

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

FACTORES QUE DETERMINAN LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE

SALUD PUNO, 2020

PRESENTADO POR:

MIRIAM CANDY YUCRA MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2022



Repositorio Institucional ALCIRA by [Universidad Privada San Carlos](#) is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional License](#).

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**TESIS****FACTORES QUE DETERMINAN LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE
SALUD PUNO, 2020.****PRESENTADO POR:****MIRIAM CANDY YUCRA MAMANI****PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:****LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE


Dr. DAVID MOISÉS CALIZAYA ZEVALLOS

PRIMER MIEMBRO


Dra. NOEMI ELIDA MIRANDA TAPIA

SEGUNDO MIEMBRO


Mtra. MARITZA KARINA HERRERA PEREIRA

ASESOR DE TESIS


Dr. HEBER NEHEMIÁS CHUI BETANCUR

Área: Ciencias médicas y de salud.

Disciplina: Ciencias del Cuidado de la Salud y Servicios

Especialidad: Gerencia y Gestión en Salud.

Puno, 16 de agosto de 2022.

DEDICATORIA

A mi querido hijo, Edward Alejandro, quien es fuente inagotable de inspiración para lograr mis objetivos.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a la Universidad Privada San Carlos, por la oportunidad brindada para cursar mis años de formación profesional universitaria.

A la carrera profesional de Enfermería y a la Facultad de Ciencias, por sus enseñanzas brindadas en las aulas universitarias.

A mis jurados Dr. David Moises Calizaya Zevallos, Dra. Noemi Elida Miranda Tapia y Mg. Maritza Karina Herrera Pereira, por sus consejos y comprensión del tema explícito de mi investigación.

A mi asesor Dr. Heber Nehemías Chui Betancur, por su orientación, verificación y apoyo en el éxito del presente trabajo de investigación.

Al Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), por publicar cada periodo el Balance de Investigación en Políticas Públicas y la Agenda de Investigación, orientando a los investigadores en los problemas y temas prioritarios de investigación en Salud que requiere el país.

Un profundo agradecimiento a mi hermano Ángel, quien con su consejo me motiva a seguir adelante, con perseverancia.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTOS	2
ÍNDICE GENERAL	3
ÍNDICE DE TABLAS	6
ÍNDICE DE FIGURAS	7
ÍNDICE DE ANEXOS	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11

CAPÍTULO I

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA
INVESTIGACIÓN**

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1.1. PROBLEMA GENERAL	14
1.1.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	14
1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	14
1.2.2. ANTECEDENTE NACIONALES	17
1.2.3. ANTECEDENTES LOCALES	19
	3

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	20
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	21
2.2. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	30
2.2.1. HIPÓTESIS GENERAL	30
2.2.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	30

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ZONA DE ESTUDIO	32
3.2. TAMAÑO DE MUESTRA	33
3.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS	35
3.4. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	36
3.5. MÉTODO O DISEÑO ESTADÍSTICO	40

CAPÍTULO IV

EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. EXPOSICIÓN DE LOS RESULTADOS	42
--	-----------

4

4.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS 47**CONCLUSIONES 60****RECOMENDACIONES 62****BIBLIOGRAFÍA 64****ANEXOS 68**

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01: Resultados muestrales.	34
Tabla 02: Especificación de variables.	38
Tabla 03: Resumen de respuestas a las preguntas: En las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Algún(a): Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente? Y ¿Acudió para consultar por esta Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente?	42
Tabla 04: Resultado de la regresión logística “logit”, para identificar los factores determinantes del acceso a los servicios de salud en Puno.	42
Tabla 05: Características principales de las personas que presentan problemas de salud, y que acceden y no acceden a los servicios de salud en Puno.	44
Tabla 06: Efectos marginales del modelo logit de los factores determinantes del acceso a los servicios de salud en Puno.	46

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 01: Factores determinantes del acceso a los servicios de salud.	25

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 01: Encuesta aplicada: Factores que determinan el acceso a los servicios de salud.	69
Anexo 02: Personas que presentaron alguna enfermedad, síntoma, malestar y/o accidente, según rangos de ingreso familiar mensual.	71
Anexo 03: Personas que presentaron alguna enfermedad, síntoma, malestar y/o accidente, y que accedieron y no accedieron a un servicio de salud, según condición de actividad.	71
Anexo 04: Tabla cruzada de en las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Algún(a): Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente? Según área de residencia y nivel educativo.	72
Anexo 05: Personas que presentaron alguna enfermedad, síntoma, malestar y/o accidente, y que accedieron y no accedieron a los servicios de salud, según rangos de edad.	73
Anexo 06: Personas que presentaron alguna enfermedad, síntoma, malestar y/o accidente y que no accedieron a los servicios de salud. Según sexo.	74
Anexo 07: Lugar dónde acudió para consultar por la enfermedad, síntoma o malestar y/o accidente que presentó.	75
Anexo 08: ¿Quién le atendió durante la consulta?	75
Anexo 09: El sistema de prestación de seguro de salud al cual Ud. está afiliado actualmente.	75
Anexo 10: Razones por las que no accedieron a los servicios de salud.	76
Anexo 11: Modelo de regresión logística para identificar los factores determinantes de la accesibilidad a los servicios de salud en el departamento de Puno.	77
Anexo 12: Efectos marginales del modelo de regresión logística para identificar los factores determinantes del acceso a los servicios de salud, Puno.	78

RESUMEN

Con el objetivo de identificar los factores que determinan la accesibilidad a los servicios de salud de la población en Puno, 2020, a través de una investigación exploratoria de diseño no experimental, de tipo transversal, de enfoque cuantitativo y utilizando una encuesta aplicada como evidencia empírica en una zona del distrito de Juliaca, departamento de Puno, se obtuvo a partir de las estimaciones de un modelo de probabilidad logística (Logit) para hallar los determinantes del acceso a los servicios de salud y se estimaron los efectos marginales sobre la probabilidad de si se accede o no a los servicios de salud. En primer lugar, se concluye que, la población que presenta problemas de salud es aquellos con menores ingresos al salario mínimo, que se encuentran ocupadas laboralmente y con mayor prevalencia en mujeres. En segundo lugar, se presenta el problema de que el 78.2% de la población que reportó problemas de salud, no accedió a ningún tipo de atención en servicios de salud, el cual implica que acuden a una atención alternativa en farmacias, curanderos, automedicación, etc. reflejando las deficiencias en la estructura organizacional de la prestación de servicio del sector. Por último, los factores determinantes del acceso a los servicios de salud, para las personas del departamento de Puno, son el sexo, afiliación a un seguro de salud, condición de actividad, logaritmo del ingreso per cápita, idioma, nivel educativo y nivel de pobreza. Estas variables son estadísticamente significativas, por lo tanto, son los factores determinantes del acceso a los servicios de salud en Puno. No son estadísticamente significativos, las variables, edad, estado civil y trabajo que desarrolla. El efecto marginal más importante es que en la región de Puno, si las persona está afiliado a un seguro, la probabilidad de acceder a un servicio de salud aumenta en 13.2%.

Palabras Claves: Servicios de salud, seguros de salud, modelo Logit.

ABSTRACT

With the objective of identifying the factors that determine the accessibility to health services of the population in Puno, 2020, through an exploratory research of non-experimental design, cross-sectional, quantitative approach and using a survey applied as empirical evidence. In an area of the district of Juliaca, department of Puno, it was obtained from the estimates of a logistic probability model (Logit) to find the determinants of access to health services and the marginal effects on the probability of whether health services are accessed or not. In the first place, it is concluded that the population that presents health problems is those with lower income than the minimum wage, who are employed and with a higher prevalence in women. Secondly, there is the problem that 78.2% of the population that reported health problems did not access any type of care in health services, which implies that they go to alternative care in pharmacies, healers, self-medication, etc. reflecting the deficiencies in the organizational structure of the provision of services in the sector. Finally, the determinants of access to health services, for the people of the department of Puno, are sex, affiliation to health insurance, activity status, logarithm of income per capita, language, educational level and level of education. poverty. These variables are statistically significant, therefore, they are the determining factors of access to health services in Puno. They are not statistically significant, the variables, age, marital status and work carried out. The most important marginal effect is that in the Puno region, if the person is affiliated with insurance, the probability of accessing a health service increases by 13.2%.

Keywords: Health services, health insurance, Logit model.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como un derecho fundamental, por ello es recomendado por organismos internacionales como una forma de mejorar la calidad de vida de las personas y corregir la desigualdad en el acceso a la atención de la salud. (1)

En las dos últimas décadas, el sector salud en el Perú ha mostrado un avance que se refleja en reducción de los indicadores como las tasas de mortalidad infantil, desnutrición crónica y de mortalidad materna. Pero a pesar de estos avances, la pobreza sigue siendo el principal problema para la población. Pero el costo económico elevado en acceder a los servicios de salud es la principal fuente que crea la desigualdad. Otra razón son aquellas creencias negativas que se tienen sobre los medicamentos.

La población de recursos bajos y que no está asegurada, ante un problema de salud deben acudir a los centros de salud cubriendo sus gastos con su propio dinero y al no contar con ello, en muchas ocasiones no acceden a los servicios de salud y/o no lo hacen de manera oportuna.

Además que, la falta de acceso a los servicios de salud, representa un problema para el sistema de salud. Ello debido el que aún existen brechas de carácter económico, demográfico, cultural y social para el acceso, como el nivel de pobreza, la falta de recursos económicos, el idioma con el que se comunica la persona e inclusive el sexo. Todas esas barreras deben superarse para alcanzar, como indica la teoría, un acceso universal a los servicios de salud, que sea integral, de calidad, equitativo y que el acceso no perjudique la situación financiera de las personas, y que no ponga en riesgo la condición de vulnerabilidad que presentan las personas.

La presente tesis, permite identificar los factores determinantes del acceso a los servicios de salud en Puno, en el cuál, además de la identificación de brechas en el acceso, permite recomendar acciones para la reducción de dichas brechas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud, indica que el acceso o cobertura universal de salud implica servicios integrales de salud de calidad, adecuados, oportunos, acorde a necesidades con amplia accesibilidad de la población en general. Ello implica también, la accesibilidad a medicamentos seguros, eficaces y asequibles, sin dificultar financieramente al usuario, sobre todo si este se encuentra en vulnerabilidad. (2) Para ello, es necesaria la implementación de políticas multisectoriales, abordando los determinantes sociales de la salud y promover el compromiso de la sociedad para la promoción de la salud y el bienestar.

Con el tiempo, la cobertura universal de salud ha pasado de ser un sueño a una realidad en la mayoría de los países desarrollados, sin embargo, en los países en vías de desarrollo, esto sigue siendo no más que un ideal en la política social.

En 2006, el Consejo de Expertos CEPAL en Población y Pobreza analizó las perspectivas de las políticas de salud en América Latina y el Caribe, abordando nuevos y viejos desafíos. Los programas de reforma sanitaria de los países de la región han establecido que se deben perseguir dos objetivos: Primero, la promoción de los mecanismos de

solidaridad necesarios para asegurar el acceso igualitario a los servicios médicos para toda la población; y segundo, es la gestión de costos y mejora de la eficiencia en la asignación de los escasos recursos disponibles. (3)

Las discusiones sobre los nuevos desafíos del sistema de salud han llevado al gobierno peruano a buscar alternativas para lograr optimizar los crecientes costos de la atención médica y también brindar un mejor acceso al seguro social.

A principios de la década de 2000, el gobierno peruano propuso una póliza de seguro público principalmente para personas de bajos ingresos, que se asignó al Seguro Integral de Salud (SIS) como organismo patrocinador. Como resultado, se estableció una institución pública de seguros y se promulgó la Ley de Seguro Universal (2009). La política social está dando forma al sistema de atención de la salud al ampliar el acceso a los derechos sociales y los servicios médicos, aumentar la financiación y garantizar un seguro médico mínimo para las personas. Sin embargo, si bien esta política fue creada para facilitar el acceso a los servicios médicos a personas vulnerables, se enfoca en el nivel socioeconómico y áreas urbanas de la parte central del país. (3)

En el departamento de Puno, el problema puede tener antecedentes culturales, demográficos, geográficos y económicos. Ante ello, Cano Pineda (31), indica que los sistemas de salud en la región Puno, presentan problemas como la distante cobertura de sus servicios, los recursos limitados y la rápida innovación al cuál es difícil adecuarse. Además, esto acompañado de costos de transporte y tiempo, que tienen tanto el personal de salud y la población demandante de servicios de salud, debido a las características geográficas y las zonas alejadas en las que se encuentran las redes y microrredes de salud en la región, dificultan el acceso a los servicios de salud. Es muy probable que en la región se encuentren aún más, barreras culturales que pueden imposibilitar la mayor cobertura para la accesibilidad a la salud. Identificar estos factores que representan un problema, contribuirá a la mejor toma de decisiones y el mejor direccionamiento de las políticas de salud, para enfrentar estos problemas.

Ante ello, los problemas planteados en la presente investigación son:

1.1.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores que determinan la accesibilidad a los servicios de salud de la población en Puno, 2020?

1.1.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las características de la población con problemas de salud y que accede y no accede a los servicios de salud en Puno, 2020?
- ¿Cómo son los efectos marginales de los factores que determinan la accesibilidad a los servicios de salud de la población en Puno, 2020?

