceso entre los que más acceden y los que menos acceden es del 38%.

En líneas generales, todas las subvariable analizadas muestran proporciones de acceso a atención institucional de salud, muy inferiores a los que no acceden a atención de salud o tienen atención informal. El problema es de gravedad si tomamos en cuenta que ambos grupos tienen problemas de salud identificados, es decir tienen una necesidad sentida de atención para recuperar su salud. La cuestión no se reduce en acceder o no acceder, sino en que si el problema de salud es agudo corre el peligro de complicarse y evolucionar a morbilidades más difícil de tratar y por ende más costo económico para el hogar, y sus repercusiones en el plano laboral. Si el problema es una morbilidad crónica, la falta de atención oportuna no solo repercute en complicaciones asociadas, sino también en la discapacidad en algunos casos o la reducción de los años de vida saludable.

A la pregunta si los determinantes de la dimensión individual tienen efecto de riesgo en el acceso a la atención institucional de salud? la respuesta indudable es sí, y tienen el siguiente perfil de riesgo es un individuo que tiene como lengua materna quechua, aymara o lenguas amazónicas y migrante. Resultando más que

obvio a la raíz de los resultados, que estamos hablando de que el riesgo aumenta si uno no la persona no habla Castellano, muy a pesar de los esfuerzos que desarrolla el Ministerio de Salud en promover la multiculturalidad y el respeto por la cultura de la población local, entre los profesionales de la salud; aun el 2016, sigue prevaleciendo como una población con alta vulnerabilidad y exclusión social. La condición de migrante como condición de riesgo, es probable que también este asociado a la cultura y lengua materna del migrante. Otros determinantes como la edad, ser mujer en condición de jefe de hogar y el nivel educativo individual, que intuitivamente, después de hacer el análisis de descriptivo y la regresión bivariada, se podría atribuir a priori alguna relación de riesgo, pues son descartados al construir el modelo multivariado; lo cual indica que no son explicativos actualmente, del porque la población no acude a un establecimiento de salud buscando atención para sus males.

De igual manera, a la pregunta los determinantes de la dimensión hogar, tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud?, la respuesta definitiva es si, y tienen el siguiente perfil de riesgo, es un hogar cuyos personas tienen como condicen laboral, ser trabajador del hogar o trabajador familiar no remunerado o tener un empleo informal, según su estado de salud, padecer de una enfermedad crónica y vivir en una caso con piso predominantemente de material rustico o tierra. Es decir son hogares que no tienen un ingreso fijo y permanente, lo cual repercute en la decisión de ir o no ir a un establecimiento de salud por atención médica, un hogar con personas con enfermedades crónicas es vulnerable por sí mismo, debido a que son problemas de salud que demandan atención medica de manera permanente y muy costosas pues son por naturaleza incurables, su desatención implica para el hogar mayor gasto y por ende mayor pobreza; de igual manera una vivienda con un piso rustico o de tierra estamos hablando de viviendas localizadas en el ámbito rural o periurbano y asociados a la pobreza. En general el modelo nos indica bajos ingresos del hogar por la falta de empleo lo cual hace que no tengan posibilidad de buscar atención médica por no poder cubrir los costos de atención y medicamentos, y eso se expresaría en hogares con enfermedades crónicas y viviendas en condiciones rusticas. Otras variables como no tener un seguro de salud, el nivel de gasto por debajo del promedio nacional, el nivel de ingreso por debajo de promedio nacional, no estuvieron asociados como razones explicativas del riesgo de no acceder a atención institucional de salud.

Asimismo, a la pregunta si los determinantes de la dimensión ámbito geoeconómico de la vivienda tienen efecto de riesgo en el acceso a la atención institucional de salud?, la respuesta otra vez es si y tienen el siguiente perfil de riesgo: en un hogar se encuentre localizado en la Costa norte rural, Sierra norte rural, Sierra centro rural o en Selva alta rural; y según su capacidad de gasto pertenecer al quintil 1 de gastos más bajo y estar en la categoría de pobre según línea de pobreza (los más pobres de los pobres). De igual manera, a los modelos previos se esperaba otras determinantes tuvieran preponderancia como factores de riesgo como es el caso de residir en la zona sur, tradicionalmente los más pobres del Perú; la pobreza según necesidades básicas insatisfechas que hasta el año 2007 era usados como patrón para medir pobreza.

Y finalmente un modelo que un modelo que integre los determinantes sociales de las 3 dimensiones, como explicativos del riesgo de no acceder a atención de salud institucional, nos indica que tiene el siguiente perfil de riesgo: es, un individuo que tiene como lengua materna quechua, aymara o lengua amazónicas y migrante; según su condición laboral, ser trabajador del hogar o trabajador familiar no remunerado o tener un empleo informal, según su estado de salud, padecer de una enfermedad crónica; que su hogar se encuentre localizado en la Costa norte rural, Sierra norte rural, Sierra centro rural o en Selva alta rural; y según su capacidad de gasto pertenecer al quintil 1 de gastos más bajo y estar en la categoría de pobre según línea de pobreza (los más pobres de los pobres). Determinantes como discapacidad e individuos con enfermedades crónicas, también constituyen determinantes de riesgo asociados al estado de salud y que tienen alto impacto en la economía familiar. El caso de viviendas con piso rústico o de tierra presente en los modelos individuales por dimensiones, no aparecen en el modelo integrado.

De manera general podemos afirmar que en el acceso a atención institucional de salud está fuertemente asociado a las inequidades sociales donde hablar idiomas diferentes del castellano, tener un empleo informal o no tener remuneración, vivir en la parte norte, centro y selva alta rural y ser de los más de los pobres constituye la población de mayor vulnerabilidad social probablemente por su perfil la que acumula mayor morbilidad por falta de atención y tratamiento a sus problemas de salud identificados.

