



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**Efecto de la pobreza en el acceso a los servicios de salud en
época de pandemia: Un análisis de la Encuesta Nacional de
Hogares (ENAHO) en Perú**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTOR:

Rufino Reto, Emanuel David (orcid.org/0000-0002-2637-4970)

ASESOR:

Mg. Pereira Victorio, César Johan (orcid.org/0000-0003-1700-2638)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Políticas y Gestión en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA – PERÚ

2023

Dedicatoria

La presente investigación la dedico a Dios, quien me ha dado sabiduría e inteligencia, y también por haber provisto los recursos, para realizar exitosamente mi carrera de medicina. Así mismo dedico esta investigación a mis padres Deciderio Y Felicita, quienes siempre han estado a mi lado y han sido mi fuente de inspiración y apoyo para el logro de este gran reto. De igual modo, dedico esta tesis a mis hermanos Cindy Lorena y Josué Abel, y a mis sobrinos Danilo y Matías.

Agradecimiento

Doy gracias a Dios en primer lugar, por la vida y todos los cuidados que he recibido de Él, así también agradezco a mis padres, a mi familia, a todos y cada uno de mis profesores, a mis amistades, y a todos aquellos que, de alguna manera u otra contribuyeron a hacer realidad este proyecto de vida.

Índice de contenidos

Carátula

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras	vi
Resumen	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	6
III. METODOLOGÍA	23
3.1. Tipo y diseño de investigación	23
3.2. Variables y operacionalización	23
3.3. Población, muestra y muestreo	24
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	26
3.5. Procedimientos y método de análisis de datos.....	26
3.6. Aspectos éticos	27
IV. RESULTADOS.....	28
V. DISCUSIÓN.....	43
VI. CONCLUSIONES.....	46
VII. RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS.....	49
ANEXOS	

Índice de tablas

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA POBLACIÓN DEL PERÚ, 2022	28
TABLA 2: QUINTILES DE POBREZA RELACIONADO CON EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN DEL PERÚ, 2022.....	30
TABLA 3: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS CON EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN DEL PERÚ, 2022.....	31
TABLA 4: ANÁLISIS MULTIVARIADO PARA DESENLACE DE CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS CON EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN DEL PERÚ, 2022,	34
TABLA 5: TIPOS DE BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN DEL PERÚ, 2022	41
TABLA 6: TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	56

Índice de gráficos y figuras

FIGURA 1: FLUJOGRAMA DE LA SELECCIÓN DE PARTICIPANTES
INCLUIDOS EN EL ANÁLISIS, ENAHO 2022..... 25

Resumen

La búsqueda por mantener un buen estado de salud ha sido un objetivo primordial para la humanidad a lo largo de la historia. Sin embargo, el acceso universal a servicios médicos de calidad sigue siendo un desafío, ya que numerosas barreras limitan el disfrute de este derecho. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado la salud como un derecho esencial para todos los seres humanos, sin importar su origen, raza, edad u otra condición. El acceso equitativo a servicios de salud implica no solo recibir atención médica integral, sino también garantizar su calidad y asequibilidad, especialmente para poblaciones vulnerables.

Este estudio, realizado en Perú en 2022, utilizó datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) para analizar el acceso a los servicios de salud y sus factores determinantes. Los resultados revelaron disparidades significativas en el acceso a servicios médicos entre diferentes estratos de la población. Factores como el género, el nivel educativo, la situación económica y el área de residencia influyeron en el acceso a la atención médica.

Las mujeres tenían menos probabilidades de acceder a servicios de salud en comparación con los hombres. Además, las personas que vivían en áreas rurales enfrentaban mayores dificultades para acceder a servicios médicos en comparación con aquellas en áreas urbanas. La educación también desempeñó un papel crucial: aquellos con niveles educativos más bajos tenían menos acceso a la atención médica. El seguro de salud también fue un factor determinante; aquellos sin seguro tenían menos probabilidad de acceder a servicios médicos. Se observaron diferencias notables entre los quintiles de pobreza. Los quintiles más pobres tenían una mayor probabilidad de experimentar dificultades en el acceso a los servicios de salud en comparación con el quintil más rico. Las razones de prevalencia ajustadas revelaron asociaciones significativas entre la pobreza y un acceso reducido a los servicios de salud.

Estos hallazgos destacan la interrelación entre la pobreza, el área de residencia, el nivel educativo y el género con el acceso desigual a los servicios de salud en la población peruana.

Palabras clave: Acceso a la salud, servicios de salud, barreras, pobreza, Perú.

Abstract

Since ancient times, maintaining good health has been a crucial pursuit for humanity. However, universal access to quality medical services remains a challenge due to numerous barriers preventing equal enjoyment of this right. World Health Organization (WHO) has declared health as an essential right for all human beings, regardless of their origin, race, age, or other conditions. Equitable access to health services involves not only receiving comprehensive medical care but also ensuring its quality and affordability, especially for vulnerable populations.

This study, conducted in Peru in 2022, utilized data from the National Household Survey (ENAH) to analyze access to health services and its determining factors. The results revealed significant disparities in accessing medical services among different population groups. Factors such as gender, educational level, economic status, and residential area influenced access to healthcare.

Women were less likely to access healthcare services compared to men. Additionally, individuals living in rural areas faced more significant challenges in accessing medical services compared to those in urban areas. Education played a crucial role, as those with lower educational levels had less access to medical care. Health insurance also emerged as a determining factor; individuals without insurance were less likely to access medical services.

Significant differences were observed among poverty quintiles. The poorest quintiles were more likely to experience difficulties in accessing healthcare services compared to the wealthiest quintile. Adjusted prevalence ratios revealed significant associations between poverty and reduced access to healthcare services.

These findings highlight the interrelation between poverty, residential area, educational level, and gender with unequal access to healthcare services in the Peruvian population.

Keywords: Health access, healthcare services, barriers, poverty, Peru.

I. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, la humanidad ha mostrado constante preocupación por mantener un buen estado de salud, que le permita alcanzar sus metas y afrontar todos los desafíos y obstáculos que se presenten a lo largo su vida. Sin embargo, el ideal de tener una buena salud no es un beneficio del que puedan gozar todas las personas, puesto que un gran sector de la población mundial enfrenta serias barreras que no les permiten acceder a servicios médicos de calidad y de bajos costos financieros. Es en este contexto, de procurar el acceso a los servicios de salud para toda la humanidad, que la OMS, ha declarado, que la salud es una derecho primordial de todo ser humano, de tal manera que le permita gozar su salud, en su máximo nivel.(1) Así entonces, dicha declaración significa, que toda persona cualquiera sea su raza, edad, etnia u otra condición, pueda acceder oportuna, admisible y asequiblemente a servicios de atención de salud de la mejor calidad. En ese sentido, el acceso universal a la salud implica que todos los individuos y comunidades accedan, sin restricción alguna, a servicios integrales de salud, conveniente, provechoso, de calidad, constituidos en Perú, acorde con los requerimientos de la población. Asimismo, se les debe permitir el acceso a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de calidad, confiables, efectivos y accesibles; a la par, los responsables de la salud pública, deben velar para que la utilización de dichos servicios no exponga a los usuarios a dificultades de índole financiero, particularmente a aquellos áreas vulnerables donde se encuentran algunas poblaciones.(2)

Sin embargo, la realidad es otra, pues existen barreras que limitan el acceso al sistema de atención médica personal, dichas barreras, entre otras, son: la falta de transporte, inadecuado seguro médico y la existencia de dificultades con el idioma; que pueden interponerse entre alguien que está enfermo y su necesidad de acceder a una atención médica de calidad. Estas barreras, pueden crear circunstancias injustas tanto para los pobres como para ciertas poblaciones minoritarias, que no solamente tienen dificultades para obtener servicios, sino que, por lo general, tales servicios son menos saludables. Situación que puede deberse, no solo a la cantidad de atención que reciben, sino también al contenido, a la calidad y a la persistencia de la atención que reciben.(3) De igual modo la

existencia de inequidades, tales como: la educación, la ocupación y/o nivel económico de los hogares, ubicación geográfica, origen étnico y el sexo, limitan el libre acceso a la atención de salud, de los seres humanos y comunidades.(4)

Este problema de la imposibilidad que enfrenta una gran cantidad de personas al acceder libremente a los servicios de salud fue abordado en 2018 en el 3° Congreso Internacional de Salud realizado en Cuba, en la que la OPS, afirmó que más de un millón de fallecidos ocurridos entre el 2013 y 2014 en América, hubiesen podido ser evitados si se hubiera contado con un adecuado sistema de acceso a los servicios de salud. Esta cifra se vincula a los constantes grados de discriminación colectiva que producen la ausencia de equidad en los grupos de salud en grandes sectores de América. Así entonces, en la región americana, hay millones de individuos que no pueden gozar de servicios de salud integrales que les permitan tener una vida saludable, prevenir enfermedades, y recibir servicios de salud cuando se encuentren enfermos; incluso acceder a cuidados paliativos en la fase terminal de su enfermedad.(5)

El acceso a los servicios de salud ha sido definido por Tolosana E. et al., como el ajuste entre las características de los individuos y el servicio de salud. Esta definición manifiesta la simplicidad con la que los individuos, sin ningún tipo de restricción, puedan indagar y obtengan servicios de salud cuando lo requieran.(6) La limitación más frecuente para el acceso a servicios de salud de calidad es la pobreza, la cual se remonta a los mismos orígenes del hombre. La pobreza, originalmente fue definida como un fenómeno de índole económico, que resulta de la condición en la que los ingresos de un hogar en particular son insuficientes para complacer sus requerimientos más básicos de la vida.(7,8) Con el correr de los años, y debido al creciente desarrollo socioeconómico, la definición de pobreza ha cambiado de manera gradual, pasando del concepto de escasez de un ingreso económico, a una medida de carácter multidimensional, que incluye entre otras cosas, la inaccesibilidad a la enseñanza, la atención médica, el domicilio y otras privaciones sociales.(7)

Latinoamérica, no está exenta de pobreza, y también de su interés en proporcionar a su población, el acceso equitativo a los servicios de salud, para lo cual ha planteado una serie de reformas en su sistema de salud. No obstante en

muchos de los países latinoamericanos, con un mayor porcentaje de su población, tienen serias inconvenientes al intentar acceder a servicios de salud de calidad.(9) Así lo demuestran algunos estudios recientes, que evalúan los obstáculos de acceso en Colombia, El Salvador, Paraguay y Perú, dichos estudios revelan que, entre el 26 % y el 66 % de la población no busca atención médica formal cuando experimenta padecer cualquier dolencia, debido principalmente a periodos prolongados de espera, la carencia de recursos, tanto humanos como materiales, así como también, a la falta de dinero; que se traduce en una de las mayores barreras para los grupos del quintil de menores ingresos.(10,11) De igual modo, el estudio realizado por Houghton, en 2020, a los cuatro países en mención, demuestra que el porcentaje de personas que experimentan barreras para acceder a los servicios de salud, por grupos de quintiles de ingreso presentó los siguientes resultados; la existencia de una profunda brecha socioeconómica en el porcentaje de personas que reportaron alguna dolencia o padecimiento pero que no acudieron a atenderse, perteneciente a los quintiles con mayor rango de pobreza en los cuatro países, ya mencionados anteriormente. Esta brecha socioeconómica fue particularmente más pronunciada en Colombia y Perú, pero disminuyó en El Salvador, Paraguay y Perú durante el período de estudio (2010 – 2016). Por su parte, en Perú, se observó que la desigualdad absoluta disminuyó y la desigualdad relativa se mantuvo comparativamente estable. Respecto al quintil de ingresos más pobres, el estudio reveló que el porcentaje que experimenta barreras, se redujo de 68.1% a 69.2%; y en los más ricos, del 62.4% al 61.2%.(12)

Con relación al Perú, Bardalez en el 2002, refiere que, durante los años de los setenta, las personas tenían muchos impedimentos para hacer uso de servicios de salud debido, a que eran marginados por el resto de la ciudadanía, es en este sentido que, el gobierno se vio precisado de proclamar que los derechos de las personas eran universales, quedando plasmada dicha declaración en la constitución política del Perú. De igual modo, el investigador manifiesta que en el decenio de los noventa los establecimientos médicos, contaban con una gran cantidad de servidores de la salud; sin embargo, se presentaron serias ineficiencias que produjeron un lento crecimiento en la cobertura de atenciones

médicas, en especial, en las residencias rurales del país, a pesar de contar con una adecuada, y cada más infraestructura sanitaria.(13)

De igual modo en el Perú, en el 2013, se dio lugar a una reestructuración en el sistema de la salud, que tenía como finalidad, de declarar que la salud era un derecho universal de todos los connacionales, y que por tanto el gobierno estaba obligado a protegerlo y brindarle todas las garantías que fueren necesarias, para que mejoren las condiciones de la sociedad en su conjunto. Así mismo, se debía procurar que las personas puedan acceder a diversos y excelentes cuidados a nivel integral. De igual modo, se enfatizó en evitar que el paciente empobrezca, por los excesivos gastos en que pueda incurrir en el tratamiento y en la convalecencia de su enfermedad. De otra parte, la existencia en el país de elevados porcentajes de analfabetos, y de pobres; así como el ineficiente sistema de salud, sumado al pésimo tratamiento del agua, e inadecuado sistema de alcantarillado, presionan negativamente en los estándares de la salud. Adicionalmente a ello, el elevado precio que se paga por los servicios médicos, el incipiente conocimiento de las enfermedades y de su tratamiento, así como la gran diversidad de etnias, dificultan las acciones que se realizan para proveer una buena atención médica en el contexto actual.(14)

Por su parte, pese a que en la actualidad se cuenta con una gran diversidad de entes encargados de proveer servicios de salud, las comunidades en situación de pobreza, carece de posibilidades para optar por servicios de salud del sistema privado, de modo que, tiene que recurrir a las atenciones médicas que brinda el sector público, las cuales en su mayoría son gratuitas. Hay una marcada y desproporcionada diferencia en la capacidad de acceder a los abastecedores de servicios de salud, siendo los que poseen riqueza los que acceden con relativa facilidad a dichos servicios, mientras que para los pobres tales atenciones médicas, les resultan inalcanzables. Esta notable diferencia se muestra en la cobertura de los centros de salud, con mayor frecuencia en las residencias urbanas y menor en las zonas rurales. Esta situación empeoró con la pandemia del COVID – 19, que puso en evidencia el débil y precario sistema de salud que tiene nuestra nación. Consecuentemente, ahora más que nunca, en el sector Salud se requiere urgentemente, que se elabore un Plan con lineamientos que

brinden una protección efectiva a la ciudadanía, la cual enfrentará situaciones adversas e inciertas a nivel de la post pandemia. En ese sentido el estado peruano, a través de las Cuentas Nacionales de Salud, busca incrementar el presupuesto para financiar los requerimientos del sector salud, siendo su principal objetivo apoyar a aminorar el gasto que las familias realizan al pagar por los diferentes servicios de salud, ya sea aquellos destinados a la compra de medicinas, o aquellos que se desembolsan para el pago de las tarifas de la atención médica; procurando ser consecuente con el planteamiento de la OPS 2014, para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, las cuales se relacionan con la necesidad de “aumentar la eficiencia y el financiamiento público en salud” y “disminuir el pago directo de los hogares”.(15)

Considerando la importancia que los habitantes peruanos, en especial los de mayor tasa de vulnerabilidad, goce de acceder a los servicios de salud de calidad, se constituye la presente investigación de utilidad que permitirá identificar diversos determinantes y brechas del acceso a los servicios de salud, contribuyendo a disminuir estas desigualdades; y a su vez sea un instrumento para la toma de decisiones de los encargados de la salud pública, en nuestro país y en nuestra región Piura. Por tal motivo, en dicho trabajo se propone el siguiente problema general: ¿Cuál es el efecto de la pobreza en el acceso a los servicios de salud en la población del Perú, 2022?, además formulamos como problemas específicos: el primer problema específico busca saber ¿cuál es el efecto del área de residencia en el acceso a los servicios de salud en la población del Perú, 2022?; el segundo problema específico plantea ¿cuál es la relación entre el sexo y el acceso a los servicios de salud en la población del Perú, 2022?, y el tercer problema específico indaga ¿cuál es el efecto del nivel de instrucción en el acceso a los servicios de salud en la población en el Perú, 2022?