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Bran Piedrahita (2020), en su estudio para Colombia, denominada “Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado”, tuvo el objetivo de explorar la percepción de las barreras de acceso a los servicios de salud de usuarios del régimen subsidiado del municipio de Sonsón. La metodología aplicada, es una “investigación cualitativa, con enfoque histórico hermenéutico, dónde participaron 16 informantes, cuyas respuestas fueron transcritas, codificadas y analizadas” (6). Como resultado, se identificaron barreras económicas y administrativas que limitan el acceso a los servicios de salud. Las barreras se representan como las demoras para reclamar medicamentos y su dispensación incompleta, y las consecuencias son que las personas asuman gastos propios o desistan del tratamiento. Se llegó a la conclusión de que estas barreras son más persistentes en poblaciones de escasos recursos y alta vulnerabilidad, pues su condición reduce sus posibilidades para hacer frente a las eventualidades derivadas de las barreras existentes en el sistema. (6)

En España, la investigación de Liop Girones et. al. (2020): “Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España”, tuvo como objetivo el conocer la atención que recibía la población inmigrante en España. La metodología utilizada en dicha investigación, fue una “revisión bibliográfica de los artículos originales (1998-2012) sobre el acceso y utilización de los servicios de la población inmigrante en España, registrados en Medline y MEDES (...), se utilizó el modelo de Aday y Andersen para el análisis” (7) llegando a la conclusión de que el acceso a la atención en inmigrantes ha sido limitado, con factores de oferta del servicio muy poco analizados. No se observa un patrón de utilización, las diferencias de accesibilidad dependen de las características del inmigrante según su origen y nivel asistencial. No obstante, en inmigrantes se observa menor utilización de la atención especializada y mayor de las urgencias, así como determinantes del acceso, distintos a la necesidad. (7)

Andrea Buron Pust (2012), en su investigación “Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya”, analizó los elementos que influyen en el acceso de la población inmigrante a los servicios sanitarios de Cataluña, desde la perspectiva de la población de inmigrantes, representantes de asociaciones de inmigrantes y mediadores culturales de centros sanitario. La metodología utilizada fue: “estudio cualitativo, fenomenológico, descriptivo, basado en el marco conceptual de Aday y Andersen (...), se realizaron entrevistas semiestructuradas (2008-2009), grabadas y transcritas literalmente. Se realizó un análisis narrativo de contenido, los datos se segmentaron por informante, colectivo, y temas, y las categorías de análisis se generaron de manera mixta. Hubo triangulación de informantes y de analistas, y el proceso se documentó sistemática y detalladamente.” (8) En general, se concluyó que el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud se ve dificultado por diferentes factores relativos a los servicios sanitarios y es mayor aún por las características de los inmigrantes. Por su parte, la tarjeta sanitaria es un instrumento importante para garantizar la accesibilidad, pero su obtención se basa en requisitos como el empadronamiento y la afiliación a la

seguridad social, que son burocráticamente difíciles de conseguir para algunos inmigrantes. Además, el desconocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios, debido a la falta de información es un limitante (8).

Por su parte, Molina Rodríguez et. al. (2016), en México estudió la “Utilización de servicios de salud en México” para describir y analizar los factores asociados a la utilización de servicios de salud en México a partir de datos obtenidos el 2002. El material y método empleado en su estudio fue “la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002, cuyo diseño fue un muestreo probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados, con representatividad nacional, aplicada en hogares. Se seleccionaron variables sociodemográficas, estado de salud, utilización de servicios ambulatorios y hospitalarios y tipo de hospital; para el análisis de la información se describieron frecuencias y porcentajes y se elaboró un modelo de regresión logística” (9) Teniendo como conclusión que los patrones de utilización de servicios de salud en México durante el periodo de estudio, se encontraron asociados con factores sociodemográficos, de desarrollo económico y de prestación de servicios de salud (9).

Otro estudio elaborado por Hautecoeur M. et. al. (2017), identificó “las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala”. El material y métodos utilizados por los autores es de: “análisis cualitativo y la recopilación de datos se realizó en Rabinal durante dos meses (Guatemala). Se realizaron quince entrevistas semi dirigidas a indígenas achís y cinco entrevistas a profesionales de la salud. Un grupo de discusión fue formado para validar la información recogida durante las entrevistas individuales; la transcripción de éstas y la compilación de los datos permitieron hacer el análisis de contenido.” (10) Se llegó a la conclusión de que la distancia y falta de transporte constituyen barreras geográficas; como barreras económicas se tuvieron los precios altos de las consultas médicas y de los medicamentos. Además, entre las barreras culturales, la lengua española representa un obstáculo para los indígenas, y que ellos a su vez tienen otros conocimientos sobre medicina y tratamientos, quejándose

ocasionalmente del trato abusivo por parte del personal de salud, quienes a su vez critican las malas condiciones de vida y la falta de recursos en el sector. Finalmente, el autor concluyó que: “los servicios de salud no son adecuados ni suficientes para responder a las necesidades de la población local”. (10)

El documento de investigación “Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia” de Rodríguez Acosta (2010), utilizando la encuesta de Calidad de Vida 2008 de ese país, buscó establecer los determinantes del acceso a los servicios de salud para la población colombiana. El diseño del estudio fue: “Siguiendo a Frenk, J. (1985) y Andersen, R. (1995) se caracterizan las barreras al acceso según sean de demanda o de oferta. Se aproxima el dominio ampliado del acceso, mediante la estimación de: (i) un logit binomial para los determinantes de presentar un problema de salud; (ii) un logit binomial para los determinantes de la utilización del servicio formal; y (iii) un logit multinomial ordenado para los determinantes de la calidad del servicio.” (11) El autor concluyó que de las personas que manifestaron que tuvieron un problema de salud, aproximadamente el 21.38% no utilizó los servicios de salud, mostrando estadísticas significativas tales como, el 13% no se atendió por barreras impuestas desde la oferta y el 87.2% por las barreras de demanda. Un factor importante es la falta de recursos económicos, el cuál sigue siendo una importante barrera para el acceso. Por último, se muestran evidencias a favor de la estrategia de aseguramiento de salud como política para la accesibilidad y cobertura, sin embargo, las barreras financieras suponen un reto para el sistema de salud colombiano. (11)

1.2.2. ANTECEDENTE NACIONALES

Hernández A. (2015) realizó una investigación denominada “Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: el caso del Seguro Integral de Salud”. Donde su objetivo general era determinar los factores de la afiliación al seguro integral de salud y el efecto que la afiliación proporciona en el acceso a los servicios de salud en el Perú. La metodología que aplicó el autor fue: “un set de regresiones para grupos de

comparación mediante el software de análisis estadístico Stata 11. La evidencia empírica se obtuvo a partir de la estimación de un conjunto de especificaciones de un modelo Probit para los determinantes. Se estimaron los efectos marginales de cada variable sobre la probabilidad de ser afiliado al SIS y sobre el acceso a los servicios de salud públicos.” (3) Con el estudio, se llegó a la conclusión de que, en el Perú, se destaca la importancia de la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) en todos los niveles socioeconómicos, y que es más relevante entre los pobres y pobres extremos, aumentando la probabilidad de acceder a los establecimientos pertenecientes al Ministerio de Salud. (3)

El estudio “Barreras de acceso a los servicios de la salud en estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológico Público, Lima 2017”, realizado por Cosar Moralees (2017). Como metodología, “la investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo y fue de tipo básica de nivel descriptivo, por lo que se aplicó un diseño no experimental de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por los estudiantes de la institución en cuestión, el instrumento utilizado para el recojo de datos fue el cuestionario y la técnica empleada la encuesta. La muestra estuvo conformada por 242 estudiantes que hayan accedido al uso de los servicios de la salud en el último año y que además estén entre los 17 y 23 años de edad.” (4) El estudio concluyó que los estudiantes del Instituto tienden a percibir barreras moderadas en la atención recibida. Asimismo, se estudió cuatro dimensiones de percepción de barreras, resultando en orden de la disponibilidad la que mostró el nivel más alto de barreras, seguido por la accesibilidad y el contacto con el servicio, y la aceptabilidad con el nivel más bajo de barreras. (4)

Sánchez Garcia (2015), analizó los principales determinantes del acceso a los servicios de salud en el distrito de Castilla, centrándose en los asentamientos humanos. La metodología empleada consistió en estimar un modelo logit. Se obtuvo como resultado que: “las variables; situación laboral del jefe de familia, nivel educativo de la madre, nivel educativo del padre, edad, seguro y estado civil, se relacionan directamente con el

acceso a los servicios de salud; mientras que las variables ingreso per-cápita, sexo y tamaño familiar se relacionan inversamente con el acceso a los servicios de salud. Con respecto a la significancia, se determinó que las variables; ingreso per-cápita, nivel educativo del padre, edad, sexo, tamaño familiar y estado civil no son estadísticamente significativas; mientras que las variables situación laboral del jefe de familia, nivel educativo de la madre y seguro resultaron ser estadísticamente significativas.” (30)

1.2.3. ANTECEDENTES LOCALES

Apaza (2017) elaboró un estudio denominado “Factores culturales y su influencia en la participación de los servicios de salud de las beneficiarias del programa juntos del distrito Cuturapi -Yunguyo”. El cual tiene como objetivo “determinar la influencia de los factores culturales en la participación de los servicios de salud, cuya población de estudio fueron las beneficiarias del programa Juntos” (5) Concluye que: “Los factores culturales inciden directamente en el acceso de las beneficiarias del programa Juntos a los servicios de salud pública”. (5)

El estudio denominado “Factores socioculturales y demográficos asociados al grado de satisfacción de los usuarios asistentes al Seguro Integral de Salud, Centro de Salud San Gabán Puno 2017” realizado por Cano Pineda (2017), tuvo como objetivo determinar los factores socioculturales y demográficos, asociados al grado de satisfacción de los usuarios asistentes al seguro integral de salud en el centro de Salud San Gabán de Puno. La metodología empleada fue una investigación correlacional, utilizando una guía de entrevista y el uso de estadística descriptiva y pruebas de hipótesis Chi cuadrado para el análisis de datos. Se concluyó que: “En forma general, predomina la satisfacción media con la atención que se brinda en el Seguro Integral de Salud; en especial en los usuarios en edades de 30 a 60 años, de sexo femenino, con educación primaria, casados, los que no tienen un trabajo y afiliados entre 2 a 3 años.” (31)

El siguiente antecedente local referido, no aborda el tema en salud, sin embargo, es antecedente de la metodología empleada en la presente tesis. El artículo realizado por López (2017) denominado “Determinantes de la participación de la mujer en el mercado de trabajo” es un documento de fácil lectura y cuya interpretación de resultados fué muy útil para la presente investigación. El autor estimó un modelo de probabilidad logística, para hallar los factores significativos de la participación de la mujer en el mercado de trabajo y analizar sus efectos marginales. Para ello el autor, utilizó el software estadístico Stata 12.0 procesando 44940 observaciones de la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares acerca de la condición de actividad laboral de las mujeres. Se concluyó que: “existe una relación positiva entre la edad y la probabilidad de participación laboral de la mujer, con efecto decreciente en el cuadrado de la edad (relación negativa), además que las diferencias de probabilidad entre mujeres casadas y solteras y entre las jefas de hogar y las que no lo son, se aproximó al planteamiento teórico de distintos autores. Presentando un modelo de probabilidad de participación de la mujer en el mercado laboral que excluye el nivel de educación, como parte del proceso de elección del mejor modelo, según el nivel de significancia de las variables independientes.” (32)

En general, no hay muchos estudios para la región Puno, que trate explícitamente sobre los factores que determinan el acceso a los servicios de salud, de la población puneña.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que determinan la accesibilidad a los servicios de salud de la población en Puno, 2020.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características de la población con problemas de salud y que acceden y no acceden a los servicios de salud en Puno, 2020.
- Identificar los efectos marginales de los factores que determinan la accesibilidad a los servicios de salud en Puno, 2020.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Cobertura universal de la salud: La cobertura universal de salud, en su concepto más amplio, implica el acceso garantizado, con calidad, sin dificultades financieras y sobre todo con equidad, a los servicios integrales de salud. (1)

Además, involucrando al estado Gispert (2016), conceptualiza a la cobertura universal de salud, como la capacidad de respuesta a las demandas de salud de la población, que tienen los gobiernos, estados y sociedad en general. En ese sentido, la intervención se brinda a través de leyes, presupuesto dirigido a infraestructura en salud, tecnología, capital social y estrategias en planificación, organización, ejecución y financiamiento, permitiendo la protección con equidad e inclusión, de la población en materia de salud. (35)

Servicios integrales: Es el conjunto de acciones e intervenciones para la promoción de la salud, en la prevención de enfermedades, prestación de salud y cuidados necesarios. (1)

La característica de integralidad, es definido por Medicus Mundi Navarra y Salud sin Límites Perú (36), en el cuál afirma que el servicio no solo debe centrarse en el motivo

de la consulta médica, sino también, debe verificar necesidades y condiciones sociales de la persona, ello conlleva a evaluar a los pacientes sobre sus características sociodemográficas e integrarlo a la atención. El servicio integral supone también que, la atención es continua en todos los niveles, de manera organizada, planificada y asegurando los flujos de atención y los recursos necesarios. Es por ello la organización del MINSA como establecimiento de salud, redes o microrredes, con procesos y coordinaciones interinstitucionales. Los servicios integrales, además, promueven un sistema nacional integrado de salud, involucrando a todas las instituciones de salud público y privado, y que aseguren la accesibilidad de la población. (36)

Servicios con acceso equitativo: Es la cobertura del servicio integral y de calidad, que se debe brindar sin distinción por razones económicas, sociales u otras causales de vulnerabilidad. (1)

La equidad en el sistema de salud, planteado por Medicus Mundi Navarra y Salud sin Límites Perú (36), es un atributo que es entendida como el derecho al acceso a los servicios de salud de todas las personas, planteando el reconocimiento de las diferencias de las necesidades de la población y brindar respuestas adecuadas de atención en salud respetando la igualdad de derechos. Es importante entonces, tener cuenta las necesidades a partir de aspectos socioeconómicos, demográficos, geográficos y de género. (36)

Cobertura de salud: Es el nivel o grado de interacción entre la oferta de salud y la demanda, el cuál recibe una atención eficaz, beneficiándose de la disponibilidad y de la capacidad del servicio. (12)

Equidad, acceso y políticas de salud: El acceso y la equidad se relacionan con el comportamiento de la política social, los cuales implican un proceso de interacción de los

interesados, los servicios públicos, educación, salud, acceso a la información, libertad de expresión, empleo, etc.