Un estudio similar realizado por el “Instituto Nacional de Estadística e Informática” (INEI. Biblioteca, 2000), reportó un modelo para el nivel nacional, en donde las condiciones en las que vive la población, como son las NBI, que interactúan y presentan una relación inversa respecto del acceso a los servicios de salud, así tenemos los hogares con niños que no asisten a la escuela (NBI4), sin servicios higiénicos (NBI3) y en condiciones de hacinamiento (NBI2), se convierten en barreras del acceso a los servicios de salud, comparado con los hallazgos de la tesis, no tienen ninguna relación, aunque si es importante mencionar que son 17 años de diferencias entre ambos estudios y que las condiciones de vida han variado significativamente. Asimismo es importante resaltar que aquellos indicadores que en el 2016 no tienen validez explicativa como educación, grupos etarios, estado civil, etc., tampoco son reportados en el 2000, a pesar que existe numerosos modelos teóricos que si le dan importancia y relevancia, pero que ante la evidencia estadística no se corrobora la importancia atribuida.

Otros estudios corroboran en alguna medida los resultados reportados en el presente estudio, así tenemos a (Acuña, Mendoza, Martins, L, & Azeredo, (2014), atribuye a las características de la vivienda, la formalidad del empleo del jefe(a) de hogar y las condiciones socioeconómicas del hogar como importantes determinantes de la falta de acceso a atención de salud y los medicamentos. Igualmente (Vásquez, Paraje, & Estay, Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000 - 2009., (2013), atribuye a los ingresos y tener mayor educación y seguro de salud privado, la residencia urbana y la actividad económica contribuyen a la inequidad en la atención de salud a favor de las

personas de menores ingresos; (Almeidal, Mori, Fagundes, Montoya, & Coelho, (2013), el seguro de salud privado, la educación y los ingresos son los principales factores que contribuyen a las desigualdades identificadas en el acceso a atención de salud; . de igual manera (Barradas, Furquim, Montero, & Pereira, (2007), afirma que el impacto de los factores determinantes estructurales, como la educación y los ingresos, es considerablemente menor que los elementos teóricos sociales de género, aunque los primeros son predictores más importantes. (Rodríguez A. , y otros, (2016), sus resultados indican que ninguna variable sociodemográfica estuvo asociada a la utilización de los servicios o a la consulta con el médico de familia.

Resultados contrapuestos a los reportados por el presente estudio son reportados por (Mejía, Sánchez, & Tamayo, (2007), que afirma que las barreras financieras se constituyen en el principal obstáculo para no acceder a servicios de salud. Asimismo que la educación, edad y tipo de afiliación a la seguridad social son los principales factores que inciden sobre el acceso a servicios curativos y preventivos. El género, estado de salud autorreportado y ubicación geográfica son factores adicionales para explicar el acceso a servicios preventivos, pero que no inciden en el acceso a servicios curativos. (Espejo, Brito, Siani, & Pinto, (2008), reporta que entre las barreras de acceso al servicio de salud, fueron significativas solo las psicosociales.

CONCLUSIONES

Desde una perspectiva de barrera geográfica, los hogares que residen en la Costa norte rural, Sierra norte rural, Sierra centro rural o en Selva alta rural son los que mayor riesgo tienen de no buscar atención institucional de salud a pesar de tener un problema de salud identificado.

Se evidencia que aquella población que tiene como lengua materna quechua, aymara o lengua amazónicas y migrante; según su condición laboral registran mayor probabilidad de no acceder a atención institucional de salud mas que aquellos que hablan castellano, constituye una barrera cultural; la condición de migrante como determinante de riesgo se asocia a esta barrera.

Ser pobre según pobreza monetaria y pertenecer al quintil más bajo de capacidad de gasto contribuye de manera directa como barrera económica al acceso a atención institucional. Otros determinantes que contribuyen con la barrera económica es el acceso al empleo que genere ingresos suficientes, hogares que no cuentan con ingresos por su categoría de empleo no remunerado o informal

Los hogares que tienen integrantes que padecen de una enfermedad crónica o padecer de alguna discapacidad se vuelven más vulnerables socialmente, se registra dentro del perfil de riesgo de no acceder a atención institucional de salud.

Determinantes como género, educación, condiciones de vivienda, acceso a servicios de saneamiento básico, etc., no resultaron ser determinantes de riesgo, a pesar de ser recurrentes en los modelos teóricos sobre determinantes de acceso a atención de salud.

La conclusión general es que existe evidencia que el riesgo de no acceder a atención institucional de salud está asociado a la vulnerabilidad social y a las inequidades sociales.

RECOMENDACIONES

Existe la necesidad imperiosa de hacer estados de inequidades del acceso a la atención de salud. Asimismo hacer estudios de identificación de determinantes de riesgo a un nivel de menor jerarquía geográfica, ya sea nivel regional o nivel macroregional, para poder identificar patrones de riesgo propios de la realidad de cada área geográfica.

Las autoridades de salud deberían de tomar en cuenta los resultados y conclusiones de la presente tesis en el momento de planificar y establecer políticas de salud que estén relacionados con incrementar la cobertura de atención institucional de salud o cuando se pretenda reducir las inequidades en salud.