Por su parte, en el trabajo planteamos como objetivo principal: determinar el efecto de la pobreza en el acceso a los servicios de salud en la población del Perú, 2022. Así mismo, se plantean como objetivos específicos los que se detallan a continuación: el primero de ellos es, calcular el efecto del área de residencia en el acceso a los servicios de salud en la población del Perú, 2022. El segundo objetivo consiste en, determinar la relación entre el sexo y el acceso a los

servicios de salud en la población del Perú, 2022. El tercer y último objetivo específico es, cuantificar el efecto del grado de instrucción en el acceso a los servicios de salud en la población del Perú, 2022.

Consecuentemente, partiendo de la formulación del problema general, exponemos como hipótesis general: la pobreza produce un efecto negativo en el acceso de los servicios de salud en la población del Perú, 2022. De igual modo se plantearon como hipótesis secundarias: la primera hipótesis específica plantea que: el área de residencia contribuye a generar un efecto negativo en el acceso a los servicios de salud en la población del Perú, 2022. La segunda hipótesis específica plantea que, el sexo produce un efecto negativo en el acceso a los servicios de salud en la población del Perú, 2022. Por último, la tercera hipótesis específica afirma que, el grado de instrucción genera un efecto restrictivo en el acceso a los servicios de salud en la población en el Perú, 2022.

El desarrollo del estudio abordó en el 1° capítulo, la introducción, en el 2° capítulo explicó la definición teórica, en el 3° capítulo trató acerca de la metodología, en el 4° capítulo se interpretó y analizó los resultados, discusión y conclusiones, culminando con referencias y anexos.

II. MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES

a) Antecedentes internacionales:

Ilinca S. y coautores, en Kenia 2019, en su estudio de investigación, analizan la desigualdad socioeconómica y la falta de equidad al utilizar los servicios de atención médica de los kenianos, utilizando como herramienta la información proporcionada por la cuarta encuesta de uso y gasto en salud de los hogares de Kenia. El objetivo del estudio fue, contribuir al monitoreo y evaluación de las políticas implementadas por la autoridad de salud. En ese sentido, se procuró establecer un sistema de evaluación de referencia, que mostrara en detalle la desigualdad socioeconómica y la inequidad, que existía al utilizar los servicios médicos en Kenia; poco antes del lanzamiento de la política en dicho país. La metodología utilizada consistió en curvas de concentración, índices de concentración corregidos que permitieran medir la desigualdad socioeconómica,

en el uso de la atención y el índice de inequidad horizontal como medida de la inequidad al acceder y usar tres tipos de servicios: la atención ambulatoria, la hospitalaria y la preventiva y promocional. Este análisis de descomposición tiene la ventaja de que permite obtener más conocimientos respecto de las características, tanto a nivel individual como del hogar que determinan la desigualdad observada. Resultando que, existe desigualdad e inequidad significativas, al usar todo tipo de servicios de atención a favor de pobladores con altos ingresos, con niveles altamente pronunciados al hacer uso de asistencia de la atención preventiva y hospitalaria. Esta situación, particularmente, se debe a los diferentes niveles de estatus vital y logros educativos de la población. Por su parte, la región de residencia se constituyó como un único factor clave de la desigualdad en el uso de la atención preventiva. Las desigualdades a favor de los ricos son particularmente pronunciadas porque se presta atención en instalaciones de propiedad privada, mientras que los proveedores públicos atienden a una proporción mucho mayor de personas de niveles socioeconómicos más bajos. Finalmente, el estudio concluye que el enfoque del Estado, de aumentar la asequibilidad de la atención para todos los kenianos, mediante el plan de cobertura de salud universal, representa un importante paso hacia el decrecimiento de inequidades al hacer uso de la atención de la salud. Sin embargo, para que se logre equitativamente la salud y el acceso a la atención, el esfuerzo del gobierno debe ir acompañado de enfoques multisectoriales, que permitan abordar todos los factores clave de la inequidad, tales como: pobreza persistente, disparidades en los niveles de vida y logros educativos, así como también, las diferencias regionales en disponibilidad y accesibilidad de cuidado.(16)

Palmeira N, et al., en Brasil, 2019, en su investigación trazaron objetivamente, explicar el acceso y la utilización de los servicios de la salud en habitantes brasileños de acuerdo con características sociodemográficas, con base en la PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) de 2019. Se empleó una metodología de tipo descriptivo transversal; además, analizó una muestra de 293.725 personas tomada del SNP. Asimismo, se calcularon las prevalencias y los respectivos rangos de confianza de la estratificación por sexo, nivel educativo, edad (años) y macrorregión nacional de residencia. Por consiguiente, usaron para procesar los

datos el software STATA V.16.1. Resultó que, la población masculina presentó una menor proporción de consultas médicas (66,6%) y menor probabilidad de buscar atención (17,6%); en relación con el lugar de residencia, los que residen en la región Norte, el 69,1% tenía consultas médicas. Asimismo, el 16,5% de individuos con bajo nivel educativo obtuvieron tratamiento farmacológico a través del Programa Farmacia Popular Brasileña. Por último, el estudio presenta como conclusión que los resultados obtenidos, refuerzan las iniquidades en el acceso y utilización de los servicios de salud, además de que es necesario contar con indicadores de seguimiento, para establecer adecuadas políticas de salud en el Brasil.(17)

Houghton N. y coautores, en 2020, en su trabajo de investigación se plantearon el objetivo presentar medidas resumidas de desigualdad socioeconómica que afectan el acceso a los servicios de salud en cuatro naciones latinoamericanas. Se desarrolló un estudio transversal usando la data de encuestas de viviendas representativas a nivel nacional en los cuatro países que son Colombia, El Salvador, Paraguay y Perú, analizando las desigualdades relacionadas con los ingresos en las barreras para buscar atención médica. Se encontró que los hogares que reportaron problemas de salud y no buscaron atención médica profesional tenían barreras para acceder a ella. En el estudio se utilizaron dos medidas de desigualdad: el índice de pendiente de desigualdad y el índice relativo de desigualdad. Se demostró que, las inclinaciones a la desigualdad fueron mixtas en los cuatro países y que no obstante las mejoras en obtenidas en la reforma de salud, aún persiste una profunda brecha en la desigualdad, entre grupos de mayores ganancias y los de menores ganancias. Además, existe una brecha de desigualdad relativa, según orden de importancia, es más alta en Colombia, seguida por Paraguay, Perú y El Salvador. Finalmente, se concluyó que; existe la obligación de distinguir, el impacto de medidas de política nacional, sobre la equidad en el acceso a los servicios médicos. Asimismo, resulta necesario, establecer un sistema de monitoreo, tanto nacional como regional de las barreras de acceso y los factores que explican, por qué las personas no recurren a la búsqueda de asistencia médica, incluso si tienen un problema de salud.(12)

Báscolo E. y coautores, en 2020, llevaron a cabo un estudio donde se plantearon como objetivo, estudiar los beneficios y obstáculos que se generan al utilizar la información de las encuestas de viviendas para la medición de las dificultades que imposibilitan acceder a los servicios de salud (ASS) en América, además difundió y comunicó los resultados de las últimas encuestas. El trabajo fue de tipo descriptivo transversal, el sistema analítico usado fue el reporte de las encuestas a viviendas que se ejecutaron en 27 países del continente americano. Asimismo, se crearon valores para medir los parámetros de las trabas que existen al querer ASS, para ello utilizó información relevante y de fácil disponibilidad de los países en los que se realizó la investigación. Para el establecimiento del ingreso, se utilizaron los activos totales de las familias, segmentándolo en quintiles para facilitar su medición. La similitud de las encuestas, su integral enfoque y a la categorización de sus contenidos, facilitaron su uso. Situación contraria se presentó en los cuestionarios, los cuales, por sus marcadas diferencias, propias de cada nación, dificultaron la comparación de estos. Se demostró que, aproximadamente una tercera parte de la población experimentó secuencialmente obstáculos que les impidió el acceso a servicios de salud de calidad. Asimismo, evidenció que dichos obstáculos, resultaron ser altamente variables a nivel de naciones, sin embargo, tales diferencias, presentaron una relativa constancia entre las naciones. De igual modo se encontró también, que las personas pertenecientes al grupo del quintil de mayor pobreza experimentaron una mayor probabilidad de enfrentar barreras de: aceptación, financiamiento, acceso geográfico, y limitaciones para obtener de recursos de diversas fuentes. Por último, los autores concluyen que la existencia de una gran desigualdad en la distribución de la riqueza, y el lento y disímil proceso llevado a cabo para la superación de infinidad de barreras que limitan al acceso, a la atención sanitaria, dificultando lograr los objetivos de equidad internos, los cuales están inmersos en los ODS y de la salud universal de la Región Americana. Finalmente, y considerando la gran multiplicidad de barreras al acceso, urge la necesidad de que se adopten estrategias de carácter integral y multisectorial para hacerle frente. De igual modo, respecto a la gran variedad de instrumentos que utilizan los países, surge la necesidad de que los países, procuren de una parte, estandarizar los cuestionarios, y de otra parte presentar una mejoría en la calidad y

adaptabilidad de la información, a fin de mantener vigiladas a las barreras al acceso que existe en las Américas.(4)

Zhang X., et al., en China, 2022, en un contexto, en el que el gobierno de China, había asumido el compromiso de eliminar las disparidades, en la utilidad de los servicios de salud en residencias más empobrecidas del noreste del país; los autores llevaron a cabo su investigación, la cual tuvo como objetivo medir dichas desigualdades de acceder a servicios médicos de dichas regiones económicamente subdesarrolladas del asiático país. La metodología empleada consistió en extraer una muestra de 6627 encuestados de 3000 hogares en la provincia de Heilongjiang, de la Sexta Encuesta Nacional de Servicios de Salud. Realizó una medición de la inequidad horizontal tanto en la tasa de pacientes ambulatorios de 2 semanas como en la tasa anual de pacientes hospitalizados; asimismo, se identificaron los factores asociados a la desigualdad. Revelándose que, los índices de desigualdad horizontal de las tasas de pacientes ambulatorios de 2 semanas y de pacientes hospitalizados anuales en la provincia de Heilongjiang alcanzaron 0,0586 y 0,1276, respectivamente. De igual modo se encontró que los indicadores, ingresos del hogar, estado de salud, lugar de residencia, el seguro médico básico y el seguro médico comercial, son los principales factores que afectan la desigualdad en utilizar los servicios de atención de salud. A su vez, las aportaciones de renta de los hogares a estos dos índices fueron del 184,03 y del 253,47%, respectivamente. En relación con los factores del estado de salud, incluidos el padecimiento de enfermedades crónicas, las limitaciones en las actividades diarias y la mala salud autoevaluada contribuyeron positivamente, en la reducción de la desigualdad en estos dos índices. Respecto al lugar de residencia, este indicador aportó a estos dos índices 27,21% y -28,45%, respectivamente. En cuanto, al Seguro Médico Básico para Empleados Urbanos, esta variable, hizo una contribución pro-ricos a estos dos índices: 56.25 y 81.48%, respectivamente. Por su parte, El Seguro Médico Básico Residente Urbano y Rural, el Seguro Médico Básico Residente Urbano, el Nuevo Régimen Médico Cooperativo Rural y otros seguros médicos básicos contribuyeron a favor de los pobres en estos dos índices: -73,51 y -54,87%, respectivamente. Asimismo, el Seguro de Salud Comercial, hizo una contribución pro-ricos a estos dos índices: 20,79 y 7,40%, respectivamente. Por su parte, el Seguro de

Enfermedades Críticas contribuyó ligeramente pro-pobre a estos dos índices: -4.60 y -0.90%, respectivamente. Por último, los autores concluyeron que, el principio de "igualdad de trato en igualdad de necesidades" no se cumplió en el marco de utilización de servicios de salud en la provincia, Heilongjiang. Consecuente, el gobierno debería abordar el problema, realizando cambios en sus políticas, a fin de proteger a los habitantes de menores ingresos, que masivamente acceden a servicios de salud infrautilizados. Asimismo, el estado, debe priorizar la mejora de: el seguro médico básico, el seguro de enfermedades graves y los sistemas de seguridad social.(18)

Houghton N., et al., en el año 2022, evaluaron los impedimentos que obstaculizaban el acceso a los servicios de salud, tanto para el sexo femenino como infantes, varones y mujeres latinoamericanos. El objetivo fue verificar la relación existente entre las limitaciones de acceso, experimentadas por personas del sexo femenino entre los 15 a 49 años, y la importancia de usar servicios de salud disponibles, para las ciudadanas adultas, niños y niñas de Latinoamérica. Con relación, a la metodología empleada, el estudio fue de corte transversal, empleándose para el procesamiento de datos, se usaron modelos de regresión multivariada logística. Sus fuentes de recolección de los datos fueron las Encuestas de Demografía y Salud de 8 naciones latinoamericanas. Se demostró que, referidos a la población femenina, evidenciaron que los obstáculos territoriales y económicos, así como la posibilidad de que se les conceda permiso para la visita médica o el hecho de no acudir únicamente ella al centro de salud, disminuyeron de manera significativa la probabilidad de que completaran los controles prenatales, y por ende también la probabilidad de ser asistidas en el parto. En ese sentido, las mujeres que comunicaron que tenían dificultades, para la obtención del permiso para visitar al profesional de la salud, minimizaron la probabilidad de acceder a un examen de Papanicolau en los 2 o 3 últimos años. De igual modo, impidieron también que se completara el esquema de vacunas de niños, contribuyendo a reducir las probabilidades de que buscaran atención médica para sus hijos e hijas con síntomas de infección respiratoria aguda. Así entonces, las mujeres al negarse a ir solas al establecimiento de salud redujeron la posibilidad de que puedan utilizar modernos métodos anticonceptivos. Finalmente, la investigación concluye que la notificación, por parte del sexo

femenino, sobre las barreras de acceso a la salud, contribuyó reducir estadística y significativamente la posibilidad de acceso a los principales servicios de salud, tanto para ellas mismas, como para sus hijos e hijas. En ese sentido el accionar, que deben ejecutar los gobiernos, en su objetivo de universalizar el acceso a los servicios de salud, deben dirigirse a terminar con dichas barreras, focalizándose en dos importantes puntos: en primer lugar, se debe trabajar en brindar una mejor oferta y calidad de los servicios; en segundo lugar, se debe poner énfasis en la revisión de las normas, en el desempeño del rol de los géneros, y empoderamiento de las mujeres. (19)

Coste M. y colaboradores, realizaron un estudio donde se plantearon como objetivo construir una puntuación individual de las barreras percibidas para la atención médica (PBMC) para predecir el uso (o no utilización) de la atención primaria; con en el que pretendían desarrollar un sistema de medición, para cuantificar el acceso a la atención médica, para hombres y mujeres, en naciones de bajos y medianos ingresos (LMIC). Respecto a la metodología empleada, los autores investigaron, si los elementos sobre las barreras percibidas para la atención médica se podían combinar en una puntuación, al mismo tiempo que evaluaron, por un lado, la validez de construcción de la puntuación (con respecto a los determinantes documentados de la búsqueda de atención médica), y de otro lado, la validez predictiva (con respecto a la utilización de la atención primaria). En ese sentido, estimaron el puntaje en seis ítems: el primero, saber a dónde ir; el segundo, obtener permiso; el tercero, tener dinero; el cuarto, la distancia a la instalación; el quinto, encontrar transporte; y el sexto, no querer ir solo. La muestra la formaron 1.787 participantes adultos residentes en las zonas rurales de Senegal. Construyeron el puntaje utilizando, un análisis factorial explicativo descendente (AFE), y evaluaron su consistencia interna. Así mismo, evaluaron la validez de constructo de la puntuación basada en factores; probando su asociación (mediante regresiones univariadas), con un amplio número de variables sobre los determinantes de la búsqueda de atención médica, para luego evaluar, su validez predictiva para la utilización de la atención primaria. Se demostró que, el instrumento AFE, produce una puntuación unidimensional, que combina cuatro elementos con un alfa de Cronbach de 0,7 el cual indica que existe una buena consistencia interna. El puntaje arrojó una fuerte asociación

estadísticamente significativa ($p < 5 \%$) con los determinantes de la búsqueda de atención médica (incluidos, entre otros, el sexo, la educación, el estado civil, la pobreza y la distancia al centro de salud). De igual modo, la puntuación logró predecir la no utilización de la atención primaria a nivel del hogar, la utilización y el no uso de la atención primaria posterior al episodio de enfermedad de una persona, y la utilización de la atención primaria durante el embarazo y el parto. Siendo los resultados robustos al usar varios datos. Finalmente, la investigación concluye que, como indicador válido, sensible y fácil de documentar a nivel individual, el puntaje PBMC puede ser un complemento de la cobertura de los servicios de salud a nivel regional o nacional, para medir el acceso a los servicios de salud y a la vez predecir la utilización, a nivel individual o de hogar. El puntaje PBMC también puede combinarse con métricas convencionales de protección contra riesgos financieros como CHE, para documentar de manera integral los déficits y el progreso hacia UHC.(20)