La equidad, a menudo confundida con el término igualdad, se trata de lo correcto, en el sentido de equidad, se refiere a la creación humana, las normas, la estructura social y constituye así "valor social".

"En este aspecto, es decir la justicia en cuanto valor social, ha estado siempre vinculada por el principio básico, cual es dar a cada uno lo suyo. Pero este principio, que parece tan simple de enunciar, supone el cumplimiento de al menos tres requisitos, cuales son la proporcionalidad, la igualdad y la alterabilidad. Conjuntamente con lo anterior se presenta el problema de dilucidar la relación entre justicia y equidad. Para Aristóteles lo equitativo no es por esencia algo distinto de lo justo sino una misma cosa con ella. La equidad es, en palabras simples, la justicia del caso concreto" (13).

La equidad adquiere entonces una concepción más amplia, "la equidad es un concepto multidimensional que abarca igualdad de oportunidades y de acceso, así como la distribución del consumo, la riqueza y el capital humano. (...) Las formas en que se manifiesta la falta de equidad y las reacciones que esta suscita varían enormemente de un país a otro, y las diferencias dependen no sólo de la etapa de desarrollo del país sino también del entorno político, la distribución inicial de la riqueza y del ingreso, las normas sociales y una serie de otros factores" (14).

Resulta evidente por lo mencionado hasta ahora que el acceso a la educación, a servicios de salud, nutrición, al crédito, al empleo, a la justicia, entre otros, implica la equidad.

En el sector salud, la equidad rige como estándar que orienta las políticas y las reformas del sector, considerados en los objetivos planteados por los países. En ese sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), indica que la equidad contribuye al

desarrollo, cubriendo principios como minimizar las diferencias en la salud de las personas, con su contribución financiera y su atención médica según la necesidad.

El acceso: una forma de evaluar la equidad: El acceso es el ingreso a la utilización de un servicio de salud, analizando las características de la población (factores determinantes) y de los recursos disponibles (oferta de servicios: uso de servicios), "(...) el acceso mismo se mide mejor mediante observaciones del comportamiento de las personas, es decir del uso que realmente hacen de los servicios de salud". (15) Es decir, el acceso a los servicios de salud, depende de condiciones socioeconómicas y demográficas. Sin embargo, la accesibilidad se refiere a la demanda de servicios de salud, en función al precio, tiempo de espera, transporte, así la accesibilidad "es el grado de ajuste entre características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención". (16)

Es evidente por lo mencionado que el acceso a los servicios de salud viene determinado por varios factores. "En primer lugar, influyen la distribución espacial de la población, las comunicaciones y el grado de heterogeneidad u homogeneidad cultural y étnica. También inciden factores asociados al desarrollo social y a la dinámica económica, tales como el nivel de analfabetismo, la concentración del ingreso y el porcentaje de asalariados. Finalmente, las reivindicaciones de organizaciones con poder político tienen importantes efectos, en la medida en que la asignación de recursos responde a la capacidad de presión de distintos actores sociales" (17).

Factores determinantes del acceso a los servicios de salud: Se puede expresar la interacción que significa el acceso a los servicios de salud y los actores en un entorno de capacidades y características se puede mostrar en la Figura 1. (18) El no acceso se da cuando se rompe el flujo circular desde los consumidores o desde los productores de servicios de salud (ausencia de prestación de servicios).



Figura 01: Factores determinantes del acceso a los servicios de salud

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

a. Ingresos económicos

Según Arredondo y Mejía (2001), la mejora en nivel de ingresos económicos, presenta efectos positivos en el acceso a los servicios de salud. Las familias con excedentes de recursos económicos, tienen mayores capacidades para afrontar riesgos, con una mejor respuesta ante emergencias o enfermedades. Los mayores ingresos también favorecen a la prevención, curación y rehabilitación de la salud. (20)

Para los mismos autores, la falta de recursos económicos, hace que las familias prioricen su consumo u otras necesidades, antes que acceder a servicios de salud. Es decir, un ingreso extra para la familia, puede tener un muy pequeño impacto en el acceso a los servicios de salud. Debido a los ingresos reducidos, las familias optan por tratamientos alternativos, que son menos costosos, para el cuidado de su salud. (20)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica también que el ingreso es un factor determinante para la salud, sin embargo, su perspectiva gira entorno a la prevención de la salud. Así, las sociedades prósperas, con riqueza distribuida equitativamente tienen poblaciones más sanas. (21)

En la misma línea, completa Rodríguez (2010), que el ingreso tiene una relación negativa con la probabilidad de presentar problemas de salud (22). Es decir, las personas con ingresos mayores, pueden mantener hábitos saludables y prevenir enfermedades, a diferencia de las personas con ingresos bajos. (22)

b. El nivel educativo

La relación que existe entre el nivel educativo y el acceso a la salud, es definido por Gallego (2001), como una relación positiva. Ello implica que a mayores niveles educativos alcancen las personas, estas valorarán aún más su salud. (23) Para el autor, la educación contribuye a que las personas tengan conocimientos y aptitudes para solucionar problemas de salud. Además, la educación aumenta las oportunidades de acceso a seguridad en salud, seguridad laboral y aumento de ingresos. (23).

c. Sexo y edad

Según Vega et. al. (2003), las mujeres a diferencia de los hombres, tienen mayor percepción de enfermedades, por lo que también sus consultas son mayores. Las mujeres demandan mayor atención en salud, debido a sus características biológicas. (24) Según la autora, la variable edad tiene un efecto en forma de “U” sobre el uso de los servicios de salud. Es decir, los niños y los ancianos tienen mayores problemas de salud, que los adultos jóvenes, así que su demanda será mayor.

d. Estado Civil

Desde un punto de vista demográfico y sociológico, los autores Cordero y Gonzáles (2011), determinan que el matrimonio es el primer paso en la constitución de una familia biológica. Entonces el estado civil de casado, influye en el aumento de la familia y con ello aumentará la demanda de servicios de salud del hogar. (25)

e. Seguro social de salud

Seinfeld (2005), indica que los seguros de salud, reducen significativamente los costos de enfrentar intervenciones en salud. La base de ello, es que los costos de ventas de activos

o deudas para atender problemas de salud se reducen con la adquisición de un seguro de salud, debido a que las enfermedades son sucesos aleatorios e impredecibles. (26)

Por su parte, Parodi (2004), señala que, si bien se mejora el acceso a la salud, con un seguro de salud público, los beneficios no se concentran en las poblaciones más pobres, sino que son aprovechados mucho más eficientemente por la población de ingresos medios, debido a que su zona de residencia es en áreas urbanas con servicios de salud más accesibles, tienen mayor nivel educativo y manejan mayor información. Para el autor, el seguro social de salud, contribuye a reducir barreras económicas, pero que no se concentra en barreras culturales, geográficas, demográficas, etc.

f. Geografía y área de residencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el área geográfica de residencia determina el acceso a la salud, en función del tiempo, la distancia y los costos de transporte hacia los establecimientos de atención primaria, pero que esto va mejorando conforme a la mejora de las carreteras y el transporte. (21)

g. Empleo

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), sostiene que el empleo permite un mayor acceso a los servicios de salud, influenciado por mejoras en su nivel de ingresos. También tienen que ver, las lesiones en el trabajo o enfermedades ocupacionales, conllevando a una mayor demanda por servicios de salud de los trabajadores y que su estado de salud, no perjudique sus ingresos por el empleo. (27)

La OPS también señala que la implementación de ritmos de trabajo, aumento de la jornada laboral y exposición a contaminantes del medio, deterioran la salud de los trabajadores, sin embargo, el apoyo social, las interacciones con compañeros de trabajo y el estado emocional de las personas, mejora el estado de salud. A diferencia del desempleo, el cuál debido a dificultades psicológicas, depresión, limitación de actividades, entre otros, se asocia con deficiencias en la salud. Por ello, el desempleo y la

inestabilidad económica, contribuyen a problemas de salud mental, implicando menores ingresos y menor acceso a los servicios de salud. (27)

Modelo de probabilidad logística (Logit)

El modelo Logit es un modelo no lineal que predice las probabilidades de ocurrencia de la variable dependiente, dado las variables independientes. De acuerdo a ello se tiene una función de distribución logística:

$$\Pr Pr (X_i) = \frac{1}{1+e^{-z}} = \frac{e^z}{1+e^z}$$

$$\text{Dónde: } Z_i = X_i \beta = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_k X_{ki}$$

Además:

Y_i : Es el vector de variables dependientes. Para $Y_i = 1$ es la afirmación de ocurrencia y para $Y_i = 0$ es el caso contrario o la negación de ocurrencia.

X_i : Es el vector de variables independientes.

Según Gujarati y Porter (2010): "A medida que $\Pr Pr (X_i)$ va de 0 a 1 (es decir, a medida que Z varía de $-\infty$ a $+\infty$, el Logit L va de $-\infty$ a $+\infty$. Es decir, aunque las probabilidades (por necesidad) se encuentran entre 0 y 1, los logit no están acotados en esa forma" (p.555). Por lo tanto, el modelo Logit garantiza la predicción de probabilidades entre 0 y 1. (28)

La técnica para la estimación del modelo Logit se denomina Máxima Verosimilitud, cuyo valor es dado por el "Log likelihood" en la regresión. Esta técnica es mucho más compleja que los Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) debido a que implica el uso de algoritmos. (28)

De esa forma se estima el vector de parámetros β . Las cuales aún no pueden ser consideradas como efectos marginales. Sin embargo, la interpretación de sus signos es

una aproximación sobre las relaciones entre la variable dependiente y las variables independientes. (28)

Si la variable independiente X_i es una variable continua, basta con una derivada de la ecuación (1) con respecto a X_i para determinar el efecto marginal.

$$\frac{\partial \text{PrPr}(X_i)}{\partial X_i} = \text{Efecto marginal}$$

Esto se interpreta como el efecto del cambio en una unidad de X_i sobre $\text{PrPr}(X_i)$.

Por otro lado, si la variable independiente X_i es una variable binaria o dicotómica, el efecto marginal se encuentra en la diferencia de probabilidades:

$$\text{PrPr}(X_i = 1) - \text{PrPr}(X_i = 0)$$

El cual debe ser interpretado como la diferencia de probabilidad, ante la ocurrencia (1 o 0) del suceso que representa la variable X_i . (28)

Nivel de significancia empírica o p-valor

El nivel de significancia, es la probabilidad de rechazar la hipótesis nula, cuando es verdadera. Por ejemplo, un nivel de significancia de 0.05 indica un riesgo del 5% de concluir que la hipótesis nula es rechazada cuando esta es verdadera. (29)

Son aceptables los niveles de significancia de 0.01, 0.05 o 0.1, pues indica significancias permisibles de 1%, 5% y 10% respectivamente. (29)

Los niveles de significancia también se asocian a los niveles de confianza, en el que, para el autor, un nivel de significancia del 1%, 5% y 10%, puede ser un nivel de confianza del 99%, 95% y 90% respectivamente. (29)

El nivel de significancia nos permite concluir si una variable es determinante o no en el modelo, sometiendo sus parámetros asociados a una prueba de hipótesis, en el cuál:

Hipótesis nula: $\beta = 0$, o que la variable no tiene una importancia individual en el modelo.

Hipótesis alterna: $\beta \neq 0$, o que la variable asociada si tiene importancia individual en el modelo. (29)

Un nivel de significancia menor a 1%, 5% o 10%, permite rechazar la hipótesis nula y concluir que la variable asociada si tiene importancia individual en el modelo. (29)

Esta interpretación, permitirá concluir aquellas variables que son determinantes para el acceso a los servicios de salud.

2.2. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. HIPÓTESIS GENERAL

Los factores que determinan la accesibilidad a los servicios de salud de dimensión social, con relación directa es la afiliación a un seguro de salud, y de relación inversa, el nivel de pobreza; en la dimensión demográfica, con relación directa son el sexo, la edad y el nivel educativo, y con relación inversa es el idioma; en la dimensión económica con relación directa, es el nivel de ingresos, la condición de actividad y el trabajo que desarrolla, en Puno, 2020.

2.2.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Las personas con mayor prevalencia de presentar problemas de salud, manifestados en enfermedades, malestares, accidentes, etc. son la población adulta y adulta mayor, también las personas con condición de actividad ocupado y que pertenecen a la población económicamente activa. También las personas del sexo femenino, y aquellos que tienen un nivel de ingresos por debajo del promedio o por debajo del salario mínimo, presentan mayor prevalencia de problemas en su salud en Puno, 2020. La población que no accede a la atención en servicios de salud, son aquellos de nivel de pobreza pobre y pobre extremo, con mayor frecuencia ubicados en las

zonas rurales. También no acceden las personas de sexo femenino, con niveles de ingresos bajos, que tienen la condición de desocupados y que no tienen ningún tipo de seguro de salud en Puno, 2020.