REFERENCIAS

- Acuña, C., Mendoza, A., Martins, I., L., V., & Azeredo, T. (2014). Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(2), 128-135. Recuperado de www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000200007&lang=pt
- Aday, L., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 3(9), 208–220. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
- Almeida, G., Mori Sarti, F., Fagundes Ferreira, F., Montoya Diaz, M. D., & Coelho Campino, A. C. (2013). Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998 - 2008. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), 90-97. Recuperado de www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000200003&lang=pt
- Álvarez, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 8(17), 69-79. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a05.pdf>
- Arriaza, b. M. (2006). *Guía Práctica de Análisis de Datos. Instituto de Investigación y Formación Agraria y Pesquera*. Córdoba: ideagonal Diseño Grafico.
- Bardález del Águila, C. (s.f). *La salud en el Perú. Proyecto observatorio de la salud*. (C. d. (CIES)., Editor) Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf>
- Barradas Barata, R., Furquim de Almeida, M., Valencia Montero, C., & Pereira da Silva, Z. (2007). Gender and health inequalities among adolescents and adults in Brazil, 1998. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(5), 320-327. Recuperado de www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000400008&lang=pt
- Carusol, B., Stephenson, R., & Leon, J. (2010). Maternal behavior and experience, care access, and agency as determinants of child diarrhea in Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(6), 429-439. Recuperado de www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010001200004&lang=pt
- Cazau, P. (2006). *Introducción a la investigación en ciencias sociales* (Tercera edición ed.). Buenos aires.
- CDC. *Task 2c: How to Use Stata Code to Perform Logistic Regression*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/nchs/tutorials/NHANES/NHANESAnalyses/LogisticRegression/Task2c.htm>
- CDSS – OMS.. *Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos: Comisión sobre determinantes sociales de la salud, declaración provisional*. Ginebra: Ginebra : Organización mundial de la

- salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69671/1/interim_statement_spa.pdf
- Cetrángolo, O., Bertranou, F., Casanova, L., & Casalí, P. (2013). *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Lima: OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos. Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf
- Cortés, M. E., & Iglesias León, M. (2004). *Generalidades sobre Metodología de la Investigación* (Primera edición ed.). México: Universidad Autónoma del Carmen.
- CSDH. WHO. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Organización Mundial de la Salud. WHO/IER/CSDH/08.1. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf
- D. de Heer, H., Salinas, J., Lapeyrouse, L., Heyman, J., Morera, O., & Balcazar, H. (2013). Binational utilization and barriers to care among Mexican American border residents with diabetes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(3), 147-154. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000900001&lang=pt
- De Maeseneer, J., Willems, S., De Sutter, A., Van de Geuchte, M., & Billings, M. (March de (2007). Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf?ua=1
- Discapacidad, I. (2014). *Primera Encuesta Nacional Especializada sobre DISCAPACIDAD 2012*. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima.
- Espejo, I., Brito, M., Siani, S., & Pinto, J. (2008). Factores asociados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 886-894. Recuperado de www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500014&lang=pt
- García-Subirats, I., Vargas Lorenzo, I., Mogollón-Pérez, S., De Paepe, P., Rejane Ferreira da Silva, M., Unger, J., & Vázquez Navarrete, M. (2014). Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. *Gaceta Sanitaria*, 28(6), 480-488. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014000600008&lang=pt
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta edición ed.). México D.F.: Mcgraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. De C.V.
- Hirmas, M., Angulo, L., Jasmen, A., Aguilera, X., & Delgado, I. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*, 33(3), 223-229. Recuperado de

- <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9196/a09v33n3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- INEI. (2014). *Compendio Estadístico Provincia Constitucional del Callao 2014*. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1268/Glosario.pdf
- INEI. Biblioteca. (2000). *Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú*. Recuperado de <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/indice.htm>
- INEI. Informe Técnico. *Condiciones de Vida en el Perú. Octubre-Noviembre-Diciembre 2015*. Recuperado de INFORME TÉCNICO. No 1.: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-n02_condiciones-vida_octnovdic15.pdf
- INEI. SIRTOD. (2016). *Sistema de información regional para la toma de decisiones*. Recuperado de <http://webinei.inei.gob.pe:8080/SIRTOD1/inicio.html#>
- Lacé Murray, A. (1999). ¿Existe equidad de acceso a los servicios de salud para el adulto mayor según zona de residencia (urbano/rural)?. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 8(15), 57-63. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14291999000200006&lang=pt
- Lacé, A. (1999). ¿Existe equidad de acceso a los servicios de salud para el adulto mayor según zona de residencia (urbano/rural)?. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 8(15), 57-63. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14291999000200006&lang=pt
- Lafuente Ibáñez, C., & Marín Egoscozábal, A. (2008). Metodologías de la investigación en las ciencias sociales: Fases, fuentes y selección de técnicas. *Revista Escuela de Administración de Negocios*(64), 5-18.
- Levesque, J., Harris, M., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9. Recuperado de <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>
- Mejía, A., Sánchez, A., & Tamayo, J. (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 9(1), 26-38. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000100004&lang=pt
- Mejía-Mejía, A., Sánchez-Gandur, A., & Tamayo-Ramírez, J. (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 9(1), 26-38. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000100004&lang=pt
- Mercado laboral, INEI. (2000). *Perú: mercado laboral urbano y género. ENAHO 1999*. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima.
- Microdatos. INEI. (2016). *Base de Datos*. (INEI, Editor) Recuperado de Ficha técnica. Consulta por encuestas.: <http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>

- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management.
- MINSA. *Reporte Gerencial del Ministerio de Salud 2011 - 2016*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3590.pdf>
- OMS. (s.f.). "*Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*". Versión: *Marcha de 2005*. Recuperado de Sección Preguntas frecuentes. Organización Mundial de la Salud.: http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/
- OMS. (s.f.). "*Determinantes sociales de la salud*". Recuperado de Organización Mundial de la Salud.: http://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS. *Salud y Derechos Humanos*. Recuperado de Nota descriptiva N°323.: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- OMS. (s.f.). *Preguntas más frecuentes*. Recuperado de Organización Mundial de la Salud.: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Perú, C. d. (1993). *Constitución Política del Perú*. Recuperado de Archivo Digital de la Legislación del Perú.: <http://www.leyes.congreso.gob.pe/constituciones.aspx>
- PESEM-MINSA. (Mayo de 2016). Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021. *Resolución Ministerial N° 367-2016/MINSA*. Lima, Perú.
- Peters, D., Garg, A., Bloom, G., Walker, D., Brieger, W., & Rahman, H. (2008). Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 161–171.
- Pitkin, K., Roan, C., & Ringel, J. (2011). Understanding Disparities In Health Care Access - And Reducing Them - Through A Focus On Public Health. *HEALTH AFFAIRS*, 9(3), 1844–1851. doi:doi: 10.1377/hlthaff.2011.0644
- Postgrado, U. E. (2014). *Lineas de investigacion*. Trujillo: UCV.
- Rodríguez, A., Díaz, A., Balcindes, S., García, R., De Vos, P., & Van der Stuyft, P. (2016). Morbidity, utilization of curative care and service entry point preferences in metropolitan Centro Habana, Cuba. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(10). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001005011&lang=pt
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva.: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf
- Sommet, N., & Morselli, D. (2017). Keep Calm and Learn Multilevel Logistic Modeling: A Simplified Three-Step Procedure Using Stata, R, Mplus, and SPSS. *International Review of Social Psychology*, 30(1), 203–218.
- Supo, J. (2014). *Seminarios de Investigación Científica: Sinopsis del Libro y Carpeta de Aprendizaje*. Arequipa, Perú: BIOESTADISTICO EIRL.
- Vargas, I., Vázquez, M., & Mogollón, A. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 701-712. Recuperado de www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500001&lang=pt
- Vargas-Lorenzo, I., Vázquez-Navarrete, M., & Mogollón-Pérez, A. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 701-712. Recuperado de

- www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500001&lang=pt
- Vásquez, F., Paraje, G., & Estay, M. (2013). Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000 - 2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), 98-106. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000200004&lang=pt
- Vásquez, F., Paraje, G., & Estay, M. (2013). Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000 - 2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), 98-106. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000200004&lang=pt
- Vega M, J., Bedregal G, P., Jadue H, L., & Delgado B, I. (2003). Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Revista médica de Chile*, 131(6), 669-678. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000600012&script=sci_arttext
- Vega, J., Bedregal, P., Jadue, L., & Delgado, I. (2003). Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Revista médica de Chile*, 131(6), 669-678. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000600012&script=sci_arttext
- Villar, E. (2007). Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil. *Saude soc*, 16(3), 7-13

Anexo B. Matriz de consistência.

TEMA: Efecto de riesgo de los determinantes sociales y la accesibilidad a la atención de salud en el Perú en 2016.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición
Problemas General	Objetivo General	Hipótesis específicas	Género	nivel jerárquico 1: Dimensión Individual	Sexo Sexo del Jefe de hogar (mayor de 12 años) Niños (< de 11 años) Adolescentes (12 a 17 años) Joven (18 a 29 años) Adulto (30 a 59 años) Adulto mayor (60 a mas) Mujer jefe de hogar adolescente Mujer jefe de hogar adulto mayor Migración	Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas	1 Masculino, 0 Femenino 1 Jefe de hogar masculino, 0 Jefe de hogar femenino 1 Niños (< 11 años), 0 Demás grupos etarios 1 Adolescentes (12 a 17 años), 0 Demás grupos etarios 1 Joven (18 a 29 años), 0 Demás grupos etarios 1 adulto30_59a, 0 Demás grupos etarios 1 Adulto (30 a 59 años), 0 Demás grupos etarios 1 Mujer jefe de hogar adolescente, 0 Mujer jefe de hogar de otros grupos etarios 1 Mujer jefe de hogar joven, 0 Mujer jefe de hogar de otros grupos etarios 1 Migrante, 0 No migrante
¿Qué determinantes sociales tienen efecto de riesgo en el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016?	Identificar determinantes sociales que tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016.	Los determinantes sociales tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú.	Discapacidad		Al menos 1 discapacidad Discapacidad para moverse o caminar Discapacidad visual Discapacidad para comunicarse Discapacidad auditiva Discapacidad para aprender Discapacidad para relacionarse	Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas	1 Al menos 1 discapacidad, 0 Sin discapacidad 1 Discapacidad para moverse o caminar, 0 Con otra discapacidad 1 Discapacidad visual, 0 Con otra discapacidad 1 Discapacidad para comunicarse, 0 Con otra discapacidad 1 Discapacidad auditiva, 0 Con otra discapacidad 1 Discapacidad para aprender, 0 Con otra discapacidad 1 Discapacidad para relacionarse, 0 Con otra discapacidad
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis específicas					
Problema específico 1: ¿Qué determinantes sociales del nivel individual tienen efecto de riesgo en el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016?	Objetivos específicos 1: Identificar determinantes sociales a nivel individual que tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016.	Hipótesis específica 1: Los determinantes sociales del nivel individual tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú.	Educación		Máximo nivel educativo alcanzado primaria incompleta o menos Máximo nivel educativo alcanzado primaria completa Jefe de hogar con primaria incompleta o menos Jefe de hogar con primaria completa	Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas Nominal dicotómicas	1 Primaria incompleta o menos, 0 Otro nivel educativo 1 Primaria Completa, 0 Otro nivel educativo 1 Jefe de hogar con primaria incompleta o menos, 0 Jefe de hogar con otro nivel educativo 1 Jefe de hogar con Primaria Completa, 0 Jefe de hogar con otro nivel educativo