Coube M., et al., en Brasil, 2023, analizaron la inequidad existente al utilizar los servicios de salud en Brasil en el periodo 1998 - 2019, en un contexto en el que el gobierno brasileño se había planteado como objetivo fundamental, mejorar la salud y el bienestar de todos los brasileños. Así entonces, desde iniciado el Sistema Único de Saúde (SUS) en 1988, el gobierno del Brasil logró un avance significativo en la disminución de las desigualdades al dar uso de los servicios de salud a sus pobladores. No obstante, siendo necesario contar con un estudio actualizado sobre la problemática de las desigualdades en el uso de los servicios de atención médica, curativos y preventivos; los autores realizaron esta investigación. Ahora bien, relación a la metodología utilizada, los autores utilizaron y analizaron los datos obtenidos de la Encuesta Nacional por Muestreo de Hogares, y la PNS de Brasil, información que cubrió todo el periodo de estudio desde 1998 al 2019. En ese sentido los investigadores calcularon los índices de concentración, corregidos, por Erreygers, que permite evaluar la magnitud de las desigualdades socioeconómicas, vinculadas a cinco indicadores de la utilización de los servicios de atención médica, entre ellas, las visitas al médico, los ingresos hospitalarios, los procedimientos quirúrgicos, las pruebas de Papanicolaou y las mamografías. Así entonces, los principales factores asociados con estas desigualdades se lograron identificar a través de un análisis de descomposición

de los índices de concentración calculados. Los resultados de la investigación evidenciaron la existencia de desigualdades persistentes en la utilización de los servicios de atención médica a favor de los grupos poblacionales de mayor riqueza, desigualdades, que disminuyeron con el correr del tiempo. Respecto de la utilización de los servicios de atención preventiva (Papanicolau y mamografías) y otros servicios disponibles, se observó que estos presentaron las mayores desigualdades en las zonas más pobres del país. Con excepción de las admisiones por trabajo de parto y parto, el estudio reveló que las personas más ricas tenían más probabilidades de utilizar los servicios hospitalarios. En relación con la cobertura de seguro de salud privado y el estatus socioeconómico individual, se observó que ambos están significativamente asociados con las desigualdades en la utilización de los servicios de salud en todo Brasil. Finalmente, los autores concluyen que se debe continuar monitorizando las posibles desigualdades, en la utilización de los servicios de atención médica, a fin de determinar si los objetivos de la política del gobierno brasileño, focalizados en obtener mejoría en avances con respecto a la salud para todos sus ciudadanos, finalmente se alcanzarán.(21)

b) Antecedentes nacionales:

En su estudio realizado en Lima en 2020, Kobayashi E. se propuso investigar el acceso a los servicios de salud entre adolescentes gestantes en Perú durante el periodo 2014-2018. El enfoque se centró en un análisis socioeconómico de esta población utilizando un método observacional, retrospectivo, analítico y transversal. Recurrieron al uso de datos, proporcionados por ENDES, durante dicho periodo, con una muestra de 2,221 mujeres entre 10 y 19 años en estado de gestación al momento de la encuesta. Los resultados destacaron que el 76.3% de las adolescentes embarazadas encuestadas tenían acceso a los servicios de salud, mientras que el 23.7% no lo tenía. El estudio también reveló que ciertos aspectos socioeconómicos tenían influencia en el acceso a la atención médica. Por ejemplo, vivir en áreas urbanas (OR: 1.036, 0.88-1.200), especialmente en Lima Metropolitana (OR: 0.660, 0.530-0.820), tener un nivel educativo que se limitara a la educación primaria (OR: 1.390, 1.070-1.820), y pertenecer al primer quintil de pobreza (OR: 1.970, 1.590-2.450), se asociaban con una mayor

probabilidad de acceso a los servicios de salud. El autor concluyó que el acceso a los servicios de salud durante el periodo del estudio fue del 76.3% entre las adolescentes embarazadas en Perú. Además, se encontró una alta significancia estadística entre el acceso a la atención médica y el nivel educativo, así como los quintiles de pobreza. En contraste, la ubicación geográfica de residencia no demostró una significancia estadística.(22)

Alzamora A. y colaboradores en Lima, 2020, en su investigación, se plantearon propósito: analizar los factores asociados al acceso a los servicios de salud en la población de la Urbanización Popular San Francisco de Ñaña en 2020. La metodología utilizada fue de tipo analítico y de corte transversal. La muestra fue probabilística, sistemática y se compuso de 302 personas, mayores de 18 años, los cuales vivían de manera permanente en el referido Asentamiento Humano. La obtención de datos se realizó mediante el cuestionario, "Cobertura de servicios de salud", el cual fue aplicado por Mancilla en nuestro país. Asimismo, para el procesamiento de los datos se utilizó el software STATISTIC y estimándose mediante un modelo econométrico de regresión logística binaria, de análisis multivariado. Resultó que, 53,3% de la población estaba conformada por individuos del género femenino, con una edad media de 41 años, siendo su estado civil, casados/convivientes, con al menos 2 hijos en el hogar. De igual manera, la población en mayor proporción percibía ingresos mensuales de S/1538,2; y tardaban, 22 minutos aproximadamente en llegar al centro de salud más próximo. En relación, a las consultas sobre su estado de salud, 42,7% prefería asesorarse con los miembros de su comunidad, entre ellos a los chamanes, a los curanderos, a los charlatanes, y a sus familiares. En cuanto, al acceder a los servicios de salud, 71,2% de habitantes percibieron como baja, mientras que 28,8% como alta. Por último, hallaron que variables como: la cantidad de hijos ($p=0,039$; $OR=1,305$), la canasta básica familiar ($p=0,005$; $OR=1,002$), el tipo de vivienda ($p=0,02$; $OR=0,200$) y a que profesional acude cuando está enfermo ($p=0,0001$; $OR=3,179$), estaban asociadas con el acceso a los servicios de salud de los moradores del asentamiento ya mencionado anteriormente.(23)

Malpartida D. y colaboradores en Huánuco durante el 2021, se planteó el objetivo de analizar la relación entre el acceso a los servicios de salud y sus determinantes en el departamento de Huánuco en el año 2019. Las investigadoras postulan que la desigualdad en el ámbito de la salud y la disposición de factores condicionantes pueden obstaculizar la accesibilidad a los centros de atención médica, especialmente para una población mayoritariamente desfavorecida frente a la posible aparición de enfermedades. Respecto a la metodología, el enfoque de la investigación fue aplicado y no experimental, ya que no se manipularon las variables para direccionar las variables. Además, se trató de un estudio de corte transversal al recolectar los datos en un único punto temporal, y debido a la naturaleza de la asociación entre las variables, se consideró un diseño correlacional. En cuanto a la muestra, se compuso de 1332 hogares individuales, de acuerdo con los parámetros establecidos por la ENAHO del 2019. El contraste de las hipótesis se llevó a cabo mediante la aplicación de un modelo Logit en un análisis econométrico. Los resultados demostraron que variables como los ingresos económicos, las condiciones laborales, el seguro social de salud, el nivel educativo, el sexo y la edad son estadísticamente significativas. Esto se evidencia al comparar el estadístico de prueba LR statistic (Modelo logit) con el chi-cuadrado X^2 , siendo el resultado de $120.83 > 12.59$, lo que conduce al rechazo de la hipótesis nula de no significancia global. En conclusión, se determina que en el departamento de Huánuco en el año 2019, existe una relación positiva y significativa entre el acceso a los servicios de salud y sus factores determinantes.(24)

En su estudio realizado en el año 2022 en Puno, Yucra M. se propuso analizar de manera objetiva los factores incidentes en el acceso a los servicios de salud en esta región durante el 2020. La metodología empleada fue de tipo exploratoria, con un diseño no experimental, de enfoque transversal y cuantitativo. Para la recolección de datos, se llevó a cabo una encuesta dirigida a los habitantes de una localidad específica dentro del distrito de Juliaca, perteneciente al departamento de Puno. En el análisis de los datos recopilados, se utilizaron estimaciones obtenidas mediante el modelo de probabilidad logística (Logit), con el objetivo de identificar los factores determinantes en el acceso a los servicios de salud. Adicionalmente, se realizaron estimaciones de los efectos marginales para

evaluar la probabilidad de acceder o no a estos servicios. Las conclusiones obtenidas de la investigación revelan aspectos importantes: i) La comunidad con ingresos por debajo del salario mínimo, especialmente las mujeres que se encuentran laborando, enfrenta más problemas de salud; ii) Un alto porcentaje (78.2%) de personas que reportaron enfermedades no recibieron atención médica especializada, optando en su lugar por prácticas alternativas como la automedicación, consultas en farmacias o con practicantes de ocultismo, evidenciando deficiencias estructurales y organizativas en la prestación de servicios médicos. Además, se identificaron variables significativas que inciden en el acceso a la atención médica en Puno, como el género, inscribirse a un seguro de salud, el estado laboral, los ingresos per cápita, el idioma, el nivel educativo y la situación de pobreza. Por otro lado, aspectos como la edad, el estado civil y el tipo de trabajo desempeñado no demostraron ser estadísticamente relevantes para explicar el acceso a los servicios de salud. En última instancia, encontraron que el factor de mayor relevancia en el acceso a los servicios de salud para los habitantes de Puno es la afiliación a un seguro, incrementando la posibilidad de acceso en un 13.2%.(25)

1.2. BASES TEÓRICAS

En la presente sección se expondrán las bases teóricas de las variables que se utilizarán en la investigación: Pobreza, acceso a los servicios de salud, edad, educación, sexo, área de residencia, quintiles de ingreso, ingreso per cápita por familia, afiliación a un seguro médico, entre otras.

A. POBREZA.

Evolución del concepto de pobreza.

Definir la pobreza, no es ni ha sido tarea fácil, así entonces, la pobreza se relaciona con el nivel de vida, específicamente con satisfacer los requerimientos básicos, de consumo, vivienda y de acceso a servicios públicos, de salud y educación. La idea de pobreza está estrechamente ligada a un estado de impedimento, que conduce a las personas de menores recursos a vivir marginalmente, lejos de los parámetros establecidos por la sociedad. Así entonces, la pobreza se convierte, en una situación excluyente, y de una continua

carencia de aquellos recursos, que son necesarios, para la satisfacción de las condiciones materiales, que permiten la existencia de una comunidad. Históricamente, desde finales del siglo XIX, la definición de la pobreza ha girado en torno a tres planteamientos; el primero de ellos, se relaciona con el concepto de subsistir, que define como empobrecimiento, a las personas que no poseen el mínimo necesario para su subsistencia. El segundo planteamiento, incorpora a los requerimientos esenciales en la conceptualización de la pobreza. Estas exigencias primordiales, se caracterizan por ampliar el concepto de subsistencia, pues adiciona dos componentes: 1) los requerimientos mínimos que una familia necesita para satisfacer sus necesidades de carácter vital, entre ellos, los alimentos, el vivir bajo un techo, el abrigo, la posesión de algunos muebles y equipos domésticos; y 2) el acceso a servicios comunitarios vitales, como la potabilización, el alcantarillado, el traslado público, la salud, la educación y una adecuada infraestructura cultural. Por su parte el tercer concepto de pobreza está referido a la privación relativa, que comprende tanto a los recursos como a las condiciones sociales y materiales. Asimismo, dicho concepto presta atención al creciente fenómeno de las dinámicas sociedades contemporáneas. Adicionalmente en relación a los debates, en torno a la pobreza, destacan 4 versiones:(26)

a) Pobreza como necesidad, que está estrechamente ligada a la satisfacción de recursos y servicios que se requieren para subsistir plenamente en la comunidad.

b) Pobreza como estándar de vida, que no considera a la pobreza, como el hecho de estar sometido a ciertas privaciones, sino como un factor de comparación, que está relacionado con vivir y poseer menos que otras personas.(27)

c) Pobreza como carencia de bienes, que está vinculada con la escasez en la provisión de recursos que percibe un hogar y que refleja la insuficiencia de las personas para gozar del consumo de bienes y servicios.(28)

d) Pobreza, definida como la violación y la desigualdad sistemática en el ejercicio pleno de los derechos de carácter económico, social y cultural.(29) Este concepto, también fue abordado por algunos otros autores, los cuales argumentaron que la pobreza es un estado que ha sido impulsado por la constante omisión y negativo

accionar de los gobiernos, y de los agentes socioeconómicos de la comunidad.(26)

Enfoques sobre la pobreza absoluta y la pobreza relativa

El enfoque de la pobreza absoluta supone que las necesidades de las personas pobres son totalmente independientes de la riqueza de las otras personas, y el que dichas necesidades, no sean satisfactorias, revelan, un estado de pobreza en cualquier entorno. Así entonces, el empobrecimiento absoluto no se representa en base al ambiente social o las normas, sino en base a la carencia de exigencias físicas simples de subsistencia, no sociales. Por su parte, la pobreza relativa parte del supuesto de que los requerimientos primordiales surgen a partir de la comparación con los demás, y que la pobreza depende de la capacidad adquisitiva o del nivel de riqueza. En ese sentido la definición de pobreza relativa se determina en base a su asociación con los estándares que coexisten en la sociedad, y que se vinculaban principalmente en términos de desigualdad. aplicable al nicho inferior de la distribución de la riqueza.(26)

Otros autores, manifiestan que la pobreza es una forma de limitación relativa, puesto que es la carencia de: dietas, servicios, normas y actividades que son propias de la sociedad. De igual modo, y considerando que la pobreza está vinculada a la riqueza en general, y si esta es inconstante en el tiempo, el parámetro para la identificación de los pobres, debe conceptualizarse a partir del determinado nivel de ingreso.(26,30)

Medición de la pobreza.

Para medir el empobrecimiento, se han planteado dos estrategias, la unidimensional y la multidimensional. La medición unidimensional, asume que la pobreza es aquella situación en la que las personas viven con menos de un 1,9 dólar al día. Por su parte la medición multidimensional, plantea que, además de las privaciones que afectan a las personas, se deben incorporar en sus indicadores, dimensiones de salud y educación.(31) La medición multidimensional de la pobreza, posee dos características muy diferenciadas, en primer lugar, el reconocer que las privaciones no monetarias, son sin lugar a dudas evidencias de pobreza. En segundo lugar, está el hecho de que las privaciones se superponen,

de tal manera que los más pobres de la población de pobres, experimentan múltiples privaciones superpuestas.(32)

En los dos últimos decenios del siglo XX, se incrementaron los métodos de medición combinados, que han superado a la metodología directa de medición de pobreza. Por tal motivo, en la metodología de medición combinada, consideraron al ingreso, como elemento fundamental, para la realización de todas las mediciones. Sin embargo, presenta limitaciones y complejidades técnicas, entre ellas: la carente confiabilidad de los datos de los ingresos y la dificultad para definir el ingreso, que se tomará como base para medir la calidad de vida de un hogar.(30)

B. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

La Real Academia Española (RAE) ofrece una definición genérica de la palabra "acceso", sin asociarla específicamente con el ámbito de la salud, describiéndola como la "acción de llegar o acercarse" o como la "entrada al trato o comunicación con alguien".(33) Desde otra perspectiva, Fajardo y sus colegas definen el término "acceso" dentro del contexto de la salud, refiriéndose exclusivamente a los servicios médicos. Para ellos, implica la acción personal de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin garantizar necesariamente la respuesta anticipada por parte de los proveedores o prestadores de servicios de salud. Así, dicha conceptualización no incluye a los abastecedores, sobre si los servicios médicos son aptos, o si existe impedimento que no permita brindar su prestación, si son oportunos tanto en el tiempo como en el lugar para su prestación, o si esos servicios son de calidad. (34)

La OMS, considerando un contexto de universalidad, define el acceso a los servicios de salud, como aquel estado que permite a todos los individuos y las comunidades accedan a servicios integrales de salud conveniente, provechoso, de calidad, y que se brinden a nivel nacional, según las necesidades de la población. Las personas deben acceder a medicamentos de calidad, confiables, efectivos y accesibles, y se debe procurar que el uso de tales servicios no exponga a los usuarios a dificultades de índole financiero, particularmente a aquellos en áreas vulnerables donde se encuentran algunas poblaciones. (2)