- La variable dependiente acceso a los servicios de salud está determinado por las variables independientes: afiliación a un seguro de salud con relación directa, y nivel de pobreza con relación inversa; sexo, edad y el nivel educativo con relación directa e idioma con relación inversa; también el nivel de ingresos y la condición de actividad con relación directa en Puno, 2020.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio tiene un enfoque cuantitativo y es una investigación no experimental con datos de corte transversal en el cual se evalúan los determinantes que influyen en el acceso a los servicios de salud. En general, el estudio está esquematizado de la siguiente forma:

- Tipo de investigación: El tipo de investigación es cuantitativa, utilizando datos de fuente primaria, de tipo cuantitativo directo, mostrando estadística descriptiva y estadística inferencial.
- Nivel de investigación: Investigación explicativa, en el cuál se establecen relaciones de causa y efecto entre la variable dependiente y las variables independientes, verificando teorías a partir de datos empíricos.
- Diseño de investigación: El diseño es no experimental, transaccional, dado que los datos son recopilados en el momento, y se establecen fenómenos de causa y efecto entre las variables dependiente e independiente.

3.1. ZONA DE ESTUDIO

La zona de estudio es en la ciudad de Juliaca, provincia de San Román, Departamento de Puno, el cual está ubicado al sureste del país peruano. Su territorio es de 66,997 km², está dividida administrativamente por 13 provincias y cuenta con 1,173 millones de habitantes. El distrito de Juliaca, cuenta con una población total de 276 100 habitantes y

es el mayor centro económico del departamento de Puno y una de las mayores zonas comerciales del Perú.

3.2. TAMAÑO DE MUESTRA

Población y cobertura

La población está conformada por 64 038 hogares del área urbana del distrito de Juliaca, provincia de San Román y departamento de Puno, de acuerdo a los Censos Nacionales 2017: XII de población, VII de vivienda y III de Comunidades Indígenas.

Muestra

Se usó la fórmula de Muestreo Aleatorio Simple, para el cálculo de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 N p q}{(N - 1) e^2 + Z^2 p q}$$

Dónde:

Z: Es el valor de la distribución normal para $(1 - \alpha)$

N: Es el tamaño de la población.

e: Nivel de error.

P y q: Es la frecuencia de exposición de los casos.

El nivel de significancia " Z " = $(1 - \alpha)$ a utilizar es de 1.95 (95% de confianza), el nivel de error " e " es de 5%, el valor " p " = 50% y " q "=50%, la población de hogares del área urbana de la ciudad de Juliaca es de 64 038, y la muestra resultante es de 378 hogares.

Reemplazando la fórmula de Muestreo Aleatorio Simple, para el cálculo de la muestra, se tiene:

$$n = \frac{(1.95)^2(64038)(0.5)(0.5)}{(64038 - 1)(0.05)^2 + (1.95)^2(0.5)(0.5)} = 378$$

Tabla 01: Resultados muestrales.

Concepto	Descripción
Población	64 038 hogares, en la zona urbana de Juliaca, según los Censos Nacionales 2017.
Tipo de muestra	Probabilística, con la fórmula de Muestreo Aleatorio Simple.
Tamaño de muestra	378 hogares.
Nivel de confianza de los resultados muestrales	95.00 % de nivel de confianza

Fuente: Elaboración propia.

Si bien la muestra se calcula a nivel de hogares, las respuestas que se obtienen son de los del jefe de hogar o representante del hogar, descrito como informantes.

Se incluye:

- Jefe del Hogar
- Representante del hogar mayor de 18 años en condiciones de brindar información.

Se excluye:

- Personas menores de 18 años.
- Los trabajadores del hogar.

- Personas que no conforman el hogar, definido como: “El conjunto de personas, sean o no parientes (padres, hijos solteros, hijos casados, hermanos, tíos etc.), que ocupan en su totalidad o en parte una vivienda, comparten las comidas principales y atienden en común otras necesidades vitales. Se incluye también en este grupo a las personas a quienes el jefe considera que son miembros del hogar, por razones de afecto (ahijados, compadres, padrinos, etc.). Por excepción, se considera hogar al constituido por una sola persona.” (19)

Por motivos de reducción de costos, la encuesta será aplicada con la muestra en su totalidad en solo el área de la Urbanización Juan el Bueno de la ciudad de Juliaca.

De esta base de datos filtramos a todas las personas que sufrieron o presentan algún problema de salud, pues dichas personas son las que requieren acceder a los servicios de salud.

Niveles de filtración de respuestas en la investigación:

- Respondieron SÍ a la pregunta, En las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Alguna enfermedad, síntoma o malestar y/o accidente?
- Respondieron SÍ a la pregunta, ¿Acudió a un servicio de salud para consultar por esta enfermedad, síntoma, malestar y/o accidente?

3.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS

Método: Método hipotético-deductivo, en el cual, a partir de hipótesis realizadas sobre la relación entre las variables, se procede deduciendo la comprobación empírica de teorías generales a situaciones específicas, concluyendo en una aceptación o refutación de las hipótesis planteadas.

Técnica: La técnica de investigación es la Encuesta, como fuente de información primaria y es elaborada con preguntas similares a las realizadas en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2020 del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Para la investigación de los modelos econométricos se utilizó el procedimiento econométrico de estimadores de Máxima Verosimilitud (Maximum Likelihood), mediante la utilización del software Stata 15. Que cumpla con todos los supuestos estadísticos, el análisis estadístico se realizará a todas las variables. En los modelos se contrastaron los signos y dimensiones propuestos por la teoría y la validación estadística se realizó sobre la base de los criterios de significancia estadística. Finalmente se interpretaron los resultados y de ellas se sacaron las conclusiones y recomendaciones.

Consideraciones éticas.-

- Valor: Se busca contribuir al conocimiento acerca de la relación de los factores determinantes (variables independientes) en el acceso a los servicios de salud (variables dependientes, a partir de teorías generales a una situación específica en el departamento de Puno.
- Validez científica: La investigación es metodológicamente confiable, porque se utiliza estadística descriptiva, inferencial y explicativa, utilizado por diversos autores y aceptado universalmente por la comunidad científica.
- Proporción favorable de riesgo-beneficio: El riesgo adoptado en la investigación, es menor, y teniendo resultados beneficiosos para contribuir al conocimiento sobre los determinantes del acceso a los servicios de salud Puno, 2020.
- Consentimiento informado: Las personas encuestadas firman una declaración inicial de consentimiento informado, cuyos datos personales no son publicados, pero sirven de sustento para la confiabilidad y validez de la investigación.

3.4. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

El modelo especifica, según la tabla 2, que la variable dependiente es el acceso a los servicios de salud (ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD), y las variables independientes son la afiliación a un seguro de salud (SEGURO DE SALUD), el estado civil (ESTADO CIVIL), el nivel de pobreza (POBREZA), el sexo (SEXO), la edad (EDAD),

el nivel educativo (NIVEL EDUCATIV), el idioma (IDIOMA), el ingreso percibido (INGRESO), el trabajo que desarrolla (TRABAJO QUE DESARROLLA) y la condición de actividad (CONDICIÓN DE ACTIVIDAD).

Como lo explica la autora Betancur (2019), la operacionalización de variables implica hacer que la variable sea lógicamente medible, cuantificable y codificable. El nivel de medición puede ser:

“Nominal: Permite clasificar las variables con códigos de equivalencia, como variables binarias asignando 1 a los hombres y 0 a las mujeres, o de igual forma, asignando 1 a las respuestas afirmativas y 0 a las respuestas negativas. De igual forma se puede establecer codificación numérica a variables categorizadas, como el estado civil o el nivel de estudios, estableciendo una secuencia lógica (de soltero a viudo o de primaria a superior universitario). Esto sirve frecuentemente para el almacenamiento de datos y su posterior procesamiento estadístico”. (16)

Ordinal: Permite clasificar variables cualitativas, según el grado de intensidad, como el nivel de satisfacción, en el que muy malo puede ser 1, malo 2, indiferente 3, bueno 4 y muy bueno 5. Estableciendo secuencias lógicas, como el nivel de pobreza, en el que extremo pobre es 1, pobre es 2 y no pobre es 3. (16)

Tabla 02: Especificación de variables.

TIPO VARIABLE	DE VARIABLE	DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE	CLASE	CODIFICACIÓN
Dependiente	ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	A	Variable dependiente binaria, a la pregunta si accedió a los servicios de salud.	SALUD	1=Sí accedió a los servicios de salud; 0=Caso contrario
Independiente	FACTORES DETERMINANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD	SEGURO DE SALUD	Variable independiente binaria que representa la afiliación a un seguro de salud.	SOCIAL	1=Si está afiliado a un seguro de salud; 0=Caso contrario.
	ESTADO CIVIL		Variable independiente categorizada que representa el estado civil.	SOCIAL	1=Soltero(a); 2=Conviviente; 3=Casado(a); 4=Divorciado(a); 5=Viudo(a)
	POBREZA		Variable independiente categorizada que representa el nivel de pobreza.	SOCIAL	1=Pobre extremo; 2=Pobre no extremo; 3=No pobre.
	SEXO		Variable independiente binaria que representa el género del entrevistado.	DEMOGRÁFICA	1=Hombre; 0=Mujer

EDAD	Variable independiente continua que representa la edad en años del entrevistado.	DEMOG RÁFICA	Número entero positivo.
NIVEL EDUCATIVO	Variable independiente continua que representa el nivel educativo alcanzado del entrevistado.	DEMOG RÁFICA	1=Inicial/pre-escolar; 2=Primaria; 3=Secundaria; 4=Superior no universitaria; 5=Superior universitaria,6 Postgrado.
IDIOMA	Variable independiente categorizada que representa el idioma nativo que habla.	DEMOG RÁFICA	1=Quechua; 2=Aymara; 3=Castellano.
INGRESOS	Variable independiente no continua, que representa los ingresos percibidos, en logaritmo natural.	ECONÓ MICA	Número natural.
TRABAJO QUE DESARROLA	Variable independiente categorizada que representa el trabajo que desarrolla.	ECONÓ MICA	1= Empleador o patrono; 2=Trabajador independiente; 3=Empleado; 4=Obrero; 5=Familiar no remunerado;

			6=Trabajo en el hogar.
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Variable independiente binaria que representa la condición de actividad (si trabaja o no).	ECONÓMICA	1=Ocupado; 0=Desocupado.

Fuente: Elaboración propia.

3.5. MÉTODO O DISEÑO ESTADÍSTICO

Se usó para la regresión la base de datos con información primaria que es recogida de la encuesta aplicada, esta información es muy confiable estadísticamente. Luego se seleccionaron las variables que afectan al acceso a los servicios de salud más relevantes, ya sean económicas, sociales y demográficas.

Se realizó una regresión donde la variable dependiente es el acceso a los servicios de salud. En este sentido, se realizó una evaluación bibliográfica para estimar las variables utilizadas en la investigación para evaluar los factores que influyen en una persona para poder acceder a los servicios de salud. Una vez recolectada la información cuantitativa y cualitativa, se organizó y caracterizó según las variables establecidas.

Para estudiar los determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú, se utilizó un análisis probabilístico mediante el modelo Logit. En ese sentido, en el modelo Logit se consideran los determinantes de la afiliación a los servicios de salud, donde la variable dependiente toma el valor de 1 si la persona está accedió a algún servicio de salud y 0 en caso de no estarlo. En el modelo la variable dependiente es la probabilidad de acceso a la atención en los diferentes servicios de salud (Establecimientos del Ministerio de Salud, Hospitales del Ministerio de Salud, etc.). Las variables explicativas del modelo se conforman por características demográficas, sociales y económicas.

CAPÍTULO IV

EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para la primera parte del análisis de resultados, se filtró la pregunta de la encuesta que indica si en las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. alguna enfermedad, síntoma o malestar y/o accidente? Para el cuál se obtuvo que el 51.2% de la población declaró haber tenido algún problema de salud ya sea de una enfermedad o un accidente, lo cual en términos absolutos significa 46,710 personas. Por lo consiguiente, declararon no haber tenido enfermedad o accidente, el 48.8% del total de la población encuestada. También se observa que del total de la población que presentó algún problema de salud, el 21.8% accedió a los servicios de salud y no accedió el 78.2%, de acuerdo a la pregunta de ¿Acudió para consultar por esta Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente? Para estos resultados, solo se considera la utilización de los servicios de salud institucionales de la población, no se considera como acceso: la automedicación, acudir a farmacias, asistir al curandero o brujo. Estas cifras reflejan la gran limitación que tiene la población para acceder a los servicios de salud y la necesidad de examinar los factores que lo determinan. En base a ello, se observarán las características de la población con problemas de salud, y las características de la misma población, que se atendieron o no en los servicios de salud.

Tabla 03: Resumen de respuestas a las preguntas: En las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Algún(a): Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente? Y ¿Acudió para consultar por esta Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente?

En las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Algún(a): Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente?			¿Acudió para consultar por esta Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
SI	194	51.2%	SI	42	21.8%
			NO	151	78.2%
NO	184	48.8%			
Total	378	100.00%	Total	194	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

4.1. EXPOSICIÓN DE LOS RESULTADOS

O.G.

Tabla 04: Resultado de la regresión logística “logit”, para identificar los factores determinantes del acceso a los servicios de salud en Puno.

VARIABLES INDEPENDIENTES	COEFICIENTE	P-VALUE	RESULTADO	RELACIÓN CON LA VARIABLE DEPENDIENTE
Sexo	0.18	0.0000	Determinante	Positiva.
Seguro de Salud	1.04	0.0000	Determinante	Positiva.
Condición de Actividad	-0.12	0.0030	Determinante	Negativa.
Ingreso	0.13	0.0000	Determinante	Positiva.
Idioma	0.16	0.0000	Determinante	Positiva.
Nivel educativo	0.01	0.0230	Determinante	Positiva.

Pobreza	0.32	0.0000	Determinante	Positiva.
Edad	0.06	0.1101	No determinante	Ninguna.
Estado civil	0.01	0.3026	No determinante.	Ninguna.
Trabajo que desarrolla	0.02	0.1821	No determinante.	Ninguna.

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del modelo logit.

El resultado de la tabla 4, muestra los factores determinantes del acceso a los servicios de salud, en Puno.