Población autóctona		Jefe de hogar con secundaria completa	Nominal dicotómicas	1 "Origen nativo" 0 "Otros"
		Lenguas andinas: Quechua y Aymara	Nominal dicotómicas	1 "Quechua y Aymara" 0 "Otros"
		Lenguas amazónicas	Nominal dicotómicas	1 "Lenguas amazónicas" 0 "Otros"
		Lengua nativas	Nominal dicotómicas	1 "Lengua Nativa " 0 "Otros"
Vivienda	nivel jerárquico2: dimensión hogar	Sin acceso a agua de servicio público	Nominal dicotómicas	1 Sin acceso a agua de servicio público, 0 Con acceso a agua de servicio público
		Sin acceso a desagüe de servicio público	Nominal dicotómicas	1 Sin acceso a desagüe de servicio público, 0 Con acceso a desagüe de servicio público
		Paredes de material no firme	Nominal dicotómicas	1 Paredes de material no firme, 0 Paredes de material firme o noble
		Pisos de material no firme	Nominal dicotómicas	1 Pisos de material no firme, 0 Pisos de material firme o de primera
		Techos de material no firme	Nominal dicotómicas	1 Techos de material no firme, 0 Techos de material firme o material de primera
Distribución de ingresos y renta		Gasto real per cápita mensual (GRPCM)	Nominal dicotómicas	1 Hogar con GRPCM por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM igual o más que el promedio nacional
		Gasto real per cápita mensual (GRPCM) en alimentos	Nominal dicotómicas	1 Hogar con GRPCM en alimentos por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM en alimentos igual o más que el promedio nacional
		Gasto real per cápita mensual en alimentos dentro del hogar	Nominal dicotómicas	1 Hogar con GRPCM en alimentos dentro del hogar por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM en alimentos dentro del hogar por debajo del promedio nacional
		Gasto real per cápita mensual en alimentos fuera del hogar	Nominal dicotómicas	1 Hogar con GRPCM en alimentos fuera del hogar por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM en alimentos fuera del hogar por debajo del promedio nacional
		Gasto real per cápita mensual en vestido y calzado	Nominal dicotómicas	1 Hogar con GRPCM en vestido y calzado por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM en vestido y calzado igual o más que el promedio nacional
		Gasto real per cápita mensual en alquiler de vivienda y combustible	Nominal dicotómicas	1 Hogar con GRPCM en alquiler de vivienda y combustible por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM en alquiler de vivienda y combustible igual o más que el promedio nacional
		Gasto real per cápita mensual en muebles y enseres	Nominal dicotómicas	1 Hogar con GRPCM en muebles y enseres por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM en muebles y enseres igual o más que el nacional
		Gasto real per cápita mensual en transportes y comunicaciones	Nominal dicotómicas	1 Hogar con GRPCM en transporte y comunicación por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM en transporte y comunicación igual o más que el promedio nacional

Problema específico	Objetivos específicos	Hipótesis específicas				
¿Que determinantes sociales del nivel hogar tienen efecto de riesgo en el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016?	2: Identificar determinantes sociales a nivel de hogar que tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016.	2: Los determinantes sociales del nivel hogar tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú.	Empleo y condiciones de trabajo	Gasto real per cápita mensual en esparcimiento diversión y cultura	Nominal dicotómicas	1 Hogar con GRPCM en esparcimiento, diversión y cultura por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM en esparcimiento, diversión y cultura igual o más que el promedio nacional
				Gasto real per cápita mensual en otros gastos en bienes y servicios	Nominal dicotómicas	1 Hogar con GRPCM en bienes y servicios por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM en bienes y servicios igual o más que el promedio nacional
				Ingreso real per cápita mensual (IRPCM)	Nominal dicotómicas	1 Hogar con IRPCM por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con IRPCM igual o más que el promedio nacional
				Gasto real per cápita mensual en salud	Nominal dicotómicas	1 Hogar con GRPCM en salud por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM en salud igual o más que el promedio nacional
				Gasto real per cápita mensual de bolsillo en salud	Nominal dicotómicas	1 Hogar con GRPCM de bolsillo en salud por debajo del promedio nacional, 0 Hogar con GRPCM de bolsillo en salud igual o más que el promedio nacional
				Población económicamente activa ocupada	Nominal dicotómicas	1 Población Económicamente Activa Ocupada, 0 Población Económicamente Activa Ocupada
				Empleo informal	Nominal dicotómicas	1 Empleo informal, 0 Empleo formal
				Ocupación empleador	Nominal dicotómicas	1 Ocupación empleador, 0 Otras categorías ocupacionales
				Ocupación empleado privado	Nominal dicotómicas	1 Ocupación empleado privado, 0 Otras categorías ocupacionales
				Ocupación empleado publico	Nominal dicotómicas	1 Ocupación empleado público, 0 Otras categorías ocupacionales
				Ocupación obrero privado	Nominal dicotómicas	1 Ocupación obrero privado, 0 Otras categorías ocupacionales
				Ocupación obrero publico	Nominal dicotómicas	1 Ocupación obrero publico, 0 Otras categorías ocupacionales
				Ocupación independientes	Nominal dicotómicas	1 Ocupación independientes, 0 Otras categorías ocupacionales
				Ocupación trabajador familiar no remunerado	Nominal dicotómicas	1 Ocupación trabajador familiar no remunerado, 0 Otras categorías ocupacionales
Estado y servicios de salud				Ocupación trabajador del hogar	Nominal dicotómicas	1 Ocupación trabajador del hogar, 0 Otras categorías ocupacionales
				Cuenta con al menos 1 seguro de salud	Nominal dicotómicas	1 Cuenta con al menos 1 seguro de salud, 0 Sin seguro de salud
				Afiliado solo al SIS	Nominal dicotómicas	1 Afiliado solo al SIS, 0 Afiliado a otros seguros de salud
Ambito geográfico de la vivienda	dimensión ámbito geoeconómico del hogar			Problema de salud crónico	Nominal dicotómicas	1 Enfermedad crónica. 0 NO crónica
				Área rural	Nominal dicotómicas	1 área rural, 0 área urbana
				Costa norte urbana	Nominal dicotómicas	1 Costa norte urbana, 0 Otras áreas
				Costa norte rural	Nominal dicotómicas	1 Costa norte rural, 0 Otras áreas
				Costa centro urbana	Nominal dicotómicas	1 Costa centro urbana, 0 Otras áreas