En el contexto peruano, según datos del INEI, el acceso se define como la entrada o utilización de servicios de salud, abordando las particularidades poblacionales (factores determinantes) y la disponibilidad de recursos (uso de servicios).(35) El acceso real se evalúa mediante la observación de cómo las personas utilizan efectivamente los servicios de salud, considerando sus condiciones socioeconómicas y demográficas. Este enfoque contrasta con el concepto de accesibilidad, relacionado más estrechamente con la demanda de servicios de salud en función del precio, tiempo de desplazamiento y espera. La accesibilidad se refiere al ajuste entre los recursos de atención médica y las necesidades de la población durante la búsqueda y obtención de atención médica.(36,37)

Según Appoh, et. al, la concepción del "acceso a los servicios de atención médica" es diversa, desde un enfoque restringido de acceso a la entrada a servicios hasta una perspectiva multidimensional que engloba la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad; cabe resaltar que, la viabilidad de que una comunidad acceda a los servicios de salud se sustenta en la existencia de servicios disponibles y una distribución adecuada. Además, el nivel de acceso se ve influido por barreras organizativas, sociales, financieras y culturales.(38) Mientras tanto, Topriceanu et. al, afirma que el acceso a la atención médica idónea está influenciado por variables como el sexo, etnia, posición socioeconómica (SEP) y la carga de comorbilidades.(39)

De igual modo, algunos autores, coinciden en explicar, que las barreras más comunes para el acceso a los servicios de salud se relacionan con factores de carácter socioeconómico y demográfico, tales como el edad,(40) sexo,(41) grado de educación,(42) área de residencia,(43) distancia a los centros de salud,(44) y el hecho de provenir de un hogar de índice de riqueza medio o pobre.(45) Adicionalmente, se consideran como variables propias del acceso a los servicios de salud, a: el acceso potencial a servicios de salud, ya sea de prestación pública y/o prestación privada, de aseguramiento en salud; a la condición de salud reportada; y el acceso a la atención.(46)

- ASEGURAMIENTO DE SALUD

El concepto de Aseguramiento Universal en Salud en nuestra nación está regido por la Ley N° 29344. Se define como el proceso encaminado a garantizar que todos los habitantes del país cuenten con un seguro de salud que le facilite el acceso a una gama completa de servicios de salud preventivos, promocionales, curativos y de rehabilitación. Estos servicios deben ser proporcionados bajo condiciones óptimas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y respeto a la dignidad humana, de acuerdo a lo mencionado en el PEAS.(47)

Las investigaciones de Getahun et al. plantean al seguro de salud como una novedosa alternativa que ofrece servicios médicos de fácil acceso, asequibles y eficientes. Además, subraya su papel en la distribución equitativa de riesgos entre distintos estratos socioeconómicos. Por otro lado, Darkwak respalda el seguro médico universal como una herramienta para facilitar el acceso a la atención médica sin generar dificultades financieras. Su investigación evidencia que la provisión de subsidios a la atención médica a través de este sistema ha impactado positivamente en el acceso a servicios de salud y en los resultados de salud de la población, tanto en naciones desarrolladas como en aquellos en vías de desarrollo.(48,49)

Gutierrez et. al, habla en su investigación sobre un esquema de prestaciones en salud, en el que se considera que las personas con acceso potencial son aquellas que cuentan con uno o más esquemas, asimismo, las personas que no cuentan con ningún esquema de aseguramiento, se les considera como, sin acceso potencial.(46) Kitole et. al, define que ...se han establecido varios esquemas de seguro de salud para reducir los costos de atención médica y aumentar la accesibilidad a los servicios de salud para los grupos desfavorecidos del país.(50) En el mismo sentido, Tkachuck, encontró que los esquemas de salud (tipo de cobertura de seguro médico), para el caso del sistema de salud argentino, está compuesto por un sector público (seguro social de salud: 50%, también conocido como seguridad social, y servicio público 20-30%) y un sector de atención de salud privado (20-30%; también conocido como seguro de salud prepago).(51)

Por su parte, el sistema de salud del Perú está compuesto por cinco subsistemas, los cuales se detallan a continuación: MINSA, ESSALUD, Sanidad de las FF AA/ FF. PP., e Instituciones Privadas, conocidas también como EPS (Entidades

Prestadoras de Salud). Este modelo está constituido por tres vastos e importantes focos de atención dirigidos a los diferentes grupos sociales, que conforman el país. En ese sentido, en primer lugar, el modelo provee de atención médica, a los habitantes en situación de pobreza, la cual no está cubierta por ESSALUD, ni por aseguradoras privadas o EPS, y que además afronta muchas barreras para acceder a los servicios de salud, generalmente, de origen estatal. En segundo lugar, el sistema brinda atención médica a sectores de pobladores con disponibilidad de pago; y que está compuesta por dos grupos de personas; por un lado los trabajadores formales, cuya atención médica está cubierta EsSalud, y de otro lado, la población de clase media y alta, pertenecientes en su mayoría a las zonas urbanas, quienes generalmente son atendidos por el sector privado o también por las EPS.(52)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación: El propósito de este estudio fue de índole aplicada, dirigido a generar conocimiento con aplicabilidad directa a las problemáticas sociales.(53)

3.1.2. Diseño: El diseño del presente trabajo fue observacional, puesto que no se realizó de manera deliberada, la manipulación de las variables. El estudio fue analítico, porque comparamos un grupo de sujetos. Asimismo, fue de corte transversal, debido a que la elección de los datos de las variables dependiente e independiente se realizó en un mismo momento.

3.2. Variables y operacionalización

3.2.1. Variable dependiente: Acceso a los servicios de salud (Anexo N°1)

3.2.2. Variable independiente: Pobreza

3.2.3. Covariables:

- a) Sexo
- b) Área de Residencia
- c) Grado de instrucción

- d) Ingreso económico por hogar
- e) Seguro de Salud
- f) Distancia al establecimiento de salud
- g) Tiempo de espera
- h) Aceptabilidad
- i) Conveniencia

3.3. Población, muestra y muestreo

3.3.1. Población:

La población de la presente investigación estuvo constituida por el conglomerado de todas las viviendas a nivel individual, así como también de todos y cada uno de sus ocupantes, residentes, tanto en residencia urbana como en residencia rural de nuestra nación. La información recolectada se obtuvo a partir de datos secundarios, específicamente de datos de ENAHO durante el periodo 2022. Para el análisis secundario se incluyó a los encuestados mayores o igual a 14 años, encuestados quienes cuenten con ingreso económico anual alguno, además quienes en las últimas 4 semanas presentaron síntomas o dolencia de alguna enfermedad, recaída de enfermedad o accidente, sintomatología SARS-COV 2, no referir ninguna afección o dolencia. Se excluyeron menores de 14 años, encuestados que no cuenten con ingreso económico anual, quienes no presentaron datos completos de las variables de interés a estudiar, también se tomaron las exclusiones propias de la ficha de recolección de datos.

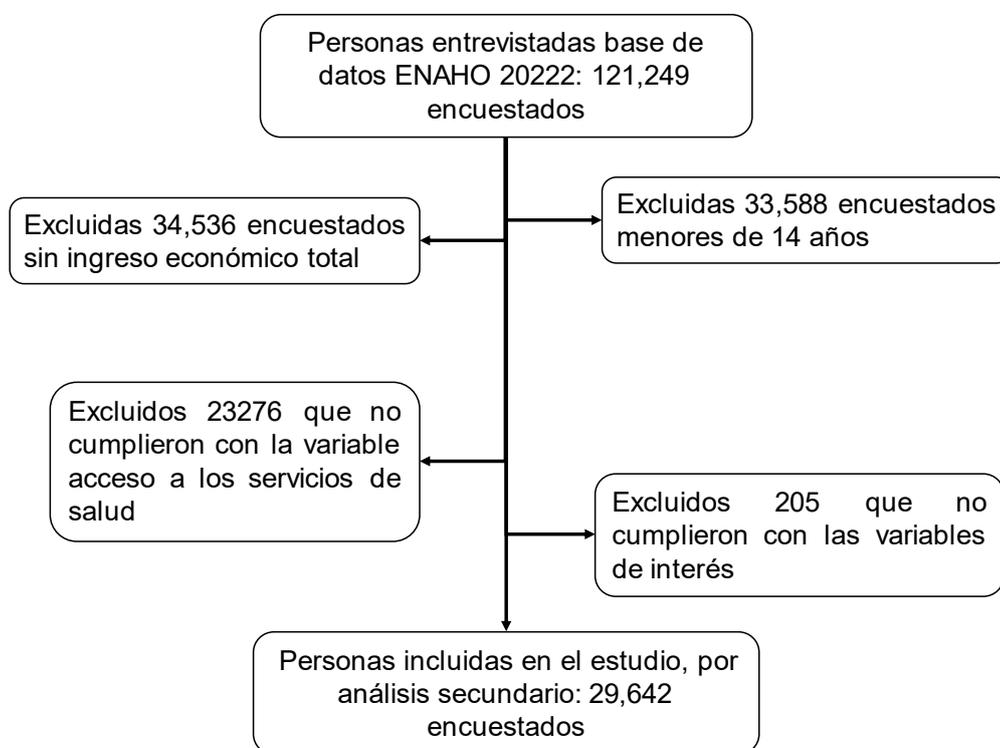
3.3.2. Muestra

La muestra de la ENAHO fue probabilística, estratificada, multietápica e independiente en cada departamento. Se utilizó para evaluar cambios en las características poblacionales. Se emplearon dos técnicas: muestras panel y no panel. Las muestras panel se investigaron anualmente desde 2008, siguiendo a los mismos hogares. Las muestras no panel visitaron los mismos conglomerados cada año, en el mismo mes, pero seleccionando viviendas diferentes. En 2022, se encuestaron 36,848 hogares, con 24,256 (65.83%) urbanos y 12,592 (34.17%)

rurales, con un nivel de confianza del 95%. La muestra panel fue de 12,188 hogares, mientras que la muestra no panel fue de 24,660 hogares. A nivel nacional, se encuestaron 5,359 conglomerados, de los cuales 70.57% fueron urbanos y 29.43% rurales. La muestra panel constó de 1,769 conglomerados, y la muestra no panel de 3,590 conglomerados.

Se aplicaron criterios para seleccionar quiénes formarían parte de la muestra, resultando en una base de datos de 29,642 encuestados que cumplían con los requisitos de la selección secundaria. (Figura 1)

Figura 1: Flujograma de la selección de participantes incluidos en el análisis, ENAHO 2022



3.3.3. Muestreo

El proceso de muestreo de la ENAHO se llevó a cabo a través de tres fases distintas. Durante estas etapas, se seleccionaron las unidades de forma proporcional a su tamaño, excepto en la fase final. En esta última etapa, se eligió un número específico de hogares para cada conglomerado, teniendo en cuenta un intervalo de selección.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnica

La técnica empleada fue la ENAHO, donde se obtuvo toda la información de los datos pertenecientes al periodo 2022. Dicha información correspondió a la base de microdatos, los cuales, se encontraron en la web oficial del INEI.

3.4.2. Instrumentos (Anexo N° 2):

Los instrumentos utilizados, para la obtención de los datos de las variables de estudio, fueron los cuestionarios utilizados por la encuesta de la ENAHO. Asimismo, se accedió a la ficha técnica de obtención de datos, en específico las fichas técnicas del ENAHO correspondientes al año 2022, particularmente, de los módulos 2, 3, 4 y 5.

3.5. Procedimientos y método de análisis de datos

En este apartado se detalla el proceso mediante el cual se adquirió la información. Así entonces, los datos de nuestras variables se obtuvieron de la ENAHO, para ello se procedió a descargar los microdatos de la base estadística de INEI, al software STATA V16, mediante el cual se procedió a la limpieza de datos de las variables utilizadas en la investigación.

Posteriormente, se procedió al análisis descriptivo de las variables, para lo cual se ejecutó de la siguiente manera: se elaboraron tablas de frecuencia absolutas y relativas de cada una de las variables, también se analizó los estadísticos de cada una de las variables como son: la media, la mediana, la desviación estándar, rangos intercuartiles, simetría, etc. Para el análisis bivariado se usó tablas de frecuencia absolutas y relativas, también se utilizó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) para determinar si existía significancia estadística entre las variables ($p < 0.05$).

Finalmente, se empleó el comando SVYSET con los parámetros de conglomerado y estrato para aplicar ponderaciones a los datos resultantes. El propósito fue obtener estimaciones más precisas y representativas de la población. Este enfoque permitió llevar a cabo un análisis más detallado mediante modelos estadísticos como los modelos lineales generalizados de la familia Poisson. Se realizó tanto un análisis crudo como ajustado para pruebas complejas, utilizando

previamente la estadística diferencial como herramienta. Esto nos permitió calcular la prevalencia de las variables de estudio. Los resultados se presentaron con un intervalo de confianza del 95% y para la determinación de la significancia estadística de las variables se llevó a cabo mediante la consideración del valor de $p < 0.05$.

3.6. Aspectos éticos

Para el actual trabajo, se declara que, considerando los aspectos éticos, no hubo vulnerabilidad de los derechos de ningún investigador, compañero de trabajo o trabajo de investigación. Asimismo, se declara que la ENAHO, instrumento del que se tomaron los datos, ya tuvo sustento ético, que le brinda el INEI, entidad encargada de realizar esta encuesta a nivel nacional.

Finalmente, según el procedimiento a seguir, para el estudio, se pidió la exención por parte del Comité de Ética de la UCV, que fue aprobado con éxito, puesto que el trabajo se realizó con datos secundarios descargados de la base de microdatos del INEI y no se intervino con seres humanos.

IV. RESULTADOS

En esta parte, se exponen los resultados obtenidos en el estudio, Efecto de la pobreza en el acceso a los servicios de salud en época de pandemia: Un análisis de la ENAHO en Perú, detallándose a continuación.

Tabla 1: Características sociodemográficas en la población del Perú, 2022

Características	N (%)	
Sexo		
Masculino	15,659	(52.8)
Femenino	13,983	(47.2)
Edad (años)*	45.9	(±16.53)
Área		
Urbano	18,627	(62.8)
Rural	11,015	(37.2)
Grado de instrucción		
Sin nivel	1,585	(5.4)
Educación inicial	25	(0.1)
Primaria incompleta	4,689	(15.8)
Primaria completa	3,900	(13.2)
Secundaria incompleta	3,821	(12.9)
Secundaria completa	7,665	(25.9)
SNU incompleta**	1,337	(4.5)
SNU completa**	2,562	(8.6)
SU incompleta**	1,375	(4.6)
SU completa**	2,131	(7.2)
Maestría/doctorado	544	(1.8)
Básica especial	8	(0.03)
Seguro de salud		
Si tiene	25,711	(86.7)
No tiene	3,931	(13.3)
Acceso a servicios de salud		
Accede	6,868	(23.2)
No accede	22,774	(76.8)

Características	N (%)	
Quintiles de Pobreza		
Quintil 1	7,267	(24.5)
Quintil 2	6,555	(22.1)
Quintil 3	5,757	(19.4)
Quintil 4	5,292	(17.9)
Quintil 5	4,771	(16.1)

Tamaño muestral: 29,642

Fuente. Base de datos de ENAHO 2022

*Media \pm desviación estándar

**SNU: Superior no universitaria, SU: Superior universitaria

Se exponen los resultados obtenidos en la tabla 1, las características sociodemográficas de la población peruana en el presente estudio durante el 2022. Comenzando con la variable de sexo, se evidencia que el 52.8% (15,659 individuos) de la población total corresponde al sexo masculino, mientras que el 47.2% (13,983 individuos) corresponde al sexo femenino.

En cuanto a la edad de la población, se destaca una edad promedio de 45.9 años, con una desviación estándar de ± 16.53 , lo que muestra una distribución amplia y diversa en términos de edades dentro de la muestra estudiada.

En lo que respecta al área de residencia, se observa que el 62.8% (18,627 individuos) reside en áreas urbanas, mientras que el 37.2% (11,015 individuos) reside en áreas rurales, destacando así la predominancia de la población en zonas urbanas.

El nivel educativo de la población analizada muestra una amplia variedad. Un 5.4% (1,585 individuos) carece de un nivel educativo determinado, mientras que solo el 0.1% (25 individuos) alcanzó el nivel inicial. La mayoría de la población se encuentra en niveles como primaria incompleta (15.8% - 4,689 individuos), secundaria completa (25.9% - 7,665 individuos), superior no universitaria completa (7.2% - 2,131 individuos), y superior universitaria completa (7.2% - 2,131 individuos). El grupo con Maestría y Doctorado representa el 1.8% (544 individuos), y solo el 0.03% (148 individuos) alcanzó el nivel de educación de Básica especial.