El P-value, muestra el nivel de significancia que presenta la variable en el modelo. Por lo que su interpretación se rige en base a niveles. Si P-value es menor o igual a 10% o 0.1, entonces la variable independiente es significativa, por lo que sería un factor determinante de la variable dependiente. Si P-value es mayor a 10% o 0.1, entonces la variable no es significativa, por lo que no sería un factor determinante.

Al referirnos de factor determinante, significa que es una variable importante y que define el comportamiento de la variable dependiente.

El resultado para el objetivo general indica que los factores determinantes del acceso a los servicios de salud, en Puno, son el sexo, el seguro de salud, la condición de actividad, el ingreso, el idioma, el nivel educativo y el nivel de pobreza, los cuales definen el comportamiento del acceso a los servicios de salud de las personas.

Por su parte, el signo de los coeficientes indica el tipo de relación que tiene la variable independiente con la variable dependiente.

Por lo tanto, si el sexo de las personas es hombre, la probabilidad de que acceda a un servicio de salud aumenta, caso contrario si el sexo de la persona es mujer, siendo esta una relación positiva.

Si la persona cuenta con un seguro de salud, la probabilidad de que acceda a los servicios de salud aumenta, siendo esta una relación positiva.

Si la condición de actividad de la persona es trabaja, la probabilidad de acceder a un servicio de salud disminuye, caso contrario si la persona no trabaja, siendo esta una relación negativa.

Si el ingreso de la persona aumenta, entonces la probabilidad de acceder a un servicio de salud también aumenta, siendo esta una relación positiva.

Si el idioma de la persona es castellano, la probabilidad de acceder a los servicios de salud aumenta, a diferencia de los que hablan quechua o aymara, siendo esta una relación positiva.

Si la persona tiene un mayor nivel educativo, la probabilidad de que acceda a un servicio de salud también aumenta, siendo esta una relación positiva.

Por último, si el nivel de pobreza de la persona es no pobre, la probabilidad de que acceda a un servicio de salud aumenta, a diferencia de los que son pobres o pobres extremos, siendo esta una relación positiva.

O.E.1.

Tabla 05: Características principales de las personas que presentan problemas de salud, y que acceden y no acceden a los servicios de salud en Puno.

DIMENSIÓN O PREGUNTA	CARACTERÍSTICAS
Ingreso mensual	Las personas que perciben ingresos menores al salario mínimo, en su mayoría (43.06%), presentaron algún problema de salud, y son los que mayormente demandan acceder a un servicio de salud.
Condición de actividad	Las personas que se mantienen ocupadas (64.11%) tienen la más alta prevalencia de presentar alguna enfermedad, malestar o accidente. Sin embargo, a pesar de que la mayoría de personas sí presentaron problemas de salud, también en su mayoría no accedieron a servicios de salud para su atención.

Nivel educativo	Las personas con mayor nivel educativo (de superior a grados de maestría y doctorado) reportan menores presencias de enfermedades, malestares o accidentes, que las personas con menor nivel educativo, además en su mayoría, las personas con menores niveles educativos, no acceden a los servicios de salud.
Edad	<p>La población más joven (menores de 49 años) en su mayoría manifiestan no presentar algún problema de salud; sin embargo, esta situación se revierte para la población mayor de 50 años, el cuál en su mayoría reporta haber presentado alguna enfermedad, malestar o accidente.</p> <p>También se observa que, la población más joven de entre 18 a 49 años, son los que en su mayoría no acuden al acceso de algún servicio de salud.</p>
Sexo	Las mujeres tienen más reportes de haber presentado algún problema de salud (56.1%) que los hombres (43.9%). Las mujeres también son las que mayormente no acceden a los servicios de salud.
Lugar dónde acudió para consultar por la enfermedad, síntoma o malestar y/o accidente que presentó.	En su mayoría, las personas que presentan problemas de salud, no buscan atención (57.5%), acuden a una farmacia o botica (18.9%) o acuden a un puesto de salud del MINSA (6.9%).
¿Quién le atendió durante la consulta?	En su mayoría, las personas que presentan un problema de salud, son atendidos por un médico (71.8%) o una enfermera(o) (16.9%).

El sistema de prestación de seguro de salud al cual Ud. está afiliado actualmente	En su mayoría las personas que cuentan con seguro de salud, están afiliados al EsSalud (27.3%) y al Seguro Integral de Salud (SIS) (69.3%).
Razones por las que no accedieron a los servicios de salud.	En su mayoría, las personas con problemas de salud, no accedieron a un servicio de salud porque no era grave o no fue necesario (31.9%), prefiere curarse con remedios caseros (19.6%) o se auto recetó o repitió receta anterior (18.2%).

Fuente: Elaboración propia en base a resultados de la encuesta aplicada.

O.E.2.

Tabla 06: Efectos marginales del modelo logit de los factores determinantes del acceso a los servicios de salud en Puno.

VARIABLES INDEPENDIENTES	COEFICIENTE	EFFECTO MARGINAL	RELACIÓN CON LA VARIABLE DEPENDIENTE
Sexo	0.18	0.02903	Positiva.
Seguro de Salud	1.04	0.13281	Positiva.
Condición de Actividad	-0.12	-0.01961	Negativa.
Ingreso	0.13	0.02097	Positiva.
Idioma	0.16	0.02504	Positiva.
Nivel educativo	0.01	0.0075	Positiva.
Pobreza	0.32	0.04845	Positiva.

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del modelo logit.

Los efectos marginales son las predicciones de comportamiento, del impacto de la variable independiente sobre la variable dependiente, de tal forma que:

El efecto marginal de la variable sexo es positivo con un valor de 0.029, lo que permite concluir si la persona es hombre, la probabilidad de acceder a los servicios de salud se incrementa en un 2.9%.

El efecto marginal de la variable afiliación a seguro de salud es positivo con un valor de 0.132, lo que permite concluir que, si la persona está afiliado a algún seguro de salud, la probabilidad de acceder a los servicios de salud se incrementa en 13.2%.

El efecto marginal de la variable condición de actividad es negativo con un valor de -0.020 lo que permite concluir que, si está trabajando, la probabilidad de acceder a los servicios de salud disminuye en 2%.

El efecto marginal de la variable ingreso es positivo con un valor de 0.021, esto quiere decir que una unidad adicional en el ingreso, incrementa la probabilidad de acceder a los servicios de salud en 2.1%.

El efecto marginal de la variable idioma es positivo con un valor de 0.025 el cual indica que, si la persona habla castellano, la probabilidad de acceder a los servicios de salud se incrementa en un 2.5%.

El efecto marginal de la variable nivel educativo es positivo con un valor de 0.0075, lo que permite concluir que, un nivel más de estudio incrementa la probabilidad de acceder a los servicios de salud en 0.075%.

El efecto marginal de la variable nivel de pobreza es positivo con un valor de 0.048, lo cual indica que, si el nivel de pobreza es “no pobre” entonces, la probabilidad de acceder a los servicios de salud aumenta en 4.8%.

4.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Como se puede observar en el anexo 2, las personas que afirmaron que, en las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Algún(a): Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente?, representa el 51.21%, si se clasificara de acuerdo al ingreso percibido mensualmente, se

puede decir que el 32.80% percibe menos de S/ 500.00, el 10.46% percibe ingresos que están entre S/ 501.00 a S/ 930.00, el 10.46% percibe ingresos que están entre S/ 931.00 a S/ 2100, finalmente las personas que perciben ingresos que son iguales o mayores a S/ 2101.00. En conclusión, las personas que perciben ingresos menores al salario mínimo y que afirmaron haber Presentado Algún(a): Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente representan el 43.06%, y se puede deducir que los menores ingresos tienen alguna relación con la presencia de enfermedad, malestar o accidentes. Quizá se puede explicar también, por la propensión al peligro en el trabajo, ya que los trabajos que pagan menos salarios, son en su mayoría trabajos informales y no presentan las medidas de seguridad adecuadas. (Ver anexo 2)

Por su parte, se puede observar en el anexo 3 que, la población que más reportó algún enfermedad, síntoma o malestar y/o accidente, dentro de la población ocupada representa el 64.11%, mientras que la población desocupada representa el 35.89%

En general, se observa que las personas que se mantienen ocupadas (64.11%) tienen la más alta prevalencia de presentar alguna enfermedad, malestar o accidente (Ver anexo 3). Sin embargo, a pesar de que la mayoría de personas sí presentaron problemas de salud, también en la misma proporción no accedieron a servicios de salud para su atención. Si bien, la OPS (27), sostiene que el empleo permite un mayor acceso a los servicios de salud, en el caso puneño, la población ocupada en su mayoría no accede a los servicios de salud, lo cual puede deberse a la alta prevalencia de informalidad laboral en la región, el cuál dificulta el acceso a seguros de salud laborales como el ESSALUD, reduciendo el acceso a los servicios de salud. La OPS también señala que la implementación de ritmos de trabajo, aumento de la jornada laboral y exposición a contaminantes del medio, deterioran la salud de los trabajadores, sin embargo, el apoyo social, las interacciones con compañeros de trabajo y el estado emocional de las personas, mejora el estado de salud. A diferencia del desempleo, el cuál debido a dificultades psicológicas, depresión, limitación de actividades, entre otros, se asocia con

deficiencias en la salud. Por ello, el desempleo y la inestabilidad económica, contribuyen a problemas de salud mental, implicando menores ingresos y menor acceso a los servicios de salud. (27)

CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

En el anexo 4, se puede observar, que la población del área urbana representa el 67.08% de la población que afirmó haber presentado algún(a): Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente. Si se divide por el nivel educativo se observa que la población con un nivel educativo de secundaria completa representa mayor número de casos con un valor de 17.61%, seguido de la población con un nivel educativo de secundaria incompleta con un total de 10.60% y finalmente la población con un nivel educativo de primaria incompleta con un valor de 6.88%. (Ver anexo 4)

Los resultados también muestran que las personas con mayor nivel educativo (de superior a grados de maestría y doctorado) reportan menores presencias de enfermedades, malestares o accidentes, que las personas con menor nivel educativo, además en su mayoría, las personas con menores niveles educativas, no acceden a los servicios de salud. Puede ser un indicativo de que la educación y su mejora, brinda mejores oportunidades y accesos a los cuidados de la salud, en su concientización y acceso a la información. Estos resultados se relacionan con la evidencia de Gallego (23), al evidenciar que las personas con educación tienen conocimientos y aptitudes para solucionar problemas de salud. Ello implica que a mayores niveles educativos alcancen las personas, estas valorarán aún más su salud. (23) Para el autor, la educación contribuye a que las personas tengan conocimientos y aptitudes para solucionar problemas de salud. Además, la educación aumenta las oportunidades de acceso a seguridad en salud, seguridad laboral y aumento de ingresos. (23).

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

En anexo 5, se puede observar, que la población afirmó no haber presentado algún(a): Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente tiene un valor de 48.79%, si lo dividiéramos por rango de edad, los rangos de edad que más reportaron de no haber presentado algún(a) complicación médica son: las de 15 a 49 años y las de 50 a 65 años, con valores de 34.13% y 8.80% respectivamente. También se puede observar, que la población afirmó haber presentado algún(a): Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente tiene un valor de 51.21%, si lo dividiéramos por rango de edad, los rangos de edad que más reportaron haber presentado algún(a) complicación médica son: las de 18 a 30 años, las de 50 a 65 años y las de 65 a más años, con valores de 28.17%, 13.03% y 8.99% respectivamente (Ver anexo 5).

El análisis implica que la población más joven, es decir, aquellos que en el gráfico son menores de 49 años, en su mayoría manifiestan no presentar algún problema de salud; sin embargo, esta situación se revierte para la población mayor de 50 años, el cuál en su mayoría reporta su haber presentado alguna enfermedad, malestar o accidente.

También se observa que, la población joven de entre 18 a 49 años, son los que en su mayoría no acuden al acceso al servicio de salud. Se puede deducir que la teoría del efecto de la edad sobre el acceso a los servicios de salud no tiene forma de "U", como lo indica Vega et. al. (24): "Los niños y los ancianos tienen mayores problemas de salud, que los adultos jóvenes, por lo que su demanda de servicios de salud, también será mayor". (24), sino que esta representa más bien una "U invertida" en ambos casos.

En el anexo 6, de la población que afirmó haber presentado algún(a): Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente, por el género se puede observar que, las mujeres tienen más reportes de haber presentado alguna complicación médica que los hombres, con valores de 56.1% en mujeres y 43.9% en hombres. (Ver anexo 6)

Como resultado se tiene, entonces, que las mujeres tienen mayor prevalencia a presentar problemas con su salud, que los hombres. Esto corrobora la teoría de Vega et. al. (2003),

quien indica que las mujeres a diferencia de los hombres, tienen mayor percepción de enfermedades, por lo que también sus consultas son mayores. Las mujeres demandan mayor atención en salud, debido a sus características biológicas. (24)

Sin embargo, el problema es que aún se puede observar brechas de género en el acceso a los servicios de salud, pues a pesar de que las mujeres tienen la mayor prevalencia de presentar problemas en su salud, también en son las que mayormente no acceden a los servicios de salud.

En otros resultados, se obtiene que los lugares a donde acudieron a consultar por su enfermedad, síntoma o malestar y/o accidente según la institución (Ver anexo 7) son:

El 2.8% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, al lugar donde acudieron para atenderse fue el centro de salud MINSA.

El 3.0% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, al lugar donde acudieron para atenderse fue al hospital del seguro (EsSalud). El 3.4% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, al lugar donde acudieron para atenderse fue a un consultorio particular.

El 19.2% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, al lugar donde acudieron para atenderse fue una farmacia o botica. El 58.4% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, no buscaron atención.