Problema específico 3. ¿Que determinantes sociales del ámbito geoeconómico del hogar tienen efecto en el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016?	Objetivos : 3: Identificar determinantes sociales a nivel del ámbito geoeconómico que tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016.	Hipótesis 3: específica 3. Los determinantes sociales del ámbito geoeconómico del hogar tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú.
--	--	--

Exclusión social o Pobreza

Costa norte rural	Nominal dicotómicas	1 Costa norte rural, 0 Otras áreas
Costa sur urbana	Nominal dicotómicas	1 Costa sur urbana, 0 Otras áreas
Costa sur rural	Nominal dicotómicas	1 Costa sur rural, 0 Otras áreas
Sierra norte urbana	Nominal dicotómicas	1 Sierra norte urbana, 0 Otras áreas
Sierra norte rural	Nominal dicotómicas	1 Sierra norte rural, 0 Otras áreas
Sierra centro urbana	Nominal dicotómicas	1 Sierra centro urbana, 0 Otras áreas
Sierra centro rural	Nominal dicotómicas	1 Sierra centro rural, 0 Otras áreas
Sierra sur urbana	Nominal dicotómicas	1 Sierra sur urbana, 0 Otras áreas
Sierra sur rural	Nominal dicotómicas	1 Sierra sur rural, 0 Otras áreas
Selva alta urbana	Nominal dicotómicas	1 Selva alta urbana, 0 Otras áreas
Selva alta rural	Nominal dicotómicas	1 Selva alta rural, 0 Otras áreas
Selva baja urbana	Nominal dicotómicas	1 Selva baja urbana, 0 Otras áreas
Selva baja rural	Nominal dicotómicas	1 Selva baja rural, 0 Otras áreas
Lima metropolitana	Nominal dicotómicas	1 Lima Metropolitana, 0 Otras áreas
Quintil 1 del ingreso real promedio per cápita mensual (IRPPM)	Nominal dicotómicas	1 Quintil 1 IRPPM, 0 Demás quintiles IRPPM
Quintil 2 del ingreso real promedio per cápita mensual	Nominal dicotómicas	1 Quintil 2 IRPPM, 0 Demás quintiles IRPPM
Quintil 1 y 2 del ingreso real promedio per cápita mensual	Nominal dicotómicas	1 Quintil 1 y 2 IRPPM, 0 Demás quintiles GRPPM
Quintil 1 del gasto real promedio per cápita mensual (GRPPM)	Nominal dicotómicas	1 Quintil 1 GRPPM, 0 Demás quintiles GRPPM
Quintil 2 del gasto real promedio per cápita mensual	Nominal dicotómicas	1 Quintil 2 GRPPM, 0 Demás quintiles GRPPM
Quintil 1 y 2 del gasto real promedio per cápita mensual	Nominal dicotómicas	1 Quintil 1 y 2 GRPPM, 0 Demás quintiles GRPPM
NBI 1 vivienda inadecuada	Nominal dicotómicas	1 Vivienda inadecuada, 0 Vivienda adecuada
NBI 2 vivienda con hacinamiento	Nominal dicotómicas	1 Vivienda con hacinamiento, 0 Vivienda sin hacinamiento
NBI 3 hogares con vivienda sin servicios higiénicos	Nominal dicotómicas	1 Hogares con vivienda sin servicios higiénicos, 0 Vivienda con servicios higiénicos
NBI 4 hogares con niños que no asisten a la escuela	Nominal dicotómicas	1 Hogares con niños que no asisten a la escuela, 0 Todos los niños asisten a la escuela
NBI 5 hogares con alta dependencia económica	Nominal dicotómicas	1 Hogares con alta dependencia económica, 0 Hogares con baja dependencia económica
Pobreza (pobreza estructural, NBI)	Nominal dicotómicas	1 Con 1 NBI, 0 Sin NBI
Pobreza extremo (pobreza estructural, NBI)	Nominal dicotómicas	1 Con 2 NBIs, 0 Con máximo 1 NBI

		Pobre (hogares con gasto promedio debajo de la línea de pobreza)	Nominal dicotómicas	1 Pobre (Pobreza monetaria), 0 No pobre
		Extremo pobre (debajo la línea de canasta básica alimentaria)	Nominal dicotómicas	1 Extremo pobre (Pobreza monetaria), 0 Pobre y No pobre
Variable 2: Accesibilidad a la atención de salud.*	Dimensión 1: No discriminación;		Nominal dicotómicas	
	Dimensión 2: Acceso a la información.	Problema de Salud	Nominal dicotómicas	
	Dimensión 3: Accesibilidad física;		Nominal dicotómicas	Atención institucional, 0 Sin atención o atención informal
	Dimensión 4: Accesibilidad económica (asequibilidad);	Acceso a atención institucional de salud	Nominal dicotómicas	

(*) Según lo manifestado por (OMS, Salud y Derechos Humanos, 2015, pág. s.f.).

TIPO:

Según la finalidad: Investigación pura o básica. La investigación pura busca el conocimiento por el conocimiento mismo, más allá de sus posibles aplicaciones prácticas. Su objetivo consiste en ampliar y profundizar cada vez nuestro saber de la realidad y, en tanto este saber que se pretende construir es un saber científico, su propósito será el de obtener generalizaciones cada vez mayores (hipótesis, leyes, teorías) (Cazau, 2006, pág. 18).

Según su Carácter: Correlacional. Los estudios correlacionales tienen como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables. En el caso de estudios correlacionales cuantitativos se mide el grado de relación entre dos o más variables que intervienen en el estudio para luego medir y analizar esas correlaciones y evaluar sus resultados. La utilidad principal de los estudios correlacionales cuantitativos es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas (Cortés & Iglesias León, 2004, pág. 18) ,

Según su naturaleza: investigación no experimental cuantitativa. Podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. En un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En la investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos. La investigación no experimental es un parte aguas de varios estudios cuantitativos, como las encuestas de opinión (surveys), los estudios ex post-facto retrospectivos y prospectivos, etc. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 149).