En relación con el seguro de salud, el 86.7% (25,711 individuos) de la población tiene algún tipo de seguro médico, mientras que el 13.3% (3,931 individuos) carece de él. En cuanto al acceso a los servicios de salud, únicamente el 23.2% (6,868 individuos) tiene acceso, mientras que el 76.8% (22,774 individuos) no tiene acceso a estos servicios.

Al segmentar la población en quintiles de pobreza, se encuentra que el quintil 1 (población de menores ingresos) está conformado por el 24.5% (7,267 individuos) de la muestra, seguido por el quintil 2 con el 22.1% (6,555 individuos). El quintil 5 (población de mayor riqueza) representa el 16.1% (4,771 individuos) de la población estudiada, mientras que los quintiles 3 y 4 incluyen al 19.4% (5,757 individuos) y 17.9% (5,292 individuos) respectivamente, mostrando una distribución variada de ingresos dentro de la muestra analizada.

Tabla 2: Quintiles de pobreza relacionado con el acceso a los servicios de salud de la población del Perú, 2022.

Pobreza	Acceso a los servicios de Salud		
	Accede	No accede	Valor de p
	N (%)	N (%)	(p<0.05)
Quintiles			p=<0.001
Quintil 1*	1,804 (26.3)	5,464 (24.0)	
Quintil 2	1,509 (22.0)	5,046 (22.2)	
Quintil 3	1,214 (17.7)	4,543 (20.0)	
Quintil 4	1,109 (16.2)	4,183 (18.4)	
Quintil 5*	1,232 (17.9)	3,539 (15.5)	

Fuente. Base de datos de ENAHO 2022

Tamaño muestral: 29,642

*Quintil 1, 20% más pobre de la población; Quintil 5, 20% más rico de la población

La tabla 2 presenta datos concretos sobre la distribución del acceso a los servicios de salud entre los estratos de la población, evidenciando disparidades

marcadas entre los quintiles que representan la población más pobre (quintil 1) y la más rica (quintil 5). Enfocándonos en el quintil 1, correspondiente al 20% más pobre, se destaca que el 26.3% (1,804 individuos) tiene acceso a los servicios de salud, mientras que el 24.0% (5,464 personas) carece de acceso a estas prestaciones. Contrariamente, en el quintil 5, que abarca a individuos de mayor riqueza, el 17.9% (1,232 personas) accede a los servicios de salud, mientras que el 15.5% (3,540 individuos) no tiene acceso.

Resultados similares se observan en el quintil 2, con un patrón parecido al quintil 1: el 22.0% (1,509 personas) accede a los servicios de salud, pero 22.2% (5,046 personas) no tiene acceso. En el quintil 3, el 17.7% (1,212 individuos) accede a la atención médica, mientras que el 20.0% (4,543 personas) no logra acceder.

El quintil 4 muestra un acceso aún menor a los servicios de salud, con un 16.2% (1,109 personas) que logran acceder, siendo la cifra más baja entre los quintiles con acceso, mientras que el 18.4% (4,183 individuos) no accede a estos servicios, mostrando un nivel relativamente más bajo de exclusión en comparación con el quintil 5 y un nivel ligeramente inferior al del quintil 1.

Por último, el análisis muestra un valor de p altamente significativo ($p < 0.001$), lo que respalda la fuerte asociación entre los niveles de pobreza (representados por los quintiles) y el acceso a los servicios de salud. Esta significancia estadística sugiere que la relación observada entre la pobreza y el ACS no es aleatoria y que existe una relación consistente entre ambos factores.

Tabla 3: Características sociodemográficas relacionadas al acceso a los servicios de salud en la población del Perú, 2022.

Características	Acceso a los servicios de Salud		
	Accede	No accede	Valor de p
	N (%)	N (%)	($p < 0.05$)
Sexo			$p < 0.001$
Masculino	3,149 (20.1)	12,510 (79.9)	
Femenino	3,719 (26.0)	10,264 (73.4)	
Edad (años)*	48.4 (± 16.56)	45.2 (± 16.45)	$p < 0.001$

Área				p=0.002
Urbano	4,205	(22.6)	14,422	(77.4)
Rural	2,663	(24.2)	8,352	(75.8)
Grado de instrucción				p=<0.001
Sin nivel	384	(24.2)	1,201	(75.8)
Educación inicial	5	(20.0)	20	(80.0)
Primaria incompleta	1,072	(22.9)	3,617	(77.1)
Primaria completa	924	(23.7)	2,976	(76.3)
Secundaria incompleta	799	(20.9)	3,022	(79.1)
Secundaria completa	1,554	(20.3)	6,111	(79.7)
SNU incompleta**	307	(23.0)	1,030	(77.0)
SNU completa**	716	(28.0)	1,846	(72.1)
SU incompleta**	279	(20.3)	1,096	(79.7)
SU completa**	629	(29.5)	1,502	(70.5)
Maestría/doctorado	198	(36.4)	346	(63.6)
Básica especial	1	(12.5)	7	(87.5)
Seguro de salud				p=<0.001
Si tiene	6,475	(25.2)	19,236	(74.8)
No tiene	393	(10.0)	3,538	(90.0)

Fuente. Base de datos de ENAHO 2022

Tamaño muestral: 29,642

*Media \pm desviación estándar

**SNU: Superior no universitaria, SU: Superior universitaria

Demostramos en la tabla 3, los resultados de las variables sociodemográficas relacionadas con el acceso a los servicios de salud. La primera variable, sexo resultó que 26.0% (3,719 personas) pertenecientes a la población femenina accedió a los servicios de salud y el 73.4%, es decir 10 264 mujeres no accedieron a los servicios de salud mientras que la población masculina

participante el 20.1% (3,149) de personas logró acceder a los servicios de salud pero el 79.9% (12 510) de varones no accedió a los servicios de salud. El análisis muestra un valor de p altamente significativo ($p < 0.001$), lo que respalda la fuerte asociación entre el sexo y el acceso a los servicios de salud.

En relación con la edad de la población medida en años, se aprecia que la edad promedio de quienes accedieron a los servicios de salud es de 48.4% con una desviación estándar de ± 16.56 , mientras que la edad promedio de los que no accedieron a los servicios de salud fue de 45.2% con una desviación estándar de ± 16.45 , asimismo este resultado nos demuestra que es estadísticamente significativa la relación entre la variable edad y el acceso a la atención médica ($p < 0.001$).

Con respecto al área de residencia, se observa que la población que reside en zona urbana, el 22.6% (4,205) de personas accedió a los servicios de salud y 77.4% (14 422) pobladores no accedieron a los servicios de salud, mientras que los residentes en zonas rurales, 24.2% (2,663) de personas accedieron a los servicios de salud y 75.8% (8,352) no lograron acceder a los servicios de salud. El valor de p ($p = 0.002$), indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre el área de residencia (urbana o rural) y la capacidad de acceder a los servicios de salud en la población examinada.

En referente a la variable de grado de instrucción de la población estudiada, resultó que quienes carecen de algún nivel de estudio, 24.2% de personas accedieron a los servicios de salud, mientras que 75.8%, es decir 1201 participantes no accedió a los servicios de salud. Aquellos que contaban con Educación inicial, se observó que 20.0%, es decir 5 de personas, accedieron a los servicios de salud y 20 pobladores (80.0%) no accedieron a los servicios de salud. Con relación a los grados de instrucción con mayor presencia de población, se muestran a quienes alcanzaron primaria incompleta el 22.9% (1,072) de personas accedieron a los servicios de salud mientras que 77.1% de la población, es decir 3617 personas, no accedieron a los servicios de salud; los que alcanzaron secundaria completa, 20.3% (1,554) personas accedió a los servicios de salud y 79.7% (6,111) de pobladores no logró acceder a los servicios de salud; superior no universitaria completa, 716 (28.0% de la población) personas accedió a los

servicios de salud mientras que 72.1% (1,846) de pobladores no accedieron a los servicios de salud; superior universitaria completa, 29.5% (629 personas) accedió a los servicios de salud y 70.5% (1,502) de la población no accedieron a los servicios de salud. Por su parte, el segmento perteneciente a Maestría/doctorado, 36.4%, 198 personas, accedió a los servicios de salud, mientras que 63.6% pobladores (346 personas) no accedieron a los servicios de salud; y por último, quienes culminaron la educación básica especial demostró que 1 persona, es decir 12.5% de la población accedió a los servicios de salud y 87.5% de la población (7 personas) no accedieron a los servicios de salud. El análisis muestra un valor de p ($p < 0.001$) indicando que el nivel de instrucción tiene un efecto significativo en el acceso a los servicios de salud en la población del Perú. Esta información es crucial para comprender cómo la educación puede influir en la capacidad de las personas para acceder a la atención médica.

Por consiguiente, la variable de estudio, seguro de salud, mostró que aquellos que si tienen seguro de salud, el 25.2% (6,475) personas accedieron a los servicios de salud y 19,236 personas, es decir el 74.8% de la población, no accedió a los servicios de salud mientras que quienes no tenían seguro de salud, el 10.0% accedió a los servicios de salud y 90.0% que no contaba con seguro alguno no logró acceder a dichas servicios. El valor de p obtenido para la relación entre el acceso a los servicios de salud y la posesión de seguro de salud es $p < 0.001$. Esto indica una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

Tabla 4: Análisis multivariado para desenlace de características socioeconómicas con el acceso a los servicios de salud de la población del Perú, 2022,

Características	Análisis crudo			Análisis ajustado ^a		
	RP	IC 95%	P	RPa	IC 95%	p
Sexo						
Masculino		Ref.			Ref.	
Femenino	0.92	(0.91 – 0.93)	<0.001	0.92	(0.91 – 0.93)	<0.001
Edad (años)*	1.00	(0.99 – 1.01)	<0.001	1.00	(0.99 – 1.01)	<0.001

Área							
Urbano			Ref.	.	Ref.		
Rural	0.98	(0.97 – 0.99)	<0.001	0.92	(0.91 – 0.93)	–	<0.001
Grado de instrucción							
Sin nivel			Ref.		Ref.		
Educación inicial	1.06	(0.87 – 1.29)	0.59	0.97	(0.80 – 1.17)	–	0.75
Primaria incompleta	1.02	(0.99 – 1.05)	0.27	0.96	(0.93 – 0.99)	–	0.01
Primaria completa	1.01	(0.97 – 1.04)	0.68	0.92	(0.89 – 0.96)	–	<0.001
Secundaria incompleta	1.04	(1.01 – 1.08)	0.01	0.92	(0.89 – 0.95)	–	<0.001
Secundaria completa	1.05	(1.02 – 1.08)	<0.001	0.91	(0.88 – 0.94)	–	<0.001
SNU incompleta**	1.02	(0.98 – 1.06)	0.42	0.87	(0.84 – 0.91)	–	<0.001
SNU completa**	0.95	(0.92 – 0.99)	0.01	0.84	(0.81 – 0.87)	–	<0.001
SU incompleta**	1.05	(1.01 – 1.09)	0.01	0.88	(0.85 – 0.92)	–	<0.001
SU completa**	0.93	(0.89 – 0.97)	<0.001	0.82	(0.79 – 0.86)	–	<0.001
Maestría/doctorado	0.84	(0.78 – 0.90)	<0.001	0.77	(0.72 – 0.83)	–	<0.001
Básica especial	1.15	(0.89 – 1.50)	0.28	1.01	(0.76 – 1.33)	–	0.96
Seguro de salud							
No tiene			Ref.		Ref.		
Si tiene	0.83	(0.82 – 0.84)	<0.001	0.85	(0.84 – 0.86)	–	<0.001
Niveles de Pobreza							

Quintil 1	Ref.			Ref.		
Quintil 2	1.02	(1.00 – 1.04)	0.01	1.01	(0.99 – 1.02)	– 0.57
Quintil 3	1.05	(1.03 – 1.07)	<0.001	1.02	(1.00 – 1.04)	– 0.12
Quintil 4	1.05	(1.03 – 1.07)	<0.001	1.01	(0.99 – 1.04)	– 0.17
Quintil 5	0.99	(0.97 – 1.01)	0.22	0.98	(0.96 – 1.01)	– 0.18

Fuente: Base de datos ENAHO 2022

Tamaño muestral: 29,642

**SNU: Superior no universitaria, SU: Superior universitaria

RP: Razones de Prevalencia, IC95%: Intervalo de Confianza, P: valor de $p < 0.05$

- a. Razón de prevalencia ajustada por las variables de sexo, edad, área de residencia, nivel de instrucción, seguro de salud y nivel de pobreza.

En la tabla 4, en el análisis crudo se muestra la razón de prevalencia (RP) y el intervalo de confianza del 95% (IC 95%) para el acceso a los servicios de salud entre la variable “Niveles de Pobreza”, medida a través de quintiles, presenta la razón de prevalencia (RP) y el intervalo de confianza del 95% (IC 95%) para cada quintil de pobreza en comparación con el Quintil 1, que es el grupo de referencia. Para “Quintil 2”, la RP es 1.02 (IC=1.00 - 1.04) y un valor de $p = 0.01$. Esto indica que las personas en el Quintil 2 tienen un 1.02 veces más probabilidad de acceder a los servicios de salud en comparación con aquellas en el Quintil 1. Para “Quintil 3 y Quintil 4” ambos presentan una RP de 1.05 (IC=1.03 - 1.07), por lo sugiere que las personas en estos quintiles tienen 1.05 veces más probabilidad de acceder a los servicios de salud en comparación con el Quintil 1, Asimismo los valores de p ($p = < 0.001$), demostraron una asociación altamente significativa entre estos grupos y al acceso a los servicios de salud. Por último, “Quintil 5” muestra una RP de 0.99 (IC=0.97 - 1.01) y un valor de $p = 0.22$. Esto sugiere que las personas en el Quintil 5 tienen una probabilidad ligeramente menor (0.99 veces) de acceder a los servicios de salud en comparación con aquellas en el

Quintil 1, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. Se realiza el análisis ajustado, por las variables de confusión (sexo, edad, área, grado de instrucción y seguro de salud), el Quintil 1, continúa siendo la categoría de referencia. No se observan cambios significativos después del ajuste en comparación con los resultados del análisis crudo. Para el Quintil 2, : Después del ajuste, la asociación se mantiene positiva con $RP_a = 1.01$, pero sin significación estadística con $p = 0.57$; el Quintil 3, incluso después del ajuste, la asociación sigue siendo significativa ($RP_a = 1.02$) pero con un valor $p = 0.12$, sugiriendo una relación menos fuerte pero aún relevante. Para el Quintil 4, tras el ajuste, la asociación se debilita ligeramente ($RP_a = 1.01$) y no se mantiene como significativa con un $p=0.17$. Por último, el Quintil 5, muestra una $RP_a= 0.98$ ($IC=0.96 - 1.01$), lo que sugiere una asociación negativa, aunque no significativa estadísticamente ($p=0.18$), con el acceso a los servicios de salud.

Analizando la variable “Sexo”, describe los géneros masculino y femenino. La RP es de 0.92, lo que indica que las mujeres tienen un 0.92 veces ($IC 0.91 - 0.93$ $p<0.001$) menos probabilidad de acceder a los servicios de salud en comparación con los hombres. El $IC 95\%$ proporciona un rango de valores dentro del cual se espera que esté el verdadero valor de la RP . Además, sugiere que la asociación entre el género y el acceso a los servicios de salud es altamente significativa. Para el análisis de Razón de prevalencia ajustado, esta sección considera que los factores establecidos (edad, área, grado de instrucción seguro de salud y niveles de pobreza) podrían influir en la relación entre el género y el acceso a los servicios de salud. La RP_a es de 0.92 ($IC=.91 - 0.93$), reflejando la precisión del efecto estimado; es decir, las mujeres tienen 0.92 veces menos probabilidad de acceder a los servicios de salud que los varones, el valor p ($p<0.001$) indica que incluso después de ajustar otros factores, la asociación entre el género y el acceso a los servicios de salud sigue siendo altamente significativa desde el punto de vista estadístico.

En relación con la “edad”, no se observa una asociación significativa con el acceso a los servicios de salud. Tanto en el análisis crudo como en el ajustado, los intervalos de confianza incluyen el valor 1; es decir, ninguna asociación.