El 7.0% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, al lugar donde acudieron para atenderse fue un puesto de salud MINSA. (Ver anexo 7)

El personal que los atendió durante la consulta, en la institución a la que fueron (Ver anexo 8) son:

El 75.8% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, el profesional que los atendió fue un Médico.

El 17.9% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, el profesional que los atendió fue un enfermero(a).

El 6.4% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, el personal que los atendió fue un sanitario(a) (auxiliar técnico en salud). (Ver anexo 8)

Dentro de las personas que respondieron que, sí presentaron algún problema de salud, se puede observar que la mayor parte de encuestados respondió que posee el seguro de salud SIS, esto representa un 70.1%, seguido de las personas que están afiliados a EsSalud, el cual es un 27.6% y finalmente las demás prestadoras de seguro que tienen valores de respuesta menores al 1%.

El 70.1% de las personas afiliadas al seguro integral de salud SIS se puede explicar porque el gobierno implementó políticas para brindar seguros a las personas de escasos recursos. (Ver anexo 9)

Las razones por las que no accedieron a los servicios de salud según los resultados (Ver anexo 10), indica que:

El 3.1% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, la razón por la que no accedieron a los servicios de salud es porque no tenían dinero.

El 4.3% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, la razón por la que no accedieron a los servicios de salud es porque se encontraban lejos del centro de salud.

El 6.9% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, la razón por la que no accedieron a los servicios de salud es porque se demoran mucho en atender.

El 4.2% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, la razón por la que no accedieron a los servicios de salud es porque no confían en los médicos.

El 43.1% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, la razón por la que no accedieron a los servicios de salud es porque no era grave y no fue necesario.

El 26.4% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, la razón por la que no accedieron a los servicios de salud es porque prefiere curarse con remedios caseros.

El 1.7% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, la razón por la que no accedieron a los servicios de salud es porque no cuentan con un seguro de salud.

El 24.6% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, la razón por la que no accedieron a los servicios de salud es porque se auto recetó o recibió receta anterior.

El 4.9% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, la razón por la que no accedieron a los servicios de salud es por falta de tiempo.

El 1.4% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, la razón por la que no accedieron a los servicios de salud es por el maltrato del personal de salud.

El 14.5% de las personas que afirmaron haber presentado algún problema de salud, respondieron que, la razón por la que no accedieron a los servicios de salud es por otro motivo que no se encuentra dentro de las alternativas. (Ver anexo 10).

En conclusión, a esta primera parte se tiene que: Al analizar los resultados de las características de la población que reporta una enfermedad o accidente, encontramos

que la población que presenta problemas de salud, son aquellos que tiene menores ingresos al salario mínimo. Esto explica la precariedad de la salud de personas con ingresos menores frente a las personas de mayores ingresos. Esto se ve corroborado por el análisis del nivel educativo de la población, pues mientras va aumentando el nivel educativo disminuyen los reportes de enfermedad o accidentes, es decir tiene una relación negativa.

Respecto del acceso a los servicios de salud, aún es un problema por resolver, ya que del 51.21% de la población que reportó alguna enfermedad o accidente, solo el 21.8% accedió a los servicios de salud. La población que no accede a los servicios presenta un porcentaje alto de 78.2%, lo cuál implica que acuden a una atención alternativa como las boticas, farmacias, curanderos o simplemente no buscan atención, esto refleja deficiencias en a la estructura organizacional de la prestación de servicios de salud, también se refleja el problema con el comportamiento que tiene la población al tener un problema de salud.

También podemos observar que del total de las personas que reportaron alguna enfermedad o accidente, 18.2% reportaron que se auto recetaron y el 19.6% prefirieron curarse con algún remedio casero. Significa que el comportamiento de la población debe de ser evaluado y encontrar mejores alternativas, teniendo en cuenta que no sea muy costoso y que la calidad de servicio no disminuya.

Por otro lado, las características de la población que accede a los servicios de salud, las personas que cuentan con algún tipo de trabajo, son las que más acuden a los centros de salud. También, se puede observar que la población que menos accede a los servicios son las mujeres, a pesar que son el género que reporta mayores problemas con su salud.

La población que no accedió a los servicios de salud según los resultados las razones son de orden cultural y de comportamiento, están basados en cómo observan su problema de salud si es grave o no, también influye la percepción que tienen con

respecto a la medicina, esto se deduce principalmente de las respuestas que dieron, las más relevantes fueron: no era grave y no era necesario, prefirió curarse con remedios caseros, se auto recetó o recibió receta anterior y demoran mucho, la población que no accede a los servicios de salud representa el 78.2%, esto supone cambios en el corto, mediano y largo plazo en las políticas de salud

Para encontrar los determinantes o barreras que definen el acceso a los servicios de salud, dadas las disparidades que existen dentro de la población que reporta enfermedad o accidente en el país; una aproximación al problema es la aplicación de un Modelo estadístico que logre identificar las variables que aportan a favor o en contra del acceso a los servicios de salud, dadas las características de la población y de las variables de tipo cuantitativo y cualitativo que explicarían el acceso a estos servicios, se ha visto por conveniente utilizar un Modelo Logit. Esto debido a la presencia de múltiples variables nominales, se aplicó un modelo uniecuacional, el cual tiene como variable dependiente el acceso a los servicios de salud.

Cada una de las variables se distribuyen según las tablas de variables del anexo 02. Para la región Puno, los resultados obtenidos se rigen bajo la siguiente regresión logística, en base a los resultados obtenidos (Ver anexo 11):

$$\text{ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD} = -3.497946 + 0.1831018 \text{ SEXO} + 1.04656 \text{ SEGURO DE SALUD} - 0.1246785 \text{ CONDICIÓN DE ACTIVIDAD} + 0.1322225 \text{ INGRESO} + 0.1572083 \text{ IDIOMA} + 0.0056 \text{ NIVEL EDUCATIVO} + 0.3160231 \text{ POBREZA}.$$

Todas las variables independientes tienen el signo correcto y son estadísticamente significativos en un 95% nivel de confianza.

Las variables cuyos estadísticos indican que si tienen influencia o impacto sobre la variable dependiente de acceso a los servicios de salud para el departamento de Puno, cuando deciden acceder a los servicios de salud, dado que la probabilidad de estas

variables es menor al 5% los cuales son: Sexo, afiliación a un seguro de salud, condición de actividad, logaritmo del ingreso per cápita, idioma, nivel educativo y nivel de pobreza. Estas variables son estadísticamente significativas, por lo tanto, son los factores determinantes del acceso a los servicios de salud en Puno, 2020. (Ver anexo 11)

No son estadísticamente significativos, las variables, edad, estado civil y trabajo que desarrolla.

Según el anexo 12, el efecto marginal de la variable sexo es positivo con un valor de 0.029 y es estadísticamente significativo con un 95% de confianza, lo que permite concluir si es hombre la probabilidad de acceder a los servicios de salud, incrementa en un 2.9%.

El efecto marginal de la variable afiliación a seguro de salud es positivo con un valor de 0.132 y es estadísticamente significativo al 95% de confianza, lo que permite concluir que si está afiliado al seguro de salud su probabilidad de acceder a los servicios de salud incrementa en un 13.2%.

El efecto marginal de la variable condición de actividad es negativo con un valor de -0.020 y estadísticamente significativo con un 95% de confianza, lo que permite concluir si está trabajando su probabilidad de acceder a los servicios de salud en Puno disminuye en un -2%. Esto se debe a la fuerte informalidad laboral que existe en el departamento de Puno.

El efecto marginal de la variable ingreso es positivo con un valor de 0.021 y es estadísticamente significativo a un 95% de confianza, esto quiere decir que una unidad adicional en el ingreso incrementa la probabilidad de acceder a los servicios de salud en un 2.1%.

El efecto marginal de la variable idioma es positivo con un valor de 0.025 y es estadísticamente significativo con un 95% de confianza, lo que permite concluir que, si

habla castellano la probabilidad de acceder a los servicios de salud, incrementa en un 2.5%.

El efecto marginal de la variable nivel educativo es positivo con un valor de 0.0075 y es estadísticamente significativo con un 95% de confianza, lo que permite concluir, que un nivel más de estudio incrementa la probabilidad de acceder a los servicios de salud en 0.075%.

El efecto marginal de la variable nivel de pobreza es positivo con un valor de 0.048 y estadísticamente significativo a un 95% de confianza, lo que nos permite concluir que si el nivel de pobreza es “no pobre” entonces su probabilidad de acceder a los servicios de salud aumenta en un 4.8%. (Ver anexo 12)

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Según la primera hipótesis específica, las personas con mayor prevalencia de presentar problemas de salud, manifestados en enfermedades, malestares, accidentes, etc. son la población adulta y adulta mayor, también las personas con condición de actividad “ocupado” y que pertenecen a la población económicamente activa. También las personas del sexo femenino, y aquellos que tienen un nivel de ingresos por debajo del promedio o por debajo del salario mínimo, presentan mayor prevalencia de problemas en su salud, en Puno, 2020. Los resultados indican que dado las características de la población que en las últimas cuatro semanas si presenta alguna enfermedad, síntoma, malestar o accidente, según rangos de edad, la población mayor de 50 años tiene más prevalencia de presentar problemas en su salud, contrastando esta hipótesis como verdadera, siguiendo a Vega et. all (24), los niños y ancianos requieren mayor atención en salud, que los adultos jóvenes. Además, las personas con condición de actividad ocupada en su mayoría si presentan alguna enfermedad, se puede contrastar este resultado, con lo estudiado por la OPS (27), en el que los trabajadores demandan mayormente servicios de salud, para tratar lesiones en el trabajo o enfermedades

ocupacionales y que su estado de salud no perjudique sus ingresos por el empleo. Por su parte, tanto en la zona urbana y rural, las mujeres manifestaron tener problemas en su salud, más que los hombres. También, las personas con niveles de ingresos menores al salario mínimo (950 soles el 2020), tienen más prevalencia de presentar alguna enfermedad, síntoma, malestar o accidente, debido quizá por que la fuente de ingresos menores es frecuentemente informal, riesgoso, y con condiciones laborales inadecuadas. Es claro que la hipótesis se cumple de acuerdo a la teoría, conforme a las características de la población que presentó algún problema en su salud.

Además, la hipótesis indica que la población que no accede a la atención en servicios de salud, son aquellos de nivel de pobreza pobre y pobre extremo, con mayor frecuencia ubicados en las zonas rurales. También no acceden las personas de sexo femenino, con niveles de ingresos bajos, que tienen la condición de desocupados y que no tienen ningún tipo de seguro de salud, en el Puno, 2020. Se contrasta y comprueba que la población de ingresos bajos, y que es pobre, no accede a los servicios de salud.. Por su parte, así como las mujeres son mayoritariamente el género que presenta problemas en su salud, también son las que en su mayoría no acudieron a un servicio de salud para consultar sobre su enfermedad, síntoma, malestar o accidente, en este caso, la hipótesis se rechaza. Pero si es cierto que las personas que no tienen seguro de salud, si logran atenderse en un porcentaje mayor a las que no tienen, como lo indica Seinfeld (26), los seguros de salud reducen significativamente los costos de intervenciones en salud, por lo que facilita el acceso a este servicio.

La segunda hipótesis específica y principal resultado de la hipótesis general, señala que la variables dependiente accesibilidad a los servicios de salud está determinada por las variables independientes: afiliación a un seguro de salud con relación directa, y nivel de pobreza con relación inversa; el sexo, la edad, y el nivel educativo con relación directa, y el idioma con relación inversa; el nivel de ingresos y la condición de actividad con relación directa, en Puno 2020. Para ello, el modelo Logit, presentó que los determinantes del

acceso a los servicios de salud en Puno, son el sexo, la edad, si cuenta con un seguro de salud, la condición de actividad, el nivel de ingresos, el nivel educativo, el idioma y el nivel de pobreza, las cuales presentan una relación inversa con la variable dependiente en la condición de actividad y el nivel de pobreza, y con el resto de variables presenta una relación directa. Esto quiere decir que, si se pasa de una condición favorable hacia una desfavorable como la condición de no pobre, a pobre y pobre extremo, la probabilidad de acceder a algún servicio de salud disminuye. Sin embargo, a pesar de que las respuestas de las personas ocupadas, fueron en mayoría que, sí acudieron a consultar por algún síntoma, enfermedad, malestar y accidente, la relación entre ocupados y acceso a los servicios de salud es inversa, es decir que, si la persona es ocupada, la probabilidad de acceder a los servicios de salud disminuye. Ello puede deberse a distintos factores, como el área en el que vive, el costo de atención, la formalidad o informalidad de su centro de trabajo, el ingreso percibido e inclusive el tiempo.

Para la región Puno, si bien cumple con la relación que se tiene para el resultado a nivel de país, en el departamento de Puno, el Idioma se presenta como una barrera de acceso al servicio de salud, en el cual, si el idioma es castellano, la probabilidad de acceder a un servicio de salud aumenta. También esta probabilidad aumenta, si el nivel de pobreza es no pobre. En general, para ambos resultados, la variable que más se debe resaltar es si la persona cuenta con un seguro de salud, en el cual la hipótesis de acuerdo a la teoría se puede confirmar. Es decir, la importancia de que, a través de una mejora en la calidad de vida, el nivel de ingresos, un empleo formal o la mayor cobertura del seguro integral de salud, implica un aumento en la probabilidad de que la población acceda a los servicios de salud.