Según el alcance temporal: investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 151).

Según la orientación que asume investigación explicativo-predictiva cuando nuestro estudio no se limite únicamente a medir variables, sino que, además

	<p>pretendemos entender el comportamiento y determinar y cuantificar las relaciones entre variables. Con este tipo de investigación tratamos de conocer la estructura y los factores que influyen en una variable, en la mayoría de los casos, con el objetivo último de establecer predicciones sobre la misma (Lafuente Ibáñez & Marín Egoscozabal, 2008).</p>
DISEÑO:	<p>La investigación propuesta tienen un diseños transeccionales correlacionales-causales; el modelo está fundamentado en Hernández et al. (2010);</p>
METODO:	<p>“Estos diseños describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. A veces, únicamente en términos correlacionales, otras en función de la relación causa-efecto (causales)” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 149)</p>
POBLACION:	<p>Hipotético deductivo. El método deductivo se enmarca en la denominada lógica racional y consiste en: partiendo de unas premisas generales, llegar a inferir enunciados particulares. Si sucede que éstas concepciones generales iniciales no son demostrables (axiomas), el método será entonces axiomático-deductivo. (Lafuente Ibáñez & Marín Egoscozabal, 2008)</p>
MUESTRA:	<p>La población de estudio está definida como el conjunto de todas las viviendas particulares y sus ocupantes residentes en el área urbana y rural del país. I (Microdatos. INEI, 2016). La población total sería de 31 millones 151 mil 643 habitantes estimados (INEI. SIRTOD., 2016).</p>
ANALISIS DE DATOS:	<p>El tamaño anual de la muestra 2016 es de 33430 viviendas particulares, correspondiendo 20260 viviendas al área urbana y 13170 viviendas al área rural. Encuesta ENAHO 2016 (Microdatos. INEI, 2016).</p>
TECNICA: INSTRUMENTO.	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis descriptivo de las variables, • Tablas de contingencia y chi cuadrado, • Regresión logística multinivel a nivel muestra, • Regresión logística multinivel binario para muestras complejas, • Regresión logística multinivel múltiple para muestras complejas usando el software STATA 14.2, Statistics/Data Analysis. Stata Corp LP. <p>Entrevista a jefe de hogar sobre encuesta ENAHO 2016, con validez internacional, con un 95% de confianza en sus respuestas (Microdatos. INEI, 2016).</p> <p>Encuesta de preguntas. ENAHO 2016 (Microdatos. INEI, 2016)</p>

Anexo C. Ficha Técnica. Encuesta ENAHO 2016.

FICHA TÉCNICA

ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES SOBRE CONDICIONES DE VIDA Y POBREZA - 2016

La Encuesta Nacional de Hogares es la investigación que permite al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) desde el año 1995, efectuar el seguimiento de los indicadores sobre las condiciones de vida.

A inicios del año 2007, con el auspicio del Banco Mundial (BM), el INEI convocó a un Comité Asesor especializado conformado por representantes de organismos internacionales, de organismos gubernamentales nacionales, representantes de la comunidad académica y de centros de investigación. El Comité Asesor de Pobreza ha venido participando cada año en verificar la calidad de la encuesta y la medición de la pobreza.

A partir del año 2010, mediante Resolución Suprema Nº 097-2010-PCM, publicado en el diario oficial El Peruano el 13 de abril del 2010, el Comité Asesor de Pobreza se constituye en Comisión Consultiva para Estimación de la Pobreza y otros indicadores relacionados en el país; cuyo objetivo es garantizar la calidad, transparencia y confianza de la información en el campo de la medición de la pobreza y otros indicadores relacionados.

I. OBJETIVOS

- Generar indicadores que permitan conocer la evolución de la pobreza, del bienestar y de las condiciones de vida de los hogares.
- Efectuar diagnósticos sobre las condiciones de vida y pobreza de la población.
- Medir el alcance de los programas sociales alimentarios y no alimentarios en la mejora de las condiciones de vida de la población.
- Servir de fuente de información a instituciones públicas y privadas, así como a investigadores.
- Permitir la comparabilidad con investigaciones similares, en relación con las variables investigadas.

II. COBERTURA

La encuesta se realiza en el ámbito nacional, en el área urbana y rural, en los 24 departamentos del país y en la Provincia Constitucional del Callao.

III. PERIODO DE EJECUCIÓN

En forma continua, iniciándose a partir de mayo del 2003.

IV. PERIODO DE REFERENCIA

Los períodos de referencia para las variables a investigarse en la Encuesta Nacional de Hogares 2016, son los siguientes:

- Características de la vivienda y del hogar:
 - Día de la entrevista
 - Últimos 12 meses
 - Último gasto mensual

- Características de los miembros del hogar:
 - Día de la entrevista
 - Residencia habitual: Últimos 30 días
 - Trabajo infantil: Semana pasada

- Educación
 - Día de la entrevista
 - Presente año
 - Últimos 12 meses
 - Mes anterior

- Salud
 - Día de la entrevista
 - Últimas 4 semanas
 - Últimos 3 meses
 - Últimos 12 meses

- Empleo
 - Condición de actividad: Semana pasada

- Sistema de pensiones: Día de la entrevista

- Inclusión Financiera
 - Día de la entrevista
 - Últimos 12 meses

- Ingreso por trabajo:
 - Ordinarios: Día, semana, quincena, mes anterior
 - En especie: Últimos 12 meses
 - Extraordinarios por trabajo dependiente: Últimos 12 meses