Aunque el valor de p ($p < 0.001$) tanto para el análisis crudo como en el ajustado demuestra que es altamente significativo desde el punto de vista estadístico

Con respecto a la variable "Área de residencia", muestra la RP e IC 95% para el acceso a los servicios de salud en áreas rurales en comparación con áreas urbanas. La RP de 0.98 indica que las personas en áreas rurales tienen un 0.98 veces menos probabilidad de acceder a los servicios de salud que aquellas en áreas urbanas; asimismo, (IC=0.97 - 0.99) indica la certeza estadística de este resultado. El valor de p , ($p < 0.001$), sugiere que la asociación entre el acceso a servicios de salud y áreas rurales es altamente significativa. Para el análisis de RPa, se observa que representa la asociación entre el acceso a los servicios de salud y áreas rurales, ajustando los posibles factores (sexo, edad, grado de instrucción, seguro de salud y niveles de pobreza). La RPa de 0.92 indica que, incluso después de ajustar otros factores mencionados, las personas en áreas rurales tienen un 0.92 veces menos probabilidad de acceder a los servicios de salud que aquellas en áreas urbanas, (IC=0.94 - 0.97) muestra la precisión de esta asociación. El valor de p ($p < 0.001$), también sugiere una significancia estadística alta en esta asociación, incluso después del ajuste.

Para el análisis crudo para cada grado de instrucción en comparación con el grupo de referencia, "Sin nivel"; en el caso de "Educación inicial", la RP es 1.06 con un IC 95% de (0.87 - 1.29). A pesar de tener un RP ligeramente mayor que el grupo de referencia ("Sin nivel"), el valor de p es alto ($p = 0.59$), lo que indica que no hay una asociación significativa entre la educación inicial y un mayor acceso a los servicios de salud en comparación con aquellos sin educación formal.. "Primaria incompleta y completa" ambos niveles educativos no muestran asociación significativa con el acceso a los servicios de salud (RP=1.02 y 1.01 respectivamente, con intervalos de confianza que incluyen 1 y valores de $p > 0.05$); para "Secundaria incompleta", la RP es 1.04 con un IC 95% de (IC 1.01 - 1.08). Esto sugiere que las personas con educación secundaria incompleta tienen 1.04 veces más probabilidad de acceder a los servicios de salud en comparación con aquellas sin nivel educativo. Además, el valor de p ($p=0.01$), sugiere una asociación estadísticamente significativa entre este nivel educativo y el acceso a los servicios de salud; "Secundaria completa", la RP es 1.05 (IC 1.02 - 1.08), y el

valor de p es <0.001 , sugiere que hay una asociación significativa entre tener educación secundaria completa y un acceso reducido a los servicios de salud. para “Superior No Universitaria incompleta” la RP es 1.02 con un IC 95% que va desde 0.98 hasta 1.06, y el valor de p es 0.42. No se observa una asociación significativa; “Superior No Universitaria completa” la RP es 0.95 con un (IC95% 0.92 – 0.99), y el valor de p es 0.01, mencionando que existe una asociación significativa entre tener educación superior no universitaria completa y un mayor acceso a los servicios de salud; “Superior universitaria incompleta”, la RP es 1.05 con un IC 95% que va desde 1.01 hasta 1.09, y el valor de p es 0.01. Hay una asociación significativa entre tener educación superior universitaria incompleta y un acceso reducido a los servicios de salud, para “Superior universitaria completa” la RP es 0.93 con un IC 95% que va desde 0.89 hasta 0.97, y el valor de p es <0.001 , por lo que sugiere que existe una asociación significativa entre tener educación superior universitaria completa y un mayor acceso a los servicios de salud.; para “Maestría/Doctorado” se muestra una asociación significativa inversa, indicando una menor probabilidad de acceder a los servicios de salud en comparación con el grupo de referencia (RP=0.84, IC 95% = 0.78-0.90, $p=<0.001$). Por último, para “Básica especial”, no muestra una asociación significativa con el acceso a los servicios de salud (RP=1.15, IC 95% = 0.89-1.50, $p=0.28$). Para el análisis ajustado, el grupo “Sin nivel, sigue siendo la categoría de referencia. Para el caso de “Educación inicial”, La RPa es de 0.97, con un IC 95% que incluye el valor 1 (0.80 - 1.17) y un p -valor de 0.75. Esto indica que no hay una asociación significativa entre tener educación inicial y el acceso a los servicios de salud después de ajustar por otras variables. Para la “Primaria incompleta”, la RPa es de 0.96 (IC=0.93 - 0.99) y un $p=0.01$. Esta cifra sugiere que las personas con educación primaria incompleta tienen un 4% menos de probabilidad de acceder a los servicios de salud en comparación con aquellas sin educación, una vez ajustado por otras variables, siendo esta asociación estadísticamente significativa. En el caso de “Primaria completa”, la RPa es de 0.92 (IC 95%: 0.89 - 0.96) con un p -valor de $p=<0.001$; esta cifra indica que las personas con educación primaria completa tienen una probabilidad un 8% menor de acceder a los servicios de salud en comparación con aquellas sin educación, después de realizar el ajuste. Para la “Secundaria incompleta y completa”, las

RPs ajustadas son de 0.92 y 0.91 respectivamente, con IC 95% que no incluyen el valor 1 (0.89 - 0.95 para secundaria incompleta y 0.88 - 0.94 para secundaria completa) y ambos con p valor ($p < 0.001$). Estos resultados indican una asociación significativa, mostrando que tanto secundaria incompleta como completa se asocian con una menor probabilidad de acceso a los servicios de salud, incluso después de controlar otras variables. Por consiguiente “Superior No Universitaria incompleta y completa”, las RPs ajustadas son de 0.87 y 0.84 respectivamente, IC 95% que no incluyen valor 1 (0.84 – 0.91 para Superior No Universitaria incompleta y 0.81 – 0.87 para Superior No Universitaria completa) y ambos con p valor con ($p < 0.001$). Estos resultados indican una asociación altamente significativa, demostrando que tanto para superior no universitaria en su forma completa e incompleta tienen asociación negativa con respecto a los servicios de salud. “Superior Universitaria incompleta y completa”, las RPs ajustadas son de 0.87 y 0.84 respectivamente, IC 95% que no incluyen valor 1 (0.84 – 0.91 para Superior No Universitaria incompleta y 0.81 – 0.87 para Superior No Universitaria completa) y ambos con p valor con ($p < 0.001$) junto con “Maestría/Doctorado”, la RPa es de 0.77, con IC 95% que no incluyen el valor 1 (IC 0.72 – 0.73) con p valor ($p < 0.001$), muestra asociación significativa después del ajuste. Estos grupos tienen una menor probabilidad de acceder a la atención médica en comparación con aquellos sin educación, siendo estas asociaciones altamente significativas en términos estadísticos; y por ultimo con “Básica Especial”, muestra la RPa de 1.01 (IC95% 0.76 – 1.33) con valor $p = 0,96$, resultando sin significancia estadística.

El análisis crudo para la variable “Seguro de salud”; muestra la RP e IC 95% para el acceso a los servicios de salud en comparación con la posesión de seguro de salud. Aquí, para aquellos que no tienen seguro de salud en comparación con aquellos que sí lo tienen, la RP es 0.83 (IC 95%= 0.82 - 0.84); esto sugiere que las personas sin seguro de salud tienen un 0.83 veces menos probabilidad de acceder a los servicios de salud en comparación con aquellos que tienen seguro. Además, el valor de p ($p < 0.001$), indica una asociación estadísticamente muy significativa entre la falta de seguro de salud y el acceso reducido a los servicios de salud. Se muestra el análisis ajustado (RPa = 0.85, IC 95%: 0.84 – 0.86, $p < 0.001$), tras considerar y controlar posibles variables de confusión que podrían

distorsionar la relación entre la posesión de seguro médico y el acceso a los servicios de salud, se observa que la asociación se mantiene altamente significativa. Los individuos con seguro de salud aún presentan una RPa de 0.85, lo que indica una probabilidad un 15% menor de acceder a los servicios de salud en comparación con aquellos sin seguro médico, a pesar del ajuste por otras variables.

Tabla 5: Tipos de barreras según extremos de quintiles de pobreza relacionados con acceso a los servicios de salud en la población del Perú, 2022

Tipos de Barrera de acceso a servicios de salud																
Aceptabilidad				Distancia				Conveniencia				Tiempo de Espera				
Acepta		No acepta		No lejano		Lejano		Conviene		No conviene		No demoran		Demoran		
Q1	Q5	Q1	Q5	Q1	Q5	Q1	Q5	Q1	Q5	Q1	Q5	Q1	Q5	Q1	Q5	
ACS:																
No Acceden	65.0%	84.0%	35.0%	16.0%	90.1%	97.4%	9.9%	2.6%	84.4%	83.4%	15.6%	16.6%	87.5%	88.9%	12.5%	11.1%

Fuente. Base de datos de ENAHO 2022

Quintil 1: más pobre de la población; Quintil 5: más rico de la población

ACS: Acceso a los servicios de salud

En la tabla 5, en el aspecto de "aceptabilidad" para recibir atención médica, se destaca que, en el quintil 1, un 65.0% de la población no accede a los servicios de salud a pesar de reconocer la necesidad de atención médica, mientras que en el quintil 5, este porcentaje asciende al 84.0%. Además, un 35.0% del quintil 1 no accede debido a la negación de la necesidad de atención médica, en contraste con el 16.0% del quintil 5.

En cuanto a la "distancia al establecimiento de salud", se revela que incluso con distancias no lejanas, el 90.1% del quintil 1 y el 97.4% del quintil 5 no acceden a los servicios de salud. Asimismo, al considerar distancias lejanas, el 9.9% del quintil 1 y el 2.6% del quintil 5 se ven afectados en el acceso a la atención médica.

La variable de "conveniencia", observado en la tabla 5, indica que el 84.4% del quintil 1 y el 83.4% del quintil 5 no acceden a pesar de serles conveniente la atención médica, mientras que el 15.6% del quintil 1 y el 16.6% del quintil 5 no acceden por no considerarla conveniente.

En lo referente al "tiempo de espera", descrito en la tabla 5, se evidencia que, tanto en el quintil 1 como en el quintil 5, altos porcentajes (87.5% y 88.9% respectivamente) no acceden a los servicios de salud a pesar de tiempos de espera relativamente cortos. Además, un 12.5% del quintil 1 y un 11.1% del quintil 5 no acceden debido a demoras excesivas en la atención médica.

V. DISCUSIÓN

En esta investigación se obtuvo una muestra de 29 642 encuestados, en Perú, observándose como más de la mitad de los peruanos no acceden a los servicios de salud a pesar de que la persona reconoce que necesita atención médica debido a los síntomas o problemas de salud que experimenta, puede haber obstáculos o barreras que le impiden buscar ayuda. Estos obstáculos podrían ser económicos (falta de seguro médico o recursos para pagar el tratamiento), geográficos (falta de acceso a centros de salud cercanos), biológicos (sexo o edad) e incluso culturales (creencias personales o comunitarias que influyen en la búsqueda de atención médica).(54)

Los resultados expuestos revelan una marcada diferencia en el acceso a los servicios de salud entre los quintiles socioeconómicos en la población peruana. Se ha observado una relación consistente entre los niveles de pobreza, representados por los quintiles, y el acceso a la atención médica. Este vínculo se respalda con un valor de p altamente significativo ($p < 0.001$), indicando que no es una asociación aleatoria, sino una relación firme entre ambos factores. En general, se observa que aquellos en los quintiles de menor ingreso tienen una menor probabilidad de acceder a los servicios de salud en comparación con los quintiles de mayor riqueza. Como lo expone teóricamente, Millman M. comentando que las personas de bajos recursos y las minorías enfrentan no solo mayores obstáculos para acceder a servicios, sino que, en términos generales, experimentan peores condiciones de salud.(3) Cabe mencionar que autores como, Báscolo et al. y Houghton, et al, resaltan la persistencia de desigualdades económicas que se convierten en obstáculos para acceder a servicios de salud en América Latina.(4,12).

Es evidente que los estratos más pobres, como el quintil 1 y el quintil 2, presentan una menor capacidad de acceder a los servicios de salud en comparación con los quintiles de mayor riqueza, como el quintil 4 y el quintil 5. Los números muestran que el quintil 1 tiene el porcentaje más bajo de acceso a la atención médica, con solo el 26.3% accediendo a estos servicios, mientras que el quintil 5, que representa a la población más rica, tiene un acceso del 17.9%. Por lo que el autor, Ilinca, demuestra estadísticamente que existe desigualdad e inequidad

significativas, al acceder a todo tipo de servicios de atención a favor de pobladores con altos ingresos.(16) Mientras que un estudio, realizado en Perú, discrepa con los resultados obtenidos en la investigación puesto que comenta que en el primer quintil (OR: 1.970, 1.590-2.450), brinda mayores posibilidades de tener acceso a los servicios de salud.(22)

Los resultados evidencian que las mujeres tienen menos probabilidad de acceder a los servicios de salud en comparación con los hombres (RP ajustada de 0.92), lo que es una asociación estadísticamente significativa. A pesar de que las mujeres representan el 47.2% de la población analizada, tienen un acceso menor a los servicios de salud en comparación con los hombres, lo que puede indicar desigualdades en la atención médica los hombres tienen una probabilidad ligeramente mayor de acceder a los servicios de salud en comparación con las mujeres. Lo que concuerdan estudios realizados en Región de las Américas y Perú,(19,54) determinando que existen brechas significativas entre hombres y mujeres en el acceso a la atención médica, y que las razones detrás de esta disparidad pueden incluir factores socioculturales, económicos y de roles de género.

El acceso a los servicios de salud muestra una discrepancia entre áreas urbanas y rurales. A pesar de que la diferencia es pequeña, aquellos que residen en áreas rurales tienen una ligera desventaja en el acceso a los servicios de salud (RPa de 0.92), incluso después de ajustar por otros factores como el sexo, edad, grado de instrucción, seguro de salud y nivel de pobreza. Este hallazgo coincide con estudios previos que resaltan las disparidades en el acceso a la atención médica entre áreas urbanas y rurales, atribuidas a limitaciones de infraestructura, distancias geográficas y falta de recursos.(6,18)

El nivel educativo también parece influir en el acceso a los servicios de salud. Se observa que a medida que aumenta el nivel educativo, aumenta la probabilidad de acceso a servicios de salud. Este patrón refleja la importancia de la educación en la comprensión y el acceso a los servicios de salud.(7,8,21) Las personas con educación secundaria incompleta tienen una mayor probabilidad de acceso (RP 1.04 IC=1.01 - 1.08) en comparación con aquellos sin educación, lo que es estadísticamente significativo ($p=0.00$). Sin embargo, aquellos con niveles

educativos más altos, como maestría/doctorado, tienen una menor probabilidad de acceder a los servicios de salud (RP=0.84 IC=0.78-0.90, p=0), lo que puede sugerir diferentes percepciones sobre la necesidad de atención médica según el nivel educativo. La discordancia de las no asociaciones significativas en algunos niveles de educación va a reflejar la importancia de la educación en la comprensión y el acceso a los servicios de salud.

Las barreras como la aceptabilidad, la distancia, la conveniencia y el tiempo de espera se identificaron como desafíos significativos para acceder a la salud en diferentes estratos socioeconómicos. Estos hallazgos coinciden con estudios previos que han destacado la influencia de estas barreras en la utilización de servicios de salud en distintos contextos (20,44). La aceptabilidad y la conveniencia, por ejemplo, pueden estar ligadas a factores culturales y a la percepción subjetiva del cuidado de la salud, influyendo en la decisión de buscar atención médica.

En resumen, este análisis refleja cómo la pobreza, el área de residencia, el nivel educativo y el género están interrelacionados con el acceso a los servicios de salud en la población peruana. Los datos proporcionados coinciden con las tendencias observadas en la literatura científica en términos de inequidades en el acceso a la atención médica. Las barreras identificadas y las asociaciones cuantificadas son fundamentales para comprender y abordar los desafíos en el acceso a la salud en la población estudiada.