CONCLUSIONES

El análisis de los determinantes del acceso a los servicios de salud a partir de variables de orden demográfico, social, económico, sociocultural, educativo y de accesibilidad en Puno, ha demostrado que:

- Los factores determinantes de la accesibilidad a los servicios de salud, con un nivel de significancia menos al 10% son el sexo, el seguro de salud, la condición de actividad, el ingreso, idioma, nivel educativo y pobreza, los cuales son importantes en el modelo y definen el comportamiento del acceso a los servicios de salud en Puno. Por su parte, los factores que no determinan la accesibilidad a los servicios de salud, con un nivel de significancia mayor al 10% son, la edad, el estado civil y trabajo que desarrolla, lo cuales no son importantes en el modelo y no definen el comportamiento del acceso a los servicios de salud en Puno.
- Entre las características principales de las personas que presentan problemas de salud y que acceden y no acceden a los servicios de salud en Puno, se encuentra que: las personas con ingresos menores al salario mínimo, mayormente demandan acceder a un servicio de salud; las personas ocupadas tienen mayor prevalencia de presentar algún problema de salud y también en su mayoría no acceden a algún servicio de salud; en su mayor parte, las personas con altos nivel educativos no presentan problemas de salud, y las personas con menor nivel educativo son las que mayormente no acceden a algún servicio de salud; la población más adulta, reporta

presentar problemas con su salud y demandan más acceso a los servicios de salud, que la población más joven; las mujeres presentan problemas de salud en su mayoría, y son las que menos acceden a algún servicio de salud; por último, las personas que presentan problemas de salud prefieren no buscar atención o acuden a una farmacia o botica, representando un problema en el sistema de salud, debido a que también la mayoría de las personas que no accede a un servicio de salud prefiere no tratarse, curarse con remedios caseros o auto recetarse o repetir receta anterior.

- Los efectos marginales que predicen el comportamiento del impacto que tienen los factores determinantes sobre la accesibilidad a los servicios de salud, nos permite concluir que: si la persona es hombre, la probabilidad de acceder a los servicios de salud se incrementa en un 2.9% que, si es mujer; si la persona está afiliado a algún seguro de salud, la probabilidad de acceder a los servicios de salud se incrementa en 13.2%, que la que no tiene ningún seguro; si la persona está trabajando, la probabilidad de acceder a los servicios de salud disminuye en 2%, que la que no trabaja; una unidad adicional en el ingreso (o un sol más), incrementa la probabilidad de acceder a los servicios de salud en 2.1%; si la persona habla castellano, la probabilidad de acceder a los servicios de salud se incrementa en un 2.5%, que la que habla quechua o aymara; un nivel más de estudio (de secundaria completa a superior universitaria o no universitaria, por ejemplo), incrementa la probabilidad de acceder a los servicios de salud en 0.075%; si el nivel de pobreza es no pobre entonces, la probabilidad de acceder a los servicios de salud se incrementará en 4.8%, que de la persona que es pobre o pobre extremo.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que las autoridades planificadoras y hacedoras de políticas de salud, incluyan el presente estudio como parte de su bibliografía, para identificar las brechas económicas, sociales y demográficas en el acceso a los servicios de salud, y de esa forma orientar las políticas y programas de salud a tener mejores resultados en el sector, con un acceso universal, equitativo, integral y de calidad.
2. Es necesario que el Ministerio de Salud y la Dirección Regional de Salud Puno conjuntamente con sus redes provinciales, continúen con sus actividades de promoción de la Salud, para la sensibilización, la educación, la información y la comunicación, lo cual es muy importante para modificar el comportamiento de las personas que no acceden a los servicios de salud, a través de cursos de cuidado de salud y campañas de salud para niños, jóvenes y adultos. Además, se recomienda integrar políticas de atención en la que se incluya la medicina tradicional, ayudando a que más personas accedan a los servicios de salud y de esa forma romper las barreras culturales. Se recomienda, también, una mejor organización territorial de los centros de salud, y que las políticas gubernamentales se orientan a desarrollar medios de comunicación y de transporte que reduzcan los costos del acceso a la salud, priorizando zonas con mayor población, con mayores necesidades de atención en salud y dirigido a poblaciones vulnerables y en situación de pobreza. Por su parte, teniendo en cuenta de que casi toda la población se atiende o está asegurado con el seguro integral de salud y dado que el SIS tiene un elevado impacto potencial entre

la población pobre se debería desarrollar planes que sean más accesibles con aquellos individuos que viven en zonas con altas concentración de pobreza. Se debería difundir entre la población que cuenta con seguro SIS, los beneficios con los que cuentan, y difundir información oportuna sobre lo que cubre o no cubre el programa, y contrarrestar las razones por la que la población no accede a los servicios de salud.

3. Se recomienda, tener en cuenta la relación que tienen los factores determinantes del acceso a los servicios de salud, para orientar los programas y las políticas para el desarrollo del sector. Además, sigue siendo importante realizar estudios que profundicen en las diferencias según la procedencia de las personas, para identificar a los grupos más vulnerables y que tengan un inadecuado acceso a los diferentes niveles de atención y también profundizar en el estudio de los factores determinantes del acceso a la salud para las personas inmigrantes. Por último, debe ser indispensable la ejecución de encuestas para determinar la satisfacción de la atención dentro del centro de salud y ver su asertividad a la medicina moderna, lo cual permite realizar estudios de las personas que accedieron a los servicios de salud, analizar los motivos por los cuales los pacientes no continúan con sus tratamientos y evaluar la calidad de la atención, para el planteamiento de mejoras.

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS O. OPS. [Online].; 2021 [cited 2021 07 22. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9748:cobertura-universal-salud-preguntas-frecuentes&Itemid=40690&lang=es#a.
2. OPS. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2014 [cited 2021 07 17. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es.
3. Hernández A. Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: el caso del Seguro Integral de Salud. Estudio de políticas públicas. 2015.
4. Cosar Moralees JH. Barreras de acceso a los servicios de la salud en estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológico Público, Lima 2017. Escuela de postgrado - Universidad Cesar Vallejo. 2017.
5. APAZA QUISPE M. Factores culturales y su influencia en la participación de los servicios de salud de las beneficiarias del programa juntos del distrito Cuturapi-Yunguyo. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO. 2017.
6. Bran Piedrahita L, Valencia Arias A, Palacios Moya L, Gomes Molina S, Acevedo Correa Y, Arias Arciniegas C. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Hacía promoción de la salud. 2020 julio; 25(2).
7. Llop Girones A, Vargas Lorenzo I, Garcia Subirats I, Beatriz Aller M, Vazquez Navarrete ML. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN ESPAÑA. Revista España Salud Pública. 2014 Noviembre - Diciembre; 6.

8. Buron Pust A. Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya. Universidad Autónoma de Barcelona. 2012 enero.
9. Molina Rodriguez JF, Poblano Verastegui O, Carrillo Ordaz C, Saucedo Valenzuela AL. Utilización de servicios de salud en México. Salud en Tabasco. 2006 Enero - Abril; 12(1).
10. Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. Salud pública Mexico. 2007 marzo - Abril; 49(2).
11. Rodriguez Acosta S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Universidad Autónoma de Barcelona. 2010 junio.
12. T. T. Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the. 1978; 56(2).
13. Caviedes R. Subsidios a la demanda en salud. Una alternativa viable. libro La salud en Chile. 1994 octubre.
14. Tanzi V. Conferencia sobre política económica y equidad. Revista Finanzas y Desarrollo. Publicación del FMI. 1998 septiembre; 35(3).
15. L.A. A, R. A. A. Framework for study of access to medical care. Health Serv Research. 1974.
16. Julio F. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Pública de México. 1985 septiembre.
17. CEPAL O. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Cuaderno Técnico N° 46. 1997.
18. Dever A. Epidemiología y prevención en: administración de servicios de salud. OPS/OMS. 1991.

19. INEI. Ficha técnica - ENAHO 2020. Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2020.
20. ARREDONDO LÓPEZ, Armando; MEJÍA, Ana Lucía. Oferta vs. Demanda: Algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud. Instituto de Salud Pública México, Ensayo N°20. 2001.
21. OMS. Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud. Guía metodológica - Programa de Organización y Gestión de Servicios de salud y Programa Especial de Análisis de Situación de Salud, Washington. 2000.
22. RODRÍGUEZ ACOSTA, Sandra. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia, Universidad Autónoma de Barcelona Departamento de Economía Aplicada, España. 2010.
23. GALLEGO, Juan Miguel. Aspectos teóricos sobre la salud como un determinante del crecimiento económico, Universidad de Antioquia. Colombia, enero - junio, págs. 35-55. 2001.
24. VEGA, Jeanette; BEDREGAL, Paula; JADUE, Liliana y Delgado, Iris. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile, Revista Médica de Chile, Santiago de Chile, junio. 2003.
25. CORDERO, Marcia y GONZÁLES, Guillermo. Factores socio económicos y de servicios de salud asociados con la mortalidad materna: una revisión, Universidad de Guadalajara, México, enero - marzo. 2011.
26. SEINFELD, Janice. Avanzando hacia el aseguramiento universal: ¿Cómo lograr la protección en salud de personas de ingresos medios y bajos?", CIES - Universidad del Pacífico, Lima- Perú. 2005.

27. OPS. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense, Washington, OMS- Oficina Sanitaria Panamericana, disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HDP/can1.pdf>. 2000.
28. Gujarati, D. N., & Porter, D. C. Econometría. México D.F. 2010.
29. Pascual Llobel Juan, García Pérez José Fernando y Frías Navarro María Dolores. Significación estadística, importancia del efecto y replicabilidad de los datos. Universidad de Valencia. 2000.
30. Sánchez García, Pedro Pablo. Determinantes del acceso a los servicios de salud en el distrito de Castilla 2011. Determinantes del acceso a los servicios de salud en el distrito de Castilla 2011. Universidad Nacional de Piura. 2015.
31. Cano Pineda, Paul John. Factores socioculturales y demográficos asociados al grado de satisfacción de los usuarios asistentes al Seguro Integral de Salud, Centro de Salud San Gabán Puno 2017. Universidad Nacional del Altiplano. 2017.
32. López Calsin, Cristian Edward. Determinantes de la participación de la mujer en el mercado de trabajo. Metodología Logit. 2017.
33. INEI. Plan de Trabajo de la Encuesta Nacional de Hogares 2020. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2020.
34. INEI. Censos Nacionales 2017: XII de población, VII de vivienda y III de Comunidades Indígenas. [Online] en <https://censos2017.inei.gob.pe/redatam/>. 2018.

ANEXOS

Anexo 01: Encuesta aplicada: Factores que determinan el acceso a los servicios de salud.

DECLARACIÓN JURADA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., identificado con DNI
 N°.....,

Domiciliado en, declaro bajo juramento que doy mi consentimiento para la utilización de mis respuestas de la encuesta “Factores determinantes del acceso a los servicios de salud en Puno. 2020”, realizado por Miriam Candy Yucra Mamani, y me he informado que mis datos personales no serán publicados y que mis respuestas son con fines académicos.

.....de.....del 202...

.....
 Firma

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS FACULTAD DE CIENCIAS ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTA “FACTORES QUE DETERMINAN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD”	
LA INFORMACIÓN RECOPIADA ES ESTRICTAMENTE CON FINES DE INVESTIGACIÓN	Zona: Urb. Juan el Bueno – Juliaca – San Román – Puno - Perú
Apellidos y nombres del entrevistador: Yucra Mamani Miriam Candy	
ANTES DE EMPEZAR LA ENCUESTA, EXPLICAR LAS RAZONES DE SU VISITA La Bach. Enf. Miriam Candy Yucra Mamani está realizando un estudio sobre los factores sociales, demográficos y económicos que determinan el acceso a los servicios de salud de los pobladores de la Urb. Juan el Bueno, de la ciudad de Juliaca, departamento de Puno. El estudio tiene un carácter netamente confidencial y su uso es con fines académicos.	
I.- CARACTERÍSTICAS (FACTORES) SOCIALES, DEMOGRÁFICAS Y ECONÓMICAS.	
1) Edad: 2) Género: Mujer [<input type="checkbox"/>]; Hombre [<input type="checkbox"/>] 3) Nivel de Educación del jefe del hogar: 1. Sin nivel. [<input type="checkbox"/>] 2. Inicial/pre escolar [<input type="checkbox"/>] 3. Primaria [<input type="checkbox"/>] 4. Secundaria [<input type="checkbox"/>] 5. Superior no universitaria [<input type="checkbox"/>](a/ 6. Superior universitaria. [<input type="checkbox"/>] 7. Postgrado. [<input type="checkbox"/>] 4) Condición de actividad: 1. Desocupado [<input type="checkbox"/>] 2. Ocupado [<input type="checkbox"/>] 5) Trabajo que desarrolla: 1. Empleador o patrono. [<input type="checkbox"/>] 2. Trabajador independiente. [<input type="checkbox"/>]	6) ¿Cuál es su ingreso económico mensual? _____ 7) Número de miembros en el hogar: _____ 8) Idioma: 1. Quechua. [<input type="checkbox"/>] 2. Aymara. [<input type="checkbox"/>] 3. Castellano. [<input type="checkbox"/>] 9) Nivel de pobreza: 1. Pobre extremo. [<input type="checkbox"/>] 2. Pobre no extremo. [<input type="checkbox"/>] 3. No pobre. [<input type="checkbox"/>] 10). Estado civil: 1. Soltero (a). [<input type="checkbox"/>] 2. Conviviente (a). [<input type="checkbox"/>] 3. Casado (a). [<input type="checkbox"/>]