- Trabajo anterior para los desocupados: Último trabajo realizado

- Ingresos por transferencias corrientes: Últimos 6 meses

- Ingresos por rentas de la propiedad: Últimos 12 meses

- Otros ingresos extraordinarios: Últimos 12 meses

- Ingreso por actividad agropecuaria: Últimos 12 meses

- Ingresos del trabajador independiente o empleador o patrono: Mes anterior, últimos 12 meses

- Gastos:
 - Últimos 15 días
 - Mes anterior
 - Últimos 3 meses
 - Últimos 12 meses
 - Día de la entrevista
 - Semana anterior

- Programas sociales de ayuda alimentaria:
 - Últimos 3 meses

- Programas sociales no alimentarios:
 - Últimos 3 años
- Participación ciudadana:
 - Día de la entrevista
- Gobernabilidad, democracia y transparencia
 - Día de la entrevista
 - Últimos 12 meses
- Percepción del hogar
 - Día de la entrevista
 - Últimos 12 meses
- Discriminación
 - Últimos 5 años

V. POBLACIÓN OBJETIVO

La población de estudio está definida como el conjunto de todas las viviendas particulares y sus ocupantes residentes en el área urbana y rural del país.

Por no ser parte de la población de estudio, se excluye a los miembros de las fuerzas armadas que viven en cuarteles, campamentos, barcos, y otros. También se excluye a las personas que residen en viviendas colectivas (hoteles, hospitales, asilos y claustros religiosos, cárceles, etc.).

VI. DISEÑO Y MARCO MUESTRAL

Marco muestral:

El marco muestral para la selección de la muestra lo constituye la información estadística proveniente de los Censos de Población y Vivienda y material cartográfico actualizado para tal fin.

Unidades de Muestreo:

En el Área Urbana

- La Unidad Primaria de Muestreo (UPM) es el centro poblado urbano con 2 mil y más habitantes.
- La Unidad Secundaria de Muestreo (USM) es el conglomerado que tiene en promedio 120 viviendas particulares.
- La Unidad Terciaria de Muestreo (UTM) es la vivienda particular.

En el Área Rural

- La Unidad Primaria de Muestreo (UPM) es de dos tipos:
 - El centro poblado urbano con 500 a menos de 2 mil habitantes.
 - El Área de Empadronamiento Rural (AER) el cual tiene en promedio 100 viviendas particulares.

- La Unidad Secundaria de Muestreo (USM) es de dos tipos:
 - El conglomerado que tiene en promedio 120 viviendas particulares.
 - La vivienda particular
- La Unidad Terciaria de Muestreo (UTM) es la vivienda particular.

Tipo de muestra:

La muestra es del tipo probabilística, de áreas, estratificada, multietápica e independiente en cada departamento de estudio.

A fin de medir los cambios en el comportamiento de algunas características de la población, desde el año 2008 se viene implementando muestras panel de viviendas, en la cual viviendas encuestadas son nuevamente investigadas cada año.

En la muestra no panel se visitan cada año los mismos conglomerados en el mismo mes de encuesta pero se seleccionan distintas viviendas.

El nivel de confianza de los resultados muestrales, es del 95%.

Tamaño de la muestra:

El tamaño anual de la muestra 2016 es de **38 296** viviendas particulares, correspondiendo **24 658** viviendas al área urbana y **13 638** viviendas al área rural.

Así mismo, el tamaño de la **muestra panel** es de **12 024** viviendas particulares mientras que el tamaño de la **muestra no panel** es de **26 272** viviendas particulares.

La muestra de conglomerados en el ámbito nacional es de 5 606, correspondiendo 3 901 conglomerados al área urbana y 1 705 conglomerados al área rural. Con respecto al tamaño de la muestra panel es de 1 747 conglomerados mientras que el tamaño de la muestra no panel es de 3 859 conglomerados.

Asimismo, se señala que a solicitud del Ministerio de Inclusión Social (MIDIS), a partir del mes de junio del 2016, se incrementó la muestra en 411 conglomerados (2465 viviendas), distribuidos en Costa Centro Urbana, Costa Sur Urbana y Sierra Norte Urbana, con el objetivo de mejorar la focalización de hogares pobres en el Padrón General de Hogares.

Distribución de la muestra:

A continuación se presenta la distribución de la muestra 2016 según departamentos de estudio:

- Selva Urbana
- Selva Rural
- Área Metropolitana de Lima y Callao

Trimestral

- Nacional
- Urbano Nacional
- Rural Nacional

b. De la muestra panel

Anual

- Nacional
- Urbano Nacional
- Rural Nacional
- Costa
- Sierra
- Selva

De acuerdo con el diseño muestral, se podrá producir resultados para diferentes “arreglos” de unidades y su nivel de desagregación dependerá fundamentalmente de la precisión (error de muestreo) con que se estime el dato, y éste del tamaño de la muestra para cada caso.

VIII. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

La unidad de investigación está constituida por:

- Los integrantes del hogar familiar
- Los trabajadores del hogar con cama adentro, reciban o no pago por sus servicios
- Los integrantes de una pensión familiar que tienen como máximo 9 pensionistas, y
- Las personas que no son miembros del hogar familiar, pero que estuvieron presentes en el hogar los últimos 30 días.

No serán investigados:

- Los integrantes de una pensión familiar que tiene de 10 a más pensionistas, y
- Los trabajadores del hogar con cama afuera.

IX. INFORMANTES

- Jefe del Hogar
- Cónyuge
- Perceptores (se refiere a la población de 14 años y más de edad que recibe ingresos monetarios)
- Personas de 12 años y más (a partir de esta edad se realiza la entrevista directa de la población, con respecto a los menores de 12 años la información la proporciona una persona responsable del hogar)
- Personas de 18 años y más (corresponde a la población que es seleccionada para proporcionar información del módulo de opinión).