VI. CONCLUSIONES

1. Existe una asociación entre la pobreza y el acceso reducido a los servicios de salud en la población, bajo estudio, del Perú en 2022. Los quintiles de mayor pobreza (Quintiles 1 y 2) y quintiles intermedios (Quintiles 3 y 4) tienen una mayor probabilidad de experimentar dificultades en el acceso a los servicios de salud en comparación con el quintil más rico (Quintil 5).
2. El área de residencia, incide significativamente, en el acceso a los servicios de salud en la población analizada, del Perú en 2022. Así entonces, las personas que viven en áreas rurales tienen una probabilidad estadísticamente más alta, de no acceder a los servicios de salud, en comparación con aquellas personas que residen en áreas urbanas, incluso después de controlar otros posibles factores.
3. Los resultados obtenidos muestran que, determinados niveles educativos como, secundaria incompleta, secundaria completa, SNUP completa, SU incompleta y maestría/doctorado, presentan una asociación estadísticamente significativa con el acceso a los servicios de salud en la población peruana, bajo análisis, en 2022; incluso después de controlar por posibles variables de confusión. Este singular hecho, destaca la relevancia del nivel educativo, en el acceso a la atención médica en el Perú; y sugiere que las personas con diferentes niveles de educación pueden enfrentar barreras distintas en la utilización de los servicios de salud.
4. Existe una asociación significativa entre el sexo y el acceso a los servicios de salud en la población del Perú, bajo análisis, en 2022. Así entonces, Las mujeres tienen una probabilidad 8% menor de acceder a los servicios de salud en comparación con los hombres, independientemente de otros factores considerados en el análisis ajustado.
5. Los resultados obtenidos revelan que, aunque existen variaciones relativas, entre las variables: quintiles, múltiples barreras, incluyendo la percepción de la necesidad, distancia, conveniencia y tiempo de espera; todas y cada

una de ellas, afectan significativamente el acceso a los servicios de salud en la población peruana, bajo estudio, en 2022.

6. Finalmente, se concluye que la pobreza, el área de residencia, el nivel educativo y el género están interrelacionados con el acceso a los servicios de salud en la población peruana, bajo estudio.

VII. RECOMENDACIONES

- Metodológicamente se recomienda realizar estudios con nuevos métodos que permitan un mejor análisis de la variable en estudio. Así entonces, se deben realizar investigaciones utilizando modelos de regresión lineal, o modelos de Logit y Probit, para determinar cómo varía el acceso a los servicios de salud ante la variación de una de sus variables explicativas.
- Asimismo, se recomienda realizar estudios del acceso a los servicios de salud a partir de la pobreza en cada uno de sus métodos de medición: El método de la línea de pobreza, el método de las necesidades básicas insatisfechas y el método de medición integrado.
- A nivel académico se recomienda a la Universidad Cesar Vallejo y la Escuela de Medicina, específicamente, continúen realizando investigaciones relacionadas con el acceso a los servicios de salud, puesto que contribuirán al monitoreo de cómo se vienen realizando las atenciones médicas en el país y en las diferentes regiones que lo integran.
- A nivel práctico se recomienda realizar investigaciones del acceso a los servicios de salud, en el departamento de Piura, y en cada una de sus provincias y Distritos, a fin de determinar cómo se desarrollan las atenciones médicas, y a partir de allí elaborar políticas de salud pública que permitan disminuir las barreras de acceso a la salud a la población de nuestra Región Piura.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos [Internet]. 2022 [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
2. OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2014 [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
3. Services I of M (US) C on MA to PHC, Millman M. A Model for Monitoring Access. En: Access to Health Care in America [Internet]. National Academies Press (US); 1993 [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235891/>
4. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Rev Panam Salud Pública*. 15 de agosto de 2020;44:1.
5. OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado 14 de mayo de 2023]. OPS/OMS | OPS insta a mejorar el acceso a los servicios de salud para prevenir 600 mil muertes anuales en las Américas. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14284:ops-insta-a-mejorar-el-acceso-a-los-servicios-de-salud-para-prevenir-600-mil-muertes-anuales-en-las-americas&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
6. Tolosana ES, Serrano JO. Local perception of access to health services in rural areas. The case of the navarrese pyrenees. *An Sist Sanit Navar*. 2021;44(2):185-94.
7. Liu M, Feng X, Wang S, Qiu H. China's poverty alleviation over the last 40 years: successes and challenges. *Aust J Agric Resour Econ*. 2020;64(1):209-28.
8. Liu Y, Liu J, Zhou Y. Spatio-temporal patterns of rural poverty in China and targeted poverty alleviation strategies. *J Rural Stud*. 1 de mayo de 2017;52:66-75.
9. Greene J, Guanais F. An examination of socioeconomic equity in health experiences in six Latin American and Caribbean countries. *Rev Panam Salud*

Pública [Internet]. 2018 [citado 18 de mayo de 2023];42. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49590>

10. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Pública*. 24 de septiembre de 2018;42:e126.

11. Macinko J, Guanais FC, Mullachery P, Jimenez G. Gaps In Primary Care And Health System Performance In Six Latin American And Caribbean Countries. *Health Aff (Millwood)*. agosto de 2016;35(8):1513-21.

12. Houghton N, Bascolo E, Riego A del. Las desigualdades economicas que representan obstaculos para buscar servicios de salud en cuatro paises de America Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 1 de enero de 2020;44:NA-NA.

13. Varios. Economía y Sociedad: Salud. *Rev Econ [Internet]*. 2014 [citado 14 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://econpapers.repec.org/article/bbjecscie/66.htm>

14. Velásquez A. Salud en el Perú: hacia la cobertura universal y una respuesta efectiva frente a riesgos sanitarios. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. julio de 2016;33(3):397-8.

15. MINSA, Ministerio de Salud, OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud. Cuentas de Salud Perú 2002-2019 [Internet]. 2021 [citado 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3505842-cuentas-de-salud-peru-2002-2019>

16. Ilinca S, Di Giorgio L, Salari P, Chuma J. Socio-economic inequality and inequity in use of health care services in Kenya: evidence from the fourth Kenya household health expenditure and utilization survey. *Int J Equity Health*. 18 de diciembre de 2019;18:196.

17. Palmeira NC, Moro JP, Getulino F de A, Vieira YP, Soares A de O, Saes M de O. Analysis of access to health services in Brazil according to sociodemographic profile: National Health Survey, 2019. *Epidemiol E Serviços Saúde Rev Sist Unico Saúde Bras*. 31(3):e2022966.

18. Zhang X, Ning N, Zhou H, Shan L, Hao Y, Jiao M, et al. Inequity in Health Services Utilization in Economically Underdeveloped Regions of Northeast China. *Front Public Health*. 2022;10:850157.
19. Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, del Riego A, et al. Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 14 de abril de 2023;46:e94.
20. Coste M, Bousmah MAQ. Predicting health services utilization using a score of perceived barriers to medical care: evidence from rural Senegal. *BMC Health Serv Res*. 16 de marzo de 2023;23(1):263.
21. Coube M, Nikoloski Z, Mrejen M, Mossialos E. Persistent inequalities in health care services utilisation in Brazil (1998–2019). *Int J Equity Health*. 2 de febrero de 2023;22:25.
22. Kobayashi Gamboa EL. Acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes: Análisis socioeconómicos utilizando la encuesta ENDES – INEI, Perú 2014-2018. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2020 [citado 25 de abril de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3146>
23. Alzamora Sánchez AS, Ponce Martos DL. Factores asociados a la accesibilidad de los servicios de salud en pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020. Univ Peru Unión [Internet]. 11 de marzo de 2020 [citado 4 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3021>
24. Malpartida Oblitas DYA, Agama Ponciano IM, Rios Villanueva S. Acceso a los servicios de salud y sus factores condicionantes en el Departamento de Huánuco, 2019. Univ Nac Hermilio Valdizán [Internet]. 2021 [citado 25 de abril de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/6563>
25. Yucra Mamani MC. Factores que determinan la accesibilidad a los servicios de Salud Puno, 2020. Univ Priv San Carlos [Internet]. 16 de agosto de 2022 [citado 4 de mayo de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.upsc.edu.pe/handle/UPSC S.A.C./356>

26. Caribe CE para AL y el. Enfoques, definiciones y estimaciones de pobreza y desigualdad en América Latina y el Caribe: un análisis crítico de la literatura [Internet]. 1.^a ed. CEPAL; 2020 [citado 24 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46405-enfoques-definiciones-estimaciones-pobreza-desigualdad-america-latina-caribe-un>
27. Feres JC, Mancero X. Enfoques para la medición de la pobreza: breve revisión de la literatura [Internet]. CEPAL; 2001 [citado 28 de junio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/4740>
28. CEPAL N. Medición de la pobreza por ingresos: actualización metodológica y resultados [Internet]. CEPAL; 2018 [citado 28 de junio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/44314>
29. Mancini F. Pobreza y derechos sociales en México [Internet]. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social : Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales.; 2018 [citado 28 de junio de 2023]. Disponible en: <https://ru.iis.sociales.unam.mx/handle/IIS/5544>
30. Boltvinik J, Damián A. Medición de la pobreza de México: análisis crítico comparativo de los diferentes métodos aplicados. Recomendaciones de buenas prácticas para la medición de la pobreza en México y América Latina. 21 de mayo de 2020 [citado 28 de junio de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45555>
31. Godinot X, Walker R. Poverty in All Its Forms: Determining the Dimensions of Poverty Through Merging Knowledge. En: Beck V, Hahn H, Lepenies R, editores. Dimensions of Poverty [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [citado 28 de junio de 2023]. p. 263-79. (Philosophy and Poverty; vol. 2). Disponible en: https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-31711-9_15
32. Alkire S. Multidimensional Poverty Measures as Policy Tools. En: Beck V, Hahn H, Lepenies R, editores. Dimensions of Poverty: Measurement, Epistemic Injustices, Activism [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [citado 28 de junio de 2023]. p. 197-214. (Filosofía y pobreza). Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-31711-9_12

33. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 23 de mayo de 2023]. acceso | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/acceso>
34. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública México*. abril de 2015;57(2):180-6.
35. INEI, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú [Internet]. [citado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0387/cap-021.htm
36. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208-20.
37. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública México*. 1985;27(5):438-53.
38. Appoh L, Felix F, Pedersen PU. Barriers to access of healthcare services by the immigrant population in Scandinavia: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 1 de enero de 2020;10(1):e032596.
39. Topriceanu CC, Wong A, Moon JC, Hughes AD, Bann D, Chaturvedi N, et al. Evaluating access to health and care services during lockdown by the COVID-19 survey in five UK national longitudinal studies. *BMJ Open*. 1 de marzo de 2021;11(3):e045813.
40. Njagi P, Groot W, Arsenijevic J. Impact of household shocks on access to healthcare services in Kenya: a propensity score matching analysis. *BMJ Open*. 24 de septiembre de 2021;11(9):e048189.
41. González C, Triunfo P. Horizontal inequity in the use and access to health care in Uruguay. *Int J Equity Health*. 26 de octubre de 2020;19:127.

42. Dai X, Wang L, Ren Y. The Effects of China's Targeted Poverty Alleviation Policy on the Health and Health Equity of Rural Poor Residents: Evidence from Shaanxi Province. *Healthc Basel Switz*. 6 de agosto de 2020;8(3):256.
43. Quizhpe E, Teran E, Pulkki-Brännström AM, San Sebastián M. Social inequalities in healthcare utilization during Ecuadorian healthcare reform (2007–2017): a before-and-after cross-sectional study. *BMC Public Health*. diciembre de 2022;22(1):499.
44. Aggarwal R, Gondi S, Wadhera RK. Comparison of Medicare Advantage vs Traditional Medicare for Health Care Access, Affordability, and Use of Preventive Services Among Adults With Low Income. *JAMA Netw Open*. 1 de junio de 2022;5(6):e2215227.
45. Dlamini LP, Shongwe MC, Simelane MS, Chemhaka GB, Magagula FN. Factors associated with poor maternal health care services utilization in Eswatini: A secondary analysis of a nationally representative household survey. *Midwifery*. 1 de marzo de 2022;106:103250.
46. Gutiérrez JP, Heredia-Pi I, Hernández-Serrato MI, Pelcastre-Villafuerte BE, Torres-Pereda P, Reyes-Morales H. Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. *Salud Pública México*. 3 de mayo de 2021;61:726-33.
47. Congreso de la República. Ley N.º 29344 [Internet]. 2009 [citado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/229356-29344>
48. Getahun GK, Kiefe K, Minwuyelet Z. The role of community-based health insurance on healthcare seeking behavior of households in Addis Ababa, Ethiopia. *Prev Med Rep*. agosto de 2023;34:102234.
49. Darkwah F. Does free health insurance improve health care use and labour market outcomes of the elderly in Ghana? *J Econ Ageing*. 1 de octubre de 2022;23:100418.

50. Kitole FA, Lihawa RM, Nsindagi TE, Tibamanya FY. Does health insurance solve health care utilization puzzle in Tanzania? *Public Health*. 1 de junio de 2023;219:91-101.
51. Tkachuk V, Balbuena Aguirre ME, Alonso R, Barboza A, Liwacki S del V, Mainella C, et al. Barriers to access and unmet needs to neuromyelitis optica spectrum disorders care in an Argentinean cohort. *Mult Scler Relat Disord*. 1 de febrero de 2023;70:104485.
52. Solís R, Sánchez SE, Carrión M, Samatelo E, Rodríguez-Zubiate R, Rodríguez M. Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. abril de 2009;26(2):136-44.
53. Lozada J. Investigación Aplicada: Definición, Propiedad Intelectual e Industria. *CienciAmérica Rev Divulg Científica Univ Tecnológica Indoamérica*. 2014;3(1):47-50.
54. Benites-Zapata VA, Lozada-Urbano M, Urrunaga-Pastor D, Márquez-Bobadilla E, Moncada-Mapelli E, Mezones-Holguin E. Factores asociados a la no utilización de los servicios formales de prestación en salud en la población peruana: análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) 2015. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 29 de septiembre de 2017;478-84.

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de variables

TABLA 6: TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Tipo de Variables	Categoría	Expresión final
VARIABLE DEPENDIENTE	Acceso a los servicios de salud Acto mediante el cual pueden buscar y obtener con facilidad los servicios de salud a través de instituciones de salud pública y/o privada	Categoría dicotómica	SI (Instituciones de salud de MINSA, ESSALUD, FFAA y FFPP, Particulares) NO (Farmacias, domicilio, otro lugar, no busca atención)	Accedió: Se expresará SI (busco atención una o más veces en instituciones de salud) o NO (si no busco atención en instituciones de salud)
VARIABLE INDEPENDIENTE	Nivel de Pobreza Condición en la que los ingresos de un hogar individual no alcanzan los niveles básicos de vida	Categoría ordinal	Quintil 1 Quintil 2 Quintil 3 Quintil 4 Quintil 5	Sera el orden expresado desde el quintil 1 que comprenden los de menores ingresos hasta el quintil 5 en el que se ubican los de mayores ingresos
COVARIABLES	Sexo Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Categoría Dicotómica	1. Masculino 2. Femenino	Se expresará en letras donde Masculino es "M" y Femenino es "F"
	Edad Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento actual	Numérica continua	ninguna (años) fecha de nacimiento	Será el valor expresado en años
	Área de Residencia Tipo de entorno geográfico donde vive una persona	Categoría dicotómica	1. Urbano 2. Rural	Categoría del área de residencia

Variables	Definición conceptual	Tipo de Variables	Categoría	Expresión final
Grado de Instrucción	Nivel educativo alcanzado por una persona	Catagórica ordinal	1. Sin educación 2. Educación inicial 3. Educación primaria 4. Educación secundaria 5. Superior universitaria/no universitaria 6. Maestría/ Doctorado 7. Educación especial	Categoría del grado de instrucción
Seguro de salud	Esquema de prestaciones en salud, que le permita acceder a prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo, y de rehabilitación	Catagórica dicotómica	SI (Essalud, EPS, SPS, Seguro FF. AA/ FF. PP, SIS, Seguro universitario, Seguro escolar, algún otro seguro) NO (No cuenta con seguro privado o público)	Si tiene: Se expresará SI (cuenta con una o más coberturas de salud) NO (No cuenta con cobertura de salud)
Aceptabilidad	Reconocer la necesidad de atención médica	Catagórica dicotómica	Acepta No acepta	Acepta: Aquellos que reconocen la necesidad de atención médica. No acepta: Aquellos que niegan la necesidad de atención médica.
Distancia al establecimiento	Lejanía o cercanía desde el hogar hasta el establecimiento de salud	Catagórica dicotómica	No lejano Lejano	No lejano: Distancia relativamente cercano Lejano: Distancia muy lejanas
Conveniencia del servicio	El servicio es considerado adecuado para el usuario	Catagórica dicotómica	Conveniente No conveniente	Conveniente: Cuando el servicio es considerado como accesible y adecuado No conveniente: Cuando el servicio no es considerado como adecuado o accesible
Tiempo de espera	Tiempo que demora la espera para la atención médica	Catagórica dicotómica	No demora Demora	No demora: Tiempos de espera relativamente cortos. Demora: Demoras excesivas en la atención médica.