<p>3. Empleado. []</p> <p>4. Obrero. []</p> <p>5. Familiar no remunerado. []</p> <p>6. Trabajo en el hogar. []</p>	<p>4. Divorciado (a). []</p> <p>5. Viudo (a). []</p>
II.- SOBRE EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	
<p>1) En las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. alguna enfermedad, síntoma, malestar y/o accidente? Si []; No []</p> <p>2) ¿Acudió a un servicio de salud para consultar por esta enfermedad, síntoma, malestar y/o accidente? Si []; No []</p> <p>3) ¿A qué lugar acudió para consultar por esta enfermedad, síntoma, malestar y/o accidente?</p> <p>1. Centro de salud MINSA []</p> <p>2. Centro o puesto de salud CLAS []</p> <p>3. Posta, policlínico, EsSalud []</p> <p>4. Hospital MINSA []</p> <p>5. Puesto de salud MINSA []</p> <p>6. Hospital del seguro (EsSalud) []</p> <p>7. Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional. []</p> <p>8. Consultorio médico particular. []</p> <p>9. Clínica particular. []</p> <p>10. Farmacia o botica. []</p> <p>11. En su domicilio (del paciente). []</p> <p>12. Otro. []</p> <p>13. No buscó atención. []</p> <p>4) ¿Quién le atendió durante la consulta?</p> <p>1. Médico. []</p> <p>2. Dentista/Odontólogo. []</p> <p>3. Obstetra. []</p> <p>4. Enfermera. []</p> <p>5. Sanitario (a). []</p> <p>(Auxiliar técnico en salud). []</p> <p>6. Promotor (a). []</p> <p>7. Otro. []</p>	<p>5) ¿Está Ud. afiliado a algún seguro de salud? Si []; No []</p> <p>6) ¿Cuál es el sistema de prestación de seguro de salud al cuál Ud. está afiliado actualmente?</p> <p>1. EsSalud. []</p> <p>2. Seguro privado de salud. []</p> <p>3. Entidad prestadora de salud. []</p> <p>4. Seguro de FF.AA / Policiales. []</p> <p>5. Seguro integral de salud (SIS). []</p> <p>6. Seguro universitario. []</p> <p>7. Seguro escolar privado. []</p> <p>8. Otro. []</p> <p>7) ¿Cuáles son las razones por las que no accedió a un servicio de salud?</p> <p>1. No tenía dinero. []</p> <p>2. Se encuentra lejos. []</p> <p>3. Demoran mucho en atender. []</p> <p>4. No confía en los médicos. []</p> <p>5. No era grave/no fue necesario. []</p> <p>6. Prefiere curarse con remedios caseros. []</p> <p>7. No tiene seguro. []</p> <p>8. No tiene seguro. []</p> <p>9. Se auto recetó o repitió receta anterior. []</p> <p>10. Falta de tiempo. []</p> <p>11. Por el maltrato del personal de salud. []</p> <p>12. Otro. []</p>
NOTA: Marque solamente una opción.	

Muchas gracias por sus respuestas.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 02: Personas que presentaron alguna enfermedad, síntoma, malestar y/o accidente, según rangos de ingreso familiar mensual.

Ingreso per cápita mensual (S/)	En las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Algún(a): Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente?		Total
	No	Si	
0 - 500	29.74%	32.80%	62.54%
501 - 930	10.07%	10.46%	20.53%
931 - 2100	6.91%	6.42%	13.33%
2101 a más	2.08%	1.52%	3.60%
Total	48.79%	51.21%	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 03: Personas que presentaron alguna enfermedad, síntoma, malestar y/o accidente, y que accedieron y no accedieron a un servicio de salud, según condición de actividad.

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	En las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Alguna enfermedad, síntoma, malestar y/o accidente? =SI	¿Acudió para consultar por esta enfermedad síntoma, malestar y/o accidente?		TOTAL
		SI	NO	
Ocupado	64.1%	29.5%	34.6%	64.1%
Desocupado	35.9%	14.6%	21.3%	35.9%
Total	100.00%			100.00%

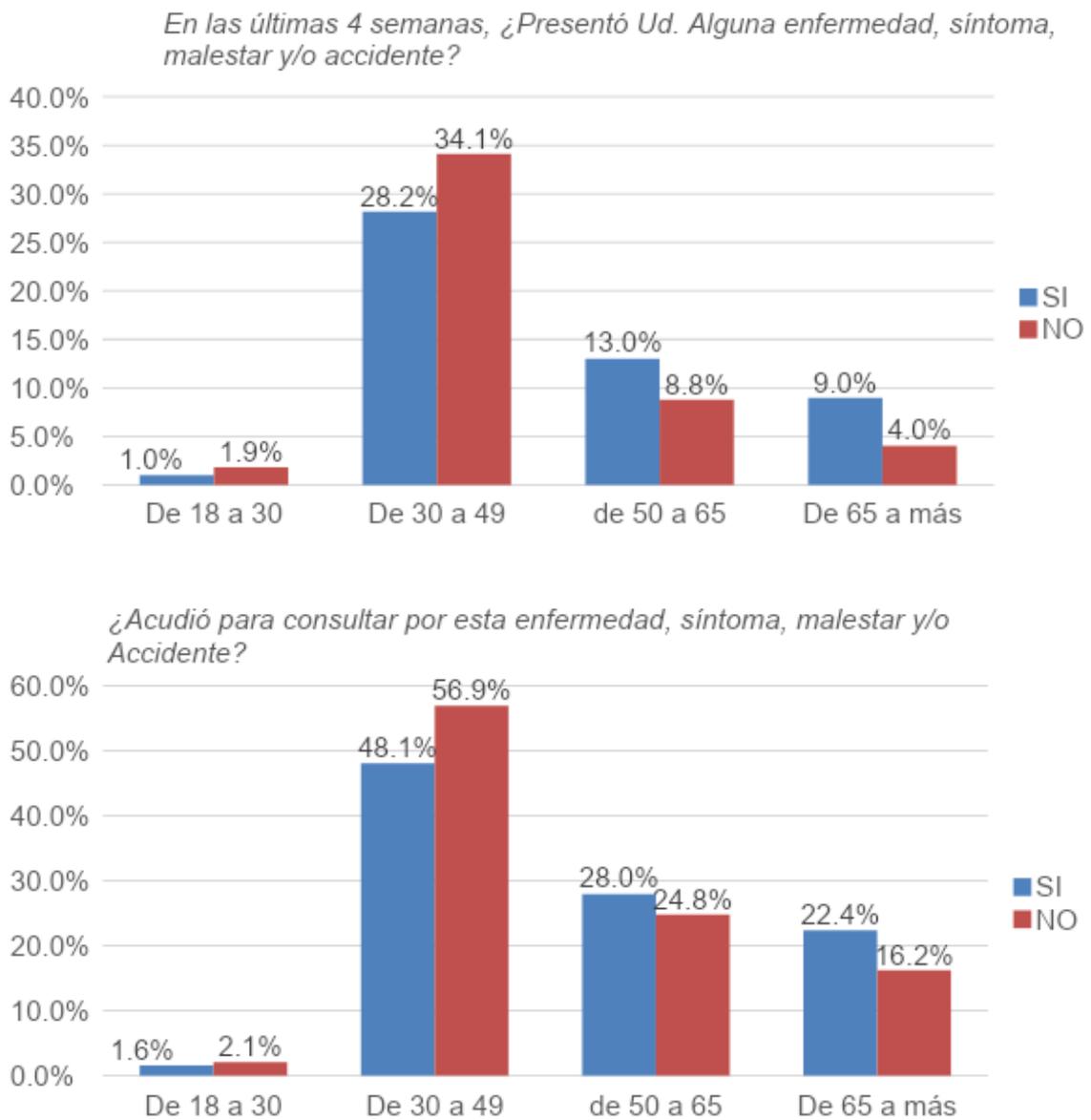
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 04: Tabla cruzada de en las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Algún(a): Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente? Según área de residencia y nivel educativo.

Nivel educativo	En las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Algún(a): Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente? =SI		¿Acudió para consultar por esta Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente?	
	SI	NO	SI	NO
Sin nivel	7.40%	5.58%	1.82%	
Educación inicial	0.10%	0.10%	0.00%	
Primaria	29.38%	22.72%	6.66%	
Secundaria	39.05%	31.21%	7.84%	
Superior universitaria ^{no}	11.11%	8.50%	2.61%	
Superior universitaria	11.63%	9.15%	2.48%	
Postgrado (Maestría / Doctorado)	1.33%	0.97%	0.36%	
	100.00%	78.23%	21.77%	

Fuente: Elaboración propia.

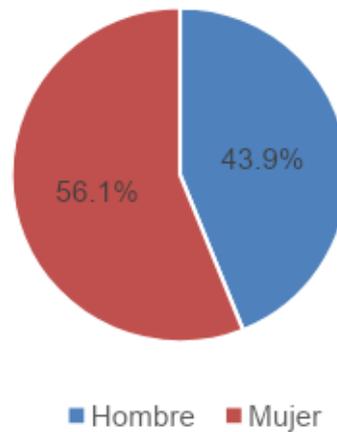
Anexo 05: Personas que presentaron alguna enfermedad, síntoma, malestar y/o accidente, y que accedieron y no accedieron a los servicios de salud, según rangos de edad.



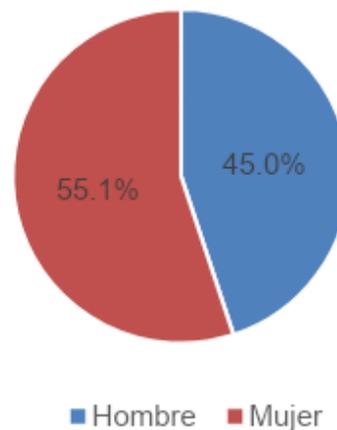
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 06: Personas que presentaron alguna enfermedad, síntoma, malestar y/o accidente y que no accedieron a los servicios de salud. Según sexo.

En las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Alguna enfermedad, síntoma, malestar y/o accidente?



¿Acudió para consultar por esta Enfermedad, Síntoma o Malestar y/o Accidente? = NO



Fuente: Elaboración propia.

Anexo 07: Lugar dónde acudió para consultar por la enfermedad, síntoma o malestar y/o accidente que presentó.

¿A dónde acudió para consultar por esta enfermedad, síntoma o malestar y/o accidente?:	Respuestas
	Porcentaje
Centro de salud MINSA	2.70%
Centro o puesto de salud CLAS	0.40%
Posta, policlínico, EsSalud	0.90%
Hospital MINSA	2.10%
Hospital del seguro (EsSalud)	3.00%
Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional	0.20%
Consultorio médico particular	3.30%
Clínica particular	2.70%
Farmacia o botica	18.90%
En su domicilio (del paciente)	0.50%
Otro	0.90%
No buscó atención	57.50%
Puesto de salud MINSA	6.90%
Total	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 08: ¿Quién le atendió durante la consulta?:

¿Quién le atendió durante la consulta?:	Respuestas
	Porcentaje
Médico	71.8%
Dentista/Odontólogo	2.2%
Obstetra	1.6%
Enfermera(o)	16.9%
Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud)	6.1%
Promotor(a)	0.1%
Otro	1.3%
Total	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 09: El sistema de prestación de seguro de salud al cual Ud. está afiliado actualmente.

El sistema de prestación de seguro de salud al cual Ud. está afiliado actualmente es:	Respuestas
	Porcentaje
¿EsSalud?	27.3%
¿Seguro privado de salud?	0.9%
¿Entidad prestadora de salud?	0.5%
¿Seguro de FF.AA / Policiales?	1.3%
¿Seguro integral de salud (SIS)?	69.3%
¿Seguro universitario?	0.4%
¿Seguro escolar privado?	0.0%
¿Otro?	0.3%
Total	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 10: Razones por las que no accedieron a los servicios de salud.

Razones por las que no accedieron a los servicios de salud	Respuestas
	Porcentaje
No tuvo dinero	2,3%
Se encuentra lejos	3,2%
Demoran mucho en atender	5,1%
No confía en los médicos	3,1%
No era grave / no fue necesario	31,9%
Prefiere curarse con remedios caseros	19,6%
No tiene seguro	1,2%
Se auto recetó o repitió receta anterior	18,2%
Falta de tiempo	3,6%
Por el maltrato del personal de salud	1,0%
Otro	10,7%
	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 11: Modelo de regresión logística para identificar los factores determinantes de la accesibilidad a los servicios de salud en el departamento de Puno.

Logistic regression		Number of obs = 194				
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	Coef.	Std. Err.	z	P> z 	[95% Conf. Interval]	
SEXO	0.18310	0.03744	4.89000	0.00000	0.10973	0.25648
SEGURO DE SALUD	1.04656	0.06499	16.10000	0.00000	0.91919	1.17393
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	-0.12168	0.04121	-2.95000	0.00300	-0.20244	-0.04092
INGRESO	0.13222	0.02055	6.44000	0.00000	0.09195	0.17249
IDIOMA	0.15721	0.03753	4.19000	0.00000	0.08366	0.23076
NIVEL EDUCATIVO	0.0056	0.0025	2.2700	0.0230	0.0008	0.0105
POBREZA	0.31602	0.04505	7.01000	0.00000	0.22773	0.40432
Constante	-3.49795	0.14310	-24.44000	0.00000	-3.77842	-3.21747

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 12: Efectos marginales del modelo de regresión logística para identificar los factores determinantes del acceso a los servicios de salud, Puno.

Marginal effects after
Logit

$$y = \text{Pr}(\text{ACCESOS}) (\text{predict})$$

Variable	dy/dx	Std. Err.	z	P> z	[95% C.I.]	
SEXO	0.02903	0.00593	4.90000	0.00000	0.01741	0.04065
SEGURO DE SALUD*	0.13281	0.00621	21.40000	0.00000	0.12064	0.14497
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD*	-0.01961	0.00675	-2.91000	0.00400	-0.03284	-0.00639
INGRESO	0.02097	0.00325	6.45000	0.00000	0.01459	0.02734
IDIOMA*	0.02504	0.00600	4.17000	0.00000	0.01328	0.03680
NIVEL EDUCATIVO	0.0075	0.00462	3.9800	0.0170	0.0008	0.0192
POBREZA*	0.04845	0.00665	7.28000	0.00000	0.03541	0.06149

(*) dy/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1

Fuente: Elaboración propia.