Anexo 2: Aprobación del comité de ética



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Dictamen 303-CEI-EPM-UCV-2023

Vista, en evaluación ética expedita el proyecto de investigación **Efecto de la pobreza en el acceso a los servicios de salud en época de pandemia: Un análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) en Perú**, presentado por el alumno de la Escuela de Medicina **Emanuel David Rufino Reto**, asesorado por el **Mg. César Johan Pereira Victorio**; el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina, de la Universidad César Vallejo, encuentra lo siguiente:

1. Trabaja con datos de fuente secundaria.
2. No hay riesgo de falta ética.

Debido a lo expresado, el Comité de Ética verifica el cumplimiento de las normas de la Universidad, nacionales e internacionales.

Considérese entonces el proyecto como **APROBADO en evaluación expedita**, puede proceder a su desarrollo.

Trujillo, 26 de julio, 2023



Firmado digitalmente por:
TRESIERRA AYALA Miguel
Angel FAU 20131257750 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 20/08/2023 21:28:37-0500

Dr. Miguel Angel Tresierra Ayala
Presidente del Comité de Ética

Anexo 3: Instrumento

FIGURA 2: INSTRUMENTO ENAHO 2022



REPUBLICA DEL PERU

ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES 2022

CONDICIONES DE VIDA Y POBREZA



INEI INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL: AMPARADO POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 604 Y POR EL DECRETO SUPREMO 043-2001-PCM: SECRETO ESTADÍSTICO

CONGLOMERADO N°	N° DE SELECCIÓN DE LA VIVIENDA	TIPO DE SELECCIÓN	¿Esta es una vivienda de reemplazo?	Anote el N° de Selección de la vivienda que reemplaza
			Sí1 → No2	

ENAHO.01

Contiene: Características de la Vivienda, del Hogar y de los Miembros del Hogar, Gastos del Hogar, Programas Sociales, Participación Ciudadana y Medición del doro en los hogares.

CUESTIONARIO N°	Cuestionario Adicional
	1

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. DEPARTAMENTO	
2. PROVINCIA	
3. DISTRITO	
4. CENTRO POBLADO	

UBICACIÓN MUESTRAL

5. ZONA N°	
6. MANZANA N°	
7. AER N°	
8. VIVIENDA N°	

9. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA							
Nombre de la Calle, Av., Jr., Carretera, etc.	N°	INT.	PISO	MZ	LOTE	KM.	TELÉFONO

10. TOTAL DE HOGARES QUE OCUPAN LA VIVIENDA	11. HOGAR N°	
Sr(a): Si HOGAR es la persona o grupo de personas que se alimentan de una misma olla y atienden en común otras necesidades básicas.	¿Cuántos hogares ocupan esta vivienda? →	
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>	

12. NOMBRES Y APELLIDOS DEL JEFE(A) DEL HOGAR	

13. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

VISITA

Primera

Segunda

Tercera

Cuarta

Quinta

Sexta

	ENCUESTADOR(A)				SUPERVISOR(A) LOCAL				
	FECHA	HORA		PRÓXIMA VISITA	RESULTADO DE LA VISITA (*)	FECHA	HORA		RESULTADO DE LA VISITA (*)
		DE	A	FECHA	HORA		DE	A	

14. RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA	(*) CÓDIGOS DE RESULTADO		
FECHA			
RESULTADO	1. COMPLETA 2. INCOMPLETA 3. RECHAZO	4. AUSENTE 5. VIVIENDA DESOCUPADA 6. NO SE INICIÓ LA ENTREVISTA	7. OTRO _____ <i>(Especifique)</i>

15. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA		
CARGO	N° DNI	NOMBRES Y APELLIDOS
ENCUESTADOR(A):		
SUPERVISOR(A) LOCAL(A):		
COORDINADOR(A) DEPARTAMENTAL:		
SUPERVISOR(A) NACIONAL:		

16. ¿EL HOGAR FUE ENTREVISTADO EL AÑO PASADO?	Sí1 No2
---	------------------------

17. TOTAL DE PERSONAS REGISTRADAS EN EL CAP 200	21. PREGUNTA 558-N° DE CUESTIONARIO:
	ENAHO 02
	ENAHO 04

18. NUMERO DE PERSONAS QUE LES CORRESPONDE EL:	19. TOTAL DE PRODUCTORES AGROPECUARIOS	20. TOTAL DE ACTIVIDADES INDEPENDIENTES CON CUESTIONARIO ENAHO.04
CAPITULO 300	CAPITULO 400	CAPITULO 500

22. ADEMÁS DE ESTA VIVIENDA, ¿EXISTE OTRA VIVIENDA EN LA QUE USTED O ALGUN MIEMBRO DE SU HOGAR VIVEN REGULARMENTE?	23. ¿EN QUÉ DISTRITO, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO ESTÁ UBICADA DICHA VIVIENDA:	POR OBSERVACIÓN DIRECTA
Sí1 No2 → Pase a Pgta.24	Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____	24. LAS PAREDES EXTERIORES DE LA VIVIENDA TIENEN FACHADA: a) CON TARRAJEO: Total1 Parcial2 No está tarrajada3 No corresponde4 b) PINTADA: Totalmente1 Parcialmente2 Sin pintar3
		25. LA CALLE, AV., JR., CARRETERA, DONDE SE UBICA LA VIVIENDA TIENE: (Marque una o más alternativa) Pista asfaltada1 Pista afirmada/tierra2 Veredas3 Poste alumbrado público4 Ninguno5

Informante N°

200. CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

(201) N° DE ORD.	(202) ¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDOS DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN PERMANENTEMENTE EN ESTE HOGAR Y LAS QUE ESTÁN ALOJADAS AQUÍ? (NO OLVIDE REGISTRAR A LOS MIEMBROS DEL HOGAR AUSENTES Y RECIÉN NACIDOS)	NUCLEOS FAMILIARES		(204) ¿ES MIEMBRO DEL HOGAR? 30 DÍAS O MÁS?	(205) ¿SE ENCUENTRA AUSENTE EN EL HOGAR 30 DÍAS O MÁS?	(206) ¿ESTA PRESENTE EN EL HOGAR 30 DÍAS O MÁS?	(207) SEXO	(208) ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS?	PARA 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD (209) ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL? Conviviente1 Casado(a)2 Viudo(a)3 Divorciado(a)4 Separado(a)5 Soltero(a)6									
		(203-A) N° DE NUCLEO FAMILIAR	(203-B) RELACION DE PARENTESCO CON EL JEFE(A) DEL HOGAR?							CÓDIGO	SÍ	NO	SÍ	NO	Hombre	Mujer	Años	Meses
1			¿CUÁL ES LA RELACION DE PARENTESCO CON EL JEFE(A) DEL HOGAR? Jefe/Jefa 1 Esposa(o) Compañero(a) 2 Hijo(a)/hijastra(o) 3 Yerno/Nuera 4 Nieta/o 5 Padres/Suegros 6 Hermano(a) 11 Otros parientes 7 Trabaj. Hogar 8 Pensionista 9 Otros No Parientes 10															
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		

OBSERVACIONES

Para las personas que ya no viven en este hogar, pase a la pregunta 217.

300. EDUCACIÓN (Para las personas de 3 años y más de edad)

Persona N°	Nombre :	Informante N°
------------	----------	---------------

300A. ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA MATERNA QUE APRENDIÓ EN SU NIÑEZ:

Quechua? 1
 Aimara? 2
 Ashaninka? 10
 Awajún/Aguaruna? 11
 Shipibo – Konibo? 12
 Shawi / Chayahuita? 13
 Matsigenka / Machiguenga? 14
 Achuar? 15
 Otra lengua nativa? (Especifique) 3
 Castellano? 4
 Portugués? 6
 Otra lengua extranjera? (Especifique) 7
 NO ESCUCHA/NO HABLA 8
 LENGUA DE SEÑAS PERUANAS 9

Para personas de 15 años y más de edad

302A. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿RECIBIÓ:

	Sí	No	¿Quién le dio?
1. Programa de alfabetización?.....	1	2	PRONAMADIALFA1 Iglesia2 ONG3 Otro (Especifique)4

301. ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ?

	Año	Grado	Centro de Estudios		
			Estatal	No Estatal	
Sin nivel 1					} PASE A 302
Educación inicial 2			1	2	
Primaria incompleta 3			1	2	
Primaria completa 4			1	2	
Secund. incompleta 5			1	2	} PASE A 303
Secund. completa 6			1	2	
Básica especial 12			1	2	} PASE A 302
Sup. no universitaria incompleta 7			1	2	
Sup. no universitaria completa 8			1	2	
Sup. universitaria incompleta 9			1	2	
Sup. universitaria completa 10			1	2	
Maestría/Doctorado 11			1	2	

302A. EL AÑO PASADO (.....), ¿ESTUVO MATRICULADO EN ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR?

Sí 1
 No 2 → **PASE A 306**

304. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTIÓ EL AÑO PASADO (.....)?

	Año	Grado	Centro de Estudios	
			Estatal	No Estatal
Educación inicial 1			1	2
Primaria 2			1	2
Secundaria 3			1	2
Básica especial 7			1	2
Sup. no universitaria 4			1	2
Sup. universitaria 5			1	2
Maestría/Doctorado 6			1	2

305. EL RESULTADO QUE OBTUVO EL AÑO PASADO (.....) FUE:

¿Aprobado? 1
 ¿Desaprobado? 2
 ¿Retirado? 3
 ¿Otro? 4
 (Especifique)
 ¿No aprueba, ni desaprueba (inicial)? 5

301A. ¿CUÁL ES LA CARRERA SUPERIOR UNIVERSITARIA O NO UNIVERSITARIA QUE UD. ESTUDIA O HA ESTUDIADO?

.....
 (Especifique)

NINGUNA 1 → **PASE A 303**
 NO SABE 2

306. ESTE AÑO, ¿ESTÁ MATRICULADO EN ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR?

Sí 1 No 2 → **PASE A 310A**

301B. ¿CUÁL ES EL NOMBRE DEL CENTRO DE ESTUDIOS DONDE ESTUDIA O HA ESTUDIADO LA CARRERA SUPERIOR UNIVERSITARIA O NO UNIVERSITARIA?

.....
 (Especifique)

DEPARTAMENTO:

NO SABE/NO RECUERDA 1

308. ¿CUÁL ES EL AÑO O GRADO DE ESTUDIOS EN EL QUE ESTÁ MATRICULADO?

	Año	Grado	Centro de Estudios	
			Estatal	No Estatal
Educación inicial 1			1	2
Primaria 2			1	2
Secundaria 3			1	2
Básica especial 7			1	2
Sup. no universitaria .. 4			1	2
Sup. universitaria 5			1	2
Maestría/Doctorado 6			1	2

302. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

	Respuesta Espontánea	Respuesta con Cartilla de Lectura		No se aplicó cartilla
		Sí	No	
Sí 1	1			
No 2	2			

ENCUESTADOR(A): Luego de la respuesta espontánea aplique la Cartilla de lectura a todas las personas de 15 años y más de edad.

307. ACTUALMENTE, ¿ASISTE A ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR?

Sí 1 → **307C. MODALIDAD**

¿Presencial? 1 → **PASE A 308B**
 ¿Semipresencial? 2
 ¿A distancia? 3

No 2 → **PASE A 310A**

DISCAPACIDAD

A continuación le haré algunas preguntas para saber si Ud. presenta alguna limitación o dificultad **PERMANENTE**, que le impida o dificulte desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.

401H. ¿TIENE UD. LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA:

	SÍ	NO
1. Moverse o caminar, para usar brazos o piernas?	1	2
2. Ver, aun usando anteojos?	1	2
3. Hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas u otro?.....	1	2
4. Oír, aun usando audifonos?.....	1	2
5. Entender o aprender (concentrarse y recordar)?.....	1	2
6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?.....	1	2

SALUD

401. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO? (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)

Sí..... 1
No..... 2

OBSERVACIONES:

402. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DEL... AL... ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A): (Acepte una o más alternativas)

Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, nauseas)?..... 1
Enfermedad (gripe, colitis, etc.)? 2
Recaída de enfermedad crónica? 3
Accidente? 4
Síntoma de COVID-19 (fiebre, tos seca, sensación de ahogo)? 6
No tuvo enfermedad, síntoma, recaída, accidente..... 5 →

PASE A 407I

403. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE? (Acepte una o más alternativas)

Puesto de salud MINSA 1
Centro de salud MINSA..... 2
Centro o puesto de salud CLAS..... 3
Posta, policlínico ESSALUD..... 4
Hospital MINSA..... 5
Hospital del Seguro (ESSALUD) 6
Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional 7
Consultorio médico particular 8
Clínica particular..... 9
Farmacia o botica 10
En su domicilio (del paciente)..... 11
Otro 13
(Especifique)
NO BUSCÓ ATENCIÓN..... 14

PASE A 407I

404. ¿QUIÉN LE ATENDIÓ DURANTE LA CONSULTA? (Acepte una o más alternativas)

Médico 1
Dentista/odontólogo..... 2
Obstetriz 3
Enfermera(o)..... 4
Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud) .. 5
Promotor(a)..... 6
Otro 7
(Especifique)

RECUADRO A

ENCUESTADOR:

Si en la pregunta 403:
– Sólo está circulado el código 8 y/o 9, entonces pase a 407I.
– Si está circulado uno o más códigos entre 1 y 7 continúe con la pregunta 407F.

407F. DESDE QUE SOLICITÓ LA CITA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD A DONDE ACUDIÓ, ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ, HASTA LA FECHA QUE FUE PROGRAMADA SU ATENCIÓN?

N° Meses	N° Días	N° Horas	N° Minutos

500. EMPLEO (Para todas las personas de 14 años y más de edad)

Persona N°	Nombre:	Informante N°
------------	---------	---------------

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

501. LA SEMANA PASADA, DEL..... AL....., ¿TUVO UD. ALGÚN TRABAJO? (Sin contar los quehaceres del hogar)

Sí..... 1 → **PASE A 505**

No..... 2

502. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

Sí..... 1 → **PASE A 505**

No..... 2

503. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN NEGOCIO PROPIO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

Sí..... 1 → **PASE A 505**

No..... 2

504. LA SEMANA PASADA, ¿REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO:

	Sí	No
1. Trabajando en algún negocio propio o de un familiar?	1	2
2. Ofreciendo algún servicio?	1	2
3. Haciendo algo en casa para vender?	1	2
4. Vendiendo productos de belleza, ropa, joyas, etc.?	1	2
5. Realizando alguna labor artesanal?	1	2
6. Haciendo prácticas pagadas en un centro de trabajo?	1	2
7. Trabajando para un hogar particular?	1	2
8. Fabricando algún producto?	1	2
9. Realizando labores remuneradas en la chacra o cuidado de animales?	1	2
10. Ayudando a un familiar sin remuneración?	1	2
11. Otra?	1	2

(Especifique)

A.
ENCUESTADOR(A): Verifique pregunta 504.

Si todas las alternativas tienen circulado el código 2 → **PASE A 545**

Si alguna alternativa tiene circulado el código 1 → Continúe con 505.

OCUPADOS

OCUPACIÓN PRINCIPAL

505. a) ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN PRINCIPAL QUE DESEMPEÑÓ?

.....
 (Especifique)

b) ¿QUÉ TAREAS REALIZÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?

.....
 (Especifique)

506. ¿A QUÉ SE DEDICA EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA EN LA QUE TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?

.....
 (Especifique)

507. UD. SE DESEMPEÑÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL O NEGOCIO COMO:

¿Empleador o patrono? 1

¿Trabajador independiente? 2

¿Empleado? 3 } **PASE A 510**

¿Obrero? 4 }

¿Trabajador familiar no remunerado? 5 → **PASE A 510A1**

¿Trabajador del hogar? 6 → **PASE A 511**

¿Otro? 7 → **PASE A 510**
 (Especifique)



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, PEREIRA VICTORIO CESAR JOHAN, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "Efecto de la pobreza en el acceso a los servicios de salud en época de pandemia: Un análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) en Perú", cuyo autor es RUFINO RETO EMANUEL DAVID, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 20.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 16 de Noviembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
PEREIRA VICTORIO CESAR JOHAN DNI: 41920282 ORCID: 0000-0003-1700-2638	Firmado electrónicamente por: CJPEREIRAP el 06- 12-2023 17:47:16

Código documento Trilce: TRI - 0655293